

Die Pest als „die“ Pandemie der Weltgeschichte in der Geschichtsschreibung

Thomas Kolnberger

The Ends of Humanities - Volume 2: Self and Society in the Corona Crisis

Edited by Georg Mein, Johannes Pause

Melusina Press 2020

Link to EBook:

<https://www.melusinapress.lu/read/die-pest-als-die-pandemie-der-weltgeschichte-in-der-geschichtsschreibung/section/52bc01e4-77ce-415e-b70b-41ad29e063e6>



MELUSINA
PRESS

Bacteria and parasites are constant companions of humankind. Usually, they are harmless. When they turn against their hosts, however, they become harbinger of diseases. It seems to be a paradox of history that diseases and their global spread may be seen as indicators for the process of civilisation. We investigate this phenomenon from two angles: the so-called Black Death and leprosy. After a short general introduction by Martin Uhrmacher and Thomas Kolnberger, the latter presents the globalization of “the plague” in three historical waves. Michel Pauly then scrutinizes the impact the second wave had in the fourteenth century on the region of today’s Luxembourg. In the last part, Martin Uhrmacher introduces leprosy, its social consequences and the history of its perception.

1 Die Pest ist eine hochgradig ansteckende bakterielle Infektionskrankheit. Als Erreger der Krankheit gilt der Bacillus *Yersinia pestis*, benannt nach seinem Entdecker Alexandre Yersin (1863–1943). Dem französischen Arzt und Bakteriologen Schweizer Herkunft gelang 1894 die Isolierung des Bakteriums in Britisch Hongkong. Der in Französisch Indochina als Schiffsarzt stationierte Yersin erhielt von der dortigen Niederlassung des Instituts Pasteur den Auftrag, mögliche Ursachen und die weitere Entwicklung (Ätiopathogenese) der grassierenden Krankheit zu erforschen. Diese bislang dritte große Pestpandemie der Menschheitsgeschichte nahm, wie wir heute wissen, ihren Anfang in Südwestchina (Yunnan), wo es seit 1772 mehrfach zu Ausbrüchen gekommen war. Während des 19. Jahrhunderts wurde die Provinz in unmittelbarer Nachbarschaft zu Britisch-Burma und Indochina zum politischen Unruheherd und – wie das gesamte Kaiserreich – von Aufständen erschüttert. Davon ausgelöste Truppen- und Fluchtbewegungen müssen ebenso zu den Verbreitungsgründen gezählt werden wie auch die begleitende Hungerkrise.

2 In dieser Periode des Aufruhrs erreichte die Pest Kanton (heute Guangzhou) und die Küste. Von dort aus wurde der Bacillus in alle Welt verschifft. Am heftigsten wütete die Seuche in Indien. Um der Epidemie in der britischen Kronkolonie Herr zu werden, führten staatliche Kontroll- und Zwangsmaßnahmen 1896 zu einem mit bis dato unbekannter Härte durchgesetzten Ausnahmezustand (Klein 1988).¹ Die ersten dokumentierten Fälle in Europa gehen zurück auf zwei Matrosen, deren Schiff 1896 London angelaufen hatte. Doch im Gegensatz zur zweiten Pestpandemie, dem Schwarzen Tod, der den euromediterranen Raum ab der Mitte des 14. Jahrhunderts mit Millionen Toten demografisch schwer getroffen hatte, kam es diesmal nicht zu einem großen Ausbruch: Zwischen 1899 und 1947 wurden lediglich 1 692 Fälle mit 457 Todesfolgen registriert, vornehmlich in Hafenstädten (vgl. Bramanti 2019).

3 Seitdem ist die Pest nicht verschwunden, sondern lediglich aus Europa verdrängt worden. Als Gründe hierfür sind strengere hygienische Standards und Notmaßnahmen, systematisch durchgeführte Quarantänen und eine konsequente medizinische Grundversorgung zu nennen – also Präventivmaßnahmen. Die nachhaltigste Ursache für das Verschwinden in Europa liegt aber wahrscheinlich im Verlust einer durch Wälder geprägten Umwelt vieler Regionen im Zeitalter der Industrialisierung begründet: Den Nagetieren als vornehmlichen Wirtstieren des Virus wurden die Lebensgrundlagen stark eingeschränkt und grüne Bewegungskorridore wurden unterbrochen. Wie andere Viren oder Bazillen auch gedeiht und ‚überlebt‘ der Pesterreger in weiträumigen, abwechslungsreichen, ländlichen Tierweltreservoirs, also Biodiversitäten, wie sie heute nur noch in wenigen Landschaften der Erde anzutreffen sind (Yunnan ist bis heute so ein ökokultureller Hotspot geblieben).

4 Weltweit werden noch immer jährlich Pestfälle im niedrigen Tausenderbereich an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gemeldet, deren Mortalitätsrate bei ca. 10 % liegt. Vier Fünftel davon stammen aus Afrika, zuletzt vor allem aus den (noch) biodiversen Ländern Madagaskar und Tansania (vgl. RKI 2001).

5 Hier liegt eine paradoxe Situation vor, denn einerseits ist es das Nahverhältnis von Tier und Mensch, das Zoonosen, speziesüberspringende Infektionskrankheiten, ermöglicht. Zurzeit sind ungefähr 200 Krankheiten bekannt, die bei Menschen und Tieren gemeinsam vorkommen und in beide Richtungen durch unterschiedliche Erreger (Viren, Bakterien, Pilze, Prionen etc.) übertragen werden können (vgl. Vasold 2005). Andererseits benötigen epidemisch-pandemische Ausbrüche aber ein hochvernetztes System aus dicht besiedelten, monokulturellen Verbreitungsflächen. Die Artenarmut weiter Teile Europas wirkt im Falle der Pest wie eine pandemische Ökobremsen.

