

Hospitäler im deutschsprachigen Raum im Spätmittelalter als Unternehmen für die caritas - Typen und Phasen der Finanzierung

von Holger R. Stunz

Fragen an eine Wirtschafts- und Sozialgeschichte spätmittelalterlicher Hospitäler in der Stadt

Ich danke dem Herausgeber Michael Matheus (Rom) dafür, dass er diese im Rahmen eines Seminars im Jahr 1998 erarbeitete Studie in den Reigen der Vortragsergebnisse aufgenommen hat. Er hat diese Arbeit angeregt und engagiert begleitet. Mein Dank gilt weiterhin Achim Reinhardt (Baden-Baden) und Meike Hensel-Große (Mainz) für zahlreiche Hinweise. Christiane Grunz und Meik Kötter (Marburg) waren meine ersten Leser. Förderung wurde dieser Arbeit durch die Ewald-Hibbeln-Stiftung zu Teil, die durch Auszeichnungen wissenschaftlicher Arbeiten das Andenken ihres Stifters wahrt. gestifteten Zinse und die seiner Vorfahren sollten unter keinen Umständen veräußert werden, sondern auf ewig dem Lesen der Gedenkmesse sowie Armenspeisungen dienen. Falls diese Bedingungen nicht eingelöst würden, so musste der Spitalpfleger schwören, falle das gestiftete Vermögen an die Familie zurück. Der Stifter Johannes Groß aus Biberach bedingte sich gegenüber dem Hospital im Jahr 1349 vertraglich aus, was als selbstverständlich gelten sollte. [Anm. 1] Welche Praxis entwickelten Hospitäler, um ihr Vermögen gewinnbringend für die *caritas* ihrer Insassen und zum Heil der Stifter anzulegen und wie wurde die Fürsorge dauerhaft und nachhaltig gewährleistet? Dass Strategien der Kapitalisierung und Transformation von Stiftungen nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten praktiziert wurden, zeigt die Aufnahme dieser Klausel durch den Stifter Johannes Groß deutlich, der genau eine solche „Zweckentfremdung“ befürchtet zu haben scheint.

Dass nicht nur Gründungs- und Zustiftungen für die Versorgung der *pauperes* sorgten, [Anm. 2] sondern dass Spitalmeister und -pfleger ein breit gefächertes Repertoire an Zugewinnstrategien entwickelten, wurde in umfangreichen Studien zur Wirtschaftsführung einzelner Hospitäler belegt. [Anm. 3] Eine übergreifende Darstellung zu dieser Fragestellung fehlt bislang, wobei weniger die Variationsbreite der Finanzierungsmöglichkeiten als vielmehr die lang- und kurzfristigen Konsequenzen von Entwicklungstendenzen wie Verpfründung, Zentralisierung, Bürokratisierung, Kommunalisierung und Verbürgerlichung auf die Finanzierung zu untersuchen wären. Hier sollen modellhaft Überlegungen einer solchen Zusammenschau zur Diskussion gestellt werden.

Nicht allen Hospitälern liegen die gleichen Strukturen, Wirtschaftsweisen und Funktionen im Gefüge mittelalterlicher Gemeinschaften zu Grunde. Unterschiede in der ökonomischen Verwaltung hatten nicht nur Folgen für die Institutionen, sondern für die Stadt oder den sonstigen Wirkungsbereich des Hospitals. Insofern ist das Hospital ein Indikator und Kristallisierungspunkt spätmittelalterlicher

Stadtgeschichte. Wenn städtische Hospitäler – und solche sollen hier im Mittelpunkt stehen – zur Finanzierung kommunaler Aufgaben herangezogen wurden, wenn sie Bankfunktionen übernahmen oder auf dem Pfründen- oder Immobilienmarkt auftraten, so hatte das Rückwirkungen auf die Substanz und Stabilität der Institutionen. Dass Fürsorge in manchen Städten in der Frühen Neuzeit zum Problem für die Stadtherren wurde, hat nicht selten mit „Strukturdefekten“ der Hospitäler zu tun, die in ihrem Engagement zur Absicherung von *caritas* Risiken eingegangen waren oder eingehen mussten. [Anm. 4]

Um diese Überlegungen systematisch verfolgen zu können, muss nach Größe von Stadt und Hospital, nach verschiedenen Entwicklungsstufen sowie nach dem lokalen Umfeld differenziert werden.

Ausgangspunkt dafür sind die in der Forschung entwickelten Einteilungsraster. Darauf aufbauend sollen Kategorien entwickelt werden, die es ermöglichen, Hospitäler in ihren spezifischen Funktionen zu unterscheiden und ihre ökonomische Handlungsfähigkeit einzuschätzen. Nachdem vier Typen von Hospitälern vorgestellt worden sind, soll darauf aufbauend ein Phasenmodell entwickelt werden, das zum Verständnis dafür beitragen soll, warum Hospitäler ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit verloren, während andere Hospitalstiftungen bis heute zur Sicherung der *caritas* beitragen.

Diese Modellbildung zielt nicht auf die Abbildung von Realität; vielmehr soll sie helfen, Entwicklungen der Fürsorgeinstitutionen zu verstehen und die Variationsbreite der Hospitäler nach ihren Funktionen zu unterscheiden – kurz: es soll ein Koordinatensystem entwickelt werden. Auch wenn grundsätzlich von Mischformen und Phasenverschiebungen auszugehen ist, ermöglichen Schematisierung und qualitativer Vergleich eine Hypothesenbildung, die für die Untersuchung von Einzelbeispielen anregend sein kann. [Anm. 5] Grundlagen des Schemas sind Beobachtungen an einzelnen Hospitälern in ihrem Kontext, sind folglich bereits in der Forschung aufgearbeitete Einzelfälle. [Anm. 6]

Dass Hospitäler als Banken, als städtische Finanzreservoirs, als Betreiber von Mühlen, Marktständen, Badestuben und Gastwirtschaften auftraten, erstaunt angesichts des regelmäßig erneuerten Zinsverbots oder anderer ethischen Normen. [Anm. 7] Es fällt schwer, nicht Mechanismen heutiger Wirtschaftspraktiken im „Großunternehmen Hospital“ wiedererkennen zu wollen, Parallelisierungen haben seine gewisse Suggestivität. Viel zu sehr verbinden sich jedoch wirtschaftliche Strategien mit tief religiösen Motiven. Letztlich diente das Wirtschaften der Hospitäler nicht der Gewinnmaximierung, sondern kam dem Willen der Stifter nach, die ihr diesseitiges Kapital dem Hospital übergaben, um im Jenseits davon zu profitieren, wie es sich auch Johannes Groß gewünscht haben mag. Inwiefern Hospitäler Agenturen – regelrechte Unternehmen – von *caritas* waren, soll im Folgenden sondiert werden.

Die Systematisierung der Hospitallandschaft

Jede Studie, die sich einem einzelnen Hospital widmet, muss den eigenen Gegenstand im kommunalen Umfeld situieren. Die Forschung hat dafür bereits aus verschiedenen Fragestellungen heraus mehrere

Kategorisierungsmerkmale herausgearbeitet: [Anm. 8] Siegfried Reicke, der Hospitäler aus rechtsgeschichtlicher Perspektive analysiert, unterscheidet altklösterliche, altstiftische, bruderschaftliche und ritterlich organisierte Hospitäler, wobei er jeweils frühe und späte Gründungen trennt und einen Einschnitt um das Jahr 1200 ansetzt. [Anm. 9] Diese institutionelle und chronologische Einteilung der Hospitalgeschichte kann als grundlegend gelten. So wenig Sinn es macht, mit Reicke vom „deutschen Hospital“ zu sprechen, so greifen auch Dieter Jetters „europäische Hospitaltypen“ zu kurz. Er unterscheidet lediglich Mönchsspitäler von bischöflichen und bürgerlichen und geht über Reickes Typologie nicht hinaus. [Anm. 10]

Seigel hat eine differenziertere Typologie der Hospitäler im württembergischen Raum entwickelt. [Anm. 11] Dabei unterscheidet er eine Gründungsperiode bis 1280 und darauf folgende Stagnationsphasen. Sein Hauptkriterium ist die politische Abhängigkeit von den jeweiligen Kommunen. Als Pole stellen sich für ihn das ausschließlich kommunale und das gänzlich herrschaftlich ausgerichtete Hospital dar. Davon ausgehend versucht Seigel die über fünfzig württembergischen Hospitäler zu gruppieren. Auch Berroth stellt seiner Arbeit über das Nürtinger Spitalwesen eine Systematik voran: Er skizziert anhand der Typologie von klösterlichem, stiftischem, bruderschaftlichem, bürgerlichem und den Spitälern der Orden Entwicklungsstränge der Hospitalgeschichte. [Anm. 12] Ulrich Knefelkamp stellt neben den Trägern und der Chronologie die Funktionen der Fürsorgeeinrichtungen in den Mittelpunkt. Dabei verwendet er einen offenen Hospitalbegriff. Er unterscheidet Klosterspitäler, stiftische Fürsorgeeinrichtungen und die der Orden von Pilgerherbergen, bruderschaftliche Hospitäler und Armenhäuser. [Anm. 13]

Leproserien, Pest- und Blatterhäuser kommen in keiner der Typisierungen explizit vor, müssen aber – obwohl bisher unzureichend untersucht – in eine wirtschaftliche Betrachtung integriert werden, weil Verpfändung, Kommunalisierung und die Entwicklung von Bankfunktionen auch dort zu konstatieren sind. [Anm. 14] Auch Passhospitäler, Herbergen sowie andere Institutionen der caritas wie Beginenhäuser, Armenbretter und Gotteskästen weisen zum Teil andere strukturelle Voraussetzungen auf; ihre Integration in typologische Überlegungen um eine Wirtschafts- und Sozialgeschichte des Hospitals wäre wünschenswert, ist aber angesichts der unzureichenden Quellen- und Forschungslage hier nicht zu leisten. [Anm. 15]

Die Qualitäten der Hospitäler, ihre Größe, ihre ökonomischen Grundlagen, Konkurrenzdispositionen, politische Instrumentalisierung und ökonomische Handlungsstrategien bleiben bei den soeben skizzierten Modellen ausgeklammert. [Anm. 16] Die ökonomische Dimension der caritas im Hospital sollte in ein Koordinatensystem zur Hospitalgeschichte integriert werden. Nur unter Zuhilfenahme eines Bündels an Kriterien kann gewährleisten werden, der Komplexität der Hospitallandschaft annäherungsweise gerecht zu werden.

Entwicklung von Schlüsselkriterien

Wie viele Insassen hat ein Hospital und tragen Pfründner zur Finanzierung bei? Die Größe eines Hospitals, verstanden als Anhaltspunkt für Einnahmen und Ausgaben, lässt auf die Möglichkeiten für das ökonomische Handeln schließen. Wie viele Stifter kann ein Hospital weiterhin an sich binden und wie sind ihre Stiftungen beschaffen? Dabei spielt auch deren soziale Herkunft eine entscheidende Rolle. [Anm. 17] Hospitäler konnten im Untersuchungszeitraum zwischen vier und 120 *pauperes* aufnehmen, denen die Erlöse aus den entsprechenden Stiftungen zu Gute kamen. Wenn bis zu 130 Pfründner in einem Haus mit den Insassen zusammenleben, kann man mit Berger von einem „*Großhaushalt*“ sprechen, der erhebliche finanzielle Mittel beanspruchte. [Anm. 18] Die durchschnittliche Bewohnerzahl eines Hospitals um 1400 wird in der Forschung auf 40 bis 60 Personen beziffert. [Anm. 19] Einrichtungen wie in Nürnberg, Lübeck, Augsburg, Ulm und Biberach stehen mit über 200 Insassen vor anderen Aufgaben als ein Hospital mit lediglich sechs Insassen. [Anm. 20] Entscheidend ist hierbei nicht nur die Größe an sich, sondern auch, ob die Quote der einkommenden Stiftungen und Erlöse zur Kostendeckung ausreicht, ob letztlich eine Über- bzw. Unterfinanzierung vorliegt. [Anm. 21]

Auch rein äußerlich unterscheiden sich Hospitäler in ihrer Größe und repräsentativen Wirkung. Manche unterhalten zudem Badestuben, Wirtschaftshöfe, Vorratshäuser und andere Nebengebäude, manche fallen im Stadtbild kaum auf, wenngleich Städte ihre kommunalen bzw. verbürgerlichten Hospitäler oft auch zu repräsentativen Anlagen ausbauten. [Anm. 22] Einhergehend mit der Attraktivität für Stifter ist auch die kultische Zentralität von Bedeutung: Je nach Patrozinien und Reliquienverehrung können Hospitäler Aufmerksamkeit auf sich vereinen und ihr Stiftungsaufkommen entsprechend erhöhen. Die Größe eines Hospitals als Kriterium ist immer auf das lokale Umfeld zu beziehen. Wie sieht dabei die Funktionsverteilung innerhalb einer Stadt aus? Gibt es mehrere „*Großhospitäler*“, welche Folgen hat beispielsweise die Ansiedelung eines Ordenshospitals für andere Fürsorgeeinrichtungen? Nicht zuletzt politische Entscheidungen sind Auslöser für den Funktionswandel verschiedener Hospitäler innerhalb der Stadt. Wenn Städte Hospitäler kommunalisieren oder die Verpfändung beschleunigen, [Anm. 23] wenn ein Bischof sich ein Denkmal setzen will oder ein Großkaufmann ein Hospital stiftet, hat das Auswirkungen auf die lokale Hospitallandschaft und Einfluss auf die Größe, die somit nicht nur quantitativ zu verstehen ist.

Der Umfang der Eigenwirtschaft im Vergleich zu anderen Einkünften ist der zweite signifikante Faktor, um Hospitäler in ihren Wirtschaftsfunktionen charakterisieren zu können. Dabei sind Eigenwirtschaft und Größe nicht von vornherein als proportional anzusehen. In Hamburg oder Köln sind die Einnahmen, unter denen auch Naturalabgaben wie Küchengefälle subsumiert werden sollten, prozentual betrachtet niedrig, während sie in Esslingen, Memmingen oder Lindau viel höher zu veranschlagen sind. [Anm. 24] Hier spielen auch Mentalitätsunterschiede beim Umgang mit immateriellen Gütern eine ausschlaggebende Rolle. Wie Brigitte Pohl-Resl festgestellt hat, sind in communal geleiteten Hospitälern in Großstädten Erfahrungen aus Fernhandel und Kreditwesen zu

konstatieren. [Anm. 25] Die Bedeutung von Naturalabgaben für Groß- und Mittelstädte sollte aber nicht unterschätzt werden.

