



Abstracts [deutschsprachig]

Panel 1 · Plurale Hospitalgeschichte(n): Religion und Spital.....	3
Franziska Strobel (Regensburg): Der Fürther Hekdesch – das jüdische Kranken- und Armenhaus im Wandel der Zeit	3
Bio Franziska Strobel	4
Sreekumar Vijayakumaran (Thrissur): Von heilenden Häusern zu Krankenhäusern. Von Heilungshäusern zu Krankenhäusern. Auf den Spuren der Geschichte der vormodernen Krankenhäuser in Indien	4
Bio Sreekumar Vijayakumaran	7
Arne Thomsen, Dortmund: Katholisches Krankenhauswesen im Ruhrrevier von den Anfängen der Industrialisierung bis zum Zweiten Weltkrieg	8
Bio Arne Thomsen	8
Panel 2 · Caritas, Resilienz und Transformation. Hospital und Gesellschaft.....	9

Bettina Blessing, München: Ordensspitäler zwischen Beharrung und Anpassung. Das Münchener Hospitalwesen der Münchener Barmherzigen Brüder (1750-2024)	9
Bio Bettina Blessing	12
Samira Khettab, Blida: Die architektonische Vielfalt historischer Krankenhäuser in Algerien. Europäisch-lokale Konfrontationen	13
Bio Samira Khettab	14
Nikoletta Giantsi, Athen: Caritas im Kontext von Hospitälern im weltlichen und/oder kirchlichen Recht. Der Fall des Leprosariums von Saint Pierre in Brüssel	15
Bio Nikoletta Giantsi	17
Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah, Dresden: Geltungsgeschichte(n). Dresdner Hospitäler des Spätmittelalters und der Frühen Neuzeit im Spannungsfeld von städtischer Politik und Gesellschaft	18
Bio Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah.....	19
Panel 3 · Hospital und Metropolität.....	19
Maximilian Filchner, Regensburg: Wohlfahrtswesen im Mittelalter. Die Stiftungskultur der Regensburger Bürgerinnen als Rückgrat der sozial-caritativen Funktion.....	19
Bio Maximilian Filchner	20
Joana Balsa de Pinho, Lisboa: Krankenhäuser im städtischen Kontext – das Fallbeispiel des Königlichen Krankenhauses Allerheiligen in Lissabon (séc. XVIII) 20	
Bio Joana Balsa de Pinho.....	21
Ninon Dubourg, Liège: Goldenes Zeitalter für die Senioren. Das Beispiel des Hospitals von Saint Julien in Lüttich zwischen dem 15. und 16. Jahrhundert.....	21
Bio Ninon Dubourg	23
Martin Scheutz, Vienna · Alfred-Stefan Weiß, Salzburg: Kontrollierte Unübersichtlichkeit. Resilienzstrategien im Spital des 18. Jahrhunderts.....	24
Bio Martin Scheutz und Alfred-Stefan Weiß	25
Panel 4 · Gesundheitspolitiken und Hospitalwesen	25
Fritz Dross, Erlangen: Metamorphosen der Fürsorge. Nürnberger Leprosorien auf dem Weg in die Neuzeit	25
Bio Fritz Dross	27
Janka Kovacs, Budapest: »Alternative Räume« für psychisch kranke Menschen. Psychiatrische Versorgung im Ungarn des achtzehnten und neunzehnten Jahrhunderts vor der Institutionalisierung der Psychiatrie	27
Bio Janka Kovács	28

Robert Offner, Regensburg: Kurze Historie der Spitäler in der königlichen Freistadt Klausenburg	28
Bio Robert Offner.....	29
Nina Kulig, Regensburg: Das St. Katharinenspital Regensburg im Nationalsozialismus (1933–1945).....	30
Bio Nina Kulig.....	31
Panel 5 · Wirtschaftshistorische Verflechtungen	31
Christina Vanja, Kassel: Werbung in eigener Sache. Die vielfältige Präsentation karitativer Einrichtungen in der Öffentlichkeit während der Frühen Neuzeit	31
Bio Christina Vanja	31
Wolfgang Wüst, Nürnberg: Resilienz und Caritas in Zahlen. Rechnungen des Regensburger St. Katharinenspitals als Quelle langlebiger Wohlfahrt.....	32
Bio Wolfgang Wüst.....	33

Panel 1 · Plurale Hospitalgeschichte(n): Religion und Spital

Franziska Strobel (Regensburg): Der Fürther Hekdesch – das jüdische Kranken- und Armenhaus im Wandel der Zeit

Der Fürther Hekdesch ist eines der ältesten jüdischen Spitäler in Deutschland, das von der Gemeinde unterhalten wurde. Beschäftigt waren hier ein christlicher Chirurg oder Barbier, ein jüdischer Arzt, eine Hebamme sowie das Pflegepersonal. Dabei ist die Anstellung eines Gemeindefarztes vor allem im 17. Jahrhundert für ein Spital eher ungewöhnlich, da diese vor allem den Zweck erfüllten „Aufbewahrungssasyle“ für Arme, Durchreisende, alte pflegebedürftige Personen, chronisch Kranke und Waisenkinder zu sein. Ähnlich wie christliche Hospitäler waren auch die jüdischen multifunktionale Einrichtungen bei denen Beherbergung und Verpflegung von Fremden und nicht deren Behandlung oder Heilung im Vordergrund standen.

Der Hauptzweck der Verwahrung und Pflege von Menschen über einen längeren Zeitraum und nicht die temporäre Heilung von Kranken wird an der Ausstattung des Gebäudes deutlich. Das Hospital hatte zudem eine eigene Sukka (Laubhutte) und eine private Klausur. Der Bedeutungswandel des Hospitals hin zum Krankenhaus, der in der Mitte des 18. Jahrhunderts einsetzte, ist in Fürth ab dem 17. Jahrhundert zu fassen. Einerseits gehörte diese Einrichtung zum Bereich der Armenfürsorge. Andererseits entwickelte sich bereits im 17. Jahrhundert die zweite Säule des Hospitals heraus, nämliche die ärztliche

Versorgung von Kranken aus Fürth, der Umgebung und von Durchreisenden sowie der Geburtshilfe. Für die tatsächliche Anzahl von Patient:innen gibt es keine Quellen und auch nicht über die Anzahl der zu versorgenden Armen. Anhand des Sterberegisters lässt sich jedoch erahnen, dass zahlreiche Reisende, „Betteljuden“ und Jüdinnen und Juden aus umliegenden und weit entfernten Gemeinden den Hekdesch aufgesucht haben, da es in Franken neben Bamberg (1682) und Heidingsfeld (1678) keine ähnlichen gemeindefinanzierten Einrichtungen dieser Größenordnung gab. Das vom Kahl finanzierte Armen- und Krankenhaus entwickelte seit Mitte des 17. Jahrhunderts nicht nur eine zentrale Rolle in der Armenfürsorge und Versorgung von Kranken in Franken, sondern lockte zum einen zahlreiche gut ausgebildete Ärzte in den Ort und bot andererseits für Reisende und Arme, die sonst keinen Zugang zu medizinischer Versorgung hatten, finanzielle Unterstützung und die entsprechende Infrastruktur. Die Kosten für die Gemeinde waren dabei immens und sind ein Grund, warum der Zugang zum Hekdesch im Laufe des 18. Jahrhunderts immer stärker reglementiert und begrenzt wurde.

Bio Franziska Strobel

Studium:

- 2010-2015 Gymnasiallehramt Englisch/Geschichte
- 2015-2017: Master Geschichte/Politikwissenschaft

Doktorarbeit (laufendes Projekt) seit 2019 mit dem Thema Kontakte und Konflikte zwischen Juden und Christen im Rahmen lokaler Koexistenz in Fürth (1648-1792). Von 2020 bis April 2023 Mitarbeiterin im DFG-Projekt Fraktalität und Dynamik jüdischer Lebensformen im Süden des Alten Reichs im 17. und 18. Jahrhundert. Seit WS 2023/2024 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Bayerische Landesgeschichte (Prof. Dr. Bernhard Löffler) der Uni Regensburg.

Sreekumar Vijayakumaran (Thrissur): Von heilenden Häusern zu Krankenhäusern. Von Heilungshäusern zu Krankenhäusern. Auf den Spuren der Geschichte der vormodernen Krankenhäuser in Indien

Wichtige Forschungsarbeiten zur Geschichte der indischen Medizin haben sich vor allem auf zwei übergreifende Themen konzentriert. Das erste, eine ältere Perspektive, konzentriert sich auf das umfassende Studium der Literatur, die mit der sogenannten klassischen ayurvedischen Tradition verbunden ist. Das zweite, eine jüngere Entwicklung, betont die Verbindung zwischen dem britischen Raj und der Herausbildung der „Kolonialwissenschaften“, verbunden mit Studien über den Umgang mit Epidemien während der britischen Herrschaft. Die Erforschung der Krankenhausgeschichte Südasiens, insbesondere der vormodernen indischen Halbinsel, wird sowohl von westlichen als auch von indischen Medizinhistorikern vernachlässigt.

Zwei Faktoren haben vermutlich zu dieser Entwicklung beigetragen. Erstens zögern westliche Wissenschaftler, die an die Arbeit mit griechischen und lateinischen Quellen gewöhnt sind, sich auf das ungewohnte Terrain der Prakrit-, Sanskrit- und Tamil-Sprachmaterialien zu begeben. Zweitens, wenn sie sich an verfügbare Sekundärquellen in europäischen Sprachen wenden, insbesondere an solche, die im zwanzigsten Jahrhundert in Indien geschrieben wurden, kann die Qualität für einen Außenstehenden manchmal schwierig zu beurteilen sein. Während diese historiografische Lücke fortbesteht, ist es bemerkenswert, dass indische Medizinhistoriker, obwohl sie von denselben Befürchtungen befreit sind, die Lücke nicht vollständig geschlossen haben.

Während diese historiografische Lücke fortbesteht, ist es bemerkenswert, dass die indischen Medizinhistoriker, obwohl sie von denselben Befürchtungen ausgenommen sind, die Lücke nicht vollständig geschlossen haben.

Während die historische Darstellung des alten Indiens oft mit der Harappa-Zeit beginnt, taucht ein strukturierter Ansatz für die Medizin erst später auf, insbesondere in den Lehren des Buddha. Die frühe buddhistische medizinische Tradition, die in klösterlichen Kreisen gepflegt wurde, war das Ergebnis eines Austauschs von medizinischem Wissen zwischen vorbuddhistischen Heilern und wandernden Asketen. In den frühen buddhistischen Klöstern (saṅgha) kodifiziert und institutionalisiert, wurden die medizinischen Praktiken bald zu einem bedeutenden Aspekt der klösterlichen Disziplin, wie das Bhesajjakhandaka des Pāli-Vinaya beweist.

Die Einführung von Regeln zur Pflege kranker Brüder durch den Buddha führte zu einer weiteren Institutionalisierung medizinischer Praktiken innerhalb des Saṅgha. Daher ist es nicht überraschend, dass man im buddhistischen Kanontext Saṃyutta Nikāya auf die Erwähnung eines „Krankenzimmers“ (gilāna-sālā) stößt, was vielleicht den frühesten Hinweis auf ein Heilungshaus im indischen Kontext darstellt. Auch wenn es sich nicht um ein Krankenhaus im engeren Sinne handelte, so war es doch ein Ort, an dem ein Patient formal medizinisch versorgt wurde. Die in der Sekundär- und Populärliteratur zur indischen Medizingeschichte vorherrschende Darstellung behauptet, dass König Aśoka (272-232 v. Chr.) ein Netz von Krankenhäusern in ganz Indien errichtete, das sich in erster Linie auf das zweite Felsenedikt und das siebte Säulenedikt des Königs stützte. Eine sorgfältige Untersuchung der epigraphischen Belege durch eine linguistische Analyse stellt diese Behauptung jedoch eindeutig in Frage. Ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung der Krankenhäuser ist die umfassende Darstellung eines Krankenhausgebäudes in der Carakasamhitā.

Dieser antike Text, der vermutlich auf das 1. Jahrhundert n. Chr. datiert wird, beschreibt Aspekte der Konstruktion, des Personals, der Möbel und der Ausstattung und bietet interessante Parallelen zu heutigen Kliniken und Krankenhäusern. Insgesamt ist die Carakasamhitā ein gültiges und beeindruckend detailliertes Zeugnis für die Idee des Krankenhauses im frühen Indien.

