

Zur Geschichte des spätmittelalterlichen Hospitals. Eine Zusammenfassung¹

VON NEITHARD BULST

Die von Bernd Schneidmüller in der Diskussion gestellte Frage, was ein Hospital sei, ist keineswegs eine Scheinfrage. Angesichts der Fülle der Literatur über Hospitäler könnte man den Eindruck haben, alles sei gesagt. Allerdings scheint dies nicht der Fall zu sein, wenn man sich nur die Aktivitäten vergegenwärtigt, die, seitdem ich im Februar 1997 zum ersten Mal Herrn Moraw vorgeschlagen hatte, diese Tagung zu veranstalten, zu verzeichnen sind. Fast jährlich fanden im In- und Ausland Tagungen zum Thema Hospital statt, Sammelbände sind erschienen und auch Ausstellungen sind veranstaltet worden, nicht zuletzt hier in Konstanz zum 775-jährigen Stiftungsjubiläum. Im gleichen Jahr wurde ein »Network for the History of Hospitals« gegründet, einige Mitglieder dieses Networks sind auch hier und haben vorgetragen².

Der Titel, den ich für die Tagung vorgeschlagen hatte, lautet, und so steht er auch auf dem Programm: »Zur Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler«. Angesichts einer gewissen Umorientierung historischer Forschung in den letzten Jahren und einer neuen Konzeptualisierung des Politischen³ hätte ich sie ebenso »Zur politischen Geschichte des Hospitals« benennen können, denn vieles von dem, was jetzt unter dem Konzept des

1) Der Vortragsstil der Zusammenfassung am Ende der Tagung wurde im wesentlichen beibehalten. Die Anmerkungen wurden auf notwendige Belege beschränkt.

2) »International Network for the History of Hospitals« mit einem seit 1997 jährlich erscheinenden Newsletter; Norbert FROMM/Michael KUTHE/Walter RÜGERT (Hg.), »Entflammt vom Feuer der Nächstenliebe«, Konstanz 2000; Andreas SCHMAUDER (Hg.), Macht der Barmherzigkeit. Lebenswelt Spital, Konstanz 2000 (Historische Stadt Ravensburg, Bd. 1); Jean DUFOUR/Henri PLATELLE (Hg.), Fondations et oeuvres charitables au moyen âge, Paris 1999 (Actes du 121e Congrès national des sociétés historiques et scientifiques, Nice 1996); Hans-Jörg GILOMEN/Sébastien GUEX/Brigitte STUDER (Hg.), Von der Barmherzigkeit zur Sozialversicherung. Umbrüche und Kontinuitäten vom Spätmittelalter zum 20. Jahrhundert – De l'assistance à l'assurance sociale. Ruptures et continuités du Moyen Age au XX^e siècle, Zürich 2002; an dieser Stelle sei schließlich noch auf den zuletzt erschienenen Sammelband hingewiesen: Michael MATHEUS (Hg.), Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler im europäischen Vergleich, Stuttgart 2005 (Geschichtliche Landeskunde, Bd. 56).

3) Ute FREVERT/Gerhard HAUPT (Hg.), Neue Politikgeschichte. Perspektiven einer historischen Politikgeschichte, Frankfurt 2005 (Historische Politikforschung, Bd. 1); Neithard BULST (Hg.), Kommunikation und Politik. Politik, Recht, Wirtschaft und Religion in der Vormoderne, Frankfurt 2007 (Historische Politikforschung, Bd. 6) (in Vorbereitung).

Politischen gefaßt wird, fiel unter das, was auf dieser Tagung behandelt werden sollte und – wenn auch ohne die entsprechende Terminologie – auch behandelt wurde. Mein Vorschlag zu dieser Tagung fiel in eine Zeit, als in den meisten westlichen Demokratien, inklusive der Vereinigten Staaten, das moderne Wohlfahrtsystem und die bestehenden Sozialsysteme einer kritischen Revision unterzogen wurden. Der moderne Wohlfahrtsstaat, der sich seit dem 19. Jahrhundert entwickelt hatte, um Armut, Bedürftigkeit und Krankheit in den westlichen Gesellschaften mit einem dichten Netz von Versorgungsleistungen aufzufangen, kam angesichts budgetärer Engpässe auf den Prüfstand. Die Fragen, die sich mir stellten, lauteten, gab es im Mittelalter etwas Vergleichbares, das man als soziales Engagement bezeichnen könnte – diese Frage ist auch hier während der Diskussionen gestellt worden – und in welcher Weise läßt sich im Mittelalter Verantwortlichkeit für Armut, Bedürftigkeit und Krankheit feststellen. Inwiefern läßt sich der Umgang mit Armen und Kranken als Gradmesser für das Verständnis sowie das Selbstverständnis dieser mittelalterlichen Gesellschaft interpretieren, was durchaus in Anlehnung an die heutige Diskussion darüber zu verstehen ist, wie die politische und soziale Prioritätensetzung bei der Frage der Wohlfahrt Aufschluß über heutige Gesellschaften gibt.

Es geht also um die allgemeine Frage, welche Leistungen dieses System erbringen konnte, welche Defizite es aufwies, welche Funktionalität man ihm zuschreiben kann, oder anders gesagt, um die Frage nach seiner Rationalität. Gab es ein soziales Engagement im eigentlichen Sinne, in welchem Maße wurden entsprechende Bedürfnisse befriedigt und wie verhielten sich Leistungen und Ansprüche bzw. Erwartungen zueinander? Wer fiel durch dieses Netz, wer wurde in diesem Netz aufgefangen? Hierauf zielten die etwas konkreter formulierten Fragen, die dem Tagungskonzept zu Grunde lagen und die zu Beginn der Tagung noch einmal von Karl-Heinz Spieß vorgetragen wurden: Sie galten der Funktion von Hospitälern, also ihren Leistungen zur Befriedigung ganz unterschiedlicher Arten von Bedürftigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit, dem Nebeneinander, Gegeneinander oder Miteinander von einzelnen Einrichtungen und Institutionen, der Prosopographie, also der Personengeschichte aller auf den verschiedenen Ebenen in diesem System Tätigen oder von diesem System Versorgten und Betroffenen sowie der Lebenswirklichkeit, d.h. den Lebens- und Arbeitsbedingungen im Hospital oder in Armenhäusern. Darüberhinaus war der Wandel zu thematisieren, der unter dem Stichwort Kommunalisierung oder Verbürgerlichung in der Hospitalgeschichtsforschung diskutiert wird. Schließlich bestand der Anspruch, dieses Thema vergleichend zu diskutieren. Dazu standen insgesamt neun Vorträge nach dem vorgegebenen Reichenauer Modell zur Verfügung⁴. Insofern ist es klar, daß nicht alle in diesem Zusammenhang relevanten Fragen angeschnitten und nur an einzelnen Stellen in größerem Umfang Überblicke vermittelt werden konnten. Gleichwohl, das ist zumindestens mein Eindruck, nachdem ich diese zweieinhalb Tage erlebt habe, können

4) Der Einleitungsvortrag von John Henderson konnte nicht aufgenommen werden. Neu hinzugekommen ist der Beitrag von Oliver Landolt.

sich das Ergebnis und die Diskussion durchaus sehen lassen. Wie Sie darüber denken, mögen Sie in der Diskussion zum Ausdruck bringen.