6 Bei einem komplexen System wie einer ‚Seuche‘ zählt jeder Einflussfaktor. Im Folgenden soll diese Variablenabhängigkeit auf Basis des heutigen Forschungsstands rekonstruiert werden. Heutige Interpretationen stehen in einem fruchtbaren Dialog mit früheren Erkenntnissen und Hypothesen. Das 19. Jahrhundert war nicht nur die Epoche, in der Seuchen erstmals weltweit und systematisch bekämpft wurden, sondern auch eine Zeit, in der sich Medizingeschichte und Geschichtswissenschaft erstmals intensiv mit Seuchen der Vergangenheit auseinanderzusetzen begannen. Diese Ergebnisse wurden in den letzten Jahrzehnten auch kartografisch dargestellt. Allerdings haben Verallgemeinerungen dieser Kartierungen oft zu der unbelegten Vorannahme beigetragen, dass Pest oder Seuchen überall gleichmäßig auftreten, wie noch weiter unten gezeigt werden soll. Stattdessen soll dargestellt werden, dass die Pest sehr unterschiedliche Verbreitungen kannte. In einem letzten Abschnitt werden wir einen Vergleich mit der heutigen Pandemie wagen.

Die Pest: eine inkonsequente Pandemie oder ein komplexes Seuchensystem?

7 Pandemien können als zeitbeschränkte Krankheitsereignisse hoher Intensität auftreten oder Persistenz auf niedrigem Niveau zeigen (vgl. Mordechai et al. 2017). So fallen der Malaria, der Tuberkulose oder der Immunschwächekrankheit HIV/Aids jährlich Hunderttausende Menschen rund um den Globus zum Opfer. Sichtbar wird dies im Kontext spezifisch epidemischer Zonen (Endemien) oder in Form von latent erhöhten Werten in den Statistiken zu den Todesursachen eines Landes. Über wenige Jahre hinweg kumulieren diese Zahlen in Millionenhöhe. Solchen zwischenzeitlich chronischen Erkrankungen fehlt aber die Schockwirkung massiver Virulenz. William H. McNeill hat gesellschaftlich akzeptierte Seuchenpräsenz einmal sehr treffend als *background noise* beschrieben (1976: 5), da man sich sozusagen

daran gewöhnt hat. Die Lepra ist hierfür ein gutes Beispiel. Anders verhält es sich bei eruptivem Auftreten der Infektionen wie bei Pest, Cholera oder COVID-19.

8 Pandemien vereinen folgende Auftrittsmerkmale:

9

- weltweite Ausdehnung;
- Wanderbewegung;
- ein hohes und aggressives Verbreitungsmuster („Explosivität“);
- minimale Immunität der betroffenen Bevölkerung (physische Wehrlosigkeit);
- Neuartigkeit;
- Ansteckungsfähigkeit (Infektiosität, also die Fähigkeit eines Krankheitserregers überhaupt einen [Zwischen-]Wirt zu infizieren);
- Ansteckungskraft (Kontagiosität, also die Fähigkeit auf verschiedenen Infektionswegen von einem Individuum zu einem anderen zu gelangen);
- die Schwere der Krankheit hinsichtlich Lebenserwartung, Versorgungsnotwendigkeit und Verlust der Selbstständigkeit der Infizierten (McMillen 2016: 1).

10 Diese Kriterien verstehen sich nicht als kleinster gemeinsamer Nenner, sondern als Rahmen, innerhalb dem die Größenverhältnisse stark variieren können. Insbesondere dann, wenn bei der Analyse des zugrunde liegenden ursächlichen Zusammenhangs der Seuche noch die Faktoren Pathogen, Umweltbedingungen, Mensch und Tierwelt hinzukommen. Gerade ‚die‘ Pest weist eine hohe Variablenabhängigkeit auf. Das kann auch erklären, warum historische Pestzüge aus unerklärlichen Gründen ganze Regionen verschont oder nur gering heimgesucht, andere hingegen besonders hart und wiederholt getroffen haben (vgl. Benedictow 2016). Warum das sogenannte Coronavirus von 2019/20, um eine erklärende Analogie zu bieten, trotz vergleichbarer Parameter manche Länder viel stärker getroffen hat als andere, wird die Wissenschaft noch lange beschäftigen. Zur Pest oder anderen Seuchen der Vergangenheit kann die historische Forschung nur das wiedergeben, was sich aus den historischen Quellen erschließen lässt, und diese Quellen besitzen aufgrund ihrer Unvollständigkeit ein klares Vetorecht. Um solche Wissenslücken zu schließen, versuchen Historikerinnen und Historiker zunehmend andere Wissenschaftszweige heranzuziehen, um Auslöser und Verbreitung der Pest besser zu verstehen.

11 Für die Pestzüge der Antike und des europäischen Mittelalters ist zwischenzeitlich das Pathogen *Yersinia pestis* als verantwortlicher Erreger zweifelsfrei identifiziert worden. DNA-Analysen archäologischer Knochenfunde der Paläo- oder Archäogenetik bestätigen die Kontinuität des Genoms als

Pesterreger, das mehrere Stämme, also Variationen durch Mutationen, ausgebildet hat. Vier moderne Stämme bilden die Virenvarianten diverser Pestausrüche. Ein fünfter Stamm weist sogar auf eine mögliche vierte prähistorische Pest-Pandemiewelle während der Jungsteinzeit und Bronzezeit hin (vgl. Keller 2019).

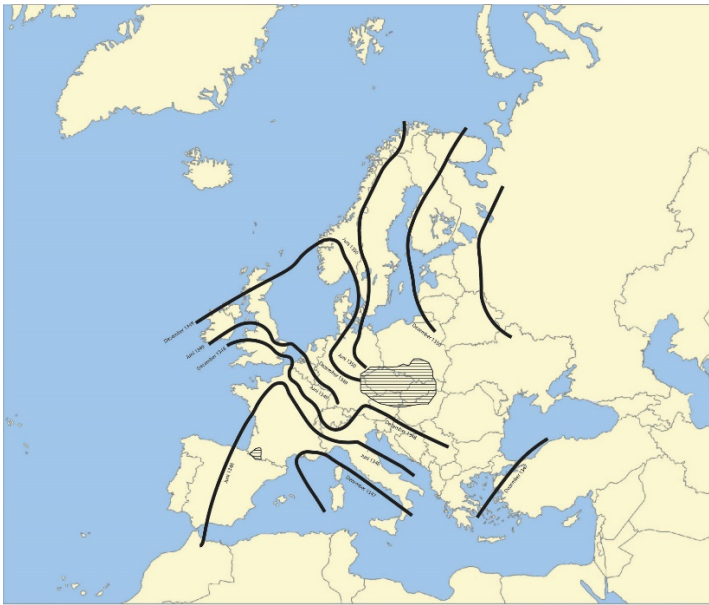
12 Als bakterielle Krankheit kann die Pest unterschiedlich verlaufen: Bei der Lungenpest findet die Übertragung durch Tröpfchen bzw. Aerosole auf kurzer Distanz über die Atemluft statt. Erregerhaltige Mikroflüssigkeiten, expulsiert durch Husten oder Niesen, infizieren Bindehaut oder Schleimhäute im Mund-Nasen-Rachenbereich von Kontaktpersonen. Im finalen Stadium führt die Krankheit zu einem Lungenödem mit Kreislaufversagen.