Die früheste und kategorische Erwähnung von Krankenhäusern oder vielmehr frühen Heilhäusern in Inschriften stammt aus dem dritten bis vierten Jahrhundert n. Chr., wobei zwei zeitgenössische Inschriften besonders bemerkenswert sind. Die erste Inschrift stammt aus Nagarjunakonda in Andhra Pradesh, einem bekannten städtischen buddhistischen Zentrum. Sie zeigt das Vorhandensein eines primären buddhistischen Klosters (vihāramukhyā), das einen „Aufenthaltort der Fieberlosen“ (vigatajvarālaya) beherbergt. Das zweite Beispiel ist ein Siegel aus den Kumrahar-Ausgrabungen in Patna (dem alten Pataliputra), das ebenfalls aus dieser Zeit stammt. Dieses Siegel erwähnt das Kloster der buddhistischen Mönche (bhikshu-saṅghasya) zusammen mit einem „Gesundheitskloster“ (ārogyaviharā). Einmal mehr konnte die Verbindung des Heilhauses mit einem buddhistischen Kloster und einem prominenten städtischen Zentrum unverkennbar hervorgehoben werden.

Zwischen 500 und 1300 n. Chr. ist eine Vielzahl epigraphischer Hinweise auf Ärzte und Heilhäuser zu erkennen. Auf dem gesamten indischen Subkontinent vergaben Herrscher und Verwalter immer wieder Landzuteilungen, wobei sie Brahmanen und verschiedene religiöse Zentren - buddhistische, Jaina- und brahmanische - mit einkommensfreiem Grundbesitz begünstigten. In den Inschriften aus dieser Zeit, die typischerweise in den Landvergabeprotokollen zu finden sind, tauchen vor allem Ärzte und Heilhäuser auf.

In dieser Phase sind auch zwei bedeutende soziokulturelle Veränderungen zu beobachten. Erstens: Trotz normativer Abhandlungen, die eine kritische Haltung gegenüber medizinischen Praktiken und Ärzten zum Ausdruck bringen, beginnen die Inschriften die Bedeutung des Arztberufs anzuerkennen, und es scheint, dass er bis zum frühen sechsten Jahrhundert in den Zuständigkeitsbereich der brahmanischen religiösen Institutionen aufgenommen wurde. Zweitens ist eine bemerkenswerte räumliche Veränderung im Zusammenhang mit epigraphischen Hinweisen auf Ärzte und Heilhäuser festzustellen. Vor etwa 500 n. Chr. waren die meisten Verweise städtisch geprägt, doch nach dem 6. Jahrhundert n. Chr. erscheinen diese Verweise zunehmend in einem ländlichen Umfeld.

Im frühen Mittelalter belegen epigraphische Zeugnisse auch die Existenz von Krankenhäusern in Südindien. So berichtet eine Inschrift aus dem späten 11. Jahrhundert an der Wand des Tempels in der Stadt Tirumukkudal in der Nähe von Kanchi in Tamil Nadu über ein Krankenhaus, in dem das Personal, seine Vergütung und die erhaltenen Gönnerschaften detailliert beschrieben werden.

Trotz der Verfügbarkeit derartiger umfangreicher inschriftlicher und textlicher Quellen sind umfassende Studien zur Geschichte der Krankenhäuser auf der vormodernen indischen Halbinsel im Bereich der indischen Medizingeschichte noch immer nicht vorhanden. Die vorliegende Arbeit möchte diese historiographische Lücke schließen, indem sie die Entwicklung der Idee des Krankenhauses untersucht und seine verschiedenen Erscheinungsformen in unterschiedlichen räumlichen und zeitlichen

Kontexten des vormodernen Indiens erforscht. Außerdem werden die soziokulturellen Faktoren analysiert, die den Chirurgen gegenüber dem Arzt im Rahmen des Krankenhauses seit dem frühen Mittelalter unterordnen.

Abschließend wird kurz der transformative Einfluss der mittelalterlichen islamischen Medizin auf die Krankenhausgeschichte der indischen Halbinsel in der long durée untersucht.

Bio Sreekumar Vijayakumaran

Bildungsqualifikationen:

- 2015 MA in Geschichte von der Universität von Hyderabad, Indien
- M.Phil in vergleichender Religionswissenschaft vom Centre for Study of Comparative Religion and Civilization (CSCRC), Jamia Millia Islamia, Neu Delhi, Indien
- 2018 Titel der M.Phil-Dissertation: Mönche als Heiler: Geschichte und Praxis der Medizin im Thotlakonda-Kloster (ca. 200 v. Chr. - 300 n. Chr.)
- Derzeit Promotion an der Abteilung für Geschichte der Universität Calicut, Kerala, Indien, zum Thema „Einstellungen zu Medizin und Heilung in buddhistischen und jainistischen Klostertraditionen“.

Berufserfahrung:

- Assistenzprofessor und Leiter des Fachbereichs Geschichte, Vimala College (Autonomous) - (seit 2018)
- Angebotene/gelehrte Kurse: Alte, mittelalterliche und moderne indische Geschichte, Sozial- und Kulturgeschichte Großbritanniens.

Forschungsinteressen:

Heilen in buddhistischen und Jaina-Traditionen, Geschichte des Ayurveda, Geschichte der indischen Medizin, Geschichte des frühen Buddhismus

Kürzlich gehaltene / relevante Vorträge:

1. „Annäherungen an die frühbuddhistische Medizin: Trends and Challenges“. Vortrag auf dem 8. Internationalen Kerala History Congress, UC College, Aluva - Mahatma Gandhi University, Kottayam, Kerala, Indien, 26-28 Januar 2024.
2. „Extending the Plough in Pre-Colonial Times to a Journey under Colonial Gaze: Freiwillige bäuerliche Migration im mogulischen Nordindien und die erzwungene Transformation im Britischen Empire.“ International Conference on 'Among Empires: British in the Global Imperial Context', Lingnan University, Hongkong, 27-29 Mai 2015.

Einschlägige Publikation:

„Recasting Medicine and Monastery: Buddhist Medicinal Narratives from Bhesajjakhandaka“ in Proceedings of the 38th Annual Session of South Indian History Congress, Calicut, 2018, ISSN 2229-3671, pp. 349-353.

Arne Thomsen, Dortmund: Katholisches Krankenhauswesen im Ruhrrevier von den Anfängen der Industrialisierung bis zum Zweiten Weltkrieg

Mit der Entstehung des rheinisch-westfälischem Industriegebiets entstand ein katholisches caritatives Geflecht, dessen tragende Säulen die oft aus kleinsten Anfängen entstehenden Krankenhäuser waren. Die Initiative für den Krankenhausbau ging zumeist vom hiesigen Pfarrer aus. Katholische Ordensschwester, die vor der Eröffnung moderner Krankenanstalten in einigen Ortschaften ambulant in den Wohnhäusern der Kranken oder in speziellen Behandlungsräumen tätig waren, übernahmen die Krankenpflege. Ohne den Beitrag der Ordensschwester zur Niedrighaltung der Pflege- und Verwaltungskosten wäre ein wirtschaftliches Überleben der meisten Krankenhäuser in der Folgezeit unmöglich gewesen. Von Seiten der Kommunen konnten die Bauherren nur wenig unterstützende Mittel erwarten. Die Städte des Ruhrgebiets waren durch die rasche Entwicklung zur urbanen und schwerindustriellen Region und die damit verbundene Bevölkerungsexplosion überfordert und in der Regel dankbar, wenn andere für den Krankenhausbau aufkamen. So existierten im Ruhrgebiet im 19. Jahrhundert deutlich mehr konfessionelle als kommunale Krankenhäuser. Im übrigen Preußen war das Verhältnis dagegen umgekehrt. Der für Preußen konstatierte „Trend in Richtung kommunaler Trägerschaft“ ist im Untersuchungsgebiet somit nicht feststellbar.

85 katholische Krankenhäuser wurden bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges im Gebiet des heutigen Regionalverbands Ruhr gegründet. Damit existierten 1914 hier doppelt so viele moderne katholische Hospitäler wie 1850 im gesamten Gebiet des späteren Deutschen Reiches. Auch heutzutage besitzt kaum eine andere europäische Region eine vergleichbar hohe Krankenhausdichte. Krankenhausgründungen nahmen zu, wenn der Bergbau in die jeweilige Region kam. Im Ruhrgebiet sind - im Gegensatz zu anderen Regionen Deutschlands – nahezu alle Krankenhäuser in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, einem Zeitalter ununterbrochener Krankenhausgründungen, entstanden. Auch im Bereich des Krankenhauswesens kann das heutige Ruhrgebiet somit als eine „verspätete Region“ bezeichnet werden.

Bio Arne Thomsen

2016 – 2022

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fach Wirtschaftsprüfung und Steuern (Hochschule Ostwestfalen-Lippe)

Forschungsprojekt: Lippische Steuergeschichte im langen 19. Jahrhundert

seit 2012

Freier Historiker

u.a. Buchprojekt: Bielefeld so wie es war, Droste Verlag, Düsseldorf 2014

Ausstellungsvorbereitung sowie Leitung von Workshops für Jugendliche zum Thema Nationalsozialismus in der Gedenkhalle Oberhausen

2008 – 2011

Promotionsstudium zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.) der Fakultät

Humanwissenschaften und Theologie an der Technischen Universität Dortmund (Stipendiat des Bistums Essen)

Thema der Dissertation: Katholisches Krankenhauswesen im Ruhrrevier ausgezeichnet mit dem 3. Preis für wissenschaftlich Arbeitende des 6. Geschichtswettbewerbs des Forums Geschichtskultur an Ruhr und Emscher

Mitarbeiter im Projektverbund „Geschichte caritativer Einrichtungen“ am Lehrstuhl für Kirchengeschichte des Mittelalters und der Neuzeit an der Ruhr-Universität Bochum

1996 – 2004

Studium der Neueren und Neuesten Geschichte, Alten Geschichte und Sozialwissenschaften an der Universität Paderborn (M.A.)

Thema der Magisterarbeit: Die zentrumpolnische Bewegung in Oberschlesien

Publikation

Katholisches Krankenhauswesen im Ruhrrevier. Entwicklungen und Akteure von den Anfängen der Industrialisierung bis zum Ersten Weltkrieg (Quellen und Studien. Veröffentlichungen des Instituts für kirchengeschichtliche Forschung des Bistums Essen 14), Aschendorff Verlag, Münster 2012.

Panel 2 · Caritas, Resilienz und Transformation. Hospital und Gesellschaft

Bettina Blessing, München: Ordensspitäler zwischen Beharrung und Anpassung. Das Münchener Hospitalwesen der Münchener Barmherzigen Brüder (1750-2024)

Wie die Geschichte zeigt, waren die Spitäler geistlicher Hospitalgemeinschaften einer erhöhten Vulnerabilität ausgesetzt. Immer wieder mussten geistliche Orden, um das

Überleben ihrer Spitäler zu sichern, auf veränderte politische und sozio-ökonomische Bedingungen reagieren. Dass z.B. der Orden des Johann von Gott seine Hospitäler zum Erfolg führen konnte, ist v.a. auf seine religiösen Grundprinzipien, seine Netzwerke und auf seine Resilienzstrategien, die er im Verlauf der Zeit immer wieder den veränderten Situationen anpasste, zurückzuführen. Am Beispiel des Münchener Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, das während der Frühen Neuzeit das einzige des Ordens in Bayern war, sollen Resilienzstrategien und Transformationsprozesse einer religiösen Gemeinschaft vorgestellt werden.

Bereits bei ihrer Niederlassung stießen die Barmherzigen Brüder in der bayerischen Residenzstadt auf vehementen Widerstand. Politische Akteure, konkurrierende Orden, rivalisierende Gruppen des Medizinalsektors sowie Anhänger antiklerikaler Strömungen versuchten ihre Sesshaftwerdung zu verhindern. Die Konventualen mussten nach Wegen suchen, die ihnen die Ansiedlung in der bayerischen Residenzstadt und somit auch die Führung eines Hospitals ermöglichten. 1750 konnten sie schließlich ihr Spital in München, in dem sie nur Männer versorgten, eröffnen.

