

Wolfgang Löhlein

Ein historischer Rückblick in Zeiten der Corona-Pandemie

Das Heilig-Geist-Spital zu Grüningen und Aspekte der Medizin im ausgehenden Mittelalter und in der Frühen Neuzeit

Der mittelalterliche Ausbau der Stadt Grüningen

Der Ort Grüningen wird urkundlich erstmals im Jahre 1226 als Stadt genannt. Die Anfänge der einstigen Königspfalz gehen vermutlich auf eine bereits frühmittelalterliche Vorgängersiedlung zurück, für die aussagekräftige archäologische Belege jedoch bislang noch ausstehen. Ebenso für die Vermutung, dass am Ort bereits eine römische Siedlung bestand. Einschneidend für die Entwicklung Grüningens war das 13. Jh. als eine planerische Umorganisation und ein grundlegender Ausbau zu jener bedeutenden mittelalterlichen Stadt im Südwesten Deutschlands erfolgte, die noch heute das Bild der Kernstadt prägt. Die Initiative dazu wird von den Grafen von Grüningen ausgegangen sein. Im Bereich der Wettegasse lag der ursprüngliche Kern der locker bebauten Ansiedelung, der später an die Stelle des heutigen Marktplatzes verlegt wurde. Beab-

sichtigt war mit der Stadtgründung der Ausbau zum Markt- und Handelsort, womit insbesondere die Erhebung von Zöllen auf Güter und Dienstleistungen einherging. Zum Schutz der Stadt wurde diese mit einer Befestigung aus Stadtmauer, Zwingermauer, Graben und Wall umgeben, außerdem konnten so künftig Waren nur noch über die Stadttore ein- und ausgeführt werden.

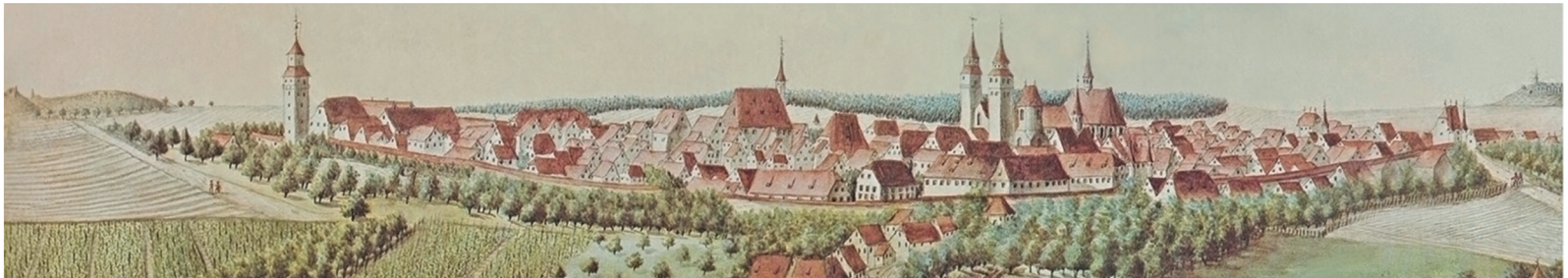
Mit dem Ausbau zur Stadt erfolgte eine Verlagerung der Wirtschaftsweise weg von der landwirtschaftlichen Produktion hin zu Handwerk und Handel. Zudem wurden die Produkte aus der Landwirtschaft des Umlandes auf den Märkten der Stadt (vermutlich meist zu diktierten Preisen) umgeschlagen. Außerdem war Salz ein für Mensch und Vieh lebensnotwendiges Gut, das ab dem 13. Jh. in Salinen bei Heilbronn, Schwäbisch Hall und Bretten gewonnen wurde.

Indem die Stadt wirtschaftlich prosperierte, gewann sie an Attraktivität, was zum Zuzug zahl-

reicher Menschen aus ihrem ländlichen Einzugsgebiet und zur Wüstung umliegender Weiler führte. Auf einige der damit verbundenen sozialen, gesundheitlichen und hygienischen Phänomene sei im Folgenden eingegangen, um zu skizzieren, unter welchen Voraussetzungen mittelalterliche Spitäler entstanden und betrieben wurden. Da die Quellenlage hinsichtlich schriftlicher Archivalien für das Hoch- und Spätmittelalter Grüningens nicht befriedigend ist, wird zusätzlich auf allgemeine Ausführungen zu den Themen zurückgegriffen – in der Annahme, dass die groben Züge gesellschaftlicher Entwicklungen hier ähnlich wie im übrigen Reichsgebiet verliefen.

