# Geschichte

*Martin Scheutz und Alfred Stefan Weiß*

## Gebet, Fürsorge, Sicherheit und Disziplinierung
### Das städtische Hospital als Lebens- und Wohnort in der Frühen Neuzeit

„Hospital [Lat. für Gastfreundschaft] oder Spital, ist dasjenige mit Vorwissen der Landes-Obrigkeit aufgerichtete und mit schönen Einkünfften versehene Gebäude, in welches diejenigen, welche in tieffer Armuth, hohem Alter, oder sonst mit schwerer Leibes-Kranckheit der Maßen beladen, daß sie nicht mehr arbeiten und dienen können, eingenommen, und soll darinnen auch vornemlich auf die einheimische gesehen werden, wie wohl an Theils Orten verstattet wird, daß gegen ein gewisses Geld sich andere einkauffen können.“[1] Das „Grosse Vollständige Universallexicon Aller Wissenschaften und Künste“ von Johann Heinrich Zedler bietet 1739 eine breite Definition der jahrhundertealten Institution Hospital: Ein Gebäude, Einkünfte zum Unterhalt des Hauses, Alters-, Armuts- sowie Krankenversorgung und große regionale Unterschiede bei der Auswahl der Insassen werden als begriffskonstitutiv angeführt. Diese Definition des 18. Jahrhunderts spiegelt gut die Differenz zur Gegenwart, wo Spitäler eben keine Alters- oder gar Armutsversorgung mehr sind, sondern Kliniken zur medizinischen Behandlung von akut Kranken darstellen. Hospitäler in der Vormoderne lassen sich bei großer Unschärfe im Detail und einem großen regionalen Spektrum allgemein als eine räumlich-bauliche Verortung sozialer Fürsorge verstehen, wobei die Versorgung der Insassen meist längerdauernd war.[2] Die Bandbreite der frühneuzeitlichen Spitäler ist beachtlich, sie reicht mit typologischen Schattierungen von den großen französischen Hôtels-Dieu, dem Pariser Hôtel des Invalides, den Allgemeinen Krankenhäusern der Habsburgermonarchie, den schwimmenden Feldspitälern in Ungarn hin zu kümmerlichen kleinstädtischen Armenhäusern, Leprosorien und den kleinstädtischen Bürgerspitälern. Spitalsforschung findet im multidisziplinären Spannungsfeld von Armutsforschung, der Erforschung von Sozialversicherungsmodellen, der Architektur-, der Rechts-, der Konfessions- und der Stadtgeschichte – um nur die augenfälligsten Berührungspunkte zu anderen wissenschaftlichen Disziplinen zu nennen – statt. Erschwert wird die Synthese trotz der erfreulichen Fülle an Einzeluntersuchungen vor allem durch das Fehlen von komparatis-

Ao. Prof. Martin Scheutz, Institut für Geschichte der Universität Wien/Institut für Österreichische Geschichtsforschung, Forschungsschwerpunkte: Geschichte der Kriminalität, Stadtgeschichte, Sozialgeschichte der Neuzeit, Selbstzeugnisse

Ass. Prof. Alfred Stefan Weiß, Fachbereich für Geschichte der Universität Salzburg, Forschungsschwerpunkte: Geschichte der Spitäler in Österreich, Armutsgeschichte in Österreich, Sozialgeschichte der Neuzeit, Gefängnisse in der Neuzeit, Medizingeschichte der Neuzeit

1 *Johann Heinrich Zedler:* Grosses Vollständiges Universallexicon Aller Wissenschaften und Künste Bd. 13. Leipzig 1739, Sp. 971 [http://mdz10.bib-bvb.de/~zedler/zedler2007/index.html, 8. Dezember 2008].

2 *Michael Matheus:* Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler im europäischen Vergleich. Stuttgart 2005, S. VIII; *Maike Rotzoll/Wolfgang Eckart:* Hospital. In: *Friedrich Jaeger (Hg.):* Enzyklopädie der Neuzeit Bd. 5 (2007), Sp. 651-655, hier Sp. 651 f.

tischen Arbeiten und durch den Mangel an übergreifenden Darstellungen zu den europäischen Spitälerlandschaften. Fragen nach regionalen Sonderentwicklungen oder einem gesamteuropäischen Zug der Spitalsgeschichte werden erst im letzten Jahrzehnt zwar verstärkt gestellt – viele offene Forschungsfragen und eine unzureichende Vernetzung der Forschung erschweren dem Spitalshistoriker gegenwärtig aber noch das Leben.

## Rechtliche Stellung, Gründung und Spitalstypen in der Frühen Neuzeit

Im Regelfall bestand seit dem Hoch- oder Spätmittelalter in vielen Städten ein so genanntes, meist am Rand oder vor der Stadt gelegenes „Bürgerspital", das institutionell von einem den akut Erkrankten gewidmeten Sondersiechenhaus und etwa einem „Seelhaus"/ „Pilgerhaus" für die Beherbergung von verarmten Dienstboten, Bettlern und Pilgern flankiert wurde. Vielfach sind wir über die mittelalterliche Frühzeit der Einrichtungen nicht informiert, vereinzelte Erwähnungen in Schenkungsurkunden oder Testamenten lassen zwar auf das Bestehen, aber kaum auf Inhalt oder Form der Spitäler rückschließen. Mit dem Spätmittelalter und der Frühen Neuzeit werden Quellenbestände (Rechnungsbücher, Statuten, Ratsprotokolle mit der Erwähnung von Spitälern) dichter. Das Setting an Alters-, Kranken- und Armenversorgungseinrichtungen war wesentlich bestimmt von der wirtschaftlichen Potenz und der rechtlichen Stellung einer Stadt, die Einwohnerzahl und Zentralität der Stadt spielten bei der Ausdifferenzierung dieser Institutionen zusätzlich mit. Auch die konfessionelle Lage der Stadt nahm nach 1555/1648 eine bedeutsame Rolle ein, es gab in manchen Reichsstädten katholische und protestantische Spitalseinrichtungen und sogar – bei aller Schwierigkeit des Miteinander (etwa Kalenderstreit, unterschiedliche Gebete) – paritätisch geführte Spitäler.[3]

Neben den Bürgerspitälern bildeten sich im Hoch- und Spätmittelalter weitere Typen aus. Allein in der Steiermark stieg beispielsweise die Zahl der Spitäler zwischen 1500 und 1750/55 von geschätzten 61 auf 97 Spitäler.[4] Die an Fernstraßen, am Anstieg zu Alpenübergängen oder auf der Passhöhe situierten und häufig von den umliegenden Gemeinden gemeinsam finanzierten Weghospize – die Bezeichnung Hospiz wird regional für unterschiedliche Typen verwendet – dienten der vorübergehenden Unterbringung von Reisenden. Meist betrieben kongregationsähnliche Laiengemeinschaften diese Häuser, ein eigener Priester versah in der zugehörigen Kapelle die Seelsorge der Insassen. Die Weghospize waren zudem wesentlich an der Erschließung von Fernwegen, aber auch an der Bewirtschaftung von Höhenweiden und Waldungen beteiligt.[5]

Leprosorien sind mittelalterliche, ursprünglich zur Versorgung von Aussätzigen bestimmte und außerhalb der Siedlung, oft an ungünstigen klimatischen Orten angesiedelte Einrichtungen.[6] Weil die Lepra aber mit Beginn der Neuzeit immer seltener auftrat, mutierten diese abseits gelegenen Spitäler einerseits – im Vergleich zu Bürgerspitälern sozial deutlich tiefer rangierend – zu Armenhäusern, zum anderen verwandelten sich Leprosorien in

---

3 *Silke Kröger:* Armenfürsorge und Wohlfahrtspflege im frühneuzeitlichen Regensburg. Regensburg 2006, S. 863-902.

4 *Carlos Watzka:* Arme, Kranke, Verrückte: Hospitäler und Krankenhäuser in der Steiermark vom 16. bis zum 18. Jahrhundert und ihre Bedeutung für den Umgang mit psychisch Kranken. Graz 2007, S. 28 f.

5 *Walter Schneider:* Hospitäler im Raum Alt-Tirol. Probleme einer Pass- und Übergangsregion. In: *Michael Matheus (Hg.):* Hospitäler im europäischen Vergleich (wie Anm. 2), S. 59-99.

6 *Judit Majorossy/Katalin Szende:* Hospitals in Medieval and Early Modern Hungary. In: *Martin Scheutz/ Andrea Sommerlechner/Herwig Weigl/Alfred Stefan Weiß (Hg.):* Europäisches Spitalwesen. Institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit. Hospitals and Institutional Care in Medieval and Early Modern Europe. Wien 2008, S. 275-320, hier S. 308-313.