Das Erstarken des Staates in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts erschwerte den Münchener Brüdern aber zunehmend die Führung ihres Spitals. Sukzessiv machte der Staat seinen Einfluss gelten und baute seine Kontrolle über das Spital nicht nur aus, sondern gab auch Richtlinien vor. So stand das Recht, Patienten ins Krankenhaus einzuweisen, ursprünglich im Ermessen der Konventualen. Die Behörden ignorierten jedoch das Einweisungsrecht der Brüder und handelten nach eigenem Ermessen. Ihr eigenmächtiges Agieren sollte zu Veränderungen im Hospital führen. Auch das den Brüdern zustehende Recht der Einsetzung des Spitalarztes wurde in Frage gestellt. Darüber hinaus erfuhr der ärztliche Machtbereich mittels staatlicher Unterstützung einen grundlegenden Ausbau, so dass zwischen den Brüdern und ihrem Medikus ein unerbittlicher Machtkampf um die Leitung des Hospitals entbrannte. Für die Brüder wurde es immer schwieriger Herr im eigenen Haus zu sein. Sie mussten sich mit den stetig verändernden Situationen auseinandersetzen; ihre Handlungsstrategien konnten von Akzeptanz bis zur kollektiven Verweigerungshaltung reichen.

Die stete Reformpolitik Bayerns führte im Zuge der Säkularisation schließlich zur Aufhebung des Spitals. Die Brüder standen im Jahr 1809 vor dem Nichts. Um ihrem geistlichen Auftrag nachzukommen, mussten sie aber wieder aktiv werden.

Als sich mit Ludwig I. die kirchen-politischen Verhältnisse in Bayern änderten, revitalisierte der Orden 1831 den Neuburger Konvent; 1851 wurde das Fundament für eine Bayerische Provinz geschaffen und so der Aufbau des Pflegewesens in die Wege geleitet. Von nun an erschlossen sich die Barmherzigen Brüder stetig neue Aufgabenfelder. Bis zum Ende der Weimarer Republik errichteten sie in der Bayerischen Provinz Krankenhäuser, Alten- und Erholungsheime sowie Pflege- und Erziehungseinrichtungen.

In München gelang ihnen die Errichtung eines Krankenhauses aber erst wieder zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Dass sie sich in der Landeshauptstadt erst so spät ihrem Kerngeschäft, der stationären Krankenpflege, widmeten, beruhte auf den Veränderungen des Krankenhauswesens. Erneut mussten sie Widerstände brechen, zudem sahen sie sich einer neuen Konkurrenz sowie neuen Konfliktfeldern ausgesetzt. U.a. hatten sie sich nun auch mit einer weiblichen Konkurrenz, die nicht nur Frauen, sondern auch Männer pflegte und eigene Krankenhäuser besaß, auseinanderzusetzen. Die veränderten Umstände zwangen die Barmherzigen Brüder neue Strukturen zu akzeptieren und ihre eigenen Konzepte diesen anzupassen.

Als das Krankenhaus im Dezember 1918 in München Nymphenburg eröffnet wurde, erwies sich die Patientenrekrutierung trotz der zahlreichen Kriegsverwundeten als überaus schwierig. Die Brüder erschlossen sich, um das Krankenhaus zu erhalten, neue Patientenzirkel. Das bedeutete v.a. einen Vertragspartner zu finden, der ihnen regelmäßig seine Kranken schickte. Ihr umfassendes Pflegeverständnis führte auch dazu, dass sie nun Kranke, die einer allgemeinen Stigmatisierung unterlagen, wie Geschlechtskranke, pflegten. Das Krankenhaus erfüllte aber nicht nur die Funktion eines Akutkrankenhauses, sondern die Brüder ließen gemäß ihres ethischen Pflegeverständnisses ihren Kranken auch eine rehabilitierende Pflege angedeihen.

Als die Nationalsozialisten die Herrschaft ergriffen war das Nymphenburger Krankenhaus bereits ein Erfolg. Trotz ihrer vielen Sorgen war es den Brüdern gelungen, nach und nach das Krankenhaus zu vergrößern und auf den modernsten Stand der Zeit zu bringen. Obwohl sich das Patientenzirkel erweitert hatte, setzte sich die Erfolgsgeschichte des Krankenhauses in der NS-Zeit fort. Aufgenommen wurden neben den eigenen Zivilkranken nun auch Patienten der SA und SS, die durch eigene NS-Ärzte eingewiesen wurden. Infolge des Kriegsausbruchs wurde das Krankenhaus 1939 dann zum Reservelazarett.

Wie gefährlich das Leben unter den Nationalsozialisten war, bekamen aber auch die Barmherzigen Brüder zu spüren. 1935 leitete Hitler die kirchenpolitische Wende ein, zu der auch eine systematische Bekämpfung der Orden gehörte. So wurden auch einigen Barmherzigen Brüdern Devisenverstöße und Sittlichkeitsvergehen angehängen.

Die Einberufung von Ordensangehörigen zum Militärdienst während des Kriegs führte dazu, dass den Fratres gut ausgebildete Pflegekräfte fehlten. Wieder waren sie vor neue Herausforderungen gestellt. Erstmals mussten sie mit weiblichen Pflegekräften, zunächst mit Schwestern geistlicher Orden, dann mit den ihnen von der Wehrmacht zugewiesenen weltlichen Schwestern zusammenarbeiten. Darüber hinaus galt es, sich mit den in ihrem Haus einquartierten NS-Ärzten zu arrangieren. Kein leichtes Unterfangen für die Brüder, die gemäß ihrer General- und Provinzialordnung zur Neutralität und treuen Pflichterfüllung verpflichtet waren.

Mit der Nachkriegszeit setzten erneut Phasen der Veränderung ein. Nachdem die Münchener Brüder die Kommunalisierung ihres Hauses verhindern konnten, kam es in den 1950er Jahren zu einer regen Bautätigkeit. Häuser der Umgebung wurden aufgekauft sowie An- und Neubauten errichtet, die den baulichen und technischen Vorschriften der Zeit genügten. 1954 nahmen die Münchener Barmherzigen Brüder erstmals Frauen als Patientinnen auf, allerdings noch in einem separaten Gebäude. Ihre Pflege machte die Einstellung weiblicher Pflegekräfte notwendig. Zur Aufrechterhaltung der geistlichen Präsenz in ihren Häusern holten die Fratres Schwestern weiblicher Hospitalorden, die allerdings, wie die Brüder selbst, zunehmend vom Nachwuchsmangel betroffen waren. Die sich abzeichnende Entwicklung zwang die Brüder zu weiterem Handeln: So initiierten sie u.a. die Gründung neuer geistlicher Schwesterngemeinschaften. Langfristig konnten die Ordensfrauen aber den Bedarf an Pflegekräften nicht decken. Die Einstellung professioneller Laien war unumgänglich. Allerdings gestaltete sich die Zusammenarbeit zwischen geistlichen und weltlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen nicht immer konfliktfrei. Erst die gemeinsame Entwicklung von Leitsätzen sollte zu einem einvernehmlichen Miteinander führen.

Der sich immer stärker bemerkbar machende Brüdermangel führte zum Abbau zahlreicher Einrichtungen und zu Umstrukturierungsmaßnahmen in der bayerischen Provinz, mit der Folge, dass sich die Kernkompetenzen der Barmherzigen Brüder nun nur noch auf Krankenhäuser und medizinische Versorgungszentren konzentrieren. Das Münchener Krankenhaus erweiterte daher seine Tätigkeitsfelder. So wurde 1991 eine Palliativstation, die erste in Bayern, eingerichtet, die sich zu einer der größten ihrer Art entwickeln sollte. Ein weiteres Tätigkeitsfeld ist z.B. die in den 1990er Jahren eingerichtete Straßenambulanz für Obdachlose. Wie erfolgreich das Münchener Krankenhaus wurde, mag u.a. auch daran ersichtlich sein, dass das Krankenhaus die Spieler des FC Bayern betreut.

Der sich über die Jahrhunderte erstreckende Spagat zwischen der Verwirklichung religiöser Ideale und den sich stets ändernden politischen, sozio-ökonomischen wie auch medizinischen Anforderungen, denen die Barmherzigen Brüder gerecht werden mussten, soll Thema des Vortrags sein.

Bio Bettina Blessing

Dr. Bettina Blessing, Studium der Geschichte und Volkskunde an der Universität Regensburg; Promotion an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Kirchengeschichte des Mittelalters und der Frühen Neuzeit an der Ludwig-Maximilians-Universität. Themenschwerpunkte: Sozialgeschichte; Medizingeschichte, Ordensgeschichte.

Samira Khettab, Blida: Die architektonische Vielfalt historischer Krankenhäuser in Algerien. Europäisch-lokale Konfrontationen

Über die Krankenhäuser vor der Kolonisierung liegen nur wenige Informationen vor. Im Jahr 1688 beherbergten Städte in Algerien wie Oran und Béjaia jedoch bereits einige Krankenhäuser, während Tlemcen allein in dieser Zeit zwölf Krankenhäuser beherbergte (Bertherand, 1855). Während der französischen Kolonisierung von 1830 bis 1962 entstanden drei dominierende architektonische Bewegungen: Neoklassizismus, Orientalismus und Modernismus (Deluz, 2010).

Die militärische Phase der Besetzung von 1830 bis 1865 war durch die Übernahme des neoklassizistischen Stils gekennzeichnet, der sich in der Entwicklung monumentaler öffentlicher Gebäude zeigte. Die Krankenhäuser von Constantine (1841) und Maillot in Algier (1857) sind sehr repräsentativ für diesen Ansatz, der darauf abzielte, den Siedlern eine vertraute europäische Umgebung zu vermitteln. Der Besuch von Napoleon III. in Algier im Jahr 1865 und der Übergang zum republikanischen Regime in den Jahren 1870-71 stellten einen Wendepunkt in der Anerkennung der lokalen Architektur dar. In der Folge entwickelte sich zwischen 1900 und 1930 auf Initiative von Jonnart, dem Gouverneur von Algier, eine neo-maurische Bewegung, die gemeinhin als „Jonnart-Stil“ bekannt ist und zur offiziellen Architekturästhetik wurde. Diese Bewegung erlebte jedoch in der Folgezeit episodische Wiederaufschwünge (Béguain, 1983). Beispielhaft für diese Bewegung sind Al Attaf (gegründet 1874 mit verschiedenen späteren Änderungen) und die Adrar-Hospitäler (1942).

Zwischen 1930 und 1945 manifestierte sich der Modernismus in zwei Varianten, vertreten durch Perretismus und CIAM-Algier, die von den beiden einflussreichen Architekten Auguste Perret (1874, 1954) und Le Corbusier (1887-1965) geleitet wurden (Deluz, 1988). Die Krankenhäuser von Tizi Ouzou, 1952 von Claro und Darbeda entworfen, und Miliana, 1935 von Salvador entworfen, sind gute Beispiele für diese Periode.

Was die Krankenhausbauten betrifft, so sollen in diesem Beitrag die verschiedenen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie die europäische Kolonialarchitektur lokale Einflüsse aufgenommen hat. Dies reicht von der einfachen Wiederverwendung bestehender Strukturen bis hin zu aufwändigeren Kompositionen und der einfachen Übernahme bestimmter ästhetischer Referenzen.

Nach der Eroberung von Algier wurden neue Krankenhäuser in bereits bestehenden Gebäuden errichtet. Zum Beispiel in der Kharratine-Kaserne in der Bab-Azoun-Straße, ein weiteres in der Kaserne in der Macaron-Straße, in türkischen Zitadellen wie in Fort-Neuf auf der Esplanade von Babel-Oued und in der Zitadelle von Casbah. Einige der ländlichen Wohnsitze der Deys und Pachas, die gemeinhin als Fahs-Häuser bekannt sind, wurden zu Krankenhäusern umfunktioniert, wie die Mustapha-Pacha-Residenz in Mustapha-Supérieur und der Garten des Deys in Bab el Oued. Darüber hinaus wurden zahlreiche

ländliche Villen, darunter die Villa Abdellatif, in Krankenhäuser umgewandelt (Klein, 1914). Bald waren diese Gebäude veraltet und überfüllt.

Einige außergewöhnliche Gebäude bilden zusammengesetzte Komplexe, darunter die Krankenhäuser Maillot und Birraria-Hospitäler, d. h. europäische Gebäude, in die bereits bestehende maurische Strukturen. Der Sommerpalast des Gouverneurs, der heute als Palais du Peuple bekannt ist, ist das außergewöhnlichste Gebäude dieser Kategorie. Im Zusammenhang mit Krankenhausbauten ist das 1857 im Garten des Dey errichtete Maillot-Krankenhaus zu erwähnen. Das ursprüngliche Projekt bestand aus der Villa des Dey und Dar-el-Baroud, dem Pulverhaus (Salpêtrière) (Klein, 1914).