13 Bei der Bubonen- oder Beulenpest wird zur Übertragung ein Vektor als Zwischenwirt benötigt, üblicherweise ein Tierfloh. Nach der Bissübertragung kommt es zu den namensgebenden Schwellungen am Hals, den Achselhöhlen und in den Leisten. Nach Anschwellen und Aufbruch der Beulen (Lymphknoten und Gefäße) tritt bei Aufnahme in die Blutbahn eine Pestsepsis ein. Mit dem Aufbrechen der Beulen, sei es durch natürlichen Riss oder durch chirurgische Schnitte herbeigeführt, sinkt aber auch die Wahrscheinlichkeit einer Sepsis wieder. Dass die Parasiten ihren bevorzugten tierischen Wirt (meist Nagetiere) gegen einen menschlichen eintauschen, kann durchaus zufällig geschehen. Damit daraus eine massenhafte Ansteckung erwächst, muss ein Massensterben des Wirtstiers der Flöhe (meistens Ratten) vorausgehen. Neben diesem variablen Übertragungsmodus gilt es auch, unterschiedlichen Umweltbedingungen und topografischen Verhältnissen Rechnung zu tragen. Folglich ist es eher unwahrscheinlich, dass sich Pestwellen gleichmäßig im Raum ausbreiten konnten.

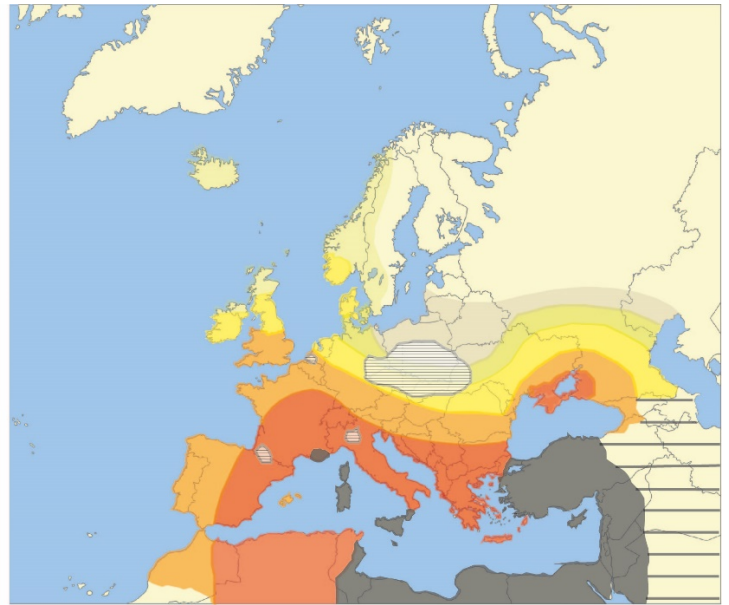
14 Hinter den unterschiedlichen Intensitäten kann auch die Wechselwirkung mit anderen Krankheiten oder aber Mangelerscheinungen wie Unterernährung stehen, die eine „syndemische Epidemie“ von sich überlappenden und gegenseitig verstärkenden Beeinträchtigungen des menschlichen Organismus zur Folge haben. Der eigentliche ‚Killer‘ scheint z. B. oft Pneumonia, nicht aber das Pestvirus zu sein. Dieser hatte aber, neben Hunger, die Bevölkerung zuvor bereits entscheidend geschwächt.

Kritische Beschreibung der vier kartografischen Varianten in der Darstellung der Pestpandemie 1347–1351 in Europa

15 Um große Datenmengen zur Pestpandemie zu visualisieren, die im Falle des Schwarzen Todes weit verstreut über Europa lokalisiert sind, kamen in der bisherigen medizinhistorischen Forschung vier Kartentypen zur Anwendung.



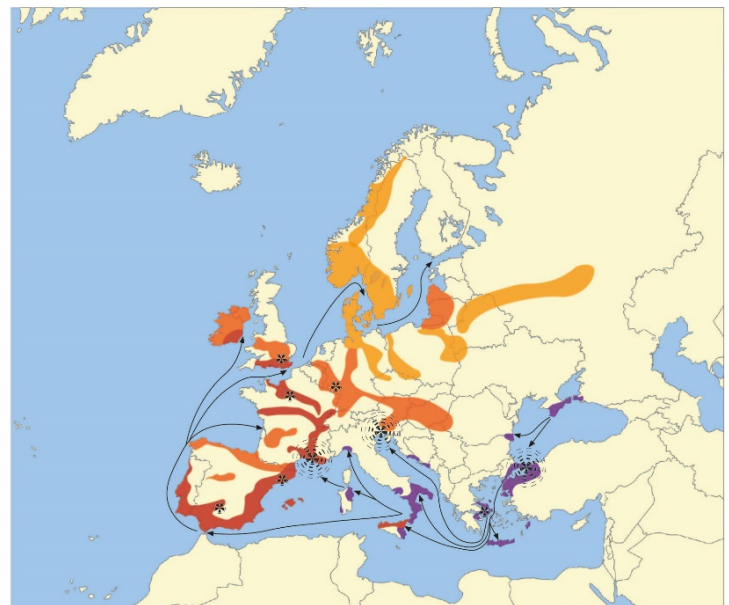
Typ 1: Isolinien



Typ 2: Heatmap (Temperaturkarte)



Typ 3: Vektoren



Typ 4: Mischversion

Kartenentwurf: © Thomas Kolnberger

1. **Isolinien** (oder Isarithmen) verbinden Punkte, an denen gleiche Werte auftreten, in unserem Fall Meldungen zu Pestfällen in historischen Quellen. Es entsteht eine Chronologie wandernder Frontlinien (Isochrone). Sie suggerieren ein gleichmäßiges Vordringen in einer Halbkreisbewegung um die Mitte Europas herum (schraffierte Flächen sind dabei ‚pestfrei‘).

