

Ulf Wendler

Pest, Fleckfieber, Ruhr und Typhus

*Epidemien auf dem Land und ihre Deutung
im Fürstentum Lüneburg 1565–1666*



Wallstein

Ulf Wendler
Pest, Fleckfieber, Ruhr und Typhus

VERÖFFENTLICHUNGEN
DER HISTORISCHEN KOMMISSION FÜR NIEDERSACHSEN
UND BREMEN

321



Ulf Wendler
Pest, Fleckfieber, Ruhr
und Typhus

Epidemien auf dem Land
und ihre Deutung im Fürstentum Lüneburg
1565–1666



WALLSTEIN VERLAG

Gefördert mit Hilfe von Forschungsmitteln des Landes Niedersachsen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Wallstein Verlag, Göttingen 2024

www.wallstein-verlag.de

Vom Verlag gesetzt aus der Stempel Garamond

Umschlaggestaltung: Susanne Gerhards, SG-Images, Düsseldorf

Umschlagbild: Die Pest war die am meisten gefürchtete Krankheit der frühen Neuzeit
(Kupferstich von Christoph Weigel aus *SANCTA CLARA*, Huy, S. 566); Privatbesitz

ISBN (Print) 978-3-8353-5464-7

ISBN (E-Book, pdf) 978-3-8353-8533-7

Inhalt

Vorwort	9
1. Einleitung	11
I. Teil: Grundlagen und Voraussetzungen	23
2. Krankheits- und Seuchenvorstellungen heute	23
2.1 Grenzen und Möglichkeiten retrospektiver Diagnosen	23
2.2 Pest	25
2.3 Fleckfieber	31
2.4 Ruhr, Typhus und Paratyphus	33
3. Der mitteleuropäische Kontext	34
3.1 Klima, Unterernährung, Seuchen und Bevölkerung	34
3.2 Eine allgemeine Krise des 17. Jahrhunderts?	37
3.3 Das Ringen um Stabilität und die »gute Policey«	39
4. Der regionale Kontext: Das Fürstentum Lüneburg	42
4.1 Geschichte, Gesellschaft und Wirtschaft	42
4.2 Bevölkerungsgeschichte und Seuchenzüge	49
4.3 Die Stadt Uelzen als Beispiel	52
II. Teil: Demografie – Die Opfer der Seuchen	57
5. Das Kirchspiel Suderburg 1575-1650	57
5.1 Forschungsüberblick: Strukturen der ländlichen Seuchengeschichte	57
5.2 Das Kirchspiel Suderburg und seine Dörfer	71
5.3 Demografie und Krisenjahre	80
5.3.1 Quellen und Methoden	80
5.3.2 Die Krisenjahre	97
6. Die einzelnen Krisenjahre im Kirchspiel Suderburg	99
6.1 Die Epidemie 1597	99
6.1.1 Das Seuchenjahr 1597	99
6.1.2 Der Seuchenverlauf in den Dörfern im April und Mai	104
6.1.3 Der Seuchenverlauf in Oldendorf und Suderburg im September und Oktober	106

6.2 Die Epidemie 1599	111
6.2.1 Das Seuchenjahr 1599	111
6.2.2 Der Seuchenverlauf in den Dörfern von August bis November	115
6.3 Die Epidemie 1626	135
6.3.1 Das Seuchenjahr 1626.	135
6.3.2 Der Seuchenverlauf in den Dörfern von Februar bis April	142
6.3.3 Der Seuchenverlauf in den Dörfern von August bis Dezember	153
6.4 Die Epidemie 1628	185
6.4.1 Das Seuchenjahr 1628	185
6.4.2 Der Seuchenverlauf in Oldendorf und Suderburg von April bis Oktober	190
6.5 Die Epidemie 1639	204
6.5.1 Das Seuchenjahr 1639.	204
6.5.2 Der Seuchenverlauf in Suderburg von Juni bis August	209
6.6 Die Seuchensterblichkeit als demografischer Faktor	215
7. Zusammenfassung Teil II	226

III. Teil: Seuchenschriften des Fürstentums Lüneburg – Der Diskurs über die Seuchen	229
8. Die theologischen Pestschriften	229
8.1 Äußerungen der Landbevölkerung zu Seuchen	229
8.2 Luther und die Pest.	233
8.3 Theologische Seuchentraktate	238
8.4 Predigten.	243
8.5 Andachts-, Gebet- und Gesangbücher	250
9. Die medizinische Seuchenschriften	260
9.1 Die Autoren und ihre Texte	260
9.1.1 Überblick	260
9.1.2 Phase 1: Die Anfänge 1565-1580 (Pest)	267
9.1.3 Phase 2: Seuchenschriften 1581-1617 (Pest, Ruhr, Fieber)	274
9.1.4 Phase 3: Der Dreißigjährige Krieg 1618-1648 (Pest, Ruhr, Fleckfieber)	284
9.1.5 Phase 4: Nach dem Dreißigjährigen Krieg 1649-1666 (Pest)	287
9.1.6 Die Bedeutung der Druckereien	288

9.2 Krankheits- und Seuchenvorstellungen der frühen Neuzeit	291
9.2.1 Überblick	291
9.2.2 Pest	296
9.2.2.1 Ursachen	296
9.2.2.2 Prävention und Eindämmung	301
9.2.2.3 Krankheitsbild, Krankheitsverlauf und Behandlung	307
9.2.3 Fleckfieber und andere Fieber	321
9.2.4 Ruhr	324
9.3 Frühmoderner Staat, Medizinalpolizei und Seuchenmandate	328
10. Zusammenfassung Teil III	336
11. Resümee und Schlussbetrachtungen	340
12. Anhang	360
12.1 Verzeichnis der Abbildungen, Karten und Tabellen	360
12.1.1 Abbildungen	360
12.1.2 Karten	361
12.1.3 Tabellen	362
12.2 Quellen- und Literaturverzeichnis	363
12.2.1 Quellenverzeichnis	363
12.2.2 Datenbanken und Online-Quellen	364
12.2.3 Literaturverzeichnis	364
12.2.3.1 Literatur vor 1800	364
12.2.3.2 Literatur nach 1800	372
12.3 Register	400
12.3.1 Ausgewählte Namen	400
12.3.2 Tiere und Tierprodukte	402
12.3.3 Orte und Landschaften	403
12.3.4 Sachen	405

Vorwort

Diese Studie ist Teil eines seit mehr als einem Vierteljahrhundert vorangetriebenen privaten Forschungsprojekts zur Gesellschafts-, Bevölkerungs- und Seuchengeschichte des Fürstentums Lüneburg. Im Verlauf der Jahre sind neben einigen Aufsätzen mehrere Bücher erschienen. Am Anfang stand die Geschichte des Kirchspiels Suderburg in der Vormoderne (1999), dann folgte eine Bevölkerungsgeschichte des Fürstentums Lüneburg in der frühen Neuzeit (2008), eine Seuchengeschichte der nördlichen Lüneburger Heide bzw. des Südens von Hamburg 1657-1716 (2012) und die Biografie eines Heidepastors mit der Edition seiner chronikalischen Aufzeichnungen 1680-1724 (2017).¹ Diese Vorarbeiten beschrieben und analysierten den allgemeinen Kontext, in welchem die vorliegende Studie konkrete Problembereiche vertieft untersucht. Ein Buch zur absolutistischen Pestbekämpfung in Dörfern während der Epidemie 1712-1714 wird das Forschungsprojekt abschließen.

Ohne tatkräftige Unterstützung von vielen Seiten wäre ein solches Unternehmen nicht möglich. Stellvertretend für viele andere möchte ich die Förderung meiner Untersuchungen durch den leider verstorbenen Genealogen und Heimatforscher Rolf Hillmer (1923-2011) nennen, der mir seine Materialien zum Kirchspiel Suderburg großzügig zur Verfügung stellte. Allen Mitarbeitenden des Museumsdorfs Hösseringen unter der Leitung von Dr. Horst Löbert und Dr. Ulrich Brohm sowie Prof. Dr. Thomas Vogtherr bin ich für Ermutigung und Unterstützung zu Dank verpflichtet. Die kompetenten und freundlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Archive und Bibliotheken ermöglichten mir den Zugang zu den Quellen.