Wie auf vielen alten algerischen Postkarten zu sehen ist, übernahmen die „einheimischen Krankenpflegehäuser“ im Süden des Landes, darunter in Béchar, Béni Abbas, Mechria und Ain Safra, die neo-maurische Architektur. Das zivile Krankenhaus von Constantine, das 1866 erbaut wurde, wies dagegen einen „pseudo-maurischen“ Stil auf, da es zuvor als französisch-arabische Schule für einheimische Schüler diente, in die das Krankenhaus 1876 verlegt wurde.

Die Krankenhäuser Al Attaf und Adrar sind jedoch das beste Beispiel für diese Tendenz. Das 1874 gegründete Krankenhaus Sainte Elizabeth in Saint Cyprien des Attafs (heute einfach Attaf) wurde zwischen 1890 und 1932 mehrfach umgebaut. Die Modernisierung von 1934 unter der Leitung von Bienvenu führte zu einem Nebeneinander von neo-maurischen und modernen Gebäuden (L'écho d'Alger vom 08.03.1934).

Das Regionalkrankenhaus von Adrar hingegen wurde 1942 von Luyckx aus Stampflehm oder Pise gebaut. Der Einfluss von Perret zeigt sich in der strengen Geometrie der klassischen Komposition, die sich in dem zentrierten Grundriss und der Symmetrie widerspiegelt (du Chazaud, 2019).

Um diese Typologie abzuschließen, könnte die Konfrontation zwischen lokaler und europäischer Architektur aus der historischen Schichtung des Ortes resultieren. Im Baudens-Militärkrankenhaus von Oran, das 1844 erbaut wurde, wird diese Konfrontation auf der Ebene der Grundriss- und Parzellenstrukturen realisiert. Das Krankenhaus wurde auf den Ruinen des Kolosseums, eines alten Klosters und eines während der spanischen Herrschaft (1737) errichteten Krankenhauses errichtet. Darüber hinaus wurde ein bereits bestehendes türkisches Bad (1708), das heute noch steht, zu einer Wäscherei umfunktioniert.

In diesem Beitrag werden wir die Fälle der Krankenhäuser Maillot, Adrar und Baudens näher untersuchen, um jede dieser Kategorien zu veranschaulichen.

Bio Samira Khettab

Samira Khettab ist Dozentin am Institut für Architektur und Städtebau an der Universität Blida 1, Algerien. Derzeit unterrichtet sie Module zur Geschichte der Architektur und des

Städtebaus im Rahmen der Abteilung für Stadtplanung. Außerdem ist sie dabei, einen Artikel zu veröffentlichen, der die typologische Entwicklung dreier Krankenhäuser in Algier im 19. und 20. Jahrhundert untersucht - Maillot, El Kettar und Mustapha.

Nikoletta Giantsi, Athen: Caritas im Kontext von Hospitälern im weltlichen und/oder kirchlichen Recht. Der Fall des Leprosariums von Saint Pierre in Brüssel

Die Hauptfrage, die in diesem Vorschlag behandelt wird, ist die Unterordnung karitativer Einrichtungen unter die Kirche oder weltliche Macht, anhand der Untersuchung des mittelalterlichen Leprosariums von Saint-Pierre in Brüssel. Er ist das Ergebnis meiner zehnjährigen Forschungsarbeit, in deren Verlauf ich alle unveröffentlichten Quellen (z. B. Schenkungen, Erlasse der Herzöge von Brabant, Finanzprüfungen, Beschwerden, Gerichtsurteile) untersuchte, die ich aus Manuskripten, die alle in Latein verfasst und nicht veröffentlicht waren, transkribierte. Ich habe auch die Siegel der Dokumente untersucht, um die institutionellen Beziehungen dieser Institution zu den Herzögen, den städtischen Behörden und dem Bischof zu erfassen. Außerdem habe ich mich mit den religiösen Bruderschaften der Leproserie beschäftigt. Schließlich überprüfte ich die finanzielle Unterstützung der Institution und die finanzielle Kontrolle, die die verschiedenen Behörden über die Finanzverwalter der Institution ausübten.

Offenbar handelt es sich um eine Einrichtung, die vom Herzog von Brabant, Heinrich I. (1190-1235), gegründet wurde. Seinen Darstellungen zufolge hatte sie die Form eines Areals mit a) kleinen Wohnhäusern für Leprakranke, b) weiteren Wohnhäusern, in denen gesunde Menschen lebten, die entweder Laien oder Mönche waren und einer religiösen Bruderschaft angehörten, c) einem Tempel und d) einem Friedhof.

Aus der Sicht seiner Verwaltung und Struktur lässt sich das Leben des Leprosenhauses in zwei Perioden unterteilen. Die erste reicht bis 1265 und ist durch die Unterordnung der Institution unter die kirchliche Gerichtsbarkeit gekennzeichnet, während die zweite, die das Ende des Jahrhunderts erreicht und bis zum Beginn des nächsten Jahrhunderts andauert, durch das Eingreifen der städtischen Behörden und eine mögliche vollständige Unterordnung der Leprakolonie unter sie charakterisiert ist.

Die Untersuchung der Institution trägt dazu bei, das philanthropische Verhalten der neuen Machttakteure im städtischen Umfeld zu verstehen. Unter den neuen Umständen war die Kirche nicht mehr die einzige, die sich um die Bedürftigen kümmerte, und karitative Einrichtungen wurden nicht mehr allein mit den Entscheidungen und Beteiligungen der kirchlichen Behörden gegründet, betrieben und verwaltet.

Dennoch sind vom 12. bis zum 14. Jahrhundert keine großen Brüche oder Konflikte zwischen den beiden Machtpolen, d. h. der Kirche und den städtischen Behörden, erkennbar, da die mittelalterliche Stadt bekanntlich als Ausdruck der theologischen

universitas verstanden wurde. Dieser in gewisser Weise „sakrale“ Ursprung des Stadtkonzepts wirkte sich auch auf die theoretische Grundlage aus, auf die sich die Stadtbehörden bei der Aneignung der Pflege stützten: Die gleiche soziale Funktion, die im Kontext der evangelischen Rolle der Kirche entstanden war, ging in die Hände der Stadtbehörden über. Folglich erweiterten die bürgerlichen Behörden, indem sie bestimmte Tätigkeiten übernahmen, die bis dahin der kirchlichen Sphäre angehörten, nicht nur automatisch den Kreis ihrer Befugnisse, sondern eigneten sich vor allem den sakralen Charakter an, der diese Tätigkeiten aufgrund ihrer traditionellen Verbindung zur Kirche begleitete. Aus diesem Grund ist es nicht richtig, die Idee einer Säkularisierung der Wohltätigkeit zu unterstützen, sondern vielmehr einen Prozess der Strukturierung und Aufwertung der Wohltätigkeit als ein zusätzliches Tätigkeitsfeld der städtischen Governance.

Die Charité als neues Ausdrucksfeld der städtischen Verwaltung behielt bewusst die Merkmale bei, die ihr durch ihre Unterordnung unter die Sphäre religiöser Aktivitäten verliehen worden waren, denn so konnte sie die neuen Autoritätspersonen mit den Merkmalen der Heiligkeit ausstatten, die für ihre Legitimation, ihre Rolle notwendig waren. Dies ist der Grund für den Eifer der städtischen Behörden bei der Entwicklung von Wohltätigkeitsprojekten. Im Zuge dieses Prozesses veränderte sich jedoch allmählich das Wesen der Wohltätigkeit von einem religiösen zu einem eher weltlichen Dienst.

Mit der Entwicklung des Handels und der Städte und dem Aufschwung ihrer städtischen Behörden nahm die Wohltätigkeit einen grundlegend anderen Charakter an und wurde weltlicher. Sie war nicht mehr nur am Seelenheil der Wohltäter interessiert, sie sorgte sich nicht mehr nur um die Linderung der Leidenden, sondern hatte auch einen Zweck, der sie völlig von der Wohltätigkeit früherer Zeiten unterschied: Sie begann nun, eine soziale Dimension zu haben. Die Stadt möchte ihre Mitglieder schützen, sowohl diejenigen, die leiden, als auch diejenigen, die ihren Auswirkungen ausgesetzt sind. Genau zu diesem Zeitpunkt entwickelte sich die Fürsorge der städtischen Behörden, die sich systematischer und organisierter manifestierte, ohne dabei das Beispiel der kirchlichen Organisation der Nächstenliebe zu missachten. In vielen Fällen werden die Formen des Almosengebens, die im Rahmen der kirchlichen Wohltätigkeitsarbeit funktionierten, von den städtischen Behörden übernommen, und wie erwartet entwickeln sie sich allmählich weiter, werden um neue Elemente bereichert und folgen neuen Richtungen.

Auch wenn der quantitative Faktor bei der Ausrichtung der Ausübung der philanthropischen Tätigkeit nach dem 11. Jahrhundert nicht ausgeschlossen werden kann, gehört die Priorität den wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen, die durch das Leben in der Stadt geschaffen wurden. Neben dieser Tatsache war jedoch ein weiterer Grund, der dazu beitrug, dass die städtischen Behörden das Schicksal der Armen und Kranken lenkten, zweifellos die Herausbildung einer neuen Geselligkeit von Menschen,

die sich als Mitglieder einer Gemeinschaft betrachteten, was die Entwicklung starker Solidaritätsbindungen zur Folge hatte.

Dieser Punkt ist besonders interessant, da er die Unabhängigkeit der karitativen Einrichtungen von den kirchlichen Institutionen und ihre mögliche Unterordnung unter die Verantwortung der Stadtverwaltungen beleuchtet. Auf diese Weise wird deutlich, dass Philanthropie als Konzept, aber auch als Praxis ihren Inhalt ändert und nun eines der ernstesten Probleme darstellt, die die Stadt selbst und ihre Behörden betreffen. Die Mitglieder der Gesamtheit, die die Einwohner der Stadt bilden, wenden sich für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse nicht mehr ausschließlich an die Kirche, sondern gleichzeitig an die Stadt, an die städtischen Behörden. Dieses Ereignis markiert eine ernsthafte Veränderung und ist ein Wendepunkt sowohl für das Konzept der Philanthropie selbst als auch für die Bedeutung des Aufbaus bürgerlicher Institutionen. Man kann also behaupten, dass in diesem Zeitraum, d. h. im Übergang vom 13. zum 14. Jahrhundert, die Wohltätigkeit allmählich die Merkmale des Sozialschutzes annimmt.

Bio Nikoletta Giantsi

Nicoletta Giantsi absolvierte die School of Philosophy der Aristoteles-Universität Thessaloniki, wo sie auch in Zusammenarbeit mit der École des hautes études en sciences sociales (EHESS) promovierte, wo sie weiterhin als Gastdozentin in den Seminaren von André Guillou und Eleni Antoniadis-Bibikou mitarbeitete. Sie nahm viele Jahre lang an der Leitung der Seminare der Settimana Spoleto, Centro Italiano di Studi sull'alto Medioevo, teil und war Stipendiatin derselben Einrichtung. Sie lehrte fünf Jahre lang am Fachbereich für Geschichte, Archäologie und Sozialanthropologie sowie am Fachbereich für Wirtschaftswissenschaften der Universität Thessalien. Sie unterrichtete an der Universität Sorbonne IV und Paris X Ouest Nanterre La Défense in Paris und beteiligte sich an der Durchführung des griechisch-französischen Postgraduiertenseminars (Master II) der juristischen Fakultät der NKUA. Sie hat in Brüssel (Archive des Centre Public d'Aide Sociale (CPAS), des Archives Générales du Royaume et des Archives de l'État dans les Provinces (Algemeen Rijksarchief en Rijksarchief in de Provinciën), der Königlichen Bibliothek Belgiens, der Université Libre de Bruxelles (ULB)), Paris, Cambridge und Oxford geforscht. Mitglied der Société française d'histoire des hôpitaux.

Monografien

„Kommerzielle Aktivitäten zwischen dem Westen und dem Osten im frühen Mittelalter“, Dissertation, Thessaloniki 1993.

„Marginale Frauenbewegungen im Europa des Spätmittelalters: Die Beginenbewegung“, Thessaloniki 2001.

„Die Armen zwischen Kirche und Stadt: Städtische Wohltätigkeit in Westeuropa im Mittelalter“, Athen 2011.

„The Imaginary Enemy: The Lepers of the Late Middle Ages and their Nursing Institutions. Rules and regulations of daily life in French leprosariums (12th-14th centuries)“, Athen 2020.