Ich will jetzt auf einzelne dieser Aspekte eingehen und eine Reihe von zentralen Fragen Revue passieren lassen, die dieses System von Versorgungsleistungen insgesamt zu beschreiben und zu analysieren erlauben. Ich beginne mit der Charakterisierung des Hospitals selbst: In der Diskussion wurden zwei Vorschläge gemacht. Herr Spieß sprach davon, daß man das Hospital als Gotteshaus für Kranke verstehen könnte. Werner Maleczek sah es vom anderen Ende und apostrophierte das Hospital als Sterbehaus. Beides trifft in gewisser Weise zu, in gewisser Weise aber auch nicht, da insgesamt alles das, was wir als Hospital kennzeichnen, sich durch eine große Heterogenität und Vielfalt auszeichnet, so daß manche Häuser nur einem Zweck dienen, andere aber mehrere Aufgaben miteinander kombinierten und unterschiedliche Bedürfnisse abdeckten.

Was war die Bestimmung des Hospitals? Es ging um Heilung von Krankheit, es konnte als Sterbehaus dienen, aber gleichzeitig auch zum lebenslänglichen Unterhalt Versorgung bieten. Daß das Hospital wirklich als Krankenhaus im eigentlichen Sinne benutzt wurde, zeigen viele Verordnungen. Ich will dies an einem Beispiel aus dem sonst etwas schlechter dokumentierten Norden erläutern. Eine Ordnung des Heilig-Geist-Hospitals in Hannover von 1302 enthält folgende Bestimmung: »Es soll fortan keiner in diesem Hospitale aufgenommen werden, der nicht so schwach und gebrechlich ist, daß er nicht mehr gehen und stehen kann, wenn er aber wieder bei Kräften sein wird, so daß er gehen und stehen kann, dann soll er entlassen werden, damit für andere Schwache und Gebrechliche besser gesorgt werden kann«⁵. Größere und leistungsfähigere Häuser, wie das Nürnberger Heilig-Geist-Spital, waren als Anstalt für Kranke, für Dauergäste, die nicht krank waren, sowie für Pfründner und Gäste konzipiert. Ulrich Knefelkamp hat für dieses Spital eine Berechnung aufgestellt, wonach es in etwa zwischen Kranken und Pfründnern ein Verhältnis von sechs zu eins gegeben habe, wobei etwa zweihundert bis dreihundert Kranke in dieser Einrichtung gleichzeitig betreut worden sein dürften⁶. Je nach ihrem Bestimmungszweck unterschieden sich die Hospitäler in ihrer Architektur und Einrichtung. Es hat schon eine Reihe von Tagungen zur Architektur des Hospitals gegeben, andere sind angekündigt⁷. Dieser Aspekt konnte hier nur an Einzelfällen angeschnitten werden. John

5) Annette BOCHYNEK-FRISKE, Das mittelalterliche Hospitalwesen in Hildesheim im Vergleich mit anderen niedersächsischen Städten, in: *Alt-Hildesheim. Jahrbuch für Stadt und Stift Hildesheim* 57 (1986), S. 37.

6) Ulrich KNEFELKAMP, Stadt und Spital im späten Mittelalter. Ein struktureller Überblick zu Bürger Spitälern süddeutscher Städte, in: *Städtisches Gesundheits- und Fürsorgewesen vor 1800*, hg. von Peter JOHANEK, Köln 2000 (Städteforschung, Reihe A, Bd. 50), S. 35.

7) Hingewiesen sei nur auf das Standardwerk von Dankwart LEISTIKOW, *Hospitalbauten in Europa aus zehn Jahrhunderten. Ein Beitrag zur Geschichte des Krankenhausbaues*, Ingelheim 1967; sowie zuletzt *Archéologie et architecture hospitalières de l'Antiquité tardive à l'aube des Temps modernes*, hg. von François-Olivier TOUATI, Paris 2004.

Henderson hat eindrücklich eingangs einige der oberitalienischen Gründungen vorgestellt und analysiert⁸. Aber auch Frank Rexroth hat bei seiner Erörterung der uns vorgestellten Armenhäuser auf die Unterschiede, die zwischen diesen Häusern in ihrer Funktionalität bestanden, hingewiesen.

Es war auf der Tagung nicht die Rede von den Seelhäusern, wobei die Seelhäuser eine Einrichtung waren, an der zumindest bisweilen erkennbar ist, daß es durchaus so etwas wie eine logische Planung und ein System der Versorgung gegeben hat. Um dem *genius loci* Tribut zu zollen, will ich nur für diese Region aufzählen, in welcher Dichte solche Seelhäuser zur Verfügung standen. Nachweislich gab es Seelhäuser in Geislingen, Ulm, Biberach, Wangen, Markdorf, Konstanz und Überlingen, also etwa jeweils in einem Abstand von einer Tagesreise zueinander gelegen, so daß den Pilgern die Möglichkeit zur Übernachtung geboten wurde, um dann mit einem Mahl versehen sich erneut auf den Weg machen zu können⁹.

Eine ganz zentrale Frage scheint mir die nach der Terminologie zu sein. Hier gibt es meines Erachtens auch noch die größten Desiderata. Frank Rexroth hat in seinem Vortrag eingangs auf den Terminologiewandel, auf die Einführung des französischen Terminus *Maison Dieu* und auf seine Anglisierung, hingewiesen, der unter einer gewissen Verengung im Wortgebrauch zur Bedeutung »Armenhaus« führte. Andere Termini wurden während der Tagung genannt, das Zwölf-Bruder-Haus, das Seelhaus, das *Hoffes*, die Armengänge usw.; auch das Gutleuthaus, der Euphemismus für die Leprosorien, wäre zu erwähnen. Daß in vielen Vorträgen durchgängig vom Hospital geredet wurde, impliziert natürlich eine gewisse Unschärfe. Dies läßt sich aber in der Regel vertreten, da das Wort Hospital gleichsam zur Sammelbezeichnung geworden ist. Gleichwohl wäre es wahrscheinlich sinnvoll, noch einmal genauer nachzusehen, was eigentlich konkret die verschiedenen Autoren unter Hospital verstehen. Die älteren Arbeiten haben im allgemeinen einen sehr einheitlichen Wortgebrauch. In dem Maße, wie sie ausführlich zitieren, findet sich in ihnen aber ein weites Spektrum von Quellentermini, die auch den Charakter oder die Bestimmungen dieser Häuser deutlicher hervortreten lassen, als es die Chiffre Hospital vermag. Der Hospitalbegriff und zunehmend auch der Spitalbegriff engt, auf Grund seiner modernen Konnotation, zu stark auf die Krankenversorgung ein, die eben nur eine Aufgabe von Hospitälern bezeichnet, eine wichtige Aufgabe, aber eben nur eine unter vielen anderen. Vor allem darf nicht vergessen werden, daß die *cura spiritualis* vor der *cura corporalis* den Vorrang hatte bzw. erstere die Voraussetzung für den Erfolg der letzteren bildete, wie es das Vierte Laterankonzil feststellte: [...] *ut postquam infirmis fuerit de spirituali salute*

8) John HENDERSON, Medizin für den Körper und Medizin für die Seele. Hospitäler im Florenz der Renaissance, in: Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler (wie Anm. 2), S. 29–57.