Je nach Qualität und Quantität der Eigenwirtschaft kann im Hospital über Bedarf produziert werden. Erlöse aus dem Verkauf von Holz, Wein, Vieh oder Getreide machen zum Teil erhebliche Teile des spitalischen Gesamthaushalts aus und werden oft in Geldgeschäfte in der Absicht „reinvestiert“, um sich vor wirtschaftlichen Krisen wie Kriegs- oder Hungersnotperioden abzusichern. [Anm. 26] Auch die Qualität der Eigenwirtschaft und der regelmäßigen Naturaleinkünfte ist strukturprägend: Wenn besonders hochwertige Güter wie Wein oder Sonderkulturen nicht nur den Bedarf der pauperes und Pfründner decken, sondern überschüssige Waren auch auf dem Markt gute Preise erzielen, sind Hospitäler mit einer ausgewogenen und qualitativ hochwertigen Eigenwirtschaft überlegen. Wenn sie zudem arrondiert und ausdifferenziert ist, bedeutet das Vorteile gegenüber den Hospitälern, die „Monokulturen“ oder starken Streubesitz aufweisen und wegen der defizitären Eigenwirtschaft sogar Produkte hinzu kaufen müssen. Der Weinbesitz vieler norddeutscher Hospitäler zeigt jedoch beispielhaft, dass diese qualitativen Unterschiede nicht auf landschaftliche Differenzen zu reduzieren, sondern auf vorausplanendes ökonomisches Handeln zurückzuführen sind. [Anm. 27]

Zu institutionsinternen Kriterien kommen exogene Faktoren hinzu: Je nach Trägerschaft besteht eine Abhängigkeit von anderen Institutionen. Werden Hospitäler von Kommunen vereinnahmt, so hat das Folgen: Nicht nur Verpfändung und Bürokratisierung nehmen dann zu, Hospitäler werden vielmehr als Kapitalreservoirs attraktiv für Kommunen. Sie werden beispielsweise in die Vorrats- oder Finanzpolitik der Städte eingebunden; manche haben für die Erschließung neuer Quartiere für den Stadtausbau zu sorgen wie beispielsweise in Trier. [Anm. 28] Auch Abfallbeseitigung, städtische Fuhr- und Fährdienste sowie die Versorgung der städtischen Bediensteten – allesamt auch im weitesten Sinne soziale Aufgaben – können einem Hospital durch die Kommune zugemutet werden. [Anm. 29] Das Ulmer Spital zahlte sogar die städtischen Beiträge zum Schwäbischen Bund, das Nürtinger finanzierte den kommunalen Gotteskasten zu erheblichen Teilen. [Anm. 30] Schnell haben sich viele Städte bei „ihren“ kommunalisierten Hospitälern verschuldet und sie an den Rand der finanziellen Selbstständigkeit gebracht, weil Erlöse aus Stiftungen und Eigenwirtschaft zweckentfremdet und politisch instrumentalisiert werden. [Anm. 31] Wenn ein Hospital in stiftischer oder bischöflicher Regie geführt wird, gehen diese Begehrlichkeiten nicht so weit. Dass die Orden „Zahlmeister“ ihrer Hospitäler gewesen seien, ist von der Forschung am Beispiel Markgröningens widerlegt worden. Lediglich 12 % der Einnahmen stammten aus Mitteln des Ordens, der Rest musste durch eine gut organisierte Eigenwirtschaft gewährleistet werden. [Anm. 32] Die Rolle von Zünften und Bruderschaften als Trägerinstitutionen von Hospitälern ist in der Forschung noch nicht ausreichend thematisiert worden. Beispiele wie die Kooperation von Gewandschneiderzunft und Bischof zur Finanzierung eines Hospitals in Magdeburg zeigen, dass caritas auf vielfältige Art und Weise finanziert werden konnte [Anm. 33] – der institutionelle Rahmen, Instrumentalisierungsversuche bzw. deren Ausbleiben sollten Folgen haben. Die

Funktionsteilung von Hospitälern mit anderen Fürsorgeeinrichtungen vor Ort ist ein weiterer Faktor. [Anm. 34] Wenn Hospitäler auch als Banken in Erscheinung treten, muss beachtet werden, welche anderen Gruppen bereits auf dem Kapitalmarkt aktiv waren bzw. welche Rolle einzelnen Hospitälern und anderen geistlichen Institutionen zukam. Gibt es beispielsweise eine Bank vor Ort, die den Bedarf stimulierte? Welche Personengruppen leihen sich dort Geld, welche Gruppen sprechen bei Hospitälern vor? Im süddeutschen Raum gab es schon im 15. Jahrhundert ein Netz von Banken, in Hamburg ist die erste Bank im modernen Verständnis erst im 17. Jahrhundert nachweisbar – dies machte einen Unterschied. [Anm. 35] Welche Aufgabenteilung gab es weiterhin zwischen Lombarden, Kawertschen, Juden und den Hospitälern? Das Ulmer Spital der Reichen Siechen trat nicht zufällig kurz nach Judenpogromen erstmals als Kreditinstitution in Erscheinung. [Anm. 36] Auch Orden, Klöster und Städte traten auf dem städtischen Finanzmarkt als Anbieter auf. Welche Rolle Hospitäler in diesem Geflecht spielen, ist noch an keinem Beispiel systematisch untersucht worden, weil die Quellenlage gerade für solche Fragestellungen zumeist zu wenig aussagekräftig ist. Dass die überregionale Bedeutung von Hospitälern als Kreditinstitutionen nicht zu unterschätzen ist, zeigt sich am Beispiel Stralsunder Kleriker, die in Freiburg/Br Kapital anlegten, weil sie dort gute Bedingungen vorfanden. [Anm. 37]

Dass Stadtgeschichte und Hospitalgeschichte nicht zu trennen sind, zeigen auch andere Faktoren, welche die Wirtschaftsstruktur von Hospitälern prägen konnten wie Armut, Epidemien, Besonderheiten in der Agrarwirtschaft, politische Instabilität aber auch wirtschaftliche Prosperität, die ihrerseits viele Arme an der Schwelle zur Neuzeit in die Stadt lockte. Der Stifterwille unterscheidet diese Armen zunehmend von den unverschuldet in Not geratenen Mitbürgern der eigenen Stadt. Dass diese sozialen Abgrenzungsprozesse auch im Ökonomischen Ursachen und Folgen hatten, zeigt sich besonders bei Berücksichtigung der anderen Schlüsselkriterien, die im Folgenden in vier Typen gebündelt werden sollen.

Vier Hospitaltypen mit unterschiedlicher ökonomischer Struktur in der Stadt

Kleine Hospitäler des hier zu skizzierenden Typ I finden sich im ländlichen Raum genauso wie in der Stadt. Die Anzahl der Insassen überschreitet selten 15 bis 20; Pfründner werden zwar aufgenommen, sind aber nicht unabdingbar für das Überleben der Institution. [Anm. 38] Das Stiftungsaufkommen ist entsprechend der sozialen Herkunft der Stifter gering, jedoch ein stetig stabilisierender Faktor. Vor allem Grundstücke und Küchengefälle sowie Barvermögen dienen der Gewährleistung des Hospitalbetriebs. [Anm. 39] Immobilienbesitz ist in diesen Fällen nicht über den Eigenbedarf hinaus zu verzeichnen. Die Eigenwirtschaft ist ausreichend, Überschüsse aus dem Verkauf von Lebensmitteln fallen nicht in nennenswertem Umfang an. Die bewirtschafteten Flächen befinden sich in der Nähe des Hospitals, verzweigter Streubesitz ist selten, da er auch immer mit rechtlichen Anstrengungen gesichert werden muss.

Neben Stiftungen spielt der Zehnte für diese kleineren Hospitäler eine große Rolle. [Anm. 40] Die Attraktivität für Kommunen, sie zu übernehmen, ist vergleichsweise gering. Gleich ob stiftisch oder bruderschaftlich oder von einem Orden getragen, diese Hospitäler bleiben zumeist bis in die Neuzeit hinein unabhängig. Immobilien- oder Rentenhandel werden nur im Ausnahmefall betrieben. [Anm. 41] Bankfunktionen üben diese Hospitäler nachweislich nur für gewisse Gruppen aus: für Kleinhändler und Angehörige niedriger sozialer Schichten. Kredite werden zumeist als Naturalkredite vergeben. [Anm. 42] Diese *Kleinhospitäler* können aus ihren traditionellen und überschaubaren Positionen heraus eine erstaunliche Kontinuität und Funktionsfähigkeit entfalten und stabilisieren auf diese Weise Teile des städtischen Sozialgefüges.

Das *Mittelhospital* mit Bankfunktion muss sich von der Größe nicht wesentlich vom Typ I unterscheiden. Das Stiftungskapital ist von anderer Qualität, denn es besteht zum Teil aus Renten, Immobilien oder ähnlichen Kapitalformen. Pfründner spielen eine größere Rolle – bis zu 20 % der Gesamteinnahmen kommen aus diesem Bereich. [Anm. 43] Die agrarwirtschaftliche Grundlage unterscheidet sich von der des Typ I durch die größere Vielfalt von Anbaukulturen und die Erwirtschaftung von Überschüssen; die Erlöse aus dem Verkauf werden Gewinn bringend angelegt. [Anm. 44] Die proportional zur Insassenzahl höhere Ertragslage sorgt für Stabilität und ermöglicht auch, dass Kapitalbedürfnisse von Handwerkern oder Winzern gedeckt werden können. [Anm. 45] Darüber hinaus findet kein planvoller Immobilienhandel statt; die Spekulation mit Renten übersteigt die finanziellen Möglichkeiten der Hospitäler dieses Typs.

Die Konkurrenz zu kreditgebenden Institutionen ist mit Ausnahme anderer Hospitäler und Klöster gering. Wirtschaftliche Strategien sind nur ansatzweise zu erkennen. Als Immobilienbesitzer mit regelmäßigen Einnahmen einer qualitativ hochwertigen Eigenwirtschaft sind sie Garanten für Anleger, wecken aber auch Begehrlichkeiten von Seiten der Kommunen. [Anm. 46] Im Gegensatz zu Typ I werden Stifts- oder Ordensspitäler dieses Typs oft von Kommunen für Finanzierungsaufgaben instrumentalisiert, besonders, wenn ein Hospital das einzige innerhalb einer Stadt ist. Im bescheidenen Rahmen ist das Hospital dieses Typs auch Darlehenskasse. [Anm. 47] Als „Transmissionsriemen“ zwischen Stadt und Umland sowie als Arbeitgeber erfüllt dieses Hospital auch soziale Funktionen. [Anm. 48]

Der dritte Hospitaltyp befindet sich meist in Mittelstädten, kann aber auch in größeren Orten einen Platz im komplexen Versorgungsgeflecht der Stadt einnehmen. Ist Typ II nur wenig größer als der erste, so bewegt sich die Zahl der Insassen hier zwischen 30 und 60. Die Einrichtung ist auf eine Anzahl potenter Pfründner angewiesen. [Anm. 49] Die soziale Position der Stifter unterscheidet sich von den beiden anderen Typen deutlich (zu beachten ist auch die Sozialtopographie; kultische Zentralität kann bereits eine Rolle spielen).

Die Eigenwirtschaft ist umfangreich, breit gefächert und sichert die Versorgung der *pauperes*, kann aber nicht in hohem Maße für Überschüsse sorgen wie bei Typ II, so dass in Krisenzeiten Viktualien hinzugekauft, Stiftungen und Immobilien auf dem Markt kapitalisiert werden müssen. [Anm. 50] Vermietung von Grundbesitz, das Betreiben von Badestuben und Windmühlen, öffentlicher Weinausschank und Rentenhandel sind zusätzliche Möglichkeiten, um die Einnahmen des Hospitals zu „diversifizieren“ und von der Bindung an die Eigenwirtschaft zu lösen. [Anm. 51] Auch der Kauf von Zehnt- und Gerichtsrechten soll Stabilität und Schutz vor Krisen gewährleisten. [Anm. 52] Um diese Operationen zu bewerkstelligen, muss geschultes Personal Strategien entwickeln, um die Einkünfte des Hospitals auf mehrere Säulen zu stellen; dabei ist eine komplexere Rechnungsführung nötig. [Anm. 53] Das ursprüngliche Stiftungskapital bleibt in Bewegung und wird bewusst von der traditionellen Stiftungsform abgekoppelt und in anderen Bereichen eingesetzt. Diese Praxis brachte Johannes Groß aus dem Eingangsbeispiel zu seinem Vertrag mit dem Hospitalpfleger.

Es ist die Regel, dass beträchtliche Summen am Rentenmarkt angelegt oder an andere Institutionen verliehen werden. Zielgruppe für Kredite sind nicht mehr Handwerker, Naturalkredite sind eher selten. [Anm. 54] Kaufleute, adelige Funktionsträger und Kommunen nehmen dieses *diversifizierte Hospital* in Anspruch, weil es Stabilität verspricht und Kapitalbedürfnisse bedienen kann. Es ist allerdings dazu prädestiniert, in den Einfluss einer Kommune zu gelangen. Selbstverteidigung und Repräsentation zwingen viele Städte, Hospitäler in ihren Einflussbereich zu bringen und sie zu Agenturen kommunaler Interessen zu machen. [Anm. 55] Personelle Verflechtungen mit der Kommune und ihrer Trägerschicht stellen sich ein, der Hospitalausschuss wird zum „Karrieresprungbrett“ für neue Eliten. [Anm. 56] Wenn sich Städte verschulden und dem Hospital für Krisenzeiten notwendige Überschüsse abschöpfen, drohen die Hospitäler langfristig, ihre ökonomische Leistungsfähigkeit, ihre eigenständige Finanzierungsbasis, zu verlieren. Sind es vor allem politische Instrumentalisierungen wie Verschuldung, Bevorratungszwang oder Infrastrukturerschließung, die das ursprüngliche finanzielle Gleichgewicht stören und auf lange Frist sogar sprengen können, [Anm. 57] neigen Hospitäler, die sich stärker mit immateriellen Anlageformen absichern wollen dazu, sich abhängig zu machen. Bleiben die ökonomisch voll diversifizierten Hospitäler in der Trägerschaft von Orden oder Stiften, sind auch hier Kontinuitäten und ein Bestehen bis in die Frühe Neuzeit möglich.

Erst das im Zinsgeschäft engagierte *Großhospital*, das im Kern alle Charakteristika von Typ III aufweist, allerdings auf einer anderen Qualitätsstufe steht, bringt das Verhältnis von soliden materiellen Einkünften zu anderen Einnahmestrategien ins Wanken. Die größten Hospitäler von Nürnberg, Wien, Köln, Straßburg, Biberach und Hamburg können beispielsweise diesem Typ zugeordnet werden. [Anm. 58] Diese Einrichtungen sind die bedeutendsten vor Ort und prägen die Hospitallandschaft der Städte, in denen aber je nach Größe noch weitere Spitäler vom Typ III bestehen können. Sie basieren meist auf einer prominenten Ausgangstiftung und werden sukzessive ausgebaut, wobei Schenkungen und Stiftungen noch eine gewichtige Rolle spielen können. [Anm. 59] Pfründner, deren Zahl fünfzig

überschreiten kann, sind eine wichtige Einnahmequelle, aber auch ein dauerhafter Kostenfaktor. [Anm. 60]

Die Eigenwirtschaft ist umfangreich und differenziert, Weinberge in den besten Lagen und Streubesitz werden ökonomisch verwaltet. Im Vergleich zur Insassenzahl sind die Erträge aus diesen Besitzungen hingegen unterdimensioniert. [Anm. 61] Für die Versorgung mit Lebensmitteln sind nicht nur bei Engpässen Zukäufe nötig, um den Eigenbedarf zu decken. Verkäufe aus verschiedenen Bereichen der Eigenwirtschaft sind üblich, machen aber keinen so großen Anteil aus wie bei Typ II und III. Stifter und Pfründner sind zu großem Teil Angehörige der städtischen Eliten, für die eine Dotation eine Prestigefrage darstellt. Besitzt ein Hospital Reliquien und wird somit zum Ort religiöser Verehrung, zahlt sich die kultische Zentralität auch in höheren Einnahmen des Hospitals aus. Die Hospitalleitung muss differenzierte ökonomische Kompetenzen beweisen, um diesen diversifizierten Großbetrieb versiert führen zu können. Finanzielle Konzepte und regelrechte finanzpolitische Strategien sind nicht nur zur zusätzlichen Absicherung der Hospitäler nötig, sondern notwendiger Teil des wirtschaftlichen Überlebens. [Anm. 62] Ohne Einkünfte aus Renten und Immobilienspekulation kann eine Aufrechterhaltung der *caritas* nicht mehr gewährleistet werden. Am Beispiel Hamburgs ist belegt, wie Geld aus dem zusammenbrechenden Rentenmarkt unter großen Verlusten in Immobilienbesitz umgeschichtet wurde – das Hospital war noch Jahre später ökonomisch labil, auf externe Unterstützung und intern auf Sparmaßnahmen angewiesen. [Anm. 63] Auch in Mainz zeigt sich eine hohe Mobilität der Geld- und Rentenstiftungen, die in bestimmten Straßenzügen in Immobilien zur Vermietung angelegt wurden; auch kurzfristige Immobilienspekulation ist nachweisbar. [Anm. 64] Das Engagement im Rentengeschäft ist für manche Hospitäler dieses Typs existentiell. Als durch exogene Faktoren die Mietpreise nachgeben, müssen neue Pfründner aufgenommen werden. [Anm. 65]

Hospitäler profitieren von der Vergeldlichung von Stiftungsleistungen, machen sich dadurch aber auch anfällig. Manche Hospitäler sehen sich sogar ihrerseits gezwungen, Geld auf dem Kapitalmarkt aufnehmen zu müssen. Ob diese Großhospitäler überhaupt Kreditbedürfnisse von Handwerkerschaft und kleinen Kaufleuten stimulieren, ist wenig wahrscheinlich, da andere Institutionen auf dieses Klientel spezialisiert waren wie beispielsweise Hospitäler von Typ II und III. Dafür haben sich die Großhospitäler an der Finanzierung von Kriegszügen, der Finanzierung von Krediten für Bischöfe und Hochadelige sowie Großkaufleuten beteiligt. [Anm. 66] Die ökonomischen Verflechtungen waren überregional. Diese Hospitäler befanden sich in Konkurrenz zu Bankhäusern, Lombarden und jüdischen Financiers. [Anm. 67] Zahlreiche Hospitäler dieses Typs werden in kommunaler Trägerschaft gegründet bzw. mit vielfältigen Mitteln kommunalisiert. Versorgung und Quartiererschließung sowie Verteidigung der Stadt sind Aufgaben, zu denen auch die Hospitäler eingespannt werden konnten.