„History of the urban phenomenon: the emergence of the cities of Flanders during the Middle Ages“, Athen 2022.

Hauptartikel

„Les difformités corporelles des lépreux: Aspects de la société imaginaire au Moyen Âge“ In: (De)formierte Körper. Die Wahrnehmung und das Andere im Mittelalter, S. 121–136.

Ein Ausschnitt aus dem Dritten Laterankonzil (1179): „Der Aussätzige König von Jerusalem und die päpstliche Politik im Osten“ In: Byzanz und der Westen. Wahrnehmung und Realität (11.–15. Jh.) S. 184–191.

Alexandra-Kathrin Stanislav-Kemenah, Dresden:

Geltungsgeschichte(n). Dresdner Hospitäler des Spätmittelalters und der Frühen Neuzeit im Spannungsfeld von städtischer Politik und Gesellschaft

Hospitäler lassen sich als dynamische soziale Arrangements verstehen, die durch permanenten Wandel auf Dauer gestellt und durch zulässige Veränderungsprozesse stabilisiert werden. Wandlungen und Anpassungen gelten somit gleichsam als Voraussetzungen, um die Dauerhaftigkeit der Institution Hospital herstellen zu können, was mit deren Normen und Verhaltensmustern sowie der Identität von (nicht nur Hospital-)Gemeinschaften interagiert. Ausgehend von dem Ansatz, dass die Institution Hospital ihre Legitimation aus der Verwirklichung von Sinnvorstellungen durch dauerhaft geregelte Formen sozialen Handelns zieht, stellt sich die Frage nach denjenigen Kräften bzw. Faktoren, die zum einen derartige Normen (wie Spitalregeln) setzten, nach Zweck und Absicht derartiger Normen und nicht zuletzt nach deren Wahrnehmung bzw. Akzeptanz seitens der hospitalischen und städtischen familia.

Anhand von Beispielen Dresdner Hospitäler, die linkselbisch seit dem Spätmittelalter bis ins 19. Jahrhundert hinein bestanden und deren (Verwaltungs-)Hoheiten sowie Insassenklientel sich bedarfsgemäß änderten, soll im Vortrag der (spannungsreichen) Interaktion zwischen städtischer bzw. landesherrlicher Ebene und Residenz-Gesellschaft qua Hospital nachgegangen werden.

Bio Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah

Alexandra-Kathrin Stanislaw-Kemenah, Dr. phil., M.A., Studium der Romanistik (Französisch/Italienisch), Mittleren und Neueren Geschichte sowie Musikwissenschaften an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster sowie Technischen Universität Dresden und Ecole Pratique des Hautes Etudes Paris.

Arbeitsschwerpunkte und Publikationen zu: (Französischer) Literatur des Mittelalters und der Frühen Neuzeit, Sozial-, Kirchen-, Medizin-, Stadt- und Alltagsgeschichte des Mittelalters und der Frühen Neuzeit sowie (Frauen-)Unternehmensgeschichte der Neuesten Neuzeit.

Berufliche Tätigkeiten: Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der TU Dresden, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Frauenstadtarchiv Dresden, Leiterin und Bildungsreferentin der Landesstelle für Frauenbildung und Projektberatung in Sachsen, seit 2012 Gleichstellungsbeauftragte der Landeshauptstadt Dresden.

Panel 3 · Hospital und Metropolität

Maximilian Filchner, Regensburg: Wohlfahrtswesen im Mittelalter. Die Stiftungskultur der Regensburger Bürgerinnen als Rückgrat der sozial-caritativen Funktion

Das St. Kathrinenspital, welches laut den Quellen bereits seit dem Anfang des 13. Jahrhunderts belegt werden kann, war bereits seit der Gründung auf die Fürsorge von Kranken und Bedürftigen ausgerichtet. Um dieser caritativen Verantwortung gerecht zu werden, bedurfte es bereits früh beträchtlicher finanzieller Mittel. Diese erwuchsen zum einen aus einer starken Wirtschaftsleistung, welche vorwiegend auf Naturalieneinnahmen aus dem eigenen Grundbesitz basierten, zum anderen aus gezielten Geldspenden von externer Seite. Dabei wurde das St. Katharinenspital von seiner Gründung an von den obersten Herrschaften wie dem Papst, König, aber auch von den Bischöfen unterstützt, die neben eigenen Stiftungen und das Ausstellen von Ablassbriefen wiederholt zur Finanzierung von Gläubigen und Untertanen aufgerufen haben. Doch nicht nur Geldsummen, auch beträchtliche Teile des Grundbesitzes kamen über Stiftungen oder Schenkungen in die Hände des Spitals. Die

Grundbesitztümer des St. Katharinenspitals bildeten dabei das Fundament, durch welche die Versorgung sichergestellt wurde. Hierbei kam es zu einer Verschränkung zwischen der sozial-caritativen Funktion des Spitals sowie dessen Stellung innerhalb der Stadtgesellschaft, denn: Ohne die angeführten Stiftungen wäre eine adäquate Verpflegung der Bedürftigen nicht möglich gewesen, wohingegen diese Funktion wohl maßgeblich zum Anlass zahlreicher Stiftungen der Bürgerschaft wurde. So führte

beispielsweise Artur Dirmeier an, dass die Memoria sowie die Aussicht auf Erlösung einen großen Wert für die Finanzierung des Spitals beitrugen. Eine Reihe dieser Stiftungen bilden auch das zentrale Thema der zahlreichen erhaltenen

mittelalterlicher Urkunden aus dem Besitz des St. Katharinenspitals, welche Zeugnisse über diese getätigten Rechtsgeschäfte darstellen. Zu den Stiftern zählen dabei auch zu Beginn des 14. Jahrhunderts beispielsweise der König, Ludwig der IV. sowie der

Erzbischof Friedrich III. von Salzburg als auch der Regensburger Bischof, Nicolaus von Ybbs. Darüber hinaus reihen sich auch Teile der Regensburger Bürgerschaft, vornehmlich das Patriziat, in diese Stiftungskultur ein. Die überlieferten Urkunden, dieser „Schatz“, wie sie treffend vom Reichsarchivar Franz Joseph bezeichnet worden waren, bieten einen direkten Einblick in die Stiftungspraxis der aufgeführten Persönlichkeiten gegenüber dem St. Katharinenspital, die sich, wie bereits angeführt, u.a. in direkten Geldsummen, Naturalien oder auch durch die Vergabe von Grundbesitz, konkret äußerten.

Bio Maximilian Filchner

Maximilian Filchner ist Gymnasiallehrer, Lehrbeauftragter an der Universität Regensburg und Absolvent des Studiengangs „Kulturgeschichtliche Mittelalterstudien“ an der Universität Regensburg. Im Rahmen seiner Masterarbeit (Gutachter: Prof. Dr. Jörg Oberste, Professur für Mittelalter und Historische Hilfswissenschaften an der Universität Regensburg) im Jahr 2022 hat Maximilian Filchner die Urkunden des St. Katharinenspitals von 1321-1328 ediert.

Joana Balsa de Pinho, Lisboa: Krankenhäuser im städtischen Kontext – das Fallbeispiel des Königlichen Krankenhauses Allerheiligen in Lissabon (séc. XVIXVIII)

Krankenhäuser, historisch gesehen grundlegende Einrichtungen für die Gesundheitsversorgung, sind in Gebäuden untergebracht, in denen eine Reihe von Praktiken und Maßnahmen entwickelt werden, die für die Behandlung von Krankheiten und die Versorgung von Patienten erforderlich sind.

Vom Mittelalter bis zur Gegenwart hat sich das Krankenhaus institutionell weiterentwickelt, was mit verschiedenen sozialen, politischen, wissenschaftlichen und kulturellen Faktoren zusammenhängt, die sich auch auf die Entwicklung von Krankenhausgebäuden und ihre Merkmale ausgewirkt haben.

Krankenhausgebäude begrenzen einen Raum, gestalten einen Ort und weisen ein komplexes architektonisches Design auf, das von der Notwendigkeit, eine konkrete Funktion zu erfüllen, einer epochalen Ästhetik und symbolischen Fragen beeinflusst wird.

In diesem Beitrag soll anhand einer Fallstudie – dem königlichen Krankenhaus Allerheiligen in Lissabon – untersucht werden, wie das größte und wichtigste

Krankenhaus Portugals in der frühen Neuzeit aus historischer Perspektive als ein Raum mit mehreren Dimensionen wahrgenommen wurde. Wir werden drei Themen betrachten. Das erste ist seine Funktion, die seiner Rolle als Gesundheitsraum innewohnte und seinen spezifischen architektonischen Plan und seine räumliche Organisation, seine Bauelemente und seine architektonischen Veränderungen im Laufe der Zeit bestimmte. Das zweite ist seine Ästhetik und seine sorgfältige Gestaltung als Kunstobjekt, was zu einem Programm führte, das durch seine Pracht hervorgehoben wurde, wie sie in mehreren zeitgenössischen Gemälden und Drucken dargestellt ist. Und der dritte ist die Symbolik des Krankenhauses und seine Darstellung eines bürgerlichen Ideals, einer angemessenen Stadtverwaltung, der Bemühungen um das Gemeinwohl und der gemeinsamen Verantwortung für soziale Gerechtigkeit.

Bio Joana Balsa de Pinho

Joana Pinho promovierte in Kunstgeschichte (Universität Lissabon, 2013) mit einer Dissertation über die Architektur, die im 16. Jahrhundert von den Bruderschaften der Barmherzigkeit gefördert wurde, mit einem Promotionsstipendium der Stiftung für Wissenschaft und Technologie (FCT).

Sie hat als Mitglied des Forschungsteams in Portugal, Brasilien und Spanien an mehreren Forschungsprojekten mitgearbeitet. Seit 2018 ist sie die PI des Projekts „Hospitalis – Hospitalarchitektur in Portugal an der Schwelle zur Moderne: Identifizierung, Charakterisierung und Kontextualisierung“, das von der FCT finanziert wird.

Seit Juli 2020 ist sie assoziierte Forscherin, die von Artis – Institut für Kunstgeschichte (Universität Lissabon) im Rahmen eines Individual Support Grant (Stimulus of Scientific Employment) für das Projekt „Hosp_ARCHI – Zirkulation, Aneignung und Neuzuweisung architektonischer Modelle: Portugiesische Krankenhausarchitektur im 16. Jahrhundert“ (CEECIND/00691/2018).

Ninon Dubourg, Liège: Goldenes Zeitalter für die Senioren. Das Beispiel des Hospitals von Saint Julien in Lüttich zwischen dem 15. und 16. Jahrhundert

Jüngste Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die zunehmende Verstädterung im Spätmittelalter zu einem Zerfall der traditionellen familiären und sozialen Bindungen führte, die sich um die Kernfamilie neu formierten, was zu einem „goldenen Zeitalter für Rentner“ führte. Diese Verschiebung ist besonders in Nordeuropa und den stark urbanisierten Niederlanden, wie der Stadt Lüttich, bemerkbar. Da es oft keine Familie oder Freunde gab, hatten die älteren Menschen der unteren und mittleren Schichten in Lüttich zwei Möglichkeiten: Entweder sie sorgten selbst für ihren Lebensunterhalt im Alter, unabhängig von Almosen, mit Korriden, oder sie fanden andere Möglichkeiten, um im Alter zu überleben, indem sie sich ganz allgemein auf Pflegeeinrichtungen verließen.

Im 15. Jahrhundert wurden einige Pflegeeinrichtungen, die ursprünglich für Pilger und Kranke gedacht waren, nach und nach von älteren Menschen unterschiedlichen Status überflutet, was die wachsende Beliebtheit des Lebens in Gästehäusern bei der städtischen Bevölkerung, aber vielleicht auch, insbesondere, den schwierigen sozialen und wirtschaftlichen Kontext von Lüttich in dieser Zeit zeigt. Die Wirtschaftsgeschichte von Lüttich ist jedoch noch immer wenig erforscht, obwohl die Stadt eine führende Rolle in der Industrie spielte. Tatsächlich leistete die Stadt Lüttich bis zur großen Zerstörung im Jahr 1468 erbitterten Widerstand gegen die Besetzung der burgundischen Niederlande. Meine Hypothese ist, dass die Plünderung von Lüttich, die Karl der Kühne 1468 anordnete, um die Stadt und die Umgebung zu vernichten und die Einwohner, die sich seit etwa fünfzig Jahren seiner Herrschaft widersetzen, zu massakrieren, zu bedeutenden Veränderungen in der Verwaltung der Krankenhäuser der Stadt führte. Während dieser Episode wurden mehrere religiöse und gastfreundliche Gemeinschaften den Plünderern überlassen, die alle ihre Wertgegenstände mitnahmen und alles zerstörten, was sie nicht mitnehmen konnten. Man kann sich leicht die verheerenden wirtschaftlichen Folgen für die Gemeinschaften und das soziale Trauma des Ereignisses vorstellen.

