

## KRANKHEIT UND GESELLSCHAFT IN DER VORMODERNE. DAS BEISPIEL DER PEST

Neithard BULST

### Résumé

Dans une première partie l'auteur montre que les cinq maladies, la peste, la lèpre, la syphilis, le paludisme et l'ergotisme, qui sont évoquées au cours de ce colloque, représentent cinq types, qui ont aussi provoqué des comportements différents de la part des autorités et de la société. Nos connaissances des réactions que la présence endémique et épidémique a provoquées sont loin d'être satisfaisantes. Quatre postulats méthodologiques sont discutés : 1) Le concept de la pathocénose (Grmek) qui devrait permettre une meilleure approche des phénomènes de l'interdépendance entre certaines maladies, de l'apparition de nouvelles maladies et de la disparition d'anciennes etc. 2) L'approche diachronique et comparative qui s'avérera de plus en plus nécessaire pour mieux comprendre la complexité des réactions sociales face aux maladies. 3) L'analyse globale d'espaces larges qui mettra en lumière les divergences énormes de la lutte contre les épidémies. 4) L'interprétation des réactions aux maladies comme indicateurs de l'état de la société concernée, des mentalités, du rôle de l'État etc.

Dans une deuxième partie l'auteur essaye de concrétiser ces considérations par l'exemple d'une recherche sur la lutte contre la peste dans le territoire de la Rhénanie-du-Nord-Westphalie.

Dem Buch « Plagues and Peoples » oder « Seuchen machen Geschichte »<sup>1</sup>, wie der deutsche Titel die These der 1976 erschienenen Arbeit von William Mc Neill treffend wiedergibt, gebührt zweifellos das Verdienst, erneut dazu angeregt zu haben, die Bedeutung von Krankheit und Seuchen für die jeweils betroffene Gesellschaft zu überdenken. Dabei darf es nicht nur um Erforschung demographischer, wirtschaftlicher oder kultureller Auswirkungen eines Krankheitsgeschehens gehen. Neben tagespolitischen Konsequenzen gilt es, langfristige Veränderungen sowie Konstanten, etwa in den Einstellungen zu Krankheit und Kranken, in der Akzeptanz/Nichtakzeptanz von Verantwortlichkeit für am Gemeinwohl und nicht nur am Partikularinteresse orientiertes Handeln oder in der Verteilung von Pflichten und Rechten zum Schutz der Gesunden und zur Hilfe für Kranke oder von Krankheit Bedrohte zu untersuchen. Um aber nicht nur quantitativ die Zahl der Studien

---

1. William H. Mc NEILL, *Plagues and peoples*, New York 1976 (dt. : *Seuchen machen Geschichte : Geißeln der Völker*, München 1978; frz. : *Le temps de la peste*, Paris 1978).

zu einzelnen Aspekten zu vermehren und dadurch unseren Kenntnisstand zu verbreitern, sondern um auch qualitative Fortschritte bei zentralen Fragen zu erzielen, bedarf es in einem sehr viel stärkeren als dem bisher praktizierten Ausmaß interdisziplinärer Bemühungen<sup>2</sup>. Nur gemeinsam bzw. in Kenntnis voneinander dürfte es historischer, soziologischer, archäologischer, anthropologischer, medizinischer oder biologischer Forschung, um nur die wichtigsten unmittelbar in Frage kommenden Disziplinen zu nennen, gelingen, wichtige, zum Teil schon über Jahrhunderte offene Fragen einer Lösung näherzubringen<sup>3</sup>.

Der universalistische und bisweilen die unmittelbaren Auswirkungen von Seuchen in einer beinahe monokausalen Betrachtungsweise überbetonende Zugriff von Mc Neill ist dazu angetan — und dies bleibt trotz aller Kritik, die man im einzelnen an ihm äußern kann, bestehen —, die bisherige Forschungspraxis kritisch zu überprüfen. Auch unterhalb der Ebene der Zerstörung von Herrschaftssystemen<sup>4</sup> erwiesen sich Mikroben als geschichtsträchtig und haben durch die von ihnen ausgelösten Krankheiten in sehr unterschiedlicher Weise vergangene Zeiten und Gesellschaften beeinflußt und geprägt.

Im folgenden werden zuerst einige methodische Überlegungen zum Problem des Tagungsthemas « Krankheit und Gesellschaft » erörtert. Im Anschluß daran wird am Beispiel einer Fallstudie zur Pest im Gebiet des heutigen Nordrhein-Westfalen versucht werden, diese Darlegungen zu konkretisieren.

## I. Zur Methode

### I.1. Zum Konzept der Pathozönose

Trotz der Übermächtigkeit der als « major killer » apostrophierten Krankheiten, unter denen für die Vormoderne vor allem die Pest zu nennen ist, gilt damals wie heute, daß der Gesundheitszustand einer Gesellschaft durch eine Reihe von Krankheiten bedroht ist, die keineswegs völlig unabhängig voneinander sich ausbreiten und ihre Opfer fordern. Dieses Verhältnis von Krankheiten zueinander, die zu bestimmten Zeiten und in bestimmten Gesellschaften lebensbedrohend waren und die sich unter Bedingungen und aufgrund von Umständen, die in vielen Fällen noch weithin unbekannt sind — ja vielfach auch unerforschbar bleiben werden —, in ihrer Virulenz veränderten, verschwanden und durch neue Krankheiten ersetzt wurden, wurde von Mirko Grmek als « pathocénose »<sup>5</sup> definiert. Der

2. Alessandro PASTORE, « Peste e società », in : *Studi storici* 20 (1979) S.859.

3. Vgl. *Modern Methods in the History of Medicine*, hg. von Edwin CLARKE, London 1971.

4. Mc NEILL (wie Anm.1) S. 1 ff.; Emmanuel LE ROY LADURIE, « Un Concept : L'Unification microbienne du monde (XIV<sup>e</sup> — XVII<sup>e</sup> siècles) », in : *Schweizerische Zeitschrift für Geschichte* 23 (1973) S. 627 ff.

5. Mirko D. GRMEK, « Préliminaires d'une étude historique des maladies », in : *Annales E.S.C.* 24 (1969) S.1476 (dt. : « Vorbemerkungen zu einer Geschichte der Krankheiten », in : Arthur E. IMHOF (Hg.), *Biologie des Menschen in der Geschichte*, Stuttgart 1978, S.83).

« synthetische » Zugriff, so forderte er, müsse den bisher vorherrschenden « analytischen » Zugriff, der nur jeweils eine Krankheit herausgreift und erforscht, ergänzen, um Fehlschlüsse zu vermeiden und um nicht ganze Problembereiche von vornherein auszublenden<sup>6</sup>. Sein Buch über die Krankheiten in der archaischen Welt, über deren « réalité pathologique », stellt den Versuch dar, dieses Konzept einzulösen. In leichter Abwandlung der früher gegebenen Definition wird die Pathozönose wie folgt definiert : « 1<sup>o</sup>, la pathocénose est un ensemble d'états pathologiques qui sont présents au sein d'une population déterminée à un moment donné : il s'agit d'un système qui a des propriétés structurales particulières et qui doit être étudié en déterminant à la fois qualitativement et quantitativement ses paramètres nosologiques; 2<sup>o</sup>, la fréquence et la distribution de chaque maladie dépendent, en plus de divers facteurs endogènes et écologiques, de la fréquence et de la distribution de toutes les autres maladies; 3<sup>o</sup>, la pathocénose tend vers un état d'équilibre, ce qui est particulièrement sensible dans une situation écologique stable »<sup>7</sup>.

Unbeschadet des Problems, ob die Annahme eines biologischen Mechanismus, der diesem Konzept in Anlehnung an die Biozönose zugrundeliegt<sup>8</sup>, zu Recht besteht, und ungeachtet der Zweifel, die man gegenüber der Möglichkeit einer zuverlässigen Erforschung des gesamten Krankheitsspektrums zu einem gegebenen Zeitpunkt äußern kann, bleibt der von Grmek geforderte synthetische Zugriff ein sehr ernstzunehmendes Postulat.

Allerdings scheint mir dieses Konzept in einem wesentlichen Punkt einer Ergänzung zu bedürfen. Meines Erachtens fehlt in ihm die Ebene der Gesellschaft, ihres Handelns und ihrer Wahrnehmung von Krankheit; denn die Erfassung der sozialen Realität ist ein notwendiges Korrelat zur Kenntnis der pathologischen Realität. Beide sind sinnvollerweise nicht voneinander zu trennen. Die Antwort auf die Frage, um welche Krankheit es sich jeweils gehandelt hat, ist häufig aus sozialhistorischer Sicht relativ belanglos bzw. von geringerem Interesse als die Beantwortung der Frage, wie sie in der jeweils untersuchten Zeit und im Untersuchungsraum eingeschätzt wurde und wie man auf sie reagierte. Mithin ist unter sozialhistorischer Perspektive die Kenntnis des objektiven Tatbestandes, also des Auftretens einer bestimmten eindeutig zu diagnostizierenden Krankheit, deutlich geringer einzuschätzen als die der subjektiven, möglicherweise falschen Wahrnehmung bestimmter Krankheiten und Epidemien. Solange wie Obrigkeit und Gesellschaft beispielsweise überzeugt waren, sich einer Pestepidemie erwehren zu müssen und sich entsprechend verhielten, ist es für die Frage nach den gesellschaftlichen Reaktionen auf die Pest ohne Belang, ob es sich im Einzelfall wirklich um die Pest oder um eine andere Krankheit gehandelt hat. Die korrekte medizinische Diagnose ist in diesem Fall von sekundärer Bedeutung. Daß die Pest die Wahrnehmung anderer Krankheiten überlagerte oder gar verdrängte, ist ein vielfach zu beobachtendes historisches Faktum. Dies gilt auch für

6. *Ibid.* S. 1475 f. (S.82 f.)

7. Mirko D. GRMEK, *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale. Recherches sur la réalité pathologique dans le monde grec préhistorique, archaïque et classique*, Paris 1983, S. 9ff. u. 14f.

8. GRMEK (wie Anm. 5) S. 1481 (S.91 f.)

andere Krankheiten. So boten z.B. Lepra und Syphilis durch ihr Erscheinungsbild Anlaß zu Verwechslungen. Deshalb wäre die Pestchronologie einer Stadt, die einfach von solchen im nachhinein als falsch erwiesenen Pestjahren gereinigt würde, zwar unter medizinhistorischem Gesichtspunkt korrekter, aber für andere Fragestellungen eine unbrauchbare Ausgangsbasis — etwa wenn es darum ginge, obrigkeitliche Schutz- und Abwehrmaßnahmen zu analysieren —, da sie die sozialhistorische Realität verfälschen würde.

## I.2. Fünf Paradigmen von Krankheit in der Vormoderne

Das wissenschaftliche Interesse dieser Tagung gilt einigen Aspekten der Pathozönose des 12.-18.Jahrhunderts. Dabei sollen keineswegs alle Krankheiten behandelt werden, die in diesen Jahrhunderten wüteten. Neben Pest, Lepra, Syphilis, Malaria und Antoniusfeuer, die hier eingehender untersucht werden, waren vor allem noch Ruhr, Englischer Schweiß, Pocken, Typhus und typhoide Fieber sowie eine Fülle anderer Infektionskrankheiten virulent, deren Diagnose allerdings häufig noch größere Schwierigkeiten aufwirft als die der fünf zuerst genannten.

Diese fünf Krankheiten können gleichsam als fünf unterschiedliche Typen angesehen werden, die für die Erfahrung von Krankheit und den Umgang mit ihr während der Vormoderne charakteristisch sind. Nicht nur medizinisch unterscheiden sie sich deutlich voneinander. Sie sind auch mit sehr voneinander differierenden gesellschaftlichen Wertungen belegt.