Kaufmannsmentalität spiegelt sich auch hier in der komplexen Rechnungs- und Haushaltsführung wider. [Anm. 68] Mehrere Hospitalpfleger waren für die vielfältigen Geschäfte zuständig; sie müssen

hochqualifiziert sein und kommen zumeist über kommunale Institutionen oder Handelshäuser zu einer Tätigkeit für ein Hospital. [Anm. 69] Hospitalmeister sind persönlich für den Erfolg verantwortlich und haften bisweilen – man hatte anscheinend schlechte Erfahrungen gemacht – mit ihrem Vermögen. [Anm. 70] Erträge aus dem Investitionskapital der Pfleger und Meister wurden als Stiftung für die Bildung religiösen Kapitals im Jenseits reinvestiert. Manche dieser „Manager der caritas“ haben selbst umfangreiche Einlagen im Hospital. Auch was die Hospitalleitung angeht, wird bei diesem Typ eine neue Qualität erkennbar: Die zunehmende Diversifikation und hektisch anmutende ökonomische Aktivitäten erreichen nicht immer das Ziel der Stabilisation der Hospitäler und zeitigen langfristig sozial problematische Konsequenzen.

Diese abstrakten Modelle weisen noch keine zeitliche Zuordnung auf und beschreiben idealiter einen Zustand um das Jahr 1450; mit Phasenverschiebungen ist hierbei freilich zu rechnen. Die Typen III und IV mit ihren ökonomischen Charakteristika haben sich beispielsweise erst im 14. Jahrhundert ausgeprägt und weisen viele Merkmale erst im späten 15. Jahrhundert auf. Wegen dieser Unzulänglichkeiten sollen in einem Phasenmodell zentrale Weichenstellungen und Entwicklungslinien in der spätmittelalterlichen Hospitalgeschichte herausgearbeitet werden. Auf diese Weise kann im Koordinatensystem der Hospitallandschaft eine zweite Dimension hinzugefügt werden. Ausgangspunkt soll nicht die häufig herangezogene Zeit des Xenodochiums sein, sondern die „spitalische Sattelzeit“ um 1200. [Anm. 71] Manche Strukturen und Praktiken haben sich auch über das 16. Jahrhundert hinaus bis in das 19. Jahrhundert erhalten.

Phasenmodell von ca. 1200 bis ins 16. Jahrhundert

Die Stiftungsphase

In seiner Morphologie der Stadt konstatiert Richard Sennett das Aufkommen von zahlreichen Einrichtungen der Armen- und Krankenpflege. Seit dem frühen 13. Jahrhundert prägen diese Institutionen europäische Städte und sind Stein gewordene Zeugnisse für die Sorge um die Körper der *pauperes* und der Gesellschaft als ganzer. [Anm. 72] Die Zeit um 1200, in die sehr viele Gründungen fallen, ist durch Bevölkerungszunahme, steigende Nachfrage sowie soziale Zuspitzung geprägt. [Anm. 73] Hospitalgründungen können auch als Resultate dieser Entwicklungen interpretiert werden. Ältere Hospitalanlagen werden zu klein und machen Neubauten und „Umgründungen“ an anderen Orten innerhalb der Stadt nötig. Zu dieser Zeit gründen insbesondere Adelige und Angehörige städtischer Eliten Hospitäler, um sozialen Fehlentwicklungen in den wachsenden Städten mit einer verstärkten Armenfürsorge zu begegnen. Am Anfang steht zumeist eine prominente umfangreiche Ausstattungsstiftung, [Anm. 74] die den Betrieb gewährleisten soll und oft auch den Bau eines Hospitalgebäudes ermöglicht. [Anm. 75] Ihre Qualität und der Umfang bestimmen die wirtschaftliche Grundstruktur mit. Im Gefolge dieser Ausstattungsstiftung erfolgen weitere umfangreiche Zustiftungen; sie bestehen aus Grundstücken und Rechten, jährlichen Einnahmen, mit denen das Hospital teilweise für

Jahrhunderte rechnen konnte. [Anm. 76] Hier ist auf den zündenden Titel von Brigitte Pohl-Resls Arbeit zu verweisen: „Rechnen mit der Ewigkeit“. Meist handelt es sich dabei um Einnahmen aus der Eigenwirtschaft, von Weingärten, von Getreide und Vieh oder aus dem Holzverkauf. [Anm. 77] Aber auch andere Einkünfte wie so genannte Küchengefälle, Naturalabgaben für den Verzehr wie Eier, Hühner oder eine fixierte Menge Brennholz oder Öl, sind für diese Phase typisch. [Anm. 78] Auf diese Einkünfte konnte sich das Hospital bei rechtlicher Klarheit verlassen und diese den *pauperes* zugute kommen lassen.

In dieser Phase haben Stiftungen eine zentrale, fast dominante Bedeutung. [Anm. 79] Sie statten das Hospital zunächst mit Kapital aus, um eine Institutionalisierung zu ermöglichen. [Anm. 80] Stiftungen erfolgen aber nicht nur in Form von Natural-, sondern auch Geldleistungen. Besonders beeindruckend ist die rege Stiftertätigkeit, die sich in Regensburger Bürgertestamenten spiegelt. [Anm. 81] Dieses Kapital wurde genutzt, um solange weitere Wirtschaftsflächen zu erwerben bis die Versorgung des Hospitals mit Viktualien gewährleistet war. Diese Phase ist laut Ulrich Knefelkamp für die Hospitäler von „starker Vermögenszunahme“ geprägt. [Anm. 82] Auch Rechte wie das Zehnt- oder das Gültrecht sowie Grundbesitz werden früh von Hospitälern erworben, was zu einer erheblichen Ausweitung des Grundbesitzes führt. [Anm. 83] Auch Rechte und Zinse werden von Hospitälern gekauft. [Anm. 84]

Ein wichtiges Finanzierungsinstrument der ersten Phase ist daneben das Geschäft mit Ablässen. [Anm. 85] Diese Praxis ist bis ca. 1380 belegbar und davor weit verbreitet. Ihre Rolle wurde in der Forschung bisher weder thematisiert noch systematisch aufbereitet.

Dieser Abschnitt von Phase I kann als Ausbau- und Konsolidierungszeit charakterisiert werden. Zeichen der Institutionalisierung sind auch rechtliche Kompetenzen; um 1250 führen die ersten Hospitäler bereits Siegel. [Anm. 86] Aus Einnahmen und der zufriedenstellenden Gewährleistung des Versorgungsauftrages resultieren zeitweise Überschüsse. Dieses Kapital kann nicht immer unmittelbar im eigenen Betrieb „reinvestiert“ werden, sondern wird verfügbar. Dennoch soll es das geregelte Fortbestehen des Hospitals auch weiterhin garantieren und beispielsweise die Risiken von Preisschwankungen auffangen. Um 1320 beginnen deshalb Hospitäler, Kapital gegen Zins zu verleihen. Dabei bestehen verschiedene Möglichkeiten des Kapitalverkehrs: z. B das Seelgerät, Ewiggeld und die Leibrente.

Unter einem Seelgerät ist die Güterübertragung an eine geistliche Institution gegen das Versprechen von Fürbitten, insbesondere einer alljährlichen Seelenmesse am Sterbetag (Jahreszeiten), zu verstehen. [Anm. 87] Diese Güterübertragung konnte mit einer Aufnahme in das Hospital zu Lebzeiten einhergehen. [Anm. 88] Das Ewiggeld war eine Anlage zu einem geringeren Prozentsatz, die auch über den Tod hinaus – theoretisch auf ewig – Kapital ausschütten sollte. Sie entwickelte sich aus den der Totenmemoria verpflichteten Seelgeräten. [Anm. 89] Die Leibrente bezeichnet ein lebenslängliches Nutzungsrecht an Liegenschaften oder Objekten und stellt einen zeitlich beschränkten Anspruch dar.

Terminologisch ist das Leibgeding, das mit der heutigen Rentenversicherung verglichen werden kann, in vielen hospitalischen Quellen nicht von der Leibrente zu trennen. [Anm. 90]

Eine frühe Zusammenstellung verschiedener Zinse eines Hospitals sind in einem Mainzer Urbar überliefert; dort ist weiterhin die dynamische Entwicklung der Zinsdarlehensgeschäfte in ihrer Variationsbreite gut erkennbar. [Anm. 91] Die Zinssätze schwanken zwischen 4,5 und 6,6 % und sind verhältnismäßig sicher kalkulierbar. [Anm. 92] Leibrenten sind schon um 1260 verbreitet und auch in Hospitälern von Typ II zu konstatieren. [Anm. 93] Sukzessive entwickelt sich der Leibrentenvertrag hin zu Zinsdarlehensgeschäften, die als „*reine Geldgeschäfte abgekoppelt von jeglicher Mildtätigkeit, die nicht unrentabel gewesen sind*“, zu beurteilen sind. [Anm. 94] Im Sinne von Bourdieus Theorie der Konvertierbarkeit der Kapitalsorten wird hier ein spirituelles Kapital durch materielles eingetauscht. Auch Trusen und Pohl-Resl betrachten das Seelenheil als Kapital, in das Gläubige mit Hilfe von materiellen Gütern investierten. [Anm. 95] Dieser religiöse und ethische Mechanismus sorgt für eine karitative Infrastruktur. In den Städten bestand wachsender Bedarf sowohl nach religiösem als auch materiellem Kapital. [Anm. 96] Das Ende der ersten Phase ist bereits von Kapitalgeschäften geprägt. Die Hospitäler erscheinen in frühen Quellen als solide und zuverlässige und expansive Fürsorgeeinrichtungen.

Kommunalisierungs- und Diversifikationsphase

Um [Anm. 97] 1300 geraten Hospitäler in vielen Städten, in manchen phasenverschoben später, in den Blick der Kommunen. [Anm. 98] Hospitäler waren meist keine rein kirchlichen Institutionen und konnten sich gegen Übernahmeversuche schwer zur Wehr setzen. Auch Bruderschaften können sich der Einflussnahme der Kommunen auf „ihre“ Hospitäler nicht entziehen; andererseits „parken“ Kommunen Kapital auch bei Hospitälern, wenn Begehrlichkeiten von Stadt- oder Landesherren bestehen – dies war allerdings selten der Fall. [Anm. 99] Stiftungen machen immer noch einen hohen Prozentsatz der Einnahmen aus, allerdings lässt die Stiftertätigkeit in dieser Phase nach. [Anm. 100] Auch Geldzuwendungen aus Anlass von Kirchfesten und Totenmemoriafeiern gehen zurück. [Anm. 101] Die Verpfändung gewinnt in dieser Zeit an Intensität; Bürger können sich ihrer Altersversorgung oder auch der von Verwandten im Hospital versichern, indem sie eine Pfründe kaufen, [Anm. 102] sogar Kinder werden im Hospital versorgt. [Anm. 103]

Schnell entwickeln sich Differenzierungen wie die Armen- oder die Herrenpfründe mit feinen graduellen Abstufungen. [Anm. 104] Ulf Dirlmeier hat gezeigt, dass bereits eine Pfründe mit einem stattlichen Kapital von 100 fl. nicht mehr rentabel gewesen sein dürfte; [Anm. 105] das ändert sich erst bei Summen von über 200 fl. [Anm. 106] Ob die Armenpfründen somit durch Herrenpfründen „subventioniert“ werden und hier ein Transfer stattfindet, ist noch zu wenig untersucht.

Legen Hospitäler nun das Geld so gewinnbringend an, dass sie unterhalb der Kostendeckung kalkulieren? Die Einnahmen aus Pfründen sind meist keine Natural-, sondern Geldleistungen. Nur ein Teil der Pfründenverträge dient der Altersversorgung; die Kapitalvermehrung war ein wesentliches zusätzliches Motiv. [Anm. 107] Das Pfründenwesen ist eine wichtige Bargeldquelle, hat aber auch Kosten zur Folge, denn der Speiseplan von Herrenpfründnern ist oft exklusiv, weil Gewürze und andere Güter regelmäßig und vertragsgemäß zu Marktpreisen gekauft werden müssen. [Anm. 108] Ein hoher Prozentsatz des Nahrungsmittelbedarfes wird jedoch durch die Eigenwirtschaft gedeckt. Ein Teil des aus den Pfründen, Seelgeräten und „Jahreszeiten“ erlösten Geldes fließt in Konsolidierung und Expansion des Hospitalbesitzes. [Anm. 109] Besitzungen werden arrondiert, Spitaldörfer oder Immobilien gekauft, Rechte erworben und auch in städtische Immobilien investiert. [Anm. 110] Tragen in Phase I einzelne Schenkungen zur Erweiterung des Immobilienvermögens bei, so kaufen die Hospitäler planvoll ganze Quartiere und Straßenzüge. [Anm. 111] Das Bürgerspital in Wien investiert in Grundstücke in einem neuen Quartier und macht erhebliche Spekulationsgewinne. [Anm. 112] Andere Investitionsobjekte werden nicht mehr nur sporadisch vermietet, sondern planvoll über die Kapazität der Hospitäler hinaus erweitert – das betrifft vor allem Mühlen und Badestuben. [Anm. 113] Zwar besitzen Hospitäler eigene nicht-öffentliche Einrichtungen dieser Art, es ist aber anzunehmen, dass Badestuben in anderen Stadtvierteln nicht nur den pauperes des Spitals dienen. Viele Hospitäler verkaufen Produkte ihrer Eigenwirtschaft oder Naturaleinnahmen in großem Umfang; gerade Produkte wie Bier und Wein werden – den lokalen Gewohnheiten entsprechend – im Spitalkeller angeboten. [Anm. 114] Der Ausschank umfasst einen erheblichen Anteil der Weinproduktion und Einnahmen der Hospitäler, die sogar Marktbuden vermieten. [Anm. 115] Das Wismarer Hospital unterhielt beispielsweise ein großes Brauhaus mit Ausschank. [Anm. 116] Es mutet ungewöhnlich an, dass Institutionen wie Hospitäler Wein ausgeschenkt haben und Badestuben unterhielten, die nicht allein medizinische Einrichtungen waren; beides unterstreicht die gleichsam sozialhygienische Funktion der Spitäler. Vorbehalte gegen diese Einnahmequellen sind in den Quellen nicht belegt; auch das so oft beschworene Zinsverbot scheint Indikator für eine anders geartete Praxis zu sein. [Anm. 117]

Leibrenten und Naturaldarlehen gewinnen in dieser Phase zunehmend an Bedeutung. [Anm. 118] Vor allem kleine Hospitäler, aber auch größere Einrichtungen arbeiten mit dieser Darlehensform. [Anm. 119] In bestimmten Regionen ist das Weindarlehen von besonderer Bedeutung, das es Winzern ermöglichte, eine vereinbarte Menge Wein, die dem Hospital zustand, frei zu verkaufen und zu einem späteren Zeitpunkt zurückzuzahlen. [Anm. 120] Daran ist zweierlei erkennbar: Einerseits die mehr als ausreichende Versorgung der Hospitäler mit manchen Nahrungsmitteln (hier Wein). Andererseits wird auch das soziale Interesse vieler Hospitäler sichtbar, ihre Schuldner bei schlechter oder besonders guter Erntelage nicht auszubeuten, sondern ihnen Spielraum für Investitionen zuzugestehen. Dies war auch ein Teil „Sozialpolitik“ mittelalterlicher Hospitäler.

In der großen Sicherheit für Kapitalanleger und Darlehensnehmer bestand ein Vorteil gegenüber anderen Akteuren im Zinsdarlehensgeschäft. [Anm. 121] Insbesondere Kommunen kämpfen mit steigenden Wehr- und Repräsentationskosten angesichts eines geringen Steueraufkommens. [Anm. 122] Viele Kommunen und auch Stadtherren befriedigten ihre Kapitalbedürfnisse durch Hospitäler; [Anm. 123] sie gewinnen dann oft sukzessive über die Besetzung wichtiger Ämter Einfluss. Durch entsprechende Personalpolitik sind die Kommunen an wichtigen Schaltstellen vertreten. [Anm. 124] Die dem Rat verantwortlichen Funktionsträger [Anm. 125] gewährleisteten eine Versorgung mit Kapital sowie eine Einbindung des Hospitals in die städtische Vorrats- und Erschließungspolitik. Zu einem späteren Zeitpunkt werden die auf diese Weise unterhöhlten Hospitäler unter städtische Verwaltung gestellt, wobei die religiösen Funktionen weiter gewährleistet werden müssen. [Anm. 126] Gros hat diese Prozesse und die Rolle des Soester Hohen Hospitals in der städtischen Politik exemplarisch herausgearbeitet. [Anm. 127] Dass viele Hospitäler nicht durch Belastungen von Seiten der Kommunen „kollabieren“, sondern auch weiterhin auf dem Kapitalmarkt aktiv sind, zeigt die Solidität und Anpassungsfähigkeit der unter Druck geratenen Fürsorgeinstitutionen. [Anm. 128]

Führen die Belastungen der Hospitäler durch Kommunen nicht zu einer Zunahme der ökonomischen Aktivität und zu einer weiteren Diversifizierung? Hospitalübernahmen haben oft direkte finanzpolitische Motive wie beispielsweise den akuten Geldbedarf der Kommunen. [Anm. 129] Viele Hospitäler übernehmen die Kommunen von Ritterorden, die sich zunächst stark in der Fürsorge engagiert hatten, dann aber die Hospitäler nicht mehr dauerhaft kostendeckend unterhalten können. Auch „*die Spitalbruderschaften bildeten keinen maßgeblichen Widerstandsfaktor in dieser Umbildungsbewegung*“, wie es bei Siegfried Reicke heißt. [Anm. 130] Kommunalisierung und Zinsgeschäfte lassen sich auch bei Siechenhäusern konstatieren; so kontrollierte der Rat die Finanzgeschäfte der Siechenhäuser von Quedlinburg und Halberstadt. [Anm. 131] Das Hospital der Reichen Siechen von Ulm ist ein Paradebeispiel für ein solches „modernes“ Siechenhaus.