Armut

Mit dem wirtschaftlichen Aufblühen der mittelalterlichen Städte zog ihr Reichtum zahlreiche Menschen aus dem Umland an, die hofften, daran teilhaben zu können. Gleichzeitig



kappten sie damit aber ihre nachbarschaftlichen und vor allem familiären Netzwerke, die in Notzeiten soziale Härten abmildern konnten. Auf der anderen Seite führte die vermehrte Abwanderung der Menschen vom Land in die Städte zu einer Schwächung der landwirtschaftlichen Produktion, was wiederum die Preise der Agrarprodukte in den Städten in die Höhe trieb, ohne dass dort gleichzeitig die Löhne stiegen. Wucher und Spekulation konnten diese preistreibenden und damit zu Armut führenden Effekte verstärken.¹

Die jeweiligen Gewerbe bedingten, dass spezifische Berufsgruppen von Armut bedroht waren. So waren es im Handel besonders Dienst- und Transportarbeiter, in ländlichen Regionen Tagelöhner und im Textilgewerbe Spinnerinnen und Kämmerinnen. In den Städten selbst wohnten die Ärmern meist nicht im Zentrum der Stadt, sondern an der Peripherie. Häufig im Bereich der Stadtmauer, an Flüssen oder nahe der Friedhöfe. Auch lagen in solchen Quartieren für gewöhnlich weniger Brunnen, was unter Hygienegesichtspunkten und damit der Krankheits- und Seuchenabwehr wichtig war. Die Unterkünfte in den weniger angesehenen Stadtteilen waren kleiner als im Zentrum und innerhalb der Häuser galten die oberen Stockwerke sowie die Keller als am wenigsten attraktiv.² So entstanden innerhalb der Städte soziale Topographien.

Man schätzt, dass im Spätmittelalter zwischen fünf und zehn Prozent der städtischen Bevölkerung in einer existenziell bedrohlichen Situ-

ation lebte. Außer den beschriebenen strukturellen Ursachen gab es vielfältige andere Auslöser für Verarmung. Die häufigste war Armut infolge von Krankheit, wobei umgekehrt Krankheit auch häufig die Ursache von Armut war. Daneben konnten etwa Arbeitsunfälle, Raub, Hochwässer, Brände, Kriegsereignisse oder Seuchen und Schlechtwetterperioden, die zu Missernten führten, zu teils massenhafter zeitweiser oder dauernder Verarmung führen.³

Diese Formen unfreiwilliger Armut sind zu unterscheiden von freiwilliger, selbst gewählter Armut. Diese war religiös motiviert und – insbesondere im Kontext religiöser Gemeinschaften – nicht existenzbedrohend. Eine tatsächliche Bedürftigkeit lag in der Regel nicht vor. Die freiwillig Armen sahen im Reichtum ein Hindernis für ein „wahrhaft christliches Leben“, wogegen sie dem Beispiel Christi folgten, wonach eher ein Kamel durch ein Nadelöhr gehe, als dass ein Reicher in das Reich Gottes gelange (Markus 10,25; Matthäus 19,24). Oder in Matthäus 19,21 heißt es: „Wenn du vollkommen sein willst, geh, verkauf deinen Besitz und gib ihn den Armen; und du wirst einen Schatz im Himmel haben; und komm, folge mir nach!“ So war es wohl nicht zufällig mit Reinhard Gaißer ein Theologe, der 1514 in Grüningen, wo sich der Sitz des Handelshauses der reichen und einflussreichen Familie Volland befand, offen zum Aufstand aufrief und dem Vogt und Kaufmann Philipp Volland Amtsmissbrauch und Spekulationsgeschäfte zum Nachteil der Armen vor-

warf. Seine Kritik verfiel offenbar insbesondere bei armutsbedrohten Handwerkern, Dienstleistern und Bauern, die daraufhin einen militanten Aufstand probten. Unmittelbar änderte dies nichts an den sozialen Verhältnissen der Aufrührer, allerdings musste Philipp Volland 1519 nach der Niederlage Herzog Ulrichs gegen den Schwäbischen Bund außer Landes fliehen. Zuvor gelang es ihm jedoch, Teile seines Vermögens zu retten, indem er es zeitweise an das Grüninger Spital und an das Beginnenhaus gab.⁴

Bettel und Almosen

Zunächst waren sowohl die freiwillige wie die unfreiwillige Armut gesellschaftlich wie vor allem kirchlich als demütige, gottgefällige Lebensweise angesehen. Dagegen galt der Überfluss (*superfluum*) als verpönt und die *caritas* verpflichtete die Reichen zu Almosenspenden und Sozialstiftungen. Dies bedingte, dass die Armen wiederum zur sündentilgenden Fürbitte für die Stifter verpflichtet waren.⁵ Zahlreiche Stiftungen für Altäre in der Bartholomäus- und in der Spitalkirche geben beredtes Zeugnis von der Spendenfreudigkeit und damit auch dem Wohlstand der Stifter.⁶ Bei der in kirchlichen Bettelorden im Sinne des Evangeliums organisierten Armut (*pauperitas evangelica*) handelte es sich bald um einen eigenen Berufsstand, der das Gros der karitativen Zuwendungen abschöpfte, wodurch sich die Situation der unfreiwillig Armen zunehmend ver-

1 Mandry, 2018, S. 41

2 Mandry, 2018, S. 51

3 Mandry, 2018, S. 38f

4 https://de.wikipedia.org/wiki/Reinhard_Gai%C3%9Fer

5 Isenmann, 2014, S. 585f

6 Zahlreiche Stiftungen für Grüninger Altäre sind im Landesarchiv Baden-Württemberg (auch online) zu recherchieren.

schlechterte. Neben den existenziell auf Einkünfte aus dem Betteln Angewiesenen gab es auch Nebenerwerbsbettler, die so Zusatz Einkünfte zum Arbeitslohn erstrebten.⁷

