

## Konstanzer Arbeitskreis für Mittelalterliche Geschichte

\*\*\* Tagungsberichte \*\*\*

<http://www.konstanzer-arbeitskreis.de>

### **Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler**

Frühjahrstagung des Konstanzer Arbeitskreises für mittelalterliche Geschichte e. V.  
vom 19. – 22. März 2002 auf der Insel Reichenau

In seiner abendlichen Einführung in das diesjährige Thema der Frühjahrstagung „Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler“, das von *Neithard Bulst* (Bielefeld) angeregt wurde, umriß *Karl-Heinz Spieß* (Greifswald) Aufgabenstellung, Umfang und Ziele der 3-tägigen Veranstaltung. Er hob hervor, daß ein komparatistisches Vorgehen für die gewählte Thematik unverzichtbar sei, d. h. ein Zugriff, der gewissermaßen eine Prosopographie mittelalterlicher Hospitalgesellschaften ermöglicht. Dabei seien rechts-, wirtschafts-, medizin-, architektur- und kunstgeschichtliche Aspekte in den Blick zu nehmen, um ein höchst vernetztes Verständnis von mittelalterlicher Krankheit und Fürsorge aufzudecken. Oft sei die Quellenüberlieferung nur auf ein einziges Hospital bezogen; dies dürfe aber nicht den Blick dafür verstellen, daß eine Einbettung der jeweiligen Institution in eine Stadt oder gar eine Region zu untersuchen sei. Auch die Motive der Stifter, eine evtl. Änderung der Stiftungsintention über das ursprüngliche Stiftungsinteresse hinaus etc. sollten jeweils bedacht werden.

Der folgende Abendvortrag von *John Henderson* (Cambridge) beschäftigte sich mit „The Art of Healing: Hospital Design and Hospital Decoration in Renaissance Italy“. Der Referent stellte eingangs fest, daß die gängige Betrachtungsweise von Hospitälern der Renaissance-Zeit in Italien künstlerische und architektonische Aspekte in der Regel wenig Beachtung schenke. Dies habe dazu geführt, der schriftlich fixierten Überlieferung den Vorzug vor der „visual evidence“ zu geben. Es gehe der Heilkunst der Zeit vor allem um die Errettung der Seele, erst dann leite sie die Sorge um den Körper. Diese Seelenrettung solle nicht zuletzt durch das Bildprogramm und die räumliche Ausgestaltung der Renaissancehospitäler ermöglicht werden.

Bei den Hospitälern der Lombardei und der Toskana handelte es sich teilweise um reiche Institutionen des Spätmittelalters, die in bevölkerungsreichen Städten im Jahr bisweilen 5000 – 6000 Patienten beherbergten. Die Sorge um die Seele ergänzte die Sorge um den Körper. Der Leitgedanke des Kirchenvaters Augustinus vom „Christus Medicus“ ist die Überzeugung, daß letztlich nur Gott zu heilen weiß, was er geschaffen hat. So findet sich z. B. in einem Tympanon des Ospedale Santa Maria in Florenz die Ikonographie des leidenden Christus, der seine Seitenwunde als „a door to salvation“ zeige. Auch das Ospedale degli Innocenti (Findelhaus) in Florenz und das von Francesco Sforza 1456 gegründete Ospedale Maggiore in Mailand mit ihrer künstlerischen Ausstattung stellten Beispiele für die charakteristische Verbindung von Heilungsbemühungen durch liturgische Nähe (der Hauptraum für die Kranken öffnete sich häufig zum Hauptaltar hin) und eine „glorification“ des Stifters oder der Bürgerschaft der Stadt dar.

Am zweiten Tagungstag behandelte *Frank Rexroth* (Göttingen) zunächst das Thema „Armenhäuser in England – eine neue Institution der sozialen Fürsorge im späten Mittelalter“. Als Einstieg in sein Thema rekurrierte er auf eine englische Nachricht aus dem Jahre 1395, die eine Klage über den durch die Unterhaltung von Almosenhäusern – „alms-houses“ – verursachten volkswirtschaftlichen Schaden enthält. Gewissermaßen von seiner Kehrseite her wurde damit der Blick auf ein sozialgeschichtliches Phänomen des Spätmittelalters gelenkt, das nur aus seinem kulturellen Zusammenhang heraus erklärt werden kann: Gewisse Arme werden lebenslang in eine Gemeinschaft aufgenommen, deren strengen Regeln sie sich zu unterwerfen haben, und leisten im Gegenzug ein ständiges Beten für den oder die Stifter ( frz. „maison-Dieu“). Herausgestellt wurde der Idealtypus eines solchen Armenhauses, ein typisch zeitbezogener Kontext des Phänomens (Wandel in der Mobilität der Unterschichten etc.) und der Einfluß der Armenhausbewegung auf das allgemeine Spitalswesen in England, wobei London ausgespart blieb.