9) Andreas SCHMAUDER, Fromme Stiftungen zur Erlangung des Seelenheils: Die Gründung des Spitals, in: Macht der Barmherzigkeit (wie Anm. 2), S. 35.

*provisum, ad corporalis medicinae remedium salubrius procedatur, cum causa cessante cesset effectus*¹⁰.

Eine weitere wichtige Frage, die in einer Reihe von Vorträgen und Diskussionen zur Sprache kam, war die nach der Chronologie, nach den wechselseitigen Abhängigkeiten und Einflüssen. Auch hier gibt es noch mehr offene Fragen als Antworten. Die Frage, wo sich etwa die Zwölf-Bruder-Häuser inspiriert haben, wurde von Frank Rexroth gestellt. Er selbst hat für die englischen Verhältnisse das Vorbild Flandern erwähnt. Für Oberdeutschland sollte man vielleicht eher nach Italien schauen, wo Häuser dieser Art früher eingerichtet worden sind, stärker institutionalisiert waren, was sich nicht zuletzt auch in einer wesentlich dichteren Überlieferung niedergeschlagen hat. Wichtig schien mir unter methodischen Gesichtspunkten die Frage von François-Olivier Touati nach der Reziprozität von Einflüssen, die er für die Zeit der Kreuzzüge am Beispiel des Hospitalwesens im Orient und seiner Verbundenheit und wechselseitigen Beeinflussung mit dem Okzident in den Vordergrund seiner Überlegung gestellt hat, wobei hier noch ein anderes Moment zum Tragen kam, daß zumindest im Orient diese Häuser nicht aus dem Nichts entstanden, sondern eine lange Vorgeschichte hatten und z.T. auf mehrere Jahrhunderte davor liegende Anfänge zurückgreifen konnten. Dies scheint auch für eines der berühmtesten Beispiele, Saint-Jean de Jerusalem, zu gelten. Diese Interaktion ist ein Zugriff, der naturgemäß eine stärkere vergleichende Betrachtung erforderlich macht, zumal wenn man Organisationen, wie z.B. den Heiliggeistorden insgesamt in den Blick nimmt, in dem ja offensichtlich bei der Gründung von Häusern zum Teil nach dem gleichen Modell verfahren wurde, worauf ich noch einmal zurückkommen werde. Immer wieder wurde, wie auch im Trierer Sonderforschungsbereich und dort von Michel Pauly bearbeitet¹¹, die Frage nach der Dichte der Verbreitung der Hospitäler sowie nach der Chronologie ihrer Einrichtung in einzelnen Räumen gestellt. Im Orient war – angesichts der vergleichsweise doch geringen lateinischen Besiedelung – ein relativ dichtes Netz von immerhin 40 Häusern festzustellen. Für Südwestdeutschland ist in der Forschung festgestellt worden, daß schon um 1300 etwa drei Viertel aller Reichsstädte mindestens ein Hospital besaßen und in den folgenden Jahrzehnten des 14. Jahrhunderts dann auch Hospitäler in den übrigen gegründet wurden. Im 14. und 15. Jahrhundert folgten dann die Spitalgründungen in den Landstädten¹². Wir wissen aus vielen derartigen Untersuchungen, daß es vielfach, sei es nun in Frankreich, in Italien oder in Deutschland ein dichtes Netz solcher Einrichtungen gab, deren Interdependenz,

10) Conciliorum oecumenicorum decreta – Dekrete der ökumenischen Konzilien, hg. von Giuseppe ALBERIGO u.a., Bologna/Paderborn 1973, S. 245; vgl. Darrel W. AMUNDSEN, *Medicine, Society, and Faith in the Ancient and Medieval Worlds*, Baltimore 1996, S. 201f.

11) Vgl. auch seinen Beitrag: Von der Fremdenherberge zum Seniorenheim: Funktionswandel in mittelalterlichen Hospitälern an ausgewählten Beispielen aus dem Maas-Mosel-Rhein-Raum, in: *Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler* (wie Anm. 2), S. 101–116.

12) Rudolf SEIGEL, *Spital und Stadt in Altwürttemberg. Ein Beitrag zur Typologie der landstädtischen Spitäler Südwestdeutschlands*, Tübingen 1966, S. 60f.

gemeinsames Handeln oder Auf-einander-Abgestimmtheit allerdings noch viel zu wenig untersucht ist. So bleibt die Frage, – die mich auch bei der Konzeption der Tagung interessierte, – nach der Konkurrenz, nach dem Nebeneinander und dem Miteinander sowie inwieweit Gründer solcher Einrichtungen auf das schon Bestehende reagierten, inwieweit sie mit ihren Gründungen Defizite abzudecken versuchten, insgesamt noch unbeantwortet. Daß es hier Konkurrenzen gab, die z.T. auch zu Einschränkungen und Auflagen bei Neugründungen führten, hat Oliver Auge gezeigt, indem er Gottesdienstordnungen für einzelne Hospitäler vorstellte. Dieses Nebeneinander und Miteinander verschiedener Einrichtungen, bzw. die unterschiedlichen Zwecke, die abgedeckt wurden, kommen im Grunde nur dann in den Blick – was hier nur ansatzweise angesprochen werden konnte –, wenn wirklich eine Stadtgesellschaft insgesamt untersucht wird¹³ und alle Einrichtungen, alle Versorgungsangebote für Arme, Alte und Kranke, gemeinsam untersucht werden. D.h. es muß der Versuch gemacht werden, ein Gesamtbild zu rekonstruieren, indem man die verschiedenen Versorgungs- und Unterstützungsangebote und -einrichtungen miteinander in Beziehung setzt. Nur so ließe sich die Leistungsfähigkeit einer Stadt in diesem Bereich ausmachen und erkennen, welche Bedürfnisse nicht befriedigt werden konnten. In welcher Weise eine einzelne Institution, wie Santo Spirito in Sassia in Rom ein solch komplettes Angebot machte, wird noch anzusprechen sein. Ich werde darauf zurückkommen, will mich aber zuvor der Frage nach den Hospitalinsassen zuwenden.

Das Spektrum der potentiell Betroffenen ist hier häufiger aufgezählt worden: Es sind Arme und Alte bzw. arme Alte – bei den Alten konnte am Beispiel der Mendelschen Stiftungen, die Gerhard Fouquet vorgestellt hat, gezeigt werden, wie Einschränkungen vorgenommen wurden und nur Handwerker und Lohnarbeiter ab einem bestimmten Alter, die zudem aus einer ganz bestimmten sozialen Schicht kommen mußten, aufgenommen wurden; dazu kamen Kranke, in manchen Fällen auch Geisteskranke, mit denen man schlecht umzugehen wußte, Waisenkinder, Pilger usw. Häufig war ein guter Leumund eine Vorbedingung für die Aufnahme. Dies gilt sowohl für Arme als auch für Pfründner. Solche Vorschriften stehen im Einklang mit städtischer Armenpolitik, wie sie sich in den Armen- und Bettelordnungen niedergeschlagen haben. Nach der Nürnberger Ordnung von 1478 zum Beispiel sollte nur der ein Bettelzeichen erhalten, der alle sechs Monate gebeichtet und Absolution erhalten hatte und darüber hinaus das Vaterunser, das Glaubensbekenntnis, das Ave Maria sowie die zehn Gebote aufsagen konnte¹⁴. Die Frage, wie die Frauen und wie Familienangehörige von Spitalinsassen behandelt wurden, ist ebenfalls gestellt worden. Auch Herr Fouquet ist danach gefragt worden, wie es mit den Familien dieser Handwerker stand, die Aufnahme in das Zwölf-Brüder-Haus fanden, oder ob die Männer erst aufgenommen wurden, wenn sie keine Familien mehr hatten. Die Nürnberger

13) Vgl. etwa Marek STON, *Die Spitäler Breslaus im Mittelalter*, Warschau 2001.