Für die historische Forschung ist eine Publikation der Ergebnisse unverzichtbar. Ich danke der Historischen Kommission für Niedersachsen und Bremen mit ihrem Vorsitzenden Dr. Henning Steinführer für die Aufnahme dieser Arbeit in die Schriftenreihe. Besonders verpflichtet bin ich Dr. Jörg Voigt, dem Geschäftsführer der Historischen Kommission, der sich große Verdienste um die Erarbeitung einer druckfähigen Fassung erworben hat. Dr. Jan Philipp Bothe und vor allem Anna-Theresa Kölczer vom Wallstein Verlag haben das Buch während der Drucklegung kompetent begleitet. Dr. Peter Bock hat das Manuskript Korrektur gelesen, wofür ich in seiner Schuld stehe. Wertvolle Hinweise gab Dr. Sabine Herrmann. Vor allem danke ich meiner Frau Simone Mühlemann für ihre Geduld, Hilfe und konstruktiven Vorschläge.

1 WENDLER, Gesellschaft; ders., Pest und Pocken; ders., Pestilenz; ders., Toppius.

Gewidmet ist dieses Buch dem Andenken meines verstorbenen Vaters Klaus Wendler (1934-2013) und meiner Mutter Gertrud Wendler, geb. Wille (1938-2023), die während der Drucklegung verschied.

Ulf Wendler

1. Einleitung

Epidemien beeinflussen menschliche Geschichte. Durch Infektionskrankheiten der Gegenwart wie SARS, Vogelgrippe (H5N1), Schweinegrippe (H1N1), MERS, Ebola und Covid-19 wächst in der Gegenwart das Verständnis für die Herausforderungen vormoderner Gesellschaften durch Seuchen. Diese mussten Krankheiten ohne mikrobiologische Forschung, epidemiologische Kenntnisse, Impfungen und eine ausgebaute medizinische Infrastruktur bewältigen. In der europäischen Moderne traten schwere Seuchen wie die Cholera und die Spanische Grippe nur in großen zeitlichen Abständen bzw. als einmalige Ereignisse auf. Doch in der Vergangenheit konnten zahlreiche Epidemien in kurzen Abständen aufeinanderfolgen.

Im Mittelalter und in der frühen Neuzeit sind Epidemien mit der Pest als dem großen Sinnbild für verheerende Seuchen verbunden. Durch das Auftreten des Schwarzen Todes 1347 begann in West- und Mitteleuropa eine langandauernde Zeit von Seuchenzügen. Zwar sind die spätmittelalterlichen Epidemien berüchtigt, doch gibt es wenige verlässliche Quellen, sodass sich daraus kaum detaillierte Aufschlüsse über die tatsächlichen Geschehnisse und ihre Wirkungen gewinnen lassen.² Vermutlich war die zweite Hälfte des 14. Jahrhunderts eine Zeit schwerer Pest- bzw. Seuchenzüge, die im 15. Jahrhundert an Intensität verloren.³ Im ausgehenden 15. und in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts gab es anscheinend nur wenige starke Epidemien, doch in den 1560er Jahren änderte sich dies grundlegend. Von den 1560er bis in die 1660er Jahre trat die Pest (oder Krankheiten, die mit diesem Begriff bezeichnet wurden) in weiten Teilen Europas außergewöhnlich häufig auf. Epidemien prägten diese Epoche, die deshalb als ein »Jahrhundert der großen Seuchenzüge« bezeichnet werden kann. Aus dieser Zeit gibt es mehr Quellen als aus der zweiten Hälfte des 14. Jahrhunderts, sodass Epidemien besser untersucht werden können. Nach den 1660er Jahren wurden Seuchenzüge seltener, auch wenn sie in bestimmten Regionen noch viele Opfer forderten.

Die letzten Pestepidemien kamen in West- und Mitteleuropa zu Beginn des 18. Jahrhunderts vor. Die Krankheit war jahrhundertlang der Schrecken Europas – und der Schrecken ist heute noch spürbar. Die Seuche ist zwar in der entwickelten Welt der Gegenwart keine Gefahr mehr, doch die Furcht oder

2 Vgl. die in weiten Teilen spekulativen Ausführungen von Benedictow, in der permanent die Quellen »berichtet« werden, damit sie zur Darstellung passen. BENEDICTOW, Black Death.

3 LIVI-BACCI, Europa, S. 98-100.

zumindest das wohlige Gruseln davor zeigt sich in zahlreichen Fach- und Sachbüchern, historischen Romanen und Filmen. Aufgrund ihrer Bedeutung ist und bleibt die Pest im Mittelpunkt der historischen Forschung, doch sollte darüber die Bedeutung anderer Krankheiten nicht vernachlässigt werden.

Epidemien stellen Gesellschaften vor besondere Herausforderungen, denn sie müssen mit dem Tod vieler ihrer Mitglieder innerhalb kurzer Zeit umgehen und das Grauen der Krankheit bewältigen. Bei einer Kette von Seuchenzügen verschärfen sich die Probleme. In der allgemeinen historischen Forschung wird die Bedeutung der Seuchen von der Mitte des 16. bis zur Mitte des 17. Jahrhunderts oft entweder ganz übersehen oder nur beiläufig abgehandelt. Denn nach den Umbrüchen der Reformationszeit geriet die politische, wirtschaftliche und konfessionelle Entwicklung in Deutschland oberflächlich gesehen in ein ruhigeres Fahrwasser, bevor die untergründigen Spannungen im Dreißigjährigen Krieg (1618-1648) aufbrachen. Aber aus Sicht der historischen Demografie erscheint der Krieg als Fortsetzung und Höhepunkt einer Reihe von Bevölkerungskrisen, die mit den Seuchen in den 1560er Jahren begannen und durch die militärisch-politischen Auseinandersetzungen dann in einem unvorstellbaren Ausmaß gefördert und verstärkt wurden. Aufgrund von Epidemien und nicht durch direkte Folgen militärischer Auseinandersetzungen erlitt die Bevölkerung in Deutschland im Dreißigjährigen Krieg schwere Verluste. Seuchen waren ein wichtiges Element im krisengeschüttelten 17. Jahrhundert.

Die Kette von vielen Epidemien innerhalb nur eines Jahrhunderts stellte eine Belastungsprobe für die frühneuzeitlichen Gesellschaften dar, die aber eine bemerkenswerte Widerstandskraft zeigten. Wie ist das zu erklären? Dieser Frage soll an Beispielen aus dem Fürstentum Lüneburg im Nordosten des heutigen Bundeslandes Niedersachsen nachgegangen werden, wo zwischen 1565 und 1666 schwere Epidemien grassierten. Die vorliegende Arbeit untersucht, wie die Seuchensterblichkeit dieser Zeit aussah und wie die Menschen damit umgingen bzw. umgehen sollten. In diesem Zusammenhang verspricht diese Studie neue Erkenntnisse zu Seuchen auf dem Land sowie zur Deutung epidemischer Krankheiten durch die Zeitgenossen und ihre Hintergründe. Bei beiden Themen ist der Wissensstand unzureichend.

Es werden neue Forschungswege eingeschlagen. Um die Wirkung von Epidemien auf die ländliche Gesellschaft zu untersuchen, bleibt die Analyse nicht auf einen Seuchenzug begrenzt, wie es üblicherweise geschieht. Stattdessen wird ein Zyklus von Epidemien anhand eines lokalen Beispiels akribisch erforscht. Ebenso beschränkt sich die Analyse der Deutung von Krankheiten anhand von Seuchenschriften nicht auf einen einzelnen Text bzw. die Schriften eines Autors, sondern es werden alle einschlägigen Texte eines Territoriums sowohl

von Geistlichen wie auch von Ärzten untersucht. Dabei geht es nicht nur um die Inhalte. Mittels der Schilderungen der Lebensläufe der Verfasser soll soweit möglich untersucht werden, welche Rolle diese Texte in ihrem Oeuvre spielten und wie sie überhaupt dazu kamen, solche Schriften zu veröffentlichen.

Es ist nicht das Ziel, lediglich lokal bedeutsame Entwicklungen herauszuarbeiten, sondern am lokalen Beispiel sollen grundlegende Muster aufgezeigt werden, die in anderen Teilen Mitteleuropas dieser Zeit ihre Entsprechungen fanden. Die hier gewonnenen Ergebnisse können dann künftige Forschungen verifizieren, modifizieren oder falsifizieren.