Der Idealtypus sah bestimmte bauliche Eigenarten (5 Häuschen für 5 Arme etwa), eine bestimmte Klientel und eine angestrebte Vergemeinschaftung vor. Auswahlkategorien stellten Bedürftigkeit im Alter, Angehörigkeit zu einem bestimmten Sozialstatus, zur Stadt, zu einer Gilde etc. dar. Vor allem genossenschaftlich Organisierte oder ehemalige Diener von Adligen fanden Aufnahme. Eine gemeinsame Lebensführung war nicht zwingend vorgeschrieben, doch wurde die Einhaltung von Disziplinarordnungen erzwungen. Hinsichtlich der Baulichkeiten wurde häufig ein regelrechtes Stiftungsensemble errichtet mit einer funktionalen Zuordnung der Teile: Armenhaus, Schule, Kollegiatstift, Universitätskolleg usw. wurden als Abbild ständisch organisierter Kompetenz aufeinander bezogen. Arme, Schüler, Kleriker und Gelehrte füllten so als gottgewollte Stände ihre jeweiligen Plätze aus. Für die Armen ergab sich kein ruhiger Lebensabend. Der Tagesablauf war genau geregelt, sie mußten unablässig tätig sein, jeglichen Müßiggang vermeiden, den Garten vor ihrem Häuschen bearbeiten (Vorläufer des Schrebergartens!). Plätze für Fremde waren knapp, der Aspirantenkreis wurde im Laufe der Zeit immer mehr eingeengt, auch die Mittel teilweise gekürzt.

Diese Häuser, so der Referent abschließend, haben im Rahmen gültiger gesellschaftlicher Normen ihre Dienste geleistet. Doch ist Armut ein Zuschreibungsphänomen. In den angesprochenen Ausformungen wurden „Außenstehende“ nicht erfaßt.

Über „Zwölf-Brüder-Häuser und die Vorstellung vom verdienten Ruhestand im Spätmittelalter“ sprach anschließend *Gerhard Fouquet* (Kiel). Als Paradigma wurde neben dem St. Anton-Spital in Augsburg vor allem das 12-Brüder-Haus in der Nürnberger St. Lorenz Gemeinde einer dezidierten Betrachtung unterzogen. Marquard Mendel gründete das Haus 1386, 1401 wurde es erweitert. Die Mendel waren eine aus der Reichsministerialität hervorgegangene Großhändlerfamilie, die politische Finanzgeschäfte sogar mit Königen machten. Von 1386-1402 flossen durch 3 Mendelsche Brüder über 13000 Goldgulden in ihre Stiftung ein. Es handelte sich dabei, so der Referent, um eine spezifische kaufmännische Frömmigkeit. Der wirtschaftliche Gewinn, als Ausdruck der Gnade Gottes, wurde gewissermaßen zur Milderung des sozialen Gewissens in ein Armenhaus gesteckt und gleichzeitig damit ein System der Heilsökonomie errichtet.

Im einzelnen wurden Stifterwillen und Stiftermotivation, Aufnahmemodalitäten und der Lebensstandard der Brüder näher untersucht. Einkaufen konnte man sich nicht in das Spital, vielmehr war eine persönliche Beziehung zwischen Stifter und Insassen gegeben. Bei den 326 überlieferten Namen der Mendelschen Stiftung ragen Angehörige der metallverarbeitenden Berufe heraus. Auch 3 Ratsherren sind belegt, die ehemals als Vorsteher ihres Handwerks fungierten. Die Werke der Stifter waren auf die Öffentlichkeit gerichtet; ihr Handeln mit gemeinem Nutzen schuf ein ewiges Renommé.