Abb. 1: Das „Bürgerspital“ von Judenburg um 1730, anonyme kolorierte Zeichnung, Steiermärkisches Landesarchiv, Weltliche Stiftungsakten, F 23, Nr. 12

Sondersiechenhäuser, wo neben den Armen verschiedene Formen ansteckender Krankheiten isoliert behandelt wurden. Anlassbezogen betrieben viele Städte eigene Pesthäuser bzw. -spitäler (mitunter in Umwandlung der Leprosorien), wo in Zeiten der „Contagion“ nach französischen und italienischen Vorbildern hochinfektiöse Personen zwangsweise eingewiesen wurden, eigene Infektionsärzte übernahmen deren Behandlung, an Arme wurden kostenlos Medikamente abgegeben.[7] Räumlich wiesen diese Pestspitäler eine Trennung von Kranken und Rekonvaleszenten auf, das Personal des Spitals war ebenfalls in diesen Häusern, die – im Fall von Neubauten nach Pestepidemien – große, luftige Räume mit Fenstern und Ventilationslöchern aufwiesen, untergebracht. Ärzte, Wundärzte/Bader, Köchinnen, Wäscherinnen, Priester und Totengräber betrieben diese Pestspitäler (und die vorgelagerten „Probierhäuser“), die häufig in vorübergehend adaptierten Gebäuden (in Wien sogar auf den Donauinseln) untergebracht waren. Vorwiegend Menschen ohne soziales Kapital fanden in den Pestspitälern Aufnahme.

Am Beginn des 16. Jahrhunderts begann sich die Spitalslandschaft zu differenzieren: Die Forschung parallelisierte diese Entwicklung der Spitäler in Richtung medizinische Anstalten (Protokliniken) lange mit dem Auftreten der „Syphilis“ (auch nach der Herkunft

---

7 *Elke Schlenkrich:* Pestlazarette in frühneuzeitlichen Städten Sachsens, Schlesiens und Böhmens. In: Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 115/3-4 (2007), S. 343-368.

als „morbus gallicus“ oder „Franzos“ bezeichnet). Mediziner und damit die akademisch gelehrte Ärzteschaft übernahm die Organisation und Kontrolle in diesen „Franzosenhäusern“ und in den ursprünglich den an Blattern oder Pocken Erkrankten gewidmeten „Blatterhäusern“.[8] Diese neu auftretende Krankheit erforderte neue Behandlungsmethoden: Nach der „Franzosenschau“, der Beschau des Kranken, kamen entweder Quecksilber oder tropische Hölzer wie das Guaiacum (Trink- und Schwitzkuren) zur Anwendung.

Die Ausbildung von Versorgungsleistungen nahm im Laufe der Neuzeit stetig zu, besonders im Bereich der Waisen- und Findelhäuser lässt sich eine Gründungswelle in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts und im 18. Jahrhundert feststellen. Das 1696 durch August Hermann Franke (1663–1727) gegründete, pietistisch geprägte Waisenhaus („Pädagogicum“) in Halle verhalf einem neuen, auch transatlantisch erfolgreichen, auf intensiver Seelsorge und auf Disziplinierung durch Arbeit basierenden Erziehungskonzept zum Durchbruch. Viele Waisenhäuser waren aber nur Organisationsbasis, Fabriks- oder Schulstandort für die von Pflegefamilien betriebene Waisenfürsorge.[9] Mit den Spitälern der Barmherzigen Brüder (für Männer) und der Elisabethinerinnen (für Frauen) kamen rein der vorübergehenden Krankenversorgung gewidmete Häuser auf, die sich auch erstmals dezidiert den geistig Behinderten widmeten.[10] Der Orden der Barmherzigen Brüder verfügte beispielsweise um 1700 über eine Kapazität von 6.600 Betten bei 180 Spitälern in ganz Europa, eigene Krankenschulen bereiteten die Brüder und das Spitalspersonal auf den Dienst vor. Arzt- und Isolierzimmer für Schwerkranke, fest angestellte täglich visitierende Ärzte, Chirurgen (Bader) und Apotheker verdeutlichen die im 17. Jahrhundert erreichten Standards in der Krankenversorgung.

Im Kontext von Kindesaussetzung, Kindsmord und der Not lediger Mütter entstanden verstärkt ab dem 17. Jahrhundert in Europa privat und öffentlich finanzierte, kirchliche und weltliche Findelhäuser. Das 1784 im josephinischen Wien gegründete Gebär- und Findelhaus sah etwa vier Aufnahmeklassen vor: Neben drei Zahlabteilungen gab es ursprünglich eine Gratisklasse; verarmte Mütter („schamlose Arme“) mussten sich als Gegenleistung, anders als Zahlende („verschämte Reiche“), als „Ausstellungsobjekte“ für den geburtshilflichen Unterricht im Allgemeinen Krankenhaus und als Ammen zur Verfügung stellen. Exakt 730.130 Kinder wurden in den 126 Jahren des Bestehens des Wiener Findelhauses (bis 1910) aufgenommen: Nach mäßigem Beginn (mit ca. 2.000-4.000 Aufnahmen pro Jahr) erreichte das auch als „offenes Grab“ bezeichnete Findelhaus in den 1850er und 1860er Jahren mit rund 8.000-10.000 Aufnahmen seinen Höhepunkt. Bis 1813 starben 97 Prozent aller im Wiener Findelhaus aufgenommenen Kinder; die Hälfte der 1799 im Findelhaus aufgenommenen Kinder erreichte das Ende des ersten Monats nicht.[11]

Die Verwaltung der Spitäler war im Regelfall dreigeteilt. Seit dem Spätmittelalter standen den Spitälern meist zwei kollegial agierende, vom Stadtrat beauftragte Männer als Kontrollinstanz dem Spital vor, nominell hatte der Stadtrat die Oberaufsicht. Diese häufig ehrenamtlichen Spitalpfleger (Superintendenten) stammten mitunter selbst aus dem Rat und vertraten die Interessen des Spitals dem Rat gegenüber. Für die Wirtschaftsführung des Hauses und für die Aufsicht über die Insassen und das Personal waren Meister und Meisterin als Paar verantwortlich, die in kleinen Spitälern selbst Spitalinsassen sein konn-

---

8 *Claudia Stein:* Die Behandlung der Franzosenkrankheit in der Frühen Neuzeit am Beispiel Augsburgs. Stuttgart 2003.

9 *Frank Hatje:* Institutionen der Armen-, Kranken- und Daseinsfürsorge im nördlichen Deutschland (1500–1800). In: *Scheutz u. a.:* Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 6), S. 307-350, hier S. 338-347.

10 *Watzka:* Arme, Kranke, Verrückte (wie Anm. 4), S. 139-151.

11 Überblick bei *Verena Pawlowsky:* Mutter ledig – Vater Staat. Das Gebär- und Findelhaus in Wien 1784–1910. Innsbruck u. a. 2001.

ten, aber auf jeden Fall den Herrenpfründnern (etwa Sitz am „Herrentisch“) gleichgestellt waren. Ihnen unterstanden, geschlechtlich getrennt, Spitalschreiber, Knechte und Mägde, aber auch Amtsleute, Meier und Förster, Spitalbäcker, -müller, -brauer, -bader usw. Die Spitalärzte waren meist ident mit den Stadtärzten, Kleriker (Benefiziaten, mitunter hauptamtliche Priester) betreuten die Insassen.[12]

Das Spital der Vormoderne war im Regelfall ein gewinnorientierter Wirtschaftsbetrieb, der seine Grundbesitzungen, Nutzungsrechte (Renteneinkommen) und Eigenbetriebe wirtschaftlich zum Nutzen der Insassen einsetzen musste. Der Wirtschaftsbetrieb Spital, mitunter sogar in der Ausformung einer eigenen Grundherrschaft, umfasste einen kleinen Stab an angestelltem Personal. Ein Spitalschreiber war in größeren Spitälern für die Verwaltung, konkret die Führung der Rechnungsbücher, die Historikern heute einen Überblick über die Ökonomie der Häuser ermöglichen, zuständig. Die Eigenwirtschaft der Spitäler diente der Naturalversorgung: Weingärten, Waldbesitzungen, Milchvieh und Gärten (darunter Krautgarten, Obstgarten). Spitalseigene Betriebe wie Mühle, Badstube, Brauerei und Bäckerei standen gegen Bezahlung auch Außenstehenden offen. Weitere Einkünfte der prinzipiell äußerst kreativen Spitalsverwaltungen (bzw. der Stadträte) flossen beispielsweise aus Schank- und Braurechten, Fischteichen und -rechten, Salinen, Salzlieferungen, Einnahmen aus Hausbesitzungen, Grundrenten, Textilproduktion oder Fuhrunternehmungen zu. Manche Spitäler besaßen auch Gerichtsrechte und lukrierten Einahmen aus Gerichtsfällen. Die frühneuzeitlichen Spitäler agierten auch als eine Art städtische Bank, wo sowohl der Stadtrat als auch die Stadtbewohner nach Maßgabe des vorhandenen Kapitals zu festen Zinssätzen Geld borgen konnten bzw. auch Spitalsgelder in größerem Stil weiterveranlagt wurden.