Die Fallstudie, die ich in diesem Artikel besprechen möchte, ist das Saint-Julien-Hospital, da sein historischer Kontext besonders bemerkenswert ist. Das vor 1311 gegründete Hospital war ursprünglich für Reisende und Pilger bestimmt. Nach 1450 wurden Pilger jedoch nur noch selten aufgenommen. Im Jahr 1473 ergab eine Vereinbarung zwischen den Brüdern und dem Konterfei, dass die für die Unterbringung der Armen erforderlichen Mittel zwanzig Muiden Dinkel betragen, während die kombinierten Pensionen und Gehälter des Konterfeis, des Kapellenvorstehers und der Brüder insgesamt einhundertzweiunddreißig Muiden Dinkel betragen, siebenmal mehr. Das Krankenhaus verfügte über etwa 10 Betten, die hauptsächlich von älteren alleinstehenden oder verheirateten Personen belegt wurden. Die Verwaltung wurde zunächst zwei Meistern (mambours) übertragen, ging aber wahrscheinlich bereits in der ersten Hälfte des 15. Jahrhunderts in die Hände der Pfründner über.

In den Konten von 1480 wurde festgelegt, dass die insgesamt sieben Pfründner (Brüder und Schwestern) ein tugendhaftes Leben führen und gemeinsam leben, Mahlzeiten teilen usw. mussten. Die Meister hatten die Aufgabe, die Instandhaltung der Betten und Schlafsäle zu überwachen, Besucher zu betreuen und die ordnungsgemäße Verteilung von Suppe und Almosen durch die Brüder und Schwestern sicherzustellen. Es ist schwer zu unterscheiden, wer noch wirklich eine Hilfsfunktion ausübte und wer einfach nur ein Pfründner war. Die Idee, dass die Grenze zwischen Pflegepersonal und Pflegeempfänger so dünn ist, dass sie gründlicher diskutiert werden muss.

Präbenden wurden von Einzelpersonen oder Paaren durch Verhandlungen mit den Meistern des Krankenhauses erworben. Obwohl die Einzelheiten dieser Verhandlungen im Saint-Julien-Krankenhaus noch ermittelt werden müssen, waren finanzielle Beiträge

ein zentraler Diskussionspunkt. Es besteht die Möglichkeit, dass das Saint-Julien-Krankenhaus über ein duales System aus Schlafsälen und Einzelzimmern verfügte, da wir im selben Jahr (1471) Präbendenbeträge von 77 Livres, aber auch von 135 Livres finden können. Die Einrichtung kümmerte sich um diese Bedürftigen, was aus den Ausgaben für Messen, Friseure, Landbesichtigungen, zusätzliche Bedienstete im Krankheits- oder Alterfall, verschiedene Lebensmittel und andere Notwendigkeiten hervorgeht, die Einblicke in das tägliche Leben in der Einrichtung geben.

Aus den Aufzeichnungen von 1548 geht jedoch hervor, dass „das Krankenhaus mit einer so großen Anzahl von Brüdern und Schwestern überlastet ist, dass wir der Meinung waren, dass das Krankenhaus nicht in der Lage sein könnte, jährlich für die Verteilung der Portionen und des Bedarfs der Brüder und Schwestern zu sorgen.“ Dies unterstreicht die sich verschlechternde Situation im letzten Jahrhundert und zeigt, dass die Versorgung der Armen nicht mehr im Vordergrund stand. Die Gemeinschaft schien sich nach innen zu wenden, wahrscheinlich als Reaktion auf wirtschaftliche Herausforderungen.

In dieser kritischen Zeit sind Veränderungen in der institutionellen Altenpflege spürbar. Wirtschaftliche Schwierigkeiten können dazu führen, dass die Lebensersparnisse für den Ruhestand aufgebraucht werden, was zu vorübergehenden Anpassungen führt und möglicherweise den Weg für dauerhaftere Veränderungen ebnet.

Bio Ninon Dubourg

Ninon Dubourg hat einen Dokortitel in mittelalterlicher Geschichte von der Universität Paris, Frankreich. Derzeit ist sie FRS-FNRS-Postdoktorandin in der Forschungseinheit „Transitions“ an der Universität Lüttich, Belgien (Forschungsprojekt „DISREL - Religiöse Erfahrungen von Menschen mit Behinderung in Westeuropa im Spätmittelalter (1198-1503)“). Im Oktober 2024 wird sie ein Alexander-von-Humboldt-Stipendium an der Universität zu Köln, Deutschland, antreten (Forschungsprojekt „Altern in Lüttich – Eine Geschichte des Alters auf Stadtebene (15.-16. Jahrhundert)“). Ihre Forschung und Publikationen konzentrieren sich auf körperliche, sensorische und geistige Behinderungen, Krankheiten und das Alter im säkularen und klerikalen Bereich im mittelalterlichen Europa (12.-16. Jahrhundert).

Neueste Veröffentlichungen (Auswahl):

Ninon DUBOURG, „Disabled Clerics in the Late Middle Ages, Un/suitable for divine service?“, Amsterdam University Press, 2023 (Einführung).

Ninon DUBOURG, „Vieillessement et expériences de vie sous la règle au milieu du 15e siècle“, in M. COMAS-VIA und A. ROSILLO-LUQUE (Hrsg.), Quaderni di storia religiosa medieval, n°2023-2, 2023, S. 253-283.

Ninon DUBOURG, „Expertis medicis videatur: Legal Medical Expertise in the Assessment of Personal Injury Damages by the Apostolic Chancery during the Avignon Period (1309-1378)“, in W. TURNER (Hrsg.), *Art of Illness*, Routledge, 2023, S. 207-244 (Online).

Martin Scheutz, Vienna · Alfred-Stefan Weiß, Salzburg: Kontrollierte Unübersichtlichkeit. Resilienzstrategien im Spital des 18. Jahrhunderts

Spitäler waren wichtige kommunale, grundherrschaftliche und staatliche Einrichtungen der Altersversorgung, der Krankenpflege, aber auch der Waisenfürsorge. Im städtischen Kontext entwickelten Spitäler der Vormoderne unterschiedliche Resilienzstrategien in Bezug auf die Stadt bzw. die Stadträte erarbeiteten ein umfassendes System von checks and balances, um die Spitäler zu kontrollieren: (1) Personelle Verflechtungen der Amtsträger, (2) schriftliche Dokumentation der Wirtschaftsführung, (3) karitative Tätigkeitsfelder. Spitäler befanden sich in einer administrativen Engführung (1) mit den politischen Eliten der vormodernen Städte. Ämter wie Spitalmeister und Grundschreiber waren innerhalb des städtischen Amtscursus von entscheidender Bedeutung. Viele Stadtrichter oder Bürgermeister gewannen im Zuge ihre Laufbahn breiten Einblick in das städtische Spital, weil das Spitalamt als high end-Amt städtischer Verwaltung meist eine Station im Leben eines späteren städtischen Spitzenfunktionärs darstellte. (2) Die Spitäler legten jährlich Rechnungen vor, die vom Stadtrat abzuzeichnen waren, gleichzeitig verunmöglichten diese Rechnungen mit ihrem großen „Rechnungsrest“ und mit scheinbar immer ausgeglichenen Bilanzen einen genauen Einblick in den Geschäftsgang der Spitäler. Bei den Versorgungsleistungen der Spitäler (3) entschied der Stadtrat aktiv mit, indem Supplikationen um eine Aufnahme ins Spital oder um die vom Spital oft koordinierte Auszahlungen von Armenhilfe über den Stadtrat abgewickelt wurden.

Diese scheinbare Transparenz der städtischen Spitäler erzeugte mancherorts überraschend große strukturelle Defizite der Spitäler, welche der frühmoderne Staat zentralstaatlich zu verhindern suchte. Unter Kaiser Karl VI. zeichneten sich dann im 18. Jahrhundert allmählich Tendenzen zur „Verstaatlichung“ der karitativen Einrichtungen ab. In den 1720er-Jahren wurde der Ist-Zustand vermehrt mit dem Soll-Zustand der Hospitäler verglichen (Visitationen der Institutionen; Erarbeitung von Lösungsvorschlägen), das vorhandene Archivmaterial wurde abverlangt, um dieses zentral zu verwalten und zu speichern. Die Naturalversorgung der Spitalbewohner:innen wurde durch die günstigere Geldversorgung ersetzt. Noch in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts stellten die Verantwortlichen die arbeits- und geldintensive Meierwirtschaft, mit welcher die meisten Produkte für das Spital in Eigenregie gefertigt wurden, ein. Eine Professionalisierung des Spitalpersonals setzte ein, etwa auch über Instruktionen greifbar. Priester und Spitalmeister hatten sich den Behörden zu fügen und mussten ihre Tätigkeit im Sinne des Staates leisten. Üblicherweise war mit diesem Entwicklungsschub auch eine höhere Entlohnung verbunden. Dem Staat kam dabei die

Aufgabe zu, alle Armen und Kranken gleichmäßig zu versorgen. Die Spitalbewohner/innen mussten ihre Gebetsdienste – die wohl wichtigste „Arbeit“ im Spital – auch auf das Wohlergehen des Kaiserhauses ausdehnen.

Bürgermeister, Richter und Rat konnten hinsichtlich der Versorgung von Männern, Frauen und Kinder nur mehr beratend tätig werden und sie hatten nicht mehr das alleinige Sagen hinsichtlich der umfangreichen Armenpflege. Allerdings sollten die Kommunen weiterhin für alle anfallenden Kosten aufkommen. Inklusions- versus Exklusionsprozesse der Spitalbewohner:innen wurden schärfer geführt als in früheren Jahrhunderten. Die Mittellosen mussten sich in Eigenregie ihr Essen und ihre Kleidung besorgen, eine Problematik, denen die Hospitäler durch den Einsatz von Traiteuren zu begegnen suchten. Häufig erhielten die Hausbewohner/innen schlechte und überteuerte Speisen sowie Getränke.

Als besonders problematisch erwiesen sich in den frühen 1780er-Jahren die sogenannten Direktivregeln Kaiser Josephs II., welche das Ziel hatten, nurmehr die Schwerverkranken in Anstalten zu versorgen, Arme mit einer Geldportion zu entlassen und betreuungsbedürftige Kinder am Land anzustiften. Diese Verfügung des Herrschers ließ sich nicht flächendeckend realisieren und bereits kurz nach dem Tod des Kaisers durften die Spitäler erneut bezogen werden.

Bio Martin Scheutz und Alfred-Stefan Weiß

Martin Scheutz ist außerordentlichen Universitätsprofessor für Neuere Geschichte an der Universität Wien. Die Forschungsschwerpunkte von Martin Scheutz sind Stadtgeschichte, Geschichte des Wiener Hofes, Geschichte der Spitäler und der Armut, Selbstzeugnisse, Quellenkunde sowie Konfessionalisierungsgeschichte.

Alfred Stefan Weiß studierte Geschichte und Sozialkunde, Philosophie, Pädagogik und Psychologie in Salzburg (Doktorat 1993). Seit 2001 ist er Assistenzprofessor am Fachbereich Geschichts- und Politikwissenschaft der Universität Salzburg. Seine Forschungsschwerpunkte sind Österreich in der Frühen Neuzeit, Geschichte der Armut und der Kriminalität sowie Regionalgeschichte.

Beide Referenten leisteten wesentliche Beiträge zur jüngeren Hospitalgeschichte im deutschsprachigen Raum.