Die mehr zufällig fließenden Almosen konnten bestenfalls die Not mancher materiell Armen lindern, nicht jedoch strukturell wirken und die Existenz der Bedürftigen nachhaltig sichern. Da die Zahl der Armen und so auch der Bettler beständig zunahm, begann sich die Einstellung gegenüber Bettelnden zu ändern. Zunächst galt weltliche Arbeit noch als „Bußleistung nach dem Sündenfall“ und der Müßiggang, dem manche Wohlhabende frönten, war verpönt.⁸ Bald gingen die Städte jedoch dazu über, Bettel- und Almosenordnungen zu erlassen, die für Gesunde eine Arbeitspflicht vorsahen und die Notlage Hilfebedürftiger genauer untersuchte. Bei Zuwiderhandlungen gegen die Ordnungen erfolgte meist eine Verbanung aus der Stadt auf Zeit, und bei wiederholten Vergehen drohte ein Ausschluss auf Dauer. Zudem wurden fremde Bettler aus den Städten verbannt, was dazu führte, dass nicht-städtische Mittellose von nennenswerten Betteleinkünften abgeschnitten waren, da diese nur in den Städten zu erwarten waren. Zudem waren Bettler und Almosenempfänger zunehmend dem Verdacht der Faulheit, wenn nicht gar der unlauteren Erschleichung von Unterstützung ausgesetzt. Mit Aufkommen der Reformation wird dann ein biblisch begründetes Arbeitsethos propagiert, aufgrund dessen Betteln zunächst moralisch vollkommen diskreditiert

und schließlich auch verboten wurde. Nach der Säkularisierung von Kirchen- und Klosterbesitz wurden die Fonds für Armenfürsorge zentralisiert und durch die Einrichtung eines Gottes- oder Armenkastens⁹ ersetzt.¹⁰ In Markgröningen stehen noch heute Keltern, Zehntscheuer und der Landesfruchtkasten.¹¹ Die Oberamtsbeschreibung 1859 nannte noch vier Markgröninger Kästen, wovon zwei dem Staat, einer dem Spital und einer der Kommune gehörte.¹² Ob unter den beiden staatlichen ehemals ein Armenkasten war, ist nicht bekannt.

Das Heilig-Geist-Spital zu Grüningen

Mit vorstehenden Ausführungen ist das Tätigkeitsfeld fürsorgend-karitativer Einrichtungen des Mittelalters wie dem Grüninger Heilig-Geist Spital umrissen. Wiewohl die Beherbergung und Fürsorge gegenüber Fremden ebenso zu den Aufgaben eines Spitals gehörten.¹³

Die Spitäler vom Heiligen Geist wurden im späten 12. Jh. von Guido von Montpellier gegründet und von Papst Innocenz III. nach 1200 in Rom etabliert. Um die Mitte des 14. Jh. nennen die Besitzlisten für die Ordensprovinz Stephansfeld (Elsass) die Spitäler von Wimpfen, Neumarkt

in der Oberpfalz, Markgröningen, Pforzheim, Bern und Rouffach.¹⁴ Klaus Militzer bemerkt, dass das Grüninger Spital zunächst dem Memminger Spital unterstellt gewesen sei und erst anschließend Stephansfeld.¹⁵

Das Grüninger Ordenshaus war nach Militzer eine Filiation des Wimpfener Spitals und wurde wohl zwischen 1295 und 1297 gestiftet. Liebler meinte, dass die Ursprünge des Spitals noch älter seien, vermutlich habe in Grüningen ein Spital bereits seit 1260 bestanden. Es ist umstritten, ob es sich um eine Stiftung des Hauses Württemberg oder der Grüninger Bürger handelte. Beide reklamierten dies bei dessen Säkularisation im 16. Jh. für sich.¹⁶ Eine Stiftungsurkunde ist nicht erhalten. Anfänglich scheint in Grüningen nicht ein Spitalmeister dem Betrieb vorgestanden zu haben, sondern als „*sacerdotes*“ bezeichnete Geistliche des Wimpfener Hauses. Später leitete ein Meister sowohl das Grüninger wie auch das Wimpfener Spital. Ab der Mitte des 14. Jh. hatte es sich vom Mutterhaus in Wimpfen gelöst, behielt selbst aber bis 1500 seine Rolle als Mutterhaus für das ihm ab 1323 unterstellte Pforzheimer Spital. Die Grüninger Spitalmeister stammten überwiegend aus der Stadt oder der Umgebung. Aufsicht über die Führung des Spitals übte ab der Mitte des 14. Jh. der Stephansfelder Provinzialmeister, von dem belegt ist, dass er mehrmals in Grüningen weilte.¹⁷ Eine Urkunde Papst Gregors XI. 1372 besagt, dass das Spital unmit-

7 Isenmann, 2014, S. 588

8 Mandry, 2018, S. 46

9 Kasten meint hier einen Speicher. Dies konnten Kästen sein, in denen Geld für karitative Zwecke gesammelt wurden, wie auch Speicherbauten für Lebensmittel. Von Blechstücken, die zur Nutzung solcher Kästen ausgegeben wurden, stammt das schwäbische „Heiligs Blechle“.