Mit den Hospitalausschüssen der Räte und städtischen Ämter hält nun zudem eine andere Mentalität Einzug ins Hospital: [Anm. 132] der Kaufmannsgeist der städtischen Oberschicht. Waren Kleriker den komplexen Aufgaben der Hospitäler weniger gewachsen als Spitalmeister, die als Kaufleute Rechnungs- und Buchführung beherrschten? [Anm. 133] Um 1400 spiegelt sich die gestiegene Komplexität der Institutionen jedenfalls auch in einer exakteren Rechnungsführung. [Anm. 134]

„Bankperiode“ und Bürokratisierungstendenzen

Die Phase vom ersten Drittelpunkt bis zum Ende des 15. Jahrhunderts, die „*wirtschaftliche Blütezeit*“, ist von einer Verschärfung der zuvor beschriebenen Tendenzen geprägt. [Anm. 135] In dieser Zeit „*nahmen die Geldgeschäfte merklich zu*“, so Zeller. [Anm. 136] In Hospitälern der Typen III und IV machen Einnahmen aus Ewiggeld und Zinsen die größte Geldeinnahmequelle aus. [Anm. 137] Spätestens seit dieser Zeit sind gezielte ökonomische Strategien von Hospitalmeistern nachweisbar. [Anm. 138] Die Stiftertätigkeit

nimmt in dieser Phase zu, doch das gestiftete Kapital hat nunmehr eine andere Form: nicht mehr umfangreiche Stiftungen von Adeligen und Patriziern, sondern Renten und Geldzinsen anderer wohlhabender Bürger. [Anm. 139]

Mit zunehmender Bankfunktion verschwimmen Unterschiede zwischen Stiftung und Zinsdarlehensgeschäften; letztere werden oft pro forma als Stiftungen deklariert. [Anm. 140] Große Grundstückskomplexe werden seltener gestiftet; auch jährlich zu leistende Naturalleistungen (Gülten und Naturalzinsen) nehmen ab, denn sie sind über einen längeren Zeitraum schwerer einzutreiben. [Anm. 141] Die Vergeldlichung führte in der Tendenz zu einer Vernachlässigung der eigenwirtschaftlichen Grundlage, [Anm. 142] die im Verhältnis zu steigenden Insassenzahlen nicht proportional mitgewachsen ist. Defizite an dieser Stelle wurden durch Nahrungskäufe aus „Spekulationsgewinnen“ kompensiert.

Betrugen die Ausgaben für das Spitalpersonal noch Anfang des 13. Jahrhunderts ca. ein Zehntel des „Gesamtetats“, so steigen sie – bedingt durch die epidemischen Krankheiten, Bevölkerungsverluste sowie durch Spezialisierung und Qualifikation des Personals – auf ein Viertel bis ein Fünftel um 1500 an. [Anm. 143] Diese Differenz kann nicht durch eine gesteigerte Stiftertätigkeit ausgeglichen werden. Dabei steigt die Insassenzahl und mit ihr der Verbrauch – die Nachfrage nach Fürsorge erhöht sich. [Anm. 144] Vergeldlichung bedeutet in diesem Zusammenhang insbesondere Umwandlung von Naturalleistungen in monetäre. [Anm. 145] Gerade bei wenig arrondiertem Eigenwirtschaftsgebiet werden materielle Leistungen im 15. Jahrhundert in barer Münze erbracht. Damit ist meist eine langfristige Wertminderung für den Schuldner verbunden, da diese Schulden trotz Währungs- und Marktschwankungen oft nominell unverändert bleiben. Hospitäler wie in Hamburg oder Lübeck sind „auf den Kauf aller Art von Lebensmitteln angewiesen [...]. *Es hätte einer bedeutenderen Eigenwirtschaft oder Naturaleinnahmen bedurft*“. [Anm. 146]

Der verbreitete Immobilienhandel der III. Phase entwickelt sich nunmehr zur Immobilienspekulation. [Anm. 147] Grundstücke werden nach der Stiftung je nach Marktwert behalten oder abgestoßen, um dann in gewinnträchtigere Objekte investieren zu können. [Anm. 148] Der Vorstellung des Stifters, aus diesem Objekt auf Ewig eine memoria zu etablieren und Armenpeisungen finanzieren zu können, wurde also nicht immer Rechnung getragen. [Anm. 149] Trotz des Einspruches von Verwandten wurden Grundstücke und Häuser verkauft. [Anm. 150] Warum verstießen die Hospitäler gegen diese spirituellen Grundbedürfnisse ihrer Stifter, gegen deren Anspruch auf Nachhaltigkeit, ja Ewigkeit? Um Fürsorgefunktionen überhaupt noch gewährleisten zu können, mussten Stiftungen vom ursprünglichen Auftrag abgekoppelt und institutionserhaltend eingesetzt werden. [Anm. 151]

Die Kommunalisierung verstärkte sich in dieser Phase, was sich an der Zusammensetzung der Hospitalleitungen ablesen lässt, die spätestens seit dem 15. Jahrhundert nicht mehr klerikal dominiert waren. [Anm. 152] Es etabliert sich eine Ausdifferenzierung in eine Art „spirituell-religiöse

Grundversorgung“ [Anm. 153] und in eine säkulare Hospitalleitung, die von kaufmännischen Praktiken geprägt war. [Anm. 154] Die mentalitätsbedingten Zusammenhänge von Säkularisierung und Kommunalisierung werden am Beispiel des Wiener Bürgerspitals deutlich sichtbar, wobei Verweltlichungstendenzen nicht nur auf die Übernahme durch die Kommunen zurückzuführen sind. [Anm. 155] Übernahmen von Hospitälern durch Kommunen sind nunmehr selten. [Anm. 156] Spitalschreiber sind nun für die städtische Rechnungsführung verantwortlich. [Anm. 157] Diese Entwicklung setzt sich im 15. Jahrhundert durch und lässt sich mit dem Begriff „*Laisierung*“ fassen. [Anm. 158] Mit Verschriftlichung und Bürokratisierung kommt das Schreiberamt auf. Spitalmeister und -pfleger sind für die Verwaltung und die rechtliche Seite zuständig, die praktische Verwaltung oblag den Schreibern . [Anm. 159]

Durch die hohen Außenstände, auf die Hospitäler Anspruch erhoben, war nicht nur eine gute Buchführung notwendig, sondern auch ein Amt, das die Akquirierung dieser Gelder sicherstellte. „*Überreuter*“ und „*Zinser*“ hatten ähnliche arbeitsteilige Aufgaben. [Anm. 160] In diesen Ämtern spiegelt sich auch die Macht vieler Hospitäler über „*Spitaldörfer*“; nicht selten gibt es Rechtsstreitigkeiten zwischen Hospitälern und Gemeinden, mancherorts sogar Aufstände gegen die „spitalische Herrschaft“ über das Umland – manche Spitäler haben Jurisdiktionsbefugnisse. [Anm. 161] Als Lehnsträger oder Lehnsherren sind Hospitäler integraler Teil von Herrschaftsgefügen und üben Macht aus. [Anm. 162] Aber auch die Streuung und Verdichtung von Rechten und Einkünften, die wie im Fall Lübecks ganze Landstriche betrifft, trägt zum Charakter des Hospitals als Herrschaftsträger bei. [Anm. 163]

Die Zunahme von Rationalisierung und Bürokratisierung ist vor dem Hintergrund der Verbürgerlichung ökonomischer Handlungsweisen zu sehen, [Anm. 164] aber auch angesichts der finanziellen Lage der Hospitäler, die durch genauere Erfassung und Verwaltung profitierten. Kapital ist mobil, die Investitionsformen und Spekulationsrichtungen verändern sich fast jährlich. [Anm. 165] Die vielfältigen Finanzierungsmöglichkeiten und die differenzierten Ausgaben machen eine „moderne“ Rechnungsführung unausweichlich, [Anm. 166] die aber nur in sehr seltenen Fällen überliefert ist. [Anm. 167]

Mit der Zunahme der Immobilienspekulationen ist der Handel mit Renten, Rechten und Zinsen verbunden. [Anm. 168] Die Geschäfte sind meist sehr komplex und beinhalten Rückkaufrechte, was auf verdeckte Anlagegeschäfte hindeutet. Ein erheblicher Teil der spitalischen Einnahmen kann sich aus diesen Quellen speisen. [Anm. 169] Der Handel nimmt im Unterschied zur III. Phase überregionalen Charakter an. Vor allem Hospitäler in Hansestädten engagieren sich stark am Rentenmarkt und sind bisweilen abhängig von Einkünften aus Kapitalgeschäften. [Anm. 170]

Auch die Bedeutung der Hospitäler als Kapitalanbieter auf den lokalen Kreditmärkten ist nicht zu unterschätzen – das Hospital hatte auch hier für spezifische Gruppen soziale Aufgaben. [Anm. 171] Sogar Beteiligungen an Handelsgesellschaften oder Salzgewinnungskonsortien wurden in dieser Periode

gekauft; ein Magdeburger Hospital sowie das Heilig-Geist-Spital in Nürnberg betrieben Arzneihandel, Getreide- und Viehgeschäfte waren nicht selten. [Anm. 172] Das Lübecker Heilig-Geist-Hospital investierte erhebliche Mittel in die Lüneburger Salinen und erhielt von dort fast 20 % seiner Einnahmen. [Anm. 173] Auch Zölle wie bei Brücken kamen in den Besitz von Hospitälern und trugen zu deren Finanzierung bei. [Anm. 174]

Strukturell defizitär ist dagegen die Praxis, Ewiggelder gegen einen einmaligen Fixbetrag auszuzahlen. Die jährlichen Zahlungsverpflichtungen häufen sich, denn erhebliche Summen, denen keine Zustiftungen mehr gegenüber stehen, müssen ausgezahlt werden. [Anm. 175] In vielen Hospitälern müssen zu Beginn des 16. Jahrhunderts mehr Zinsen abgelöst und Ewiggelder ausgezahlt werden als hinzu kamen. [Anm. 176] Die Verpflichtungen aus den Leibgedingen steigen seit ca. 1450 deutlich an. [Anm. 177]

Die Bankfunktionen erreichen in dieser Phase einen Höhepunkt, bleiben bis weit in die Neuzeit erhalten. Auch Zinsbriefe, die den Charakter eines Zahlungsmittels annahmen, werden von Hospitälern ausgestellt. [Anm. 178] Naturaldarlehen werden selten, bleiben aber in Weinregionen in Form des Weindarlehens eine Konstante. Durch die Kommunen erfolgt in dieser Phase oft eine indirekte Besteuerung der Hospitäler. So hatte das St. Katharinen-Hospital in Esslingen ca. ein Sechstel seiner Einnahmen als Ungeld zu zahlen. [Anm. 179] Die Belastung durch direkte Kreditaufnahmen von Seiten der Kommunen nahm in diesem Zeitraum beträchtlich zu. [Anm. 180]

Exogene Faktoren wie die Pest und der damit verbundene Fall der Mietpreise stellen Mitte des 15. Jahrhunderts eine Gefahr für das labile ökonomische Geflecht dar. Hospitäler haben jedoch angesichts eines desolaten Arbeits- und Mietmarktes dennoch oft als Stabilisatoren in der Stadt gewirkt. [Anm. 181] Auch die so genannte spätmittelalterliche Agrarkrise, die das Zinsaufkommen dezimierte und die Eigenwirtschaft weniger ertragreich werden ließ, [Anm. 182] konnte Hospitäler in Bedrängnis bringen und Katalysator für Fehlentwicklungen sein. Auswirkungen exogener Störfaktoren wie Naturkatastrophen konnten auch durch die komplexesten finanziellen Konstruktionen nicht eingedämmt werden.

Krisenphase? Eine unzeitgemäße Betrachtung

Wenn man die Rechnungsführung vieler Hospitäler betrachtet, ist schon Ende des 15. Jahrhunderts eine beginnende strukturelle Verschuldung sichtbar. [Anm. 183] In vielen Fällen waren die Kommunen, die vorher den Hospitälern für ihre Zwecke direkt oder indirekt Kapital entzogen hatten, die Schuldner. [Anm. 184] Die Verschuldung ist Symptom für die Zunahme der wirtschaftlichen Komplexität. [Anm. 185]

Memoria-Praktiken wurden oft nach wenigen Jahren aufgegeben. [Anm. 186] Wenn die spirituellen Dienstleistungen jährlich erbracht werden, waren damit größere Aufwendungen verbunden. Die

„Rentabilität“ dieser Stiftungen hing nicht nur von der Hospitalleitung ab, sondern auch vom Durchsetzungswillen der Nachkommen, die auf einer Weiterführung bestehen können oder ihre Ansprüche in Vergessenheit geraten lassen. [Anm. 187] Viele Zinsdienste übersteigen die Neueinkünfte. [Anm. 188]

Ein wesentlicher Faktor scheint auch zu sein, dass Pfründen im 16. Jahrhundert weniger stark nachgefragt werden. Das traditionelle Hospital als Universalinstitution hat für die Altersversorgung der reichen Bürger an Prestige verloren. Mancherorts wohnen nun die reichen Pfründner räumlich getrennt – sogar in eigenen Häusern in der Nähe – oder beanspruchen eine Art „mobiler Pflege“, um nicht im Spital wohnen zu müssen. Von der *vita communis*, die sich schon im beginnenden 12. Jahrhundert aufzulösen begann, ist um 1500 in den städtischen Hospitälern nicht mehr viel übrig geblieben. [Anm. 189]

Für das 16. Jahrhundert ist ein leichter Bevölkerungsanstieg zu konstatieren; die Preise für Nahrungsmittel und das Lohnniveau sanken hingegen nicht. [Anm. 190] Der Immobilienbesitz wird geringer – Hospitäler greifen auf ihre Substanz zurück. [Anm. 191] Die Qualität der Ernährung verringert sich im 15./16. Jahrhundert rapide bei um ein Vielfaches höheren Preisen, die durch die Einkünfte aus dem Rentenhandel nicht mehr ausgeglichen werden können. [Anm. 192] Immobiliengeschäfte sind nach 1500 nicht mehr sehr lukrativ – dennoch bleiben Hospitäler bedeutende Immobilienbesitzer bis über das 18. Jahrhundert hinaus. Auch die Anzahl der Insassen steigt weiter, wobei sich örtlich Verpfändung und deren Eindämmung abwechselten. [Anm. 193] Auch wenn Obrigkeiten sich gegen Verpfändung aussprechen, machen es ökonomische Überlegungen unabdingbar, besonders auch wohlhabende Pfründner aufzunehmen. [Anm. 194]

In der Fremdwahrnehmung wurden Hospitalinsassen spätestens seit dem 15. Jahrhundert differenziert betrachtet: Auf der einen Seite gab es „ehrbare Arme“, die der Gemeinschaft als bedürftig bekannt waren, und andererseits moralisch Geächtete, die aus Sicht der Bürgerschaft ihr ehrbares Leben verwirkt hatten. Diese Armen wurden zunehmend aus den Städten verwiesen. Andere wurden durch Armenpfründen oder Bettelabzeichen „privilegiert“. Hinter dieser Praxis steht eine erfolgsbezogene Leistungsmentalität, die selbst verschuldete Armut mit Werturteilen missbilligt. Diese Mentalität und die Teilung in verschiedene Kategorien von Armut wirkten sich auf die Hospitäler aus. [Anm. 195] Nicht alle Armen konnten von kommunalen und anderen Hospitälern aufgenommen werden. Die Kapazität und das Kapital reichen dazu angesichts steigender Verarmung nicht aus, zumal die Grundlagen der Hospitäler anfälliger werden.