## Wer fand langfristige Aufnahme in ein Hospital und unter welchen Bedingungen?

Bevor diese Frage beantwortet werden kann, muss man sich Klarheit darüber verschaffen, wie viele derartige Häuser es im Europa der Frühen Neuzeit überhaupt gab. Wie der deutsche Medizinhistoriker Robert Jütte wiederholt festgestellt hat, wissen wir am Ausgang des Mittelalters von circa 10.000 Hospitälern im europäischen Raum, die meisten davon existierten in oder in der Nähe von Städten. Größere städtische Ansiedlungen konnten über fünf, sechs oder noch mehr solcher funktional ähnlich gelagerter Häuser verfügen, von denen einzelne in besonderer Weise auf die Pflege von Kranken und Armen spezialisiert waren (Pestspitäler, Leprosorien, Blatterhäuser etc.). Um 1500 boten die meisten dieser Institutionen ihren Insassen, die vornehmlich nach dem Grad ihrer Armut und/oder Krankheit ausgewählt wurden, bereits langfristige Unterkunft. In bedeutenderen Häusern ließen die jeweiligen Pfleger von dem ihnen untergeordneten Personal auch Almosen an Arme verteilen, die nicht oder nicht dauerhaft im Hospital lebten. Erst seit der Mitte des 16. Jahrhunderts nahmen immer mehr Hospitäler gegen eine Gegenleistung Bewohner als so genannte Pfründner in die (Bürger-)Spitäler auf. Der Erwerb einer Pfründe vollzog sich dabei folgendermaßen: Der Pfründnehmer schenkte bzw. übertrug dem Hospital sein Vermögen oder zumindest einen wesentlichen Teil desselben in Grundstücken und/oder Renten. Als Gegenleistung wurde er zeitlebens seinem Stand entsprechend versorgt. Bei der Aufnahme spielten neben der Frage der vorhandenen Raumkapazitäten vor allem Alter und Gesundheitszustand des Interessenten eine wesentliche Rolle. Auf der Basis dieser

---

[12] *Ludwig Ohngemach:* Spitäler in Oberdeutschland, Vorderösterreich und der Schweiz in der Frühen Neuzeit. In: *Scheutz u. a. (Hg.):* Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 6), S. 255-294, hier S. 283-286; *Thomas Just/Herwig Weigl:* Spitäler im südöstlichen Deutschland und in den österreichischen Ländern im Mittelalter. In: *Scheutz u. a. (Hg.):* Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 6), S. 149-184, hier S. 174-177.

Informationen wurde nunmehr seitens des Spitals gewissermaßen eine Kosten-Nutzen-Analyse vorgenommen, die jedoch – langfristig betrachtet – in der Regel zuungunsten der Anstalt ausfiel. Mit dem Tod der jeweiligen Person endete der individuelle Vertrag, und die Hospitalsleitung war aus ersichtlichen Gründen nicht zur Rückerstattung des Kaufpreises an die Erben verpflichtet.[13]

Neben der Bedeutung des Hospitals als früher sozialer Einrichtung und natürlich als (städtischem) ökonomischem Betrieb mit Gärten, Landwirtschaft, Viehzucht, vereinzelt mit Forsten und Weinbergen, war es in erster Linie auch Gotteshaus. In den Kranken und Armen begegnete man ausgehend von mittelalterlichen Glaubensvorstellungen Christus selbst. Trotz dieser sakralen Erhöhung wurden Krankheit und Armut nicht nur als Gnade, Auszeichnung und als geistliche Prüfung interpretiert, sondern – durchaus im Bewusstsein des Widerspruchs – ebenso als Folge von Sünde und zugleich als Strafe.[14] Die angedeutete Idee des Hospitals als „Heilsstätte", als wichtigster Schauplatz christlicher *caritas* und der *memoria*[15] wurde bereits im Stiftungszweck, in den Patrozinien[16] und in den geradezu klösterlichen Strukturen des Hospitalsalltags und durch die überaus große Bedeutung der Seelsorge deutlich. Ein Hospital ohne angeschlossene Kapelle oder eine in der Nähe befindliche Kirche war unvorstellbar und im Mittelalter kirchenrechtlich auch nicht denkbar. Der Primat des Religiösen – der Alltag war gewissermaßen durchtränkt von Gebeten und Gott das einzige „Ziel und Ende" – kann in keiner spätmittelalterlichen oder frühneuzeitlichen Hospitalsordnung geleugnet werden.[17] Aus den beispielsweise aus Reval (heute Tallinn, die Hauptstadt von Estland) erhaltenen Spitalstatuten des Jahres 1448 (ursprünglich das Leprosorium St. Johannes der Täufer an der Straße nach Dorpat, heute Tartu, gelegen) heißt es bereits im zweiten Punkt, dass Personen, die nicht die vorgeschriebenen Gottesdienste besuchten, eine Strafe bezahlen mussten.[18] Im Herrschaftsbereich der Habsburger waren bezeichnenderweise spätestens im 18. Jahrhundert die Gebetsübungen nicht nur für den Stifter, sondern sogar für das Herrscherhaus verpflichtend vorgeschrieben;[19] in Hessen musste bereits um 1540 Landgraf Philipp dem Großmütigen für seine Stiftung mit Gebeten gedankt werden.[20]

---

13 *Robert Jütte:* Arme, Bettler, Beutelschneider. Eine Sozialgeschichte der Armut. Weimar 2000, S. 168, S. 170; *Ders.:* Tendenzen einer öffentlichen Armenpflege in der Frühen Neuzeit Europas und ihre weiter wirkenden Folgen. In: *Theodor Strohm/Michael Klein (Hg.):* Die Entstehung einer sozialen Ordnung Europas, Band 2: Europäische Ordnungen zur Reform der Armenpflege im 16. Jahrhundert. Heidelberg 2004, S. 78-104, hier S. 96; *Martin Scheutz/Alfred Stefan Weiß:* Spitäler im bayerischen und österreichischen Raum in der Frühen Neuzeit (bis 1800). In: *Scheutz u. a. (Hg.):* Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 6), S. 185-229, hier S. 206; *Ohngemach:* Spitäler (wie Anm. 12), S. 278 f, S. 281-283; für Beispiele im europäischen Raum siehe noch immer *Dieter Jetter:* Das europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800. Köln 1986, S. 83 ff.

14 *Oliver Auge:* „… ne pauperes et debiles in … domo degentes divinis careant" – Sakral-religiöse Aspekte der mittelalterlichen Hospitalgeschichte. In: *Neithard Bulst/Karl-Heinz Spieß (Hg.):* Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler. Ostfildern 2007, S. 77-123, hier S. 83-86

15 *Thomas Frank:* Die Sorge um das Seelenheil in italienischen, deutschen und französischen Hospitälern. In: *Gisela Drossbach (Hg.):* Hospitäler in Mittelalter und Früher Neuzeit. Frankreich, Deutschland und Italien. Eine vergleichende Geschichte. Hôpitaux au Moyen Âge et aux Temps modernes. France, Allemagne et Italie. Une histoire comparée. München 2007, S. 215-224, hier S. 215-219.

16 *Majorossy/Szende:* Hospitals (wie Anm. 6), S. 298.

17 *Christina Vanja:* Offene Fragen und Perspektiven der Hospitalgeschichte. In: *Scheutz u. a. (Hg.):* Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 6), S. 19-40.

18 *Anu Mänd:* Hospitals and Tables for the Poor in Medieval Livonia. In: Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 115/3–4 (2007), S. 234-270, hier S. 267.

19 *Scheutz/Weiß:* Spitäler (wie Anm. 13), S. 222.

20 *Christina Vanja:* Die Stiftung der Hohen Hospitäler in Hessen zwischen Mittelalter und Neuzeit. In: *Arnd Friedrich u. a. (Hg.):* Das Hospital am Beginn der Neuzeit. Soziale Reform in Hessen im Spiegel europäischer Kulturgeschichte. Zum 500. Geburtstag Landgraf Philipp des Großmütigen. Petersberg 2004, S. 17-32, hier S. 23.

Wer sich historisch mit der Entwicklung der Spitäler im europäischen Raum in der Frühen Neuzeit beschäftigt, wird ebenso das Thema der Reformation und deren Bedeutung hinsichtlich der Aufnahmepraxis hinterfragen müssen. In der Forschung herrscht nach Ansicht des Historikers Robert Jütte seit einigen Jahren weitgehender Konsens darüber, dass weder das kommunale noch das staatliche System der Armenfürsorge und Krankenhilfe durch die Reformation geschaffen wurden; denn beide hatten ihre Entsprechungen in den katholischen Ländern. Ohne jeden Zweifel prägten jedoch die Auseinandersetzungen um Luthers Ansichten zur Wohlfahrtspflege und ihre langlebigen Nachwirkungen im 16. Jahrhundert die zentralisierte Armenpflege – und dies nicht nur im frühneuzeitlichen (protestantischen) Deutschland, sondern auch zum Beispiel im Königreich Schweden und Finnland. Erst die Reformation machte den schwierigen Weg frei für die Entwicklung einer neuen „Sozialpolitik" (obwohl dieser Begriff damals natürlich noch nicht bekannt war), die bereits vorhandene weltliche Strukturen der Armenverwaltung und -betreuung weiter ausbaute und bislang (ausschließlich) für klösterliche Zwecke vorgesehene Einnahmequellen für die kommunale Armenfürsorge erschloss, die Versorgung der Armen wurde sozusagen zur „gesellschaftlichen Aufgabe" gemacht. Da die Hospitäler als Stiftungen ohnedies zur Versorgung Armer und Kranker dienten, konnte man sie in ihrem Bestand weitgehend unangetastet lassen, sofern sie ihre Aufgabe erfüllten und entsprechend verwaltet wurden. Auch an der von den Insassen geforderten Einhaltung religiöser Pflichten als Gegenleistung für die im Hospital empfangenen Leistungen änderte sich im Grundsatz kaum etwas. Die ehemals altgläubige Messe wurde nunmehr durch den Predigtgottesdienst und die Gebetspflichten durch die täglichen gemeinschaftlichen Andachten ersetzt. Im Zusammenhang mit der Reformation und ihren Langzeitfolgen von einer tatsächlichen Säkularisierung sprechen zu wollen, scheint daher verfehlt. Konflikte waren lediglich in gemischtkonfessionellen Territorien vorprogrammiert, in denen meist ein „Proporz" (z. B. im Bremer Armenhaus) eingeführt werden musste.[21]