Forschungsfeld Seuchen und Dorf

Zur Geschichte der Pest existieren gute Überblicksdarstellungen zu Europa, zu Ländern und zu einzelnen Regionen.⁴ Auf lokaler Ebene gibt es ausgezeichnete Studien zu einzelnen Städten⁵ – gerade für die frühe Neuzeit.⁶ Doch große Orte sind komplexe Gebilde, in denen das Seuchengeschehen schnell chaotische Züge annimmt und trotz eventuell guter Quellenlage häufig kaum nachvollziehbar ist. Diese Tatsache sollte eigentlich den Fokus der historischen Seuchenforschung auf die Untersuchung kleinerer Orte und Dörfer lenken, deren überschaubare Situation eine detaillierte Analyse erleichtert. Zudem lebte im Mittelalter und in der frühen Neuzeit die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung in Dörfern und Weilern. Solange wenig über die Landbewohner bekannt ist, sind viele allgemeine Aussagen zu den Auswirkungen von Epidemien ohne fundierte Grundlage.⁷ Wer die Auswirkungen von Seuchen in der frühen Neuzeit verstehen will, muss sich mit Dörfern beschäftigen.

Die Pest und andere verheerende Seuchen auf dem Land sind auffallenderweise bislang kaum untersucht worden, was besonders angesichts der teilweise durchaus vorhandenen Quellen aus der frühen Neuzeit erklärungsbedürftig ist.⁸ Die Ursache ist weniger in der Überlieferung von Dokumenten als in

4 Hier nur eine Auswahl der in den letzten Jahren erschienen bzw. wieder aufgelegten Werke: BERGDOLT, Schwarze Tod; VASOLD, Pest; NAPHY/SPICER, Schwarze Tod; MEIER (Hrsg.), Pest; BYRNE, Daily Life; BERGDOLT, Pest; SIGNOLI u.a., Peste; SLACK, Plague; BYRNE, Encyclopedia; Pest!; REINHARDT, Macht.

5 Für Niedersachsen vgl. beispielsweise aus jüngerer Zeit HÖHL, Pest.

6 ULBRICHT, Einleitung, S. 27; SCHLENKRICH, Gevatter, S. 34.

7 SCHUBERT, Einführung, S. 13.

8 DINGES, Pest, S. 298, 301. Im Gegensatz zur Annahme von Dinges gibt es Quellen zu den ländlichen Verhältnissen, auch wenn die Überlieferung nicht so breit ist wie in den Städten.

den Traditionen und Mechanismen der Historiografie zu suchen. Bestimmte Trends führen dazu, dass vor allem dort geforscht wird, wo schon andere Untersuchungen angestellt haben bzw. das allgemeine Interesse am größten zu sein scheint. Dies trifft im besonderen Maße für die historische Seuchenforschung zu. Sie konzentriert sich auf das Mittelalter und vorzugsweise auf die spektakulären Geschehnisse im Zusammenhang mit der Pestepidemie 1347-1353.⁹ Das Mittelalter ist eine quellenarme Epoche, vor allem in Bezug auf die Zustände auf dem Land, sodass für diese Zeit auch in Zukunft zu Seuchen in den Dörfern nur wenige ertragreiche Untersuchungen zu erwarten sind.¹⁰

Es ist nicht nur so, dass es über die ländlichen Verhältnisse kaum Forschungen gibt, sondern es wurde sogar bestritten, dass Dörfer überhaupt von der Pest betroffen waren.¹¹ Allerdings gibt es in der Forschung auch die Meinung, dass generell gerade kleine Orte besonders stark unter der Pest litten.¹² Die Behauptung, dass Dörfer und Weiler nicht von der Pest erfasst wurden, lässt sich nicht halten, wie schon ein Blick auf das vorhandene Schrifttum zeigt (Kapitel 5.1). Doch über Art, Intensität und Auswirkungen der Seuche auf die ländliche Gesellschaft herrscht Unwissen und Uneinigkeit.

Zwar ist der Verlauf der Pest- und Seuchenzüge zwischen 1565 und 1666 in großen Zügen bekannt, doch bleibt die detaillierte Erforschung der Bevölkerungskrisen vor Ort aufgrund der Quellenlage schwierig. Um nachzuvollziehen, wie sich Epidemien auf lokaler Ebene auswirkten, sind Kirchenbücher (vor allem Begräbnisregister) als die wichtigsten Quellen zur frühmodernen Bevölkerungsgeschichte zentral. Doch bis zur Mitte des 17. Jahrhunderts sind sie nicht sehr zahlreich vorhanden. Entweder waren sie vielerorts noch nicht eingeführt worden oder sie wurden im Laufe der Zeit zerstört.

Für das Fürstentum Lüneburg konnte der Historiker Erich Woehlken bereits 1954 am Beispiel der Stadt Uelzen zeigen, wie ertragreich eine Studie zu Bevölkerungskrisen durch Pest und Ruhr in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts aufgrund von kirchenbuchähnlichen Aufzeichnungen ist.¹³ Diese wichtige Untersuchung wird in der Forschung immer wieder als beispielhaft

9 SCHLENKRICH, *Gevatter*, S. 14; WAHRMANN, *Kommunikation*, S. 15; STURM, *Leben*, S. 14; ULBRICHT, *Einleitung*, S. 25. Vgl. den aktuellen Forschungsüberblick bei JANKRIFT, *Angesicht*, S. 42-54.

10 Vgl. die anregende, wenn auch umstrittene Untersuchung von BENEDICTOW, *Plague*.

11 SCOTT/DUNCAN, *Return*, S. 119. In dieser Hinsicht soll nur der Schwarze Tod von 1348-1350 eine Ausnahme gebildet haben. Dies., *Biology*, S. 103, 359, 366. Vgl. PORZELT, *Pest*, S. 146.

12 BENEDICTOW, *Plague*, S. 178-180; ders., *Black Death*, S. 31-34.

13 WOELHKENS, *Pest*.

für den Verlauf von Seuchenzügen herangezogen. Woehlkens griff auf Quellen zurück, die ähnliche Informationen enthalten wie Kirchenbücher, weil diese in Uelzen erst im 18. Jahrhundert einsetzen.¹⁴ Auch in den anderen Städten des Fürstentums ist die Überlieferung in dieser Beziehung nicht viel besser. Zwar sind im Herzogtum als einem Kernland lutherischer Reformation teilweise seit dem ausgehenden 16. Jahrhundert Kirchenbücher und auch Begräbnisregister in guter Qualität erhalten, doch nicht in den Städten. Die Begräbnisregister beginnen in Gifhorn 1627, Celle 1638 (Stadtgemeinde), Dannenberg 1643, Lüchow 1645, Winsen an der Luhe 1673, Hitzacker 1703, Lüneburg 1728 (St. Michaelis), Burgdorf 1749 usw.¹⁵

Das Kirchspiel Suderburg

Es ist ein besonderer Glücksfall der Überlieferung, dass das nur wenige Kilometer von Uelzen entfernt liegende Kirchspiel Suderburg (Landkreis Uelzen, Karte 1.1) über ein schon 1575 einsetzendes und recht vollständiges Kirchenbuch mit Tauf-, Heirats- und Begräbnisregistern verfügt, auf das schon Woehlkens hinwies.¹⁶ Wie außergewöhnlich dieser Zufall ist, zeigt sich im Vergleich mit den übrigen Kirchenbüchern der rund 1.400 Gemeinden (2002) im Bereich der heutigen Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannover, welche mit ihren Sprengeln Hannover, Hildesheim-Göttingen, Lüneburg, Osnabrück, Stade und Ostfriesland-Ems den größten Teil Niedersachsens abdeckt. Für eine detaillierte Untersuchung mittels Familienrekonstitutionen¹⁷, wie sie in dieser Studie vorgenommen werden, kommen nur Kirchenbücher einer bestimmten Qualität infrage (vgl. zur Methodik Kapitel 5.3.1). Die Tauf-, Heirats- und Begräbnisregister müssen 1590 oder früher beginnen und zumindest bis 1650 ohne größere Lücken überliefert sein, dürfen also insgesamt nicht mehr als je zehn Fehljahre bei Taufen, Hochzeiten oder Begräbnissen aufweisen. Auf dem Gebiet des früheren Fürstentums Lüneburg verfügt nur Suderburg über Aufzeichnungen dieser Art. Im ganzen Bereich

14 GARBE, Kirchenbücher, S. 103.

15 Ebd., S. 23, 25, 27, 38, 55, 71-72, 110.

16 WOELKENS, Pest, S. 106-107, 112, Abb. 23 (nach S. 88), Abb. 29 (nach S. 88).

17 Bei der Familienrekonstitutionsmethode werden aus den Kirchenbucheinträgen die Angaben zu einzelnen (Ehe-)Paaren und ihren Nachkommen zusammengestellt. WRIGLEY, Family Reconstitution, S. 96-159; IMHOF, Einführung, S. 101-106.