Unter 50 Jahre wurde wohl niemand in das Brüder-Haus aufgenommen. Der jüngste Bruder ist mit 53, der älteste mit 97 Jahren als verstorben festgehalten. Voraussetzung für die Auf-

nahme – „die suln seyn arm, alt und krank“ – war wohl die physische Unfähigkeit für körperliche Arbeit. Einzelne Kammern, jede 8,5 Quadratmeter groß, schützten die Privatsphäre der Brüder, gewisse Ernährungsstandards sorgten für ein vergleichsweise sorgenfreies Leben im Alter. Der ehrbare Arme wurde so als „neue Sozialvorstellung“ im öffentlichen Raum verankert. Eine gewisse soziale Verantwortung von Seiten reicher Stadtadeliger ist dabei insofern erkennbar, als diese im Angesicht der Ewigkeitsfrage Arbeitern, die sie im Arbeitsprozeß äußerst schlecht behandelt hatten, so etwas wie ein Sündenbewußtsein im städtisch-bürgerlichen Raum entgegenbrachten.

Der „Kirchlichkeit“ der Hospitäler, die in der Forschung zwar allgemein angenommen werde, gegenüber der Sozialgeschichte aber keinen Schwerpunkt darstelle, wandte sich sodann *Oliver Auge* (Greifswald) mit seinem Vortrag „... ne pauperes et debiles in ... domo degentes careant... Sakral-religiöse Aspekte der mittelalterlichen Hospitalgeschichte“ zu. Die Bewertung von Krankenpflege in Glaube und Theologie, der kirchliche Status der Einrichtungen und ihre Organisationsstruktur und der religiöse Alltag sollten besonders in den Blick genommen werden.

Theologischer Leitgedanke war offensichtlich, daß im Kranken und Schwachen Christus selbst begegnet, Krankenpflege der pauperes/infirmi Gottesdienst ist. Dabei kann Krankheit ein durchaus doppelsinniges Verständnis evozieren: als Folge von Sünde, aber auch als Auszeichnung, sodaß bereits der bloße Krankenbesuch eine religiöse Aufwertung erfahren kann. Hinsichtlich des Status innerhalb der Kirche sei für die Kanonisten die „auctoritas“ des Bischofs entscheidend; der Ansatz, ein mittelalterliches Spital habe mit der Kirchenorganisation nichts gemein, sei untauglich, das Phänomen zu erfassen. Der institutionalisierte Gottesdienst sei nämlich untrennbar mit dem Hospitalwesen verbunden gewesen, wie auch die eigene Hospitalseelsorge belege. Dabei habe sich zwangsläufig eine gewisse Konkurrenzsituation mit Pfarrkirchen ergeben. Bevorzugt wurde das Heiliggeist-Patronat.

Die Mitglieder bei den Hospitalorden, z.B. die Antoniter, wurden durch ein Gelübde gebunden. Bei Eintritt waren die Übergabe aller Güter an den Orden, ein Leben in Klausur, strenges Fasten etc. Pflicht. Die klösterlichen Vorlagen seien deutlich. Im Norden Deutschlands war die Augustinusregel vorherrschend, im Süden die Verpflichtung auf die Krankenpflege weniger streng. An der Spitze der Gemeinschaft stand der Meister, ein Laie; das Kapitel war bei wichtigen Fragen zu konsultieren, zwei Priester waren allein für die Seelsorge zuständig. Es handelte sich um eine bruderschaftliche Hospitalorganisation mit monastischen Elementen.

Belege für den Alltag fließen erst mit dem 16. Jhd. reichlicher. Es gab eine Verpflichtung zur Armut, den Tagesablauf bestimmte ein Stundengebet, Gottesdienste in der Hospitalkapelle waren häufig, auch kann man eine kirchenreformerische Tendenz ausmachen. Jedoch lasse sich eine hospitalspezifische Spiritualität nicht ermitteln. Gottesdienst und Gebet seien das Dauerhafte der Hospitaleinrichtungen gewesen.

Grundlage des Vortrags von *Gisela Drossbach* (München), „Text und Bild im Liber Regulae des Hospitals Santo Spirito in Sassia“, bildeten in hervorragender Qualität vorgeführte Miniaturen einer Prunkhandschrift der ersten Hälfte des 14. Jahrhunderts. Es handelt sich bei der heute als Codex 3195 im Fondo Ospedale di Santo Spirito im römischen Staatsarchiv aufbewahrten Handschrift um ein Regelbuch des von etwa 1200 – 1400 existierenden Hospitalordens, welches bisher weitgehend unentdeckt geblieben ist.

