

A black and white photograph of a modern church interior. The space is characterized by a grid of arched windows on the walls, creating a rhythmic pattern of light and shadow. A large, simple cross is suspended from the ceiling. In the foreground, a dark altar area is visible, featuring a large, dark, rectangular structure. The floor is light-colored, and a dark metal railing runs across the lower part of the image. The overall atmosphere is clean, minimalist, and architectural.

Daniela Danz

Herzpunkt der Anlage

Der Krankenhauskirchenbau
der Weimarer Republik

Daniela Danz
Herzpunkt der Anlage
Der Krankenhauskirchenbau der Weimarer Republik

Daniela Danz

Herzpunkt der Anlage

*Der Krankenhauskirchenbau
der Weimarer Republik*



WALLSTEIN VERLAG

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Wallstein Verlag, Göttingen 2015
www.wallstein-verlag.de

Vom Verlag gesetzt aus der Adobe Garamond
Umschlaggestaltung: wsv, Göttingen

Druck: Books on Demand, Norderstedt
gedruckt auf säure- und chlorfreiem, alterungsbeständigem Papier
ISBN (Print) 978-3-8353-1681-2
ISBN (E-Book, pdf) 978-3-8353-2793-1

Inhalt

1. Einleitung	7
1.1. Thema	7
1.2. Quellen und Methoden	11
1.3. Forschungsstand	12
2. Der Kirchenraum in der Geschichte des Hospital- und Krankenhausbaus bis zur Weimarer Republik	16
2.1. Das mittelalterliche Hospital als Einheit von Krankenhalle und Kirchenraum	16
2.2. Die Sakralräume der Hospitäler des Spätmittelalters	20
2.3. Die Sakralräume der Hospitäler der Renaissance	27
2.4. Exkurs: Architekturtheoretische Hospitalentwürfe zur Zeit des Dreißigjährigen Krieges	33
2.5. Die Sakralräume der Hospitäler des Barock und des Klassizismus	36
2.6. Die Sakralräume der Krankenhäuser des 19. Jahrhunderts	41
2.7. Zusammenfassende Betrachtung der Geschichte der Krankenhauskirchenräume bis zum 20. Jahrhundert	46
3. Entwicklung des Krankenhausbaus, der Pflegesysteme und des Kirchenbaus im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts	48
3.1. Die Entwicklung im Krankenhausbau	48
3.2. Der Umbau des Pflegesystems	55
3.3. Neue Tendenzen im Kirchenbau	58
3.4. Die theologischen Diskussionen des ersten Jahrhundertdrittels	61
4. Das St. Elisabeth-Krankenhaus und Caritasinstitut in Köln-Hohenlind	63
4.1. Planungen für den Bau des Caritas-Komplexes	63
4.2. Die bauliche Gestalt des Krankenhauses und des Institutes	77
4.3. Die Kirche St. Elisabeth	86
4.4. »wobei nicht zu sehr an rein äußerliche Zutaten wie an sachlich begründete Bereicherung zu denken ist« – Die Kunstwerke in St. Elisabeth	112
4.5. »zogen wir am Ostermorgen jubelnd durch unseren Garten und sangen« – Der Garten von Hohenlind	124
4.6. St. Elisabeth und die Liturgiereform	125

INHALT

5. St. Elisabeth im Vergleich mit anderen Krankenhauskirchen -bzw. kapellen ihrer Zeit	139
5.1. Weitere Krankenhauskirchen Dominikus Böhms	139
5.2. Krankenhauskirchen anderer Architekten	151
5.3. Zusammenfassende Betrachtung der Krankenhauskirche von Hohenlind im Kontext der Vergleichsbauten	174
6. Ausblick: Krankenhauskapellen um die Jahrtausendwende.	176
6.1. Der Umbruch im Gesundheitswesen der Jahrtausendwende.	176
6.2. Die neue Krankenhausarchitektur	177
6.3. Einzelne Beispiele für neue Sakralräume in Krankenhäusern	184
6.4. Beispiele für nachträglich hinzugefügte Sakralräume	189
7. Quellen- und Literatur.	194
8. Bildteil	205
Abbildungsnachweis	206
Dank	360

I. Einleitung

I.1. Thema

Ausgehend von der Beobachtung, dass seit dem Jahr 2000 vermehrt Sakralräume in Krankenhäusern entstehen, oft als Neubau, teilweise auch als Umbau, so dass mittlerweile die wenigsten Krankenhäuser über keinen Sakralraum bzw. Raum der Stille mehr verfügen, stellt sich die Frage nach einer Grundlegung der Bauaufgabe Sakralräume im Krankenhaus. Diese wurde in der kunsthistorischen Forschung bisher nicht gesondert betrachtet. Vielmehr fanden Kirchenräume in Krankenhäusern eine randständige Beachtung in der Geschichte des Krankenhausbaus oder sie wurden als Kirchenbauten rezipiert, welche Subsumierung in beiden Fällen ihrer Zwischenstellung nicht gerecht wird. Als ein Sakralraum in einem profanen Bauzusammenhang ist bei der Betrachtung von Krankenhaussakralräumen insbesondere auf deren Einbindung in den Baukomplex zu achten, sowie auf die Wechselbeziehungen zwischen Profanität und Sakralität, die sich in einem jeweils unterschiedlichen Gefüge von Homogenität und bewusster Abgrenzung ausprägt. Bei einem Blick in die Geschichte des Krankenhauskirchenbaus wird schnell deutlich, dass der ursprünglich dem Sakralbau untergeordnete Hospitalraum durch einen steigenden Bedarf an Kapazität und ab dem 18. Jahrhundert verstärkt auch durch zunehmende medizinisch-technische Anforderungen diese Bedeutungs- und Größenrelation umkehrt. Der Sakralraum wird in Folge dieser Entwicklung und der Säkularisation von den Krankenräumen marginalisiert, wenngleich er in etlichen Fällen auch im 19. Jahrhundert noch eine zentrale Stellung innehat.

Bemerkenswert ist daher die Entwicklung in der späten Weimarer Republik, als zahlreiche große, den gesamten Krankenhauskomplex prägende Krankenhauskirchen entstehen, die mit dem Anspruch konfrontiert sind, zugleich das christliche »Leitbild« des jeweiligen Krankenhauses zu repräsentieren und sich in das hochtechnisierte Gefüge eines modernen Krankenhausbaus einzugliedern. Der Umstand, dass gerade um 1930 eine große Zahl an Krankenhauskirchen entstehen, ist dem Zusammenspiel dreier Faktoren geschuldet: zum Ersten brach im Hospital- und Krankenhausbau eine neue Ära an, die das aufgelöste Pavillonsystem des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts ablöste. Seit der Weimarer Republik setzte sich auch in Deutschland die Ansicht durch, dass es sich bei dem mehrgeschossigen Hochhausbau um die wirtschaftlichste Form einer Krankenhausanlage handelte. Das hatte zur Folge, dass der Sakralraum nun nicht mehr wie im Pavillon- oder einem anderen Streusystem¹ als Solitär auf dem weitläufigen Gelände errichtet wurde, sondern in die kompakte Bau- masse so integriert werden musste, dass er zwar eine zentrale Stellung innehatte,

¹ Als Streu- oder Gruppensystem (auch Trabantensystem) werden Krankenhausanlagen mit einzelnen Häusern bezeichnet – in Abgrenzung zu kompakten Bauten, in denen mehrere Trakte baulich miteinander verbunden sind. Vgl. Vogler/Hassenpflug 1951. S. 88.

sich aber dem gesteigerten Anspruch an effiziente Raumnutzung unterordnete. Der zweite Faktor, der zum vermehrten Bau von Krankenhauskirchen führte, war einerseits der in der Weimarer Republik erfolgte, forcierte Ausbau des Pflegesystems – hier insbesondere der Sozialversicherung – und die gestiegenen Anforderungen an die Versorgung Kranker und Invalider andererseits, die durch den Ersten Weltkrieg und den Wandel der Gesellschaftsstrukturen infolge der Industrialisierung und Demokratisierung auf die öffentliche Fürsorge angewiesen waren. Zudem waren viele, bereits vor dem Krieg bestehende oder entstandene Anlagen in technisch und baulich unzureichendem Zustand. Dieser Umstand und der genannte Ausbau des Pflegesystems zog einen Konkurrenzkampf der verschiedenen in der Krankenpflege engagierten Institutionen nach sich. Besonders die konfessionellen Pflegeorden, welche im 19. Jahrhundert oft eine führende Rolle innehatten, mussten sich nun angesichts der Professionalisierung des Pflegeberufes behaupten und, wollten sie bestehen, auch neue Wege in der Ausbildung der Pflegekräfte beschreiten, was nur auf dem neuesten medizinischen Standard sinnvoll war. Diese zahlreichen Pflegeorden legten beim Neubau ihrer Krankenhäuser nicht nur Wert auf die Funktionalität des Baus, sondern auch auf sein christliches »Leitbild«. Dieses sollte sowohl nach außen sichtbar sein, als auch nach innen, den »Geist des Hauses« (Johannes van Acken) prägen.

Ein solches ehrgeiziges Neubauprojekt dieser Zeit war das 1930-1932 erbaute Caritas-Großkrankenhaus² für 750 Betten mit angegliedertem Lehrinstitut in Köln-Hohenlind. Der Direktor für das Krankenhauswesen im deutschen Caritas-Verband, Johannes van Acken (1879-1937) wollte mit dieser Anlage nichts Geringeres als ein »mustergültiges« Krankenhaus³ und »auf weite Zukunft hin wirkkräftiges Werk«⁴ und den »geistigen Mittelpunkt für die gesamten in der Gesundheitsfürsorge stehenden kath. Kreise« schaffen, »für das es in Europa ein Vorbild einstweilen nicht gibt«⁵. Die dort ausgebildeten Schwestern sollten das christlich-caritative Ideal in ihre jeweiligen Tätigkeitsorte tragen. In flankierenden Publikationen stellte van Acken den höchst anspruchsvoll geplanten Charakter dieses neuen Krankenhausmodells dar, das eine Gegenkraft zur »reinen, [nurnaturwissenschaftlich orientierten, D. D.] Gesundheitsfürsorge«⁶ darstellen sollte, dergegenüber die von van Acken angestrebte Gesundheitsfürsorge »durch die Grundgedanken und Lebenskräfte der Caritas erst zu ihrem innersten Sein [käme]«⁷. Er selbst beteiligte sich intensiv an Planung und Bau

2 Nach der damaligen Klassifizierung unterschied man: kleinere Krankenanstalten mit einer Höchstzahl von 50 Betten, mittlere Anstalten mit einer Zahl von 50-150 Betten und große Anstalten mit bis zu 2000 und mehr Betten (Großstadtanlagen). Vgl.: Distel, Hermann: Krankenhausbau (Artikel) S. 429-435. In: Wasmuth 1931. S. 430.