der Hannoverschen Landeskirche gibt es nur noch zwei städtische und zwei ländliche Gemeinden, in denen solche Kirchenbücher erhalten sind.¹⁸

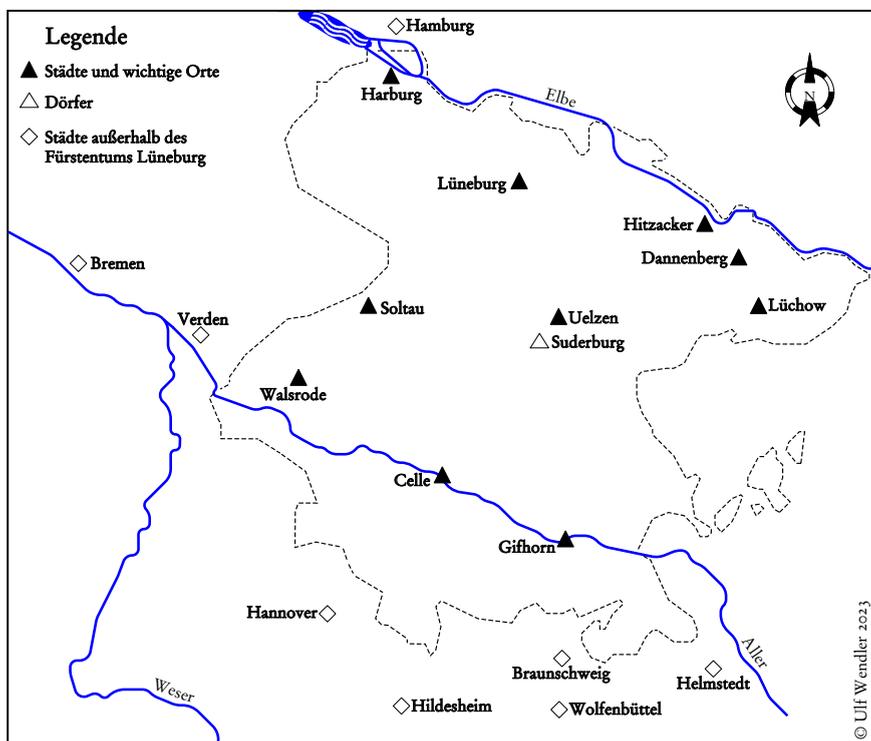
Weite Teile Niedersachsens sind für die Seuchenforschung aufgrund der kirchlichen Organisation besonders interessant. Die ländlichen Kirchspiele waren (und sind) weitläufig, d.h., einer Kirche sind mehrere, teilweise recht weit entfernte Orte zugeordnet. Die einzelnen Dörfer unterschieden sich häufig in ihrer Größe und ihrer Verkehrsanbindung. So können mittels eines erhaltenen Kirchenbuchs verschiedene Orte untersucht werden.

Sudenburg hat nicht nur den Vorteil, dass hier die demografisch auswertbaren Quellen früh einsetzen, sondern die sieben Dörfer des Kirchspiels sind von ihrer Größe und Lage her für eine Studie nahezu ideal verteilt: Es gibt große und kleine Orte sowohl an überregional bedeutenden Straßen als auch abseits davon. Die Bevölkerung dieser Dörfer litt in den 42 Jahren zwischen 1597 und 1639 unter fünf schweren Epidemien. Die Kette der Seuchen endete hier wie an vielen anderen Orten Norddeutschlands in der Mitte des 17. Jahrhunderts. Das Kirchspiel ist gut erforscht, u.a. ist eine Art Ortsfamilienbuch für die frühe Neuzeit vorhanden, in dem die Familienbeziehungen zusammengestellt wurden. In der Regel beschränken sich Auswertungen von Kirchenbuchdaten zur Seuchengeschichte auf die aggregativen Methoden der historischen Demografie, d.h. die einfache Auszählung der Opfer einer Epidemie. Nur wenige Untersuchungen bedienen sich der Methoden der Familienrekonstitution, wie es für das Kirchspiel Sudenburg möglich ist.

Zudem lässt sich aufgrund der Gesellschaftsstruktur ohne das Vorhandensein von Volkszählungen bei den meisten Personen mit großer Wahrscheinlichkeit angeben, auf welchem Hof sie während der Seuchenzüge lebten. Auch die ungefähre Lage der Höfe innerhalb der Dörfer kann ermittelt werden. Obwohl nicht nur die familiären, sondern auch die räumlichen Beziehungen innerhalb der betroffenen Orte bei der Ausbreitung von Krankheiten von größter Bedeutung sind, wurde dieser Aspekt in der Forschung bisher eher vernachlässigt.¹⁹ So lassen sich die unterschiedlichen Methoden der historischen Demografie und die Möglichkeiten zur räumlichen Darstel-

18 Es handelt sich um Hannover (St. Aegidien), Osterode (St. Aegidien) sowie (Hannover-)Bothfeld und Hattorf am Harz (Landkreis Göttingen). GARBE, Kirchenbücher, 46-47, 51, 86, 101.

19 Neben WOEHLENS, Pest, nutzten Karten zur Analyse von Seuchengeschehen u.a. WOZNIAK, Quedlinburg, S. 144, 154-155 (Quedlinburg 1567 und 1598); DIJKSTRA, Beschouwing, S. 64-69 (Stadtviertel Jordaan in Amsterdam 1617 und 1624); BUWALDA/BUWALDA-PREY, Gegevens, S. 269 (Gouda 1635); ZAPNIK, Pest, S. 299-330 (Stralsund 1710).



Karte 1.1: Die Lage des Kirchspiels Suderburg im Fürstentum Lüneburg

lung auf eine Art und Weise kombinieren, wie es für die Seuchengeschichte einer ländlichen Region neu ist.

Die Dörfer des Kirchspiels Suderburg wiesen keine Besonderheiten auf, die sie wesentlich von vielen anderen Orten im norddeutschen Tiefland unterschieden. Sie liegen auf der sogenannten hohen Geest, einem überwiegend flachen bzw. flachwelligen und trockenen Naturraum, der als Stader Geest und Lüneburger Heide weite Teile Niedersachsens umfasst.²⁰ Diese Gebiete unterlagen in der frühen Neuzeit dem Meierrecht und hatten eine ähnliche Grundherrschafts- und damit Gesellschaftsform.²¹ Oft kommen hier Haufendörfer vor. Die Orte des Kirchspiels Suderburg waren in vieler Hinsicht typisch für Dörfer mit dieser Siedlungsform in der Region in der frühen Neuzeit. Dies bedeutet, dass die Suderburger Ergebnisse vermutlich

20 MITTELHÄUSSER, *Natur*, S. 100-101, 138-145; HAVERSATH, *Deutschland*, S. 28-35.

21 SAALFELD, *Sozialgeschichte*, S. 642-647, 654-659.

repräsentativ für weite Teile der hohen Geest Norddeutschlands sind.²² Wie weit die herausgearbeiteten Seuchenmuster auch für andere Gebiete gelten, müssen weitere Forschungen zeigen.