Hospitäler waren im 16. Jahrhundert nicht nur „Instrumente der Politik", sondern sie avancierten immer mehr zu „Kampfmitteln zur Verteidigung des Glaubens". Da der Reformator Luther die Armen zwar angemessen versorgen wollte, sich jedoch dezidiert gegen den Bau und den Unterhalt „große[r] steinerne[r] Häuser und Klöster" wandte und damit indirekt die weitere Gründung von frommen Stiftungen für Versorgungshäuser eher ablehnte, mussten die Herrscher in den überwiegend katholischen Territorien diesem Gedankengut entgegenarbeiten. Es sei hier nur an das 1576 von Fürstbischof Julius Echter von Mespelbrunn in Würzburg gegründete und weithin bekannte „Julius-Spital", gleichsam ein „Bollwerk" der Gegenreformation, oder die österreichischen Hofspitäler erinnert. Selbstverständlich lassen sich jedoch auch bewusste protestantische Spitalsgründungen in der Zeit der Konfessionalisierung nachweisen, so die wenigen in der Forschung sogenannten „charity chambers" in den Kirchgemeinden des Königreichs Schweden und Finnland gegen Ende des 16. Jahrhunderts oder die „Hofjes" (Bürgerwaisenhäuser) in den Niederlanden. Besondere Berühmtheit erlangten besonders die „Hessischen Hohen Hospitäler" der Jahre 1533 bis 1542 für die Dorfbewohner der Landgraf-

---

[21] Zusammenfassend *Jütte:* Armenpflege (wie Anm. 13), S. 81, S. 84 f; *Robert Jütte:* Die Sorge für Kranke und Gebrechliche in den Almosen- und Kastenordnungen des 16. Jahrhunderts. In: *Stefan Oehmig (Hg.):* Medizin und Sozialwesen in Mitteldeutschland zur Reformationszeit. Leipzig 2007, S. 9-21, hier S. 16; *Hatje:* Institutionen (wie Anm. 9), S. 311 f., S. 315; *Vanja:* Die Stiftung (wie Anm. 20), S. 27; *E. I. Kouri:* Health care and poor relief in Sweden und Finland c. 1500–1700. In: *Ole Peter Grell/Andrew Cunningham (Hg.):* Health Care and Poor Relief in Protestant Europe 1500–1700. London u. a. 1997, S. 167-203, hier S. 169 f., S. 172.

schaft (Landgraf Philipp der Großmütige; Haina bei Marburg, Merxhausen bei Kassel, Hofheim bei Darmstadt, Gronau bei St. Goar).[22]

Obwohl kleinere und größere Hospitalsbauten in der Frühen Neuzeit zum allseits vertrauten Stadtbild zählten, war die Chance für die verarmte Bevölkerung in einer derartigen Institution versorgt zu werden eher gering. Dem zumindest in der deutschsprachigen Forschung zur frühneuzeitlichen Armenfürsorge oft vermittelten Eindruck, dass Spitäler eine lediglich marginale und ineffiziente Erscheinung waren, möchten wir hier dennoch bewusst entgegentreten. So verfügte das protestantische Hamburg um 1650 – bei einer Einwohnerzahl von ca. 56.000 Personen – über Kapazitäten von mehr als 1.850 Plätzen; damit konnten immerhin 40–50 Prozent aller mittelfristig oder dauerhaft unterstützten Armen versorgt werden, im katholischen Salzburg um 1800 zumindest auch noch 25 Prozent aller offiziell anerkannten Armen (in Summe ca. 1.700 Frauen und Männer). Für die Steiermark können um 1500 circa 860 bzw. um 1700 geschätzte 1.190 Insassenplätze in Spitälern nachgewiesen werden; um 1750 kam auf 530 Bewohner des Landes ein Insasse eines Spitals. Die Versorgung von Wenigen impliziert auch den Ausschluss von Vielen. In den ländlichen Regionen und in den dünn besiedelten Regionen Europas, so in Skandinavien, bot sich dem Zeitgenossen jedoch eine völlig andere Situation, der Grad der Anstaltsunterbringung war dort im Vergleich zum jeweiligen Bedarf während der gesamten Frühen Neuzeit relativ gering.[23] War die Anstaltsfürsorge bis zum Beginn des 18. Jahrhunderts vorwiegend lokal organisiert, so lassen sich in Skandinavien, in den Niederlanden, vor allem jedoch in Frankreich zum Teil sehr effiziente Versuche seitens des Staates zur Reorganisierung der diversen Häuser nachweisen.[24]

Wer durfte sich nun überhaupt Hoffnungen machen, seinen Lebensabend oder zumindest ein paar Monate bzw. Jahre in einem Hospital zu verbringen? Neben den Pilgern, die nur für wenige Tage Kost und einen Schlafplatz erhielten, wurden Waise, „Einfältige“ und „Narren“, Körperbehinderte, Alte, Kranke und Sieche genannt.[25] Nach mittelalterlichem und frühneuzeitlichem Verständnis hatte „krank“ die Grundbedeutung schwach. Für unser heutiges Wort „krank“ wurde jedoch bis ins 14. Jahrhundert mittelhochdeutsch „siech“ verwendet. Ein „Siecher“ war im Spätmittelalter dadurch gekennzeichnet, dass er sich nicht auf den Beinen halten konnte, sondern im Bett liegen musste. Viele dieser meist altersschwachen Personen waren zusätzlich arm, verfügten über kein Geld und waren daher zu einem überwiegenden Prozentanteil nicht in der Lage, eine Spitalspfründe zu erwerben. Diese Frauen und Männer wurden häufig als „Siechen- oder Armenpfründner“ bezeichnet.[26] Die Hospitaliten waren damit keineswegs eine homogene Gruppe, vielmehr wurden im Sinne einer Binnendifferenzierung und nach Maßgabe der vorhandenen Möglichkeiten (und regional differierend) die „reichen Pfründner“ (Herrenpfründner) von den Mittel- und

---

22 *Scheutz/Weiß:* Spitäler (wie Anm. 13), S. 212; *Jetter:* Das europäische Spital (wie Anm. 13), S. 118; *A. C. M. Kappelhof:* Hospitäler in den Niederlanden in der frühen Neuzeit (1530–1820). In: Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung 115/3–4 (2007), S. 312-342, hier S. 312 ff.

23 Vgl. *Hatje:* Institutionen (wie Anm. 9), S. 310; *Kouri:* Health care (wie Anm. 21), 167 ff.; *Alfred Stefan Weiß:* „Providum imperium felix.“ Glücklich ist eine voraussehende Regierung. Aspekte der Armen- und Gesundheitsfürsorge im Zeitalter der Aufklärung, dargestellt anhand Salzburger Quellen ca. 1770–1803. Wien 1997, S. 95-101, *Watzka:* Arme, Kranke, Verrückte (wie Anm. 4), S. 41 f.

24 *Kouri:* Health care (wie Anm. 21), S. 167 ff.; *Kappelhof:* Hospitäler (wie Anm. 22), S. 323; *Daniel Hickey:* Institutional Care for the Sick and the Poor in Early Modern France. In: *Scheutz u. a. (Hg.):* Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 6), S. 75-89, hier S. 78-80, S. 89.

25 *Ohngemach:* Spitäler (wie Anm. 12), S. 276-281.

26 *Scheutz/Weiß:* Spitäler (wie Anm. 13), S. 204-206.

„armen Pfründnern“ getrennt.[27] Trotz der „Mehrklassigkeit“ in den Spitälern und der damit verbundenen Probleme trugen vor allem eine gesicherte Pflege und zumindest eine einfache medizinische Betreuung[28] für Arme und Begüterte zur Attraktivität des Hospitals bis nach 1700 bei, das Sicherheit vor den Preisschwankungen der Grundnahrungsmittel, vor dem Alleinsein im Alter und ein gesichertes Begräbnis bot. Diese klosterähnlichen Anstalten waren aber keineswegs gleichsam ein Paradies und Refugium, an ihnen haftete spätestens in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts der Makel und Geruch des Armenhauses, und wer sich eine alternative Versorgungsart leisten konnte, der mied den Aufenthalt in diesen Einrichtungen.[29]