2. Bei *Heatmaps* greifen monochrom-eskalierte Wellen von einem Ursprungsraum in weitem Bogen aus. Die Ausbreitung wird implizit dynamisch durch die abgestufte Farbgebung in Wellengradienten wiedergegeben („Isoflächen“, die benachbarte Punkte gleicher Daten verbinden). Die Schraffur zwischen Kaukasus und Rotem Meer gibt ein vermutetes Verbreitungsgebiet wieder.
3. **Vektoren** (lat. *vector* für „Träger, Fahrer“) geben keine Flächen, sondern ‚Stoßrichtungen‘ wieder. Vektorenkarten (Pfeile, oft entlang von Hauptverbindungsrouen, Flüssen und Fernhandelsstraßen), ausgehend von Verteilerknoten (städtischen Handelszentren), zeichnen ein sehr dynamisches Bild von Verzweigungen und Kettenreaktionen. Ungleichzeitigkeiten werden durch diese Darstellungsform möglich.
4. **Mischkarten** sind Versuche, Statik und Dynamik miteinander zu kombinieren. Hier in Form einer geclusterten *Heatmap* bzw. als Darstellung von Ausbreitungskorridoren mit mehr oder weniger intensiven Befalls- und Verbreitungszonen. „Eruptive Zentren“ wie Venedig und Marseille werden mittels eines Symbols als Epizentren besonders hervorgehoben. Eine Kreislaufbewegung der Pest im Uhrzeigersinn (als Kreisbewegung ‚zurück‘ in die Steppe) gibt die in den Quellen übermittelte Chronologie wieder. Grundsätzlich zeigt dieser Kartentyp Diffusionsbewegungen (Verbreitung am Land) sowie Transplantationen als ‚punktuelle‘ Überführungen des Virus auf den Seewegen von Hafen zu Hafen.

17 Im Zeitalter nationalstaatlicher Statistik wurden seit dem 19. Jahrhundert neue Darstellungen gebräuchlich, insbesondere die in der Coronakrise allgegenwärtigen Kreis- oder Säulendiagramme und Bubblemaps.² Die häuserweise Kartierung des Choleraausbruchs von 1854 nach Fallzahlen rund um die Londoner Broad Street durch John Snow (1855) ist ein frühes Beispiel für diese Art statistischer Visualisierung.

Die drei historischen Pestwellen

18 Den ersten Kartierungen zur Ausbreitung des Schwarzen Todes durch Jean-Noël Biraben und Elisabeth Carpentier zufolge ist die Pest täglich ca. 75 Kilometer vorgerückt (vgl. Biraben 1975; Carpentier 1962; Mengel 2011). Beide Forscher folgen den ersten zwei Kartentypen, die oben dargestellt wurden. Andere wohl realistischere Kalkulationen nehmen die Geschwindigkeit eines Fußgängers von fünf Kilometer pro Stunde zur Grundlage. Nur auf Schiffen konnte der Erreger im vorindustriellen Zeitalter schneller reisen und eine „mikrobielle Globalisierung“ (Le Roy Ladurie 1973) vorantreiben.

Pocken und Pest, Cholera, Gelbfieber und Grippe sind mobile, gewissermaßen globalisierungstaugliche Krankheiten, Feinde der Menschen mit geradezu

militärischen Eigenschaften: Sie greifen an, erobern, ziehen sich wieder zurück: Manchmal bleiben als letzte Hoffnung nur physische Abwehrmaßnahmen: Quarantäne und Barrieren. Der wachsende Welthandel und der intensiviertere Schiffsverkehr des 19. Jahrhunderts steigerten das Transmissionstempo.

19 So charakterisiert Jürgen Osterhammel treffend diese nicht intendierte „Vereinigung der Welt“ (2009: 253 f.).

20 Bakterielle Infektionskrankheiten werden als Pandemien, als „Weltseuchen“ bezeichnet, wenn sie „ganze Völker“, so die altgriechische Bedeutung, infizieren können. Die Wortverwendung als Länder und Kontinente übergreifender Seuchenzug ist aber jüngerem Datums und erst ab der Mitte des 19. Jahrhunderts gebräuchlich, um diese aufgrund ihres globalen Einzugsbereichs von lokalen Epidemien zu unterscheiden.⁴ In den Geschichtswissenschaften, insbesondere in der aufblühenden Medizingeschichte, wurden erste „retrospektive Diagnosen“ erstellt und versucht, die in den Quellen meist nur vage, teils widersprüchlich beschriebenen Seuchen aufgrund ihrer Pathogenese zu systematisieren und mit einem modernen Namen eindeutig zu identifizieren. So ist der Schwarze Tod keine zeitgenössische Bezeichnung. Diese wurde erst im 19. Jahrhundert populär, als neue globale Seuchen Westeuropa erreichten, insbesondere die Cholera – so auch Luxemburg ab den 1830er-Jahren (vgl. Hecker 1832). Für die Pest sind nach heutiger Lehrmeinung drei Wellen zu konstatieren.

21 Zunächst die justinianische Pest zur Zeit der Herrschaft des oströmischen Kaisers Justinian (527–565), die in historischen Dokumenten erstmals 541 für die ägyptische Hafenstadt Pelusium im Nildelta belegt ist. Sie verbreitete sich über den gesamten Mittelmeerraum und erreichte bis 664 auch die Britischen Inseln. In Form von epidemischen Ausbrüchen kehrte die Pest bis gegen Ende des 8. Jahrhunderts immer wieder zurück, im syrischen Raum etwa alle sieben Jahre. Andernorts wiederholten sich Pestwellen in mehr oder weniger ausgeprägter Intensität – mitunter aber auch gar nicht. Den für den Luxemburger Raum (bisher?) geografisch nächstgelegenen Anhaltspunkt bietet Gregor von Tours. In seinem *Buch vom Leben der Väter (Liber vitae patrum)*, das die Lebensbeschreibungen von Heiligen enthält, wird der Trierer Bischof Nicetius erwähnt († 566/569), der angeblich durch frommes Gebet 543 die Pest von der Stadt abwenden konnte (vgl. Gregor von Tours VII: XVII). DNA-Untersuchungen von Pesttoten dieser Zeit bestätigen Fälle, die über Bayern hinaus und entlang des Rheins nordwärts reichen (vgl. Harbeck et al. 2013). Ob die unbestritten hohen Todeszahlen, wie lange Zeit angenommen, wirklich katastrophale Ausmaße (eine Sterberate von 30 bis 60 % der Bevölkerung) annahmen, wird immer mehr in Zweifel gezogen. Der Pestzug wird heute eher als ein wichtiger, aber nicht allein ausschlaggebender Faktor für die großen geopolitischen Umbrüche im spätantiken Mittelmeerraum angesehen (vgl. Mordechai et al. 2019; Harper 2020).