Der Prototyp des wegen seiner Krankheit in der Gesellschaft Geächteten ist der Lepröse. Sein Ausschluß aus der Gesellschaft erscheint durch eine lange Tradition sanktioniert. Dieser Ausschluß erwies sich deshalb auch gemessen an den Geboten der christlichen Nächstenliebe als nicht revisionsbedürftig, sondern konnte geradezu modellhaft als Vorbild und Legitimation für den Umgang mit anderen als gefährlich eingestuften Krankheiten, zum Beispiel im Fall der Pest<sup>9</sup>, oder mit verwerflichen, da selbst verschuldeten Krankheiten, etwa im Fall der Syphilis, herangezogen werden.

Die Omnipräsenz der Pest von der Mitte des 14. bis in die erste Hälfte des 18. Jahrhunderts bestimmte das Krankheitsgeschehen dieser Zeit, wenn nicht de facto so doch in den Köpfen der Menschen.

Die Pest blieb von der Mitte des 14. Jahrhunderts bis ins 18. Jahrhundert die Krankheit par excellence. Selbst über den Zeitpunkt ihres Verschwindens hinaus wurden Schutzmaßnahmen ergriffen, zum Teil sogar nachdrücklicher als vorher. Dieses Verschwinden, das ja von den Zeitgenossen nicht in seiner wahren Bedeutung erkannt werden konnte und nur als Ausbleiben neuer Epidemien wahrnehmbar war, blieb letztlich unerklärlich<sup>10</sup>. Umgang mit

9. Conrad Berthold BEHRENS, *Gründlicher Bericht/Von der Natur/Eigenschaft und wahrem Ursprung der Pest auch wie dieselbe auf alle Weise praecaviret und am sichersten curiret werde*, Braunschweig 1714, S. 12 f.

10. Die Geschichte der Angst vor der Pest nach ihrem Verschwinden im 18. Jahrhundert wäre noch zu schreiben. Die Maßnahmen zur Pestabwehr, bis hin zur Errichtung von Pesthospitälern reichen bis ins 18. Jahrhundert, da ja nicht erkennbar war, daß die Pest nicht mehr auftauchen würde, vgl. Neithard BULST, « Vier Jahrhunderte Pest in niedersächsischen Städten. Vom Schwarzen Tod (1349-1351) bis in die erste Hälfte des 18. Jahrhunderts », in: *Stadt im Wandel. Kunst und Kultur des Bürgertums in Norddeutschland 1150-1650*, hg. von Cord MECKSEPER, Stuttgart-Bad Cannstatt 1985, Ausstellungskatalog Bd.4, S.261 u. 263.

Krankheit in der alteuropäischen Gesellschaft war in erster Linie Umgang mit der Pest. In Auseinandersetzung mit ihr wurden Methoden der Prävention und des Schutzes entwickelt, erwachsen den Obrigkeiten Aufgaben und Kompetenzen, die auch noch für den Kampf gegen Epidemien im 19. Jahrhundert konstitutiv waren.

Als zweite im untersuchten Zeitraum nach der Pest epidemisch auftretende « neue »<sup>11</sup> Krankheit ist die Syphilis zu nennen. Aus Furcht vor Ansteckung, die durch die äußerst abstoßenden Krankheitsmerkmale wohl noch vergrößert wurde, sahen sich die Erkrankten bald Sanktionen wie Ausschlußmaßnahmen<sup>12</sup>, Androhungen von Liquidation<sup>13</sup> oder der Aufnahmeverweigerung in Hospitälern<sup>14</sup> ausgesetzt. Inwieweit der Charakter der Syphilis als Geschlechtskrankheit hier mithineingespielt hat, ist eine noch offene Frage. Früh schon jedenfalls wurde anders als bei Pest und Lepra dieser Übertragungsweg der Syphilis erkannt und mit Quecksilber und Guajakholz spezifische Heilmethoden entwickelt, die auch nicht ohne Wirkung blieben<sup>15</sup>.

Ebenfalls durch starke körperliche Deformationen gekennzeichnet waren die Opfer des Ergotismus (Antoniusfeuer). Der Ergotismus wird hervorgerufen durch den Genuß von mit Mutterkorn befallenem Getreide, vor allem Roggen — ein Zusammenhang, der schon im 17. Jahrhundert, also gegen Ende des hier untersuchten Zeitraums, erkannt wurde<sup>16</sup>. Sein eigentlicher Charakter als Nahrungsmittelvergiftung bewirkte zum einen die regionale Begrenzung des Ergotismus auf Gegenden mit hohem Anteil von Roggen im Brotgetreide und zum anderen eine soziale Selektion bei den Betroffenen, da auf minderwertiges und verdorbenes Getreide in Notzeiten in erster Linie von den Armen und Ärmeren am unteren Ende der gesellschaftlichen Hierarchie zurückgegriffen werden mußte. Die äußerliche Verunstaltung führte allerdings nicht zur Sequestrierung wie bei Pest-, Lepra- oder Syphiliskranken. Den am Ergotismus Erkrankten bot eine eigene Hilfsorganisation, der Antoniterorden, Hilfe und Aufnahme. Zweifellos war dies in der mittelalterlichen Gesellschaft als eine gewisse Privilegierung anzusehen.

11. Karl SUDHOFF, « Drei historische Fixpunkte im Bekanntwerden der Syphilis », in : *Sudhoffs Archiv* 21 (1929) S. 240 f. Francesco GUICCIARDINI, *Storia d'Italia*, hg. v. Costantino PANIGADA (Scrittori d'Italia), Bari 1929, Bd. 1, S.204 : « la quale infermità o del tutto nuova o incognita insino a questa età nel nostro emisferio ». Gundolf KEIL und Willem Frans DAEMS, « Paracelsus und die 'Franzosen'. Beobachtungen zur Venerologie Hohenheims », in : *Nova Acta Paracelsica* 9 (1977) S.99 Anm.2.

12. Paul UHLIG, « Die Franzosenkrankheit im Spiegel der Zwickauer Ratsprotokolle », in : *Sudhoffs Archiv* 35 (1942) S.113ff.; Karl SUDHOFF, « Anfänge der Syphilisbeobachtung und Syphilisprophylaxe zu Frankfurt a.M., 1496-1502 », in : *Dermatologische Zeitschrift* 20 (1913) S.95 f.

13. *Ordonnances des rois de France de la troisième race*, hg. von E. de LAURIÈRE u.a., Paris 1840, Bd.20, S.436f.; vgl. SUDHOFF (wie Anm. 11) S.244.

14. Wilhelm LIESE, *Geschichte der Caritas*, Freiburg 1922, S.233.

15. GUICCIARDINI (wie Anm.11) S.204f.; Michael PESCHKE, « Ulrich von Hutten und die Syphilis », in : *Ulrich von Hutten. Ritter, Humanist, Publizist 1488-1523*. Katalog, bearb. von Peter LAUB, Kassel 1988, S.316ff.; vgl. DERS., *Ulrich von Hutten (1488-1523) als Kranker und als medizinischer Schriftsteller* (Kölner Medizinhistorische Beiträge 33), Köln 1985; KEIL/DAEMS (wie Anm.11) S.117 (Beischlaf als Hauptansteckungsquelle schon 1495 postuliert) u. 127f.

16. Vgl. die Ausführungen von Adalbert MISCHLEWSKI in diesem Band.

Den fünften Krankheitstyp schließlich stellt die Malaria dar. Da Übertragung und Verbreitung dieser Krankheit an bestimmte Umweltbedingungen geknüpft sind, die allerdings in der Vormoderne keineswegs nur im Süden, sondern auch im Norden anzutreffen waren<sup>17</sup>, war sie zwar in vielen Regionen Europas endemisch, blieb aber weitgehend auf diese Gegenden beschränkt. Für die ständig dort Ansässigen konnte sich eine gewisse Anpassung an die Krankheit einstellen, so daß lange Jahre des Überlebens möglich wurden<sup>18</sup>. Tödlich blieb sie für Neuankömmlinge, wie dies zum Beispiel viele deutsche Herrscher, die ihre Heere nach Italien führten, leidvoll erfahren mußten<sup>19</sup>. Was die Malaria von den bisher genannten Krankheiten unterscheidet, war die Möglichkeit, auch ohne genaue Kenntnisse von Erreger und Übertragungsmechanismus, die erst am Ende des 19. Jahrhunderts von A. Laveran und G.B. Grassi (1880 und 1899) entdeckt wurden, zu ihrer Eindämmung beitragen zu können, da der spezifische Zusammenhang zwischen Krankheit und Feuchtgebieten zum Beispiel in Italien sehr wohl erkannt wurde. Pest, Lepra und Syphilis boten diese Chance nicht. Das Beispiel der Malaria zeigt, wie wenig sie genutzt wurde.

Der hier untersuchte Zeitraum vom hohen Mittelalter bis ins 18. Jahrhundert ist einerseits arbeitsökonomisch bedingt. Andererseits aber ist er dadurch inhaltlich begründet, daß Pest und Lepra lange vor der wissenschaftlichen Entdeckung ihrer Erreger und der Übertragungswege durch Alexandre Yersin (1894) und Paul-Louis Simond (1897)<sup>20</sup> im Fall der Pest sowie durch Gerhard Hansen (1873) im Fall der Lepra, bei der trotz Kenntnis des Erregers bis heute nicht alle Fragen der Übertragung geklärt sind<sup>21</sup>, weitgehend aus Westeuropa verschwunden sind, selbst wenn einzelne Ausbrüche von Pest durchaus noch schwere Katastrophen nach sich zogen. Lediglich im Falle des Ergotismus gelang es, aufgrund von wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Ursache der Krankheit ihr Einhalt zu gebieten. Doch sind es ab dem 18. Jahrhundert im wesentlichen andere Krankheiten, eine neue alte Krankheit wie die Tuberkulose<sup>22</sup> oder eine wirklich neue Krankheit

17. Martin MÜLLER, « Über eine Malariaepidemie zu Mannheim im Jahre 1761 », in : *Archiv für Geschichte der Medizin* 20 (1928) S.137ff.; Johannes MEINHARDT, « Zur Malariatherapie im 17. Jahrhundert », in : *Sudhoffs Archiv* 49 (1965) S.431ff.; Leonhard Jan BRUCE-CHWATT u. Julian de ZULUETA, *The Rise and Fall of Malaria in Europe. A Historico-epidemiological Study*, Oxford 1980, S.61ff.; Mary DOBSON, « "Marsh Fever" — The Geography of Malaria in England », in : *Journal of Historical Geography* 6 (1980) S.357ff.

18. Vgl. die Ausführungen von Yves-Marie BERCÉ in diesem Band.

19. Philippe DECOURT, « Du rôle du paludisme en Italie sur l'évolution politique de l'Allemagne », in : *Internationaler Kongreß für Geschichte der Medizin. 15. Madrid-Alcala 1956, Actas*, Madrid 1958, Bd. 2, S.137-40.

20. Cf. Henri H. MOLLARET u. Jacqueline BROSSOLET, *Alexandre Yersin ou le vainqueur de la peste*, Paris 1985 (dt. : 1987). Georges BLANC, « La disparition de la peste et ses causes épidémiologiques », in : *Semaine des Hôpitaux de Paris* 37 (1961) S.106. G. GIRARD, « Les ectoparasites de l'homme dans l'épidémiologie de la peste », in : *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 36 (1943) S.5ff.

21. Karl Friedrich SCHALLER, « Die Klinik der Lepra », in : *Aussatz, Lepra, Hansen-Krankheit. Ein Menschheitsproblem im Wandel*, Teil 2 : Aufsätze, hg. v. Jörn H. WOLF, Würzburg 1986, S.17f.