In den Mittelpunkt stellte die Referentin Überlegungen nach Funktion und Bedeutung des Codex. Zwar sei, wie bei allen religiösen Regeln, von einer primär ordensinternen Funktion auszugehen, doch aufgrund der stark ästhetisierenden Darstellungsweise sei die Handschrift sicherlich mehr als nur ein normativer Verhaltenscodex. Als Auslöser für die Entstehung ermittelte Frau *Drossbach* die Wahl des Bruders Iacopus zum Ordensleiter im Jahre 1328, der auch als Auftraggeber und Stifter der Prunkhandschrift anzusehen sei.

In einem ersten Teil wurde sodann die hospitalinterne Ordnung erläutert: hierarchische Organisationsstruktur – das Hospital wurde 1204 von Innozenz III. gegründet und blieb zeitlebens eine päpstliche Institution – , Ordensmitglieder, spirituelle Leitideen und Normen (Hospitalalltag, -insassen, -leitung), auch wenn hier als Grundlage prosopographischer Untersuchungen die Quellen fehlen. Im zweiten Teil erfolgte dann die Behandlung der Funktion von Hospitälern in der städtischen Gesellschaft, welche die Aufdeckung von Konkurrenzsituationen zwischen unterschiedlichen Hospitaleinrichtungen in Rom und deren Trägerschaften mit einschloß.

Das Hospital von Santo Spirito, so wurde deutlich, entwickelte sich keinesfalls zu einer städtischen Einrichtung. Text und Miniaturen im Liber Regulae betonen das jurisdiktionelle Eingriffsrecht des Papstes, wobei ein Kardinalprotektor als Stellvertreter fungierte. Der Ordensleiter war im Alltag omnipräsent. Spitalinsassen waren Arme und Kranke, Obdachlose, Findelkinder, Waisenkinder, schwangere Frauen, Prostituierte, Reiche und Magnaten, Religiöse und wahrscheinlich auch Kardinäle. Die Beherbergung von Pilgern wurde ausgeklammert, eine zunehmende Spezialisierung im sozialen Engagement kann beobachtet werden. Innerhalb der *urbs*, der Stadt Rom, war das Hospital aber auch ein Ort der *memoria* Innozenz' III., seiner Kardinäle und der kurialen Klientel, zu denen Baronalfamilien wie die Orsini, Anguillara und Malabranca gehörten. Aus diesen Personen und Parteiungen sind Stifter für Hospital und Orden von Santo Spirito nachweisbar.

Als Ergebnis ihrer Ausführungen stellte die Referentin die hohe gesellschaftliche Verbindlichkeit und eine Distanz zu anderen Einrichtungen heraus, die in Bild und Text des Liber Regulae deutlich würden. Die hierarchischen, spirituellen und normativen Grundwerte der Gemeinschaft des Ordens schlugen sich so verstanden in einer repräsentativen Darstellung mit hohem künstlerischen Anspruch nieder, die zur stärkeren Durchsetzung dieser Ausrichtung dienen sollte.

Am Morgen des dritten Tagungstages sprach *François-Olivier Touati* (Paris-Creteil) über „*Malades, médecins et hôpitaux en Terre sainte XIIe-XIIIe siècles*“. Er stellte zunächst fest, daß mit dem Ende des 11. Jahrhunderts die lateinische Einwurzelung im Vorderen Orient einhergeht mit dem verstärkten Auftauchen von hospitalähnlichen Institutionen im Abendland, die sich von den traditionellen monastischen und kanonikalen Strukturen unterscheiden. Seit der byzantinischen Epoche und dem Zustrom zahlreicher Pilger in das Heilige Land hatte sich die Entwicklung des öffentlichen Wohlfahrtswesens nach dem Prototyp des heiligen Basilus von Caesarea (ca. 330-379) ausgerichtet.