Über die tatsächliche Aufnahme in ein Spital, das einen kostenintensiven Bestandteil in den städtischen Budgets darstellte, wachten Spitalmeister und Rat, an den demütig formulierte Supplikationen (Bittschriften, so genannte „Ego-Dokumente“), die uns über individuelle Lebens- und Leidensgeschichten informieren, um die Versorgung im jeweiligen Haus zu richten waren.[30] Zur Prüfung der Anspruchsberechtigung wurde im Verlauf der Frühen Neuzeit ein eigener Kriterienkatalog entworfen, der eine Untersuchung des Wohnorts und der Religionsausübung, eines beendeten Arbeitsverhältnisses oder des Gesundheitszustandes des/der Bewerbers/in voraussetzte. Viele Bittgesuche wurden sogleich nach ihrem Einlangen abgelehnt, da die geforderten Bedingungen nicht oder nur teilweise erfüllt werden konnten bzw. keine freien Plätze in den Häusern vorhanden waren. Mitunter wurde den Supplikanten nur eine (zeitweilige/längerdauernde) Unterkunft ohne Essen oder nur das Essen oder eine Bettelerlaubnis (etwa in Österreich und Süddeutschland der Freitagsbettel) gewährt. Im Fall einer Ablehnung berief sich die Spitalsleitung üblicherweise auf den Willen des Stifters, der unbedingt erfüllt werden sollte. Obwohl Bürger und deren Frauen bevorzugt wurden, fanden – zumindest in begrenztem Umfang – ferner verarmte, unterbürgerliche Schichten (z. B. langjährige Dienstboten, „kleine“ Beamte) und Bewohner aus der näheren Umgebung Aufnahme im Spital. Lediglich in sehr großen Häusern, z. B. im großen (Siechen-)Spital in Straßburg, gab man auch Fremden Unterkunft und Versorgung.[31] Theoretisch lässt sich die Berücksichtigung einer Person bzw. die Abweisung derselben im aufeinander bezogenen Begriffspaar Inklusion und Exklusion verorten; zwei Termini, die sich in den letzten Jahrzehnten im Vokabular der Sozialwissenschaften durchgesetzt haben. Seit dem Spätmittelalter und verstärkt in der Frühen Neuzeit kam es zunehmend zu einer Exklusionspolitik – nicht von Individuen, sondern vielmehr von abstrakt bezeichneten „Gruppen“, z. B. der so genannten „starken Bettler“. Diese wurde wesentlicher Be-

---

27 *Frank Hatje:* Arbeitsteiligkeit in der Kranken- und Daseinsfürsorge im nördlichen Deutschland des 17. und 18. Jahrhunderts. In: *Gerhard Aumüller u. a. (Hg.):* Der Dienst am Kranken. Krankenversorgung zwischen Caritas, Medizin und Ökonomie vom Mittelalter bis zur Neuzeit. Marburg 2007, S. 153-175, hier S. 154; *Heiko Droste:* Die Hospitalverwaltung zwischen ständischer Ordnung und moderner Organisation. Zu den Bedingungen von Professionalisierung im 18. Jahrhundert. In: *Ebenda:* S. 177-199, hier S. 186; vgl. *Mänd:* Hospitals (wie Anm. 18), S. 256 f.

28 *Kay Peter Jankrift:* Herren Kranke, arme Siechen. Medizin im spätmittelalterlichen Hospitalwesen. In: *Bulst/Spieß (Hg.):* Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler (wie Anm. 14), S. 149-167; *Kappelhof*: Hospitäler (wie Anm. 22), S. 334-338, S. 342.

29 *Scheutz/Weiß:* Spitäler (wie Anm. 13), S. 209.

30 *Martin Scheutz:* „In daz brod bettlen ausgegangen.“ Armut, Bettel und Armenversorgung in Niederösterreich während des 18. Jahrhunderts. In: Österreich in Geschichte und Literatur 47 H. 2b–3 (2003), S. 119-135, hier S. 130; *Vanja:* Offene Fragen (wie Anm. 17), bes. S. 32; *Louise Gray:* Hospitals and the Lives of the Cronically Sick: Coping with Illness in the Narratives of the Rural Poor in Early Modern Germany. In: *John Henderson/Peregrin Horden/Allessandro Pastore (Hg.):* The Impact of Hospitals 300–2000. Bern u. a. 2007, S. 297-315, hier S. 299, Beispiele S. 301 ff.

31 *Strohm/Klein (Hg.):* Die Entstehung einer sozialen Ordnung Europas (wie Anm. 13), S. 88 ff – Ordnung des großen Spitals zu Straßburg, wie die armen Siechen gehalten werden um 1540.

standteil von Maßnahmen der Städte und der sich entwickelnden Territorialstaaten. In Anwendung des theoretischen Konzepts der Exklusion wurde nach Ansicht des französischen Historikers und Philosophen Michel Mollat ein „numerus clausus“ zugunsten der stadteigenen Armen postuliert, doch lassen sich bisweilen Ausnahmen belegen. Nur die genaue Untersuchung der Reichweite und Dichte des Unterstützungsnetzes, dessen sich die Bedürftigen tatsächlich bedienen konnten, kann mögliche Auskünfte über deren Lebensverhältnisse zum einen und über die Bedeutung institutioneller sowie privat gewährter Fürsorge zum anderen geben.[32]

## Die Lebenswelt des Hospitals zwischen Norm und Wirklichkeit

Hospitäler können – laut Theorie – lediglich eingeschränkt als „totale Institutionen“ betrachtet werden, in denen spezifische Disziplinierungsmechanismen zur Anwendung kamen, die sich in den Normen, sprich den spätmittelalterlichen-frühneuzeitlichen Hausordnungen der jeweiligen Anstalten, auch schriftlich manifestierten. Nach Ansicht des deutschen Historikers Helmut Bräuer gehört Fremdbestimmung zu den zentralen Strukturmerkmalen des Armseins.[33] Die Vorstellung der „Totalen Institution“[34] basiert auf den Ausführungen des amerikanischen Soziologen Erwin Goffman (1922–1982) in seinem bereits 1961 erschienenen Buch *Asylums* (deutsch 1972 unter dem Titel: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*), doch trotz der Übereinstimmung hinsichtlich der zentralen Merkmale totaler Institutionen – man kann z. B. konstatieren, dass alle Angelegenheiten des Lebens (meist) an ein und derselben Stelle stattfanden und dass der Alltag einer mehr oder minder exakten Planung unterlag –, lassen sich auch gravierende Unterschiede festhalten, denn weder kann man von einem Arbeitsalltag im strengen Sinne mit ähnlichen Arbeitsaufgaben für alle Insassen sprechen, noch lässt sich eine strikte Trennung von Personal und Anstaltsbewohnern feststellen. Der Eintritt in Spitäler erfolgte zudem freiwillig und war nur einer begrenzten Gruppe vorbehalten. Dessen ungeachtet verweist eine mehr oder minder klar und umfassend formulierte Strukturierung (Statuten, Hausordnung etc.) aller Bewohner auf weitgehende Ansprüche der Unterordnung und festgelegte Regeln, die durch Visitationen, aber auch durch die tägliche Praxis ständig weiter ausdifferenziert wurden.[35]

---

[32] *Scheutz/Weiß:* Spitäler (wie Anm. 13), S. 206-209; *Petr Svobodný:* Die Spitäler in Böhmen und Mähren im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit. In: *Scheutz u. a. (Hg.):* Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 6), S. 351-380, hier S. 270 f; *Alfred Stefan Weiß:* „Almosen geben ist leichter als von Almosen leben.“ Ausdrucksformen der Armut an der Wende vom Mittelalter zur Frühen Neuzeit. In: *Eveline Brugger/Birigt Wiedl (Hg.):* Ein Thema – zwei Perspektiven. Juden und Christen in Mittelalter und Frühneuzeit. Innsbruck u. a. 2007, S. 90-121.

[33] *Helmut Bräuer:* Armsein in obersächsischen Städten um 1500. Sozialprofile und kommunale Handlungsstrategien vor der Reformation. In: *Oehmig (Hg.):* Medizin und Sozialwesen (wie Anm. 21), S. 25-52, hier S. 33.

[34] Zuletzt ausführlich: *Martin Scheutz (Hg.):* Totale Institutionen (Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8/Heft 1). Innsbruck 2008; kritisch zum Konzept: *Falk Bretschneider:* Die Geschichtslosigkeit der „Totalen Institutionen“. Kommentar zu Erving Goffmans Studie „Asyle“ aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive. In: *Ebenda:* S. 135-142.

[35] *Droste:* Die Hospitalverwaltung (wie Anm. 27), S. 181-183; *Strohm/Klein (Hg.):* Die Entstehung einer sozialen Ordnung Europas (wie Anm. 13), S. 269 ff, bes. S. 274 § 46 – Ordnung für das Heilig-Geist-Spital und Hospital in Stockholm vom 15. September 1533; *Alfred Stefan Weiß:* Österreichische Hospitäler in der Frühen Neuzeit als kasernierter Raum? Norm und Praxis. In: *Gerhard Ammerer u. a. (Hg.):* Orte der Verwahrung. Die innere Organisation von Gefängnissen, Hospitälern und Klöstern seit dem Spätmittelalter. Leipzig 2010, im Druck.