10 Isenmann, 2014, S. 585–604

11 Buck, 2004

12 www.agd-markgroeningen.de/?page_id=5700

13 Grundlegend für die Kenntnis der Spital-Geschichte ist Heyd 1829. Das Manuskript wurde von Mechthild Fendrich transkribiert und ist abrufbar unter: https://www.agd-markgroeningen.de/?page_id=624

14 Simon-Muscheid, 2008, S. 235

15 Militzer, 1975, S. 12ff

16 Liebler, 1997, S. 9

17 Liebler, 1997, S. 13–19

telbar dem römischen Haupthaus unterstellt sei. Da dies aber nachweislich nichts an der Zuständigkeit des Stephansfelder Provinzialmeisters, also der Verwaltungsorganisation änderte, vermutet Militzer, dass dies dazu diente, das Spital einer „Kommunalisierung“, das heißt der Kontrolle des Grüninger Rats zu entziehen.¹⁸ Denn gemeinhin war es so, dass städtische Spitäler durch Pfleger kontrolliert wurden, die die Stadtverwaltung selbst einsetzte und das Spital dadurch zum Instrument städtischer Wirtschafts- und Territorialpolitik machte.¹⁹ Dagegen nimmt man für das Grüninger Spital spätestens im 15. Jh. einen Prozess der „Verherrschaftlichung“ an. So schenkte Graf Eberhard III. dem Spital umfangreiche Güter, ohne die es wirtschaftlich nicht überlebt hätte. Die Kast- und Schirmvogtei lag in Händen des Grafen von Württemberg, der 1471 eine Reform zur Überwindung der Misswirtschaft durchsetzte. Unter städtische Kontrolle geriet das Grüninger Spital erst mit seiner Säkularisierung 1552, die Supervision durch den Herzog von Württemberg blieb jedoch bestehen.²⁰ Wirtschaftlich war das Grüninger Spital durch die Gewährung päpstlicher Privilegien abgesichert. So entzog sie die „Exemtion“ dem Einfluss bischöflicher Autorität. Das Privileg der Predigt gewährte die Möglichkeit überall zu predigen, und die örtliche Geistlichkeit hatte ihnen dabei unbedingten Vortritt einzuräumen. Dies bezog sich auch auf damit in Zusammenhang stehende Spenden. Ebenso hat-

ten das Spital durch das römische Mutterhaus des Ordens eigene Bezirke für das Almosensammeln zugewiesen bekommen. Das Grüninger Spital konnte von dem Ordensprivileg des Almosensammelns in so hohem Maße profitieren, dass dieses über zehn Prozent der jährlichen Einkünfte erbrachte. Hinzu kamen Ablassprivilegien.²¹ Militzer mutmaßt, dass in Städten mit einer beschränkten Wirtschaftskraft nicht-kommunalisierte Spitäler nur mit solchen Ordensprivilegien überleben konnten.²² Darüber hinaus profitierte das Spital von Stiftungen und Schenkungen der Gläubigen, die sich dadurch positive Auswirkungen auf ihr Seelenheil versprachen und deshalb danach trachteten, dass die Fürbitte möglichst dauerhaft gewährleistet war. Im Fokus solchen Engagements stand also nicht in erster Linie eine karitative Motivation, sondern die Sorge um die eigene Seligkeit.²³ Gleichwohl blieb in Grünigen der Gütererwerb des Spitals durch Stiftungen oder Schenkungen vergleichsweise gering.²⁴ Dagegen war allein der Landbesitz auf der Grüninger Gemarkung ganz beträchtlich und dürfte für nicht unerhebliche Einkünfte aus Zins und Zehnt gesorgt haben.²⁵ Neben dem Spitalmeister taten rund ein Dutzend Ordensbrüder sowie zehn Knechte und Mägde Dienst im Spital. Die an monchisch-klösterliches Leben angelehnte Organisationsform der Heilig-Geist-Ordensspitäler gibt etwa der „*Codex Regularum monasticum*

et canonicarum“ von Lucas Holstenius aus dem Jahre 1759 wieder²⁶ und war wie die der meisten Orden stark von der „Augustinusregel“ geprägt. Diese fordert ein von Liebe und Enthaltbarkeit geprägtes Leben, gegenseitiges Mahnen der Ordensbrüder, den Verzicht auf persönlichen Besitz, Enthaltbarkeit, Gehorsam und regelmäßiges Beten. Spezifisch auf das Hospitalwesen orientiert war außerdem die Verpflichtung zur Krankenpflege).²⁷ Krankheit wurde nicht nur als Bürde oder Folge sündhaften Tuns angesehen, sondern konnte unter religiösen Gesichtspunkten als göttliche Prüfung oder gar eine Gnade oder Auszeichnung gelten²⁸ und die Kranken als Auserwählte des Herrn.²⁹ Ein Novize des Heilig-Geist-Ordens sprach folgenden Eid: „*Ego N. offereo et trado me ipsum deo et beate marie et sancte spiritui et dominis nostris infirmis, ut omnibus diebus vite mee sim servus illorum*“ was besagt, dass er sich bei Maria und allen Heiligen dazu verpflichte, alle Tage seines Lebens Diener der Patienten zu sein.³⁰