Im Vorfeld der Kreuzzüge könne man beim Hospital des Heiligen Johannes zu Jerusalem unter dem Einfluß amalfitanischer Kaufleute, die auch in Konstantinopel präsent waren, einen personellen Zufluß aus dem Westen feststellen, der bisher unbekannte Gemeinschaftsformen einführte. Die Frage, die sich stelle, sei daher, in welchem Ausmaß diese religiös-spirituellen Transfers vor Ort im Kontakt mit der orientalischen Spiritualität ganz neue Hospital- und Leprosenmodelle hervorgebracht habe, die dann auch wieder auf den Westen zurückwirkten.

Eine Untersuchung dieser Interaktionen erfordere eine systematische Erfassung der Fürsorgeeinrichtungen in chronologischer und geographischer Hinsicht. Gründungsabsicht, Organisation, Personal und Gönner dieser Gemeinschaften seien zu untersuchen. Bisweilen ergäben sich dabei überraschende Verbindungen mit anderen abendländischen Institutionen ähnlichen Typs.

Auf welche Bedürfnisse aber antworteten sie? Und wie? Eine umfassende Untersuchung der Quellen ergebe, daß das Heilige Land die eigentliche Wiege im gegenseitigen Kulturaustausch sei. Die medizinischen Voraussetzungen erscheinen hier zeitlich früher und dichter, das fachliche Wissen, welches seit der Antike über die arabische Vermittlung gelaufen sei, präsenter. Auf diese Art und Weise wurde das Heilige Land im 12. und 13. Jahrhundert ein

privilegierter Raum für die Entwicklung des Hospitalwesens, dessen Beispielcharakter alle Chancen gehabt habe, abendländisches und muslimisches Wissen miteinander zu vereinen.

Der Vortrag von *Peregrine Horden* (Oxford) widmete sich der Frage „How medicalized were Byzantine hospitals“? Die Erforschung der byzantinischen Wohlfahrtseinrichtungen für Arme und Kranke habe sich, so der Referent, einem ganzen Bündel von Untersuchungsfeldern zugewandt: der „Ideologie“, die sich in solchen Anstalten ausdrücke, ihrer Architektur, ihrem rechtlichen Stand, der Anzahl und geographischen Verbreitung, ihrer Beziehung zu Netzwerken zur Selbsthilfe unter den Armen. Immer wieder aber werde die Erforschung des byzantinischen Hospitalwesens von der Frage belebt, in welchem Maße diese Häuser mit medizinischer Versorgung ausgestattet waren. Zwei Forschungstendenzen seien abzugrenzen: die Optimisten rekurrierten auf das *typikon*, die Gründungsurkunde des Hospitals aus dem Jahre 1136 im Pantokratorkloster zu Konstantinopel, die eine umfangreiche und in hohem Maße respektierte medizinische Hierarchie erkennen lasse, sodaß man generell die byzantinischen Hospitäler als exzellente Zentren der ärztlichen Kunst und Ausbildung anzusehen gewillt sei. Dagegen halte die zweite Gruppe, die Pessimisten, die Pantokrator-Überlieferung für ganz außergewöhnlich. Die Mehrzahl der byzantinischen Gründungen sei wenig mehr gewesen als eine Grundversorgung mit Krankenpflege für die Armen.

Im folgenden ging *P. Horden* seine thematische Hauptfrage aus vier unterschiedlichen Perspektiven an:

- 1) Welchen Grad von Evidenz kann man ausmachen, ob die Bestimmungen in der Pantokrator-Urkunde jemals, wie aufgezeichnet, zur Anwendung kamen?
- 2) Welche Sicherheit gibt es hinsichtlich einer Präsenz von „Ärzten“ in anderen byzantinischen Einrichtungen, und was bedeutet es, wenn *iatroi* in einem Hospital-Kontext erwähnt werden?
- 3) Was kann man medizinischen Texten entnehmen, die in einem vorgeblichen Zusammenhang mit Hospitälern stehen?
- 4) Sollte die medizinische Behandlung in erster Linie mit der Präsenz von „Ärzten“ gedacht werden, oder, wie *John Henderson* und andere annehmen, muß man eine solche vielmehr in der Gesamtatmosphäre des Hospitals sehen – gewissermaßen einer „Medizin ohne Ärzte“?