Allerdings ist es das tägliche Brot des Frühneuzeithistorikers, wie der deutsche Historiker Frank Hatje folgerichtig festhielt, „dass Norm und Praxis, Anspruch und Wirklichkeit auseinanderklaffen und dass die Ansprüche, die in normativen Quellen formuliert werden, eine Wirklichkeit eigener Art hervorbringen“.[36] Hospitäler waren neben ihrer eigentlichen Zweckbestimmung ferner Herrschaftsinstrumente, die städtischen, grund- oder landesherrlichen Interessen dienen sollten,[37] in denen auch unzweifelhaft Macht ausgeübt wurde. Um diese Machtspiele zwischen den gelegentlich als *Hauskindern* bezeichneten Insassen – deren Bewegungsfreiheit nur im Areal des Spitals gegeben war, nach außen hin jedoch einer Klausur unterlag[38] – und der Hospitalsleitung historisch zu verorten und zu interpretieren, verwenden wir das Konzept des so genannten Kräftefeldes und gehen letztendlich davon aus, dass man keineswegs mit einer strikten Einhaltung obrigkeitlicher Normen rechnen kann, sondern vielmehr mit zahlreichen Spannungen und Auseinandersetzungen zwischen den Akteuren konfrontiert wird. „Die Figur des ‚Kräftefeldes’, in dem Macht durchgesetzt, Herrschaft begründet oder bezweifelt wird, vermeidet eine einfache Zweipoligkeit. Den Herrschenden stehen zwar Beherrschte gegenüber – Herrschende konstituieren sich in der Definition und der Verfügung über Beherrschte. Dennoch mögen sich die Herrschenden ihrerseits in Abhängigkeiten finden. Und auch die Beherrschten sind mehr als passive Adressaten der Regungen der Herrschenden. Vor allem zeigen sich die Ungleichheiten und Widersprüche auch zwischen Herrschenden, ebenso wie zwischen Beherrschten“.[39] Diese These ermöglicht einen Blick in die „Innenwelt“ des Hospitals, sie lässt beim genauen Studium der archivalischen Quellen die Eigenmacht der Insassen und ihren Umgang mit den obrigkeitlichen Normen zumindest erahnen. Eine eindeutige Scheidelinie zwischen Herrschenden und Beherrschten im Hospital ziehen zu wollen, scheint ohnedies nicht praktikabel zu sein. Häufig übertrug man in größeren Häusern des Amt des Stubenverantwortlichen („Stubenvater“, „Stubenmutter“) Pfründnern, denen ein gewisses Durchsetzungsvermögen bei ihren Mitgenossen und Loyalität gegenüber der Hospitalsleitung zugetraut wurden. Zentrale Figuren im Spital waren der Pfleger (Verwalter) und der Meister, Respektspersonen, die das soziale Feld des Hospitalsraumes (mit-)überwachten und die mit entschieden, wer in der Versorgungsanstalt überhaupt Beherbergung und/oder Versorgung finden sollte, wobei bereits der Akt der Aufnahme in der Forschung als disziplinierende Maßnahme interpretiert wird.[40]

Mit dem Sich-Berufen auf den Willen Gottes und die städtischen sowie staatlichen Ordnungsvorstellungen lassen sich die oft anmaßende Detailliertheit der Statuten (*normae vitae*)[41] und die darin enthaltenen scharfen Formulierungen erklären.[42] Allerdings muss auch die Forschung einräumen, dass die Normen, die mehrmals jährlich zu verlesen waren, um ihnen mehr Nachdruck zu verleihen[43] und die teilweise auch aushingen, gewissermaßen

---

36 *Hatje:* Arbeitsteiligkeit (wie Anm. 27), S. 168.
37 *Ohngemach:* Spitäler (wie Anm. 12), S. 264.
38 *Vanja:* Offene Fragen (wie Anm. 17), S. 28; *Kappelhof:* Hospitäler (wie Anm. 22), S. 320.
39 *Achim Landwehr:* „Normdurchsetzung“ in der Frühen Neuzeit? Kritik eines Begriffs. In: Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 48 (2000), S. 146-162, hier S. 153, S. 156 f; ähnlich *Achim Landwehr:* Absolutismus oder „gute Policey“. Anmerkungen zu einem Epochenkonzept. In: *Lothar Schilling (Hg.):* Absolutismus, ein unersetzliches Forschungskonzept? Eine deutsch-französische Bilanz. L’absolutisme, un concept irremplaçable? Une mise au point franco-allemande. München 2008, S. 205-228, hier S. 213.
40 *Scheutz/Weiß:* Spitäler (wie Anm. 13), S. 215 f.; *Weiß:* Österreichische Hospitäler (wie Anm. 35), im Druck.
41 *Gisela Drossbach:* Hospitalstatuten im Spiegel von Norm und Wirklichkeit. In: *Dies. (Hg.):* Hospitäler in Mittelalter und Früher Neuzeit (wie Anm. 15), S. 41-54.
42 *Bräuer:* Armsein (wie Anm. 33), S. 39.
43 *Landwehr:* Absolutismus (wie Anm. 39), bes. S. 210-212.

Ordnungssicherheit boten, d. h. alle Beteiligten hatten ein gesichertes Wissen darüber, was sie und andere tun durften oder mussten. Die normativen Bestimmungen regelten die Lebensformen der Spitalsmitglieder analog der monastischen Tradition, den Umgang der Spitalsmitglieder miteinander, das hierarchisch bedingte Verhältnis zwischen den Insassen und den unmittelbar bzw. mittelbar Vorgesetzten, den Umgang mit den Kranken und vor allem die Verhaltensweisen der Spitalsinsassen selbst.[44] Der Inhalt der Satzungen, die der „langen Dauer" verpflichtet waren, galt als mehr oder minder unverrückbar und der Aufnahmewerber musste diesen Regeln bedingungslos zustimmen. Die Durchsicht zahlloser Hospitalstatuten der Frühen Neuzeit zeigt, dass trotz der heterogenen Provenienz und der unterschiedlichen Ausführlichkeit die Ähnlichkeiten hinsichtlich der Ansprüche an die Hospitalsinsassen überwogen.[45] Unabhängig, in wessen Händen die Leitung des Spitals lag: Stets wurde die Forderung nach einem christlichen Lebenswandel erhoben. Vielfach waren die Insassen verpflichtet, eine spezielle „Anstaltskleidung" zu tragen, die teilweise sogar kostenlos vom Spital zur Verfügung gestellt wurde, doch war dieses uniforme (Armen-)Gewand nicht unbedingt beliebt, da es einer Stigmatisierung gleichkam und die Armen in der Öffentlichkeit rasch kenntlich machte.[46] Trotz der hier nur kurz skizzierten Maßnahmen kann die Institution des Spitals im Spätmittelalter noch nicht mit überzeugenden wissenschaftlichen Argumenten als Instrument der Sozialdisziplinierung interpretiert werden; spätestens im Verlauf der Frühen Neuzeit entwickelten sie sich jedoch zu einigermaßen wirkungsvollen Instrumenten der sozialen Kontrolle, denen sich zumindest die bürgerlichen Armen, die notgedrungen in diesen Häusern Aufnahme fanden, nicht (mehr gänzlich) entziehen konnten.[47]

Die Bewohner des Hospitals sollten die Lokalität der Anstalt nicht verlassen – ausgenommen waren außerhäusliche Arbeitsverrichtungen. Ihr Ausgang unterlag üblicherweise einer strikten Reglementierung und war mit den allgegenwärtigen Strafen bis zum Verstoß aus dem Haus bedroht, der sich jedoch nur in Ausnahmefällen tatsächlich belegen lässt (so wurden z. B. in den „Whittington almshouses" in London zwischen 1511 und 1821 bloß 4,6 Prozent aller Insassen aus dem Wohnverband ausgeschlossen).[48] Wer ausgehen wollte, benötigte die Erlaubnis des Hospitalmeisters und musste sich notwendigerweise beim Pförtner an- und abmelden. In der „Außenwelt" war es weder gestattet, Passanten um ein Almosen zu bitten, noch durfte in Wirtshäuser eingekehrt werden. Wer beabsichtigte, Verwandte zu besuchen oder womöglich an einer Wallfahrt teilzunehmen, musste seine Beweggründe genau darlegen. Es sollten aber nicht nur die Hausbewohner am Verlassen der Anstalt gehindert werden, sondern auch Fremde durften nicht ohne spezielle Erlaubnis eintreten. Das Hospital war gewissermaßen ein „geschützter Raum".[49]

Grundsätzlich hatten sich alle Bewohner der Hausordnung des Spitals zu unterwerfen. Wer absichtlich oder auch unabsichtlich gegen die Normen verstieß, musste mit Essens-

---

44 *Drossbach:* Hospitalstatuten (wie Anm. 41), S. 47, S. 54.

45 *Ludmilla Hlaváčková:* Das Spitalwesen in Böhmen und Mähren vom Beginn des Dreißigjährigen Kriegs bis zu den Josephinischen Reformen (1620–1780). In: *Scheutz u. a. (Hg.):* Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 6), S. 381-402, hier S. 390.

46 *Scheutz/Weiß:* Spitäler (wie Anm. 13), S. 221-223; *Weiß:* Österreichische Hospitäler (wie Anm. 35), im Druck.

47 *Michel Pauly:* Peregrinorum, pauperum ac aliorum transeuntium recetaculum. Hospitäler zwischen Maas und Rhein im Mittelalter. Stuttgart 2007, S. 409-412; *Dorothee Rippmann:* Spitäler in der Schweiz im Mittelalter und an der Wende zur Frühen Neuzeit. In: *Friedrich u. a. (Hg.):* Das Hospital am Beginn der Neuzeit (wie Anm. 20), S. 107-120, hier S. 117.

48 *Ian W. Archer:* Hospitals in Sixteenth and Seventeenth-Century England. In: *Scheutz u. a. (Hg.):* Europäisches Spitalwesen (wie Anm. 6), S. 54-74, hier S. 71.