22. Cf. Josiah Cox RUSSELL, *The Control of Late Ancient and Medieval Population*, Philadelphia 1985, S.93ff.

wie die Cholera, die an ihre Stelle treten. Eine wichtige Parallele zur Vormoderne verdient jedoch noch hervorgehoben zu werden: Lange bevor Robert Koch 1883 den Tuberkelbazillus entdeckte, hatte die Tuberkulose-Letalität ihren Höhepunkt überschritten<sup>23</sup>. Hinzuweisen wäre in diesem Zusammenhang etwa auch auf die Diphtherie-Letalität, die ebenfalls vor Einführung der Serumtherapie im Rückgang begriffen war<sup>24</sup>.

### I.3. *Der Vergleich*

Das Konzept der Pathozönose erscheint mir insofern methodisch fruchtbar für weitere Forschungen zur Sozialgeschichte von Krankheit sein zu können, als es den Blick weg von der isolierten Betrachtung einzelner Krankheiten<sup>25</sup> — ein Zugriff, der legitimerweise angesichts der vielen gerade auch für die Sozialgeschichte wichtigen noch offenen Fragen im Vordergrund gestanden hatte — auf das Problem der Interdependenzen von Krankheiten lenkt. Nur durch einen vergleichenden Zugriff kann es gelingen, über die aus Einzelanalysen gewonnenen Ergebnisse hinaus zu kommen und traditionelle Deutungsschemata aufzubrechen. Das Erkenntnisinteresse des Vergleichs gilt dabei den drei Ebenen von Zeit, Raum und Krankheit. Gemeint ist damit ein Analyseverfahren, das es sich zum Ziel setzt, verschiedene Zeiten, verschiedene Räume und verschiedene Krankheiten miteinander in Beziehung zu setzen. Die Optik der zeitgenössischen Quellen präjudiziert zwar naturgemäß die Betrachtungsweise des Forschers, doch sollte bei der Analyse bestimmter Krankheiten und der durch sie hervorgerufenen Reaktionen nicht vergessen werden, daß obrigkeitliche Vorsorge- und Abwehrmaßnahmen bei neuen, aber auch bei alten Krankheiten in einem Kontinuum stehen oder Brüche signalisieren können. Selbst wenn die Quellen darüber schweigen, bleibt jeweils zu prüfen, wie weit obrigkeitliches, gesellschaftliches oder individuelles Handeln an Überkommenem orientiert ist oder, wenn dies nicht der Fall ist, zu fragen, was den Wandel hervorgerufen hat. Da prinzipiell bei der Bewältigung von Krankheit und bei der Organisation von Krankheitsabwehr dieselben objektiven Bedürfnisse bestanden, Erfahrungen und Wissen eingebracht und genutzt oder auch unberücksichtigt bleiben bzw. verworfen werden konnten, kann es durch den Vergleich gelingen, die unterschiedlichen Wege wahrzunehmen, die im Kampf gegen Krankheiten beschritten wurden, die stark voneinander abweichenden Prioritäten kennenzulernen, die zur Seuchenprävention und zur Schadensbegrenzung gesetzt wurden, sowie Einstellungen und Einstellungswandel zu fassen.

23. *Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert. Den ärztlichen Teilnehmern der 72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte gewidmet von dem Medicinal-Collegium, Hamburg 1901, S.284; Heinz-Harald ABHOLZ, « Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit ? », in: Hans-Ulrich DEPPE (Hg.), *Vernachlässigte Gesundheit. Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln 1980, S. 20. Thomas Mc KEOWN, *Die Bedeutung der Medizin*, Frankfurt 1982 (engl. Ausg. 1979), S.71 u. 84.*

24. Hans-Heinz EULNER, « Krankheit und Geschichte », in: *Sudhoffs Archiv* 47 (1963) S.213f.

25. Zwar gibt es ältere wie neuere Arbeiten, die keineswegs ausschließlich einzelnen Krankheiten gewidmet sind, doch standen in ihnen der Vergleich und die Interdependenz von Krankheiten nicht im Vordergrund.

Es mag genügen, auf die Geschichte der Lepra als Beispiel zu verweisen, um auf diesen sowohl unter sozialen als auch unter medizinischen Gesichtspunkten — ob zu Recht oder zu Unrecht sei dahingestellt — hergestellten Zusammenhang hinzuweisen. Nicht nur medizinisch bot die neue Krankheit der Syphilis Anlaß zu Verwechslungen mit der Lepra<sup>26</sup>. Auch die negative gesellschaftliche Einstellung gegenüber den Leprösen wurde auf die Syphilitiker übertragen, was sich z.B. in der Einweisung von Syphiliskranken in Leprosorien gegen den Widerstand der dort lebenden Leprösen niederschlug<sup>27</sup>. Wenn von Zeitgenossen wie von Wimpheling oder von Erasmus von Rotterdam im gleichen Atemzug vor Syphilis und Lepra als gefährlicher Bedrohung gewarnt wurde<sup>28</sup>, macht dies erneut deutlich, wie sehr ein isolierter Zugriff auf einzelne Krankheiten möglicherweise sehr wichtige sozialgeschichtliche Zusammenhänge übersieht. Auch die Lösung des medizinhistorischen Problems, ob das Verschwinden der Lepra in irgendeiner Weise mit dem Auftreten von Pest, Syphilis oder Tuberkulose zusammenhängt<sup>29</sup>, ist keineswegs ohne Relevanz für eine sozialhistorische Fragestellung. Je nachdem wie die Antwort ausfällt, muß sich zwangsläufig die Bewertung von Erfolg und Mißerfolg der Abwehrmaßnahmen ändern. Würde sich z.B. die Vermutung eines Zusammenhangs zwischen dem Abnehmen der Lepra und der sich verstärkt ausbreitenden Tuberkulose als richtig erweisen, wären damit gleichzeitig die Thesen zum Verschwinden der Lepra im Abendland, das etwa von Siegfried Reicke als Erfolg der Leprosenspitäler, « ein Bollwerk gegen die weitere Ausbreitung der Krankheit », gedeutet wurde, falsifiziert<sup>30</sup>. Ähnliches gilt für die Einschätzung der Verbesserungen im Bereich von Hygiene und gesundheitspolizeilichen Maßnahmen, die zur Eindämmung der Lepra, aber auch der Pest beigetragen haben sollen, wobei letztlich schwer auszumachen ist, ob hier nicht eine nur vordergründig plausible Argumentationskette nach dem Schema *post hoc ergo propter hoc* aufgebaut wird<sup>31</sup>.

26. Pierre BOITEAU, « Rôle éventuel de la malnutrition dans l'épidémiologie de la lèpre. Exemple de la France du moyen âge et de la renaissance », in : *Bulletin philologique et historique du comité des travaux hist. et scientifiques 1968*, Paris 1971, Bd.1, S.13; George NEWMAN, *On the History of the Decline and Final Extinction of Leprosy as an Endemic Disease in the British Islands*, London 1895, S.64f.

27. Iwan BLOCH, *Der Ursprung der Syphilis. Eine medizinische und kulturgeschichtliche Untersuchung*, Jena 1901, S.105.

28. ERASMUS von Rotterdam, « Colloquia », hg. von L.-E. HALKIN u.a., in : *Opera omnia Desiderii Erasmi Roterodami*, Amsterdam 1972, I, 3, S.335f.; BLOCH (wie Anm.27) S.119.

29. V. MØLLER-CHRISTENSEN, « Evidence of Tuberculosis, Leprosy and Syphilis in Antiquity and the Middle Ages », in : *Proceedings of the XIXth int. Congress of the History of Medicine*, Basel 1964 (Basel/New York 1966) S.229-37. Emmo GEHR, « Ist die Reinigung des Brotgetreides von Kornradesamen mitbeteiligt am Erlöschen der mittelalterlichen Lepra ? », in : *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten* 122 (1940) S.238; Manfred OBERDOERFFER u. Emmo GEHR, « Die Zusammenhänge zwischen sapotoxinhaltigen Nahrungspflanzen und der Lepra », in : *ibid.*, S.472ff.; Jacques RUFFIÉ u. Jean-Charles SOURNIA, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*, Paris 1984, S. 160ff.

30. Siegfried REICKE, *Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter*, Stuttgart 1932, Bd. 1, S.326.

31. Wilhelm FROHN, *Der Aussatz im Rheinland. Sein Vorkommen und seine Bekämpfung*, Jena 1933, S.249ff.



#### I.4. *Die Chronologie*

Ein weiterer Aspekt, der mir unter methodischen Gesichtspunkten für eine sozialgeschichtliche Betrachtung des Themas Krankheit und Gesellschaft wichtig erscheint, ist die Diachronie. Es wurde schon erwähnt, daß Krankheiten verschwinden und neue Krankheiten auftauchen, wozu in dem hier interessierenden Zeitraum als neue Krankheiten Pest und Syphilis, aber auch der Englische Schweiß zu zählen wären, während unter die verschwindenden Krankheiten Pest, Lepra und Antoniusfeuer zu rechnen sind. Da diese Krankheiten trotz unterschiedlicher äußerer Umstände unter strukturellen Gesichtspunkten durchaus vergleichbare Reaktionen hervorgerufen haben, ist eine diachrone Analyse unumgänglich, um der Gefahr einer Fehleinschätzung der spezifischen Reaktionen und Abwehrmaßnahmen zu entgehen. Daß eine exakte Chronologie eine geradezu elementare Voraussetzung ist, um Irrtümer zu vermeiden, zeigt nicht nur die noch immer kontrovers geführte Diskussion über das Aufkommen und die Verbreitung der Syphilis<sup>32</sup>, sondern auch der letztlich unbefriedigende Forschungsstand zum Verschwinden der Lepra in Westeuropa. Eine auch nur annähernd exakte Chronologie der Leprosorien, die eine verlässliche Basis hierfür bilden könnte, liegt für keines der betroffenen Länder vor.

Schießlich sind sozialhistorisch wichtige Phänomene wie Wandel oder die Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen an eine exakte Chronologie gebunden.