Gab es Wechselwirkungen zwischen der Beurteilung der Armut und dem Niedergang der Hospitäler? Fürsorge wurde über die nächsten Jahrhunderte zum Zuschussbetrieb und mancherorts von allgemeiner Unterstützung abhängig. Dieser Prozess erfolgte phasenverschoben und je nach Hospitaltyp bereits im 16. Jahrhundert. Zum negativen Kostenfaktor für eine Kommune, einen Bischof oder andere

Stadtherren wurde Fürsorge jedenfalls dann, wenn den Hospitälern die wirtschaftliche Grundlage entzogen wurde oder sie diese Situation mit verschuldet hatten; in Koblenz musste die Kommune schon 1462 erhebliche Mittel zur Sicherung des vorher geschröpften Hospitalhaushalts aufbringen. [Anm. 196] In Ulm wurden die städtischen Fürsorgeeinrichtungen um 1500 zusammengelegt, weil das Heilig-Geist-Spital kollabiert war, andere Hospitäler allerdings noch Vermögensbestände aufwiesen. Unter städtischer Regie mussten alle Einrichtungen vereint, und letztlich alimentiert werden. [Anm. 197]

Je mehr *caritas* auf öffentliche Mittel angewiesen war, desto mehr war sie gezwungen sich zu legitimieren. Je exklusiver Fürsorge wurde (Herrenpfründen), desto enger wurde Bedürftigkeit definiert. Grundsätzlich ist soziale Fürsorge ein knappes kapitalintensives Gut. Im Mittelalter wurden Formen der Fürsorge ausgebildet, die durch das Konvertieren von materiellem Kapital in religiöses zugleich ein spirituelles Grundbedürfnis befriedigten, und *caritas* in Hospitälern institutionalisierten. Interne, externe und mentalitätsbedingte Faktoren führten mancherorts ab dem späten 14. Jahrhundert zu einer Gefährdung dieses eigenständigen Fürsorgesystems. [Anm. 198] Manche Hospitalstiftung bestand noch lange in seiner autarken Wirtschaftsweise, ohne die wirtschaftliche Grundlage einzubüßen. Noch in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts sorgten spitalische Besitzungen wie Wald- und Grundbesitz dafür, dass moderne Krankenhäuser gebaut werden konnten. Es zeichnete sich aber eine Tendenz zum Auflösen der alten Organisationsform ab. Eklatante Zusammenbrüche blieben allerdings eine Seltenheit. [Anm. 199]

Erst im letzten Jahrhundert führten Emanzipation in Sachen Hygiene sowie prophylaktische Maßnahmen der Nationalstaaten zu einer grundlegenden Umgestaltung öffentlicher Fürsorge, die letztlich in einen Fürsorgeanspruch mündete. Heute ist Fürsorge wieder knappes Gut, die öffentlichen Gesundheitssysteme sind stark angeschlagen. Auch heute vermischen sich moralische und finanzielle Argumentation, soziale Fürsorge steht erneut unter Legitimationsdruck, [Anm. 200] weil sie nicht mehr tragfähig scheint und strukturelle Defizite eine Reform erschweren. Wenn heute Wohlfahrtsorganisationen Millionenbeträge durch Immobilien-, Öl- und Währungsspekulationen riskieren, um sich zu sanieren, wenn Pensionsfonds von Wirtschaftsunternehmen die Alterssicherung von Arbeitnehmern an den unübersichtlichen Finanzmärkten auf Spiel gesetzt haben, dann ist das mehr als nur ein Krisensymptom und Indikator dafür, dass die viel beschworene Nachhaltigkeit in der sozialen Sicherung verloren gegangen ist.

Der Blick in die Vergangenheit lässt die aktuelle Tendenz zur Privatisierung und Individualisierung der Fürsorge und ihrer daraus folgenden Überantwortung an komplexe und somit kaum steuer- und absehbare Finanzierungsformen in einem Zwielicht erscheinen. Letztlich fingen Staat bzw. städtische Gemeinschaft Sozialfürsorgeinstitutionen auf, die sich verspekuliert hatten und an die Stelle von Überschaubarkeit, Nachhaltigkeit und Ewigkeitsansprüchen kurzfristige Spekulation und das Investieren in Schwankungen unterworfenen Geschäfte gesetzt hatten.

Das spirituelle Kapital der mittelalterlichen Hospitallandschaft war der freiwillige und auf das Seelenheil des einzelnen Vermögenden gerichtete Stifterwille und der damit einhergehende Versuch, in einer überschaubaren kommunalen Gemeinschaft einen Konsens für die mildtätige Wertsicherung zu etablieren. Der Biberacher Johannes Groß jedenfalls hat um seines Seelenheils willen dem Markt als alleinigem Sachwalter seines memoria-Kapitals eine Absage erteilt.

Anmerkungen:

1. Vgl. V. Ernst, Das Biberacher Spital bis zur Reformation. In: Württembergische Vierteljahreshefte 6 (1897), S. 1-112, hier S. 53.
2. Zur zentralen Rolle von Stiftungen vgl. M. Borgolte, Die Stiftungen des Mittelalters in rechts- und sozialhistorischer Sicht. In: ZRG, KA 74 (1988), S. 71-94 sowie ders., Stiftungen und Stiftungswirklichkeiten, Berlin 2000 (v. a. S. 39-59 zu Hospitälern); vgl. auch ders., Totale Geschichte des Mittelalters – das Beispiel der Stiftungen, Berlin 1993 (= Öffentliche Vorlesungen 4) und R. Lusiardi, Stiftung und städtische Gesellschaft, Berlin 2000 sowie O. G. Oexle, Memoria als Kultur, Göttingen 1995 (= Veröffentlichungen des MPIG 121). Besonders von Relevanz für Hospitäler die Arbeit von K. Proetel, Stiftungen im Hospital, Berlin 1998.
3. W. Berger, Das St. Georgs-Spital zu Hamburg. Die Wirtschaftsführung eines mittelalterlichen Großhaushalts, Hamburg 1972; Ch. Heimpel, Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben des Heiliggeist-Spitals zu Biberach an der Riß, Stuttgart 1966 (= Quellen zur Agrargeschichte XV); W. Haug, Das St. Katharinen-Hospital der Reichsstadt Esslingen. Geschichte, Organisation und Bedeutung, Esslingen 1965 (= Esslinger Studien Bd. 1); R. Kleiminger, Das Heiliggeisthospital von Wismar in sieben Jahrhunderten, Weimar 1962; U. Knefelkamp, Stiftungen und Haushaltsführung im Heilig-Geist-Spital in Nürnberg. 14.-17. Jahrhundert, Bamberg 1989; ders., Das Heilig-Geist-Spital in Nürnberg. Geschichte, Struktur, Alltag, Nürnberg 1989 (= Nürnberger Forschungen Bd. 26); H. Lambacher, Das Spital der Reichsstadt Memmingen, Memmingen 1991 (= Memminger Forschungen 1); U. Mayer/R. Steffens, Die spätmittelalterlichen Urbare des Heiliggeist-Spitals in Mainz. Edition und historisch-wirtschaftsgeschichtliche Erläuterungen, Stuttgart 1992 (= Geschichtliche Landeskunde Bd. 36); K. Militzer, Das Markgröninger Heilig-Geist-Spital im Mittelalter. Ein Beitrag zur Wirtschaftsgeschichte des 15. Jahrhunderts, Sigmaringen 1975 (= VuF Sonderband 19); H. Schulz, Studien zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte des Heilig-Geist-Hospitals zu Lübeck, Diss. Göttingen 1993; unterschätzt ist die hervorragende aspektreiche Studie von H. Muschel, Das Spital der Reihen Siechen zu St. Katharina in Ulm, Ulm 1965; methodisch richtungweisend: B. Pohl-Resl, Rechnen mit der Ewigkeit. Das Wiener Bürgerspital im Mittelalter, Wien/München 1996 (= MIÖG Ergänzungsband 33). [Forschungsstand 2000]. Zur Einordnung von Hospitälern in städtische Finanzmärkte wurden hinzugezogen: U. Dirlmeier, Untersuchungen zu Einkommensverhältnissen und Lebenshaltungskosten in oberdeutschen Städten des Spätmittelalters, Heidelberg 1978 sowie M. Gechter, Kirche und Klerus in der stadtkölnischen Wirtschaft im Spätmittelalter, Diss. Bonn, Wiesbaden 1983 (= Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte 28).
4. Vgl. prototypisch Berger, Hamburg (wie Anm. 3). Zum frühneuzeitlichen Spital vgl. H. Aderbauer, Das Tübinger Spital in der Frühen Neuzeit, Tübingen 1997.
5. Die im Folgenden skizzierten Modelle werden im Präsens präsentiert, um die Differenz zwischen ihnen und einer vielgestaltigeren Realität zu unterstreichen.
6. Folgende Urkundenbücher wurden kurзорisch auf spitalische Wirtschaftstätigkeit untersucht: Freiburger Urkundenbuch. 3 Bde. Bearb. v. F. Hefele, Freiburg/Br. 1957; Hamburgisches Urkundenbuch. 3 Bde. Hrsg. v. Stadtarchiv der Freien und Hansestadt Hamburg. Bearb. J. Reetz, Hamburg 1967; Hospitalquellen der städtischen Hospitals zum Heiligen Geist in Schwäbisch Gmünd. In: Das städtische Hospital von Schwäbisch Gmünd in Vergangenheit und Gegenwart. Hrsg. v. A. Wörner, Tübingen 1905, S. 199-298; Nürnberger Urkundenbuch. Hrsg. v. Stadtrat zu Nürnberg, Nürnberg 1959; Regensburger Urkundenbuch. 3 Bde. Hrsg. u. bearb. v. F. Bastian und J. Widemann, München 1954 (= Monumenta Boica 54); Salzburger Urkundenbuch. Hrsg. v. der Gesellschaft für Salzburger Landeskunde. Gesammelt und bearb. v. W. Hauthaler, Salzburg 1910, Neudr. 1967; Die Urkunden der Stadt Nördlingen. 2 Bde. Bearb. v. K. Puchner und G. Wulz, Augsburg 1952. Urkundenbuch der Stadt Erfurt. Hrsg. v. der Historischen Commission der Provinz Sachsen. Bearb. v. C. Beyer, Halle 1889; Urkundenbuch der Stadt Halberstadt. 2 Bde. Hrsg. vom Harzverein für Geschichte und Altertumskunde und der historischen Commission der Provinz Sachsen. Bearb. v. G. Schmidt, Halle 1878. Urkundebuch der Stadt Magdeburg. 3 Bde. Hrsg. v. der Historischen Commission Sachsen. Bearb. v. G. Hertel, Halle 1892, Neudr. Aalen 1975; Würzburger Urkundenregister. Bearb. v. W. Engel, Würzburg 1958.
7. Vgl. Trusen, Zum Rentenkauf im Spätmittelalter. In: Festschrift zum 70. Geburtstag von Hermann Heimpel. Hrsg. v. den Mitarbeitern des MPI für Geschichte Göttingen, Göttingen 1972, S. 146: „Viele Klöster und Hospitäler erfüllten die Rolle von ‚Volksbanken‘“. Offene Zinsgeschäfte waren religiös sanktioniert, aber in verdeckter Form üblich. Zu Formen des Kaschierens von Zinsgeschäften. Vgl. Boelcke, Der Agrarkredit in deutschen Territorialstaaten. In: M. North, Kredit im spätmittelalterlichen und frühneuzeitlichen Europa, Köln/Wien 1991, S. 193. So wurden Kreditgeschäfte als Kaufgeschäft dargestellt Vgl. B. Kuske, Entstehung der Kreditwirtschaft und des Kapitalverkehrs. In: Kölner Vorträge 1 (1927), S. 1-80, S. 55. Oft wurde ein höherer Betrag zurückgezahlt, als nominell veranschlagt, Vgl. ders., Schuldenswesen der deutschen Städte im Mittelalter. Tübingen 1904, S. 45. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 278. Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 186ff. zu klerikalen Institutionen auf dem Kölner Rentenmarkt.

8. Hier sollen ausschließlich Systematisierungen vorgestellt werden, die vom Einzelfall abhebend zu generellen Aussagen kommen. Die zahlreichen Definitionen und Einordnungsversuche von Einzelstudien erheben zumeist keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit.
9. Vgl. S. Reicke, Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter. 2 Bde, Stuttgart 1932 (= Kirchenrechtliche Abhandlungen 111/112). Auf S. 196-278 zu bürgerlichen Hospitälern; Orden werden auf S. 93-182 behandelt.
10. D. Jetter, Geschichte des Hospitals. Bd.1. Westdeutschland von den Anfängen bis 1850, Wiesbaden 1966 (= Sudhoffs Archiv Bh. 5); bes. S. 7-16.
11. Vgl. R. Seigel, Spital und Stadt in Altwürttemberg. Ein Beitrag zur Typologie der Landstädtischen Hospitäler, Tübingen 1966 (= Veröffentlichungen des Stadtarchivs Tübingen 3), v. a. S. 5-47 und S. 60-65.
12. Vgl. U. Berroth, Der Spital Nürtingen und seine Vorläufer von den Anfängen bis zur Mitte des 17. Jahrhunderts, Diss. Tübingen 1957, S. XVIII-XXIV.
13. Vgl. zum Beispiel den Beitrag von Knefelkamp in diesem Band sowie Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 56f.
14. Vgl. zum Beispiel Linke, Gutläuthäuser, 1961 sowie Clementz, Die Antoniter in Isenheim, Diss. Straßburg, Besançon 1998. Vgl. v. a. auch: Muschel, Ulm (wie Anm. 3). Ebd. S. 66-68 zum Verpfändungsprozess.
15. Vgl. z. B. Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 4-17 zu nicht räumlich institutionalisierten Stiftungen wie dem „Spent“, der auch die Funktion einer Darlehnskasse übernahm. Auf S. 29-36 zu Beginn im Kontext der örtlichen Hospitäler.
16. Vgl. die Versuche von Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 201-295 zu den Grenzen der statistischen Auswertbarkeit.
17. Vgl. Knefelkamps Untersuchungen für Nürnberg (wie Anm. 3) sowie Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 215ff. zu den Stiftern. Vgl. auch Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 51-57.
18. Vgl. Zahlen in U. Knefelkamp, Materielle Kultur und religiöse Stiftung in Spätmittelalter und Reformationszeit. Das Beispiel des Spitals. In: Materielle Kultur und religiöse Stiftung im Spätmittelalter, Wien 1990 (= VdI fmRÖ Nr. 12), S. 95-105 sowie Berger, Hamburg (wie Anm. 3). Da viele Zahlen aus normativen Quellen eher symbolisch sind (12-Zahl), ist nicht immer auf die realen Insassenzahlen zu schließen.
19. Vgl. Knefelkamp, Materielle Kultur (wie Anm. 16), S. 105f. Die hinzugezogenen Beispiele lassen diese Größenordnung als realistisch erscheinen.
20. Im Gegensatz zu Großhospitälern des südalpinen Raums weisen hiesige Hospitäler ähnliche Strukturen auf wie andere und repräsentieren keinen Sondertypus. Vgl. exemplarisch zu einem solchen Großhospital: U. Lindgren, Bedürftigkeit, Armut, Not. Studien zur spätmittelalterlichen Sozialgeschichte Barcelonas, Münster 1980 (= Spanische Forschungen der Görres-Gesellschaft 2/18) sowie den Beitrag von J. Henderson in diesem Band.
21. Vgl. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), Tabellen 8-13 im Gegensatz zu Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 127.
22. Vgl. Abb. für Beispiele deutlich sichtbarer Wirtschaftstätigkeit der Hospitäler. Vgl. die Ausführungen Knefelkamps in diesem Band sowie Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 96-98.
23. Vgl. Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 87-90 zu Auswirkungen der Kommunalisierung.
24. Vgl. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 87f. oder Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 192-196 sowie Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3) und Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 116-119.
25. Vgl. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 142f. u. ö. zu bürgerlicher Mentalität und Erfahrungen aus Fernhandelsunternehmen.
26. Vor allem Getreidehandel war sehr lukrativ: In Memmingen macht er laut Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 302f. 20% der Einnahmen aus. Vgl. auch Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 164f. zum Getreideverkauf, der im Jahr 1554 45% der Einnahmen erbrachte. Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3), S. 77 zu Verkaufen von Dinkel und Roggen auf dem lokalen Markt. Für Wein und Sonderkulturen ließen sich weitere Beispiele von großen Verkaufserlösen anführen. Vgl. exemplarisch Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 116f. A. Semler, Geschichte des Heilig-Geist-Spitals in Überlingen am Bodensee. Überlingen 1957, beschreibt Praktiken des Überlinger Hospitals, Fisch zu verkaufen, um die Einnahmen zu sichern zu können. Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 62 zur Flachsherstellung und deren Verkaufserlösen sowie S. 65 zur Schweinezucht des Hospitals.
27. Vgl. ausführlich Berger, Hamburg (wie Anm. 3) zu Defiziten von Streubesitz und der Anwendung ökonomischer Strategien.
28. Vgl. L. Clemens, Trier – eine Weinstadt im Mittelalter, Trier 1993 (= THF Bd. 22); sowie Kießling, Die Stadt und ihr Umland. Umlandpolitik und Bürgerbesitz in Ostschwaben vom 14.-16. Jahrhundert, Köln 1989 sowie Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 163-166.
29. Vgl. W. Schürle, Das Hospital zum Heiligen Geist in Konstanz. Ein Beitrag zur Rechtsgeschichte des Hospitals im Mittelalter, Sigmaringen 1970, S. 107. Vgl. auch U. Knefelkamp, Das Gesundheits- und Fürsorgewesen der Stadt Freiburg im Breisgau im Mittelalter, Freiburg/Br. 1981 (= Veröffentlichungen aus dem Stadtarchiv Freiburg im Breisgau), S. 40. Meyer/Steffens, Mainz (wie Anm. 3), S. 110f. zur Sicherung und Erhaltung der Stadtmauer durch das Hospital. Vgl. ebenda das Kapitel zu „Verpflichtungen des Spitals“. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 112 zu Aufwendungen für Vorratshaltung der Hospitäler. Vgl. Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 45-47 zum Beitrag des Siechenhauses zur Stadtverteidigung. Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 149-151 zur Versorgung von Witwen und Waisen, S. 173f. zur Belastung durch Sondersteuern, Kontributionen und Einquartierungen. Das Hospital hatte ab 1520 auch die Lateinschule und die neue „Teutsche Schul“ zu tragen und war auch kommunale Soldkasse (S. 175-184).
30. Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 168; Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 140-148.
31. Vgl. Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 101ff. zum Hospital als (wirtschaftlich) selbstständiger Einrichtung sowie auf S. 109f. zum Interesse der Kommunen die Hospitäler funktionsfähig und autark zu halten. Vgl. Aderbauer, Tübingen (wie Anm. 4), S. 57 und 111. Das Tübinger Spital blieb zwar selbstständig, verschuldete sich dennoch.
32. Vgl. Reicke, Recht (wie Anm. 9), S. 130, Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3), S. 45f. sowie UB Nürnberg, 25.5.1285, S. 412 zu Finanzierungsproblemen des Deutschordenshospitals.