3 Deutscher Caritasverband Freiburg 1932. S. 11.

4 Deutscher Caritasverband Freiburg 1932. S. 12.

5 Denkschrift zum Plane einer katholischen Fortbildungsstätte für Gesundheitsfürsorge, 25. 10. 1927. In: EAK, GVA überhaupt 123 I, o. P.

6 Acken 1928a. S. 161.

7 Ebd.

des Hauses, auch das komplette Bildprogramm der Kirche geht auf seine Intentionen zurück. Laut Bauprogramm sollte die mit 610 Plätzen sehr groß konzipierte Kirche den »Herzpunkt der Anlage«⁸ bilden, was sich bei einem Krankenhaus dieser Größenordnung nur durch eine architektonisch sich auszeichnende Gestaltung erreichen ließ.

Würden andere Krankenhauskirchen in dieser Zeit, sofern es sich nicht um Umbauten handelte, vom gleichen Architekten, der auch das Krankenhaus entwarf, mitgebaut, so trat in Hohenlind die Sondersituation ein, dass lediglich die Kirche von Dominikus Böhm (1880-1955) erbaut wurde, nicht aber das gesamte Krankenhaus, für das Böhms Entwurf die Jury des dazu ausgeschriebenen, beschränkten Wettbewerbs nicht überzeugen konnte.

Dass Böhm zu diesem Wettbewerb eingeladen wurde, verwundert nicht. Johannes van Acken und er hatten sich bereits Anfang der 1920er Jahre über die architektonische Gestaltung einer christozentrischen Kirche ausgetauscht. In seiner Zeit als Kaplan in Gladbeck und, von 1910 bis 1924 auch als Rektor des dortigen Krankenhauses, hatte der katholische Theologe van Acken die Erfahrung gemacht, dass die schwierigen Arbeits- und Lebensbedingungen im Ruhrgebiet zu einer zunehmenden Areligiosität der Arbeiter führten, der er durch einen missionierenden Einsatz mittels der Möglichkeiten der Liturgie und der Sakralbaukunst begegnen wollte. Er veröffentlichte 1922 zu diesem Zweck seine Schrift über die »Christozentrische Kirchenkunst«, in der er, unzufrieden mit dem zeitgenössischen Kirchenbau, und vor dem Hintergrund der katholischen Liturgischen Bewegung, auf die Schaffung eines »einheitlichen Gesamtkunstwerkes«⁹ beim Neubau von Kirchen drängte, welches das Messopfer als dramatische Handlung in den Mittelpunkt stellen soll. Von diesem Gesamtkunstwerk, das neben der Baukunst und der ausstattenden bildenden und plastischen Kunst auch die Kirchenmusik umfassen sollte, erhoffte er sich nichts Geringeres als eine religiöse Erneuerung der Kirche. In die bereits im Folgejahr erschienene zweite Auflage der »Christozentrischen Kirchenkunst« nahm er in umfänglicher Länge einen Brief Dominikus Böhms auf. Böhm wollte van Ackens christozentrisches Konzept dahingehend erweitert sehen, dass ein wirklich christozentrisches Bauwerk nicht aus einer Addition verschiedener Bauanweisungen, wie van Acken sie gibt, entstehen könne, sondern nur aus einem, den christozentrischen Gedanken verinnerlichenden umfassenden künstlerischen Entwurf. Mit dieser qualifizierenden Fortsetzung der van Acken-schen Ideen empfahl sich der um 1930 auch bereits als Kirchbaumeister renommierte Dominikus Böhm als Architekt der Kirche dieser als mustergültig konzipierten Anstalt.

In der Tat schuf Böhm mit der Krankenhauskirche von Köln-Hohenlind einen Bau, der die Idee der Christozentrik auf eindruckliche Weise mit den speziellen Anforderungen an eine Krankenhauskirche dieser Größe verband. In

8 Denkschrift zum Plane einer katholischen Fortbildungsstätte für Gesundheitsfürsorge, 25.10.1927. In: EAK, GVA überhaupt 123 I, o. P.

9 Acken 1923. S. III.

seiner Gestalt versammelte der Bau die unterschiedlichen Gemeindeglieder der Schwesternschaft, der Mitarbeiter, der Patienten, hier wiederum der Bettlägerigen, Rollstuhlfahrer und Gehfähigen, und der auswärtigen Besucher auf den zentralen Altar. Im Außenbau fügte die Kirche sich in die Gesamtfassade ein, stellte durch ihre geschlossene Wuchtigkeit aber auch einen Gegensatz zur funktional gegliederten und durchfensterten Fassade des Krankenhauses einerseits und der etwas weniger funktionalen Architektur der angeschlossenen Klausur andererseits dar.

Um die Eigenart dieser Kirche in einem weiteren Umfeld einschätzen zu können, werden in dieser Arbeit auch andere von Dominikus Böhm gebaute Krankenhauskapellen betrachtet, vor allem die Kirche St. Kamillus in Mönchengladbach, die er in baulichem Zusammenhang mit einem ebenfalls von ihm entworfenen Krankenhaus errichtete. Auch nicht ausgeführte Entwürfe, wie derjenige für ein Großprojekt in Hindenburg (Zabrze, Polen) finden bei dieser Betrachtung Berücksichtigung. Darüber hinaus werden Krankenhauskapellen anderer Architekten, die ebenfalls um 1930 entstanden sind, betrachtet, darunter bedeutende Bauten von Albert Bosslet und Ernst Kopp, der mit dem Martin-Luther-Krankenhaus in Berlin eines der innovativsten Krankenhäuser dieser Zeit schuf.

Da van Acken sich in seinen Programmschriften für das Caritaskrankenhaus explizit auf die Tradition christlich-caritativer Krankenpflege bezieht, und um die Krankenhauskirchen der Weimarer Republik in den weiteren Kontext der geschichtlichen Genese der Bauaufgabe einzuordnen, wird auch ein Abriss des Krankenhauskirchen- bzw. kapellenbaus bis zur Weimarer Republik gegeben: Die Gestaltung der Verbindung von Hospitalbau und Kirche stellte über Jahrhunderte die wesentlichste Triebfeder bei der Weiterentwicklung des Hospitalbaus dar, weit vor den Erfordernissen der Pflege, der ärztlichen Versorgung und der hygienischen Belange, welcher Aspekt bisher in der Erforschung des Hospitalsbaus lediglich bemerkt, nicht aber beschrieben wurde.¹⁰ Im Anschluss an diesen geschichtlichen Abriss der Bauaufgabe werden die besonderen Bedingungen der Weimarer Republik in Hinsicht auf den Wandel im Pflegewesen, den zeitgenössischen Krankenhaus- und Kirchenbau, und die theologischen Entwicklungen für den Bau der Hohenlinder Anstalt ebenfalls näher betrachtet. Das Ende des Untersuchungszeitraumes markiert das Dritte Reich, während dem kaum mehr Krankenhausneubauten entstanden und das die in der Weimarer Republik begonnene Weiterentwicklung des Krankenhausbaus unterbrach.

Ein Ausblick auf die aktuelle Situation der Sakralräume im Krankenhaus, zu der die Großkrankenhäuser der Weimarer Republik eine direkte Parallele bilden, insofern sie erstmals die kompakte Bauweise moderner Krankenhäuser aufweisen und gleichzeitig auch frühe Beispiele für den modernen Kirchenbau bieten, beschließt diese Arbeit.

¹⁰ Vgl. Leistikow 1967. S. 15.

1.2. Quellen und Methoden

In Hinblick auf eine Grundlegung der Bauaufgabe Krankenhauskirche und der Besonderheiten der unter diesen Bedingungen entstandenen Bauwerke stehen im Zentrum dieser Arbeit Fragestellungen, die sich mit der Einbindung des Sakralraums in den profanen Bauzusammenhang des Krankenhauses auseinandersetzen. Kriterien hierfür waren insbesondere die Lage des Sakralraumes im Gesamtkomplex, die Art seiner Einbindung und Abgrenzung im Kontinuum des Außenbaus, die Besonderheit seiner architektonischen Gestaltung im Äußeren und Inneren, die Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Anforderungen an einen Sakralraum, als da wären: Separierung der Kranken, Gesunden und teilweise auch der Pflegegemeinschaften, inbegriffen die Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse der Pflegegemeinschaft, die Zugänglichkeit für Bettlägerige und gehbehinderte Patienten, sowie die auf die spezifischen Bedingungen ausgerichtete liturgische Konzeption und ihre bauliche Umsetzung, die Wegeführung innerhalb des Krankenhauses hin zum Sakralraum, das Bildprogramm und schließlich die Einordnung dieser Faktoren in Bezug auf die finanziellen, politisch-institutionellen und lokalen Bedingungen des jeweiligen Baus.

Dieser Kriterienkatalog wurde nach Relevanz des Objektes geprüft, wobei lediglich das im Fokus stehende Hohenlinder Krankenhaus und seine beiden Hauptvergleichsbauten, die Krankenhauskirche St. Kamillus in Mönchengladbach und Albert Bosslets Regensburger Krankenhauskirche St. Pius auf alle Kriterien hin befragt wurden, die weiteren Vergleichsbauten nur hinsichtlich der für ihre Anlage relevanten Punkte.

Für diese weiteren Vergleichsbauten um 1930 wurden neben allen Veröffentlichungen und Dokumentationen der Baugeschichte auch die wichtigsten Archivalien herangezogen; teilweise waren diese jedoch wenig aufschlussreich, da sie in ihrem Umfang dem Nachlass Böhms und auch den zu Bosslets Krankenhauskirche vorhandenen Archivalien erheblich nachstehen. Neben der Konsultation der betreffenden Bauarchive waren insbesondere auch die Archive der jeweiligen Krankenhäuser, wenngleich von unterschiedlicher Qualität und Quantität, aufschlussreich.

Die summarisch vorgestellten Krankenhauskirchen und -kapellen der Zeit bis zur Weimarer Republik und die im Ausblick angeführten Beispiele neuester Sakralräume in Krankenhäusern hingegen wurden lediglich hinsichtlich der wesentlichsten Kriterien anhand der verfügbaren Veröffentlichungen untersucht. Bei den Letztgenannten erwiesen sich darüber hinaus Gespräche mit den Künstlern, der Krankenhausleitung und den Krankenhauspfarrern als hilfreich.