#### I.5. *Auseinandersetzung mit der Krankheit als gesellschaftlicher Lernprozeß*

Das zuletzt angesprochene Phänomen der Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen, d.h. das gleichzeitige Vorhandensein von am damaligen Wissensstand gemessen modern und fortschrittlich anmutenden Maßnahmen und im Vergleich dazu traditionell und veraltet wirkenden Verhaltensweisen wirft die Frage auf, inwiefern die Erfahrung eines Krankheitsgeschehens einen gesellschaftlichen Lernprozeß in Gang gesetzt hat. Implizit oder explizit findet sich in der Forschung bei der Behandlung von Krankheiten oder der Abwehrreaktionen sowie der Bekämpfungsmaßnahmen, die sie hervorgerufen haben, die Erwartungshaltung ausgedrückt, daß infolge des gewachsenen Wissens und des verbesserten Erkenntnisstandes entsprechende ständig modifizierte und verbesserte Abwehrmaßnahmen eingeleitet worden wären. Die Annahme jedoch, daß ein historischer Lernprozeß im Umgang mit Krankheiten und Seuchen feststellbar sei, daß eine zunehmende Rationalität das Verhalten und die Reaktionen der betreffenden Gesellschaften, der Individuen und der Obrigkeiten gekennzeichnet habe, daß mithin ein gewisser Fortschritt oder sogar ein Innovationsprozeß im Bereich von Hygiene-, Vorsorge- und Schutzmaßnahmen sich als Ergebnis eingestellt habe, geht vielleicht beim Überblick der Entwicklung über fünf bis sechs Jahrhunderte nicht fehl, bedarf jedoch einer sehr konkreten Überprüfung anhand der tatsächlich erreichten Verbesserungen und Fortschritte. So werfen die erheblichen zeitlichen Diskrepanzen, die bei den als sinnvoll erkannten Abschließungs-, Ausschluß- und Quarantänemaßnahmen anzutreffen sind,

---

32. Vgl. Die Beiträge von Anne-Marie MOULIN und Roger FRENCH in diesem Band.

viele Fragen auf. Wenn es von der Errichtung der wohl ältesten Quarantänestationen, wie sie aus Anlaß der Pest in Ragusa 1377 und in Marseille 1383 und in der Folge in Norditalien und Südfrankreich errichtet wurden, mehr als 200 Jahre dauerte, bis ähnliche Maßnahmen auch in Norddeutschland eingeleitet wurden<sup>33</sup>, oder wenn zu Anfang des 16. Jahrhunderts in oberitalienischen Städten spezielle Krankenhäuser für die « incurabili », die Syphilitiker, eingerichtet wurden<sup>34</sup>, während in Deutschland Vergleichbares fehlte, so ist dafür mit Sicherheit nicht einfach Unkenntnis und nur bedingt Skepsis gegenüber der Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit solcher präventiver Maßnahmen anzuführen. Die Gründe hierfür müssen anderswo gesucht werden. Dahinter steht die bei jeder Diskussion über Innovations- und Diffusionsprozesse<sup>35</sup>, über Modernisierungsphänomene oder über Professionalisierungsvorgänge zu stellende Frage nach der Wechselwirkung zwischen der Wahrnehmung, der Kenntnis und der Einsicht bestimmter Gegebenheiten und Zusammenhänge sowie auftauchender Neuerungen und ihrer Sinnhaftigkeit und deren Umsetzung in praktisches Handeln.

Daß es, um hier, wie oben angeführt, zu Ergebnissen kommen bzw. um überhaupt solche eklatanten Diskrepanzen wahrnehmen zu können, des Vergleichs zwischen weder zeitlich noch räumlich zu eng begrenzten Untersuchungsräumen bedarf, muß kaum eigens hervorgehoben werden.

#### I.6. Auseinandersetzungen mit der Krankheit als Indikator für die Sozialgeschichte

Die Interdependenz von Krankheit und Gesellschaft scheint mir jedoch noch unter einem weiteren Aspekt von Bedeutung zu sein, der sozusagen die Blickrichtung des Forschers umdreht. Gemeint ist die Möglichkeit, die Reaktionen von Obrigkeit und Gesellschaft bis hin zum Verhalten des Einzelnen gegenüber plötzlichen Manifestationen von Krankheiten als Indikatoren für gesellschaftliche Zustände zu interpretieren. Die unmittelbaren und die langfristigen Folgen von Seuchen können m.E. als Indikatoren für

33. Mirko Dražen GRMEK, « Le concept d'infection dans l'antiquité et au moyen-âge, les anciennes mesures sociales contre les maladies contagieuses et la fondation de la première quarantaine à Dubrovnik (1377), in : *Rad. Jugoslavenske Akademije znanosti i umjetnosti* 384 (1980) S.9 ff.; Loris PREMUDA, « Storia della quarantena nei porti italiani », in : *ibid.*, S.107 ff.; Dieter JETTER, « Erwägungen beim Bau französischer Pesthäuser », in : *Archives internationales d'histoire des sciences* 76 (1966) S. 247ff. (die Datierung des Pesthauses in Ragusa auf 1397 ist zu berichtigen). Die umfanglichste Information über Pesthäuser und Quarantänestationen enthält der zitierte jugoslawische Sammelband. Doch sind zweifellos weitere, vor allen Dingen vergleichende Forschungen zur Errichtung von Leprosorien, Pesthospitälern und « Franzosenhäusern » nötig, um der Frage nach den Voraussetzungen und den Hindernissen, die bei der Durchsetzung dieses Konzepts zur Isolierung und Vorbeugung zu überwinden waren, nachgehen zu können. Ein solcher Datensatz wird es auch erlauben, der Frage nachzugehen, wie lange es dauert, bis von Seiten der Obrigkeit auf epidemiologische Gegebenheiten reagiert wird, und damit auch Aussagen zu einem Beschleunigungsprozeß zu machen. Zu Norddeutschland s. BULST (wie Anm.10) S.261.

34. John HENDERSON, « Syphilis in Early Modern Europe : Medical Theories and Lay Reactions », Paper for Wellcome Institute "Diseases in History" Seminar, 27 January 1988 (ms.), S.4 ff.

35. Vgl. dazu neuerdings die Beiträge in dem Band *La ville et l'innovation*, hg. von Jochen HOOCK u. Bernhard LEPETIT, Paris 1987 und besonders die methodische Einleitung der Herausgeber « Histoire et propagation du nouveau », S.9 ff.

soziale Verhältnisse, für sozialen Konsens oder Dissens, für Akzeptanz von Herrschaft oder für Mentalitäten<sup>36</sup> herangezogen werden. Kontinuität und Wandel von Einstellungen, von gesellschaftlichen Normen, von Frömmigkeitsverhalten, von Organisationsformen des öffentlichen und privaten Lebens usw., also von den Einstellungen zu gesellschaftlichen Randgruppen<sup>37</sup> bis hin zum individuellen Hygieneverhalten oder vom durch Krankheits- und Todeserfahrung bewirkten Wandel in der Kunst<sup>38</sup> bis hin zu den sich wandelnden Auffassungen von Sitte und Moral<sup>39</sup> können am Beispiel von Reaktionen auf Krankheiten wie Pest, Syphilis oder Lepra<sup>40</sup> untersucht werden.

In diesem Zusammenhang gewonnene Ergebnisse können und sollten mit Phänomenen und Entwicklungen, die in anderen Bereichen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, rechtlichen, politischen, oder kulturellen Lebens sichtbar werden, im Hinblick auf mögliche Verifizierungen oder Falsifizierungen überprüft werden. So ließe sich, um ein Beispiel zu nennen, die Tragweite des als besonderes Kennzeichen des entstehenden modernen Staats in der frühen Neuzeit herausgestellten Zugs zur Rationalisierung<sup>41</sup> sinnvollerweise auch an dem messen und verifizieren lassen, was wir im Rahmen

---

36. Jacques LÉONARD, « Histoire des sciences médicales et histoire des mentalités », in : *Revue de Synthèse* 104 (1983) S.355-62. Zurückzuweisen ist die Kritik von Günter B. RISSE, « Epidemics and Medicine : The Influence of Disease on Medical Thought and Practice », in : *Bulletin of the History of Medicine* 53 (1979) S.506, an der « historian's preference for social issues » bei gleichzeitiger Vernachlässigung klinischer, pathologischer und epidemiologischer Aspekte von Krankheit, da sie das Argument für das hier skizzierte Vorgehen nicht berücksichtigt, wonach lediglich der jeweilige zeitgenössische Kenntnisstand unter sozialhistorischer Fragestellung von Interesse sein kann. Dieser Ansatz ist grundverschieden von der Fragestellung Risses nach der Beeinflussung medizinischen Denkens durch Krankheitserfahrung.

37. Die Randgruppenproblematik des späten Mittelalters (vgl. dazu František GRAUS, « Randgruppen der städtischen Gesellschaft im Spätmittelalter », in : *Zeitschrift für Historische Forschung* 4 (1981) S.385 ff.) wird ohne Einbeziehung der Marginalisierungs- und Ausschlußmaßnahmen gegen die Leprösen im 12. und 13. Jahrhundert kaum verständlich werden können.

38. Millard MEISS, *Painting in Florence and Siena after the Black Death. The Arts, Religion, and Society in the Mid-Fourteenth Century*, Princeton 1951; Henk van Os, « The Black Death and Sienese Painting : A Problem of Interpretation », in : *Art History* 4 (1981) S. 237 ff.

39. Vgl. die These von S. ANDRESKI, « Syphilis. Puritanism and Capitalism », in : *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 7 (1980) S. 724, der die Verbreitung des Puritanismus mit der Syphilis in Verbindung bringt; vgl. dazu die Zurückweisung von Johan GOUDSBLOM, « Les grandes épidémies et la civilisation des mœurs », in : *Actes de la recherche en sciences sociales* 68 (1987) S.9. Zum von den Zeitgenossen hergestellten Zusammenhang von Luxusverhalten und Krankheiten siehe Neithard BULST, « Zum Problem städtischer und territorialer Kleider-, Aufwands- und Luxusgesetzgebung in Deutschland (13. bis Mitte 16. Jahrhundert) », in : André GOURON u. Albert RIGAUDIÈRE (Hg.), *Renaissance du pouvoir législatif et genèse de l'état*, Montpellier 1988, S.39f.

40. Gerd GÖCKENJAN, « Syphilisangst und Politik mit Krankheit. Diskurs zur Geschichte der Geschlechtskrankheiten », in : *Sozialwissenschaftliche Sexualforschung* 2 (1989) S.47-49 u. DERS., « Das Pest-Regiment. Zu welchem Zweck Seuchen über die Menschen kommen », in : *Kursbuch* 94 (1988) S.73 ff.

41. Klaus SCHREINER, « Die mittelalterliche Stadt in Webers Analyse und die Deutung des okzidentalen Rationalismus. Typus, Legitimität, Kulturbedeutung », in : *Max Weber, der Historiker*, hg. von Jürgen KOCKA, Göttingen 1986, S.119ff.; Neithard BULST, « La Ville, la bourgeoisie et la genèse de l'État Moderne », in : *La Ville, la bourgeoisie et la genèse de l'État Moderne (XII<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles)*, Actes du colloque de Bielefeld 1985, hg. von Neithard BULST et Jean-Philippe GENET, Paris 1988, S.8.

obrigkeitlicher Seuchenbekämpfung in dieser Zeit fassen können. Die Diskrepanzen zwischen « fortschrittlichen » und « rückschrittlichen » Reaktionen und Maßnahmen im Umgang mit der Krankheit, die bei einer vergleichenden Analyse schnell offenkundig werden, könnten ebenso wie die sehr unterschiedliche Konsequenz und Folgerichtigkeit, die sich bei der Umsetzung von Abwehrmaßnahmen durch die Obrigkeit erkennen lassen, die Inhomogenität und die lediglich auf bestimmte gesellschaftliche Teilbereiche beschränkte Gültigkeit solcher Konzepte erweisen.

Ein interkultureller Vergleich der Auseinandersetzung mit der Pest schließlich macht deutlich, welche großen Unterschiede in dieser Frage zwischen der westlichen und der islamischen Welt bestehen. Die drei wichtigsten seien angeführt. Während im Westen diese Krankheit als Strafe Gottes verstanden wird, wird sie im Islam als Gnade und Märtyrertum verstanden<sup>42</sup>. Hieraus folgen zwei wichtige Konsequenzen. Zum einen war nicht die Flucht erstes Gebot, um sich vor der Krankheit zu schützen. Zum anderen bestand nicht dieselbe Vorstellung von Ansteckung wie im Westen. Selbst wenn diese drei aus der Religion abgeleiteten Folgerungen nicht in jedem Einzelfall wirklich zu unterschiedlichem Verhalten führten und es auch im Islam Flucht und Zerfall der familialen Bindungen gab, so bleibt doch der grundsätzliche Unterschied zwischen der christlichen und der islamischen Welt bestehen<sup>43</sup>.