22 Mit der zweiten Pestpandemie, dem Schwarzen Tod, wiederholt sich das Ausbreitungsmuster, nur gravitiert es dieses Mal am stärksten über den kontinentaleuropäischen Raum, vor allem zwischen 1347 und 1353. Diese Pandemie endet in Europa erst mit letzten epidemischen Ausbrüchen in Marseille (1720) und verschwand dann nach Meldungen aus dem Jahre 1771 in Russland. Als gesichert gilt, dass der Erreger ursprünglich aus der Steppenregion entlang der nördlichen Schwarzmeerküste stammte und über die Schiffshandelswege der Genuesen aus deren Niederlassung in Kaffa auf der Krim zuerst nach Südeuropa kam, ehe er von hier aus in den Norden verschleppt wurde. Eine zweite Infektionskette hat von Venedig aus ihren Anfang genommen, dann die Ostalpen überquert und ist bis Skandinavien vorgerückt. Ob der ohne Zweifel feststellbare demografische Einbruch in diesem Zeitraum wieder allein der Pest zuzurechnen ist, wird in der Forschung konträr diskutiert. Auch für Luxemburg bleibt die Lage uneindeutig, wie [Michel Pauly](#) in seinem Beitrag zeigt.

23 Von der dritten Pestpandemie (ca. 1894–1911) mit geschätzten zwölf Millionen Todesfällen weltweit war Europa, wie schon erwähnt, kaum noch betroffen. Die Geschwindigkeitszunahme ihrer Verbreitung und die Reichweiten bis Hawaii, San Francisco und Australien sind aber bemerkenswert. Die meisten Toten waren in Indien und China (Mandschurei) zu beklagen, bis die Epidemie auch dort in den 1920er-Jahren ausklingen sollte. Alarmiert von den Ereignissen in Ostasien wurde auf dringenden Vorschlag Österreich-Ungarns die zehnte International Sanitary Conference 1897 in Venedig einberufen, um sich ausschließlich dem erneuten Auftreten der Pest zu widmen (vgl. Markel 2014). Dieser „Sanitäts-Convention“ ist das Großherzogtum vorbehaltlos beigetreten und hat die Gesetzeslage in Luxemburg daran angepasst (vgl. den Beschluss vom 2. September 1900; Le Collège Médical 1970). Pesttote waren jedoch keine zu beklagen.

24 Auch das Spektrum infektiöser Krankheiten hatte sich bis zum Ersten Weltkrieg verändert: Die Cholera war nun zur jahrhunderttypischen Epidemie geworden. Seit dem Ende der Napoleonischen Kriege hatte es weltweite sechs Cholerapandemien gegeben: 1816 bis 1826, 1829 bis 1851, 1852 bis 1860, 1863 bis 1875, 1881 bis 1896 und 1899 bis 1923. Luxemburg wurde besonders von der zweiten Welle zur Zeit der Belgischen Revolution betroffen. Im Zeitraum von 1865 bis 1867 forderte die Cholera in Luxemburg über 3 500 Tote (vgl. Massard/Merk-Lauterbour 2018; Fleischhauer 2019). Im August 1908 veröffentlichte der Sanitätsdienst des Großherzogtums Luxemburg folgenden Infektionsfälle für das Land: zehn Typhuserkrankungen, acht Fälle von Diphtherie, zwei von Keuchhusten und neun von Scharlach (vgl. Avis – Service sanitaire 1908). Das war die bescheidene Seuchenbilanz vor dem großen Sturm des Ersten Weltkrieges und der diesem folgenden „Spanischen Grippe“.

25 Das 20. Jahrhundert sollte zum Jahrhundert der Grippeepidemien werden. Nur um die wichtigsten aufzuzählen, suchten die Asiatische Grippe von 1957 und die Hongkong-Grippe von 1968 die Welt heim. Auch die Russische Grippe von 1977/78 war eine Influenzaerkrankung, die als Subvariante eines Virustypus genetisch eng mit Erregern der vorangegangenen Pandemien verwandt ist.

Ursachenerklärung und praktische Gegenmaßnahmen

26 Wie haben sich Zeitgenossen Seuchen erklärt? In den alteuropäischen Gesellschaften fielen gerade bei unerklärlichen Vorgängen wie dem plötzlichen Auftreten infektiöser Krankheiten die Frage nach Ursache, Wirkung und Heilung oft zusammen. In der Religion und dem Zorn Gottes/der Götter die Ursache der Seuche und gleichzeitig deren Heilung zu finden, ist dann kein Aberglauben, sondern Teil der Therapie. Daneben suchte man mit Mitteln aus der empirischen Hausmedizin um Linderung. Seit der griechischen Antike entwickelten sich auch spekulative Modelle. Die Krankheitslehre von den Körpersäften, die Vier-Säfte-Lehre, deren richtige Mischung und Zusammensetzung als Fließgleichgewicht Voraussetzung von Gesundheit ist, dominierte den medizinischen Diskurs bis in die Aufklärung, teilweise sogar bis Ende des 19. Jahrhunderts. Geraten nach dieser Lehre die „Leibesfeuchten“ – Gelbe Galle (*cholera*), Schwarze Galle (*melancholia*), Blut (*sanguis*) und Schleim (*phlegma*) – durcheinander, so erkrankt der Organismus. Insbesondere durch Temperaturschwankungen, die von außen durch gefährliche Dämpfe (*Miasma*, altgriech. für „übler Dunst“) zugeführt werden. Am bekanntesten ist wohl die *mal'aria* – die wortwörtliche „schlechte Luft“ –, die als Substanz krankheitsverursachend galt, und nicht die Anophelesstechmücke als Überträger eines Parasiten (*Plasmodium*). Der Zusammenhang zwischen Mücke, Erreger und Sumpfgebieten als Lebensraum wurde erst nach 1900 entdeckt. Intuitiv richtig wurden aber schon viel früher Sümpfe als Krankheitsbringer (und zur Gewinnung von Agrarflächen) trockengelegt.