Aus dem Straßburger Heilig-Geist-Spital ist für das 15. Jh. überliefert, dass „alle vier Wochen ein Bad mit Scheren, Aderlassen und Schröpfen“ stattfand, alternativ zum Bad wurde gewaschen. Zweiwöchentlich wurden Bettwäsche, Tischtücher und Krankenkleidung gewechselt, bei Durchfallerkrankungen so oft wie nötig. Am Tag taten zwei bis drei Mägde in den Krankenzimmern Dienst, bei den Schwerstkranken

18 Liebler, 1997, S. 15

19 Isenmann, 2014, S. 581f

20 Militzer, 1975, S. 27–32

21 Siehe hierzu Frank, 1997, S. 42–44

22 Militzer, 1975, S. 44

23 Auge, 2007, S. 94f

24 Militzer, 1975, S. 33–41

25 Buck, 1997, bes. S. 47

26 Auge, 2007, Anm. S. 164

27 Auge, 2007, S. 110

28 Isenmann, 2014, S. 579

29 Auge, 2007, S. 90

30 Ebenda

ken vier. Vier Mägde besorgten den Nachtdienst in zwei Schichten.³¹ Es kann davon ausgegangen werden, dass im Grüninger Spital ähnliche Regeln galten.³²

Um eine Vorstellung von der zeitgenössischen medizinischen Versorgung zu bekommen, sei noch ein Blick auf die mittelalterlichen Heilberufe geworfen. Einen eindrücklichen Überblick gibt eine Arbeit von Christian Probst aus dem Jahre 1987.³³ Danach standen an der Spitze der mittelalterlichen, ständisch organisierten Heilberufe die Ärzte, Stadtärzte oder *Physici*, die für gewöhnlich eine zwischen drei und fünf Jahre währende universitäre Ausbildung genossen hatten. Sie behandelten ausschließlich innere Krankheiten durch Gabe von Arzneien oder diätetische Anordnungen. Die wenigen Ärzte, die es gab, praktizierten bis auf einige umherziehende in den Städten, weshalb sie auch Stadtärzte oder *Physici* genannt wurden. Ihre Pflichten waren in Amtseiden, Bestallungsverträgen oder Medizinalordnungen festgehalten. Dazu gehörten öffentliche Aufgaben wie die Aufsicht über das Medizinalwesen, kostenlose Amtsbehandlung und die Durchführung von Leprosenschauen. Da das Grundgehalt der angestellten *Physici* in der Regel für den Lebensunterhalt nicht ausreichte, durften diese zusätzlich Privatpraxen führen und selbst hergestell-

te Arzneien vertreiben. Im Ärzteeid der Stadt Rothenburg o. d. Tauber von 1461 mussten die Stadtärzte geloben, keine überhöhten Honorare zu stellen und die Stadt nicht ohne Zustimmung des Bürgermeisters zu verlassen. Meist blieben die Ärzte nicht lange in einer Stadt, sondern strebten lukrativere Anstellungen etwa als Hofmedici oder an der Universität an.³⁴ Wie der Arzt gehörte auch der Apotheker zum gehobenen Stand der mittelalterlichen Stadt. Seine Ausbildung ging vom Lehrling über den Gesellen bis zum Apotheker. Dazu musste er auch Lateinkenntnisse erwerben, um die Aufsicht über die Apotheke führen und Arzneien herstellen zu dürfen. Die Fachaufsicht über die Apotheke lag beim *Physicus*. Die Apotheke selbst war entweder Eigentum des Apothekers oder der Stadt, für die der Apotheker sie auf eigene Rechnung und Gewinn betrieb, bzw. von der Stadt angestellt wurde. Durch entsprechende Vorgaben des Rates konnten städtische Apotheken, wie z.B. in Schweinfurt, als Monopolunternehmen betrieben werden.³⁵ Ebenfalls eine handwerkliche Ausbildung durchliefen Chirurgen (Meister der Wundarztheilkunst), die auch das Bader- und Barbierhandwerk ausübten. Ihre Heilmaßnahmen betrafen ausschließlich äußere Beschwerden. Unter ökonomischen Gesichtspunkten war für sie der Betrieb von Badstuben wichtig. Während die Mediziner in Städten praktizierten, waren Bader auch auf dem Lande tätig. Da sie so für viele leichter erreichbar und ihre Leistungen zudem günstiger als die der Ärzte

waren, führten sie trotz Verbots auch innere Behandlungen durch. Deshalb dürften die meisten Menschen im Krankheitsfall Bader und nicht Mediziner aufgesucht haben.³⁶ Hebammen, deren Hilfe von allen Frauen in Anspruch genommen wurde, lernten ihr Handwerk für gewöhnlich bei älteren Hebammen. Innere Kuren, die sie häufig im Rahmen von Geburtshilfe und der Versorgung von Kindern durchführten, waren ihnen offiziell verboten. In ländlichen Gebieten unterlagen sie keiner Aufsicht. In den Städten, wo sie gegen Honorar oder als angestellte Stadthebammen praktizierten, übten „ehrbare und geschworene Frauen“ die Aufsicht über die Hebammen aus und waren zugleich Ansprechpersonen für deren Patientinnen.³⁷