Ein solcher bei der Einstellung zur Krankheit und den dabei gefundenen Bewältigungsstrategien erkennbarer interkultureller Gegensatz bleibt aber keineswegs — und dies scheint mir in unserem Zusammenhang von vorrangiger Bedeutung zu sein — auf den engen Sektor der Medizingeschichte beschränkt, sondern wirkt sich auf viele weiterreichende Fragen aus. Eine dieser Fragen, die bei der bisherigen Behandlung dieser Thematik viel zu stark im Hintergrund gestanden hatte, sollte etwa dem Problem « Krankheit als Herausforderung » gelten, womit nicht nur der medizinisch-wissenschaftliche Bereich gemeint ist, sondern die Herausforderung an die Valenz der bestehenden gesellschaftlichen Normen, Moralvorstellungen etc.

## II. Ein Fallbeispiel : Die Pest in Westfalen und am Niederrhein (14.-18. Jahrhundert)

Im folgenden will ich versuchen, am Beispiel eines größeren Arbeitsvorhabens zur Erforschung der Pest in Westfalen und am Niederrhein vom

42. Dies schließt allerdings nicht aus, daß auch im Westen den Pestkranken besondere Fürsorge zuteil werden konnte, da die Pest nur in Ausnahmefällen als Ausdruck individueller Schuld interpretiert wurde.

43. Michael W. DOLS, « The Comparative Communal Responses to the Black Death in Muslim and Christian Societies », in : *Viator* 5 (1974) S.275ff. u. DERS., « *The Black Death in the Middle East* », Princeton 1979, S. 22 f. Vgl. Jacqueline SUBLET, « La peste prise aux rêts de la jurisprudence : Le traité d'Ibn Hagār Al-'Asqalānī sur la peste », in : *Studia Islamica* 33 (1971) S. 147, wo auf die unterschiedliche Bewertung des Gebets hingewiesen wird, wonach im Islam das Gebet auch als moralische Flucht verstanden werden kann und mithin nicht zulässig sein soll. Daniel PANZAC, « *La peste dans l'empire ottoman 1700-1850* », Leuven 1985, S. 290 ff. Neithard BULST, « Der Schwarze Tod. Demographische, wirtschafts- und kulturgeschichtliche Aspekte der Pestkatastrophe von 1347-1352. Bilanz der neueren Forschung », in : *Saeculum* 30 (1979) S. 57 ff.

Schwarzen Tod bis zu den letzten preußischen Vorsorgemaßnahmen um die Mitte des 18. Jahrhunderts die vorausgehenden Bemerkungen zu konkretisieren<sup>44</sup>.

Hauptanliegen dieses Projekts ist es, die Pest und die durch sie hervorgerufenen Reaktionen über den gesamten Zeitraum ihres Auftretens bzw. ihres möglichen Auftretens für einen größeren territorialen Raum zu erforschen<sup>45</sup>. Dieser Ansatz wurde gewählt, um einem Desiderat in der bisherigen Pestforschung, in der Studien zu einzelnen Städten oder für ein einzelnes Pestjahr oder für größere Regionen innerhalb eines zeitlich limitierten Rahmens im Vordergrund gestanden haben, Rechnung zu tragen. Eine Langzeitstudie über einen größeren Raum sollte Erkenntnisse zu einigen der oben angeschnittenen Fragen ermöglichen, wobei einschränkend gesagt sein muß, daß bei den bisherigen Forschungen eine Krankheit, nämlich die Pest, im Vordergrund gestanden hat.

### II.1. Die Chronologie

Eine erste chronologische Auswertung des Materials ergibt zwar ein eindeutiges Übergewicht der Pesthäufigkeit im 16. und 17. Jahrhundert gegenüber den vorausgegangenen Jahrhunderten, doch läßt sich zeigen, daß häufig Quellenverlust als Grund für diesen Befund anzunehmen ist, und infolgedessen kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Pestepidemien im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit beim bisherigen Stand der Forschung daraus abzuleiten ist.

Desweiteren verdient festgehalten zu werden, daß bisher nur in 23, also knapp 9 Prozent, aller 257 Städte, in denen sich Pestepidemien ermitteln ließen, in dem gesamten Untersuchungszeitraum vom 14. bis zum 18. Jahrhundert zehn und mehr voneinander unabhängige Pestepidemien nachgewiesen sind. Dies wirft die Frage auf, ob wirklich, wenn die Pestseuchen weit weniger dicht als bisher oft angenommen aufeinander folgen, der obrigkeitliche Handlungszwang so groß war, daß die Maßnahmen über den kurzfristigen konkreten Anlaß hinaus auch langfristige Folgen hätten haben müssen. Die Halbherzigkeit, mit der Abwehrmaßnahmen oft ergriffen wurden bzw. die mangelnde Konsequenz, mit der man sie zu verwirklichen suchte, ließen sich dann leichter erklären.

Die genaue Chronologie der Pest in einem bestimmten Raum erleichtert aber auch die Antwort auf drei weitere Fragen, die gemeinhin Probleme aufwerfen. Zum einen ist dies die Frage nach dem Verbreitungsmuster der Epidemien, wobei, dies sei zumindest erwähnt, sich im Augenblick kein erkennbares, in irgendeiner Weise regelmäßiges Muster abzeichnet, so daß die Wanderungsbewegungen der Seuche in Form sogenannter Pestgänge sich

44. Vgl. BULST (wie Anm.10) S.251-70, wo die Ergebnisse einer vorausgehenden Regionalstudie, die sich aber lediglich auf die Untersuchung einiger ausgewählter Städte beschränkte, vorgelegt wurden.

45. Dazu wurden bisher für 276 Städte gedruckte und ungedruckte Quellen verschiedenster Art erfaßt und ausgewertet. In 257 von ihnen ließen sich eine oder mehrere Pestepidemien nachweisen. Für seine Hilfe bei der Materialsammlung danke ich meinem Mitarbeiter Uwe Somberg. Im Folgenden wird davon abgesehen, alle Einzelaussagen zu belegen. Dies ist einer späteren Publikation vorbehalten. Nur die für den Gedankengang zentralen Argumente sind in den Anmerkungen nachgewiesen.

anhand dieses Materials bisher nicht bestätigen lassen<sup>46</sup>. Eng hiermit zusammen hängt die Frage nach dem Erfolg von Abwehrmaßnahmen. Ist die Nichtbetroffenheit einer Stadt in Jahren mit starkem Seuchenbefall, wie zum Beispiel in den Jahren 1563, 1598/99 oder 1630 ff. auf erfolgreiche Schutz- und Abwehrmaßnahmen zurückzuführen oder eher als Ergebnis zufallsbedingter glücklicher Umstände anzusehen? Nur ein großräumiger Vergleich scheint mir überhaupt Aussicht zu haben, diese Frage von einer etwas sichereren Argumentationsgrundlage aus erörtern zu können.

Der dritte in diesem Zusammenhang zu nennende Aspekt, unter dem eine genaue Chronologie hilfreich sein kann, ist das schwierige Problem der Diagnose. Zwar scheint es unter der Fragestellung nach Reaktionen und Einstellungen zur Pest sekundär zu sein, ob die jeweiligen Mortalitätskrisen wirklich durch die Pest ausgelöst wurden, oder ob andere Infektionskrankheiten die Ursache waren, doch könnte durch eine solche großräumige Erfassung eines Krankheitsgeschehens, auch im Bereich der Identifizierung von Krankheiten, mehr Sicherheit gewonnen werden. Ab dem 16. Jahrhundert wird es auch möglich, Krankheiten wie etwa Pest oder Ruhr durch ihre spezifischen Sterblichkeitskurven voneinander zu unterscheiden<sup>47</sup>, so daß man keineswegs auf die nicht immer genaue zeitgenössische Terminologie angewiesen bleibt.

## II.2. Pestabwehr und Pestfolgen

### a) Maßnahmenkatalog

Die systematische Erfassung der Abwehrmaßnahmen der Obrigkeiten sowie der Reaktionen der Gesellschaft auf die Krankheit und die getroffenen Maßnahmen ergibt ein weites Spektrum von Einzelphänomenen, die etwa wie folgt zusammengefaßt werden können, wobei für jeden Punkt eine weitere Untergliederung in mehrere Einzelpunkte durchgeführt werden kann, die hier stark verkürzt aufgeführt werden:

1. Nachrichtenwesen (Verbreitung von Nachrichten über Seuchen in der Umgebung, Ermittlung von Krankheiten im Inneren der Städte, Verschweigen von Erkrankungen von Privatpersonen, Vertuschung des Seuchenbefalls durch die Obrigkeit, Koordination von Abwehrmaßnahmen, Verkündigung des Pestzustandes).
2. Vorsorge- und Kontrollmaßnahmen (Einlaßverbote für Verdächtige, Warenkontrolle, Gesundheitspässe, Visitationen, Vertreibung von Armen, Bettlern und Vagabunden).
3. Personal (Ärzte, Chirurgen, Barbieri, besonderes Pflegepersonal, Totengräber, Gesundheitsausschüsse, obrigkeitliche Beauftragte, Laienbruderschaften, Geistliche).

46. Georg STICKER, *Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre*. 1. Bd. : *Die Pest*. 1. Teil : *Geschichte der Pest*, Gießen 1908, bes. S. 78 ff. Auch die von Sticker vorgeschlagene Einteilung in Pestperioden findet sich in diesem Material nicht wieder.

47. Vgl. etwa die Auswertung des « Hildesheimer Pestbuchs » (1597-1623), Hildesheim, evang. Stadtkirchenarchiv KB 64, bei Monika HÖHL, *Pest in Hildesheim in Spätmittelalter und früher Neuzeit* (1350-1658), Staatsexamensarbeit Bielefeld 1987 (masch.)

4. Sequestrierung von Kranken (Quarantäne, Hospitäler, Diagnosehäuser, provisorische Unterkünfte, Kennzeichnung der Häuser Pestkranker, Markierung von Kranken und Kontaktpersonen, Kontaktverbote).
6. Schutzmaßnahmen bei Sachen (Desinfektionen, Zerstörung der Häuser von Pesttoten, Vernichtung des Besitzes von Pesttoten, Wiederverwendungsregelungen für den Besitz von Pesttoten).
7. Beseitigung der Toten (Beerdigungsvorschriften, wiederverwendbare Spezialsärge, Friedhofsneuanlagen bzw. Friedhofsverlegungen).
8. Kirchliche Maßnahmen und Frömmigkeitsverhalten (Prozessionen, Stiftungen, Kapellen, Messen, Mysterienspiele, Schutzheilige, Gottesdienste, Bettage).
9. Verhalten der Obrigkeit (Pflichterfüllung bzw. Pflichtvergessenheit, Flucht (von Magistrat, Geistlichkeit, Ärzten und Reichen), Kritik am Fehlverhalten und an obrigkeitlicher Untätigkeit (z.B. Verweigerung von Sterbesakramenten), Sanktionen).
10. Individuelle und Massenreaktionen (Angst, Flucht, Abwanderung, Zuwanderung, Fehlverhalten gegenüber Anderen, Fremdenhaß, Sündenbocksuche, Sozialunruhen).
11. Allgemeine organisatorische Maßnahmen (Verlagerung von Institutionen (Universitäten, Gerichte, Gremiensitzungen u.ä.), Aufhebung von Märkten, Fluchtverbote, Versammlungseinschränkungen und -verbote, Gottesdienstregelungen, Seuchenstatistik).
12. Psychologische Maßnahmen der Obrigkeit (Verbot von Trauerkleidung, Einschränkung des Totengeläuts, Aufwandsbeschränkungen (Kleidung, Hochzeiten, Taufen u.ä.), Spielverbote, Prostitutionsverbote).
13. Hygienemaßnahmen (Straßenreinigung, Sauberhaltung der Gewässer, Überwachung der Latrinen, Tierhaltung, Müllbeseitigung).
14. Kosten (Ausfälle von Märkten, Unterbrechung des Handels, Steuer ausfälle, Kosten für die Sequestrierungsmaßnahmen und die Anstellung von Ärzten, Unterstützung von Kranken, Umlage zur Kostendeckung (Pestkollekte usw.)).
15. Verordnungen (Verordnung aus Anlaß von Epidemien und zur Prophylaxe (unter dem besonderen Gesichtspunkt von Wiederholungen, Veränderungen und Erweiterungen), Pesttraktate).
16. Ausnahmeregelungen (Ausnahmen im wirtschaftlichen Bereich, personenspezifische Ausnahmen, Sonderregelungen (z.B. Zeugenfähigkeit von Frauen usw.)).
17. Städtische vs. territoriale Obrigkeiten.
18. Akzeptanz, Erfolg und Mißerfolg (Realisierungen der Maßnahmen, Strafandrohungen, Bestrafung bei Übertretung der Ordnungen).