27 Ohne dieses Theorem abzulösen, trat seit der Renaissance in Konkurrenz dazu die Idee der „Ansteckung“, d. h. der Übertragung durch Kontakt als Kontagion hinzu. Vor Kontakten konnte man fliehen.

*Wenn durch das Volk die grimme Seuche wüetet
Soll man vorsichtig die Gesellschaft lassen.
Auch hab' ich oft mit Zaudern und Verpassen
Vor manchen Influenzen mich gehütet*

28 räsonierte Goethe in seinem Sonett *Nemesis* von 1808.⁴

29 Bis zum Beginn der medizin-hygienischen Revolution des späten 19. Jahrhunderts konnten eigentlich nur zwei wirksame Maßnahmen gegen Seuchen ergriffen werden: Flucht oder Isolierung bzw. Quarantäne. Letztere haben als rigorose Maßnahmen entweder punktuell gewirkt, wie die verschiedentlich dokumentierten Hafent Quarantänen (wenn sie nicht durch Korruption unterlaufen wurden).

30 Erfolgreicher, weil nicht einer kommerziellen Logik gehorchend, in der Schiffe um jeden Preis ihre Ladung löschen mussten und Passagiere und Matrosen an Land drängten, waren militärische Kordons. Die österreichische *Militär-Gränze*, ein seit dem 16. Jahrhundert militärisch organisiertes Grenzgebiet der Habsburgermonarchen in Wien und Graz gegenüber dem Osmanischen Reich (und Venedig), wurde 1731 zu einem *cordon sanitaire* gegen alle Formen von Seuchen erweitert. Entscheidend daran mitgestaltet hat übrigens ein Luxemburger Wallone: Adam Chenot (1721–1789), auch Chenotus genannt, geboren in der Nähe von Arlon im damaligen Herzogtum Luxemburg, war Mitglied der „Hof=Commission in Sanität=Sachen“, die direkt dem Kaiser in Wien unterstand und die gemeinsam mit dem „Hof=Kriegsrat“ eine militarisierte Quarantäne mit Kontrollstationen (Contumaz-Häusern mit Lazaretten) entlang eines Korridors von über 1 800 Kilometern Länge (der einen ungefähren Bogen um das heutige Bosnien-Herzegowina spannte) eingerichtet hatte (vgl. Herrenleben 1752; Knaff 1930: 235 f.). Anlass hierfür war der letzte größere Ausbruch der Beulenpest 1720 in Westeuropa und davor die „Große Pest von 1708 bis 1714“, die während des Großen Nordischen Kriegs (1700–1721) mit Schwerpunkt im Ostseeraum gewütet hatte, aber in Konstantinopel ihre wichtigste Relaisstation aus Zentralasien nach Europa besaß (vgl. Vasold 2003: 142 ff.; Signoli 2002).

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

31 fasst Neithard Bulst diese „Verstaatlichungstendenzen“ (1989: 20 f.) zusammen. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts sollten sich zwei Umgangsformen, eigentlich „Managementkonzeptionen“, in der Bekämpfung von Seuchen konstituieren, die bis heute prägend sind: Einerseits eine ‚liberale‘ und andererseits eine ‚etatistische‘ Vorgehensweise. Für diese „Denkstile“⁶ symptomatisch war die Kontroverse zwischen dem Mikrobiologen Robert Koch (1843–1910) und dem Chemiker Max von Pettenkoffer (1818–1901). Der eine vertrat die These von der Infektion durch Ansteckung; der andere die Vermutung, dass Cholera und Typhus durch spezifische Mikroorganismen und schlechte Umweltbedingungen hervorgerufen werden, ganz in der Tradition der Miasmenlehre. Als ‚Etatist‘ empfahl Koch harte

Eingriffe in den Lebensalltag, um den Epidemien Herr zu werden. Pettenkoffer wiederum empfahl die Veränderung des Milieus durch Sanitärmaßnahmen und Infrastrukturen wie moderne Wasserversorgung und Kanalisation. Konkret wurden beide Maßnahmenkataloge im Zuge von Modernisierungen umgesetzt. Doch es ist bis heute frappant, dass das ‚liberale‘ Kredo der Epidemiebekämpfung in Zeiten der Coronakrise auf die ‚Eigenverantwortlichkeit‘ mit möglichst geringen Eingriffen in das Tagesgeschehen der Gesellschaft setzt, wie (anfangs) in Großbritannien und den Niederlanden oder durchgängig in Schweden, während etatistisch geprägte Staaten wie Deutschland, Frankreich oder Österreich drastische Einschränkungen umgehend durchzusetzen begannen. Das Großherzogtum gehört, soweit der Autor die Entwicklung Luxemburgs im 19. Jahrhundert in medizin-hygienischer Sicht beurteilen kann, in die zweite Gruppe.

Ein Blick zurück in die Zukunft?

32 In den 1970er-Jahren formulierte der Mediziner Abdel R. Omran (1971) die vielbeachtete These vom „epidemiologischen Übergang“:⁶ Dem langen Zeitalter der Seuchen und Hungersnöte mit hohen und stark schwankenden Sterbeziffern der vorindustriellen Gesellschaften bis weit ins 19. Jahrhundert hinein, folgte demnach eine Periode sinkender Sterberaten, die auch durch den Rückzug von Pandemien begründet ist (*receding pandemics*). Sogenannte *human-crowd diseases* (wie Pocken, Masern, Scharlach) wandelten sich zu Kinderkrankheiten (vgl. Bähr 1992: 353 ff.). Auf weiterhin hohem Sterbeniveau und Ansteckungsrisiko stieg aber gleichzeitig die Überlebenschance und Lebenserwartung durch medizinisch-hygienische Fortschritte und eine zunehmend bessere Versorgungslage. Dieser Übergangsperiode folgten in den reichen Ländern *man-made diseases*, in Erweiterung der Konzeption von ‚Epidemie‘ verstanden als gesellschaftliche ‚Seuchen‘ wie Übergewicht, kardiovaskuläre Erkrankungen oder Autounfälle. Im Großherzogtum allein sind in den zwei Jahrzehnten des neuen Jahrtausends ca. 800 Personen bei Verkehrsunfällen ums Leben gekommen. Wie in fast jedem Industriestaat sind Herz- und Kreislauferkrankungen auch in Luxemburg die häufigste Todesursache; laut STATEC (2020) liegt der Anteil an den Todesfällen bei rund einem Drittel. Das ist der neue *background noise* der Wohlstandskrankheiten. Laut Robert Koch-Institut (RKI) hat die Grippewelle von 2017/18 allein in Deutschland 25 100 Menschen das Leben gekostet. Weltweit, so die Schätzung, liegt der grippeverursachte Mortalitätsüberhang (*excess mortality rate*) zwischen einer Viertelmillion und mehr als einer halben Million Todesfälle (Iuliano 2018), Dimensionen, die durchaus mit COVID-19 vergleichbar sind.