In Bezug auf die hier eingehend untersuchte Baugeschichte der Hohenlinder Krankenhauskirche war die gute Quellenlage von entscheidender Bedeutung. Aus dem Nachlass Dominikus Böhms, den ich vor dem Einsturz des Kölner Stadtarchivs sichten konnte¹¹, ließen sich die gravierenden Planänderungen in

¹¹ Aktuell sind vom Nachlass Dominikus Böhms zwar viele Teile geborgen worden, die zur Zeit auf mehrere der insgesamt 20 sogenannten Asylarchive verteilt sind. Noch lässt sich

der Entwurfsphase und auch wesentliche Änderungen während der Bauphase nachvollziehen. Diese sind insofern für eine Beurteilung des Bauwerks von Interesse, als sie zeigen, wie stark Böhms Kirchenentwurf auf die Baumassengruppierung des Krankenhauses Bezug nimmt, bzw. in welchem Maße ihm an einer Entgegensetzung der Baustile bei gleichzeitiger Einpassung in den Gesamtkomplex gelegen war und welche Möglichkeiten er auslotete, um dem Anspruch einer christozentrischen Krankenhauskirche gerecht zu werden. Eine Änderung der Baumassengruppierung, bei der beispielsweise die Kirche auch an einer Längsseite mit der Klausur verbunden wurde, führte zu einer völligen Änderung der Lichtdramaturgie des Baus und damit von einem anfangs vollständig verglasten Chor zu einer gänzlich fensterlosen Apsis. Dokumentiert ist auch in einigen Briefen die Zusammenarbeit van Ackens mit Böhm, sowie die Auseinandersetzungen zwischen van Acken und den übergeordneten Behörden insbesondere in Bezug auf die Größe der Kirche¹². Sehr gut ließ sich aus den Quellen das von van Acken entworfene und von Böhm umgesetzte, theologisch anspruchsvolle Bildprogramm der Kirche, das auch in den Krankenhausbereich hinein seine Fortsetzung fand, nachvollziehen und somit in die Rekonstruktion des Konzeptes der Krankenhauskirche als »Gesamtkunstwerk« einbeziehen. Neue Erkenntnisse konnten auch zur Ausstattung der Kirche mit den Werken weiterer Künstler gewonnen werden.

1.3. Forschungsstand

Da Sakralräume in Krankenhäusern bisher nicht als eigenständige Bauaufgabe betrachtet wurden, liegt hierüber zwar keine einschlägige Literatur vor, jedoch gibt es zahlreiche Publikationen, die die Geschichte des Krankenhausbaus Überblicksweise aufgearbeitet haben, in den letzten vier Jahrzehnten wurden diese zumeist auf ein Land beschränkten Untersuchungen auch um einen gesamt-europäischen Kontext erweitert. Hier ist, wenn auch nur für den historischen Teil dieser Arbeit von Interesse, aber in seiner Detailfülle unübertroffen, das zweibändige Werk von Siegfried Reicke¹³ zu juristischen Fragen des deutschen Spitalwesens im Mittelalter zu nennen. Speziell mit dem mittelalterlichen Hospital befassen sich auch die Arbeiten Roger Seilers¹⁴ und Ulrich Craemers¹⁵.

Das sechsbändige Werk Dieter Jettens¹⁶ umfasst verschiedene zeitlich und räumlich eingegrenzte Gebiete des europäischen Hospitalbaus, der erste Band

keine endgültige Auskunft über eine etwaige Vollständigkeit bzw. über den Zustand des Bestandes geben. Die datenbankmäßige Erfassung der geborgenen Bestände wird noch drei bis fünf Jahre in Anspruch nehmen. Schriftliche Auskunft von Frau Dr. Fleckenstein, Städtische Archivberrätin des HAK am 26.1.2015.

¹² Vgl. Kapitel 4.1.

¹³ Reicke 1932.

¹⁴ Seiler 2001.

¹⁵ Craemer 1963.

¹⁶ Jetter 1966-1987.

widmet sich dem westdeutschen Raum bis 1850¹⁷. Einen ähnlichen Zeitrahmen behandelt Dieter Schiffczyk's Veröffentlichung,¹⁸ die sich allerdings stark auf die Herausarbeitung stringenter Entwicklungslinien des Hospitalbaus konzentriert.

Reichhaltiges Bildmaterial und weniger detaillierte Informationen bieten Dankwart Leistikow¹⁹ und Grace Goldin²⁰. Axel Hinrich Murkens Geschichte des Krankenhausbaus²¹ konzentriert sich, den bisher genannten Publikationen gegenüber, auf die Zeit ab dem 18. Jahrhundert und reicht bis in die 1980er Jahre, womit es das bisher einzige Überblickswerk ist, das die jüngere Entwicklung des westdeutschen Krankenhausbaus architekturgeschichtlich fasst.

Für architekturutopische und nicht ausgeführte Krankenhausentwürfe, die in dieser Arbeit auch berücksichtigt werden, bleibt bis heute die Dissertation Manfred Stollenwerks²² maßgeblich.

Darüber hinaus sind zeitgenössische Handbücher über den Krankenhausbau, wie die utopischen Barocktraktate Joseph Furttensbachs des Älteren²³, seines Sohnes Joseph Furttensbach des Jüngeren²⁴ und seines Nachfolgers Leonhard Christoph Sturm²⁵ unverzichtbar, ebenso wie das um die Jahrhundertwende erschienene Werk Oswald Kuhns²⁶, das für die Zeit vor dem Ersten Weltkrieg maßgebliche Werk von Julius Grober²⁷ und dasjenige für die Zeit der Weimarer Republik von Schachner/Schmieden/Winterstein²⁸. Die Letztgenannten behandeln das Thema der Sakralräume allerdings, wenn überhaupt, als Marginalie, während die barocken Bauanweisungen die Kirche des Hospitals zum Zentrum einer architektonisch geglückten Lösung machen.

Die oben genannten Überblickswerke leisten, ihrem Charakter gemäß, weniger Quellenarbeit zu einzelnen Bauwerken, greifen oft auf ältere Literatur zurück und fokussieren eine typenorientierte Darstellung. Das verhindert, dass die Diversität und Heterogenität einzelner Bauwerke in Hinblick auf ihre Entstehungsgeschichte, die stark von singulären Faktoren abhängt, zum Tragen kommt. Richtungsweisend in dieser Hinsicht ist eine Arbeit Claudia Herrmanns über das Luzerner Armenspital²⁹, die für die Zeit des Mittelalters und der Neuzeit anhand eines Beispiels die großen Entwicklungslinien verifiziert und durch lokale Quellen modifiziert. Diesen Ansatz, mit der monographischen Betrachtung einer einzelnen, maßgeblichen Krankenhauskirche eine Fokus-

17 Jetter 1966.

18 Schiffczyk 1986.

19 Leistikow 1967.

20 Goldin 1994.

21 Murken 1995 (3. Auflage).

22 Stollenwerk 1971.

23 Furttensbach d. Ä. 1628 u. 1635.

24 Furttensbach d. J. 1655.

25 Sturm 1718.

26 Kuhn 1897.

27 Grober 1911.

28 Schachner/Schmieden/Winterstein 1930.

29 Herrmann 2004.

sierung der auf gemeinsame Entwicklungslinien ausgerichteten Geschichte der Sakralräume in Krankenhäusern bzw. Hospitälern zu geben, wird auch in dieser Arbeit verfolgt, wobei der Schwerpunkt hierbei ein ideengeschichtlicher ist.

Für einen zeitlich enger gefassten Rahmen wie die Weimarer Republik, weisen die Überblicksdarstellungen zudem wenig Detailmaterial auf, hier stützt sich meine Arbeit auf die Auswertung primärer Quellen und einzelner Artikel in Bauzeitschriften.

Auch Fragen, die den spezifisch liturgischen Charakter eines Sakralraumes in einem Hospital oder Krankenhaus und sein krankenspezifisches Bildprogramm betreffen, wurden bisher an die Bauwerke kaum gestellt. Christina Vanja führt in ihrem Aufsatz über »Offene Fragen und Perspektiven der Hospitalgeschichte«³⁰ diesen Aspekt als ein Desiderat an: das medizingeschichtliche und sozialwissenschaftliche Interesse an der Hospitalgeschichte habe in den letzten Jahren den wesentlichen religiösen Charakter von Hospitälern in den Hintergrund treten lassen. Ihre kritischen Anmerkungen beziehen sich jedoch lediglich auf die Hospitalgeschichte, nicht auf moderne Krankenhäuser. Auch ein Aufsatz von John Henderson³¹ über die Bedeutung medizinischer Darstellung in der Ikonographie des Bildprogramms florentinischer Renaissancehospitäler zielt in diese Richtung.

Neben den oben genannten architekturhistorischen Arbeiten waren für die Untersuchung der Bedingungen des Krankenhauskirchenbaus der Weimarer Republik die in den letzten Jahren vermehrt erschienenen Arbeiten aus sozialhistorischer Perspektive von Interesse. Einen guten Überblick über diese geben Alfons Labisch und Reinhard Spree³².

Für einige Aspekte des Kirchenbaus, unter dem einzelne Krankenhauskirchen bzw. -kapellen gefasst werden und für eine Kontextualisierung der gewonnenen Ergebnisse, war die Literatur über den Kirchenbau, insbesondere den des 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts von Interesse³³ ebenso wie Monografien zu Dominikus Böhms Werk sowie die das Schaffen Albert Bosslets fokussierenden Arbeiten. Dominikus Böhms Werk ist inzwischen relativ umfangreich aufgearbeitet, hier seien neben den neueren Katalogen³⁴ und den zu Lebzeiten³⁵ und nach seinem Tod³⁶ erschienenen Monografien die Arbeiten von Holger Brülls genannt. Während die frühere Literatur und die Kataloge einen Überblick über das Werk geben, widmen sich Brülls' Arbeiten, oft in einem vergleichenden Kontext, speziellen Fragen an das Werk Böhms. In »Neue Dome«³⁷ ist

30 Vanja 2008.

31 Henderson 2005.

32 Labisch/Spree 1996.

33 Hier sei insbesondere auf das Standardwerk von Kahle 1990 (ergänzend auch Kahle 1985), sowie die vorausgehenden Arbeiten von Biedrzyński 1958 und Langmaack 1971 verwiesen.

34 Weisner 1994 (Architekturzeichnungen) und Voigt/Flagge 2005 (vollständiger Werkkatalog).

35 Habel/Hoff 1943.

36 Hoff/Muck/Thoma 1962.

37 Brülls 1994.

dies eine Untersuchung der Wiederaufnahme romanischer Bauformen, unter anderem im Schaffen Böhms zur Zeit der Weimarer Republik und zu Beginn des Dritten Reichs hinsichtlich des Spannungsfeldes zwischen Böhms Bekenntnis zur Moderne und einem teilweise inhärenten Antimodernismus seiner Bauten.³⁸ Gesine Stalling³⁹ widmet sich in ihren Studien zu Dominikus Böhm dem Gegenstück der romanisierenden Formen im Werk Böhms, nämlich den gotisierenden Formen und ihrem theoretischen Hintergrund. Die Untersuchungen Britta Giebelers⁴⁰ gehen mit der leitenden Fragestellung nach »sakralen Gesamtkunstwerken zwischen Expressionismus und Sachlichkeit im Rheinland« bereits auf die Krankenhauskirche St. Elisabeth in Köln-Hohenlind im Hinblick auf das von Acken angestrebte Ziel eines »liturgischen Gesamtkunstwerkes« ein. Die Tatsache, dass es sich bei St. Elisabeth um eine Krankenhauskirche handelt, findet in diesem Kontext jedoch keine Beachtung, so dass auch letztendlich die Frage nach dem liturgischen Charakter des Gesamtkunstwerkes nicht hinreichend beantwortet wird. Die Untersuchung Giebelers ist detailreich, wenn auch nicht immer genau und stützt sich auf einen Großteil der verfügbaren Quellen, soweit das Untersuchungsgebiet deren Auswertung erforderlich machte.