33. Vgl. UB Magdeburg (wie Anm. 6), Nr. 77 (26.4.1214), S. 88. Zu Bruderschaften und Zünften im Kreditgeschäft vgl. Holbach in North, Kredit (wie Anm. 7), S. 147.
34. Vor allem K. Wellschmied, Die Hospitäler der Stadt Göttingen, Göttingen 1963 (= Studien zur Stadtgeschichte 4) versucht, die städtische Hospitallandschaft zu analysieren, entwickelt aber keine Thesen zu Funktionsteilung und spezifischen Aufgaben. Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 14-34 gibt einen guten Überblick über die Breite städtischer Fürsorge und versucht eine Funktionszuteilung. Besonders umfangreich sind die Ergebnisse der italienischen Forschung: Vgl. L'Ospedale e la città. Cinquecento anni d'arte a Verone. Hrsg. v. A. Pastore, Verona 1996 sowie Ospedali e Città. L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo. Hrsg. v. G. und L. Sandri, Florenz 1997. Dort besonders die Artikel von Sandri, Varanini und Esposito zur Spezialisierung von Hospitälern in Italien.
35. Vgl. Lorenzen-Schmidt in North, Kredit (wie Anm. 7), S. 131.
36. Vgl. Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 157f.
37. Vgl. UB Freiburg (wie Anm. 6), Nr. 435, S. 276.
38. Vgl. A. Stollenwerk, Zur Geschichte des Hospitals zum Heiligen Geist und des Gotteshauses in Boppard, Boppard 1961, S. 29. Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 162-164 mit einer Übersicht von Pfründenstellen in Württemberg (im Schnitt 15-20).
39. Ebd. sowie U. Grundmann, Das Hospital in Koblenz, Herzogenrath 1992, S. 28f.
40. Vgl. Stollenwerk, Boppard (wie Anm. 38), S. 32; dort zum Zinsregister des Hospitals. Vgl. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 305f. sowie W. Berweck, Das Heilig-Geist-Spital zu Villingen von der Gründung bis zum Beginn des 17. Jahrhunderts, Villingen 1963, S. 79. Vgl. aber auch: Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 112-115.
41. Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 101-103; dort auch zum Immobilienbesitz.
42. Vgl. B. Zeller, Das Heilig-Geist-Spital zu Lindau im Bodensee von seinen Anfängen bis zum Ausgang des 16. Jahrhunderts, Lindau 1952 (= Schwäbische Geschichtsquellen und Forschungen Bd. 4), S. 185 sowie Semler, Überlingen (wie Anm. 26), S. 40 und Berweck, Villingen (wie Anm. 38), S. 82-84 zu Bankenfunktionen. Boelke in North, Kredit (wie Anm. 7), S. 194 zur Kreditwirtschaft auf dem Land und in Kleinstädten.
43. Vgl. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 101, Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 69-81 sowie Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 113.
44. Vgl. Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3).
45. Vgl. Kuske, Kreditwesen (wie Anm. 7), S. 59 und van der Wee in North, Kredit (wie Anm. 7), S. 215f. Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 187 und Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 285 bringen Zusammenstellungen von Zinspflichtigen im Umland, deren Zahl sich in Lindau im Jahr 1488 auf 544 belief.
46. Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 172f. zu regelmäßigen Eingriffen der Kommune in den Spitalhaushalt.
47. Vgl. exemplarisch Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 167-171.
48. Vgl. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 248, 256f. sowie Kießling, Stadt-Landbeziehungen im Mittelalter, S. 256f. Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3), S. 74 zur Rolle des Spitals bei der Weinversorgung der Stadt; S. 85-96 zum Hospital als Arbeitgeber auch für gering Qualifizierte. Aderbauer, Tübingen (wie Anm. 4), S. 357-381 zum frühneuzeitlichen Spital als Arbeitgeber. Berweck, Villingen (wie Anm. 38), S. 35-39 zu verschiedenen Berufen. B. S. Gros, Das Hohe Hospital (1178-1600) in Soest, Münster 1999 (= Urkundenregesten Soester Hohlfahrtsanstalten 5), S. 213-251 ausführlich zu Bediensteten im Hospital. Vgl. auch Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 105-109 sowie Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 138-176 zu verschiedenen Berufsgruppen; auf 170-176 zu Tagelöhnnern und anderem weltlichen Personal.
49. Vgl. Reicke, Recht (wie Anm. 9), S. 53 auch zur Konkurrenz der Spitäler um potentielle Pfründner. Vgl. Dirlmeier, Verbrauch (wie Anm. 3), S. 75f., 278, 310f., 375 zur Differenzierung in Armen- und Herrenpfründen als soziales Distinktionsmittel. Dort auch zu Preisen der Pfründen in Hospitälern verschiedener Größe. Vgl. auch Semler, Überlingen (wie Anm. 26), S. 28. Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 69-81 sowie Aderbauer, Tübingen (wie Anm. 4), S. 111f. zur finanziellen Abhängigkeit von potenziellen Pfründnern in der Frühen Neuzeit. Vgl. auch Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 24-30 sowie Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 113-116 und Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 50-60 sowie Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 151-164.
50. Vgl. Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3), S. 71-73 zu Überschüssen aus dem Verkauf von Wein und Feldfrüchten.
51. Vgl. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 144f. sowie Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 114f. Zur Hauserwerbspolitik vgl. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 99f., Grundmann, Koblenz (wie Anm. 39), S. 29 sowie Dirlmeier, Verbrauch (wie Anm. 3), S. 241f. zu Vermietungsstrategien. Vgl. Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 31 zum Zukauf von Fleischbänken und Marktbuden am Fischmarkt; S. 46 zu Windmühlen und Torkeln. Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 104-108 zu Mühlen und Fischteichen. Berweck, Villingen (wie Anm. 38), S. 70f. zu Mühlen und Badestuben. Zur Eigenwirtschaft dieses Hospitaltyps vgl. Wellschmied, Göttingen (wie Anm. 34), S. 183-186.
52. Vgl. Semler, Überlingen (wie Anm. 26), S. 18f. Über zehn Jahre wurden 4300fl. in Zehntrechte investiert; vgl. auch Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 305f., Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 42-46. Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 80f. zum Hospital von Typ I als Gerichtsherr. Vgl. auch Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 106-108 zum Kauf der Greifswalder Zollrechte durch das Hospital.
53. Vgl. die Rechnungsbücher, die Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3) ausgewertet hat.
54. Vgl. D. Greiner, Geschichte des Ulmer Spitals im Mittelalter. In: Württembergische Vierteljahreshefte 16 (1907), S. 78-156, hier S. 137f. sowie Boelke in North, Kredit (wie Anm. 7), S. 199. Vgl. Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 100-103 zu Renten von Adeligen im Spital dieses Typs. Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 139 konstatiert, dass das Hospital die einzige Institution mit Bankfunktion vor Ort war; vgl. auch S. 168f.
55. Zur Abwicklung städtischer Geldgeschäfte durch Hospitälern vgl. exemplarisch Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 163. Kuske, Kredit (wie Anm. 7), S. 56 zur kommunalen Regulation des Kapitalmarkts zu Ungunsten der Hospitälern.
56. Vgl. Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 65-74.

57. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 259 sowie Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3), S. 74 zur Versorgungs- und Bevorratungsfunktion.
58. Sie hatten zwischen 120 und 300 Insassen; vgl. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 161.
59. Vgl. exemplarisch die Entwicklung des Nürnberger Heilig-Geist-Hospitals und prominenten Stiftern in: Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3). Zur Rolle von Stiftungen vgl. Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 109-123.
60. Vor allem Herrenpfründner beanspruchten hochwertige Nahrungsmittel. Vgl. Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3), S. 104. Zur Rolle der Pfründner in einem Haus dieser Größe vgl. ausführlich Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 151-193 sowie Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 183-191.
61. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 105 sowie Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 117: „Die Gründe für den unzureichenden Vermögensbestand lagen im Fehlen einer leistungsstarken Eigenwirtschaft“.
62. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 146: „Es ist nachzurechnen, dass das gestiftete Kapital nicht einmal für ein ganzes Jahr ausgereicht hätte. „Nur hervorragende ökonomische Strategien der Leiter des Spitals, die vorausblickende Anlage des Kapitals und der Erwerb sicherer Einkünfte konnten die Aufrechterhaltung der Institution garantieren“ (S. 132).
63. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 112 und 133 zum Hauserwerb, der eine Flucht in Renten mit sich brachte. Zum „Kapitalüberangebot“ vgl. S. 106f. Holbach in North (wie Anm. 7), S. 124f. ausführlich zum Zusammenbruch des Hamburger Rentenmarktes.
64. Vgl. Meyer/Steffens, Mainz (wie Anm. 3), S. 91, Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 256 sowie Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 147 zu kurzfristigen Anleihen. Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 44-47 zu Verpachtungen von (Immobilien-) Besitz.
65. Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 51-67. Hier bestätigt sich die These der Abhängigkeit besonders deutlich. Vgl. v. a. Rentenkäufe des Hospitals, S. 91-106.
66. Vgl. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 164 zum Krieg Rudolfs IV. im Friaul im Jahr 1361 u. a. Eine Ausnahme bilden auch Hospitäler vom Typ II, die unter landesherrlichem Einfluss stehen wie z. B. Nürtingen. Das dortige Hospital war gezwungen, Türkenzüge, Verlobungsgeschenke und fürstliche Abfindungen zu finanzieren und wurde so stark beansprucht; vgl. Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 170-173.
67. Vgl. Kuske, Städtewesen (wie Anm. 7), S. 45; bei diesen Gruppen betragen die Zinssätze zwischen 10,5 und 15%, während für Hospitäler mit 6% ein geringerer Wert zu veranschlagen ist. Ewigrenten brachten durchschnittlich 10%, das Markgröninger Spital zahlte im Jahr 1317 sogar 12,5%; vgl. Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3), S. 81. Wie diese Differenz zu erklären ist, kann aus den Quellen nicht eruiert werden. Wahrscheinlich hatten Hospitäler nur begrenzte Kapitalmengen für diese Anlageformen parat oder wählten die Kreditnehmer sorgfältig aus. Vgl. Überlegungen Gechters, Köln (wie Anm. 3), S. 190f. Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 157f. zum Zusammenhang von Judenpogromen und der Darlehnstätigkeit des Hospitals.
68. Zu Haushalt und Wirtschaftsführung vgl. exemplarisch Wellschmied, Göttingen (wie Anm. 38), S. 238-242.
69. Vgl. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3) sowie Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 101-105.
70. Vgl. J. Kuhn, Aus der Geschichte des Heilgeistspitals zu Freiburg im Breisgau, Diss. Freiburg, Hildesheim 1915, S. 32f. zur persönlichen Haftung sowie zur Spitalmeisterpersönlichkeit Gotfrid von Slettstedt (1290-1306). Unter ihm wird die „Diversifikation“ des Hospitals beschleunigt; vgl. UB Freiburg (wie Anm. 6), Nr. 345-418 zur regen Finanzaktivität. Vgl. auch Greiner, Ulm (wie Anm. 3), S. 89, Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 30-35 sowie Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 134f. zu Spitalmeistern als Großanlegern. Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 125-137 zur Entwicklung der Rechnungsführung in einem Hospital dieser Größe.
71. Vgl. Reicke, Recht (wie Anm. 9), S. 197: „Die neue Entwicklung setzte zu Beginn des 13. Jahrhunderts ein“.
72. R. Sennet, Fleisch und Stein. Der Körper und die Stadt in der westlichen Zivilisation, Frankfurt a. M. 1997; siehe v. a. S. 219-223.
73. Reicke, Recht (wie Anm. 9), S. 54 zählt fast 20 bruderschaftliche Gründungen in diesem Zeitraum auf (Münster, Erfurt, Ulm, Osnabrück, Rosegg, Saarburg, Aschersleben, Paderborn, Halberstadt u. a.). Des Weiteren verzeichnet er fast zehn Gründungen durch verschiedene Orden (Bern, Posen, Duisburg, Rheinfeld, Würzburg, Feldkirch, Braunschweig, Schwäbisch Hall u. a.), S. 101. Allein durch den Deutschen Orden wurden um 1200 15 Hospitäler im deutschsprachigen Raum gegründet, die fast alle kommunalisiert wurden (Metz, Marienburg, Salzburg, Marburg u. a.; S. 119). Auch die ersten Hospitäler des Heilgeistordens entstehen um 1200 (Wien, Memmingen), Bern, Wimpfen, Stephansfeld (S. 169f.). Letztlich führt er auch bürgerliche Hospitalgründungen (Neu- und Wiedergründungen) auf: Zürich, München, Freiburg, Mühlhausen, Paderborn, Colmar, Rheinfeld, Friedberg, Winterthur, Wusterhausen, Reutlingen, (S. 219ff. und 253f.). Zur Kommunalisierung als Funktionswandel des Hospitals vgl. Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 114-122. Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), Beil. 1 zur Gründungen der württembergischen Hospitäler in dieser Zeit.
74. Vgl. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3) sowie Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 51-55, der eine ganzes Patriziergeschlecht als Gründungsdynastie identifiziert und auf S. 57-60 zeigt, wie sich ein ganzes Netz anderer Bürgerfamilien dieser Stiftung anschließt
75. Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 152, benutzt auch den Begriff „Urstiftung“. Dass diese Ausstattungen bei diesem Typ nicht immer von Adeligen ausgingen, sondern auch von Bürgern, lässt sich am Beispiel Mellrichstadts bei Würzburg belegen: UR Würzburg (wie Anm. 6), Nr. 112, S. 76.
76. Vgl. Semler, Überlingen (wie Anm. 26), S. 18: „Es erfolgte eine enorme Ausstattung seitens des Landadels mit Gütern, die dem Hospital noch Jahrhunderte eine verlässliche Einnahmequelle waren“. Vgl. auch Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 154. Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 103-109. Diese kontinuierlichen Einnahmen waren teilweise exorbitant: 660.000 fl. an Einnahmen aus Gefällen und Eigenwirtschaft verzeichnete das Esslinger Hospital im Jahr 1590. Vgl. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 104ff. „Das Hospital sicherte sich eine Jahrhunderte lang gleichbleibende Einnahmequelle aus landwirtschaftlichen Erzeugnissen“.
77. Die Holzeinnahmen des Überlinger Hospitals waren beträchtlich und für den Holzbedarf der ganzen Stadt bestimmend. Vgl. Semler, Überlingen (wie Anm. 26), S. 20ff. Zum Kohle- [!] und Holzhandel in Esslingen: Haug, Esslingen (wie Anm. 3),

