

Fremdenhospiz

In der Alpenregion gibt es eine Vielzahl von Hospizen, deren Geschichte von der Lage an markanten Wegeverbindungen, einer Funktion als Herberge und Ort der Versorgung und Fürsorge sowie der Doppelung aus kirchlicher und Laienträgerschaft geprägt ist. Exemplarisch sei an dieser Stelle das alte Hospiz auf dem Gotthardpass – an markanter Stelle auf dem Grat zwischen Nord- und Südeuropa – angeführt. Dessen besondere topografische und historische Position ist gleichermaßen bedeutend wie – im Zusammenhang der typologischen Betrachtung – dessen zeitgenössische Sanierung und Überformung bei gleichbleibender Nutzung als Fremdenhospiz im ursprünglichen Wortsinn durch Miller & Maranta Architekten, Basel.

«Architekturgeschichtlich muss das Alte Hospiz [...] im typologischen Kontext von Herbergen und Gasthäusern verstanden werden. Etymologisch stammt das Hospiz, ebenso wie das Spital, vom lateinischen Wort *hospitium* ab: Ursprünglich war damit ganz allgemein eine Herberge für Gäste gemeint. Erst mit der sozialgeschichtlichen Entwicklung im Spätmittelalter trennen sich die Bedeutungen in Gasthaus und Krankenhaus. Gemeinsam ist ihnen die Unterbringung, Pflege und Seelsorge Bedürftiger. Damit wurde die kostenlose Beherbergung Armer und Fremder als christlicher Auftrag institutionalisiert. Während dem 11., 12. und 13. Jahrhundert entstanden zahlreiche Pilgerhospize und Hospitäler, die von Klöstern betreut wurden. Insbesondere an exponierten Stellen der Gebirgsüberquerungen, auf Passhöhen sowie am Fuss der Pässe boten Hospize sowohl Pilgern wie Reisenden Schutz und Zuflucht, Obdach und Bewirtung.»⁴

Die ursprüngliche Typologie beschreibt entsprechend also einen Ort der Gastlichkeit und Herberge,⁵ welcher entlang der Pilger- und Handelswege lokalisiert und damit ein elementarer Bestandteil alpiner Architektur ist. Über die reine Zufluchtsfunktion als Schutzhütte hinaus umfasst die Qualität des Hospizes zudem eine sozial fürsorgliche Komponente. Während die Susten der Ort waren, an dem Tiere und Ausrüstung ausgetauscht, hergerichtet und versorgt wurden, bildeten die Hospize hierzu gleichsam einen Gegenpol, welcher sich insbesondere an das körperliche und geistige Wohl der Reisenden und Pilger richtete.

In der Dopplung der Nutzung durch Handelsreisende und religiös motivierte Pilger wechselte auch die Trägerschaft der Hospize im Lauf der Geschichte stetig zwischen weltlichen und kirchlichen Institutionen. Die gastlichen und beherbergenden Dienste für die Gäste blieben hierbei weitgehend gleich, die unterschiedlichen Interessen zeigten sich vielmehr hinsichtlich einer starken konfessionellen Prägung mit entsprechenden liturgischen Diensten für die Pilger einerseits und steuerlichen, also ökonomischen staatlichen Belangen andererseits. Nicht selten kam es zu einer Parallelität beider Ausrichtungen an einem Ort und damit verbunden zur gemeinschaftlichen

4 Hanak, Michael, in: ders. (Hrsg.): 2012, S. 85 f.

5 Als weiteres Derivat des Wortstamms *hospitium*, mit besonderem Augenmerk auf den Aspekt der Gastlich- und Geselligkeit, lässt sich in Norditalien der Typus der Venezianischen Ospedali lesen; jene meist der geistlichen Führung eines Klosters angeschlossenen Kultureinrichtungen, die als Begegnungs- und Unterhaltungsort Bevölkerung und Geistliche gleichermaßen zu Essen, Salons und Konzerten versammelten.



Räume der Gemeinschaft – Kapelle.

Foto: Ruedi Walti

Trägerschaft. Die von Craemer beschriebene Sonderstellung, die den Bautypen von Kloster und Hospital hinsichtlich ihrer Doppelrolle als Sakral- und Profanarchitektur zukommt, gilt ebenfalls für den Typus des Hospizes und bleibt über die Entwicklung und Genese der Typologie bis in die Gegenwart bestehen:

«Das mittelalterliche Hospital war nicht eine medizinische Heilkllinik, nach heutigen Begriffen, sondern eine Pflegeanstalt für Hilfsbedürftige aller Art mit durchwegs kirchlichem Charakter. Das Hospital war ursprünglich Herberge – *hospes*, der Gast – und diente ebenso wie das Xenodochium der Antike und der frühchristlichen Zeit der Aufnahme von Fremden und Pilgern. [...] Das Hospital des mittelalterlichen Abendlandes ist entstanden aus der Idee der christlichen Nächstenliebe. [...] Die Pfleger nahmen sich in erster Linie den Seelen der Insassen an. Während der Körper verfiel suchten sie die Seele zu stärken und für das Leben nach dem Tod vorzubereiten [vgl. Clay: S. 18].»⁶

Diese Funktion der geistlichen Begleitung, Herberge und Fürsorge kam auch der christlichen Trägerschaft in den Fremdenhospizen vor. Anders als in den Hospitälern galt es hier jedoch zudem die physische Stärkung für die weitere Reise im Gebirge sicherzustellen, sodass sich die Doppelträgerschaft aus kirchlicher und weltlicher Leitung ergab.