#### b) Umsetzung und gesellschaftliche Implikationen

Es kann hier nicht um eine Erörterung aller Einzelmaßnahmen, ihrer Implikationen und der Reaktionen von seiten der betroffenen Bevölkerung gehen<sup>48</sup>. Unser Anliegen ist es vielmehr, den methodischen Nutzen einer so oder ähnlich gearteten systematischen Erfassung der Auseinandersetzung mit Seuchen zu erörtern.

48. Vgl. dazu auch die Beiträge von RÖDEL, DORMEIER, GOTTFRIED und OTTOSSON in diesem Band.

Oben wurde schon auf die sich aus der reinen Pestchronologie ergebenden Fragen hingewiesen. Unter dem hier behandelten Aspekt der Pestabwehr ist darauf hinzuweisen, daß im Untersuchungsraum die große Menge der Pestordnungen erst ab der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts einsetzte, was zum Beispiel gegenüber Norditalien und Frankreich eine erhebliche zeitliche Verzögerung darstellt. Aber auch Süddeutschland hat zum Teil einen großen zeitlichen Vorsprung vor dem Untersuchungsraum. Wichtiger allerdings als die Feststellung dieses Süd-Nordgefälles scheint mir jedoch die große Disparität zu sein, die, sowohl was den Zeitpunkt der Einleitung von Maßnahmen als auch, was den Grad an Differenziertheit der obrigkeitlichen Bemühungen angeht, im Untersuchungsraum zu konstatieren ist. Mangel an Systematik und eklatantes obrigkeitliches Fehlverhalten finden sich in unmittelbarer Nachbarschaft von ernsthaften Bemühungen, im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten das Schlimmste zu verhüten. Selbst für diesen gesamteuropäisch gesehen relativ späten Zeitraum findet sich im Untersuchungsraum kein ausgearbeitetes Abwehr- und Vorsorgesystem, um der Pestbedrohung entgegenzutreten, sondern lediglich ein Konglomerat von sehr verschiedenartigen Maßnahmen, die häufig auch nur sehr zögernd und unter Berücksichtigung oft wirtschaftlich bedingter Ausnahmen, eingeleitet wurden<sup>49</sup>. Weder gelang es, die regelmäßige Reinigung der Straßen und eine geregelte Abfallbeseitigung durchzusetzen, obwohl auf diesen Mißstand auch von den Ärzten immer wieder hingewiesen wurde, noch war man bereit, in Fällen drohender Pestepidemien, zu Lasten wirtschaftlicher Vorteile, die Abschließungs- und Kontrollmaßnahmen bis hin zur Unterbindung des Warenverkehrs wirklich konsequent und mit aller Strenge durchzusetzen. Häufig bedurfte es erst des Drucks des Landesherrn, um die Städte zu dezidiertem Vorgehen zu veranlassen.

Keineswegs singulär ist die Auseinandersetzung zwischen dem Fürstbischof von Münster, Bernhard von Galen, und den Städten Münster, Warendorf, Telgte und Coesfeld anlässlich der Pestepidemien der Jahre 1666-1668<sup>50</sup>. In allen Städten bot das Verhalten der städtischen Obrigkeiten Anlaß zu heftiger Kritik von seiten des Landesherrn. Die Vorwürfe des Bischofs richteten sich nicht nur gegen die nachlässige Durchsetzung der geltenden Pestordnungen und die mangelnde Effizienz bei der Ahndung von Übertretungen, sondern galten auch den Versuchen, die Pest nach außen hin zu verheimlichen, anstatt sie mit dem dafür vorgesehenen Instrumentarium zu bekämpfen. Typisch für die unterschiedlichen Interessen der städtischen und der territorialen Obrigkeiten ist die Argumentation der Stadt Warendorf, die einerseits gegenüber den Vorwürfen des Bischofs geltend machte, daß die Ordnungen sehr wohl eingehalten würden und andererseits zu bedenken gab, daß die Seuche schon abgeklungen sei und mithin weitere Maßnahmen sich

49. Vgl. die Tabellen im Anhang.

50. E. WIENS, *Nachrichten zur Charakteristik der Pestzeit von 1666*, Münster 1843, S.31 u. DERS., *Sammlung fragmentarischer Nachrichten über Christoph Bernhard von Galen, Fürstbischof zu Münster*, Bd.1, Münster 1834, S.387 ff.; Theodor BADING, « Die innere Politik Christoph Bernhards von Galen, Fürstbischofs von Münster », in : *Zeitschrift für vaterländische Geschichte und Altertumskunde* 69, 1 (1911) S.286 ff. Stadtarchiv Warendorf, Best. A 772 (Gesundheitswesen) u. Ratsprotokolle 1667, Best. A 130 fol. 26 f., 52<sup>v</sup>, 73 u. 77.



erübrigten. Kern des Konfliktes waren die vor allem aufgrund wirtschaftlicher Faktoren divergierenden Interessen zwischen dem Landesherrn einerseits und den Städten andererseits. Während der Landesherr versuchte, im Interesse der Sicherheit des gesamten Territoriums möglichst umfassend die Schutzmaßnahmen zur Anwendung zu bringen, ging es den Städten darum, nicht zu stark in ihren Partikularinteressen geschädigt zu werden, was zwangsläufig die Folge einer strikten Befolgung der Schutz- und Abwehrmaßnahmen gewesen wäre.

Unterzieht man die in den Städten getroffenen Maßnahmen einem systematischen Vergleich, wobei die hier ausgewählten Städte Düren, Münster, Soest, Warendorf und Wesel aufgrund ihrer relativ dichten Überlieferung gewählt wurden, so ist festzustellen, daß sich aus den Maßnahmenkatalogen keine Rückschlüsse auf eine weiträumigere Koordination von Maßnahmen zwischen den einzelnen Städten und auf gegenseitige Absprachen ziehen lassen. Ganz offensichtlich versuchte man eher, diese Probleme allein innerhalb der Stadtmauern zu lösen, sofern nicht durch die Landesherren unter Androhung von Zwangsmaßnahmen das Abwehrnetz durch konzentrierte Aktionen effizienter gestaltet wurde.

Inhomogenität und Diskontinuität sind hervorstechende Ergebnisse eines solchen Vergleichs. Lediglich die Anordnungen zur Straßenreinigung, die Verbote der Tierhaltung in den Straßen und Entsorgungsvorschriften finden sich relativ homogen und kontinuierlich in dem hier zusammengestellten Verordnungsrepertoire aller fünf Städte. Sie sind Teil eines allmählich sich wandelnden Hygienebewußtseins von seiten der Obrigkeiten. Zweifellos war die Pest<sup>51</sup> ein Auslöser für gewisse Fortschritte im Bereich der öffentlichen Hygiene, selbst wenn es noch sehr lange dauern sollte, ehe die Obrigkeit mit ihren entsprechenden Bemühungen dauerhafte Erfolge erzielen konnte.

Auffällig ist die Abwesenheit eines auf Dauer aus der Stadtkasse besoldeten Arztes. Stattdessen begnügte man sich bei jeder neuen Pestepidemie damit, einen neuen Arzt für einen begrenzten Zeitraum einzusetzen. Im wesentlichen dürften es wirtschaftliche Gründe gewesen sein, die dieses Verhalten erklären.

Aber auch auf einem anderen Sektor scheint mir eine möglichst vollständige vergleichende Erfassung und Auswertung des Materials wichtig und unumgänglich zu sein. Das oben erörterte Problem von Innovation, Modernisierung, Einstellungswandel usw. läßt sich nur anhand von diachronen Vergleichen solcher Einzelphänomene einer Lösung näher bringen. Die Erwartung, in der Frühneuzeit, im Zeitalter der Dechristianisierung, ein gewandeltes Frömmigkeitsverhalten auch in der Auseinandersetzung mit den Pestseuchen feststellen zu können, trägt. Ganz allgemein gilt, daß angesichts der Unfähigkeit, die Pest wirksam bekämpfen zu können, wenn sie einmal ausgebrochen war, das breite Spektrum verschiedenartiger Schutzmaßnahmen, die von weltlichen Obrigkeiten durchzusetzen versucht wurden, mit kirchlichen Maßnahmen korrelierte, die von der Kirche nicht selten ebenfalls

---

51. Auf das methodische Problem, daß die Zuordnung vieler dieser Maßnahmen zur Pest nur auf indirektem Wege gelingt, da sie in den Texten häufig nicht genannt wird, sei zumindest hingewiesen.

in Verbindung mit den städtischen Magistraten verfügt wurden. Bis ins 17. Jahrhundert hinein, als Präventiv- und Schutzmaßnahmen verfeinert wurden, findet sich eine z.T. ungebrochene Tradition derartiger Empfehlungen und Gebote von seiten der Kirche. So ist eine große Kontinuität bei den kirchlichen und psychologischen Maßnahmen vom « Schwarzen Tod » bis zum Verschwinden der Pest feststellbar. Verbote bezüglich der Trauerkleidung oder des Lätens der Totenglocken gehörten ebenso wie die von der Kirche angeordneten Bußprozessionen zum durchgängigen Repertoire der « Pestbekämpfung ». Neu waren möglicherweise die Versuche, entsprechende Maßnahmen mit Argumenten, die die wirklichen Gründe verschleierten, plausibel zu machen. Als eine solche Hilfskonstruktion erscheint am Ende von 1587 das Läuteverbot für Wesel, wofür die Schäden am Kirchturm aufgrund des andauernden Lätens geltend gemacht wurden<sup>52</sup>. Auch im 17. Jahrhundert handelten kirchliche und weltliche Obrigkeiten bei der Pestabwehr in enger Absprache. Viele der obrigkeitlichen Pestordnungen beginnen mit einer Aufforderung zur Beichte, wie die von Zons von 1637, die so eingeleitet wird : « Sobald einer von der Pest erfaßt wird, soll er als alsbald seine Zuflucht zu Gott nehmen, beichten und kommunizieren »<sup>53</sup>.

An dieser Stelle sei die Frage — selbst wenn eine Antwort nicht gegeben werden kann — erlaubt, ob hier die Kirche mit ihren Maßnahmen nur der Erwartungshaltung einer ratlosen Bevölkerung entsprach, oder ob die Krankheit dazu benutzt wurde, kirchliche Macht und Einfluß zu stärken. Ähnliches findet sich im weltlichen Bereich, wenn etwa anläßlich von Pestepidemien im 17. Jahrhundert Luxusordnungen erneuert und Einschränkungen bei Taufen, Hochzeiten und Begräbnissen verfügt wurden<sup>54</sup>. Der Verdacht liegt nahe, daß die Pestkatastrophe, die nur in Ausnahmefällen als Grund für solche Maßnahmen genannt wurde, dazu herhalten sollte, um in Vergessenheit geratene Normen wieder zur Geltung zu bringen<sup>55</sup>.