Die Hauptschwierigkeit bestehe darin, den Begriff Doktor/Arzt zu definieren. Hinzu komme, daß in Ost und West damit nicht unbedingt dasselbe gemeint sein müsse. In Konstantinopel war ein „Doktor“ wohl jemand, der überzeugt war, einen anderen heilen zu können, auch wenn er kein entsprechendes Patent besaß. Auch müsse man bedenken, daß damals Religion Medizin gewesen sei und daß, nach dem Vorbild des „Christus medicus“, auch ein Priester als Mediziner angesehen werden konnte. In Ergänzung des Gedankens von *J. Henderson*, daß der künstlerisch-visuellen Ausgestaltung der Hospitäler ein hoher Stellenwert zukomme, schlug der Referent auch die Einbeziehung der liturgischen Musik in die möglichen Heilungsbemühungen eines *iatros* vor, dessen Tätigkeit und Stellung wir im Einzelnen jedoch nicht aufhellen können.

Eine regelmäßige wundärztliche oder ärztliche Behandlung von Kranken, so führte *Kay Peter Jankrift* (Stuttgart/Münster) in seinem Tagungsbeitrag „Herren Kranke, arme Sieche. Medizin im spätmittelalterlichen Hospitalwesen“ am Nachmittag aus, gehörte in der überwältigenden Mehrzahl der spätmittelalterlichen Hospitäler des Abendlandes noch nicht zum Leistungsangebot. Die meisten hospitalischen Institutionen beschränkten sich auf Kleidung, Speisung, Beherbergung und einfache Pflegedienste. Selbst die Nähe zu einer für die Ausbildung ihrer Ärzte renommierten Universität wie Montpellier scheint sich nicht spürbar auf die Strukturen medizinischer Versorgung in den Hospitälern der Umgebung ausgewirkt zu haben. Vielmehr lag die medizinische Versorgung kranker Spitalinsassen außerhalb der Aufgaben, die sich die

Einrichtungen gestellt hatten. Die Dienste vor allem von Wundärzten wurden daher nur gelegentlich in dringenden Fällen in Anspruch genommen.

Als Untersuchungsräume wurden Südfrankreich, Oberschwaben und Rheinland/Westfalen ausgewählt, als Quellenmaterial dienten vor allem Rechnungsbücher, aus denen Umfang, Art und Kosten der erbrachten medizinischen Leistungen hervorgehen. Die Heilkundigen standen in der Regel nicht im Dienste der Institution, sondern beispielsweise der Stadt. Solche Ärzte wurden vielerorts im 14. Jahrhundert angehalten, sich auch der Kranken in den Spitälern anzunehmen. Dies war auch im Interesse der lokalen Obrigkeiten; die Aufnahme von Personen mit ansteckenden Krankheiten konnte so evtl. vermieden werden.

Die feste Anstellung von Hospitalärzten ist noch am Ende des 15. Jahrhunderts die Ausnahme. Im Nürnberger Heilig-Geist-Spital wurde 1486 eine Spitalarztstelle durch eine Stiftung ermöglicht, welche die nötigen Finanzmittel garantierte. Die Beschäftigung eines akademisch ausgebildeten Arztes verlangte nämlich große Geldmittel.

Der Deutsche Orden beispielsweise rekrutierte zur Versorgung der Ordensbrüder Ärzte außerhalb seiner Gemeinschaft und stieß dabei nicht selten auf Schwierigkeiten. Auch die Antoniter waren auf Mediziner außerhalb ihres Ordens angewiesen. Antoniterniederlassungen finden sich daher auffälligerweise nicht in Westfalen, wo bis in die frühe Neuzeit hinein die Medizinalstrukturen schwach ausgeprägt blieben.

Die allmähliche Medikalisierung der abendländischen Hospitäler, so das Fazit, setzte erst während des 16. Jahrhunderts in größerem Umfang ein. Sie erscheint als Resultat eines in den Hospitälern von jeher bestehenden Versorgungsbedarfs, der sich aus der spezifischen Zusammensetzung der Spitalgemeinschaft mit ihren Alten, Armen und Kranken ergab.