Forschungsfeld Deutung der Seuchen in der frühen Neuzeit

Vorhandene gesellschaftliche Strukturen können sich gegenüber Epidemien als mehr oder minder stabil erweisen, aber vielleicht ebenso wichtig ist die geistige Widerstandskraft der Menschen. »Jede Bedrohung ist eine gefühlte Bedrohung. Nicht Seuchen – Stellvertreter und Platzhalter – sind die eigentlichen Angstgeneratoren, sondern die Krisen der jeweiligen Kultur, mithin die Krisen kultureller Sicherheitsversprechen«, wie es der Kulturhistoriker Olaf Briese ausdrückte.²³

Angesichts der vielen Seuchen im 16. und 17. Jahrhundert mussten die Zeitgenossen dem Unbegreiflichen Sinn gegeben, um das Grauen zu bewältigen. Was die Landbevölkerung über die Epidemien und ihre Ursachen dachte, ist nicht bekannt. Aus dieser Zeit sind nur wenige einschlägige Äußerungen erhalten – und sie sind nicht besonders aufschlussreich (Kapitel 8.1). Doch andere Quellen in Form von deutschsprachigen theologischen und medizinischen Seuchenschriften fließen dafür umso reichlicher – auch im Fürstentum Lüneburg. Mit ihnen versuchten gebildete Theologen und Ärzte, ihre Sicht auf Epidemien einer breiteren Öffentlichkeit nahezubringen. Für Geistliche bot die Pest einen Anlass, religiöse Themen an einem wichtigen Beispiel zu behandeln. Mit ihren Deutungsmustern propagierten sie eine bestimmte Sicht auf die Welt bzw. auf das Verhältnis zwischen Gott und Mensch in Bezug auf Sünde und Krankheit. Neben theologischen Abhandlungen gab es medizinische Seuchenschriften. Diese Texte enthalten die Vorstellungen der Zeitgenossen über Ursprung, Symptome, Verlauf und Behandlung von epidemischen Krankheiten. Das Wissen der gelehrten Medizin wurde darin für den »Gemeinen Mann« aufbereitet, sodass die Seuchenschriften den Zeitgenossen als eine wichtige Informationsquelle dienen konnten. Die in ihnen formulierten Ansichten entsprachen den Vorstellungen der Obrigkeiten und die frühstaatlichen Maßnahmen beruhten auf der gleichen Grundlage. Es gab also sowohl theologische als auch medizinische Deutungsmuster, die der Be-

22 Die demografischen Verhältnisse in den Marschen unterschieden sich dagegen in vielerlei Hinsicht von denen der Geest. Vgl. NORDEN, Bevölkerung, S. 30–35, 299–304; WENDLER, Pest und Pocken, S. 219–228.

23 BRIESE, Ansteckung, S. 290.

völkerung angeboten wurden, um die Gesellschaft in einer Krisenzeit zu stabilisieren.

Aufbau der Untersuchung

Im Fürstentum Lüneburg begann ein Jahrhundert großer Seuchenzüge mit einer Pestepidemie 1565 und endete mit jener von 1666. Die vorliegende Studie analysiert am Beispiel des Territoriums einerseits im Forschungsfeld Seuchen und Dorf die Verhältnisse im Kirchspiel Suderburg und andererseits im Forschungsfeld Deutung von Epidemien die Lüneburger Seuchenschriften. Es geht darum, welche Folgen eine Reihe schwerer Epidemien auf die norddeutsche Landbevölkerung hatte und was für Interpretationsmöglichkeiten der frühneuzeitlichen Gesellschaft bei der Bewältigung dieser Ereignisse zur Verfügung standen bzw. von Theologen und Medizinern angeboten wurden.

Der erste Teil der Untersuchung (Kapitel 2-4) thematisiert nach der Einleitung medizinische und historische Grundlagen. Zu Beginn werden die heutigen Krankheitskonzepte von Pest, Fleckfieber, Ruhr und Typhus als wichtige Infektionskrankheiten erläutert, deren Vorkommen schon im 16. und 17. Jahrhundert anzunehmen ist (Kapitel 2). Die Verhältnisse im Fürstentum Lüneburg waren in einen größeren europäischen Kontext eingebettet. Klimatische Veränderungen nach 1560 verschlechterten die Lebensbedingungen der Menschen und Umbrüche destabilisierten Gesellschaften, die um ein neues Gleichgewicht ringen mussten (Kapitel 3). Davon war das Herzogtum Lüneburg direkt betroffen, dessen politische, wirtschaftliche und demografische Entwicklung skizziert wird (Kapitel 4).

Daran schließt sich als zweiter Teil (Kapitel 5-7) eine detaillierte Untersuchung des Kirchspiels Suderburg an. Da nur Kirchenbücher als Quellen zur Verfügung stehen, sind die Erkenntnismöglichkeiten auf demografische Fragestellungen begrenzt. Im Kirchspiel Suderburg traten 1597, 1599, 1626, 1628 und 1639 starke Sterblichkeitskrisen auf. Es können hier exemplarisch einige zentrale Fragestellungen über die Wirkungen von Epidemien diskutiert werden. Welche Bevölkerungsgruppen waren besonders betroffen? Was für Folgen hatten Verluste auf die ländliche Gesellschaftsstruktur? Konnten die Bauernhöfe weiter bebaut werden oder kam es zum temporären oder dauerhaften Aufgeben (das »Wüst-Werden«) von Betrieben oder ganzen Dörfern? Welche Faktoren entschieden, ob ein Ort infiziert wurde? Gibt es Verbreitungsmuster innerhalb und zwischen den Dörfern? Was lässt sich über die Art der Seuchen aussagen?

Zu Beginn werden die Verhältnisse und die demografische Entwicklung im Kirchspiel Suderburg erläutert. In diesem Zusammenhang ist auf die Literatur zur ländlichen Seuchengeschichte sowie die angewandten Methoden der historischen Demografie einzugehen (Kapitel 5). Der Verlauf jeder Epidemie in allen betroffenen Dörfern und Höfen wird in Kapitel 6 akribisch nachgezeichnet. Die vorliegende Untersuchung ist so aufgebaut, dass bei jedem der fünf Seuchenjahre ein einleitendes Unterkapitel den Verlauf der Epidemien zusammenfasst und analysiert. Um die Vergleichbarkeit der Epidemien untereinander zu gewährleisten, sind diese Abschnitte immer gleich angeordnet. Die Kapitel 6.1.1 (1597), 6.2.1 (1599), 6.3.1 (1626), 6.4.1 (1628) und 6.5.1 (1639) sowie die zusammenfassenden und abschließenden Kapitel 6.6 und 7 vermitteln einen Überblick über das Seuchengeschehen.

Die anderen Unterkapitel gehen ins Detail. Sie sind für Leser gedacht, welche den Verlauf einer oder aller Epidemien in ihren Einzelheiten nachvollziehen wollen. Die gute Quellenlage erlaubt es, die Wirkung der Seuchen präzise aufzuzeigen – und diese seltene Chance soll genutzt werden. Hier wird jeder Todesfall genannt und seine Bedeutung für den jeweiligen Hof diskutiert. Für die Beurteilung der Wirkung einer Epidemie ist nicht nur die Zahl der Toten auf einem Anwesen bzw. in einem Dorf von Bedeutung, sondern es ist fast noch wichtiger, wer die verstorbenen Personen waren bzw. welche gesellschaftlichen Positionen sie einnahmen. Für die Leistungsfähigkeit und den Bestand der Höfe und damit des gesellschaftlichen Geflechts als Ganzem machte es einen Unterschied, ob beispielsweise ein kleines Kind, ein Althauswirt, der sich auf das Altenteil zurückgezogen hatte, ein Diensthofe oder etwa ein Hauswirtepaar oder ein erwachsener Hoferbe starb. Durch dieses Vorgehen behalten die Toten ihre Namen, weil allzu leicht bei den Zahlenreihen der historischen Demografie vergessen werden kann, dass es sich bei den Seuchenopfern um Menschen mit ihren persönlichen Schicksalen und Lebenszusammenhängen handelte. Zudem dienen diese Abschnitte dem Nachweis, auf welchen Grundlagen die Arbeit beruht, denn die Angaben des vorliegenden Ortsfamilienbuches werden vielfach korrigiert oder ergänzt. Starben fünf Personen oder mehr auf einem Anwesen, illustrieren Stammbäume die familiären Beziehungen. Karten der einzelnen Dörfer zeigen die räumliche Verteilung der betroffenen Höfe auf. Die vielfältigen Ergebnisse des zweiten Teils werden in einem abschließenden Abschnitt zusammengeführt (Kapitel 7).

Der dritte und letzte Teil (Kapitel 8-10) behandelt die theologischen und medizinischen Erklärungsmodelle, welche die Zeitgenossen im Fürstentum Lüneburg hatten bzw. welche ihnen nahegebracht wurden. Die Vorstellungen der großen Bevölkerungsmehrheit haben kaum Spuren in den Quellen hinterlas-

sen. In der zweiten Hälfte des 16. und in der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts erschienen aber zahlreiche theologische und medizinische Seuchenschriften, welche die Geisteswelt der geistlichen und ärztlichen Eliten widerspiegeln. Sie stellen faszinierende Quellen für den Umgang einer von verheerenden Epidemien bedrohten Gesellschaft dar. Anhand dieser Texte sind die Konzepte zu bestimmen, wie die Bevölkerung in einem Jahrhundert großer Seuchenzüge mit Krankheiten und ihren Folgen umgehen bzw. sie bewältigen sollte. Untersucht werden deutschsprachige Schriften, die innerhalb des Fürstentums Lüneburg verlegt wurden bzw. einen engen Bezug zum Territorium hatten.