Über die von Dominikus Böhm und Albert Bosslet erbauten Krankenhauskirchen erschienen zudem kleinere Baubeschreibungen in Form von Zeitschriftenaufsätzen, Festschriften oder Führern kurz nach Fertigstellung der Bauwerke. Diese sind für eine Bewertung der zeitgenössischen Beurteilung des Baus, vor allem aber als Quelle für durch Kriegsschäden oder Umbauten verlorene Bau- und Ausstattungselemente wichtig, beschreiben allerdings selten das Bauwerk kritisch.

Zu den als Vergleichsbauten herangezogenen Beispielen von um 1930 erbauten Krankenhauskirchen – und Kapellen existiert, abgesehen von kurzen Zeitschriftenaufsätzen, die über den Neubau berichten, keine Sekundärliteratur, die Räume sind darüber hinaus zumeist stark umgebaut oder nicht mehr existent. Hier konnten nur zeitgenössische Aufnahmen im Vergleich zum jetzigen Zustand der Objekte, das wenige vorhandene Archivmaterial und mitunter vorhandene kurze Baubeschreibungen ausgewertet werden.

Auch über die im Ausblick beispielhaft angeführten, nach dem Jahr 2000 entstandenen Sakralräume in Krankenhäusern findet sich Literatur nur in Form von Zeitschriftenaufsätzen, kleinen Beschreibungen, Festschriften und Katalogen. Sie enthalten zumeist von den Krankenhausbetreibern, Pfarrern, Architekten und Künstlern getroffene Einschätzungen, die mitunter einer Kontextualisierung bedürfen. Zum Teil werden diese neuen Kirchen auch unabhängig von ihrem Bauzusammenhang unter dem Aspekt des zeitgenössischen Kirchenbaus vorgestellt.⁴¹

38 Einen ähnlichen Ansatz verfolgt Brülls' Untersuchung von Böhms kunsttheoretischer Standortbestimmung in Bezug auf die Kirche St. Peter und Paul in Dettingen. Brülls 1998.

39 Stalling 1974.

40 Giebler 1996.

41 Z. B. von Ludwig/Mawick 2007.

2. Der Kirchenraum in der Geschichte des Hospital- und Krankenhausbaus bis zur Weimarer Republik

2.1. Das mittelalterliche Hospital als Einheit von Krankenhalle und Kirchenraum

Entsprechend der im christlichen Gebot der Nächstenliebe gründenden Fürsorge für Hilfsbedürftige, waren bereits die frühmittelalterlichen Klöster neben den Räumlichkeiten für die erkrankten Mitglieder ihres Ordens mit speziellen Einrichtungen zur Aufnahme fremder Bedürftiger – dazu gehörten neben den Kranken auch Arme und Fremde im Allgemeinen¹ – ausgestattet.

Als modellhafter Idealplan für die klösterlichen Krankeneinrichtungen entstand zwischen 816 und 830, vermutlich im Jahr 830², der Klosterplan von St. Gallen (Abb. 1). Seinem Anlageschema folgten durch die zunehmende Verbreitung der Benediktsregel, die die Erstellung des Planes bedingte, mehr als die Hälfte aller mittelalterlichen Klöster.³

Gemäß diesem Plan lassen sich drei monasteriale Hospitaltypen unterscheiden:

1. das *infirmarium*, in dem die kranken Mitbrüder des eigenen Klosters Aufnahme fanden und das im Osten der Klosterkirche gelegen war,

2. das *hospitale pauperum et peregrinorum* für Arme und Pilger im Nordwesten der Kirche,

3. das *domus hospitium* – Haus für vornehme Gäste – für die zumeist zu Pferde anreisenden Fremden im Süden der Kirche.

Das Infirmarium liegt hier außerhalb der Klausur, bildet jedoch in sich eine klaustrale Form mit eigenem Wärmeraum, Dormitorium, Krankensaal, Refektorium und Vorratsraum. Im Süden grenzt es an eine vom Kreuzgang her zugängliche Kapelle, die, mittig geteilt, zur Hälfte dem spiegelbildlich sich anschließenden Novizenhaus verbunden ist und von diesem genutzt wird. Eine Erweiterung der räumlichen Differenzierungsmöglichkeiten fordert ein um 845 verfasster Regelkommentar des Mönchs Hildemar: für die einzelnen Krankheitsphasen solle es separate Schlafzimmer geben, Genesende sollen nicht zusammen mit Schwerkranken und Sterbenden in einem Raum liegen.⁴

1 Siehe die Bedeutung von lat. hospes = Gast. Aufgabe der Herbergen war es, den Bedürftigen Obdach, Pflege, Verköstigung, Kleidung und geistlichen Trost zu spenden.

2 Eine Datierung ist nur anhand der mit der Plananfertigung in Zusammenhang stehenden *termini post et ante quem* möglich, während Hecht noch einen Zeitraum zwischen 816 (Wahl des Empfängers des Planes Gozberts zum Abt) und 830 (Neubau der Plankirche) annimmt (ausführlicher hierzu: Hecht 1983. S. 339 f.), plädiert Jacobsen für eine wahrscheinliche Eingrenzung dieses Zeitraums auf das Jahr 830, also unmittelbar vor Entstehung der Plankirche. Jacobsen 1992. S. 327. Bei diesem Plan handelt es sich um eine Kopie, die im Kloster St. Gallen auf der Insel Reichenau im Bodensee angefertigt worden ist, wie in der Grußadresse derselben zu lesen ist.

3 Jankrift 2003. S. 24.

4 Herrmann 2004. S. 169

Oberhalb der Infirmierie befindet sich, als dem medizinischen Bereich des Klosters angegliedert, ein Ärztehaus mit Apotheke,⁵ ein Heilkräutergarten, ein Haus für Aderlässe, ein Bad, sowie eine eigene Krankenküche.

Neben diesem Infirmieriekomplex mit Kirche verzeichnet der St. Galler Klosterplan nördlich und südlich des Westchores der Klosterkirche die beiden erwähnten Herbergen für Besucher, Pilger und Fremde. Das nördliche *domus hospitium* ist den vornehmen Gästen vorbehalten, wozu zum Beispiel der Landesherr, Äbte benachbarter Klöster und Könige zählen, das südliche als *hospitale pauperum et peregrinorum* den Armen⁶, Kranken und zu Fuß reisenden Pilgern. Beide Herbergen ähneln sich im Aufbau: ein mittiger Saal ist von Schlafräumen umgeben, im Falle der vornehmen Herberge auch von Räumen für die Bediensteten und Pferdeställen. Beide Herbergen sind zudem mit einer eigenen Küche, Bäckerei, Brauerei und einem Kühlraum verbunden. Im Gegensatz zur Infirmierie waren diese beiden Hospitalgebäude nicht in erster Linie als Krankeneinrichtung gedacht, sondern als Herbergen. Sie ähnelten einer Infirmierie aber dadurch, dass sie mit eigenen Versorgungseinrichtungen ausgestattet waren und Kranke bis zur Genesung in ihnen beherbergt werden sollten.⁷ Eigene Sakralräume weisen die Herbergen nicht auf, im Normalfall waren die Beherbergten weder infektiös noch bettlägerig und konnten somit die Klosterkirche, zu der auf dem St. Galler Plan ein jeweils eigener Zugang von beiden Herbergen aus besteht, benutzen.

Naturgemäß wurde in der baulichen Realisierung ein solcher Idealplan den örtlichen Gegebenheiten angepasst. So findet sich bei vielen der auf dem Gebiet des heutigen Deutschland ausgeführten Klöster das *hospitale pauperum* in der Nähe des Haupteingangs, während in unmittelbarer Nachbarschaft wiederum fast immer die »Kapelle vor der Pforte« errichtet wurde.⁸ Für die Infirmierie lässt sich bei diesen Klosteranlagen, soweit aus dem Erhaltenen Rückschlüsse möglich sind, in Abgrenzung vom St. Galler Plan die Entwicklung

5 Windemuth vermutet in diesem Haus eine Art »Intensivstation« für Schwerkranke, da es an der östlichen und westlichen Seite einen heizbaren Krankenraum gab (*cubiculum valde infirmorum*) und durch das mittig gelegene Arztzimmer (*domus medicorum*) eine gute Überwachung der Schwerkranken möglich war und die Heilmittel der Apotheke (*armarium pigmentorum*) in nächster Nähe verfügbar waren. (Windemuth 1995, S. 31) Es könnte sich aber auch um einen Raum für besondere Kranke gehandelt haben, wie die Ausführungen Seilers über die Nähe von Abtei oder Priorat zur Infirmierie nahelegen. Seiler 1995, S. 72 f.

6 Aufgenommen werden sollten hier, neben den durchreisenden Armen, zumeist die symbolische Zahl von zwölf Armen als Präbendenempfänger auf Lebenszeit. Als dieser Zuwendung würdig wurden Arme angesehen, die lediglich durch Krankheit, Gebrechen, Blindheit oder Taubheit nicht ihren Lebensunterhalt selbst erwirtschaften konnten, nicht jedoch arbeitsunwillige Arme. Insofern wird klar, dass diese Einrichtung den Charakter einer Krankenstation annehmen konnte, wenn sie auch nicht für Kranke, sondern für Arme vorgesehen war.