14) Joseph BAADER, *Nürnberger Polizeiordnungen. Aus dem XIII bis XV Jahrhundert*, Stuttgart 1861, S. 317f.

Quellen erlauben es offensichtlich nicht, diese Frage zu beantworten. Es gibt aber anderswo Hinweise darauf, wie man damit umgehen konnte. In der Satzung des Armenspitals in Konstanz von 1374 heißt es: »Wäre aber, daß das Spital jemand aufnahme [...], der Weib und Kind hätte, so soll dieser dafür sorgen, daß sein Weib und Kind nicht so viel in das Spital gehen, daß die Spitäler sich des beklagen könnten«¹⁵. Diese Vorschrift, daß die Familie möglichst in den Hintergrund treten sollte, zeigt, daß keineswegs nur Alleinstehende aufgenommen wurden, daß aber auch in diesem Haus die Ehefrauen und Kinder offensichtlich nicht gerade willkommen waren. Gisela Drossbach hat den Personenkreis vorgestellt, der im Spital Santo Spirito Aufnahme fand: »Spitalinsassen sind: Arme und Kranke, kranke Obdachlose, Findelkinder, Waisenkinder, schwangere Frauen, Prostituierte, Reiche und Magnaten, Religiöse und wahrscheinlich auch Kardinäle«¹⁶. Über die zuletzt Genannten, die wahrscheinlich kostenlose Unterkunft erhielten und eher unter das Rubrum einer noch geduldeten Nutzung des Spitals fielen, will ich hier nicht weiter reden. Die Frage sei erlaubt, welcher Personen Santo Spirito sich tatsächlich annahm, ob wirklich all diese Gruppen in diesem Haus Aufnahme finden sollten oder ob hier nicht ein Zustand geschildert wird, der lediglich idealiter hätte erreicht werden können, d.h. daß im Grunde alle aufgezählt werden, die einer Hilfe bedürfen könnten und versorgt werden sollten. Es stellt sich die Frage, ob dieser »Liber Regulae« im Grunde nur die generelle Verpflichtung zur Caritas vor Augen führt, ohne daß dahinter tatsächlich eine Einrichtung steht, die so multifunktional ist, wie das die hier sehr anschaulich und eingehend interpretierten Bilder insinuieren.

Eine Prosopographie im eigentlichen Sinne für fast alle im Hospital lebenden und arbeitenden Personen, die Betreuer und die Betreuten ist nicht zu leisten¹⁷. Aber allein schon eine prosopographische Fragestellung vermittelt Einsichten, die nicht uninteressant sind. Erinnert sei an die Diskussion über die 326 Brüder des Mendelschen Zwölf-Brüder-Hauses, deren Namen zwischen 1388 und 1549 im Hausbuch der Stiftung überliefert sind, bezüglich ihres Alters und ihrer Herkunft. Ähnliche Fragen in anderen Zusammenhängen haben gezeigt, daß sie durchaus, selbst wenn sie nicht im eigentlichen Sinne personengeschichtlich individualisierend beantwortet werden können, erkenntnisfördernd sind, da sie helfen, einzelne Gruppen etwas besser fassen zu können – nicht zuletzt die Ärzte, bei denen Kay Peter Jankrift zu Recht beklagt hat, daß für den deutschen Bereich solche personengeschichtlichen Arbeiten noch fehlen. Aber was zusammengetragen wurde, ist eindrucksvoll genug. In der älteren Literatur finden sich eine Fülle von Namen und personengeschichtlichen Informationen, die zum Teil sehr viel mehr bieten als die bloßen Namen. Ein ganz zentrales Merkmal dieser Hospitäler, wenn man noch einmal die Insas-

15) Karl BAAS, *Mittelalterliche Gesundheitspflege im heutigen Baden*, Heidelberg 1909 (Neujahrsblätter der Badischen Historischen Kommission N.F., Bd. 12), S. 28.

16) Gisela Drossbach in diesem Band.

17) Hingewiesen sei auf Beate Sophie GROS, *Das Hohe Hospital in Soest (ca. 1178–1600). Eine prosopographische und sozialgeschichtliche Untersuchung*, Dortmund 1999.

sen betrachtet, ist es, daß sie in der Regel eine Gemeinschaft bilden. Diese Gemeinschaft lebt zusammen, zum Teil betet sie zusammen, oder die Mitglieder beten nach denselben Vorschriften, jeder an seinem Ort. Sie unterliegen einer strengen gemeinsamen Disziplin und sie zeichnen sich durch eine gemeinsame Kleidung aus, was mir sehr wichtig zu sein scheint. Fast alle Ordnungen schreiben in irgendeiner Weise einen gemeinsamen Habit vor und nicht zufällig wird in den Miniaturen des »*liber Regulae*« auch die Ablegung des Habits gezeigt, den man dann abgeben muß, wenn man die Regeln verletzt hat und die Gemeinschaft verlassen muß. Im Hospital leben Gemeinschaften auf Dauer oder auf Zeit, die für diese Zeit einem gemeinsamen Regiment unterworfen sind. Das gilt selbst für die in den Häusern der Antoniter wegen ihrer Ergotismus-Erkrankung Behandelten, die offensichtlich in einzelnen Häusern, wenn es die Kapazitäten erlaubten, ihr Leben zubringen konnten. Die Disziplin in diesen Häusern wurde immer wieder eingeschärft, Verstöße dagegen sanktioniert. Doch sollte man sich die Zustände nicht zu idyllisch vorstellen. Zur Anschauung sei noch einmal auf die Ordnung des Konstanzer Armenspitals verwiesen, aus der hervorgeht, daß disziplinarische Maßnahmen im Interesse eines geordneten gemeinsamen Lebens unumgänglich waren. In dem ersten Abschnitt heißt es, daß Pfründner und Bedürftige miteinander friedlich und in Freundschaft leben sollten. Der zweite Abschnitt ist dann sehr deutlich. Hier werden harte Strafen angedroht: »Wäre aber das Schalten [*sic*] und Schlagen zu unmäßig, so soll man sie billig in einen Stock oder Block oder in eine Kammer setzen und einschließen, damit sie dergestalt ihre Missetat abbüßen«¹⁸.