Dabei wird herausgearbeitet, welche Vorstellungen den theologischen und medizinischen Texten zugrunde lagen. Mit diesen hingen die Sinngewandungen und Handlungsmöglichkeiten der Menschen zusammen. Wer waren die Autoren der Texte und welche Interessen leiteten sie? Wer waren die Adressaten? Was trugen die Texte zur gesellschaftlichen Verarbeitung von Epidemien bei? Welche Ursachen hatten die Seuchen in den Vorstellungen der Zeitgenossen? Was für Symptome kennzeichneten die frühneuzeitlichen epidemischen Krankheiten? Welche Möglichkeiten zur Vorbeugung und Behandlung wurden empfohlen?

Die theologischen Seuchenschriften sind Texte über die Pest. Darin wird eine bestimmte, wortreich in verschiedenen Literaturformen wiederholte, aber im Kern recht einfache und schlichte Botschaft vermittelt (Kapitel 8). Komplexer sind die medizinischen Seuchenschriften. Sie unterscheiden verschiedene Krankheiten (Pest, Fleckfieber, Ruhr, bestimmte Fieber) und berichten davon, wie sich die Ärzte die Ursachen und das Krankheitsbild sowie Prävention und Heilung vorstellten. Damit sind sie u. a. wertvolle Quellen dafür, wie Krankheiten unter den Bedingungen des 16. und 17. Jahrhunderts wirkten und welche Symptome sie bei den Menschen auslösten. Es lässt sich nachvollziehen, worauf die Mediziner in diesem Zusammenhang achteten und welche Beobachtungen sie als wichtig ansahen. Das alles geschah auf der Grundlage eines Weltbildes, in dem sich überlieferte Anschauungen, Erfahrungswissen und magische Vorstellungen mischten (Kapitel 9). Eine Zusammenfassung erläutert die Ergebnisse des dritten Teils (Kapitel 10).

Im Resümee werden am Ende die verschiedenen Ergebnisse der Untersuchung zusammengeführt, eingeordnet und weiterentwickelt. Durch die Untersuchung des Seuchenverlaufs in den Dörfern, der theologischen Deutungsmuster und der medizinischen Erklärungsmodelle lässt sich herausarbeiten, wie die frühneuzeitliche Gesellschaft einer ländlich geprägten Region dem Druck einer Kette von Seuchen standhalten konnte und welche Faktoren zu ihrer Stabilisierung beitrugen. Es geht um die Widerstandskraft einer Gesellschaft unter extremen Umständen (Kapitel 11).

I. Teil: Grundlagen und Voraussetzungen

2. Krankheits- und Seuchenvorstellungen heute¹

2.1 Grenzen und Möglichkeiten retrospektiver Diagnosen

Die heutige Epidemiologie geht bei der Analyse von Krankheiten von Erregern aus. Symptome verweisen auf die durch Bakterien, Viren oder Pilze hervorgerufenen Krankheiten und ermöglichen eine Vermutungsdiagnose, doch erst der Nachweis des jeweiligen Erregers identifiziert eine Krankheit eindeutig. Jede Krankheit bildet aufgrund dessen für sich eine Einheit – unabhängig von Symptomen, die durch die Konstitution der einzelnen Menschen, ihre Lebensweise, Umwelteinflüsse usw. stark beeinflusst sein können. Diese Vorstellung bildete sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts mit dem Aufstieg der Mikrobiologie heraus.² Bei der mikrobiologischen Auffassung von Krankheit handelt es sich um ein Konzept, wie es in der Geschichte der Medizin viele gab. Unbestritten sind die großen Erfolge, welche mit der Mikrobiologie bei der Bekämpfung vieler Krankheit erzielt werden konnten. Doch zukünftige Forschungen werden dieses Konzept vielleicht tiefgreifend modifizieren oder durch andere Vorstellungen ablösen.³

Ein Schwachpunkt der Mikrobiologie ist ihre geringe historische Reichweite. Sie konnte bisher nur wenige Erfahrungen mit der Entwicklung von Krankheitserregern über lange Zeiträume sammeln, weil ihre Auffassung von Krankheit keine zweihundert Jahre alt ist. Wie weit bleiben die Erreger weitgehend unverändert oder wie stark mutieren sie im Laufe der Zeit? Wenn sich die Wirkungen auf Menschen in Jahrhunderten durch Mutation stark verändern, wie sinnvoll ist es dann, noch von einer Krankheitseinheit auszugehen? Wie weit können Beobachtungen von heute auf Krankheiten der Vergangenheit projiziert werden? Welche Krankheiten der Vergangenheit existieren heute nicht mehr?

Über Auftreten und Veränderungen von Bakterien, Viren oder Pilzen kann die Paläogenetik Aufschluss geben, die sich u.a. mit dem Nachweis solcher

¹ Eine frühere Fassung dieses Kapitels bei WENDLER, Pestilenz, S. 45-51, 61-62, 66-67.

² LEVEN, Geschichte, S. 9-10, 63-64; ECKART, Geschichte, S. 232-239.

³ LEVEN, Ratten, S. 31-32.

Erreger in vergangenen Jahrhunderten und Jahrtausenden beschäftigt. Diese Wissenschaft steckt noch in den Kinderschuhen, und viele ihrer Ergebnisse sind umstritten. Selbst wenn aber ein genetisch weitgehend unveränderter Erreger nachgewiesen wird, kann von dieser Wissenschaft keine Aussage getroffen werden, wie dieser unter den gesellschaftlichen und klimatischen Bedingungen früherer Zeiten auf die Menschen gewirkt hat bzw. wie weit die heutigen Übertragungswege auch in früheren Zeiten wirksam waren.⁴

Die Bestimmung einer Krankheit der Vergangenheit wird dadurch erschwert, dass vorbehaltlose Beobachtung den Menschen nicht möglich ist, d. h. zeitgenössische Einstellungen prägen die überlieferten Dokumente und Bilder früherer Jahrhunderte. Ob ein Arzt der frühen Neuzeit über eine Seuche schrieb oder ein heutiger Medizinhistoriker versucht, aus dieser Beschreibung Ursache, Verlauf und Wirkung einer vor Jahrhunderten grassierenden Krankheit zu erkennen – beide denken und analysieren in den Konzepten ihrer Zeit und Gesellschaft. Diese Konzepte beeinflussen, welche Dinge beobachtet und wie sie gewertet werden. Schon die Sprache ist unterschwellig so mit Bedeutungen und impliziten Annahmen besetzt, dass sich niemand von diesen unterlegten Konzepten lösen kann. Der Mensch wählt aus vielen Eindrücken das, was er für wichtig hält – d. h., was ihm gemäß den entsprechenden Ansichten seiner Zeit relevant erscheint. So geschieht es, dass Beobachtungen, die nach dem einem Konzept bedeutsam sind, von Menschen mit anderen Vorstellungen zwar festgestellt, aber als irrelevant nicht weiter beachtet werden.⁵

Verstärkt wird der Glaube an die eigenen Auffassungen durch verschiedene Umstände. Viele Konzepte sind einfach, logisch und in sich konsistent – was jedoch keineswegs bedeutet, dass sie richtig sind. So können völlig unterschiedliche Vorstellungen über bestimmte Erscheinungen durch ihre scheinbare Wirksamkeit bzw. ihre offensichtliche Erklärungskraft bestätigt werden. Beispielsweise waren Präventionsmaßnahmen (vor allem die Quarantäne) der frühneuzeitlichen Ärzte durchaus wirksam, wenn auch aus heutiger Sicht nicht aus den Gründen, durch die sie veranlasst wurden.⁶ Andererseits hat ein moderner Medizinhistoriker keine Mühe zu erklären, warum die in der frühen Neuzeit angewandten Heilmittel die Sterblichkeit kaum senkten, wie die hohen Bevölkerungsverluste nahelegen. Die Überzeugungskraft von Konzepten

4 Vgl. dazu LEVEN, *Geschichte*, S. 13-14; ders., *Krankheiten*, S. 180-181; SOURNIA, *Discipline*, S. 59-61.

5 CIPOLLA, *Fighting*, S. 7-9. Cipolla bezieht diese Beobachtungen lediglich auf die Mediziner der frühen Neuzeit, ohne zu thematisieren, dass auch seine eigene Analyse bestimmten Konzepten folgt, von denen er sich nicht lösen kann. Vgl. dazu beispielsweise TROSTLE, *Epidemiology*, S. 2-3.