Anschließend sprach *Mathias Kälble* (Freiburg) über „Konspirative Zentren in der mittelalterlichen Stadt? Zur Bedeutung der Spitäl für die Formierung oppositioneller Gruppen“. Im Mittelpunkt stand die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Spital und politischer Emanzipation sozialer Gruppen in der Stadt. Der Blick richtete sich dabei vor allem auf die Frühzeit städtischer Hospitäler, d.h. auf die Phase, in der diese noch nicht in kommunale Verwaltung unter Aufsicht des Rats übergegangen waren, sondern noch weitgehend bruderschaftlich geleitet wurden. Deutlich gemacht werden sollte, daß der Weg zur städtischen Autonomie nicht selten über die Hospitäler führte und diese einen nicht geringen Anteil an der Durchsetzung kommunaler Freiheitsrechte im Rahmen bürgerlicher Autonomiebewegungen besaßen.

Als Ausgangspunkt diente die Beobachtung, daß die Entwicklung des bürgerlichen Spitalwesens derjenigen auf kommunaler Ebene meist zeitlich voranging. Besonders deutlich wird dies im Blick auf die schwäbischen Reichsstädte, in denen die kommunale Selbständigkeit verhältnismäßig spät errungen wurde, die Bürger dafür jedoch schon früh Einfluß im Bereich der Sozialfürsorge nehmen konnten. Die Spitäl besaßen nämlich als privilegierte Gemeinschaften eine rechtliche Sonderstellung in der Stadt, die sie dem unmittelbaren Zugriff weltlicher Herrschaft entzog. Sie boten gewisse Freiräume, die im Verbund mit einer bruderschaftlich-genossenschaftlichen Organisationsform ihren Mitgliedern ein besonderes Maß an Gestaltungsmöglichkeiten eröffneten.

Das soziale Umfeld der Spitäl und ihrer Trägergruppen – faßbar über Zeugenreihen, Schenkungen und den Kreis der Prokuratoren – war häufig geprägt von Familienverbänden, die in städtischen Führungsgremien lange Zeit nicht vertreten oder unterrepräsentiert waren, jedoch in enger Verbindung mit bzw. im Namen der Gesamtgemeinde agierten. Diese Familien besaßen in der Regel eine besondere Affinität zu bürgerlich-kaufmännischen oder vom Handwerk bestimmten Kreisen. Sie traten in Konkurrenz zu den herrschaftstragenden, zumeist ritterlich geprägten Eliten in der Stadt und engagierten sich verstärkt für die „pauperes“ im Sinne der politisch Ohnmächtigen. Unter dem Schutz einer geistlichen Institution gelang es ihnen zunehmend, eine stärkere Repräsentanz im Rat zu erkämpfen.

Damit wurden die Spitäler zu einem wichtigen Medium der politischen Gruppenbildung in der Stadt. Die enge Verbindung von „fraternitates“ und „populares“ kann geradezu als konstitutiv für die städtische „communitas“ (vgl. z.B. in Köln den Großen Schied von 1258) gelten. An verschiedenen Einzelbeispielen (Freiburg, Basel, Straßburg u.a.) läßt sich zeigen, daß die führenden Kräfte im Kampf um die kommunalen Rechte zugleich im Bereich städtischer Sozialfürsorge aktiv gewesen sind. Dies gilt für Kommunen in Oberitalien und Südfrankreich ebenso wie für Städte nördlich der Alpen. Die ursprüngliche politische Machtlosigkeit konnte so für ambitionierte Gruppen zu einem Sprungbrett in städtische Führungspositionen werden. Am Ende der Entwicklung, so wurde schließlich deutlich, stand der Übergang der Spitäler in die städtische Verwaltung, eine Folge der veränderten politisch-sozialen Kräfteverhältnisse innerhalb der Stadt.

In seiner Zusammenfassung der Tagungsbeiträge stellte *Neithard Bulst* (Bielefeld) zunächst fest, daß Hospitäler im Spätmittelalter offensichtlich ganz unterschiedliche Funktionen haben konnten und wohl doch mehr Pflegeheime als Heilanstalten waren. Eine zentrale Frage und weiterhin ein Desiderat der Forschung bleibe allerdings die Aufhellung der Terminologie „Hospital“, d. h., was sich generell hinter Bezeichnungen wie Armenhaus, maison Dieu etc. im einzelnen verberge. Eine Unschärfe sei wohl vorgegeben, mit „Hospital“ jeweils das Gesamtphänomen im weitesten Sinne gemeint, wobei die Krankenversorgung nur einen, wenn auch wichtigen, Aspekt darstelle.