Wie steht es nun mit der ärztlichen Versorgung? Wir kennen zeitgenössische ideale Vorstellungen. In der Praxis finden sich aber erhebliche Unterschiede bei der tatsächlichen Versorgung durch Ärzte. Sowohl die tatsächlichen Verhältnisse als auch die Vorstellungen über medizinische Behandlung von Krankheit in den verschiedenen Ländern und Kulturräumen wichen erheblich voneinander ab. Hier stellen sich viele Fragen, denen noch nachgegangen werden sollte. Peregrine Horden ging soweit zu sagen, daß neben den bekannten diätetischen Mitteln auf der Basis der Humorallehre Behandlung von Krankheit durch den therapeutischen Einsatz von geistlicher *music* erfolgte. Dies sei gleichsam als Ergänzung dessen zu verstehen, was John Henderson eingangs der Tagung zur *visual art of healing* vorgestellt hatte. Sowohl die Bilder als auch die Musik spielten zweifellos im Gesamtkonzept des Hospitals eine erhebliche Rolle. Die Musik schuf offensichtlich ein äußeres Gleichgewicht, um das zerstörte innere Gleichgewicht wiederherzustellen. Insofern konnte sie zur Heilung führen. Im Fall der Bilder bleibt nach wie vor die Frage nach den Spezifika des Dargestellten näher zu untersuchen. In einzelnen Fällen kann man direkte Bezüge der Bildprogramme oder einzelner bildlicher Darstellungen zu den Kranken herstellen, in anderen Fällen fehlen solche - zumindest erkennbaren - Zusammenhänge. Zweifellos gilt, und hier kann man die auf Byzanz bezogene Formulierung von Horden verallgemeinern, daß es weithin *hospitals without doctors* gegeben hat, d.h. eine »medizini-

18) BAAS (wie Anm. 15), S. 27.

sche Versorgung« ohne Ärzte. Wenn also natürlich auch Ärzte eine Rolle bei der Versorgung von Kranken gespielt haben, so ist ihre Gegenwart in mittelalterlichen Hospitälern nicht immer vorauszusetzen. Dies ist keineswegs so irrational, wie es dem modernen Blick erscheinen möchte. Das Verhältnis von *cura spiritualis* und *cura corporalis* wurde schon angesprochen. Generell gilt für das Wirken der Ärzte, wie viele Traktate verkünden, daß sie ohnehin nur mit Hilfe Gottes erfolgreich sein können – dies gilt auch für die heiligen Patrone der Ärzte, Cosmas und Damian, – und daß natürlich Gott dieser Ärzte nicht bedarf, wenn er denn heilen will. In der Regel scheint ihre Präsenz in den Hospitälern eher schwach gewesen zu sein, folgt man den Befunden, die an einem geographisch weit gestreuten Untersuchungsfeld von Kay Peter Jankrift vorgestellt wurden. Abgesehen von einem möglicherweise religiös bedingten Verzicht auf ärztlichen Beistand sind die Gründe für diese auffällige Absenz von Ärzten vielfältig. Die Kosten wurden genannt, da die Spitalinsassen in der Regel nicht die Mittel gehabt haben dürften, um die Behandlung durch einen Arzt zu bezahlen, und das Hospital ebenfalls diese Kosten scheute. Hinzu kamen die Risiken der Ansteckung, die Ärzte angesichts besserer Möglichkeiten, Geld zu verdienen, indem man die reichen städtischen Bürger behandelte, gerne vermieden. Schließlich kann auch die gemessen an der Bevölkerung geringe Zahl von Ärzten ins Feld geführt werden, die eine flächendeckende Versorgung durch Ärzte ohnehin nicht erlaubte. Daß es hier einen erheblichen Bedarf gab, ist quellenmäßig gut belegt. Um sich ärztliche Dienste zu sichern, war man in Zürich sogar bereit, die eigenen Grundsätze hintanzustellen und bei der Vertreibung der Juden Ausnahmen zuzulassen. In den Ratsprotokollen wurde festgehalten, daß die Bürger den Rat gedrängt hatten, den Juden Joseph in der Stadt praktizieren zu lassen, *von siner kunst und arznye wegen*, wie es in dem Text heißt, und ihm freies Geleit und Sicherheit bei der Ausübung seiner Tätigkeit zuzusichern¹⁹. Dies geschah im Jahre 1423, nachdem die anderen Juden die Stadt hatten verlassen müssen. Ob unsere Quellen ein realistisches Bild von der Präsenz und der Anstellung von Ärzten in Hospitälern vermitteln, ist eine offene Frage. Es gibt viele Beispiele für Anstellungen. Wir hörten von einem 1362 in Augsburg auf Lebenszeit angestellten Stadtarzt²⁰, während in Straßburg erst 1515 durch Beschluß des Rates ein eigener Arzt im Mehrere Hospital eingesetzt wurde²¹. Möglicherweise wichtiger als die Ärzte war das Betreuungspersonal. Folgt man den überlieferten Zahlen, könnte man folgern, daß die mittelalterlichen Hospitäler durchaus über eine gute Versorgung verfügten. Tätig waren, und das läßt sich häufig nachweisen, Angehörige von Frauengemeinschaften oder auch fromme Bürgerinnen sowie eine große Zahl weiblicher Spitalangehöriger²². So kam es zu Betreuungsrelationen von einer Betreuungsperson pro

19) BAAS (wie Anm. 15), S. 53.

20) Kay Peter JANKRIFT in diesem Band, Anm. 32.

21) Hans-Peter WIDMAN, Das Spitalwesen, in: Spätmittelalter am Oberrhein. Alltag, Handwerk und Handel 1350–1525. Aufsatzband, hg. von Sönke LORENZ/Thomas ZOTZ, Stuttgart 2002, S. 495.

22) Werner MORITZ, Die bürgerlichen Fürsorgeanstalten der Reichsstadt Frankfurt a.M. im späten Mittelalter, Frankfurt a.M. 1981, S. 130.

zwei Betten, also im Schnitt für vier oder seltener sechs Personen, wobei es vor allem in kleineren Einrichtungen in manchen Fällen zu noch günstigeren Betreuungsverhältnissen, wie für französische Spitäler nachgewiesen wurde, kommen konnte²³.

Inwieweit die Normen, wie sie uns in den Statuten begegnen und auf die die Forschung im wesentlichen angewiesen ist, die Lebenswirklichkeit im Hospital abbilden, ist eine offene Frage. Ein viel diskutiertes Beispiel für ein Hospital mit höchsten Qualitätsstandards – eines beinahe perfekten Hospitals – ist das Pantokrator-Hospital in Byzanz, das Horden hier vorgestellt hat. Selbst wenn man Horden folgt und davon ausgeht, daß dieses Hospital nie errichtet wurde, so scheint es mir doch als historische Quelle insofern eine Bedeutung zu haben, als man hier ermesen kann, welche Vorstellungen vom Hospital entwickelt wurden, um, wenn man sich denn die Mühe gemacht und die Mittel aufgewendet hätte, eine perfekte Einrichtung zu schaffen. D.h. man hatte sehr wohl eine Vorstellung davon, was man gegebenenfalls im Interesse einer optimalen Versorgung und Betreuung hätte tun müssen. Die Frage nach der Umsetzung ist hiervon zu trennen. Am deutlichsten wird dies am Beispiel der hier nicht behandelten Pesthäuser. Im 15. Jahrhundert wurde zunehmend in den Städten die Einrichtung von Pesthäusern diskutiert, wurden Pläne entworfen, aber selbst in den reichen oberitalienischen Städten bedurfte es oft mehrerer aufeinander folgender Pestperioden, ehe man sich tatsächlich entschloß, ein Pesthospital zu errichten – häufig nach Plänen, die schon Jahrzehnte vorher konzipiert worden waren, – weil immer gerade dann, wenn man sich fast dazu entschieden hatte, die Pest wieder abebbte und andere Dinge in den Vordergrund traten, bevor die nächste Pestepidemie dann erneut die alte Diskussion in Gang setzte²⁴. In Analogie dazu kann man schließen, daß mangelnde Vorsorge und zum Teil auch das Fehlen von Hospitälern nicht den Schluß zulassen, daß es an Kenntnissen fehlte. Die Erklärung liegt vielmehr in den Prioritätensetzungen, die häufig aus Kostengründen erfolgten. Diese Idealvorstellung des Pantokrator-Hospitals mag vielleicht auch für den »Liber Regulae« von Santo Spirito gelten. Hierfür spricht, daß in anderen Häusern des Heilig-Geist-Ordens, etwa in Nordfrankreich oder in Belgien, sich ähnliche Vorschriften mit Ausnahme der Nennung der Prostituierten und der Kardinäle finden und diese Häuser nicht den Eindruck machen, daß sie in der Lage gewesen wären, solchen Bedürfnissen nachkommen zu können²⁵. Auch das berühmte *livre de la vie active de l'Hôtel Dieu de Paris*, das Jean Henry, dessen Provisor und Kantor von Notre-Dame, in den letzten Jahren vor seinem Tode (1484) verfaßte, bildet in seinen Miniaturen eine ideale Betreuungssituation ab. In Form von vier überlebensgroßen Nonnen, die durch die Beschriftung als *prudence*, *actremperence*, *force*