Die Pest

Einer der größten Pestausbüche mit pandemischen Ausmaßen suchte Europa zwischen 1347 und 1353 heim und sorgte für einen nachhaltigen Bevölkerungsrückgang auf dem gesamten Kontinent. Die Seuche konnte in Intervallen wiederkehren. Wurde eine Stadt schwer von der Pest heimgesucht, war es möglich, dass sie zwischen 20 und 40 Prozent ihrer Bevölkerung verlor.

Als wirksamstes Verhalten gegen eine Infektion galt, dass wer konnte, floh. Meist begaben sich Angehörige der Mittel- und Oberschicht ins Umland und die Vermögenden entweder in andere Städte oder auf ihre Landsitze. Dies führte ebenso zur Ausbreitung der Pest, wie die Ansteckung

31 Isenmann, 2014, S. 577

32 Laut Petra Schad haben sich um die Mitte des 15. Jh. die Brüder des Ordens noch selbst um Kranken des Gröninger Spitals gekümmert. Ab 1557 taucht eine „Siechenmagd“ in den Rechnungsunterlagen auf. Schad 1997b, 129.

33 Beispiele medizinischer Behandlungen wie des Pfarrers Jakob Magirus und von Markgröninger Spitalbewohnern sind nachzulesen in Schad 1997b, 135 ff.

34 Probst, 1987, S. 123f

35 Probst, 1987, S. 127

36 Probst, 1987, S. 130

37 Probst, 1987, S. 132f

in besseren Kreisen durch Hausangestellte, die in beengten Verhältnissen bei mangelnder Hygiene leben mussten. Allgemein wurden bei epidemischen Ausbrüchen ganze Ortschaften unter Quarantäne gestellt, was eine wirksame Prävention darstellte. Selten wurden eigens Häuser für Pestkranke eingerichtet.³⁸ Die Empfehlungen zur Prävention reichten von diätetischen Ratschlägen oder der prophylaktischen Anwendung von Düften und Spülungen über Hygienemaßnahmen wie dem Lüften der Räume und die Aufforderung Exkrememente nicht in den Gassen zu entsorgen, bis hin zum Ratschlag, Menschenansammlungen zu meiden.³⁹ Im Kölner Spital St. Ursula kam ein Bader, auch um Pestkranke zu behandeln. Außerdem waren Betten eigens für Pestkranke gestiftet worden.⁴⁰ Neben Hygieneregeln empfahl etwa der Münchner Rat bei Erbrechen eine Quarantäne von 14 Tagen nach Verlassen des Betts. Da man beobachtet hatte, dass diejenigen, deren Pestbeulen aufgebrochen waren eher überlebten, begann man diese zu öffnen.⁴¹ Ferner gab es diätetische Ratschläge oder unheilabwehrende Gegenstände wie Edelsteine und Talismane zu verwenden. Als für die Krankheit ursächlich sah man verpestete Luft an – den „Pesthauch“, dem man durch Räuchern oder Lüften der Räume begegnete. Erst 1894 konnte das von Ratten übertragene Pestbakterium als Krankheitsauslöser identifiziert werden⁴² 2001 gelang die Entschlüsselung der genetischen Struktur des Bakteriums.⁴³

In Markgröningen dürften wie in jeder Stadt periodisch Seuchen aufgetreten sein. Überliefert ist, dass im Jahre 1626 während des Dreißigjährigen Kriegs 466 Bürger infolge der grassierenden Pest ihr Leben verloren.⁴⁴ Urkundlich belegt ist zudem, dass im Sommer 1761 über 30 Menschen der Ruhr zum Opfer fielen. Zwischen 1786 und 1788 suchte das Fleckfieber (Typhus) die Stadt heim und forderte ebenfalls zahlreiche Tote.⁴⁵

Schluss

Ärzte standen als Angestellte dem städtischen Gesundheitssektor vor und gehörten in dieser Funktion den gehobenen Kreisen an. Einerseits war dies mit Privilegien verbunden, die zusätzliche Einnahmen durch den Betrieb von Privatpraxen oder den Verkauf von Arzneimitteln ermöglichten. Zum anderen erwuchs ihnen Autorität nicht nur durch die Behandlung von Kranken, sondern insbesondere durch die Wahrnehmung von Kontrollaufgaben wie der Aufsicht über das Medizinalwesen der Stadt, über die Apotheken oder die Leprosenschauen. In ihren Aufsichtsfunktionen traten Stadttärzte nicht mehr als Heilende dem kranken Menschen gegenüber, sondern als Vertreter der lokalen Herrschaft ganzen Menschengruppen und forderten Gehorsam gegenüber den Vorschriften ein. Ausgestattet mit solch politischen Kompetenzen wird die Ärzteschaft zu einer Organisationsinstanz städtischer Ordnung.⁴⁶ Vor allem mit den über Jahrhunderte wiederkehrenden Pestwellen wandelte sich

die ärztliche Praxis von einer auf die Krankheit Einzelner fokussierten Tätigkeit in eine soziale, sich auf den öffentlichen Raum ausweitende und zunehmend soziale Technik, die sich Instrumenten wie der Überwachung, Disziplinierung und Separierung bediente.⁴⁷ So gelang es, die großen pandemischen und epidemischen Krankheiten zu bekämpfen.