33 Was die Coronakrise ausgelöst hat, war der Schock im Angesicht der Aggressivität und des Tempos der globalen Verbreitung, und dass der ‚zivilisierte Westen‘ zunächst am stärksten davon betroffen war. COVID-19,

wie auch andere Grippeepidemien zuvor, wurden nicht zum Auslöser einer demografischen Krise wie vor der epidemiologischen Transition. Epidemien sind keine ‚Checks‘ mehr, wie es Thomas Robert Malthus (1766–1834) noch formulieren konnte. Die globale Demografie ist robust. Was die COVID-19-Krise eigentlich aufdeckt, ist die Fragilität der kapitalistischen Ordnung globaler Reichweite in einem Detail, das aber wesentlich und genauso konstitutiv für Kapitalismus als spezifische Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung ist wie Privateigentum an den Produktionsmitteln; Marktregulation von Produktion und Konsum; freie Lohnarbeit und Gewinnstreben. Das Hauptmerkmal und Leitprinzip, quasi das zweite Herzstück des Kapitalismus ist Zirkulation; rasanter Waren-, Personen- und Kapitalverkehr. Da Zeit Geld ist, darf es nicht liegen bleiben, weder gebunden in Ware auf Lager noch als thesaurierter Vermögenswert, sondern sein Multiplikatoreffekt muss durch die Geschwindigkeit im Austauschverkehr maximiert werden. Güterverkehr und Logistik sind heute als rollende Warenlager für die Just-in-time-Produktion der bedarfssynchronen Produktionswirtschaft konzipiert. Kein Puffer erwünscht. Bei Stilllegung des fragilen Kreislaufes im Zug der Coronakrise wurde schnell klar, dass die Reserven in allen Lebenslagen – von Freiberufler/-innen bis Industriearbeiter/-innen – dünn und ihr Fehlen bei einem längeren Infektionsschutz als Massenquarantäne (Lockdown) systemgefährdend wirkt.

34 Nicht einmal der Kapitalverkehr und das Börsengeschäft, von denen behauptet wird, dass sie „ort- und heimatlos“ seien, konnten sich der Realwirtschaft entziehen. Hier tritt die Verselbstständigung der Wirtschaft gegenüber der Gesellschaft, wie sie der in Wien geborene und ausgebildete Wirtschaftswissenschaftler Karl Polyani 1944 (1977) so eindrücklich als die „Great Transformation“ beschrieben hat, besonders deutlich zutage. Seuchen und Epidemien sind, um resümierend an den Anfang des Essays zurückzukehren, eben beides: eine pathologische Realität und eine soziale Konstruktion im Sinne der Lebensweise als menschengemachte Gesellschaftsform und ihrer Anfälligkeiten.

Literatur

1. Arrêté Grand-Ducal du 2 septembre 1900, portant publication de la convention sanitaire internationale de Venise du 19 mars 1897 et de la Déclaration additionnelle du 24 janvier 1900/ Großh. Beschluß vom 2. September 1900 [...] (Beschluss 1900). In: Mémorial du Grand-Duché de Luxembourg 48 vom 27. September 1900, S. 593 f. <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-1900-48-fr.pdf>.
2. Avis – Service sanitaire (1908). Tableau des maladies contagieuses observées dans les différents cantons. In: Mémorial du Grand-Duché de Luxembourg, Nr. 49 vom 25. August 1908. <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-1908-49-fr.pdf>.

3. Bähr, Jürgen/Jentsch, Christoph/Kuls, Wolfgang (1992): Lehrbuch der Allgemeinen Geographie. Bd. 9: Bevölkerungsgeographie. Berlin: de Gruyter.
4. Benedictow, Ole J. (2016): The Black Death and later Plague Epidemics in the Scandinavian Countries: Perspectives and Controversies. Berlin: de Gruyter.
5. Biraben, Jean-Noël (1975): Les Hommes et la Peste en France et dans les Pays européens et méditerranéens. 2 Bde. Paris: Mouton.
6. Bramanti, Barbara/Dean, Katharine R./Walløe, Lars/Stenseth, Nils Christian (2019): The Third Plague Pandemic in Europe. In: Proceedings of the Royal Society 286. <https://doi.org/10.1098/rspb.2018.2429>.
7. Bulst, Neithart (1989): Krankheit und Gesellschaft in der Vormoderne. Das Beispiel der Pest. In: Ders./Robert Delort (Hg.): *Maladie et Société (XII^e–XVIII^e siècles)*. Actes du colloque de Bielefeld, novembre 1986. Paris: Ed. du CNRS, S. 17–47. <https://pub.uni-bielefeld.de/download/1784543/2314478/OCT3922.pdf>.
8. Carpentier, Elisabeth (1962): Autour de la peste noire, famines et épidémies dans l'histoire du XIVE siècle. In: *Annales ESC* 17, H. 6, S. 1062–1092.
9. Fleck, Ludwik (2011): Denkstile und Tatsachen [1927]. In: Ders.: *Gesammelte Schriften und Zeugnisse*, hg. v. Sylwia Werner und Claus Zittel. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
10. Fleischhauer, Roby (2019): 3.546 Tote in nur zwei Jahren: 1865 suchte die Cholera Luxemburg heim. In: *Tageblatt vom 27. Juni 2019*. www.tageblatt.lu/headlines/3-546-tote-in-nur-zwei-jahren-1865-suchte-die-cholera-luxemburg-heim/?reduced=tru.
11. Gregor von Tours: *Libri octo miraculorum*. Buch VII: *Liber vitae patrum*, Nr. XVII (Nicetius).
12. Harbeck, Michaela et al. (2013): *Yersinia pestis*. DNA from Skeletal Remains from the 6th Century AD Reveals Insights into Justinianic Plague. In: *PLoS Pathogens* 9, H. 5. <https://journals.plos.org/plospathogens/article/file?id=10.1371/journal.ppat.1003349&type=printable>.
13. Harper, Kyle (2020): *Fatum. Das Klima und der Untergang des Römischen Reiches*, München: C. H. Beck.
14. Hecker, Justus Friedrich Carl (1832): *Der schwarze Tod im vierzehnten Jahrhundert. Nach den Quellen für Aerzte und gebildete Nichtärzte*. Berlin: Herbig.
15. *Herrenleben*, Sebastian Gottlieb (Hg.) (1752): *Sammlung Oesterreichischer Gesetze und Ordnungen, wie solche von Zeit zu Zeit ergangen und publiciret worden*. Wien: Trattner Universitäts-Buchdrucker 1752.
16. Iuliano, Danielle et al. (2018): Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. In: *The Lancet* 391, H. 10127, S. 1237–1330. [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)33293-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)33293-2/fulltext).
17. Keller, Marcel (2019): Von der Seuchengeschichte der Pest zu einer Naturgeschichte ihres Erregers. Neue Einblicke durch alte DNS. In: *Landschaftsverband Westfalen-Lippe/Museum für Archäologie* (Hg.): *Pest! Eine Spurensuche*. Darmstadt: wbG Theiss, S. 30–47.
18. Klein, Ira (1988): Plague, Policy and Popular Unrest in British India. In: *Modern Asian Studies* 22, H. 4, S. 723–755.
19. Knaff, Edmond (1930): Adam Chenot (Chenotus), 1721–1789. In: *Publications de la Section Historique de l'Institut Grand-Ducal de Luxembourg* 64, S. 203–314.
20. *Le Collège Médical 1818–1968* (1970). *Esch-sur-Alzette [Festschrift zum 150-jährigen Bestehen]*. www.collegemedical.lu/uploads/Presentation/doc/1_1_C%3%A9l%3%A9bration%20150%20ans%20Brochure%20r%C3%A9%3%A9dit%3%A9.pdf.