Hiermit hängt eng die weiterführende Frage zusammen, inwieweit Seuchen wie die Pest, deren Ausbrechen nicht oder nur bedingt beeinflussbar war, als mehr oder weniger willkommener Anlaß zur Durchsetzung spezifischer Interessen genutzt wurden. Die Pest als Auslöser von Judenverfolgungen anläßlich des Schwarzen Todes<sup>56</sup> ist unter dem Gesichtspunkt der Krankheit als Vorwand zur Wahrung von Interessen oder zur Begründung von außergewöhnlichen Maßnahmen keineswegs singulär. Pestepidemien z.B. bildeten während des ganzen Untersuchungszeitraums einen Anlaß zur Ausgrenzung von Unterschichten und zur Verfolgung von Randgruppen, unter denen besonders Juden, Bettler und Zigeuner zu nennen sind. Nicht nur in den vier Jahrhunderten, in denen tatsächlich ständig neue Pestepide-

52. Stadtarchiv Wesel, Ratsprotokolle 1587/88, fol. 34<sup>v</sup> Vgl. die zahlreichen Läuteverbote in Soest, Stadtarchiv Soest, Ludwig Eberhard RADEMACHER, *Annales*, S.780, 956, 1105 f. u. 1200.

53. Adam OTTEN, *Zons am Rhein*, Düsseldorf 1903, S. 121.

54. Z.B. WARENDORF (1630), Stadtarchiv Warendorf, Ratsprotokolle 1630, Best. A 113, fol. 19. Soest (1598), Stadtarchiv Soest, RADEMACHER (wie Anm.52) S.1112.

55. Ebenso wie zumeist bei den Hygienevorschriften kann auch in Soest und Warendorf (s. oben Anm.54) und in vielen anderen Städten nur über die Kenntnis der Pestchronologie ein Zusammenhang zwischen der Pest und den Aufwandsordnungen hergestellt werden.

56. Neithard BULST u. Heinrich RÜTHING, « Pest und Tod aus Brunnen und Wasser », in : *Journal für Geschichte* 2 (1986) S.44 ff.

mien zu verzeichnen waren, sondern auch noch im 18. Jahrhundert, also nach dem Verschwinden der Pest im Westen Europas, wurden diese Randgruppen immer wieder als Sündenböcke und Verantwortliche für das Pestgeschehen verdächtigt, so daß ihr Kommen und Gehen strengen Kontrollen unterworfen wurde, sofern sie nicht überhaupt verjagt bzw. an den Grenzen abgewiesen werden sollten<sup>57</sup>.

Schon wiederholt wurde auf die bedeutsame Funktion wirtschaftlicher Gründe bei der Umsetzung bzw. Nichtumsetzung von wirksamen Abwehrmaßnahmen hingewiesen. Der Konflikt zwischen ökonomischen Bedürfnissen und den negativen wirtschaftlichen Auswirkungen konsequent durchgeführter Abwehrmaßnahmen bestimmte das Pestgeschehen innerhalb des gesamten Untersuchungszeitraums. Die Frage nach den spezifischen Ausformungen ist eine wichtige Testfrage bei der Untersuchung der besonderen Auswirkungen von Krankheit auf die Gesellschaft unter dem Gesichtspunkt von gesellschaftlichen Lernprozessen, von Wandel in der Wahrnehmung und in den Einstellungen gegenüber den durch die Krankheit hervorgerufenen Handlungszwängen. Ganz allgemein läßt sich sagen, daß wirtschaftliche Interessen hinter den Versuchen standen, den Ausbruch einer Epidemie zu verschweigen und die an sich notwendigen Präventivmaßnahmen zur Eindämmung zu unterlassen. Konkreter faßbar ist die ökonomisch bedingte Zurückhaltung, wenn es darum ging, Geld aus der Stadtkasse für den Abwehrkampf gegen die Pest zur Verfügung zu stellen. Auf das Beispiel der Arzteinstellungspraxis wurde schon hingewiesen. Ähnliches gilt auch für die Zurückhaltung bei der Errichtung von Quarantänestationen, Pesthospitälern u.ä. Während man stark auf gesellschaftliche Solidarität setzte, auf Stiftungen und private Hilfsleistungen von Einzelnen oder Gruppen vertraute, blieben die direkt eingesetzten Mittel des Rats vergleichsweise gering. Die pestbedingten Ausgaben der Stadt Duisburg in den Pestjahren 1666/67 sind hierfür nur ein signifikantes Beispiel: Von den Gesamtausgaben von 11 706 Talern entfielen nur etwas über 255 Taler, also 2,2 % auf Ausgaben, die in direktem Zusammenhang mit der Pest standen<sup>58</sup>.

Hervorstechendstes Merkmal der mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Pestepidemien war ihr plötzliches Auftreten und eine häufig sehr hohe Peststerblichkeit. Ohne daß man dafür plausible Gründe angeben könnte, gab es allerdings erhebliche Schwankungen in den Sterblichkeitsraten von einer Pestepidemie zur anderen und von einer Stadt zur nächsten. Dies wirft die Frage auf, wie diese Bevölkerungsverluste von den Obrigkeiten wahrgenommen, wie sie registriert und welche Maßnahmen dagegen ergriffen wurden. Ohne hier auf die demographischen Auswirkungen der Pest im einzelnen eingehen zu können, verdienen doch zwei in unserem Zusammenhang wichtige Aspekte festgehalten zu werden. Zum einen fällt auf, daß kaum über die traditionelle Registrierung von Toten in den Pfarregistern hinausgehende Anstrengungen von seiten der weltlichen Obrigkeit unternommen wurden, um das Ausmaß der pestbedingten Sterblichkeit festzustellen<sup>59</sup>. Ebenso wie für

57. Z.B. Stadtarchiv Soest A Nr.1211 (1711), Nr. 1216 (1738).

58. Kurt HOFIUS, « Die Pest am Niederrhein, insbesondere in Duisburg », in : *Duisburger Forschungen* 15 (1971) S.220.

59. Das « Hildesheimer Pestbuch » (wie Anm.47) stellt in dieser Hinsicht eine Ausnahme dar.

den modernen Historiker, der aus den Pfarregistern den Grad der Peststeblichkeit zu ermitteln sucht, dürfte es auch den Zeitgenossen, wenn sie es überhaupt versucht haben sollten, schwer gefallen sein, über diese Informationsquellen zu konkreten Aussagen zu kommen, da die Angabe der Todesursache durch einen qualifizierenden Zusatz, etwa « a peste », wie er sich in Duisburg findet, eher die Ausnahme darstellt<sup>60</sup>. Noch seltener allerdings waren statistische Erhebungen der Peststeblichkeit, wie sie für Köln in den Jahren 1665 und 1666 durchgeführt wurden<sup>61</sup>. Auf diesem Hintergrund verwundert es nicht, daß eigentliche bevölkerungspolitische Maßnahmen nicht ergriffen wurden und es auch hier zumeist den Landesherren vorbehalten blieb, Abwanderungs- bzw. Rückkehrgebote zu erlassen, die aber auch nicht ausschließlich mit der Seuche, sondern auch mit Krieg und den allgemein ungünstigen Zeitläufen begründet wurden<sup>62</sup>. Im Gegenteil, nicht die Sorge um den demographischen Niedergang scheint im Vordergrund gestanden zu haben, sondern das Bemühen, einsetzendem Sittenverfall und Mißachtung gesellschaftlicher und religiöser Normen entgegenzutreten. So finden sich zwar Gebote wie in Dillenburg (1635) zur Einhaltung der fünfmonatigen Trauerzeit für Witwen oder wie in Duisburg (1622), wo sogar eine sechsmonatige Witwenschaft vorgeschrieben wurde<sup>63</sup>. Doch standen diesen Vorschriften gegen allzu schnelle Wiederverheiratungen nach Pestepidemien keine Maßnahmen gegenüber, die etwa geeignet waren, eine höhere Geburlichkeit zu fördern. Man kann sich angesichts dieser Tendenzen zur schnellen Wiederverheiratung<sup>64</sup> fragen, ob die Selbstregulierungskräfte der Gesellschaft so stark waren, daß die Obrigkeiten den Eindruck gewinnen konnten, daß es keine Veranlassung gab, demographische Maßnahmen im eigentlichen Sinne einzuleiten. Dies würde die bis weit ins 17. Jahrhundert hineinreichende Zurückhaltung der Obrigkeiten auf diesem Sektor sehr viel verständlicher machen und erklären, weshalb man sich stärker mit den Konsequenzen des unmittelbaren Schreckens, der von der Pest ausging, befaßte und weniger mit ihren langfristigen bevölkerungspolitischen Folgen.

Die Frage nach der Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen, nach Erfolg und Mißerfolg schließlich sowie nach den Gründen für das Verschwinden von Krankheiten bleibt eines der Hauptprobleme, die bei der Beschäftigung mit der Pest auftreten. Bei der Frage nach Erfolg und

60. HOFIUS (wie Anm.58) S.205 ff.

61. Vgl. die handschriftliche und gedruckte « Designatio defunctorum », die Zusammenstellung der in Köln in den Jahren 1665/66 an der Pest Verstorbenen, Historisches Archiv der Stadt Köln, Best. ungeordnet (Polizei 28-28 A). Für diesen Hinweis danke ich Dr. Robert Jütte (Haifa). Vgl. den Ratsbeschluß vom 24.3.1666 : « Deßgleichen auch die Zeitungs Trucker die zahl der an der Contagion allein verstorbenen nachjetzangereger unterscheidung den Dingtags Zeitungen einzusetzen haben », *ibid.*, Verfassung und Verwaltung, V 144, Edikte 13, Nr. 91.

62. Vgl. die Verordnungen des Bischofs von Münster (1651), J.J. SCOTTI, *Sammlung der Gesetze und Verordnungen, welche in dem königlich preußischen Erbfürstentum Münster... vom Jahre 1359... bis 1806 ergangen sind*, Bd.1 (1359-1762), Münster 1842, S. 233 f.

63. *Corpus Constitutionum Nassovicarum : Das ist; Sammlung der Gesetze, Verordnungen, Vorschriften und Ausschreiben... in die Nassauische Lande*, Bd.2, Dillenburg 1796, Sp. 169. HOFIUS (wie Anm.58) S.213 f.

64. Vgl. BULST (wie Anm.10) S.259.

Mißerfolg wären allerdings, deutlicher als dies oft geschieht, die Kriterien herauszustellen, an denen sie gemessen werden sollen. Gerade der bevölkerungspolitische Aspekt zeigt, daß ganz offensichtlich auf diesem Sektor keine Prioritäten bestanden. Eine Voraussetzung, um überhaupt Antworten oder Teilantworten auf diese Frage geben zu können, ist m.E. eine Totalerfassung eines größeren Raumes, wobei der genauen Analyse der Chronologie des Seuchenbefalls eine besondere Bedeutung zukommt. Doch bleibt das Problem komplex. Weder kann aus dem tatsächlichen Ausbruch einer Pestepidemie ohne weiteres auf Mißerfolg bzw. auf die Nutzlosigkeit der ergriffenen Maßnahmen geschlossen werden, noch ist der gegenteilige Schluß bei Nichtverseuchung zulässig.

### III. Ausblick

Im Verlauf der Geschichte hat es auch neben den schon genannten Krankheiten Pest, Syphilis oder Englischer Schweiß viele neue plötzlich auftretende Krankheiten mit großer Letalität gegeben. Den Zeitgenossen waren sie unbekannt und z.T. sind sie es, nachdem sie verschwunden sind, bis heute geblieben<sup>65</sup>.