- S. 124f. Auch Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 313: „Der große Waldbesitz ist mit seinen Einnahmen kaum zu überschätzen“. Stollenwerk, Boppard (wie Anm. 38), S. 37 und 39 zur Bedeutung des Weinverkaufes: „Aus dem Ackerbau ergaben sich [...] in jedem Jahr deutliche Überschüsse.“ Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3), S. 59. Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 62 zur Flachsherstellung und deren Verkaufserlösen sowie S. 65 zur spitalischen Schweinezucht. Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 84 zum umfangreichen Viehhandel des Spitals.
78. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 273, beziffert den Prozentsatz der Küchengefälle an den Gesamteinnahmen auf über 10%.
79. Charakterisierung dieser Stiftungsphase bei Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 152-154. Auch Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 290. Beispiele für regelmäßige Zustiftungen in: UR Würzburg (wie Anm. 6), Nr. 79-113, S. 55ff.
80. Dies galt auch für Gutleuthäuser; vgl. Knefelkamp, Freiburg (wie Anm. 29), S. 69-71: „Das Gutleuthaus war in dieser Zeit auf Stiftungen angewiesen“ (S. 69) und besonders Muschel, Ulm (wie Anm. 3).
81. Zur zunehmenden Vergeldlichung von Stiftungen vgl. Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 97. UB Regensburg (wie Anm. 6) Nr. 145-1163. Von 48 überlieferten Bürgertestamenten beinhalten 40 Stiftungen an die Hospitäler der Stadt und des Umlandes. Das Hospital kommt meist an zweiter oder dritter Stelle.
82. Knefelkamp, Freiburg (wie Anm. 29), S. 40, bes. Anm. 136.
83. Zur Rolle der Gültens im Hospitalhaushalt vgl. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 112. UB Nördlingen, Nr. 17-38, S. 6ff. (insgesamt mehr als 25 nennenswerte Käufe von 1267-1300). Vgl. auch: UR Würzburg, Nr. 168, S. 113 und 169. Das Hospital von Münnerstadt kauft im November 1373 Gebäude, Rechte und Grundstücke im Wert von 1150 lb. Das Aktivvermögen muss auch bei diesem kleinen Hospital enorm gewesen sein. Im selben Jahr erfolgten mehrere große Stiftungen; vgl. UR Würzburg Nr. 156f. Vgl. auch Wellschmied, Göttingen (wie Anm. 34), S. 146-182 zum Grundbesitz der dortigen Spitäler sowie Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 146-152 und Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 61-69 in einer aufschlussreichen Übersicht. Vgl. auch Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 18-32. Vgl. exemplarisch Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 109-113 zu verschiedenen Zehntansprüchen.
84. UB Erfurt (wie Anm. 6), Nr. 799 (19.3.1378), S. 591 sowie Aderbauer, Tübingen (wie Anm. 4), S. 35f. Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 34-40 zu Rendite und Erträgen aus Erwerbungen dieser Art; er beziffert die Rendite für Lübeck auf 8,5%.
85. UB Nördlingen (wie Anm. 6), Nr. 58 (13.4.1304); UB Nürnberg (wie Anm. 6) Nr. 718 (2.4.1285), S. 418. UB Erfurt (wie Anm. 6), Nr. 90 (4.6.1233), S. 46, ebd., Nr. 295 (13.6.1278), S. 190. UB Freiburg (wie Anm. 6), Nr. 313 (9.4.1278), S. 282. Ernst, Biberach (wie Anm. 1), S. 43. Zur Funktion des Ablasses zur Schuldentilgung vgl. Kuske, Kreditwesen (wie Anm. 7), S. 51f. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 140.
86. Vgl. Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 41.
87. Art. Kroeschell in LexMA, Bd. 6, Sp. 1680. Bsp.: UB Quedlinburg Nr. 173 30.11.1359, S. 147. Zu allen größeren Geschäften des Hospitals musste der Rat, der selbst im Zinsgeschäft engagiert war, seine Zustimmung geben. UB Magdeburg, Nr. 389 (19.12.1438), S. 518. Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 323-335 sowie Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 117-120 zur Memoriapraxis.
88. Vgl. UB Freiburg (wie Anm. 6), Nr. 36 (10.8.1286), S. 46. Vgl. auch Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 97-99 zu Leibrentengeschäften.
89. Das Ewiggeld war bis ca. 1300 konstant mit 10% verzinst worden, diese Verzinsung fiel dann aber kontinuierlich; vgl. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 23. Beispiel für eine Ewiggeldurkunde in UB Nördlingen (wie Anm. 6), Nr. 228 (29.11.1351).
90. Vgl. Semler, Überlingen (wie Anm. 26), S. 29. Dort auch zur Praxis des Leibgedinggeschäfts in einem Hospital vom Typ II sowie Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 50f. Zur Komplexität von Leibgedinggeschäften vgl. UB Nördlingen (wie Anm. 6) 13.7.1275, S. 7. Kuhn, Freiburg (wie Anm. 70), S. 38 zur Funktion von „Rentenkassen“ für das Alter. W. Ogris, Leibgeding. In: LexMA Bd. 4, Sp. 1848; ausführlich in ders., Der Leibrentenvertrag. Beitrag zur Geschichte des deutschen Privatrechts, Wien/München 1961. Leibgedingverträge sind für den Anfang des 14. Jh. auch in Gutleuthäusern nachweisbar. Vgl. Knefelkamp, Freiburg (wie Anm. 29), S. 70. Auch Meyer/Steffens, Mainz (wie Anm. 3), S. 114. Vgl. auch Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 128 zum Leibgeding als Geldanlage. Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 52-58 zu umfangreichen Leibrentengeschäften sowie zur Zielgruppe.
91. Meyer/Steffens, Mainz (wie Anm. 3), S. 424-455. Auch das sprunghafte Ansteigen der Zinseinnahmen zwischen 1315 und 1366 von 12 lb. auf 1336 lb. (S. 94) ist erstaunlich.
92. Zur Höhe der Zinssätze vgl. Lorenzen-Schmidt in North, Kredit (wie Anm. 7), S. 127 sowie Dirlmeier, Verbrauch (wie Anm. 3), S. 214: „Erst 1495 wurde die Kapitalisierung der Renten und Zinsen von einem Zinssatz von 5% angeordnet“. Kuske, Kreditwesen (wie Anm. 7), S. 60. Als Beispiel: UB Nördlingen (wie Anm. 6) Nr. 467 9.11.1374, S. 90: Aus einem Kapital von 108 lb. hl. erwuchsen auf ewig 6 lb. hl. pro Jahr. Vgl. auch Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 156-162. Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 59-62 zum Rentfuß, für den im 15. Jahrhundert ein Rückgang von 9% auf 5% konstatiert wird.
93. Vgl. Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 121. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 128ff. zur Bedeutung der Leibrentenausgaben am Gesamthaushalt. Vgl. Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 104f.
94. Vgl. Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 122. Ebenso Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 279: Es kamen „unverbrämte verzinsten Darlehensgeschäfte auf, die nicht mehr einer Fundierung durch Immobilien bedurften“. Früher Beleg für ein reines Zinsdarlehensgeschäft in: UB Freiburg (wie Anm. 6), Nr. 94 (25.8.1290), S. 106 sowie Nr. 223 (7.6.1297), S. 266.
95. Trusen, Zum Rentenkauf im Spätmittelalter (wie Anm. 7), S. 147. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 158-161: „Eine Spirale von Gabe und Gegengabe drehte sich weiter.“
96. Vgl. Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 262: „Die Hospitäler finanzierten zweifellos im steigenden Maße den Kapitalbedarf der Stadt.“
97. Vgl. grundsätzliche Überlegungen in Seigel, Württemberg (wie Anm. 13), S. 7-11 sowie Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 82-87 zur Kommunalisierung am Beispiel Ulms. Vgl. auch Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 11-15.

98. Vgl. zum kommunalen Einfluss auf Heilgeist-Spitäler, Reicke, Recht (wie Anm. 9), S. 179ff. „Besonders früh und eindrucksvoll verlief der Prozess der Verbürgerlichung in den Bischofsstädten.“, Reicke, Recht (wie Anm. 9), S. 225.
99. „Der Einbruch des Bürgertums in die Verfassung bereits bestehender bruderschaftlicher Spitäler war die Regel.“ Reicke, Recht (wie Anm. 9), S. 251. Vgl. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 38f. Vgl. die Beispiele in Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 26.
100. Ein besonders anschauliches Beispiel begegnet in Erfurt. Dort wird die Stiftertätigkeit sogar dadurch honoriert, dass der Rat Bürger, die ein gewisses Spendenaufkommen bereitstellen, von „burgerlichen lasten“ befreite! UB Erfurt (wie Anm. 6), Nr. 627 (14.12.1319), S. 443 u. a.
101. Vgl. Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 265-274.
102. Vgl. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 161f. Zu Leibgedinggeschäften als Altersversorgung. Vgl. Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 69-81 sowie Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 151-193.
103. Vgl. UB Freiburg (wie Anm. 6), Nr. 300 (27.6.1300), S. 377. Dort zur Versorgung von Waisen im Spital. Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 87f. zu Kindern im Spital. Aderbauer, Tübingen (wie Anm. 4) erwähnt das öfteren Kinder im Hospital im 16. Jahrhundert. Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 24-27 zum Fundenhaus, das dem Spital angegliedert war. Vgl. auch Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 150f.
104. Dass diese Differenzierung um 1260 einsetzte, zeigt Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 113. Vgl. Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 194-212 ausführlich zur sozialen Herkunft der Insassen und Pfründner. Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 24-30 zu Pfründenpreisen; ebenso Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 156-164. Vgl. Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 62-66 systematische Überlegungen zur Auswirkungen von sozialen Unterschieden.
105. Vgl. Dirlmeier, Verbrauch (wie Anm. 3), S. 368: „Der Verkauf von Pfründen als Leibgeding um 100 fl. war unrentabel, weil der Unterhalt von einer Person mit Essen, Trinken und Bettwäsche mehr als 10 fl. im Jahr kostete (Leibzins 10%).“ Er nimmt hier eine Laufzeit von 10 Jahren an. Er hat auch die Rentabilität anderer Pfründenklassen untersucht und mit dem tatsächlichen Aufwand verglichen, S. 379. Den Beträgen für Pfründen verschiedener Klassen „würden Leibgedingzinsen (10%) von 5 fl. bis über 20 fl. entsprechen, der tatsächliche Wert der Spitalleistungen (= Unterhaltskosten) war möglicherweise doppelt so hoch.“[1] (S. 489). Die Rentabilität hat somit bei de facto 50% gelegen. Möglicherweise war das nur durch die Aktivitäten auf den Renten- und Kapitalmärkten zu erreichen. „Die Pfründenpreise waren nicht kostendeckend kalkuliert“, S. 529. Vgl. Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 206f. zur Rentabilität von Kreditgeschäften.
106. Dirlmeier, Verbrauch (wie Anm. 3), S. 373. Vgl. Aderbauer, Tübingen (wie Anm. 4), S. 128f.
107. Wörner, Schwäbisch Gmünd, S. 100 zur Nutzung als Kapitalanlage und Spekulation.
108. Vgl. Greiner, Ulm (wie Anm. 3), S. 63f sowie Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 81; dort zur Überfüllung der Pfründenabteilung und explodierenden Kosten. Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 39f.
109. „Eine derartige wirtschaftliche Expansion, wie sie für das St. Georgs-Hospital Ende des 13. Jahrhunderts nachzuweisen ist, setzte das Vorhandensein hohen Anlagekapitals voraus. Dieser Kapitalzufluss erklärt sich durch die Gewinne aus der Naturalwirtschaft, Verpfändung und dem Verkauf von Leibrenten“. Vgl. auch Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 25 sowie Kuhn, Freiburg (wie Anm. 70), S. 43 zu Pfründen als Haupteinnahmequelle.
110. UB Freiburg (wie Anm. 6), Nr. 64 (27.12.1288), S. 75; dort bes. Anm. z. 40. Ebd. Nr. 172 (25.1.1295), S. 197. Aderbauer, Tübingen (wie Anm. 4), S. 35. UB Erfurt, Nr. 315 (1282), S. 204 zum Kauf von Immobilien, die das Hospital gegen Erbzins den Verkäufern wieder verleiht. Ähnlich: Ebd., Nr. 376 (13.1.1289), S. 248. Auch: Ebd., Nr. 407 (1.11.1290), S. 277f. Vgl. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 170f. sowie Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 98f.
111. Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 435. Vgl. auch Meyer/Steffens, Mainz (wie Anm. 3), S. 108f. Vgl. auch Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 39 und Grundmann, Koblenz (wie Anm. 39), S. 28 zu Immobilienhandel.
112. Vgl. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 142. Auch Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 318 zu Einnahmen aus Badehäusern. A. Wörner/J. N. Deninger, Das städtische Hospital zum Heiligen Geist in Schwäbisch Gmünd in Vergangenheit und Gegenwart. Tübingen 1905, S. 24 zu Anlageform der „Seelbäder“.
113. Vgl. z. B. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 114 sowie Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 46 und Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 70f. Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 104-108 zu Mühlen und Fischzucht.
114. Das Hamburger St. Georgs-Hospital erwarb drei Brauhäuser und schenkte in großen Mengen Bier aus. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 100f., 106. Auch das in einer Weinregion gelegene Memminger Hospital betrieb ein Brauhaus. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 310-312. Vgl. auch Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 108f. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 143. „Mit dem Erhalt des Bierbrau- und Schankrechts hatte das Bürgerspital auch das Schankmonopol erhalten“. In Ulm entwickelte sich der Weinkeller sogar zu einer eigenen Rechtskörperschaft, die dem Hospital unterstellt war; dem Spitätkeller kamen 491 Zinse zugute! Es gab einen eigenen Weinkellerpfleger. Der Keller diente auch „dem drunke und der vroelichkeit“ Greiner, Ulm (wie Anm. 3), S. 108-110. Zum „Spitätküfer“, der für die Verwaltung des Weinkellers zuständig war vgl. Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 87f. sowie Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3), S. 66. Die Kommunen versuchten aber auch, gegen den Ausschank vorzugehen; Vgl. Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 107.
115. Vgl. Semler, Überlingen (wie Anm. 26), S. 24: „Der Spital konnte zu Beginn des 16. Jh. jährlich Wein im Wert von 14000 fl. verkaufen.“ Vgl. Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 39. Laut S. 110 durfte nur das Hospital hochwertige Weine ausschenken.
116. Vgl. Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 30-33.
117. Zur pragmatischen Handhabung des Zinsverbots Wörner, Schwäbisch Gmünd (wie Anm. 112), S. 23f.
118. Vgl. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 129. Die Zinsen sind bei der Neugründung des Erfurter Martinshospitals von zentraler Bedeutung; vgl. UB Erfurt (wie Anm. 6), Nr. 972 (17.12.1388), S. 700.
119. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 23 zu Naturalrenten und Darlehen in großem Umfang. Auch für Nürnberg gibt es zahlreiche Belege für Darlehen an durftige Leut in Form von Korn und Hafer; Vgl. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3),