7 Windemuth 1995, S. 37.

8 Jetter 1966, S. 12.

zum Gemeinschaftsraum, der großen Krankenhalle, feststellen.⁹ Dieser wurde zumeist durch einen Altarraum abgeschlossen (so z. B. im Zisterzienserkloster Loccum, Krankensaal nach 1280 entstanden), möglich ist aber auch eine weitere Kapelle in der Klausur der Infirmierie (z. B. im Zisterzienserkloster Eberbach im Rheingau, nach 1220 erbaut). In der um 1220 für etwa 100 Betten¹⁰ erbauten Infirmierie der Zisterzienserabtei Ourscamp (Oise) in Frankreich, die noch heute erhalten ist, befand sich der Altar mitten im Krankensaal.¹¹ (Abb. 2)

Auf diese Weise war gewährleistet, dass alle Kranken einen zumindest akustischen Kontakt zum Altargeschehen hatten, denn in der klösterlichen Krankenpflege war die geistliche Betreuung der Kranken mit der medizinischen untrennbar verbunden. Grundlage dafür war das Verständnis von Krankheit als Ausdruck der Sünde, das tief in der christlich-jüdischen Tradition verwurzelt ist und ein wichtiger anthropologischer Aspekt mittelalterlicher Frömmigkeit und Theologie war.¹² Die soteriologische Bedeutung Christi, den die Evangelien als heilenden Messias darstellen,¹³ wurde dementsprechend von den ersten Tagen des Christentums an und besonders im Mittelalter mit dem Wirken des Arztes für Leib und Seele beschrieben. *Christus Medicus* blieb bis zur Neuzeit das bestimmende Leitbild für das enge Verhältnis von Medizin und Seelsorge.¹⁴

9 Ebd. S. 14.

10 Leistikow 1967. S. 21.

11 Kuhn 1897. S. 10.

12 Wie tief die Begriffs- und Vorstellungswelt von Krankheit und Tod mit der Theologie der Sünde verwoben ist, zeigen besonders deutlich die Interpretationen, die sich an Jesaja 53,3 ff. knüpfen: »Er war der Allverachtetste und Unwerteste, voller Schmerzen und Krankheit. Er war so verachtet, dass man das Angesicht vor ihm verbarg; darum haben wir ihn für nichts geachtet. Fürwahr, er trug unsere Krankheit und lud auf sich unsere Schmerzen. Wir aber hielten ihn für den, der geplagt und von Gott geschlagen und gemartert wäre. Aber er ist um unsrer Missetat willen verwundet und um unsrer Sünde willen zerschlagen. Die Strafe liegt auf ihm, auf dass wir Frieden hätten, und durch seine Wunden sind wir geheilt.«. Dieser Text ist sowohl für die alttestamentlich-jüdische Sündentheologie aussagekräftig, in seiner christologischen Rezeption (vgl. Mk 9,12 oder Mt 8,17) aber auch ein zentraler Teil der christlichen Sündenlehre und Soteriologie. Ein weiteres, für Juden- und Christentum gleichermaßen relevantes Beispiel ist Jesus Sirach 38,1-15, wo das Verhältnis von Krankheit und Sünde auf Grundlage der antiken jüdischen Weisheitslehre reflektiert wird. Neben einer schöpfungstheologischen Begründung der ärztlichen Heilkunst findet sich hier der Zusammenhang von Sünde und Krankheit in einer für die Weisheitslehre typischen, lebensnahen und nur augenscheinlich banalen Weise zugespitzt: »Wer gegen seinen Schöpfer sündigt, muss die Hilfe des Arztes in Anspruch nehmen« (Jes Sir 38,15). In Hinblick auf die Begründung dieser Annahme durch das Alte und Neue Testament vgl.: Siebenthal, Wolf von: Krankheit als Folge der Sünde. Eine medizinische Untersuchung. Hannover 1950. Hierin differenziert v. Siebenthal zwar, dass nicht jede Krankheit im Neuen Testament als Folge von Sünde dargestellt wird (S. 43 ff.), dieser Kausalzusammenhang jedoch in der mittelalterlichen Deutung überwiegt. (S. 95)

13 Vgl. z. B. Joh 5,1-19.

14 Zum Bedeutungswandel des christlichen Heilsbegriffs in der Neuzeit, durch den Christus nurnmehr als Seelenfreund und Herzenströster, als Arzt der Seele, kaum noch des Leibes angesehen wird, vgl. Schipperges 1990, insbesondere S. 203-212.

Entsprechend waren die therapeutischen Bemühungen auch zentral auf Beichte, Bußübungen und Gebete als Ausgangspunkte jeder Krankenpflege und -therapie ausgerichtet, und wurden die Hospitalinsassen in das System geistlicher Zucht eingebunden, um der sakramentalen Heilmittel teilhaftig werden zu können.¹⁵

Wie sehr die physische Therapie im Hochmittelalter hinter das Bemühen um Heilung der Seele zurücktreten konnte, zeigen zwei Erlasse des 12. Jahrhunderts: Durch das »Edikt von Clermont« (1130) wurden die in den Klöstern und Hospitälern tätigen Ärzte zusätzlich auf die geistliche Bestimmung ihrer Tätigkeit verwiesen.¹⁶ Auf dem Konzil von Tours (1163) verbot die Kirche schließlich die Chirurgie in den Klöstern, so dass nunmehr die Universitäten zum Zentrum der mittelalterlichen Medizin wurden. Seiler weist allerdings darauf hin, dass die Klostermedizin trotz des Vorranges der geistlichen Versorgung durchaus keinen so nachrangigen Stellenwert hatte, wie in der architekturgeschichtlichen Forschungsliteratur allgemein behauptet.¹⁷ Er verweist auf die Weitergabe medizinischen Wissens, besonders aus der antiken humoralpathologischen Diagnostik und Therapie durch Fachliteratur. Einen hoch geschätzten Beitrag zur Klostermedizin stellte auch die Gesunderhaltung z. B. im Rahmen diätetischer Vorschriften und andere Vorsorgemaßnahmen dar.¹⁸ Diese besonderen Rücksichten bestimmten dann auch die Anlage der Infirmarien, wie u. a. der bereits zitierte Hildemar-Kommentar belegt, indem beispielsweise die Ansteckungsgefahr für gesunde oder nur leicht kranke Mönche durch Separierung und ein durchdachtes Wasserversorgungs- und Latrinensystem vermieden werden musste.¹⁹ Ebenso musste der Teil des Infirmariums, der für den vor allem prophylaktisch angewendeten Aderlass vorgesehen war, dem Bereich der Kranken, die ihn ebenfalls nutzten, zwar verbunden sein, dennoch aber auch eine Nutzung erlauben, die die gesunden zur Ader Gelassenen von den Kranken trennte und ihnen die Versorgung durch die reguläre Klosterküche ermöglichte.²⁰ So stellt sich das Infirmarium als ein »kleines Kloster im Kloster« mit weitgehender Autonomie dar.²¹

Das sich durch Seilers Korrekturen ergebende Bild der Anlage klösterlicher Infirmarien ist damit zwar auch von medizinischen Überlegungen bestimmt, die architektonische Leitfrage in Klöstern wie in Hospitälern stellte trotzdem aber die bauliche Vereinbarkeit von Altarraum und Krankensaal dar. Gegenüber der zentralen Frage der notwendigen Nähe der Kranken zum Altar, trat die ärztliche Versorgung, sowie hygienische und sanitäre Erfordernisse zurück, wenn auch nicht in so starkem Maße wie bisher angenommen.

15 TRE Bd. 19. S. 671 (Artikel Krankenseelsorge).

16 Schiffczyk 1985. S. 27.

17 Seiler 1995. S. 7 und 9 f.

18 Ebd. S. 10 f.

19 Ebd. S. 73 ff.

20 Ebd. S. 48 f.

21 Ebd. S. 82

2.2. Die Sakralräume der Hospitäler des Spätmittelalters

Seit dem 12. Jahrhundert löste sich im Zusammenhang mit einer erstarkenden Beteiligung von Laien am geistlichen Leben, der Armutsbewegung und dem Anwachsen der Bevölkerung das Hospitalwesen aus der Ägide der Klöster und Domstifte.²² Neben der Einrichtung eigener Hospitäler durch geistliche und weltliche, eigens zum Zweck der Krankenpflege von Laien ins Leben gerufene Orden, gründete auch das erstarkende Bürgertum der in der zweiten Hälfte des 13. Jahrhunderts erblühenden Städte zusätzliche Hospitäler. Dies geschah durchaus nicht uneigennützig, denn die *caritas* des Stifters erwirkte eine *memoria* seitens der Hospitalinsassen, die also ihrerseits für die empfangene Unterstützung Fürbitte für den Stifter leisten sollten,²³ was nach der hochmittelalterlichen Almosenlehre als legitimes »Seelgeschäft« angesehen wurde.²⁴

Auch diese Einrichtungen widmeten sich nicht in erster Linie der Krankenpflege, sondern dienten als »Sozialasyle«²⁵ der Beherbergung Armer, Alter und Gebrechlicher; auch hier überwog die geistliche Pflege des Kranken alle anderen therapeutischen Maßnahmen; Gebete und Messen bestimmten den Tagesablauf.²⁶ Aus diesem Grund wurde das Bauschema der Hospitalhalle mit angeschlossener Kirche bzw. Kapelle übernommen und blieb für das gesamte Mittelalter vorherrschend.²⁷ Allerdings war die Disposition von Wohn- und Wirtschaftsräumen zur Kirche keineswegs so strikt geregelt wie nach dem Schema des St. Galler Klosterplans, es gab vielmehr eine große Varietät der Möglichkeiten, sakrale und profane Baumassen anzuordnen. Man bevorzugte zwar eine direkte Verbindung von Krankenhalle und Sakralraum, der Anschluss des letzteren allerdings war von der Lage des Spitals und ihrer Orientierung zur Straße abhängig. Je nach Situierung des Haupteingangs schloss der Kirchenraum längs, parallel, quer oder in Winkelform an,²⁸ worauf an späterer Stelle

22 Leistikow 1967. S. 51.

23 Zum Verhältnis von *caritas* und *memoria* vgl.: Frank, Thomas: Die Sorge um das Seelenheil in italienischen, deutschen und französischen Hospitälern. S. 215-224.

24 Vgl. Artikel Almosen im LexMA Bd. I. Sp. 450 f.; sowie zum Seelgeschäft: Knefelkamp 2005. S. 176.

25 Seidler/Leven 2003. S. 91. Der Begriff Sozialasyl wurde 1987 für das Heilig-Geist-Spital in Nürnberg von Ulrich Knefelkamp geprägt.

26 Jankrift 2003. S. 58.

27 Herrmann merkt aufgrund baugeschichtlicher Einzelfallanalysen von mittelalterlichen Spitälern gegenüber dieser durchgängig vertretenen Meinung kritisch an, dass die europäische Spitalliteratur in summarischer Weise die einzelnen Bauphasen selten auseinanderhält und infolgedessen eine möglicherweise in vielen Fällen erst im 15. Jahrhundert erfolgte Vereinigung von Sakralraum und Krankenhalle unter einem Dach als ursprüngliche Baugestalt ansieht (Herrmann 2004. S. 181). Da hier aber solche Einzelfallanalysen nicht geleistet werden können, wird die möglicherweise erst nach Bestehen eines Spitals vorherrschende Bauform für mittelalterliche Hospitäler als *status quo ante* genommen, im Bewusstsein des vermutlich berechtigten Einwands der vorbehaltlichen Einzelfallanalysen.