49 *Weiß:* Österreichische Hospitäler (wie Anm. 35), im Druck.

entzug, Bußübungen, vermehrter Arbeitsleistung, tagelangen Kerkerstrafen oder sogar Stockstreichen rechnen. Um die geringe Macht der Hausinsassen noch mehr einzuschränken, wurde das Denunziantentum gefördert, das System der Überwachung meist noch durch einen in der Praxis recht mächtigen Torwächter verbessert. Fast alle Ordnungen sahen (geringe) Arbeitsleistungen der Bewohner vor, sofern ihre Kräfte ausreichten, um im Haushalt, Garten oder in der Landwirtschaft mitzuhelfen. Arbeit galt dabei gewissermaßen als Schutz vor „teuflischen Einflüsterungen".[50] Von der Arbeitsleistung waren nur die Herrenpfründner befreit, die zu einem erheblichen Anteil selbst für ihren Unterhalt aufkamen. Als Verpflegung erhielten die „Hauskinder" eine Einheitskost, die üblicherweise aus (Getreide-)Mus, Suppe und Brot sowie nur wenig Fleisch (in schlechter Qualität[51]) bestand und die sich in wöchentlicher Eintönigkeit wiederholte. Das Dreimahlzeitensystem setzte sich im 17. und 18. Jahrhundert gegen das Zweimahlzeitensystem durch, der Speiseplan nahm auf Fasttage, Patrozinienfeste oder die Geburts-/Sterbetage der Stifter Rücksicht. Die gesicherte Grundnahrung, die einen Schutz vor Unterernährung bot und die durch Zustiftungen (Weißbrot, Fleisch, Fisch, Speck, Süßspeisen, Bier, Wein etc.) und vor allem an den vielen Feiertagen Ergänzungen erfuhr, trug wesentlich zur Anziehungskraft des Hospitals bei. Lediglich die reichen Pfründner konnten sich vertraglich eine Versorgung mit mehr Fleisch, Fisch und besserem Wein sichern. Die spätestens nach der Mitte des 18. Jahrhunderts vermehrt vorkommende Ablösung der üblichen Natural- durch die Geldversorgung führte aufgrund der Inflation zu einer deutlich schlechteren Verpflegung, da nunmehr die Anstaltsbewohner ihr Essen selbst kochen oder teilweise überteuert kaufen mussten.[52] Boten die Hospitäler um 1800 auch keine flächendeckende Fürsorge und konnte der Aufenthalt in diesen Häusern einer gesellschaftlichen Degradierung gleichkommen, so triumphierte in den Hospitälern dennoch die Fürsorgepflicht, sogar für jenen Personenkreis, der sich kaum an den Normen orientierte.[53] Noch mehr Berücksichtigung in der Forschung muss dabei „die Vielschichtigkeit des Phänomens Hospital und die Variationsbreite seiner konkreten Ausformungen" finden; dies bedeutet, nicht nur eine „Vielfalt von Methoden und Ansätzen" einzubeziehen, sondern letztlich „den staubigen Weg durch die Archive" auf sich zu nehmen.[54]

## Inner- und außerstädtische Wahrnehmung von Spitälern

Spitäler waren nicht selten die größten stadteigenen Gebäude – ursprünglich vor, später innerhalb der Stadtmauern. Der Stadtrat als Obrigkeit stand diesen Spitälern vor, besetzte die obersten Verwaltungsämter mit Vertrauten – oft den Spitzen der städtischen Verwaltung – und kontrollierte in einem aufwendigen Verfahren die Finanzgebarung. Gleichzeitig bezog der Stadtrat Geschenke sowie Naturalbeiträge anlässlich von Amtsernennungen, Geburtstagen oder Jahrtagsfeiern des Spitals- oder Stadtpatrons. Feierliche und nicht selten exorbitant

---

50 *Vanja:* Die Stiftung (wie Anm. 20), S. 23; vgl. *Archer:* Hospitals (wie Anm. 48), S. 70; *Gray:* Hospitals (wie Anm. 30), S. 308.

51 *Mänd:* Hospitals (wie Anm. 18), S. 255 f.

52 *Ohngemach:* Spitäler (wie Anm. 12), S. 288-291; *Svobodný:* Die Spitäler (wie Anm. 32), S. 376 f; *Scheutz/Weiß:* Spitäler (wie Anm. 13), S. 223-225; *Andreas Kühne:* Essen und Trinken in Süddeutschland. Das Regensburger St. Katharinenspital in der Frühen Neuzeit. Regensburg 2006.

53 *Sebastian Schmidt:* „Gott wohlgefällig und den Menschen nützlich". Zu Gemeinsamkeiten und konfessionsspezifischen Unterschieden frühneuzeitlicher Armenfürsorge. In: *Ders./Jens Aspelmeier (Hg.):* Norm und Praxis der Armenfürsorge in Spätmittelalter und früher Neuzeit. Stuttgart 2006, S. 61-90, hier S. 88; *Hlaváčková:* Das Spitalwesen (wie Anm. 45), S. 395; *Vanja:* Offene Fragen (wie Anm. 17), S. 31.

54 *Hatje:* Institutionen (wie Anm. 9), S. 350.

teure Gastmähler der Ratsherren anlässlich bestimmter Ereignisse (Patrozinienfeste, Legung des Rechnungsabschlusses usw.) waren nicht selten. Jährlich mussten von der Spitalsverwaltung Rechnungen erstellt werden, die in einem mehrstufigen Verfahren dem Stadtrat zur Kontrolle bzw. Genehmigung (Gegenzeichnung) vorgelegt werden mussten.

Vor einer städtischen Öffentlichkeit wurden die Spitäler aber vor allem in ihrer Funktion als Almosenverteilungszentrum, als „Wartekammer des Todes" für mehr oder minder Wohlhabende und als Wirtschaftsbetrieb (etwa als Spitalmühle, -schenke, -brauerei) wahrgenommen. Nicht selten eindrucksvoll bis heute prägten die meist in städtischen Randlagen (an Flüssen, an Brücken, in der Nähe der Stadttore) angesiedelten Spitalsbauten das Stadtbild wesentlich mit, die Spitalskapelle war nicht nur für Spitalsinsassen, sondern auch für Stadtbewohner ein wichtiger öffentlicher Ort der Caritas, an dem sich mitunter auch Handwerksaltäre finden oder wo Stadtbewohner mildtätige Spenden austeilten. Repräsentative Fassadengestaltungen (eventuell mit Hinweisen auf Stifter) und Kapellentürme lassen die Spitäler als dankbare Bildmotive von Stichen, Stadtbildern, Votivbildern oder Zeichnungen erscheinen. Englische Spitäler ließen, um Einnahmen zu lukrieren oder Neubauten finanzieren zu können, Kupferstiche anfertigen.[55]

Die Innenräume der Spitäler werden mitunter über die aus Erweiterungs- oder Umbauten resultierenden Baupläne greifbar. Architektonisch umspannen Spitalsbauten regional differierend eine breite Fülle an baulichen Lösungsmöglichkeiten: Ein-Raum-Anlagen, die Kirche und Spital verbinden, stehen neben Parallelstellungen von Spitalsgebäuden. Weiters lassen sich Winkelanschlüsse, Zentralkuppelbauten, die räumliche Separierung von Kirche und Spital oder eindrucksvolle Hof- und Kreuzanlagen feststellen; manche Spitalsbauten des 17. und 18. Jahrhunderts orientierten sich gar – in Spiegelung der Intentionen der Stifter – an der Schlossarchitektur. In vielen Orten finden sich eigene Toponyme (auch in Hauszeichen gespiegelt), die auch heute noch unmittelbar auf die ehemalige Präsenz des Spitals in der Vormoderne verweisen: Spital-, Siechengasse, Spitalfriedhof, -mühlgasse, Spitalmeierhof, -keller, -platz, Spittallucken, Spittelau, Spitelwiese, Spitlberg, Siechenbichl usw.

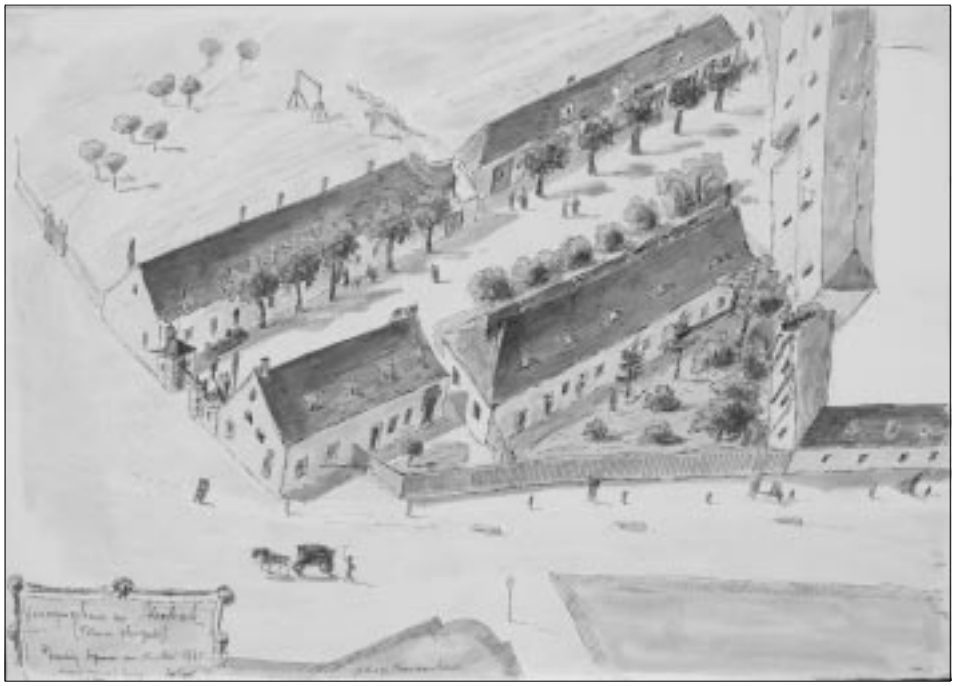
Die Spitalsinsassen waren wichtiger Teil der öffentlichen Inszenierung von Stadtrat und kirchlicher Obrigkeit in den Städten: Bei Prozessionen, bei Wallfahrten, bei Trauerzügen, bei der Ausgestaltung von Namens- und Geburtstagsfeiern für den Landesfürsten oder auch bei den höfisch-klösterlichen Fußwaschungen wurde immer wieder, wohl aus legitimierenden Gründen, auf diese „Personalressource" zurückgegriffen. Umgekehrt galt das städtische Spital immer auch als ein Ort, wo „Unterschleif", also Veruntreuung öffentlicher Gelder und Misswirtschaft, angesiedelt war. Zweckentfremdung der eigentlich für das Spital bestimmten Mittel und Güter war häufig, umso intensiver waren die Kontrollen, die nicht selten zur Aufdeckung von tatsächlich stattgefundenen Malversationen führten. Zudem informierte sich der Stadtrat immer wieder auch bei anderen Spitälern in der näheren Umgebung, um sich über organisatorische Neuerungen auf dem Laufenden zu halten oder Spitalsreformen einzuleiten. Das hohe Maß an Intertextualität der Spitalsordnungen und -regeln, aber auch der Wochen- und Jahres-Speisepläne ist hierfür Indiz.