23) Michel MOLLAT, *La vie quotidienne dans les hôpitaux médiévaux*, in: *Histoire des hôpitaux en France*, hg. von Jean IMBERT, Paris 1982, S. 111.

24) Neithard BULST, *Der ›Schwarze Tod‹ im 14. Jahrhundert*, in: *Pest. Die Geschichte eines Menschheitstraumas*, hg. von Mischa MEIER, Stuttgart 2005, S. 156.

25) Léon LALLEMAND, *Histoire de la charité*, Bd. 3: *Le moyen âge (du X^e au XVI^e siècle)*, Paris 1906, S. 193ff.

und *justice* (*prudencia, temperantia, fortitudo, justicia*) erkennbar sind, werden zudem die Leitideen der *vita activa* der betreuenden Schwestern allegorisch dargestellt²⁶. Doch sei nicht verschwiegen, daß einige Hospitäler, vor allem große Häuser, darunter auch Santo Spirito, einen sehr guten Ruf genossen und solchen Idealvorstellungen nahe gekommen zu sein scheinen, wie Jacques de Vitry in seiner *Historia occidentalis* (1223–1225) berichtet, der im übrigen auch harte Kritik an Häusern übte, die vielfach lediglich den eigennützigen Zwecken der »Betreiber« dienten und in denen die Armen und Kranken lediglich einen Vorwand bildeten, um Almosen zu erhalten, die aber nicht wirklich an die weitergeben würden, denen sie zudedacht waren²⁷.

Wenn ich jetzt von der Beschreibung der Rahmenbedingungen auf die Inhalte komme und das Hospital als *locus religiosus* anspreche, stellt sich die Frage nach der Wahrnehmung des Hospitals und der Interpretation dessen, was dieser *locus religiosus* wirklich bedeutet, so wie er in der häufig zitierten Dekretale von Urban III. aus dem späten 12. Jahrhundert angesprochen wird, als *locus (ille) ad hospitalitatis usum et pauperum provisionem*²⁸. Was hat das für Konsequenzen und wie ist dies zu interpretieren? Beginnen wir mit dem Aufnahme-ritus, der sicher viel über das Selbstverständnis aussagt. Im Mittelalter unterlag idealiter die Aufnahme ins Hospital folgendem Ablauf: Als erstes wurde die Beichte abgenommen und Absolution erteilt²⁹, dann erfolgte die Waschung, ein sauberes Bett wurde vorbereitet, woran sich gegebenenfalls eine ärztliche Versorgung anschloß. Die Frage, ob die Beichte schon einen ersten Schritt zur Heilung darstellte, ist kontrovers diskutiert worden. Im eigentlichen Sinne direkte Zeugnisse darüber kenne ich nicht. Alle diesbezüglichen Äußerungen sind im übertragenen Sinne zu verstehen und finden sich in den Diskussionen der Theologen und Prediger. Dieselbe Frage stellt sich auch für die Bedeutung von Sünde und Gnade für den Kranken, für den Grund seiner Krankheit und für die Hoffnung auf Gesundung. Auch hier sind es eher indirekte Zeugnisse, mit denen in der Forschung bisher argumentiert wurde. Bei dem Bemühen um das mittelalterliche Krankheitsverständnis, bei der Frage nach dem Zusammenhang von Krankheit und individueller Schuld oder Sünde wurde vielfach auf den bekannten Vers aus dem Hebräerbrief hingewiesen: *Denn welchen der Herr lieb hat, den züchtigt er*³⁰. Ob dieser Satz wirklich das Verständnis von Krankheit und die Praxis im Hospital geprägt hat, erscheint mir zweifelhaft. Auch das Bild des

26) Marcel CANDILLE, *Etude du livre de la vie active de l'Hôtel-Dieu de Paris*, de Jean Henry, XV^e siècle, Paris 1964; vgl. Mollat (wie Anm. 23), S. 116f.

27) Michel MOLLAT, *Floraison des fondations hospitalières (XII^e–XIII^e siècles)*, in: *Histoire des hôpitaux* (wie Anm. 23), S. 48f.

28) Jürgen SYDOW, *Spital und Stadt in der Kanonistik und Verfassungsgeschichte des 14. Jahrhunderts*, in: *Der deutsche Territorialstaat im 14. Jahrhundert*, Bd. 1, hg. von Hans PATZE, Sigmaringen 1970 (Vorträge und Forschungen, Bd. 13), S. 178f.

29) S. oben Anm. 10; vgl. Christian PROBST, *Das Hospitalwesen im hohen und späten Mittelalter und die geistliche und gesellschaftliche Stellung des Kranken*, in: *Medizin im mittelalterlichen Abendland*, hg. von Gerhard BAADER und Gundolf KEIL, Darmstadt 1982 (Wege der Forschung, Bd. 363), S. 264.

30) Hebr. 12.6; vgl. PROBST (wie Anm. 29), S. 263.