28 Herrmann 2004. S. 181.

noch einmal zurückzukommen sein wird. Die architektonische Gestalt scheint sich dabei mehr an zeitgenössischen und regionalen Kapellen und Bürgerhäusern orientiert zu haben und nur die räumliche Disposition und Organisation nahm andere Spitäler zum Vorbild.²⁹ Da die Spitalarchitektur keine lediglich karitative, sondern im Sinne des »Seelgeschäfts« in erster Linie auch repräsentative Aufgabe hatte, war sie oft von nicht geringem baukünstlerischem Rang. Die Aufnahmekapazität dieser Hospitäler betrug meist nur 10-20 Personen.³⁰ Eine Separierung einzelner Zellen erfolgte höchstens durch Tücher oder Bretterwände, Alkoven wurden vermutlich erst in späterer Zeit eingebaut.³¹ Größere Hospitäler hatten neben einer eigenen Kirche auch einen eigenen Priester, der von der Lokalparochie für diese Aufgabe freigestellt wurde.³² Im Allgemeinen waren die Spitäler der zuständigen Pfarrkirche unterstellt, nur wenige Spitäler konnten sich im Verlauf des Hochmittelalters als Spitalvollpfarreien vollständig vom Pfarrzwang lösen; ein Streben danach lässt sich aber im Zuge der Emanzipationsbestrebung der Spitäler allgemein bemerken.³³ Eine feste Bindung in Hinsicht der seelsorgerlichen Betreuung war allerdings auch von seiten der zuständigen Pfarre aufgrund der besonderen Bedingungen eines Spitals kaum möglich: ein Geistlicher hätte zu jeder Tages- und Nachtzeit in Kürze einem Kranken oder gar Sterbenden sakramentale Fürsorge gewährleisten müssen.³⁴ Dazu war allein der Weg ins Spital zu weit, während ihrerseits die Kranken und Gebrechlichen nicht in der Lage waren, am Pfarrgottesdienst teilzunehmen. Durch diese Gegebenheiten entstanden verschiedene Sonderregelungen und Ausnahmen, wie z. B. auch die Genehmigung zur Anlegung eines eigenen Friedhofs oder einer eigenen Kirche, welches Grundrecht sonst seit dem 3. Laterankonzil von 1179 nur Leprosorien eingeräumt worden war.³⁵ Auf der anderen Seite war die Spitalseelsorge nicht selten ausdrücklich auf die Kranken beschränkt, während die im Laufe der Zeit zunehmend im Spital untergebrachten Pfründner dem ordentlichen Pfarrzwang unterlagen.³⁶ Dem Volk wiederum stand der Besuch der Spitalkirchen frei;³⁷ in der Renaissancezeit schließlich schuf man hierfür gesonderte Eingänge, wie das später noch angeführte Beispiel des Würzburger Julius-Spitals zeigt.³⁸

29 Herrmann 2004 weist diese Wechselwirkung eingehend am Beispiel des Luzerner Spitals, welches vom Mittelalter bis in die frühe Neuzeit in Benutzung war, nach.

30 Jankrift 2003, S. 59.

31 Leistikow 1967, S. 25.

32 Seiler 1994, S. 119.

33 Diesen hospitalrechtlichen Aspekt behandelt Reicke 1932 im Abschnitt »Die kirchlichen Verhältnisse des Spitals« (S. 117-187) ausführlich. Seine Ausführungen sind zudem mit zahlreichen Beispielen versehen.

34 Reicke 1932, S. 122.

35 Ebd. S. 123.

36 Ebd. S. 135 f.

37 Ebd. S. 149.

38 Notwendig wurde dieser gesonderte Zugang deshalb, weil die Renaissance- und Barockspitäler geschlossene Anlagen ausgebildet haben, während die mittelalterlichen Spitäler keinen ummauerten Spitalbezirk aufwiesen.

Die Vielseitigkeit und Differenziertheit dieser Regelungen, in denen sich ein typisch spätmittelalterlicher Konflikt zwischen geistlicher und weltlicher Macht artikuliert, zeigt, und darauf kommt es in unserem Zusammenhang an, dass »eine kirchliche Anlage [...] untrennbar mit der Anstalt verknüpft« war, ja, so untrennbar, »daß ihre Bewilligung häufig mit der Genehmigung der Spitalerrichtung selbst zusammenfiel«. ³⁹

Im Folgenden sollen einzelne architektonische Lösungen der Verbindung von Krankengroßraum und Altar aufgeführt werden:

Als herausragendes Beispiel mittelalterlicher Hospitalarchitektur gilt das Hôpital de Notre-Dame des Fontenilles in Tonnerre (Burgund/Frankreich), dessen Krankensaal weitgehend unverändert in seiner Substanz erhalten ist. (Abb. 3 und 4)

Das Hospital wurde 1293 von Margarethe von Burgund (1249-1308), der Witwe Karls von Anjou und Herzogin von Tonnerre, gestiftet. Der 1295 fertiggestellte große Krankensaal ist auf einer Länge von 91 Metern und eine Breite von 18,30 Metern mit einer hohen Holztonne überwölbt, die ein hervorragendes Beispiel mittelalterlicher Zimmermannskunst darstellt. An der östlichen Stirnseite des großen Krankensaals befindet sich ein von einem Kreuzrippengewölbe gedeckter Chor mit polygonaler Apsis und zwei flankierenden Kapellen. Von den an den Saalwänden aufgestellten Krankenbetten aus konnte somit das Altargeschehen verfolgt werden. Auffallend hierbei ist, dass das Hallengewölbe im Material deutlich vom Mauerwerk des Chores geschieden ist, wenn auch der Krankensaal quasi als Kirchenschiff ein Kontinuum mit dem Chor bildet. (Abb. 5) Ebenso sind die Fensterformen des Chores mit ihren gekoppelten Lanzettbögen und einem mittigen Vierpass in Blendnischen deutlich an die zeitgenössische Sakralarchitektur angelehnt, wohingegen die Fenster des Saales innen mit einer tiefen Laibung und Rundbogenabschluss schmucklos und eher profan gestaltet sind. Im Außenbau allerdings wurde dieser Gegensatz dadurch gemildert, dass in die Rundbogenöffnung zwei gekoppelte Lanzettbogenfenster eingestellt sind. An den Langseiten grenzen so, unter einheitlicher Gestaltung der sonstigen Fassade, die den Übergang vom Saal zum Chor nicht abbildet, beide Fenstertypen aneinander, was zu dem Eindruck führt, das die Grundform der Langhausfenster um den Vierpass und ein stärker profiliertes Gewände erweitert worden ist. Dieses Bild entspricht durchaus der Steigerung innerhalb eines Kirchenbaus vom Langhaus zum Chor. Auffallend ist hingegen die Kontinuität des tief herabgezogenen Satteldaches in den Chorbereich hinein und darüber hinaus sogar bis zur Überdachung der aus der Ostfassade hervortretenden Apsis. Diese wiederum weist die selbe Traufkantengestaltung durch einen Zahnschnittfries auf, die auch das Langhaus ziert und neben der schlichten Fenstergestaltung und Blendnischen an der Ostfassade als einziger Bauschmuck hervortritt.

39 Ebd. S. 119.

Als bedeutendes Beispiel für eine bürgerliche Hospitalgründung in Deutschland gilt das Heilig-Geist-Hospital⁴⁰ in Lübeck, dessen Gründung vor 1230, wahrscheinlich 1227⁴¹ auf Initiative des Deutschen Ordens und des Rates der Stadt Lübeck erfolgte. Diesen Angriff auf die kirchliche Spitalhoheit⁴² quittierte der zuständige Bischof Bertold (1210-1230) damit, dass er sowohl die Errichtung eines Altares, als auch die Anstellung eines Geistlichen verweigerte. Ein Tauziehen um die geistliche Hoheit zwischen Stadtrat und Bischof begann, an deren vorläufigem Ende der Kompromiss stand, dass im Haus ein Altar errichtet und ein Priester wohnen und die Messe zelebrieren durfte, im Gegenzug aber die Insassen die Ordensregeln der Johanniter übernehmen mussten. Erneut flammte der Streit allerdings auf, als die Stadt, wiederum ohne kirchliche Erlaubnis, eine weitere Kirche an anderer Stelle errichten ließ.⁴³ Die Streitigkeiten wurden erst mit dem Tod Bischof Bertolds beendet, ein Neubau des Hospitals nach 1260 begonnen. Dieser konnte nach der zwischenzeitlichen Zerstörung durch einen Stadtbrand 1286 bezogen werden. Auffallend an der Grundrissdisposition des Lübecker Hospitals ist der im Westen des Krankensaals quer anschließende, vom Krankensaal separierte Kirchenraum. Die Trennung dieser beiden Räume fand jedoch erst im Laufe des 15. Jahrhunderts statt, ursprünglich waren beide Räume einheitlich konzipiert und ausgeführt und ein niedriger Lettner an Stelle der Trennwand vorgesehen.⁴⁴ Durch diesen Umbau erfolgte der Hauptzugang zum Spital durch den Kirchenraum,⁴⁵ der Altar befand sich an der Trennwand zwischen »Langem Haus« und Kirche und damit im Osten des Kirchenraumes. (Abb. 6) Dass nach dem Einbau des Lettners im 14. Jahrhundert und schließlich der späteren Vermauerung der Bogenöffnung in der Trennwand die Hospitaliten die Messe nicht mehr direkt von der Hospi-

40 Das Hospital ist keine Gründung des Heilig-Geist-Ordens und steht nicht mit der gleichnamigen Bruderschaft in Verbindung, sondern steht lediglich unter diesem, für bürgerliche Spitalgründungen im Deutschen Reich häufigen Patrozinium.

41 Kruse 1997. S. 121.

42 Ein weiterer Grund, weshalb Bischof Berthold die Zustimmung verweigerte, war, dass die Stadt das Hospital mehr zur Versorgung seiner Armen und Alten, denn zur Krankenpflege hatte bauen lassen. Ebd.

43 Weiteres hierzu Kruse 1997 S. 122 ff. Dort ist auch die deutsche Übersetzung jener Urkunde aus dem Urkundenbuch der Stadt Lübeck abgedruckt, in der der Vorgang beschrieben wird.