21. Le Roy Ladurie, Emile (1973): Un concept: l'unification microbienne du monde XIV^e–XVII^e siècles. In: Schweizer Zeitschrift für Geschichte 23, S. 627–696.
22. Massard, Josef A./Merk-Lauterbour, Monique (2018): Die Gemeinde Bettemburg in den Zeiten der Cholera. In: Geschichtsfrönn aus der Gemeng Beetebuerg (Hg.): Beetebuerg am Laf vun der Zäit. Bd. VII. Beetebuerg, S. 75–105.
23. Markel, Howard (2014): Worldly approaches to global health: 1851 to the present. In: Public Health 128, S. 124–128. DOI: 10.1016/j.puhe.2013.08.004.
24. McMillen, Christian W. (2016): Pandemics. A Very Short Introduction. Oxford: Oxford University Press.
25. McNeill, William H. (1976): Plagues and Peoples. Garden City (NY): Doubleday/Anchor.
26. Mengel, David C. (2011): A Plague on Bohemia? Mapping the Black Death. In: Past and Present 211, S. 3–34.
27. Mordechai, Lee/Eisenberg, Merle/Newfield, Timothy P./Izdebski, Adam/Kay, Janet E./Poinar, Hendrik (2019): The Justinianic Plague: An inconsequential pandemic? In: PNAS 116, H. 51, S. 2546–2554. <https://doi.org/10.1073>.
28. Omran, Abdel R. (1971): The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change. In: Milbank Memorial Fund Quarterly 49, H. 1, S. 509–538.
29. Osterhammel, Jürgen (2009): Die Verwandlung der Welt. Eine Geschichte des 19. Jahrhunderts. München: C. H. Beck.
30. Polanyi, Karl (1977): The Great Transformation. Politische und ökonomische Ursprünge von Gesellschaften und Wirtschaftssystemen [1944]. Wien: Europaverlag.
31. Robert Koch Institut (Hg.) (2011): Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten. Berlin 2011. <http://dx.doi.org/10.25646/3649>.
32. Signoli, Michel/Séguy, Isabelle/Biraben, Jean-Noël/Dutour, Olivier (2002): Paléodémographie et démographie historique en contexte épidémique. La peste en Provence au XVIII^e siècle. In: Population 57, H. 6, S. 821–847. www.cairn.info/revue-population-2002-6-page-821.htm#.
33. Snow, John (1855): On the Mode of Communication of Cholera. 2. Aufl. London: John Churchill.
34. STATEC (2019): Conditions de vie. <https://statistiques.public.lu/fr/conditions-sociales/index.html>.
35. Vasold, Manfred (2003): Die Pest. Ende eines Mythos. Stuttgart: Klett-Cotta.
36. Vasold, Manfred (2005): Art. „Zoonosen“. In: Werner E. Gerabek, et al. (Hg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin: de Gruyter, S. 1532–1534.

[1] Vgl. Report of the Indian Plague Commission. In: The British Medical Journal 1 (1902), H. 2157, S. 1093–1098.

[\[zurück zum Text\]](#)

[2] Beispielsweise das COVID-19-Dashboard des Center for Systems Science and Engineering (CSSE) an der Johns Hopkins University (Baltimore, USA). www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6.

[\[zurück zum Text\]](#)

[3] Vgl. πανδημία, pandēmía; siehe etwa den entsprechenden Artikel in: Der deutsche Wortschatz von 1600 bis heute (DWDS). www.dwds.de/r?corpus=dta;q=Pandemie.

[\[zurück zum Text\]](#)

[4] Ironisch vergleicht Goethe die modische Erscheinung des Sonettes und ihre grassierende Verbreitung mit einer ansteckenden Seuche (Kemp 2013: 86 ff.).

[\[zurück zum Text\]](#)

[5] Nach Fleck (2011) bestimmt der Denkstil, was innerhalb eines „Denkkollektives“ als wissenschaftliches Problem, evidentes Urteil oder angemessene Methode – als (vorläufige) Wahrheit gelte.

[\[zurück zum Text\]](#)

[6] Vgl. die Sonderausgabe von *Epidemiological Transitions – Beyond Omran's Theory in Global Health Action* vom Mai 2014 (DOI: 10.3402/gha.v7.24940).

[\[zurück zum Text\]](#)