6 CIPOLLA, *Fighting*, S. 7-18.

ist häufig so groß, dass Menschen eher bereit sind, Fakten und Beobachtungen zu ignorieren oder umzudeuten, als ihre Theorien infrage zu stellen.⁷

Es liegen aus der frühen Neuzeit zwar zahlreiche Beschreibungen über Seuchenzüge vor, doch wurden sie auf der Grundlage eines im Vergleich zu heute völlig unterschiedlichen Weltbildes und Krankheitsverständnisses verfasst (vgl. Kapitel 9.2). So passen sie schlecht zu den gegenwärtigen Analysekatégorien und machen eine retrospektive Diagnose schwierig.⁸ Deshalb gingen zahlreiche Historiker und Medizinhistoriker mit vorgefassten Meinungen an die Quellen heran. Sie sahen die mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Beschreibungen als unvollständig oder falsch an bzw. rezipierten nur jene Teile, die in ihr vorgefasstes Konzept passten, falls sie die zeitgenössischen Angaben nicht vollständig ignorierten.⁹

2.2 Pest

Retrospektive Diagnosen sind schwierig, doch sollten die Probleme auch nicht übertrieben werden. Nicht immer sind sie unmöglich, sondern häufig können begründete Vermutungen angestellt werden.¹⁰ Epidemische Krankheiten der Vergangenheit werden in der Literatur häufig auf bestimmte, heute noch vorkommende Seuchen wie Pest, Fleckfieber oder Ruhr zurückgeführt. Die Pest früherer Jahrhunderte und der Gegenwart wird durch das Bakterium »*Yersinia pestis*« hervorgerufen. Es gibt beim Menschen verschiedene Formen dieser Krankheit. Bei der Beulenpest als der häufigsten Form gelangen die Erreger in die Blutbahn des Menschen, vermehren sich in den anschwellenden Lymphknoten (sodass charakteristische Pestbeulen entstehen) und durchbrechen schließlich die Lymphbarriere. Der Tod tritt binnen einer Woche nach Krankheitsbeginn durch Blutvergiftung ein. An der Beulenpest sterben ohne Behandlung mit modernen Medikamenten 25–50% der Patienten.

Bei der Lungenpest erreichen die Erreger die Lungen eines an der Beulenpest Erkrankten, bevor dieser stirbt. Der Patient verbreitet anschließend beim Husten oder Sprechen die Krankheit durch Tröpfcheninfektion. Die Opfer sterben an Lungenentzündung. Die zu fast 100% tödliche Pestform ist seltener als die Beulenpest und tritt vor allem in der kühleren Jahreszeit auf.

7 Ebd., S. 13–14.

8 SOURNIA, *Discipline*, S. 62–63.

9 Vgl. z.B. STICKER, *Abhandlungen*, Bd. 1, Teil 2, S. 6–7.

10 ULBRICHT, *Pest*, S. 329–330.

Die fast immer tödliche Pestsepsis kann eine Komplikation im letzten Stadium von Beulen- und Lungenpest sein oder als eigene Krankheitsform auftreten. In diesem Fall sterben die Opfer rasch innerhalb von einem bis drei Tagen, manchmal innerhalb weniger Stunden, ohne dass die Lymphknoten auf den Pesterreger reagiert haben.

Nach dem Entstehen der Bakteriologie als Teilgebiet der Mikrobiologie am Ende des 19. Jahrhunderts konnte bei Seuchenzügen in Asien das Bakterium »*Yersinia pestis*« als Erreger isoliert werden.¹¹ Die Pest ist eine Krankheit der Nagetiere. Sie ist endemisch bei manchen wild lebenden Nagern und kann durch Flöhe auf die in der Nähe von Menschen lebenden Ratten übergehen. Pesterreger finden sich in großer Zahl im Blut der infizierten Tiere. Der von diesem Blut lebende Rattenfloh (»*Xenopsylla cheopis*«) saugt die Bakterien ein, welche sich in seinem Vormagen ansammeln und verklumpen. Diese Verklumpung führt dazu, dass ein Pfropf in Vormagen und Magen der Flöhe entsteht. Die Tiere stechen ihre Wirte, um an deren Blut heranzukommen. Doch sie können es nicht aufnehmen, denn der Pfropf versperrt den Zugang zu den Verdauungsorganen. So fließt das vom Floh angesaugte Blut des Wirts – vermischt mit den Pesterregern aus dem Vormagen – in diesen zurück, wodurch der Wirt mit der Krankheit infiziert wird. Da der Floh hungrig bleibt, sticht er seinen Wirt wieder und wieder, was die Verbreitung der Krankheit fördert.

Stirbt eine infizierte Ratte, springt der Floh auf das nächste Tier über. Verenden Ratten massenhaft durch die Pest, stehen den Flöhen nicht mehr genügend Wirtstiere zur Verfügung. Sie gehen dann auf andere Warmblüter über, z.B. auf Menschen, worauf die Krankheit sich unter diesen zu verbreiten beginnt.¹² Eine Übertragung der Pest von Mensch zu Mensch ist nach dieser »klassischen Theorie« nicht möglich, von der seltenen Lungenpest einmal abgesehen: Nur infizierte Rattenflöhe können die Krankheit weitergeben.

Während in China und Indien, an deren Seuchenzügen die »klassische Theorie« entwickelt wurde, der Rattenfloh bei der Verbreitung der Pest die entscheidende Rolle spielt, ist bei Epidemien in Nordafrika und im Nahen Osten

11 Zur Geschichte und Klassifikation von »*Yersinia pestis*« vgl. TSAMIS, *Plague*, S. 9-11.

12 KUPFERSCHMIDT, *Epidemiologie*, S. 7-8, 80-86; FRANDSEN, *Plague*, S. 492; VASOLD, *Pest*, S. 75-76; BIRABEN, *Hommes*, Bd. 1, S. 7-18; BENEDICTOW, *Black Death*, S. 11-22. Die abortive Pest kann im Zusammenhang mit Seuchenzügen der Vergangenheit vernachlässigt werden, weil der Krankheitsverlauf so mild (lediglich leichtes Fieber für ein bis zwei Tage) und unauffällig (eine oder keine Pestbeule) ist, dass diese Pestform höchstens als leichte Grippe angesehen wird, wenn keine Blutuntersuchung den Nachweis von Pesterregern bringt. PSCHYREMBEL, S. 1287; POLLITZER, *Plague*, S. 419-453.

der Menschenfloh (»Pulex irritans«) anscheinend der wichtigste Überträger der Krankheit gewesen. Ausgangspunkt einer Epidemie ist ein pestbefallenes Nagetier, d.h. in der Regel eine Ratte, dessen Floh einen Menschen infiziert. Im menschlichen Blut vermehren sich die Erreger, welche der blutsaugende Menschenfloh aufnimmt. Dieser wiederum geht auf andere Personen über und verbreitet das Bakterium, obwohl er keinen Vormagen besitzt, in dem die Pesterreger einen Pfropf bilden könnten. Die Flöhe scheiden während des Saugens Kot aus, in dem »Yersinia pestis« enthalten ist. Durch Kratzen am Einstich oder durch die verunreinigten Rüssel der Tiere gelangt das Bakterium in die Blutbahn des Menschen.¹³ »Pulex irritans« ist ein weitaus schlechterer Verbreiter der Pest als »Xenopsylla cheopis«. Dennoch nehmen viele Historiker an, dass bei den europäischen Pestepidemien neben Rattenflöhen auch Menschenflöhe die Krankheit übertrugen,¹⁴ doch andere bestreiten dies vehement.¹⁵

Die heutige Pestforschung beruht auf Ergebnissen, die im Zusammenhang mit der Pandemie am Ende des 19. Jahrhunderts gewonnen wurden, von der vor allem Asien betroffen war (China, Indien). Während diese und die bis heute in den Tropen vorkommenden Pestausbrüche durch die Beulen- und Lungenpest zu erklären sind, passt die »klassische Theorie« des Pesterregers und seiner Übertragungswege schlecht zu den europäischen Seuchenzügen des 14. bis 18. Jahrhunderts. Deutlich sind die Unterschiede zwischen den beiden Seuchengeschehen. Die moderne Pest ist eine Krankheit der warmen Zonen,¹⁶ wie es sie in Europa nur im Mittelmeerraum gibt. Doch im Spätmittelalter und in der frühen Neuzeit war der ganze Kontinent von der Pest betroffen. Obwohl seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts von der Pest befallene Ratten dank verbesserter Verkehrsverbindungen schnell aus ihren asiatischen Ursprungsgebieten nach Europa gelangen, trat und tritt die Krankheit hier nicht mehr epidemisch auf, sondern bleibt auf Einzelfälle beschränkt. Während die Ausbreitungsgeschwindigkeit der Pest um 1900 gering war, konnte sie vom 14. bis zum 18. Jahrhundert erheblich sein.