44 Kruse 1997. S. 160.

45 Diese Eingangssituation ist, betrachtet man neben dem oben erwähnten Pariser Hôtel-Dieu das Trinitatis-Hospital in Hildesheim von 1334 (vollständig kriegszerstört), allerdings nicht so einzigartig wie es scheint. Auch hier erfolgte der Zugang zur Hospitalhalle von Osten her über einen kleinen rechteckigen Altarraum; auch das Hildesheimer Spital war eine Gegengründung zum domstiftlichen St. Johannes-Hospital, wenngleich es in Hinsicht auf bürgerliche Machtdemonstration nur eingeschränkt mit dem hanseatischen Großspital von Lübeck verglichen werden kann. Architektonisch wurde auch in Hildesheim der Altarraum durch spitzbogige Maßwerkfenster »sakralisiert« und durch verputztes Bruchsteinmauerwerk gegenüber dem im Fachwerk ausgeführten profanen Hospitalbereich, der sich im Westen längs an den Altarraum anschließt, ausgezeichnet. Abb. eines Grundrisses bei Jetter 1966, S. 28, Abb. 12.

talhalle aus verfolgen konnten, verwundert nicht, wenn man bedenkt, dass im Lübecker Spital vorwiegend alte und arme, mitunter sogar noch recht gesunde und wenig gebrechliche Männer,⁴⁶ beherbergt wurden und für diese ein Gang in den Altarraum eher wünschenswert war.⁴⁷ Die Abgrenzung des Krankensaals vom Kirchenraum lässt sich aus der äußeren Bauform nicht erkennen, beide befinden sich unter dem selben langgestreckten Satteldach. (Abb. 7) Die beiden Seiten des Kirchenraumes werden von weiteren Satteldächern überfangen, so dass die Westfassade der Kirche zum Kaufberg als dreischiffige Giebelfassade in den sakralen Formen der norddeutschen Backsteingotik ausgeprägt ist. Ihre Funktion als Kirche ist durch die großen Spitzbogenfenster und das tiefe Türgewände des Mittelschiffs evident, auch das Seitenschiff zeichnen die Blendbögen des Giebels und Türgewölbe als sakralen Raum aus. Markant wird die Kirchenfassade von vier schlanken hohen Sechsecktürmen rhythmisiert, wie sie in Norddeutschland sonst an öffentlichen, nichtsakralen Gebäuden zu finden sind.⁴⁸ Das Mittelschiff wird von einem Dachreiter mit Glockenstuhl betont. Die Kirchenfassade ist damit eindeutig von der zwar gleich hohen, aber in profanen Formen gestalteten Fassade der beiden im Norden angrenzenden Wohngebäude abgehoben, dessen einzelne Geschosse an der Fassade durch kleine Fenster ablesbar sind.

Im Inneren stehen die reich verzierten Mittelschiffgewölbe von 1595, die Wandmalereien und die Lettnerbrüstung mit dem Elisabethzyklus (Abb. 8) in Kontrast zur völlig schmucklosen Hospitalhalle mit Spitzbogenfenstern und offenem Dachstuhl, in der bis 1820 die Betten freistehend und erhöht angeordnet waren.⁴⁹ (Abb. 9)

Der Längsanschluss der Kapelle an das Hospital wie in Lübeck und Hildesheim, gewöhnlich allerdings mit geosteter Kapelle, entspricht der aus dem Klosterbau abgeleiteten älteren Anordnung. Leistikow nennt daneben drei weitere Anordnungsmöglichkeiten:

1. den Parallelanschluss: Kapelle und Hospitalhalle sind parallel und aneinander angrenzend gelegen;
2. den Queranschluss: die Kapelle grenzt an die Breitseite der Krankenhalle und
3. den Winkelanschluss: beide Bauten stehen im Winkel zueinander.⁵⁰

Allerdings bedarf es zuweilen eines hohen Grades der Formalisierung, die tatsächlichen Grundrisse diesen Schemata zuzuordnen, wie beispielhaft der Grundriss des Kanonikerspitals Sint Jans in Brügge (ab 12. Jahrhundert) zeigt. (Abb. 10) Vielmehr erweist sich die Zuordnung von Kapelle und Hospitalhalle als ein überaus differenziertes Ergebnis der Gegebenheiten und Bedürfnisse der einzelnen Bauherren. Dass dabei nicht immer eine akustische und noch selte-

46 S. Urkundentext, wiedergegeben bei Kruse 1997. S. 122.

47 Schiffczyk 1985. S. 39.

48 Krabbenhöft/Lackner 1993. S. 8.

49 Ebd. S. 10.

50 Leistikow S. 52.

ner eine optische Verbindung der Kranken zum Altar gewährleistet war, erscheint evident.

So unterschiedlich wie die Anordnung der Kirche zur Hospitalhalle sein konnte, so unterschiedlich waren auch ihre Größenordnungen: die Vielfalt reichte von kleinen Kapellen⁵¹ bis hin zu großen Kirchenbauten, die gleichzeitig als Gemeindekirchen genutzt wurden.⁵² Größere Hospitäler, hatten, wie bereits erwähnt, in der Regel auch einen eigenen Priester, kleinere Klöster hatten zuweilen überhaupt keine eigene Infirmerie und infolgedessen auch keine Kapelle.⁵³

Das Hildesheimer Hospital kann zugleich als Beispiel für eine weitere Entwicklung seit dem 14. Jahrhundert dienen. Die zunehmende Scheidung der Raumbereiche von Hospital und Kirche im Bürgerspital wird nun auch in den Bauformen ablesbar: die Architektur des Profanbereichs der Hospitalhalle und zugehörigen Räumlichkeiten spricht nicht länger die selbe sakrale Formensprache wie die Bauzier des Kirchen- oder Altarraumes. Vielmehr nähern ihre Formen sich denen des gleichzeitigen Profanbaues an, bis die Hospitäler äußerlich nur noch der Größe nach von den Bürgerhäusern zu unterscheiden sind – wie bei diesen befinden sich im unteren Geschoss der meist zweigeschossigen Bauten die gemeinschaftlich genutzten großen Räume, im Obergeschoss dagegen die kleineren Wohn- und Schlafräume, besonders der Pfründner. Dahinter steht freilich ein bürgerliches Selbstverständnis, welches das Hospital nunmehr als weltliche Angelegenheit auffasst, wofür folgende 1510 getroffene Verordnung der Stadt Köln, das Stadtwappen in allen Hospitälern innerhalb der Stadt anzubringen, ein beredtes Zeugnis gibt: »da unsere Herren vom rathe niemanden als sich selbst für Obere aller Hospitäler binnen ihrer Stadt erkennen, auch Niemanden eine gerechtigkeit oder obrigkeit daran zustehen.«⁵⁴ Gleichzeitig trennen sich innerhalb der bürgerlichen Hospitäler der profane und der sakrale Bereich zunehmend voneinander. Bei der Anlage der Spitalkapelle oder -kirche erfolgt deshalb auch weniger die Orientierung an den seit dem Spätmittelalter neu in die Bürgerhäuser integrierten Hauskapellen, sondern vielmehr am zeitgenössischen Sakralbau, namentlich an vergleichbar kleinen Kapellen wie Wallfahrts- oder Dorfkapellen, sowie an Beinhäusern.⁵⁵

Da die Städte im Laufe dieser Entwicklung natürlich auch die Kosten für Bau und Unterhalt ihrer Spitäler trugen, war ihnen eine »Gegenfinanzierung« durch die sich vermehrt in die städtischen Spitäler als Altersversorgungsanstalt einkaufenden älteren, nicht akut kranken und relativ wohlhabenden Bürger, die sogenannten Pfründner, willkommen. Diese hatten sich, obwohl sie keinen Anspruch auf die Pfründe bzw. Prébende als den Armen und Kranken zu-

51 Der Begriff Kapelle wird hier nicht nur im baulichen Sinne, sondern auch in kirchenrechtlicher Hinsicht verwendet: als ein Sakralraum ohne eigenen Pfarrer und Pfarrrechte.

52 Leistikow 1967. S. 56.

53 Seiler 1995. S. 66.

54 Zit. nach Reicke 1932. S. 277.

55 Herrmann 2004. S. 232 f.

stehende Unterhaltsleistung erheben konnten, durch die Übereignung ihres Besitzes an das Spital dessen Fürsorgeleistungen »eingekauft«⁵⁶. Den wirtschaftlich eigenständigen Stadtspitalern kamen diese Gegengeschenke nicht ungelegen und schon bald überwog die Zahl der Pfründner die der Armen und Kranken. In dem Maße, in dem das wachsende Bürgerspital zu einer Pfründneranstalt wurde und kaum mehr andere Bedürftige aufnahm, veränderten sich auch die Ansprüche an die bauliche Gestaltung: die Hospitalhalle wurde durch den Einbau von Zellen oder gar einzelner Zimmer ersetzt, wodurch die ursprüngliche Einheit von Bett und Altar aufgehoben wurde. Aufgrund der Mobilität der Insassen war wohl auch ein vom Bett aus sichtbarer Altar nicht mehr notwendig, bzw. das Bedürfnis nach einem abgegrenzten Raum wesentlicher. Da die Insassen zumeist nicht akut krank waren, stand vermutlich auch die seelsorgerliche Betreuung der Kranken nicht stark genug im Vordergrund.

Beispiele hierfür sind die Erweiterungsbauten des Heilig-Geist-Spitals in Rothenburg ob der Tauber (1281 erstmals erwähnt, 1308 Altarweihe, 1574-1578 erweitert) (Abb. 11), des Heilig-Geist-Spital in Dinkelsbühl (Ende des 13. Jh. gegründet⁵⁷, 1551 und 1567 erweitert) (Abb. 12), und schließlich auch des aufgrund seines guten Erhaltungszustandes bekannten Nördlinger Heilig-Geist-Spitals (Anfang des 13. Jh. errichtet, seit 1254 in bürgerlicher Verwaltung, Erweiterungen 1475, 1503, 1534 und 1564) (Abb. 13). Das St. Nikolaus-Hospital in Cues (von Nikolaus Cusanus gestiftet, Baubeginn 1451), nimmt diesbezüglich, wie überhaupt,⁵⁸ eine Sonderstellung ein, da es in seinem monasterialarchitektonischen Grundriss die direkte Verbindung von Bettstelle und Altar gar nicht vorsieht. Allerdings war es auch, wenngleich als Hospitalstiftung gegründet, weder für Kranke noch für Pfründner bestimmt, sondern vielmehr eine Art klösterliche Wohngemeinschaft von alten Männern, Adligen und Geistlichen. (Abb. 14)

Als Vorläufer moderner »Infektionskrankenhäuser«⁵⁹ sind für diese Arbeit neben den Hospitälern auch die Leprosorien und Siechenhäuser von Interesse. Vor den Toren der Stadt gelegen, verfügten sie über eine eigene Kapelle oder eine kleine Kirche. Diese bildete den Mittelpunkt einiger um sie herum errichteter Fachwerkwohnhäuser, die jedoch im Gegensatz zu der aus Stein errichteten Kirche kaum erhalten sind. Jetter wirft allerdings die Frage auf, ob diese zerstreute Siedlungsform tatsächlich als die ursprüngliche anzusehen ist, oder ob nicht vielmehr, wie in der Leprosorie Gudensberg bei Fritzlar (Ende des

56 Zedler 1735. Bd. 13. Sp. 971. Dies geschah ganz natürlich dadurch, dass beim Eintritt in das Spital, der Tradition einer christlichen Klöstergemeinschaft bzw. Brüderschaft folgend, der neue Insasse sich allen privaten Eigentums zu entledigen hatte und diesen vielmehr in den gemeinschaftlichen Besitz des Spitals verfügen musste. Vgl. Reicke 1932. S. 187 ff.

57 Der Gründungsbau war vermutlich nur die heutige Kirche, in deren Langhaus die Betten standen, während der Chor als Sakralraum diente. Jetter 1966. S. 33.