Die Bedrohung, die von den auf dieser Tagung erörterten Krankheiten heute noch ausgeht, ist sehr unterschiedlich. Bei rechtzeitiger Behandlung ist eine Pesterkrankung harmloser als eine Grippe. Das Antoniusfeuer ist fast verschwunden. Syphilis ist heilbar, doch scheint ihre Verbreitung wieder zuzunehmen. Lepra und Malaria sind trotz der Kenntnis ihrer Erreger und wirksamer Vorbeuge- und Heilmittel noch weit davon entfernt, besiegt zu sein. Im Gegenteil, Malaria breitet sich erneut aus. Fragt man nach den Gründen, die einer wirksamen Bekämpfung entgegenstehen, so finden sich nicht fehlendes medizinisches Wissen, was in der Vormoderne ein Haupthindernis bei der wirksamen Bekämpfung bildete, sondern komplexe Interessenkonstellationen im Bereich von Wirtschaft und Politik, die durchaus nicht ohne Parallelen zur Vergangenheit sind. Aber auch gesellschaftliche und kulturelle Faktoren können hemmend wirksamen Gegenmaßnahmen im Wege stehen. Neu sind auch vielfach nicht die Reaktionen, die neue Krankheiten hervorrufen, die vom Vertuschen bis hin zur Suche nach den « eigentlichen Schuldigen » reichen, — damals wie heute scheinbar probate Gegenmaßnahmen. Auch diese Reaktionen haben vielfältige Parallelen in der Vergangenheit, deren Kenntnis vielleicht auch etwas zur Lösung aktueller Probleme beitragen könnte.

65. Karl SUDHOF, « Neue Krankheiten zu Ende des 15. und in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts », in : *Archiv für Geschichte der Medizin* 6 (1912/13) S. 120 ff. u. DERS., « Eine neue Krankheit, "die nuwe krenckte", im Juni 1494 zu Düsseldorf », in : *ibid.* 7 (1914) S.43ff.; HOFIUS (wie Anm.58) S. 211f. (1612). A. DORIDER, *Geschichte der Stadt Recklinghausen (1577-1933)*, Recklinghausen 1955, S.293 (1648). *Das Buch Weinsberg. Kölner Denkwürdigkeiten aus dem 16. Jahrhundert*, hg. von F. LAU, Bd.3, Bonn 1897, S.67 (1580).

Anhang  
Übersicht über die infolge der Pest ergriffenen Maßnahmen<sup>66</sup>

DÜREN	1472	1553	1561	1588	1592	1596	1600	1616	1618	1623	1648	1652	1665
-- Stadtarzt			X				X			X			X
-- Pestchirurg										X			XX
-- Krankenpflegepersonal													
-- Totengräber													
-- Verantwortl. Person für Unsetzung der Pest-VO											X		X
-- Gebete/Gottesdienste/Prozessionen/Stiftungen													
-- geistl. Betreuung der Kranken		X		X	X	X		X				X(S)	
-- Straßenreinigung		X											
-- Müllabfuhr								X				X(S)	
-- Tierhaltung													
-- Kennzeichnung Kranker													
-- Kennz. Gesunder aus pestifizierten Häusern													
-- Kennz. von Kontaktpersonen									X(S)				
-- Gesunde sollen Kranke/ Häuser meiden													
-- Kranke sollen Gesunde meiden													
-- getrennte Veransaltungen für Gesunde/Kranke													
-- Kennzeichnung Häuser													
-- Versperren pestifizierter Häuser													
-- Absperren von Häuserblocks/Stadteilen													
-- Meldepflicht für Krankheitsfälle													
-- Visitation/Verzeichnis der Pesttoten													
-- Überfüllung Friedhöfe													
-- Neuanlage Friedhöfe													
-- Bestattung außerhalb													
-- Bestattungs-VO													
-- Regulierung Leichenransport													
-- Läutbeschränkung													
									X(6 Wochen)				X
													XX

66. Die Tabellen stellen eine Auswertung der Pestordnungen sowie entsprechender Beschlüsse, die sich in den Ratsprotokollen und anderen Akten finden ließen, dar. Die angegebenen Jahre sind die in den fünf Städten über den Untersuchungszeitraum nachgewiesenen Pestepidemien. Die ergriffene Maßnahme wird jeweils mit einem x kenntlich gemacht; mehrmals pro Jahr aufgeführte Maßnahmen sind durch xx aufgeführt. (S.) bedeutet, daß die Bestimmung mit einer Strafandrohung bei Übertretung versehen ist.

– Vernichten pestverseuchter Gegenstände			
– Besitz nicht aus pestinifz. Häusern tragen			
– Reinigung pestinifizierter Häuser			
– Pesthäuser			
– Leprosorien als Pesthäuser genutzt			
– bes. Pestbaracken			
– zwangsweise Isolierung Pestverdächtiger			
– bes. Diagnoseabteilung in Pesthäusern		X(S)	X
– Quarantäne in infizierten Stadthäusern			X
– Einreiseverbot f. Fremde, Bettler, Juden			
– Ausreisebeschränkungen			
– Handelsbeschränkungen			
– Waren- und Personenkontrolle/Einreiseverbot			XX
– Gesundheitspaß			
– Bettelverbot in Stadt			
– Luxus reduzieren			
– Geselligkeit/Feiern reduzieren			
– Vertreibung Bettler/Fremder			
– Kommunikation betr. Pest			X
– Verkündigung des Pestzustandes			
– landesherrl. Kritik			
– landesherrl. Pest-VO für Stadt			
– Unterstützung armer Kranker			
– Pestkollekte			XX
– allgem. Strafandrohung bei Nichtbefolgen der Pest-VO		X	
– Gewerbe aus infizierten Häusern einstellen		X(S)	
– Vorschlag an Bewohner infizierter Häuser, Stadt zu verlassen		X	
– bes. Bestimmungen für Markt während Pestzeit			X





– Bestatungs-VO				X				
– Regulierung Leichentransport								
– Läutbeschränkung				X				
– Vernichten pestverseuchter Gegenstände					X			
– Besitz nicht aus pestinifz. Häusern tragen								
– Reinigung pestinifizierter Häuser				X				
– Pesthäuser								X
– Leprosorien als Pesthäuser genutzt								
– bes. Pestbaracken								
– zwangsweise Isolierung Pestverdächtiger								
– bes. Diagnoseabteilung in Pesthäusern								
– Quarantäne in infizierten Stadthäusern			X					
– Einreiseverbot f. Fremde, Bettler, Juden		X						
– Ausreisebeschränkungen								
– Handelsbeschränkungen	X(S)	X(S)						
– Waren- und Personenkontrolle								X
– Gesundheitspaß								X
– Bettelverbot in Stadt								
– Luxus reduzieren						X		
– Geselligkeit/Feiern reduzieren								
– Vertreibung Bettler/Fremder						X		
– Kommunikation betr. Pest								
– Verkündigung des Pestzustandes								
– landesherrl. Kritik								
– landesherrl. Pest-VO für Stadt								
– Unterstützung armer Kranker								
– Pestkollekte								
– allgem. Strafandrohung bei Nichtbefolgen der Pest-VO							X	

WESEL	1349/50	1357	1383	1393	1429	1436	1439	1570	1587	1599	1615	1635	1636	1649	1656	1657	1664	1676	1680	1690	1702
— Stadtarzt	X			X	X	X	X	X													
— Pestchirurg										X		X				X					
— Krankenpflegepersonal											X										
— Totengräber																					
— Verantwortl. Person für Umsetzung der Pest-VO							X			X	X	X	X		X	XXX(S)					
— Gebete/Gottesdienste/Prozessionen/Stiftungen											X										
— geistl. Betreuung der Kranken										X(S)	XXX(S)	X	XX(S)		5xX(S)	X(S)					X
— Straßenreinigung																					
— Müllabfuhr											X(S)	X(S)			XX(S)	4xX(S)					X
— Tierhaltung																					
— Kennzeichnung Kranker																					
— Kennz. Gesunder aus pestifizierten Häusern																					
— Kennz. von Kontaktpersonen											XX(S)	X			X(S)	X(S)					
— Gesunde sollen Kranke/ Häuser meiden																					
— Kranke sollen Gesunde meiden																					
— getrennte Veranstaltungen für Gesunde/ Kranke											X										
— Kennzeichnung Häuser										XX(S)	X(S)	X(S)	X		X(S)	X(S)					
— Versperren pestifizierter Häuser											XXX(S)										
— Absperren von Häuserblocks/Stadteilen																					
— Meldepflicht für Krankheitsfälle																					
— Visitation/Verzeichnis der Pesttoten																					
— Überfüllung Friedhöfe									X												
— Neuanlage Friedhöfe									X												
— Bestattung außerhalb																					
— Bestattungs-VO									X		XX(S)	XX(S)	X		X(S)	XX(S)					

— Regulierung Leichtentransport				X(S)		X(S)	XX(S)	
— Läubeschränkung	X	X	X					
— Vernichten pestverseuchter Gegenstände				X(S)		XX(S)	XX(S)	
— Besitz nicht aus pestifiz. Häusern tragen				X(S)		X(S)	XX(S)	X
— Reinigung pestifizierter Häuser								
— Pesthäuser				X		X		
— Leprosorien als Pesthäuser genutzt								
— bes. Pestbaracken				X			X	
— zwangsweise Isolierung Pestverdächtiger								
— bes. Diagnoseabteilung in Pesthäusern				X				
— Quarantäne in infizierten Stadthäusern				X				
— Einreiseverbot f. Fremde, Bettler, Juden								
— Ausreisebeschränkungen	X(S)				X	XX	X	X
— Handelsbeschränkungen					X	XX	X	X
— Waren- und Personenkontrolle					X		X	X
— Gesundheitspaß								
— Bettelverbot in Stadt								
— Luxus reduzieren					XX	X	XX(S)	X
— Geselligkeit/Feiern reduzieren					X(S)	X	X	
— Vertreibung Bettler/Fremder								
— Kommunikation betr. Pest/Juden								
— Verkündigung des Pestzustandes								
— landesherrl. Kritik								
— landesherrl. Pest-VO für Stadt								
— Unterstützung armer Kranker								
— Pestkollekte								
— allgem. Strafandrohung bei Nichtbefolgen der Pest-VO								
— kein Gewerbe aus infizierten Häusern betreiben	X	XX	XX(S)	XX		X(S)	XX(S)	

X

X(Juden) X(Pest)



— Regulierung Leichentransport											X
— Läubeschränkung											X
— Vernichten pestverseuchter Gegenstände											X
— Besitz nicht aus pestifiz. Häusern tragen											X
— Reinigung pestinfizierter Häuser											X(S)
— Pesthäuser											X
— Leprosorien als Pesthäuser genutzt											X
— bes. Pestbaracken											XX
— zwangsweise Isolierung Pestverdächtiger											X
— bes. Diagnoseabteilung in Pesthäusern											X
— Quarantäne in infizierten Stadthäusern											X
— Einreiseverbot f. Fremde, Bettler, Juden											X
— Ausreisebeschränkungen											X
— Handelsbeschränkungen											X
— Waren- und Personenkontrolle											X
— Gesundheitspaß											XX
— Bettelverbot in Stadt											X
— Luxus reduzieren											X
— Geselligkeit/Feiern reduzieren											XX
— Vertreibung Bettler/Fremder											X
— Kommunikation betr. Pest											X
— Verkündigung des Pestzustandes											X
— landesherrl. Kritik											
— landesherrl. Pest-VO für Stadt											
— Unterstützung armer Kranker											
— Pestkollekte											
— allgem. Strafandrohung bei Nichtbefolgen der Pest-VO											