Panel 4 · Gesundheitspolitiken und Hospitalwesen

Fritz Dross, Erlangen: Metamorphosen der Fürsorge. Nürnberger Leprosorien auf dem Weg in die Neuzeit

Wie in zahlreichen europäischen Städten wurden auch in der Reichsstadt Nürnberg im Laufe des Mittelalters Leprosorien gestiftet, die sich bis zum Ende der Reichsstadt als

äußerst langlebige Hospitaleinrichtungen erweisen sollten. Ein Ring von vier solcher Einrichtungen formierte sich an den zentralen Handelswegen und Ausfallstraßen nach Frankfurt (St. Johannis, 1234), Augsburg (St. Leonhard,

1317), Regensburg (St. Peter, 1327) sowie Prag (St. Jobst, 1356) und markierte die Pforten in das nürnbergische Territorium. Städtische Delegationen empfingen den aus Prag kommenden Kaiser Karl IV. vor St. Jobst; als Kaiser Friedrich III. 1471 vor dem Regensburger Pesthauch nach Nürnberg floh, wurde er feierlich an St. Peter empfangen. Wie die Hospitalarchitektur der innerstädtischen Häuser, nicht zuletzt Umzüge und Festlichkeiten zu Jahrtagen die fürsorgliche Stadt im Inneren repräsentierten, sollten neben den Kaisern vor allem Reisende und Handelsleute bei der Ein- und Ausfahrt in die Stadt an deren herausragende Fürsorglichkeit erinnert werden – und nicht zuletzt selbst bei der Passage die Häuser mit Almosen beschenken.

Insbesondere die innere Verfassung der Häuser unterschied sich nicht unwesentlich von der innerstädtischer Hospitäler. Der Stiftungsbrief von St. Leonhard erläutert einleitend, wie sich der Stifter Hermann Schürstab mit den leprosen Frauen getroffen habe, um gemeinsam zu entscheiden, „wie sye furbas sollen leben“. Wesentliche Aufgaben wurden der Versammlung der Bewohnerinnen übertragen, nicht zuletzt die Wahl einer Meisterin sowie einer Küsterin, überdies sogar die Wahl der Pfleger, die im Laufe des 15. Jahrhunderts abgeschafft wurde. Daneben weisen die Stiftungsbriefe und Statuten erhebliche Differenzen zu den innerstädtischen Hospitälern hinsichtlich der ökonomischen Verfassung auf, denn die Leprosen erzielten erhebliche laufende Einkünfte durch Bettel, deren gemeinschaftlicher Gebrauch penibel geordnet wird. Eine grundsätzliche Änderung führte der Rat im Jahr 1571 mit dem Erlass einer einheitlichen Ordnung für sämtliche vier Leprosorien durch, mit der alle älteren Statuten aufgehoben wurden und die einen deutlich obrigkeitlichen Zug trägt. Insbesondere hinsichtlich der Wirtschaftsverfassung wird der nachreformatorische Zug klar, denn die Leprosen wurden als individuelle Bettler, die über einen erheblichen Teil ihrer auf diesem Wege erzielten Einkünfte persönlich verfügen konnten, zu Bettelunternehmern ihrer selbst. Mit nur geringfügigen Änderungen überlebte diese „Gepesserte vnnnd Vernewte Ordnung“ bis zum Ende der Reichsstadt, als die Stiftungen des Heilig-Geist- und des Elisabethspitals, den beiden Zwölfbrüderhausstiftungen mit den Stiftungen der vier Leprosorien zu den Vereinigten Wohltätigkeitsstiftungen der fortan bayerischen Kommune zusammengeführt wurden.

Der Vortrag versucht, am Beispiel der vier Nürnbergschen Leprosorien diese als fürsorgliche Einrichtungen eigenen Typs in die reichsstädtische Hospitalfamilie und in die Geschichte der reichsstädtischen Armen- und Gesundheitsfürsorge vom (Spät-)Mittelalter bis zum Ende der Frühen Neuzeit einzuordnen.

Bio Fritz Dross

Studium der Geschichte an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, M.A. 1995. Wiss. Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin ebd., 1998/99 Stipendium der Landesgraduiertenförderung Nordrhein-Westfalen, 2002 Promotion; seit 2004 Wiss. Ass. am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg; 2010 Habilitation; komm.

Institutsleitungen Magdeburg (2013/14), Bonn (2016), Würzburg (2018/19), Hamburg (2022/23). Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte und Co-Herausgeber von deren Jahrbuch „Historia Hospitalium“ seit 2014.

Janka Kovacs, Budapest: »Alternative Räume« für psychisch kranke Menschen. Psychiatrische Versorgung im Ungarn des achtzehnten und neunzehnten Jahrhunderts vor der Institutionalisierung der Psychiatrie

In Ungarn erfolgte die „richtige“ Institutionalisierung der Psychiatrie im Vergleich zu den meisten westeuropäischen Ländern und bestimmten Gebieten der Habsburgermonarchie mit großer Verspätung. Während die Wiener oder Prager Irrenanstalten bereits Ende des 18. Jahrhunderts gegründet wurden, wurde die erste staatlich finanzierte Irrenanstalt, die einer breiteren Schicht der Gesellschaft Pflege anbot, die Ungarische Königliche Landesirrenanstalt in Lipótmező, erst weit im 19. Jahrhundert gegründet und 1868 für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Bis dahin war die Situation der meisten ungarischen Patienten ungeklärt; die meisten von ihnen wurden zu Hause oder von ihren Gemeinden versorgt, waren inhaftiert, wurden in Armenhäuser gebracht oder in eines der öffentlichen Krankenhäuser, die eine rudimentäre Versorgung anboten. Die Wohlhabenderen wurden in begrenzter Zahl in Anstalten aufgenommen, die sich zumeist in den österreichischen Teilen der Monarchie befanden. Dies bedeutete jedoch nicht, dass die institutionelle Versorgung und der Diskurs über die Institutionalisierung psychisch Kranker erst im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts begannen. Die Formen der protopsychiatrischen Versorgung lieferten die ersten Modelle, auf denen spätere Praktiken aufbauen konnten, und trotz der in der ungarischen Psychiatriegeschichte vorherrschenden Meinung, dass vor der Eröffnung von Lipótmező keine Versuche zur Versorgung psychisch Kranker in Ungarn unternommen wurden, kann die Untersuchung dieser „alternativen“ Räume aufzeigen, wie die nach dem österreichisch-ungarischen Ausgleich von 1867 eingeführten Systeme und Versorgungsnetze effektiv weiterentwickelt werden konnten. In der Präsentation werden zwei Bereiche untersucht – städtische Krankenhäuser in Pest und Buda und das landesweite Krankenhausnetzwerk der Barmherzigen Brüder –, in denen ab der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts eine solche Versorgung für psychisch Kranke entwickelt wurde, wobei die Diskurse und Praktiken, durch die und mit denen diese Patienten behandelt wurden, näher betrachtet werden.

Bio Janka Kovács

Janka Kovács (1990) ist Postdoktorandin am HUN-REN-Forschungszentrum für Geisteswissenschaften am Institut für Geschichte in Budapest. Sie promovierte 2022 mit einer Dissertation über die Anfänge der Psychologie und Psychiatrie in Ungarn zwischen 1750 und 1830. Ihr aktuelles Projekt konzentriert sich auf die Diskurse und Praktiken der Institutionalisierung und Professionalisierung der Psychiatrie und des psychiatrischen Wissens im Ungarn des 19. Jahrhunderts zwischen den 1830er und 1860er Jahren. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5413-9812>

Robert Offner, Regensburg: Kurze Historie der Spitäler in der königlichen Freistadt Klausenburg

Auch in Siebenbürgen sind mittelalterliche, meist klösterliche Spitalsgründungen bekannt. Im ausgehenden Mittelalter lassen sich mindestens 32 Hospitäler in 22 Ortschaften des mittelalterlichen Ungarn nachweisen, darunter auch in Klausenburg. Hospitäler als kirchliche Fürsorgeeinrichtungen für Bedürftige nach abendländischen Vorbildern (Armen- und Seelenhäuser, Alten- und Pflegeheime) finden sich auch in Hermannstadt (1292, Hl. Geist-Spital), Kronstadt, Schäßburg, Mediasch, Bistritz, Weißenburg, Mühlbach und Thorenburg. Bereits im 15. Jahrhundert gab es auch spezialisierte Hospitäler für Leprakranke (*Leprosorien*), aber auch Pesthäuser und später solche für Syphiliskranke.“

Klausenburg, mit damals mehrheitlich deutscher (Siebenbürger Sachsen) und ungarischer Bevölkerung, verfügte nach aktuellen Kenntnissen über drei Siechenhäuser. Die früheste urkundliche Erwähnung des innerstädtischen Sankt-Elisabeth-Hospitals stammt aus dem Jahr 1366. Im Jahr 1430 wurden das Heilig-Geist-Hospital und das Sankt-Hiob-Hospital in der Äußeren Ungarngasse außerhalb der damaligen Stadtmauern in der Nähe der Sankt-Peter-Kirche errichtet. Letzteres galt als Leprosorium, wurde aber bereits 1565 aufgegeben und abgerissen. Diese kirchlichen Fürsorgeeinrichtungen gingen ab dem Ende des 15., spätestens jedoch ab der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts infolge der Reformation allmählich in die weltlich-kommunale Verwaltung über. Das Sankt-Elisabeth-Hospital nahm bis zu 35 meist, aber nicht ausschließlich, mittellose Menschen, unbeholfene Greise sowie chronisch Kranke (etwa Geisteskranke, Syphilitiker, Aussätzige) aus allen gesellschaftlichen Schichten auf. Der Auftrag dieser Einrichtungen lag mehr in der karitativen Fürsorge und weniger in der Krankenversorgung. Die frühneuzeitlichen Rechnungsbücher der beiden Bürgerspitäler Sankt Elisabeth und Heilig Geist, deren Verwaltungen 1671 vereint wurden, sind erhalten und geben darüber beredete Auskunft.

Unter den für einige Zeitabschnitte sehr ausführlich dokumentierten Ausgaben dieser Einrichtungen (z.B. 1601 bis 1650) lassen sich keine Einträge zur Anschaffung von Arzneimitteln oder zu Arzthonoraren finden. Daraus lässt sich schließen, dass Kranke in

diesen Spitälern hauptsächlich betreut und gepflegt wurden. Und wenn ein Stadtphysikus hier seinen Dienst verrichtete, so tat er dies als städtischer Angestellter kostenlos, wie das allgemein in den Hospitälern üblich war. Das Elisabeth-Hospital bestand als Asyl- beziehungsweise Altenheim bis ins 20. Jahrhundert. Eine dauerhafte Trennung der Siechenhäuser von den modernen Krankenhäusern erfolgte landesweit erst ab 1857. Obwohl die Errichtung eines Bürgerspitals mit dem allgemeinen Auftrag zur Krankenversorgung in der Alten Burg (*óvár*) bereits 1811 vom Klausenburger Magistrat beschlossen und von Kaiserin Karoline Auguste anlässlich ihres Besuchs in Klausenburg 1817 finanziell gefördert worden war, verzögerte sich die Umsetzung des Vorhabens bis 1820, als das Spital schließlich im leerstehenden Franziskanerinnenkonvent als Landeskrankenhaus Karolina eröffnet wurde. Es diente ab 1831 auch als Lehrkrankenhaus für die praktische Ausbildung von Wundärzten und Hebammen, als Dependence der Medizinisch-chirurgischen Lehranstalt (Lyzeum).

Bio Robert Offner

„Am 24. Oktober 1960 in Seklerburg (rum. Miercurea-Ciuc, ung. Csíkszereda, Rumänien) geboren, entstamme ich einer bürgerlichen Familie mit siebenbürgisch-sächsischen und siebenbürgisch-ungarischen Wurzeln. Nach dem Besuch des Gymnasiums in meiner Heimatstadt studierte ich von 1979 bis 1985 Humanmedizin in Klausenburg (rum. Cluj-Napoca, ung. Kolozsvár) und arbeitete ich am dortigen Universitätsklinikum bis November 1988 als Arzt im Praktikum im Rotationsverfahren. Nach zweijähriger Tätigkeit als Allgemeinarzt (in Seiden/Jidvei) siedelten meine Frau Karin (Apothekerin) ich und ich im Februar 1990 nach Nürnberg aus.

Im Juni 1990 begann beim Blutspendedienst des BRK, Institut Bayreuth, meine Weiterbildung und wurde 1998 Facharzt für Transfusionsmedizin. Danach wirkte ich ebenda von 2001 bis 2008 als Leiter des Instituts. Im Dezember 2008 wurde das Institut umgestaltet und an einen Pharmakonzern (KEDRION) veräußert. Ich leitete das neue Blutplasmaspendezentrum KEDplasma GmbH. Der Wunsch nach patientennaher ärztlicher Tätigkeit bewegte mich 2012 an das Universitätsklinikums Regensburg in den Fachbereich Transfusionsmedizin zu wechseln. Seit dem 01.02.2020 bin ich Bereichsleitender Oberarzt der Transfusionsmedizin. Neben meiner Tätigkeit als Leiter der Herstellung von Blutkomponenten (z.B. Blutstammzellen, Zelltherapeutika) leite ich Forschungsprojekte und nehme am Unterricht von Medizinstudenten in meinem Fachgebiet Transfusionsmedizin und Immunhämatologie teil. Seit 2020 bin ich im Fach Geschichte der Medizin habilitiert und halte zu diesen Themen Vorlesungen, Seminare und organisiere Exkursionen. Seit 01.01.2023 bin ich als Lehrkoordinator der Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin an der Fakultät für Medizin an der Universität Regensburg.