Christus medicus und seiner tatsächlichen Bedeutung wurde diskutiert. Henderson, der aus *Lo specchio della croce* von Domenico Cavalca zitiert hat³¹, hat darauf hingewiesen, wie dies zu verstehen ist. Er zitierte, »Christ came as doctor not just to visit but to cure us«. Der Text fährt fort, Christus will uns von der Sünde heilen, nicht von der Krankheit. Im *Decretum Gratiani* heißt es, *contraria sunt divine conditioni precepta medicine*³², d.h. die Medizin könne im eigentlichen Sinne nichts ausrichten. Dies weist in die gleiche Richtung, die ich oben angesprochen habe, daß nämlich die Ärzte im Grunde nur Ausführende von Gottes Willen sein können und nichts gegen seinen Willen ausrichten können. Dies kann man nun zweifellos nicht so interpretieren, daß Medizin grundsätzlich keine Bedeutung gehabt habe und auch die ärztliche Versorgung nur unter dem Primat der Seele vor dem Leib gesehen werden könne, selbst wenn dies in einem übergeordneten Sinn natürlich gilt. Die Praxis der mittelalterlichen Versorgung konnte durchaus die Bedürfnisse der Seele von denen des Körpers unterscheiden. Daß im Hospital Prioritäten zu setzen waren und wie sie gesetzt wurden, ist am deutlichsten dem genannten Aufnahmeeritus zu entnehmen. Die leitende Idee aller Versorgung in Hospitälern – und zwar mit einem weiten Verständnis von Versorgung –, das ist mehrfach angesprochen worden, ist die *Caritas*, der Dienst am Kranken, der Dienst am Bedürftigen jeglicher Art. Diese *Caritas* scheint im Verlauf des Kommunalisierungsprozesses, darauf wurde hingewiesen, sowohl von Oliver Auge wie auch von Mathias Kälble, in den Hintergrund getreten zu sein, wie vielfach vertreten wird. Diese These scheint mir allerdings revisionsbedürftig zu sein, da gleichzeitig im späten Mittelalter ein gesteigertes Stiftungsverhalten nachweisbar ist, wie dies zuletzt auch an einer Studie über Motive und Funktionen von spätmittelalterlichen Stiftungen in Stralsund nachgewiesen werden konnte. Manche dieser Stiftungen sahen in deutlicher Absetzung zu Fehlentwicklungen, wie sie schon Jacques de Vitry kritisiert hatte, ausdrücklich die Aufnahme und die Sorge für mittellose Pflegebedürftige vor³³. Anführen ließen sich auch die hier erörterte Zwölf-Brüder-Stiftung der Brüder Mendel sowie ein weites Spektrum unterschiedlichster Fürsorgeeinrichtungen aus der zweiten Hälfte des 14. und vom Anfang des 15. Jahrhunderts.

Von erheblicher Bedeutung in diesem Zusammenhang waren die aus Matthäus 25.35–36 abgeleiteten sechs Werke der Barmherzigkeit, zu denen im Mittelalter noch ein siebtes Werk hinzugefügt wurde, die Verpflichtung gegenüber den Verstorbenen, eine, wie sicher zu Recht immer wieder betont wird, zweifellos sehr wichtige gesellschaftliche Selbstverpflichtung³⁴. Die Motive von Stiftern waren hiervon geleitet. Privates Engagement war gefordert. Dies führt zurück zu der eingangs gestellten Frage nach dem System und nach seiner Leistungsfähigkeit. Grundsätzlich, folgt man der Forschung, ergibt sich das Bild,

31) HENDERSON (wie Anm. 8), S. 38.

32) PROBST (wie Anm. 29), S. 264.

33) Ralf LUSIARDI, *Stiftung und städtische Gesellschaft. Religiöse und soziale Aspekte des Stiftungsverhaltens im spätmittelalterlichen Stralsund*, Berlin 2000, bes. S. 223ff.

34) PROBST (wie Anm. 29), S. 265.

daß, wenn man etwas verallgemeinert, vor der Reformation die öffentliche Versorgung von Bedürftigkeit mit Geld der öffentlichen Hand eher die Ausnahme darstellte. So wurde gezeigt, daß zum Beispiel in bedeutenden und reichen Städten wie Reval, Hamburg, Köln, Frankfurt am Main oder Wien während des 14. und 15. Jahrhunderts so gut wie keine öffentlichen Gelder für Almosen ausgegeben wurden³⁵. In sehr vielen anderen Städten sah es ähnlich aus. Noch wurde das Fürsorgewesen nicht als eine öffentliche Aufgabe wahrgenommen. Infolgedessen lag das Mittelaufkommen für das Fürsorgewesen und die Organisation im wesentlichen in den Händen von privaten Stiftern, Bruderschaften u.ä. und war auf deren Engagement und Verantwortungsbewußtsein angewiesen. Wichtig scheint mir dabei zu sein, daß nicht wahllos, sondern daß, wie meines Erachtens zumindest im Ansatz häufig zu erkennen ist, durchaus aufeinander bezogen gestiftet wurde. Wenn wir also einzelne Häuser fassen können, in denen nur fünf oder zwölf Personen versorgt wurden, so ist dies, gemessen am Gesamtvolumen an Bedürftigkeit, zwar möglicherweise wirklich, wie in der Diskussion gesagt wurde, nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Da aber in der Regel viele solcher Steine nebeneinander zu finden waren, spricht einiges dafür, daß doch zumindestens für den Kreis der unmittelbar Betroffenen aus der eigenen auf Hilfe angewiesenen Stadtbevölkerung ein relativ akzeptabler Grad von Auffangmöglichkeiten gegeben war.

Ich komme zur Frage der »Memoria«, die ebenfalls in Zusammenhang mit dem Stiftungswesen angesprochen wurde, wobei in den Diskussionen das Wort zumeist mit einem gewissen Vorbehalt benutzt wurde. Was heißt eigentlich »Memoria« in diesem Zusammenhang? Über Gedenken und Erinnerung ist ja in den letzten Jahren viel geforscht worden und vielleicht etwas mißverständlich damit umgegangen worden. Was wir an Beispielen gehört haben, und dafür kann man auch die Mendelsche Stiftung anführen, ist eigentlich eine »Memoria« im Sinne eines Andenkens und Erinnerns, das allein auf den Stifter zielt und in der die Nachkommenschaft keinen Platz hat. So gesehen weist sie vielleicht eher auf das klösterliche Gebetsgedenken hin, wo im Laufe der Zeit, wenn ich nur die cluniazensischen Gemeinschaften als Beleg anführe, die dort erinnerten Personen, derer im Gebetsgedächtnis gedacht wurde, so stark anonymisiert wurden, daß man sie, trotz verzweifelter Bemühungen moderner Personenforschung, nicht mehr identifizieren kann. Es kam eben nicht auf ein Erinnern im Sinne einer individuellen Erinnerung an, sondern es kam darauf an, Seelenmessen lesen zu lassen für Verstorbene. Dies sollte zweifellos in vielen Fällen lange andauern, um den Betroffenen in irgendeiner Weise im Fegefeuer nützen zu können. Entsprechend scheinen mir auch Verfügungen zu verstehen zu sein, wie sie sich in manchen dieser Stiftungen finden, etwa in der Stiftungsurkunde des Konrad Groß für das Nürnberger Heilig-Geist-Spital von 1339, in der er ausdrücklich ausführte, daß er dies

35) Andreas BINGENER/Gerhard FOUQUET/Bernd FUHRMANN, Almosen und Sozialleistungen im Haushalt deutscher Städte des späten Mittelalters und der frühen Neuzeit, in: Städtisches Gesundheits- und Fürsorgewesen vor 1800 (wie Anm. 6), S. 42.

zum Wohl seiner Seele und der seiner Eltern, Freunde und Wohltäter getan hat. Ihrer sollte im Sinne eines erinnernden Gebetes gedacht werden, aber nicht primär im Sinne einer Erinnerung durch die Nachkommenschaft³⁶. Die Menschen, so könnte man folgern, die zum Teil wie die Mendel ihr ganzes Vermögen in solche Stiftung gesteckt hatten, dachten dabei, wenn überhaupt, nicht vorrangig an ihre Nachkommenschaft.