Der Vortrag von Herrn *Touati* beispielsweise habe in größerem Maßstab das reziproke Verhältnis des Hospitalwesens in Orient und Okzident aufgedeckt. Im Orient besitzen diese Häuser eine jahrhundertelange Vorgeschichte, was wohl auch auf St. Jean de Jérusalem zutreffe.

Um dem Gegenstand näherzukommen, müßten die gesamten Einrichtungen einer Stadt in ihren gegenseitigen Funktionen abgeklärt werden. Der Kreis der Insassen war vielfältig: Arme, Alte, Kranke (auch Geisteskranke), Handwerker, Lohnarbeiter, Pilger mit gutem Leumund. Eine familiäre Rückbindung der Insassen muß aber weitgehend offen bleiben. Frauen sollten Männer im Spital wohl eher wenig oder gar nicht besuchen. Die dargestellten Gruppen im Codex von Santo Spirito in Sassia mögen hinsichtlich der Miniaturen von Prostituierten und Kardinälen möglicherweise nur „idealiter“ gemeint gewesen sein.

Der Beitrag von Herrn *Jankrift* habe deutlich gemacht, wie weitgehend personengeschichtliche Arbeiten zu Ärzten im deutschsprachigen Raum fehlten. Was die Gemeinschaft in den Hospitälern betreffe, sei aber herauszustellen, daß sie einer gemeinsamen Disziplin unterlag, daß eine gemeinsame Kleidung (Habit) getragen wurde und, bei Verletzung der Regeln, die Ablegung des Habits die Folge war. Die Disziplineinschärfung, die immer wieder nachweisbar sei, sei zugleich ein Hinweis auf anhaltende Probleme im Zusammenleben.

Beim Aspekt der ärztlichen Versorgung müsse man konstatieren, daß es wohl ideale Vorstellungen gab, die von der Realität abstachen. Medikalisierung durch „visual art of healing“ (*Henderson*) und Musik (*Horden*) seien ein wichtiger Hinweis auf ganz andere Horizonte von Heilung, daß nämlich das innere Gleichgewicht durch äußere, ästhetische Einwirkung wiederhergestellt zu werden vermag.

Die ärztliche Präsenz, so ergab die Summe der Beiträge, war wohl eher spärlich, die Gründe dafür vielfältig: relativ hohe Kosten, Risiken der Ansteckung, eine mangelnde Anzahl von Qualifizierten; daher war man möglicherweise in einer Reihe von Fällen auch bereit, Juden praktizieren zu lassen. Das eigentliche Betreuungspersonal scheint hingegen zahlreich gewesen zu sein: Frauengemeinschaften im Verhältnis Patient zu Pflegerin von 1:2 oder 1:3 sind in Einzelfällen greifbar.

Einen hohen Stand von Versorgung und medizinischer Organisiertheit spiegele das Pantokrator-Hospital in Byzanz wider, auch wenn die Ungewißheit bleibe, ob die Praxis jemals so, wie überliefert, gewesen sei. Aber es gebe auch Fälle, wie Jacques de Vitry um 1225 deutlich ma-

che, wo Armut und Arme als Vorwand dienen mußten, um Spenden einzutreiben. Das Spital als „locus religiosus“ und das Bild des „Christus medicus“ gelte es festzuhalten. Die Ärzte konnten gegen Gottes Willen nichts ausrichten, die Seele kam vor dem Leib.

Die Motive der Stifter waren von den sieben Werken der Barmherzigkeit geleitet; alles beruhte auf Stiftungen, eine öffentliche Versorgung der Bedürftigkeit war vor der Reformation so gut wie nicht vorhanden.

Die Kommunalisierung des Phänomens Hospital und seine Vorreiterrolle für eine evtl. städtische Autonomie (*Kälble*) brachte, und das sei zu betonen, keine Säkularisierung mit sich. Die Armenversorgung blieb lokal, nicht überregional, organisiert. Abgrenzungen wurden vorgenommen, um Stabilität gegen äußere Bedrohungen (Pest, Hunger, Krankheit) zu gewinnen. Für mittelalterliche Verhältnisse jedenfalls wurde mit den erkennbaren Maßnahmen ein relativ großes Spektrum abgedeckt.

Helmuth Kluger (Heidelberg)