Seit 1990 bin ich aktives Mitglied des Arbeitskreises für Siebenbürgische Landeskunde e.V. Heidelberg in der Sektion Naturwissenschaften und seit 2017 auch als Leiter der Sektion Genealogie. Darüber hinaus bin ich Mitglied mehrerer wissenschafts- und

medizinhistorischen Gesellschaften im In- und Ausland. Sieben Bucheditionen, mehr als 80 landeskundliche und medizin- und wissenschaftshistorische Veröffentlichungen und zahlreiche Vorträge zählen zu meinen bisherigen Leistungen außerhalb meines medizinischen Fachgebietes.“

Nina Kulig, Regensburg: Das St. Katharinenhospital Regensburg im Nationalsozialismus (1933–1945)

Die geschichtsträchtige und seit dem Mittelalter bestehende St. Katharinenhospitalstiftung Regensburg ist innerhalb der Forschung zur Geschichte des Spital-, Wohlfahrts- und Gesundheitswesens bereits Gegenstand zahlreicher historischer Untersuchungen gewesen. Das für die diesjährige Tagung vorgeschlagene Thema behandelt das St. Katharinenhospital jedoch in einer Zeitspanne, die in der bisherigen regionalen Forschung stark ausgeklammert wurde: Das Zeitalter des Nationalsozialismus. Denn gerade dieser spezielle Untersuchungszeitraum erlaubt es auf außerordentliche Weise, nach Praktiken der Resilienz oder gar der Resistenz, nach Formen von Inklusion und Exklusion sowie nach Brüchen und Kontinuitäten innerhalb einer lang bestehenden und in der Stadt Regensburg fest verwurzelten Wohlfahrtseinrichtung zu fragen. Somit kann das St. Katharinenhospital als ein Fallbeispiel und auch als eine

Vergleichsgröße für eine sozial-karitative Einrichtung für ältere Menschen im Nationalsozialismus dienen.

Der Fokus des Vortrags soll dabei hauptsächlich auf dem Alltag im Spital, den gegebenen Strukturen und den darin agierenden Personen liegen. Es geht also darum, wie sich das Alltagsleben im Spital während des Nationalsozialismus und des zweiten Weltkriegs konkret gestaltete. Denn gerade die Konzentration auf den Alltag erlaubt es, nach oben genannten sozialen Praktiken, nach möglichen Handlungseinschränkungen und nach Einflüssen nationalsozialistischer Weltanschauung innerhalb einer in Regensburg fest verwachsenen Wohlfahrtsinstitution zu fragen. Insbesondere wird dabei die Frage im Raum stehen, inwiefern die karitative und pflegerische Versorgung im Spital unter diesen erschwerten Bedingungen gewährleistet und aufrechterhalten werden konnte. Weiterhin soll untersucht werden, inwieweit NS-Gedankengut sowie Konzepte der NS-Gesundheitspolitik Eingang in den Spitalalltag oder in die dort praktizierten Formen der Caritas gefunden haben, oder inwiefern dies dezidiert verhindert wurde und daher von resistentem Verhalten gesprochen werden kann. Als letzter Schritt schließlich wird das Spital mit seiner Rolle und seinen Funktionen im Gefüge der nationalsozialistischen Stadt Regensburg beleuchtet, um eine isolierte Darstellung zu vermeiden und den Stellenwert des Spitals in dieser Zeitspanne hervorzuheben.

Bio Nina Kulig

Nina Kulig, geboren am 14.07.2000 in Regensburg, studiert seit dem Wintersemester 2019 den Mehrfach-Bachelor-Studiengang Geschichte und Musikwissenschaft an der Universität Regensburg. Nach dem Abschluss des Bachelors im Sommersemester 2024 strebt sie den ebenfalls an der Universität Regensburg angebotenen Masterstudiengang „Kulturgeschichtliche Mittelalter-Studien“ an. Seit Beginn des Jahres 2023 ist Nina Kulig Mitarbeiterin im Archiv der St. Katharinenhospitalstiftung sowie dortige Gästeführerin. Der für die diesjährige Tagung ausgewählte Vortrag stellt Ergebnisse ihrer Bachelor-Arbeit im Fach Geschichte dar.

Panel 5 · Wirtschaftshistorische Verflechtungen

Christina Vanja, Kassel: Werbung in eigener Sache. Die vielfältige Präsentation karitativer Einrichtungen in der Öffentlichkeit während der Frühen Neuzeit

Die Existenz von Spitälern und weiterer sozialer Einrichtungen basierte in der Vormoderne, also vor der Einführung von gesetzlicher Kranken- und Invalidenversicherungen sowie geregelter öffentlicher Zuschüsse, vor allem auf Stiftungen. Um auch Krisenzeiten zu überstehen und auf einen erhöhten oder veränderten Bedarf an Versorgungsplätzen reagieren zu können, bedurfte es für jede Einrichtung einer guten Wirtschaftsverwaltung, darüber hinaus aber der Zuschüsse durch private Spender und Spenderinnen. Die Bandbreite der Stiftungen war groß und reichte von kleineren Almosengaben über Jahresgedächtnisse und klientelorientierte Gaben bis hin zur Schenkung von großen Geldsummen, landwirtschaftlicher Güter und Häuserbesitz. Erfolgreiche Spitäler vermochten es, trotz religiösen Wandels (Reformation, Aufklärung) und neuer sozialer und medizinischer Anforderungen immer wieder neue Mäzene für das „Projekt Spital“ zu gewinnen. Der Vortrag möchte dieser „Werbung in eigener Sache“ nachgehen. Es erweist sich, dass Spitäler auf ein beeindruckendes Spektrum an „Werbeflächen“ zurückgreifen konnten: Angefangen vom Standort der Einrichtung an Toren, Hauptstraßen und großen Plätzen, über ihre Kirchen und Kapellen als Bindeglieder zur Öffentlichkeit, die Gestaltung der Portale mit bildlichen und textlichen Darstellungen, Veranstaltungen in der Öffentlichkeit, z. B. die Präsentation von Waisenkindern bei Prozessionen, bis hin zu gedruckten Werbeschriften. Für die Darstellung des Themas greife ich vor allem auf den deutschsprachigen Bereich (Deutschland, Österreich und die Schweiz) zurück.

Bio Christina Vanja

„Ich bin außerplanmäßige Professorin an der Universität Kassel für Neuere Geschichte und unterrichte vor allem zur Frühen Neuzeit. Bis 2017 leitete ich den Fachbereich

„Archiv, Gedenkstätten und Historische Sammlungen“ beim Landeswohlfahrtsverband Hessen in Kassel. Meine Forschungsschwerpunkte sind die Geschichte von Hospital, Waisen-, Findel- und Gebärdhaus, die Sozialgeschichte der Medizin und die Geschichte von Kurorten. U. a. bin ich stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte.“

Veröffentlichungen über die Regensburger Bände hinaus u.a.:

Christina Vanja zusammen mit Arnd Friedrich und Irmtraut Sahmland (Hg.): An der Wende zur Moderne – Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert. Festschrift zum 475. Stiftungsjahr (Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien, Bd. 14). Petersberg 2008.

Christina Vanja: Offene Fragen und Perspektiven der Hospitalgeschichte, in: Martin Scheutz, Andrea Sommerlechner, Herwig Weigl, Alfred Stefan Weiss (Hg.): Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit / Hospitals and Institutional Care in Medieval and Early Modern Europe (Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung, Ergänzungsband 51). Wien, München 2008, S. 19–40.

Christina Vanja: Psychiatriemuseum Haina / Haina Psychiatry Museum (Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Kataloge Bd. 3). Petersberg 2009.

Christina Vanja (Hg.): Reichtum der Quellen – Vielfalt der Forschung (Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien, Bd. 17). Petersberg 2016.

Christina Vanja, Florian Bruns, Fritz Dross (Hg.): Spiegel der Zeit. Leben in sozialen Einrichtungen von der Reformation bis zur Moderne (Historia Hospitalium, Bd. 31). Münster, Berlin 2020.

Martin Scheutz, Christina Vanja, Alfred Stefan Weiß (Hg.): Zwischen Pädagogik und Heilkunst. Kinderversorgung von der Renaissance bis zur Gegenwart (Geschlossene Häuser. Historische Studien zu Institutionen und Orten der Separierung, Verwahrung und Bestrafung, Bd. 4). Leipzig 2022.

Wolfgang Wüst, Nürnberg: Resilienz und Caritas in Zahlen. Rechnungen des Regensburger St. Katharinenospitals als Quelle langlebiger Wohlfahrt

Mark Spoerer wies 2018 der interregional wie international bedeutsame Rechnungsserie des St. Katharinenospitals – sie reicht mit über 4.500 Bänden von 1354 bis ins 21. Jahrhundert – im Kontext spitalseigener Ernährungskulturen einen sehr hohen empirischen Stellenwert zu. Das über Jahrhunderte minutiös durch Rechnungsrevisoren

geprüfte und verzeichnete Zahlenwerk diene auch anderen Wissenschaftlern, keineswegs nur Historikern, für empirische Zielsetzungen unterschiedlicher Themenkreise. Der Rechnungsband von 1726/27 unter Spitalmeister Christoph Heinrich Schwers (1726–1760) ist als Bildbeispiel angefügt. Weitgehend unbeachtet blieb aber bisher die Frage, ob man über die langlebigen Zahlenreihen mit zweckgebundener Kostennennung auch die im Tagungsexposé „Plurale Hospitalgeschichte(n)“ nachgefragten Resilienzstrategien nachweisen kann? Spitäler waren fortlaufend gesellschaftlichen und demographischen Veränderungen unterworfen. Wie regierte man in Regensburg spitalsintern auf die externen Krisen der Frühen Neuzeit? Welche Summen wurden aufgewendet, um Antworten auf das zunehmende städtische Prekariat zu finden? Gab es in der sozialen Wohlfahrtspolitik Kontinuitäten oder Brüche unter den „regierenden“ Spitalmeistern? Blieb man der Spitalsordnung von 1316 treu? Mein Beitrag „Resilienz und Caritas in Zahlen“ versucht in einer repräsentativen Rechnungsauswahl vom 16. bis zum 18. Jahrhundert Antworten zu längerlebigen Verwaltungsstrategien zu geben.

Bio Wolfgang Wüst

Bernhard Wolfgang Wüst, geboren am 10. Juli 1953 in Krün/ Oberbayern, studierte von 1973 bis 1979 in Edinburgh/ Schottland und Augsburg Geschichte, Politik und Anglistik. Anschließend war er Stipendiat der Bayerischen Akademie der Wissenschaften (Kommission für Bayerische Landesgeschichte, Historischer Atlas von Bayern) und Akademischer Rat am Lehrstuhl für Bayerische und Schwäbische Landesgeschichte in Augsburg. 1982 folgten die Promotion zum Thema: „Herrschaftsbildende Kräfte des Ancien Régime im Gebiet der Markgrafschaft Burgau“ und 1996 die Habilitation unter dem Titel „Geistlicher Staat und Altes Reich. Hochstiftische Herrschaftsformen, Hofwesen und Administration in der Frühneuzeit“. Beruflich war Wolfgang Wüst zu dieser Zeit als ausgebildeter Archivar tätig, zuletzt als Direktor des international renommierten Augsburger Stadtarchivs. Von 2000 bis 2019 lehrte er als Inhaber des Traditionslehrstuhls für Bayerische und Fränkische Landesgeschichte an der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen-Nürnberg Geschichte. An Funktionen in Auswahl: Erster Vorsitzender des Historischen Vereins für Schwaben (bis 2020), 1. Vorsitzender der Fränkischen Arbeitsgemeinschaft e.V. (seit 2019); Geschäftsführender Redakteur des Jahrbuchs für fränkische Geschichte (bis 2022); Mitherausgeber der Zeitschrift des Historischen Vereins für Schwaben (bis 2020); Koordinator „Historischen Atlas von Bayern“ bei der Kommission für bayerische Landesgeschichte (seit 2019).