Im Laufe der Zeit änderte sich die Einstellung der Gesellschaft gegenüber Bettlern und Almosenempfängern, was zur Etablierung eines Arbeitsethos führte. Die zunächst moralische Diskreditierung Bettelnder zog entsprechende Verordnungen nach sich. Bettelnde waren fortan nicht mehr in Orden selbstorganisiert, sondern auf die zentralisierte städtische Fürsorge angewiesen. Ausgeschlossen von dieser Fürsorge waren in der Regel ortsfremde Bettelnde. Zusätzlich zu diesen selektiven Mechanismen wurden auch die Körper der Bedürftigen zum Gegenstand eines öffentlichen Anspruchs, indem für Gesunde eine Arbeitspflicht eingeführt wurde. Der produktive Körper galt als der gesunde Körper und jeder gesunde Körper hatte produktiv zu sein.⁴⁸ Hier liegen die Ursprünge dessen, was Michel Foucault als „Biopolitik“ bezeichnete,⁴⁹ für die kennzeichnend war, dass sie über den Zugriff auf den menschlichen Körper (kranke wie auch gesunde) und auf menschliche Lebensprozesse ein neues Handlungsfeld der Machtausübung etablierte. Zunächst be-

38 Isenmann, 2014, S. 76–81; Lahondinski, 2013, S. 17

39 Horanin, 2019, S. 95ff

40 Knefelkamp, 2005, S. 180f

41 Lahondinski, 2013, S. 17

42 Isenmann, 2014, S. 81–85

43 Lahondinski, 2013, S. 12

44 www.agd-markgroeningen.de/?page_id=17

45 Schad, 1997b, S. 143f

46 Vennemann, 2019, S. 365

47 Laufenberg, 2016, S. 119

48 Mit dem Aufkommen industrieller Produktion, die einer weit größeren Zahl an Arbeitskräften bedurfte als die Manufakturen, gewann dieser Aspekt gesellschaftlich stark an Bedeutung.

49 Folkers/Lemke, 2014

traf dies Kranke, Arme und Obdachlose. Der Gedanke der Regelung, Regulierung, Ordnung und Verwaltung wurde auf weitere gesellschaftliche Bereiche ausgeweitet.⁵⁰ Mike Laufenberg konstatiert, dass sich nach fast einem halben Jahrtausend die Biopolitik heute liberalisiert habe und weniger mit Gesetzen und Verboten operiere, vielmehr beruhe sie heute auf einer Selbstregulierung der Menschen auf Basis von Normen und Werten. Eine besondere Rolle in der Orientierung spielen hierbei statistische Berechnungen (z. B. Durchschnittsberechnungen des Lebensalters, des Körpergewichts, des IQ, sexueller Aktivität usw.), die im Sinne der Selbstoptimierung ein anzustrebendes Maß vorgeben und Abweichungen aufzeigen.⁵¹ Die Kritik Foucaults an der Entgrenzung der Medizin richtete sich mitnichten gegen das Bestreben der Medizin leidenden Menschen zu helfen und das Leben zu verbessern – auch durch die Installation von Regulierungs- und Lenkungsinstrumenten. Angesichts der Verbesserungen, die der medizinische Fortschritt nicht nur hinsichtlich der Bekämpfung von Epidemien und Pandemien erzielte, sondern auch mit Blick auf die Entwicklung individueller und gesellschaftlicher Gesundheit, schiene das auch töricht. Vielmehr wehrt er sich gegen die auf medizinischen Parametern beruhende Praxis „das Leben in ein Normales und ein Pathologisches, ein Erfolgreiches und ein Irrtümliches, ein Vermögendes und Wertloses, ein Schützenswertes und ein Abzuwehrendes“ zu unterteilen.⁵²

50 Foucault, 1973, bes. S. 120f

51 Laufenberg, 2016, S. 123–126

52 Laufenberg, 2016, S. 127

Literatur:

