

renzieren oder in Zeitstufen, etwa bei den Erstbelegen, entfalten). In seine Übersicht über die ermittelten Hospitäler (Kap. II: S. 33–50) hat P. einen wichtigen Abschnitt über die Zeitstellung der Erstbelege einbezogen, die ihn zur Bildung von drei Gründungsphasen führen: die erste geht bis 1179 (76 Erstbelege), die zweite Phase setzt er von 1180 bis 1349 an (274 Erstbelege), die dritte wird durch die große Pestwelle eingeleitet. In ihr werden noch 178 Hospitäler gegründet. P. sieht darin einen offenkundigen Widerspruch zur These einer „Krise des Fürsorgewesens“ (S. 46) in dieser Epoche. Hinter dem Aufschwung nach 1180 steht nicht zuletzt eine geänderte Sichtweise: „Armut wurde zunehmend als sozioökonomisch bedingt erkannt und nicht mehr als natur- oder gottgegeben akzeptiert“ (S. 45). Das ist mit der späteren Feststellung zu kombinieren: „Die Caritas als wesentliche Dimension des Glaubens war wiederentdeckt worden“. Zusammen mit einem Bewußtsein von der „eigenen Würde des unfreiwillig Armen“ spricht das gegen die „Unterstellung einer Instrumentalisierung der Armen zur Sicherung des eigenen Seelenheils unter der Vernachlässigung der Pflicht zu echter Hilfe für die Armen“ (vgl. S. 216 ff.), auch neue Formen der Laienfrömmigkeit, wie sie z. B. Elisabeth von Thüringen verwirklichte, gehören in diesen Zusammenhang. Hospitäler als „Instrumente spätmittelalterlicher Sozialdisziplinierung“ zu begreifen, lehnt P. ausdrücklich ab (vgl. S. 409 ff.). Vor allem Sozialgeschichte, Frömmigkeitsgeschichte und Stadtgeschichte (vgl. aber S. 60–63 zum Hospital im Dorf) verknüpft P. aufs engste. Sein Thema entfaltet er aber in systematischen Kapiteln. Die „regionale Verteilung“ (III: S. 51–73), „Gründer, Träger, Verwaltung und ihre Motive“ (IV: S. 74–222), „Funktionen und Insassen“ (V: S. 223–292) sowie „Hospitäler im städtischen Zentralitätsgefüge“ (VII: S. 319–342) sind vielleicht die wichtigsten Abschnitte, aber auch die Beziehungen der Hospitäler untereinander, ihr innerstädtischer Standort und Besitz werden eigens vorgestellt. Nur einige Ergebnisse können hier genannt werden. Kommunale Hospitäler waren eine Besonderheit des Rhein- und Maastals (sie finden sich nicht in Lothringen), ihre Herausbildung gehört in den Komplex der Herauslösung der Stadt aus Herrschaft und Verwaltung des Bischofs. Mit diesen innerstädtischen Umformungsprozessen verbindet sich ein Wandel vom Armenhospital des 13. Jh. zum Pfründenhospital des 14. Jh. (wobei reine Pfründenhospitäler selten sind), was sich wiederum mit der Entstehung spezialisierter Krankenhäuser und erneuter Gründung von Armenhospizen und Pilger- und Elendenherbergen verknüpft. Als unentbehrlich für die Stadt als zentraler Ort kann das Hospital kaum gelten, aber die Hospitäler sind oft „der einzige Großhaushalt, mit dessen Hilfe sich das städtische Umland, etwa das Markt- und Versorgungsgebiet überhaupt fassen läßt“ (S. 341). Regionale Besonderheiten werden sichtbar. Den Hl. Geist als Patron zu wählen, war eine Erscheinung des deutschsprachigen Raums (und man kann sich fragen, ob er hierbei nicht als Schöpfer kommunaler Einheit gedacht ist), während Johannes der Täufer eher im französischsprachigen Gebiet als Patron eines Hospitals begegnet und der hl. Erhard nur regional im Elsaß. Herrschaftsträger wie die Grafen/Herzöge von Bar, die Grafen von Luxemburg und die Herzöge von Lothringen betrieben eine unterschiedliche „Hospitalpolitik“. Die französisch-deutsche Sprachgrenze aber markiert keine signifikante innere Grenze im Hospitalwesen. In dem abschließenden „Versuch einer Synthese“ (X: S. 400–429) entwirft P. zwei Mo-