58 Näheres zu den besonderen Gegebenheiten und der daraus resultierenden Bauform siehe ebd. S. 34-38.

59 Ebd. S. 40.

13. Jahrhunderts gestiftet) das monasteriale Bauschema übernommen und erst durch spätere Umbauten zu dem Typus eines von Einzelhäusern umgebenen Hofes mit zentraler Kapelle modifiziert wurde, welches sich bis heute u. a. in Köln (1180 erwähnt) oder Aachen (1230 erwähnt) erhalten hat.⁶⁰ Im Gegensatz zu den zum Teil gut erhaltenen Hospitälern lassen sich über die Leprosorien, von denen es in Deutschland »unübersehbar viele«⁶¹ gegeben hat, kaum Hinweise auf die konkrete Baugestalt ermitteln, da wohl oft die in Stein errichteten Kapellen, nicht aber die zugehörigen Fachwerkbauten erhalten sind und ihre Standorte vielfach überbaut wurden.

Eine Sonderstellung unter diesen frühen Infektionseinrichtungen nehmen die Pesthäuser ein, auf die hier nur am Rande eingegangen werden soll. Ihr wesentliches Standortkriterium ist die Umgrenzung durch Wasser. Ihre sonstige Baugestalt weist in der deutschen Ausprägung wie in Nürnberg (Pesthaus »St. Sebastian«, Baubeginn 1498) und Augsburg (Pesthaus »St. Sebastian«, Baubeginn vor 1521) (Abb. 15) zwei, einen kleinen Innenhof flankierende doppelgeschossige Längsbauten auf, in die auch eine kleine Kapelle integriert ist. Der italienische Typus hingegen, prominent durch das 1508 vollendete Lazaretto in Mailand (Abb. 16 und 17) repräsentiert, verfügt über einen großen Innenhof⁶², in dessen Mitte eine allseitig offene Kapelle (1586 erbaut) steht, während die Kranken in flachen, den Platz vollständig umgrenzenden Gebäuden untergebracht sind. Trotz der relativen Größe ergab sich somit auch in den Pesthäusern eine vermutlich akustische, zumindest aber optische Verbindung zum Altargeschehen.

2.3. Die Sakralräume der Hospitäler der Renaissance

Wie im vorhergehenden Kapitel bereits angedeutet, so gingen, wie in allgemeiner architektonischer Hinsicht, auch für den Hospitalbau des 16. Jahrhunderts entscheidene Impulse von Italien aus. Hier ist vor allem die vorbildliche Anlage des Ospedale Maggiore in Mailand, dessen Bau 1457 durch Antonio Averlino, genannt Filarete (1400-1469) begonnen wurde, zu nennen.⁶³

Dieser neu aufkommende Typus des Kreuzhallenkrankenhauses stellte eine Erweiterung des bisherigen Hospitaltyps dar, der eine langgestreckte Kranken-

60 Ebd. S. 41 f.

61 Ebd. S. 42. Für die Stadt Nürnberg können beispielsweise vier »Siechkobel« genannte Leprosorien nachgewiesen werden. Ebd. S. 40.

62 Der weiträumige Innenhof, der in den Hafenstädten für diese Baugestalt typisch ist, diente zudem der Ausbreitung anlandender Waren zum Zweck der Desinfektion, so dass gefolgert werden kann, dass ein solches Lazarett nicht allein der Isolierung und Behandlung von Kranken, sondern auch als Quarantänestation für den Warenhandel diente. Furttenbach 1628. S. 72.

63 Filaretos Pläne datieren bereits auf 1450. 1457 erfolgte die Grundsteinlegung durch den Stifter Francesco Sforza. Bis ins 19. Jahrhundert hinein wurde dieses Hospital immer wieder umgebaut, wobei die Grundrisskonzeption beibehalten wurde. Schifffczyk 1985. S. 61.

halle mit Altarraum um drei weitere, kreuzförmig angeordnete Hallen erweiterte. Dieser Grundriss war aus der Reformierung des Mailänder Spitalwesens hervorgegangen, dergemäß beim Bau neuer Spitäler vermehrt auf Komfort und Hygiene geachtet werden sollte und die Altäre zum Nutzen für die Bettlägerigen direkt in den Krankensälen zu errichten seien⁶⁴ – ein Beispiel dafür, wie die geforderte Verbindung von Altar und Bettstelle bei gestiegener Kapazität zur Suche nach neuen Grundrissformen im Hospitalbau führte.⁶⁵ Der Vorteil des kreuzförmigen Grundrisses mit dem Altar im Vierungspunkt liegt tatsächlich in erster Linie in der Möglichkeit, mehr Betten mit Blick auf den Altar unterbringen zu können und damit insgesamt die Aufnahmekapazität des Hospitals zu erhöhen. Darüberhinaus liegt natürlich der Symbolwert einer solchen kreuzförmigen Hospitalanlage auf der Hand und hatte, wie auch Kuhn vermutet,⁶⁶ sicher einen nicht geringen Anteil an der Verbreitung dieses Typus über Italien hinaus. Die Krankensäle dieses Typs waren meist ein- oder zweigeschossig.

Im Ospedale Maggiore wurden die Kreuzhallen zudem von quadratischen Umbauten umschlossen, in denen neben Loggien für Edelleute und weiteren Einzelzimmern öffentliche Einrichtungen wie Verbandsstuben, Apotheke, Barbier, Bäckerei und Metzgerei untergebracht waren. (Abb. 18 und 19) Zwei dieser eingeschossigen Kreuzhallen, die südliche für Frauen, die nördliche für Männer,⁶⁷ waren flankierend neben einem Innenhof angeordnet, in dessen Mitte sich eine Kirche erhob. In der Kreuzmitte der Halle befand sich zudem jeweils ein Altar. Dieser wurde, nach außen sichtbar, durch eine oktagonale Kuppel überwölbt, die allein der baulichen Auszeichnung, nicht, wie bei späteren Bauten dieser Art, der Belüftung diente. (Abb. 20) Die Krankenhallen waren, wie bei ähnlichen Hospitalbauten (z. B. dem Pariser Hôtel-Dieu) an den Seiten von niederen Anbauten in der Art von Kirchenseitenschiffen flankiert, die die zur Versorgung der Kranken notwendigen Nebenräume aufnahmen. Wie im Sakralbau auch, so lagen oberhalb dieser Nebentrakte die Fenster zum Krankensaal. Die beiden abgestuften Kreuzhallenkomplexe des Hospitals gipfelten in der von vier minarettartigen Türmchen umgebenen, in ihrem Grundriss ebenfalls kreuzförmigen Kirche mit Mittelkuppel auf dem zwischen den Kreuzhallen gelegenen Innenhof.

Filarettes straffes symmetrisches Schema wurde allerdings nicht in allen Punkten in der Bauausführung seiner Nachfolger umgesetzt⁶⁸: der Mittelhof erhielt wie die Innenhöfe einen quadratischen Grundriss und die Hospitalkirche ihren

64 Herrmann 2004. S. 191.

65 Der Grundriss war allerdings nur für das christliche Europa neu, im islamischen Hospitalbau wurde die Kreuzhalle bereits verwendet. Zum Einfluss des arabischen Grundrisses auf Filaretes Pläne siehe Quadflieg 1981.

66 Kuhn 1897. S. 29.

67 Während die Männerkreuzhalle schon zu Gründungszeiten fertiggestellt wurde, konnte der Frauentrakt erst 350 Jahre später realisiert werden.

68 Die Fertigstellung des Hospitals erfolgte erst im 19. Jahrhundert. Herrmann 2004. S. 191.

Platz an dessen Ostseite. Die Kapazität der Anlage wird auf 300-350⁶⁹ oder 400⁷⁰ Kranke geschätzt.

Die nahezu ideale Anlage des Mailänder Hospitals wird allen medizinischen, pflegerischen und seelsorgerlichen Ansprüchen der Zeit gerecht. Darüber hinaus weist sie dank des wohlgedachten Plans Filaretos in ihrer schematischen Grundriss- und Aufrissform einen überaus symbolischen Mehrwert auf: Die Kirche stellt das Zentrum der gesamten Anlage dar, und ist als höchster Solitärbau in jeder Perspektive als geistiges und örtliches Zentrum unübersehbar, zumal ihr Grundriss mit dem Grundriss der Hallen korrespondiert. Innerhalb der geschlossenen Kreuzhallenkomplexe stellen die beiden Kapellen wiederum Nebenzentren dar und stehen zu den Betten in unmittelbarem optisch-akustischem Kontakt. Ihr Mittelpunktcharakter ist ebenfalls nicht nur im Grundriss, sondern auch im Aufriss an der überhöhten Kuppel ablesbar, so dass sich insgesamt eine hierarchische Gliederung des Gesamtkonzeptes ergibt, die das geistige Primat auch baulich erkennbar macht und dennoch die hohen Ansprüche an die Funktionalität des Ganzen in der Gliederung der Patienten- und Nebenräume illustriert.

Im Vergleich dazu löst sich die deutsche Hospitalarchitektur im 16. und 17. Jahrhundert zunehmend vom Bauschema des Krankensaals mit angegliederter Altarraum, bei dem der Vorrang nichtsdestoweniger Letzterem zukam. Angeregt von der italienischen Renaissance⁷¹ entstanden symmetrische Hofanlagen mit repräsentativ gestalteten Straßenfronten, die sich zunehmend am zeitgenössischen Palastbau orientierten. Als problematisch erwies sich bei diesen Anforderungen an ein Hospital die Vereinbarkeit von der achsialbetonten Architektur der Renaissancehöfe mit der auf den Altarraum ausgerichteten Krankenhalle.

Am Beispiel der bedeutendsten deutschen Hospitalanlage der Renaissance, die auf zahlreiche weitere Anlagen vorbildhaft wirkte,⁷² sei diese Diskrepanz beschrieben.

1576 gründete Fürstbischof Julius Echter von Mespelbrunn in Würzburg das Julius-Spital. In vierjähriger Bauzeit wurde von dem Baumeister Georg Robyn (auch Robin) das Spital mit der Kirche errichtet. Nach einem zweiten Bauabschnitt bis 1585 war schließlich die um einen Innenhof gruppierte, hochrepräsentative Vierflügelanlage fertiggestellt, die im Süden einen großen Krankensaal mit östlich anschließender Kirche, im Norden ein Pfründerhaus mit Einzelzimmern und an den beiden niederen Seiten Versorgungseinrichtungen und weitere Räumlichkeiten, vermutlich für Irre und Pilger, aufwies. (Abb. 21)

69 Leistikow 1969. S. 64.

70 Herrmann geht dahingegen von einer Kapazität von 200 Betten, belegt mit je zwei Kranken, aus. Herrmann 2004. S. 194.

71 Hier ist der Einfluss durch Renaissancegrundrisse im Allgemeinen gemeint, da sich ein Einfluss der italienischen Spitalbauten mit ihrem Kreuzhallengrundriss im Speziellen nicht nachweisen lässt. Ebd. S. 196 f.

72 Beispiele hierfür nennt Jetter 1966. S. 68.