Selbstzeugnisse von frühneuzeitlichen Spitalsinsassen haben sich bislang nicht finden lassen, aber das Spital nahm in der fiktionalen Literatur einen fixen Stellenwert ein. Der in Bayern lebende Aegidius Albertinus (1560–1620) thematisiert in seinem Schelmenroman „Der Landstörtzer Gusmann von Alafarache" das Spital als „Wirtshaus Christi": Idealtyp und reale Ausformung werden hier antithetisch gegenübergestellt, der für die Seelsorge angestellte Priester entpuppt sich als „hofferttig/ zart vnd hinlässig/ vnnd hatte ein Abschew

---

[55] *Christine Stevenson:* Prints ‚proper to shew to Gentlemen'. Representing the British Hospital, c. 1700–50. In: *Henderson u. a. (Hg.):* The Impact of Hospitals (wie Anm. 30), S. 195-218.

Abb. 2: Die beginnende Moderne: Das alte Versorgungshaus zum „Blauen Herrgott“ vor dem Abriss 1865, Zeichnung von Emil Hütter (1835–1886), Wienmuseum Inventarnr. 15.844



ab den Krancken/ derwegen sahe ich vil Krancke trostloß sterben vnnd verderben“. Die erwartete Sauberkeit des Spitals und die erwartete gute Luft werden mit dem allerorts starrenden Schmutz im Spital kontrastiert, der erwartete Wohlgeschmack der Speisen im Spital wird von der konkreten Zubereitung der Speisen („als wann es für Hund vnd Schwein gehörte/ sonder auch jmmerdar je länger je mehr geschmälert vnd abbrochen“) unterlaufen. Die Insassen lagen auf faulenden und stinkenden Strohsäcken, rauhe Decken dienten als Überwurf, das Personal war „vnachtsamb/ vnfleissig/ verdrossen / grob vnnd eygennützig gegen den armen Krancken“.[56]

Auch Johann Beers (1655–1700) 1681 erschienener Roman über das „Berühmte Narren-Spital / Darinnen umschweiffig erzehlet wird / was der faule Lorentz hinter der Wiese vor ein liederliches Leben geführet / und was vor ehrliche Pursche man im Spital angetroffen habe“ reiht sich in die Narrenbuchtradition ein. Das Spital dient Beer als Auftrittsort für verschiedene Narrentypen: etwa den Doktorennarren, den Kriegsnarren oder den Liebesnarren, das Spitalsambiente trägt mit zur Komik bei.

Aber auch Besucher von außen rezipierten, abhängig von Beruf und Stand, die Spitälerlandschaft vor Ort immer wieder. Ein aus Wien nach Preßburg reisender Gesandtschaftsangehöriger notierte etwa beim Verlassen der Residenzstadt im Jahr 1660 (Druck 1714): „Zum Stuben-Thor hinaus / auf S. Marx, ein Spithal / nicht weit von Wien gelegen / darin-

---

[56] *Aegidius Albertinus:* Der Landstörtzer Gusmann von Alafarche oder Picaro genannt. Mit einem Nachwort von Jürgen Mayer. Hildesheim 1615/ND 1975, S. 236 f.

nen diejenigen / so die Verole [Syphilis] haben / sich curiren lassen."[57] Im endenden 18. Jahrhundert bildete sich der Typ des „special-interest"-Reisenden heraus, der gezielt unter einem bestimmten Gesichtspunkt reiste; eigene Spitalsreisende (wie etwa auch der stark am Gefängnis, aber auch den Spitälern interessierte John Howard, 1726–1790) treten vermehrt mit reformerischer Absicht auf. Der reisende Arzt, Hygieniker und Medizinreformer Josef Frank (1771–1842) unternahm beispielsweise 1803 eine „Reise nach Paris, London, und einem grossen Theile des übrigen Englands und Schottlands in Beziehung auf Spitäler, Versorgungshäuser, übrige Armen-Institute, Medizinische Lehranstalten und Gefängnisse", der Bericht erschien 1804/05 auch im Druck. Ziel dieser Europa-Reise war die organisatorische und hygienische Verbesserung, eine Senkung der Kosten und eine Qualitätsverbesserung der Ernährung.

## Schluss

Was war das Spital der Vormoderne? Lassen sich diese Einrichtungen als Gotteshaus, als Wirtschaftsbetrieb, als Einrichtung der Eliten- und/oder Breitenversorgung, als Klinik, sprich ein Vorgänger des modernen Krankenhauses (Protoklinik), als eigenständige Institution oder als verlängerter Arm der Obrigkeit, als gegründete Institution oder als ein über die Jahrhunderte hinweg geretteter architektonischer Kompromiss (entstanden durch Um- und Zubauten älterer Gebäude) verstehen?[58] Die multifunktionalen Spitäler der Vormoderne entziehen sich dem trennscharfen und klassifizierenden Zugang der modernen Wissenschaft aufgrund ihrer nahezu hydraartigen Vielgestaltigkeit und unterschiedlichen Zielsetzung. Die Spitäler der Frühen Neuzeit zeigen, unabhängig von den Ende des 15. Jahrhunderts neu auftretenden Krankheiten, einen Zug zur Differenzierung. Die Behandlung von Chronisch-Kranken, von Infektiösen (darunter auch Pestkranken), von Waisen, von „Irren" und von Blinden wurde in zunehmend spezialisierte Institutionen (etwa Blatterhäuser, Pestspitäler, Findel-, Waisenhäuser) ausgelagert, wobei den Ärzten hier eine neue, kontrollierende Funktion zuwuchs. Abhängig von der Stadtgröße und den strukturellen Gegebenheiten bestanden aber weiterhin die „alten" multifunktionalen Bürgerspitäler: die Vereinigung von Gebäranstalt, Irrenhaus, Armen- und Altersheim, Pilgerherberge, Waisenhaus und Findelhaus unter einem Dach – in der Praxis wenig friedlich. Die Bürgerspitäler der Frühen Neuzeit versahen noch – idealtypisch gesprochen – am „Walfahrter vnd Frembdling" und an „krancke[n] vnnd presthaffte Personen" Werke der Barmherzigkeit, der Caritas.[59]

Zwei wichtige moderne Entwicklungsstränge der Krankenversorgung und der Altersfürsorge resultieren aus den „altmodischen" Bürgerspitälern: einerseits das auf Versorgung gestützte Alters-, Versorgungs- und Pensionistenheim, zum anderen die auf Akutmedizin und Heilung spezialisierten, bis heute „ständisch" strukturierten Krankenhäuser. Erst die Installierung des Krankenhauses Ende des 18. Jahrhunderts ließ die alten Armen- und Altersversorgungseinrichtungen mehr und mehr der Vergangenheit angehören, wo die Mediziner, und nicht mehr der Stadtrat, sowohl im Operationssaal als auch in der Verwaltung das Sagen hatten. Am Ende der Entwicklung steht eine moderne Definition von „Krankenhaus", die auch, aber eben nicht nur, auf die Bürgerspitäler der Frühen Neuzeit passt: „Einzelbau oder Gebäudegruppe zur Aufnahme und ärztlichen Behandlung von Kranken, ohne scharfe Begriffstrennung auch als Klinik, Sanatorium, Hospital, Spital u. ä. bezeichnet".[60]

---

[57] *Katrin Keller/Martin Scheutz/Harald Tersch (Hg.):* Einmal Weimar – Wien und retour. Johann Sebastian Müller und sein Wienbericht aus dem Jahr 1660. Wien 2005, S. 37 f.
[58] *Vanja:* Offene Fragen (wie Anm. 17).
[59] *Albertinus:* Der Landstörtzer (wie Anm. 56), S. 235.
[60] Brockhaus*:* Lexikon Bd. 10 (1999), S. 131.