13 KUPFERSCHMIDT, Epidemiologie, S. 7-8, 80-86; VASOLD, Pest, S. 75-76; BIRABEN, Hommes, Bd. 1, S. 7-18; BENEDICTOW, Black Death, S. 11-22; TSIAMIS, Plague, S. 20.

14 KUPFERSCHMIDT, Epidemiologie, S. 109-117; BIRABEN, Hommes, Bd. 1, S. 13; VASOLD, Ausbreitung, S. 292-293; JANKRIFT, Angesicht, S. 45. Vgl. die Diskussion bei CAMPBELL, Transition, S. 233. Nach REINHARDT, Macht, S. 31-33, steht eine definitive Antwort in dieser Streitfrage noch aus.

15 AUDOIN-ROUZEAU, Chemins, S. 288-295; BENEDICTOW, Black Death, S. 17-19.

16 Vgl. die Aufzählung der Regionen, in denen »Yersinia pestis« heute endemisch ist, bei TSIAMIS, Plague, S. 12-13.

Nicht nur bei der Geschwindigkeit, sondern auch bei den Opferzahlen sind die Unterschiede bemerkenswert. Die absoluten Todeszahlen waren in Asien um 1900 hoch, der Epidemie fiel aber nur ein geringer Teil der Bevölkerung zum Opfer. Selten starb mehr als eine Person pro Haushalt an der Pest. Im Europa des Mittelalters und der frühen Neuzeit kam dagegen oft ein großer Teil der Einwohnerschaft um. Europäische Pestzüge kennzeichnete es, dass häufig mehrere Menschen eines Haushalts der Krankheit zum Opfer fielen. Ein weiteres Argument gegen den Rattenfloh als entscheidenden Überträger und Verbreiter der Pest in Europa während des Mittelalters und der frühen Neuzeit ist, dass Zeitgenossen das unübersehbare zeitliche Zusammentreffen zwischen massenhaft sterbenden Ratten und dem Ausbruch der Epidemie nicht beschrieben. So fehlen beispielsweise bei den noch zu behandelnden Seuchenschriften (Kapitel 9.2.2) Hinweise auf tote Nagetiere fast völlig.¹⁷

Aus diesen Gründen wird die Anwendung der »klassischen Theorie« auf die europäischen Pestzüge in unterschiedlichem Grade modifiziert bzw. ganz abgelehnt. Einige Historiker gingen davon aus, dass das Pestbakterium im Laufe der Jahrhunderte von einer aggressiven in eine harmlosere, aber immer noch tödliche Form mutierte.¹⁸ Andere Forscher vermuteten eine andere Art von Erreger – ein heute nicht mehr vorkommendes Virus oder sonstige Erreger.¹⁹ Eine weitere Gruppe glaubte, dass viele angebliche Pestzüge tatsächlich Epidemien anderer Krankheiten wie Fleckfieber, Typhus oder Milzbrand waren.²⁰ Zusätzlich kompliziert wird die Situation durch die Möglichkeit des gleichzeitigen Auftretens anderer Infektionskrankheiten (z.B. Fleckfieber) mit der Pest.²¹

Dies war der Diskussionsstand bis vor wenigen Jahren, doch hat sich durch Fortschritte in der Paläogenetik eine neue Situation ergeben.²² In den letzten Jahren wurde es möglich, mit molekularbiologischen Methoden die DNA von Krankheitserregern potenzieller Pestopfer zu untersuchen. Michel Drancourt und Didier Raoult wiesen 1998 und 2000 »*Yersinia pestis*« in mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Massengräbern Frankreichs nach. Sie suchten nach

17 Vgl. beispielsweise COHN, *Black Death*, S. 41-54, 247.

18 VASOLD, *Pest, Not*, S. 88; ders., *Pest*, S. 165; BERGDOLT, *Pest*, S. 16-18.

19 SCOTT/DUNCAN, *Biology*, S. 352-354, 384-389; dies., *Return*, S. 207-214; COHN, *Black Death*, S. 247.

20 TWIGG, *Black Death*, S. 217-222; WINKLE, *Geißeln*, S. 59-63, 67, 619. Vgl. SCHREITER, *Pest*, S. 10

21 Vgl. BERGDOLT, *Pest*, S. 11-19; LEVEN, *Ratten*, S. 11-32.

22 Vgl. die Überblicke bei CAMPBELL, *Transition*, S. 289-294; KELLER, *Seuchengeschichte*, S. 30-47, sowie DRANCOURT/RAOULT, *Molecular History*, S. 911-915, mit einer Übersicht über die inzwischen erfolgten Untersuchungen zur Pest.

kleinen, aber für »*Yersinia pestis*« markanten Abschnitten in der alten DNA. Die analysierten Sequenzen entsprachen dem heute bekannten Pesterreger.²³ Die Ergebnisse erregten Aufsehen und ernteten auch Kritik,²⁴ obwohl Drancourt und Raoult sicher waren, die Streitfrage abschließend gelöst zu haben.²⁵ Nicht nur für das Mittelalter und die frühe Neuzeit, sondern auch für die Spätantike bzw. das Frühmittelalter konnte »*Yersinia pestis*« nachgewiesen werden.²⁶ Drancourt und Raoult meinten noch genauer belegen zu können, dass der heute noch existierende Biovar »*Yersinia pestis orientalis*« für die europäischen Pestzüge in der Spätantike, dem Mittelalter und der frühen Neuzeit verantwortlich war.²⁷

Doch Zweifel blieben, unterschieden sich doch die Pestzüge der früheren Jahrhunderte zu deutlich von denen um 1900.²⁸ Die Molekularbiologie entwickelte sich rasch weiter.²⁹ 2010 stellten neue Untersuchungen klar, dass die europäischen Pestzüge vom 14. bis zum 18. Jahrhundert zwar auf »*Yersinia pestis*« zurückzuführen sind, sich der damalige Erreger aber von der bis heute vorkommenden Form unterschied.³⁰ Die Variante ging schätzungsweise auf die Zeit zwischen 1282 und 1343 zurück.³¹ Etwas später konnte der Ursprung des einschlägigen Zweigs von »*Yersinia pestis*« im tibetischen Hochland verortet werden, wo dieser zwischen 1142 und 1339 entstand.³²

Die Abweichungen der mittelalterlichen Form von »*Yersinia pestis*« im Vergleich zur heutigen erhöhte nicht die Gefährlichkeit: »Vergleiche mit modernen Genomen zeigen keine einzigartigen abgeleiteten Positionen im mittelalterlichen Organismus, was darauf hindeutet, dass die wahrgenommene erhöhte Virulenz der Krankheit während des Schwarzen Todes möglicherweise nicht auf den bakteriellen Phänotyp zurückzuführen ist. Diese Ergebnisse unter-

23 DRANCOURT u.a., Detection, S. 12637-12640; RAOULT u.a., Molecular identification, S. 12800-12803.

24 WOOD/DEWITTE-AVINA, Black Death, S. 327; GILBERT u.a., Absence, S. 341-354. Dagegen DRANCOURT/RAOULT, Molecular detection, S. 263-264; PRENTICE u.a., Black Death, S. 72; PUSCH u.a., Yersinial F I, S. 484-485.

25 DRANCOURT/RAOULT, Past Plague, S. 153.

26 GARRELT/WIECHMANN, Detection, S. 247-254. Vgl. BOS u.a., *Yersinia pestis*, S. 1-3; HARBECK u.a., *Yersinia pestis* DNA, S. 1-8.

27 DRANCOURT u.a., Genotyping, S. 1585-1592; ders. u.a., *Yersinia pestis Orientalis*, S. 332-333; ders./RAOULT, Past Plague, S. 154-156.

28 WELFORD/BOSSAK, Validation, S. 1-6; DRANCOURT/RAOULT, Molecular History, S. 912.

29 BOS u.a., Draft Genome, S. 506.

30 HAENSCH u.a., Clones, S. 1-8.

31 BOS u.a., Draft Genome, S. 509.

32 CUI u.a., Variations, S. 577-582.