- Auge, O.: „... ne pauperes et debiles in ... domo degen-tes divinis careant“ – sakral-religiöse Aspekte der mittelalterlichen Heilsgeschichte. In: N. Bulst/K.-H. Spieß (Hrsg.), Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler. Vorträge und Forschungen 65 (Ostfildern 2007) S. 77–123.
- Buck, L.: Der Markgröninger Besitz des Heilig-Geist-Spitals vor Beginn der Reformation. In: Stadt Markgröningen/AGD (Hrsg.), 700 Jahre Heilig-Geist-Spital Markgröningen (Tübingen 1997) S. 45–94.
- Buck, L.: Obere und Untere Kelter – Zehntscheuer – Landesfruchtkasten: vier herrschaftliche Wirtschaftsgebäude im Dienst des Weinbaus und Zehnten. Durch die Stadtblatte 8/2004, S. 127–171.
- Folkers, A./Th. Lemke (Hrsg.): Biopolitik. Ein Reader. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 2080 (Frankfurt a. M. 2014).
- Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft (Frankfurt a. M. 1973).
- Foucault, M.: Die Geburt der Biopolitik. In: A. Folkers/Th. Lemke (Hrsg.), Biopolitik. Ein Reader (Frankfurt a. M. 2014). S. 115–123.
- Frank, G.: Die Privilegien des Markgröninger Heilig-Geist-Spitals in Stadt Markgröningen/AGD (Hrsg.), 700 Jahre Heilig-Geist-Spital Markgröningen (Tübingen 1997) S. 37–42.
- Heyd, L.: Geschichte des Hospitals zum Heiligen Geist. In: Ders., Geschichte der vormaligen Oberamts-Stadt Markgröningen mit besonderer Rücksicht auf die allgemeine Geschichte Württembergs (Stuttgart 1829) S. 203–260.
- Horanin, M.: Die Pest in Augsburg um 1500. Die soziale Konstruktion einer Krankheit. Dissertation (Göttingen 2019).
- Isenmann, E.: Die Deutsche Stadt im Mittelalter 1150–1550. Stadtgestalt, Recht, Verfassung, Stadtrecht, Kirche, Gesellschaft, Wirtschaft (Köln/Weimar/Wien 2014²).
- Knefelkamp, U.: Über die Pflege und medizinische Behandlung von Kranken in Spitälern vom 14. bis 16. Jahrhundert. In: M. Matheus (Hrsg.), Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler im europäischen Vergleich (Stuttgart 2005) S. 174–194.
- Lahondinski, V.: „Der grausame, von Gott verhengte, und im Finstern schleichende, doch zimlich entdeckte Meuchel-Mörder“. Die Geschichte der Pest in der Frühen Neuzeit anhand deutschsprachiger Primärquellen des 15. bis 18. Jahrhunderts. Diplomarbeit (Wien 2013).
- Laufenberg, M.: Die Macht der Medizin. Foucault und die soziologische Medialisierungskritik. In: Orsolya Friedrich u. a. (Hg.): Nietzsche, Foucault und die Medizin. Philosophische Impulse für die Medizinethik (Bielefeld 2016) S. 109–130.
- Liebler, G.: Kurze Geschichte des Markgröninger Spitals. In: Stadt Markgröningen/AGD (Hrsg.), 700 Jahre Heilig-Geist-Spital Markgröningen (Tübingen 1997) 9–25.
- Mandry, J.: Armenfürsorge, Hospitäler und Bettel in Thüringen in Spätmittelalter und Reformation (1300–1600). Quellen u. Forsch. zu Thüringen im Zeitalter der Reformation 10 (Wien/Köln/Weimar 2018).
- Militzer, K.: Das Markgröninger Heilig-Geist-Spital im Mittelalter. Ein Beitrag zur Wirtschaftsgeschichte des 15. Jahrhunderts. Konstanzer Arbeitskreis für mittelalterliche Geschichte. Vorträge und Forschungen Sonderband 19 (Sigmaringen 1975).
- Probst, Chr.: Das Medizinalwesen der Reichsstädte Rothenburg, Schweinfurt, Dinkelsbühl, Weißenburg und Windsheim. In: R. A. Müller, 1987, S. 122–140.
- Schad, P.: Pfründnerdasein im Wandel der Zeit. Zur Geschichte einer Wohlfahrteinrichtung und der darin lebenden Menschen. In: Stadt Markgröningen/AGD (Hrsg.), 700 Jahre Heilig-Geist-Spital Markgröningen (Tübingen 1997a) S. 95–124.
- Schad, P.: Medizinische Versorgung in Markgröningen (1550–1800). In: Stadt Markgröningen/AGD (Hrsg.), 700 Jahre Heilig-Geist-Spital Markgröningen (Tübingen 1997b) S. 125–148.
- Simon-Muscheid, K.: Spitäler in Oberdeutschland, Vorderösterreich und der Schweiz im Mittelalter. In: M. Scheutz/A. Sommerlechner/H. Weigl/A. S. Weiß (Hrsg.), Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge im Mittelalter und Früher Neuzeit (Wien/München 2008) S. 231–253.
- Stadt Markgröningen/Arbeitskreis Geschichtsforschung, Heimat- und Denkmalpflege Markgröningen (Hrsg.): 700 Jahre Heilig-Geist-Spital Markgröningen (Tübingen 1997).
- Vennemann, S.: Zu Grammatik medizinischer Herrschaft – Reflexionen zur biopolitischen Medizin bei Foucault, Horkheimer und Adorno. In: H. Gerhards/K. Braun (Hrsg.), Biopolitiken – Regierungen des Lebens heute. Politologische Aufklärung – konstruktivistische Perspektiven (Wiesbaden 2019) S. 353–375.