Ich will zum Schluß noch auf die Bewertung eines Phänomens, das wir hier behandelt haben und das von verschiedenen Diskutanten angesprochen wurde und das in ganz anderer Weise von Mathias Kälble noch einmal thematisiert wurde, nämlich auf die Frage nach der Kommunalisierung, eingehen. Daß Kommunalisierung keine »Säkularisierung« bedeutet, hat im übrigen schon Siegfried Reicke (1932) ausdrücklich und mit diesen Worten festgestellt³⁷. Kälble hat nun ein ganz neues Interpretationsangebot gemacht. Er hat vorgetragen, daß die Gründung von Bruderschaften an Spitälern auch als Vorreiter städtischer Autonomiebestrebungen verstanden werden könne, daß Spitäler als Reaktion auf das Fehlen bürgerlicher Rechte gegründet wurden, daß sie eine treibende Kraft bei der Kommunalisierung waren, da erst die Kommunalisierung als Prozeß zur Entstehung der Kommune geführt habe. Daß also die Spitäler bzw. deren Einrichtung einen nicht geringen Einfluß bei der Durchsetzung kommunaler Autonomie hatten, wurde detailliert am Beispiel dreier Städte nachzuweisen versucht. Ob sich dieser Befund verallgemeinern läßt, wird sich zeigen. So sollte man, wenn man über Gründungsgeschichten von Hospitälern und wenn man über den Verbürgerlichungsprozeß schreibt, diese Frage im Hinterkopf behalten und sie als Leitfrage testen.

Zuletzt noch einige Bemerkungen zur Einschätzung dieses Ablöseprozesses, der sich im Stiftungsverhalten, in Gründungsaktivitäten von Hospitälern und an einer Reihe anderer Phänomene zeigt. Ich glaube, daß es gute Gründe gibt, der spätmittelalterlichen Pest hier eine wichtige Bedeutung zuzumessen und anzunehmen, daß von der Pest und ihrem ständigen Wiederauftreten wichtige Anstöße kamen. Daß die Pest geradezu der Anlaß für Gründungen von Spitälern war, ist vielfach belegt. Gerhard Fouquet hat darauf hingewiesen, daß das Nürnberger Kartäuserkloster Mariazell 1379 aus Anlaß der Pest gegründet wurde. Frank Rexroth hat die Frage nach der Neubewertung der Armut infolge der Pest gestellt, wobei sich auch die in der Forschung kontrovers diskutierte Frage stellte, ob die Fürsorge für die Armen und die Armenordnungen, die ab der zweiten Hälfte des 14. Jahrhunderts konzipiert oder niedergeschrieben wurden, auf ein neues Armutsproblem reagierten, oder ob nur dasselbe Problem jetzt mit anderen Augen gesehen wurde³⁸. Tendenziell würde ich darin eher ein Wahrnehmungsphänomen sehen, da die demographische Entwicklung nicht dazu geführt hat, daß in diesen Jahren wirklich in verstärktem

36) KNEFELKAMP (wie Anm. 6), S. 22f.

37) Vgl. auch SEIGEL (wie Anm. 12), S. 7.

38) Neithard BULST, Heiligenverehrung in Pestzeiten. Soziale und religiöse Reaktionen auf die spätmittelalterlichen Pestepidemien, in: *Mundus in Imagine. Bildersprache und Lebenswelten im Mittelalter*. Festgabe für Klaus Schreiner, hg. von Andrea LÖTHER u.a., München 1996, S. 69f.

Maße Armut aufgetreten ist. Eigentlich müßte der Abbau der Überbevölkerung durch die Pestepidemien eher dazu geführt haben, das Armutsproblem etwas zu mindern, da zumindestens bis in die Mitte des 15. Jahrhunderts ein Bevölkerungsrückgang von etwa einem Drittel zu verzeichnen ist. Da aber die Pest als Strafe Gottes verstanden wurde und der einzelne sowie die Obrigkeit darauf reagieren mußten, galt es, Caritas zu üben, um zumindest eines der Übel, die sich in der Gesellschaft breit gemacht hatten, abzustellen. Meines Erachtens lassen sich die Armenversorgung und die Armenhäuser ebenso wie die Hospitalstiftungen sehr gut in diesen Zusammenhang einordnen.

Gleichzeitig und anders als vorher stellte sich jetzt aber auch die Frage, wer in den Genuß von Fürsorge und Armenunterstützung kommen sollte, wem gegenüber Caritas geübt werden sollte. Frank Rexroth hat sehr schön gezeigt, mit welchen Vorbehalten und mit welcher Aggressivität einzelne Einrichtungen, die u.a. auch Fremde beherbergten, in der städtischen Gesellschaft aufgenommen wurden. Solche Reaktionen waren freilich, auch das hat er gesagt, keineswegs auf das 14. und 15. Jahrhundert beschränkt. Hier gibt es Interpretationsangebote, die man vielleicht erneut diskutieren sollte. Frantiček Graus hat vor vielen Jahren in seinem umfänglichen Aufsatz über die Randgruppen die These aufgestellt, daß die Krise der Gesellschaft – ich gehe jetzt nicht auf den Krisenbegriff im einzelnen ein – im Grunde dazu führte, daß die Gesellschaft sich nur stabilisieren konnte, indem sie Grenzen zog und somit durch Abgrenzung nach außen den Versuch machte, die Verhältnisse im Inneren neu zu ordnen. Außen und innen wurden infolgedessen im Spätmittelalter sehr viel stärker von einander unterschieden und akzentuiert³⁹. Diese These, die er an der Ausgrenzung der Randgruppen exemplifiziert hat und für die m.E. vieles spricht, könnte auch für den hier behandelten Gegenstand relevant sein, selbst wenn Graus dem Pestgeschehen eine tendenziell eher untergeordnete Bedeutung zuerkennt. Auch das Stiftungsverhalten scheint mir vielfach durch die Pesterfahrung mitgeprägt zu sein. Insofern wäre die Hospitalgeschichte, was auch in einer Reihe von Vorträgen durchaus versucht und mit Erfolg umgesetzt wurde, stärker in gesamtgesellschaftliche Verhältnisse einzupassen, um den Erkenntnisprozeß voranzubringen.

Wenn ich ein Fazit zu ziehen versuche, so gab es, was Hospitäler im weiten Sinne angeht, natürlich kein allumfassendes Versorgungssystem im Mittelalter. Es gab auch keine soziale Verantwortung im modernen Sinne. In einem mittelalterlichen Verständnis, wonach die Verantwortlichkeiten in einer Gesellschaft, die auf Ungleichheit basierte, ganz anders verortet waren, gab es jedoch durchaus eine Verantwortung im Sinne dieser Gesellschaftsordnung, die es m.E. ermöglichte, ein relativ großes Spektrum von Bedürftigkeit abzudecken. Daß dies insgesamt unvollkommen blieb, darf nicht überraschen, da diese Art von Unvollkommenheit für alle Zeiten gilt, inklusive der unsrigen, die gemessen an den

39) Frantiček GRAUS, Randgruppen der städtischen Gesellschaft im Spätmittelalter, in: Zeitschrift für historische Forschung 8 (1981), bes. S. 433ff.

eigenen Ansprüchen nur in wenigen Bereichen, wenn überhaupt, ihre Ziele zu verwirklichen in der Lage ist.