- S. 128 und 134.
120. Vgl. bes. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 120: „Es stellte eine Mischung aus Naturalabgabe und Kreditgeschäft dar. [...] Für Winzer war diese Art von Kapitalbeschaffung sehr beliebt. [...] Die Weindarlehn überwogen bei weitem die herkömmlichen Kreditgewährungen.“ Vgl. auch Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3), S. 76: „Besonders für die Lohweingärtner des Spitals war es eine bequeme Darlehnsskasse.“
121. Vgl. Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 157f. zum Zusammenhang von Judenpogromen und den Darlehnsgeschäften des Spitals.
122. Dirlmeier, Verbrauch (wie Anm. 3), S. 56 zu Haushaltseinnahmen der Stadt pro Kopf.
123. Zur Präsenz des Katharinen-Hospitals auf den kommunalen Zinsmärkten und die Verflechtungen zwischen Kommune und Hospital vgl. die Regensburger Leibgedingregister von 1351-1364. UB Regensburg (wie Anm. 6) S. 474-485.
124. Vgl. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 42f. Vgl. Meyer/Steffens, Mainz (wie Anm. 3), S. 113f. zu personalpolitischen Entscheidungen.
125. Vgl. Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 65-74 zur kommunalen Machtausübung.
126. Vgl. exemplarisch Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 58-64 zum Verhältnis des Spitals zur kirchlichen Obrigkeit. Vgl. Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 40-48 zur Seelsorge.
127. Vgl. Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 123-150.
128. „Der Reichtum des Spitals war groß, dass die Verwaltung trotzdem spekulativ vorgehen und bedeutenden Grundbesitz durch Kauf an sich ziehen konnte.“ Greiner, Ulm (wie Anm. 3), S. 106.
129. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 250 zum „Missbrauch des Hospitals durch die Reichsstadt“.
130. Reicke, Recht (wie Anm. 9), S. 211 sowie das Kapitel zur Verbürgerlichung der bruderschaftlichen Spitäler. Vgl. auch Wörner, Schwäbisch Gmünd, S. 26 zu Bruderschaften. Vgl. den Beitrag von Klaus Militzer in diesem Band.
131. UB Quedlinburg Nr. 63 (20.6.1298), S. 45. UB Halberstadt Nr. 56 17.4.1304, S. 89. Vgl. die eindrucksvollen Untersuchungen von Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 156-162.
132. Vgl. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 59.
133. Vgl. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 58: Dort zur Wirtschaftsführung, Verantwortung, Amtseid. Vgl. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 110 zum Stand der Buchführung im 14. Jh. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 142: „Der Meister führte den Betrieb wie seinen eigenen, er musste die Kosten vorstrecken und die Einnahmen in seinem Interesse kontrollieren.“ Vgl. auch Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 147-162 zu den Akteuren in der Hospitalleitung wie Provisoren, Meistern, Pflegern und Vögten.
134. „Der selbe spitalmeistir gelobin deme spital getruwe und gewere zcu sin ane geverde und alle jar eyns adir mer rehnunge tun [...].“ In: UB Erfurt (wie Anm. 6), Nr. 972 (17.12.1388), S. 700 (Martinsspital). Vgl. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 109f. Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 189 sowie Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 125-137.
135. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 117.
136. Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 186. Der Zinsgewinn steigerte sich 1488 von 500 lb. auf 2485 lb.
137. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 125 sowie S. 154f.
138. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 139: „Es ging darum, planmäßig Grundbesitz und regelmäßige Einkünfte zu erlangen [...] und mit anderen Einnahmen anzureichern“. Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 99 spricht vom „wohldurchdachten System“.
139. Vgl. Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 142-146.
140. Vgl. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 172 und Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 188.
141. Dieses Phänomen des Rückganges der Erwerbungen an Landbesitz im 15. Jahrhundert erklärt Semler, Überlingen (wie Anm. 26) damit, dass „der Übergang von Grundbesitz des Landadels an das Spital im großen und ganzen abgeschlossen war, weil es auch an Kaufgelegenheiten fehlte. An die Stelle von Grundbesitz trat nun der Erwerb von Zehntrechten, Gütern und Renten“. Vgl. auch einen sehr frühen Beleg in UB Freiburg (wie Anm. 6), Nr. 99 (3.11.1290), S. 111.
142. „Landbesitz und Naturalwirtschaft spielen für das St. Georgs-Hospital im ausgehenden Mittelalter nur eine geringe Rolle. Die Eigenwirtschaft war wohl nie in der Lage, den Lebensmittelbedarf zu decken“. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 27.
143. Militzer, Markgröningen (wie Anm. 3), S. 44. Vgl. auch A. Huhn, Geschichte des Spitaless, der Kirche und der Pfarrei zum Heiligen Geiste in München. München 1893, S. 108f. sowie Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 91. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 314-323. Die Ausgaben stiegen von 6% auf 18% im Jahr 1517. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 133f. sowie 153; dort zum enormen Anstieg der Löhne im 16. Jahrhundert.
144. So vermutet Huhn, München (wie Anm. 143), S. 92 einen deutlichen Anstieg der Insassen um 1520 von 160 auf 386 Personen.
145. Vgl. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 275. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 112: „Ein Teil der Naturalabgaben wurde immer häufiger durch Geldzahlungen abgelöst.“
146. Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 195.
147. Vgl. Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 224f., 249 und 257: Allein im 14. Jahrhundert erwarb das Heilig-Geist-Hospital 202 Häuser in Köln. „Die Einkünfte aus Mieten sind etwas höher als die aus Erbzinsen“. Somit ist von einer Rentabilität von über 10% auszugehen. „Das Heiliggeisthaus erwarb bis 1500 402 Besitztitel“, S. 255. Dirlmeier, Verbrauch (wie Anm. 3) geht von einer Rentabilität bei Immobilien von 5% aus; der jeweilige Mietbetrag sei gleichsam als Resultat dieses Prozentsatzes anzusehen (S. 246).
148. Vgl. Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 188.
149. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 150: „Es zeigt sich deutlich der eklatante Unterschied zwischen dem, was das Spital erbte und bei geschickter Anlage erlangen konnte, und was die Armen von solch einer karitativen Stiftung vordergründig hatten“. Vgl. auch Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 323-334 zur Memoria-Praxis.
150. Vgl. Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 39 zum Verkauf von Grund und Boden bereits im 13. Jahrhundert.

151. Dass ein Verstoß gegen den Stifterwillen sanktioniert werden sollte, wurde z. B. beim Konzil von Trient 1555 festgestellt, wo darauf hingewiesen wurde, dass Einkünfte der Hospitäler nur für den frommen Zweck verwendet werden sollten. Dieser Appell deutet darauf hin, dass die Praxis anders war. Vgl. Semler, Überlingen (wie Anm. 26), S. 42. Wellschmied, Göttingen (wie Anm. 32), S. 248f. spricht sogar von einer Verschiebung vom paternalistischen zum marktwirtschaftlichen Haushalt.
152. Zur Verwaltung des Hospitals durch einen Spitalmeister oder Amman Vgl. Zeller, Lindau (wie Anm. 42), S. 129: Er solle ein guter „Oeconomicus“ sein.
153. Die vita communis war schon im 11. Jahrhundert in Auflösung begriffen. Vgl. Reicke, Recht (wie Anm. 9), S. 28. Dieser Prozess setzte sich im Spätmittelalter fort. Zum geistlichen Personal vgl. exemplarisch Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 162-168.
154. Vgl. Reicke, Recht (wie Anm. 9) S. 207. „Die Räte veränderten die Spitalordnungen unter Ausschaltung der kirchlichen Instanz aus eigener Machtvollkommenheit“, S. 233.
155. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 137-143.
156. Vgl. Wellschmied, Göttingen (wie Anm. 34), S. 257-260 zur Stellung von Hospitälern in der Stadt um 1470.
157. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 254. Dort weitere Beispiele für Kompetenzübertragungen; Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 52f.
158. Reicke, Recht (wie Anm. 9), S. 50f.: „Mit dem Durchbruch der bürgerlichen Spitalsherrschaft verschwanden auch die monastischen Institutionen“ (S. 85). Vgl. auch Ernst, Biberach (wie Anm. 1), S. 3.
159. Zur Etablierung der Ämter und deren Funktion vgl. Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 47-59 sowie Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 17-35 und Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 88-91.
160. Über das Aufkommen des Überreuteramtes vgl. Semler, Überlingen (wie Anm. 26), S. 38. Zur rigiden Eintreibapraxis Vgl. Greiner, Ulm (wie Anm. 3), 4.1.1503, S. 149. Zum Zinseramt: Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 58. Zum Amt des Schaffners als Zinseneintreiber und Geldverwalter vgl. Kuhn, Freiburg, S. 34ff. sowie Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 189. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 135: Überreiter und Kellermeister besetzten „Schlüsselpositionen im Wirtschaftsbetrieb“.
161. Vgl. Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 60-62 und Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 80-82 zu Konflikten, letzter ebd. zur Rechtssprechung sowie Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 123-130. Vgl. v. a. Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3), S. 115-186 ausführlich und kritisch zur Verwaltung von Hospitaldörfern und der Machtausübung von Hospital und Kommune. Vgl. auch B. Falk, Machtfaktor Spital. Herrschaft und Besitz. In: A. Schmauder: Macht der Barmherzigkeit. Lebenswelt Spital. Konstanz 2000, S. 58-71. Dort zur Repräsentativität des Baues, der Streuung der abgabenpflichtigen Dörfer und zum Verwaltungspersonal. Vgl. auch Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 163-166.
162. Vgl. exemplarisch Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 119f.
163. Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 28-32 zur breiten Streuung des Besitzes in Mecklenburg und Holstein; vgl. auch Zeller, Lindau.
164. Vgl. H. Bechtel, Wirtschaftsstil des deutschen Mittelalters. München 1930, S. 151.
165. Vgl. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 102 (Übersicht für die Jahre 1449-1455).
166. Vgl. ebd. S. 111 sowie Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 267.
167. Vgl. Haug, Esslingen, S. 103. Auf S. 251 zu spitalischen Lager- und Rechnungsbüchern.
168. Vgl. Mayer/Steffens, Mainz (wie Anm. 3), S. 94f. zur Verzehnfachung der Anlagesumme binnen 50 Jahren: „Der Anteil des Renteneinkommens am Gesamthaushalt betrug 33%“. Vgl. auch Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 219 und Pohl-Resl Wien, S. 152: „Eine der erfolgreichsten Strategien der Leiter des Wiener Bürgerspitals bestand darin, geschenktes Kapital so schnell wie möglich in dauernde Renten anzulegen“.
169. Vgl. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 127 und Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 107. Das Hospital kannte Mindestanlagezeiten zu verschiedenen Prozentsätzen bei Leibgedingen und Renten. Wellschmied, Göttingen (wie Anm. 32), S. 223-228 zur Geldwirtschaft der Hospitäler, die mit dem Pfründenwesen zum bestimmenden Faktor spitalischer Finanzierung werden.
170. Vgl. Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 91-106.
171. Vgl. Berger, Hamburg, (wie Anm. 3), S. 26 sowie Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 168, der ausdrücklich auf die soziale Funktion verweist.
172. Vgl. Bechtel, Wirtschaftsstil (wie Anm. 165), S. 326 sowie Knefelkamp in diesem Band. Für Hamburg und Lübeck sind Salzrenten aus Lüneburg belegt, die einen erheblichen Anteil der Hospitaleinnahmen ausmachten. Vgl. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 24 und 98f.; UB Magdeburg (wie Anm. 6), Nr. 163 (9.1.1285), S. 87. Damit sollte wohl die Medikamentenversorgung sichergestellt sein. Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 66f. berichtet von Beteiligungen des Hospitals am Bodensee-Fährgeschäft sowie von „illegalen Salzhandel“. Berweck, Villingen (wie Anm. 40), S. 84 zum Viehhandel.
173. Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 67-90. Dort ausführlich zu Investitionsumfang, Bewirtschaftung, Erträgen, Einnahmen und Rendite. Dass diese Investition Sicherheit bot und enorme Kapitalmengen zur Krankenversorgung mobilisierte, zeigt auch der Kauf herzoglicher Salzrenten in großem Umfang, S. 88f.
174. Berroth, Nürtingen (wie Anm. 12), S. 68.
175. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 116 geht von 10% aus. Vgl. auch: Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 289f. zum Streit über die Weiterzahlung von Ewigzinsen.
176. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 211 sowie Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 107 und Meyer/Steffens, Mainz (wie Anm. 3), S. 111. Der Zinssatz für Ewigrenten fiel von 10% im Jahr 1300 auf 5% im 16. Jahrhundert; dies verdeutlicht die strukturellen Probleme. Vgl. Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 23. Auch Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 207.

177. Vgl. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 128-132, 136. „Ausgaben für Seelgeräte und Jahrtage haben sich gegenüber der Mitte des 15. Jh. 1522/26 etwa um das zehnfache erhöht“, S. 139.
178. Vgl. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 127.
179. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 134.
180. Vgl. Beger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 102. Vgl. auch Wörner, Schwäbisch Gmünd (wie Anm. 106), S. 103 zur enormen Schuldenlast und den gestiegenen Zinssätzen.
181. Vgl. Pohl-Resl, Wien (wie Anm. 3), S. 155.
182. Vgl. Meyer/Steffens, Mainz (wie Anm. 3), S. 114. Auch Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 123. Die Hospitalgeschichte hat sich mit dem Phänomen der sogenannten Agrarkrise wenig in kritischer Weise beschäftigt.
183. Ein Fall von Verschuldung ist für Regensburg nachweisbar. Dort müssen sich die Spitalpfleger „durch des spitals notdurft“ 200 lb. leihen. UB Regensburg (wie Anm. 6) (4.5.1377), S. 453. Aderbauer, Tübingen (wie Anm. 4), S. 111 zu Schulden des unabhängigen Spitals Tübingen. Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 163-166 zur verschlechterten Finanzlage und städtischen Zuschüssen.
184. Kuske, Schuldenwesen (wie Anm. 7), S. 12-42. Vgl. Überlegungen von Schürle, Konstanz (wie Anm. 29), S. 109f., dass eine wirtschaftliche Tragfähigkeit im Interesse der Kommunen gelegen haben müsste; S. 81 zu „finanziellen Schwierigkeiten“ und Verschuldung des Spitals Mitte des 15. Jahrhunderts.
185. „Für das [hamburgische] wie auch für andere Hospitäler wurde eine Vermögenswirtschaft von geradezu existentieller Bedeutung.“ Berger, Hamburg (wie Anm. 3), S. 101. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3), S. 284: „Im 15. Jahrhundert ist das Spital noch nicht als Kreditnehmer dokumentiert, [...] das änderte sich um 1500 grundlegend.“ Die Summen, die das Nürnberger Heilig-Geist-Haus aufnimmt, steigen seit 1450 an. „Das wird in späterer Zeit anders“. Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 134 sowie 158: „Das Einkommen des Spitals reicht nicht, um die Schulden [gegenüber der Stadt von 14.000 fl. (H. S.)] abzutragen“. Wellschmied, Göttingen (wie Anm. 34), S. 225-227 zu finanziellen Problemen um 1600. Vgl. auch Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 163-166.
186. Zu Kontinuitäten vgl. Haug, Esslingen (wie Anm. 3), S. 130 sowie UB Magdeburg (wie Anm. 6), Nr. 329 (21.5.1328), S. 196. Vgl. Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 323-334 zu Memorialpraktiken.
187. „Bei einem Zinsunterschied von 5% zwischen Leibrente und Ewigrente wurde die zweite nach zwanzig Jahren kostspieliger als die erste.“ Kuske, Schuldenwesen, S. 48. Somit war die Rentabilität für Renten der Städte auf zwanzig Jahre fixiert. Das heißt, dass man darauf spekulierte, dass das Interesse an der Ewiggeldrente erlosch. Einen Zeitraum von 20 Jahren sieht auch Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 257 als wahrscheinlich an. Gros, Soest (wie Anm. 48), S. 271f. zu notwendig gewordenen Geldleistungen des Verwandten zum Totengedenken.
188. Wellschmied, Göttingen (wie Anm. 34), S. 225.
189. Vgl. Aderbauer, Tübingen (wie Anm. 4) ausführlich zu Pfründnern. Vgl. auch Kleiminger, Wismar (wie Anm. 3) S. 43-52.
190. Lambacher, Memmingen (wie Anm. 3) bringt die Zunahme der Kreditgeschäfte mit der veränderten Nahrungspreissituation in direkte Verbindung. „Gegenüber der Mitte des 15. Jh. ist eine um etwa sieben- bis zehnfache Summe im Jahr mehr ausgegeben worden“ (S. 327). Knefelkamp, Nürnberg (wie Anm. 3), S. 140. Dort auch zur Personalkostensteigerung und zur steigenden Anzahl der Insassen.
191. Vgl. Gechter, Köln (wie Anm. 3), S. 256 zum „Rückgang des Zinshausbesitzes“.
192. Vgl. Aderbauer, Tübingen (wie Anm. 4), S. 259 sowie Schulz, Lübeck (wie Anm. 3), S. 196f.
193. Vgl. Knefelkamp, Freiburg (wie Anm. 29), S. 41: „Durch Verprüfündung entstandener Platzverlust wurde wieder ausgeglichen.“
194. Vgl. Aderbauer, Tübingen (wie Anm. 4), S. 111-113.
195. Vgl.: E. Schubert, Der „starke Bettler“: das erste Opfer sozialer Typisierung um 1500. In: ZfG 48 (2000), S. 271-286 sowie R. Jütte, Obrigkeitliche Armenfürsorge in deutschen Reichsstädten der frühen Neuzeit. Städtisches Armenwesen in Frankfurt am Main und Köln, Köln/Wien 1984; ders., Arme, Bettler, Beutelschneider. Eine Sozialgeschichte der Armut in der Frühen Neuzeit, Weimar 2000; allgemein: B. Roeck, Außenseiter, Randgruppen, Minderheiten. Fremde in Deutschland der frühen Neuzeit, Göttingen 1993 sowie den Beitrag Frank Rexroths in diesem Band. In diesem Zusammenhang ist auf die fehlende Rezeption von Michel Foucaults Schriften zur Ausbildung der modernen Klinik hinzuweisen, in denen die Zerschlagung der Hospitalstruktur um 1800 mit Rückgriffen auf die Hospitäler des ancien régime analysiert wird. Vgl. Die Geburt der Klinik, Frankfurt a. M. 1996, v. a. S. 35f., 54-56 sowie 97-101.
196. Vgl. Grundmann, Koblenz (wie Anm. 39), S. 29.
197. Vgl. ausführlich zu dieser Konzentration Muschel, Ulm (wie Anm. 3), S. 167-198.
198. Vgl. z. B. Berger, Hamburg (wie Anm. 3).
199. So bleibt z.B. das Münchner Heilig-Geist-Spital bis in 19. Jahrhundert ohne Verlust an wirtschaftlicher Substanz bestehen. Vgl. Huhn, München (wie Anm. 143), S. 138.
200. So in der Frage, ob Rauchern, Extremsportlern und anderen Gefahrengruppen überhaupt eine öffentliche Fürsorge in vollem Umfang gewährt werden soll, oder bedingt auch Selbstverschulden vorliegt, das zu einem Verlust von Fürsorgeansprüchen führen könnte.