So auch geschehen am Gotthardpass, wo das Gebäudeensemble des Hospizes über viele Jahre von kirchlichen Vertretern der Mailänder Kirche oder der nahen Gemeinde Airolo und weltlichen Wirten gemeinschaftlich betrieben wurde. Hier allerdings ergab sich aus einem zunehmenden Wandel der Nutzer eine vollständige Veränderung in der Trägerschaft:

«Leitung und Unterhaltung des Hospizes auf der Passhöhe sowie desjenigen in Valle am Fuss des Passweges vertraute die Mailänder Diözese bald schon der Gemeinde Airolo an. Finanziert wurde es durch einen Teil der Sämereinnahmen. Der Führungswechsel von Geistlichen zu Laien widerspiegelt den Wandel von religiöser zu weltlicher

6 Craemer, Ulrich: 1963, S. 8.



Räume der Gemeinschaft – Stube.

Foto: Ruedi Walti

Nutzung des Hospizes. Nebst Pilgern und Kirchenleuten kamen immer mehr Händler, Beamte und Soldaten über den Pass. Wirtschaftliche Interessen an den Zolleinnahmen sowie die machtpolitisch strategische Lage machten den zentral gelegenen Pass im Mittelalter zu einem kontinentalen Politikum. Verschiedene Machthaber bemühten sich um die Herrschaft über das Passgebiet.»⁷

Mit einer Gründungshistorie, die bis in das 12. Jahrhundert als die belegte Nutzung des Säumerpfades und gar bis in das 7. bis 9. Jahrhundert zurückreicht, was die Kapelle betrifft, kommt dem Gebäudeensemble am Gotthardpass eine lange und bedeutsame Rolle in der transalpinen Geschichte zu. Anfang des 12. Jahrhunderts vom mailändischen Erzbischof dem Heiligen Sankt Gotthard – Schutzpatron der Handelsreisenden, der im Alpenraum einer Vielzahl von Kapellen und Kirchen seinen Namen leiht – geweiht und 1237 erstmals in den Säumerstatuten von Osco (Leventina) erwähnt, steht der Pass seit Beginn im Spannungsfeld zwischen kirchlicher und weltlicher Prägung und Nutzung. Auch in der Finanzierung und Trägerschaft der unterschiedlichen Einrichtungen auf dem Gotthardpass wird dies deutlich, welche gleichermaßen von der Erzdiözese Mailand (später von der Gemeinde Airolo) wie aus den Säumereinnahmen stammten. Es prägte sich eine bauliche Differenzierung der beiden Akteure in ein Hospiz der Gemeinde (weltlich geführt, von einem Wirt betrieben) und ein Hospiz der Seelsorge (kirchlich geführt, mit karitativer Ausrichtung, ab 1683 unter der Leitung von Kapuzinermönchen) aus.⁸

«In vielen Belangen arbeiteten die beiden Hospizleiter zusammen. Den Kapuzinern oblag in erster Linie das seelische Wohl, der weltliche Hospizleiter kümmerte sich auch um den Saumverkehr.»⁹

7 Hanak, Michael in: ders. (Hrsg.): 2012, S. 78.

8 Vgl. hierzu ebd.

9 Ebd., S. 78.



*Räume des Rückzugs – Gästezimmer mit Schlafnische.
Foto: Ruedi Walti*

Bei dem Hospiz auf dem Gotthardpass handelt es sich nicht unbedingt um die prägnanteste Ausgestaltung dieses Typus im Alpenraum. Hinsichtlich architektonischer Gestalt oder Dimension sind andere Passhospize wie beispielsweise das Alte Hospiz auf dem Simplon¹⁰ oder das Hospiz auf dem Großen Sankt Bernhard¹¹ weit markanter. Die Relevanz des Hospizes auf dem Gotthardpass bezieht sich also vielmehr auf die besondere Verkehrssituation des Ortes: ursprünglich als kürzeste, wenngleich sehr anspruchsvolle Nord-Süd-Wegeverbindung, später als gut erschlossener und bald intensiv befahrener Pass, dessen Verkehr 1882 mit der Fertigstellung des Eisenbahntunnels etwas von der Höhe des tatsächlichen Passes abgerückt und mit Eröffnung des Autobahntunnels im Jahr 1980 erheblich geschwächt wurde. Zudem bildet das Gebäudeensemble einen – wenngleich vor dem Kontext der es umringenden Naturgewalten verschwindend kleinen – Bestandteil dieses in der schweizerischen Mythologie und Geschichte gleichermaßen von starker Aufladung und Bedeutung geprägten Ortes. Und nicht zuletzt ist die Sanierung, Überformung und teilweise Erneuerung des Alten Hospizes ein Beleg für die Verdienste des Schweizerischen Heimatschutzes, der einen konventionellen Verkauf des Hospizes verhinderte und zur Gründung der Stiftung Pro San Gottardo beitrug. Diese verfolgte den Anspruch das Gebäudeensemble als bedeutsamen Bestandteil schweizerischer und der alpinen Landesgeschichte zu bewahren. Als solches wird das Alte Hospiz ein Teil dessen, was Miller & Maranta als kollektives Gedächtnis verstehen:

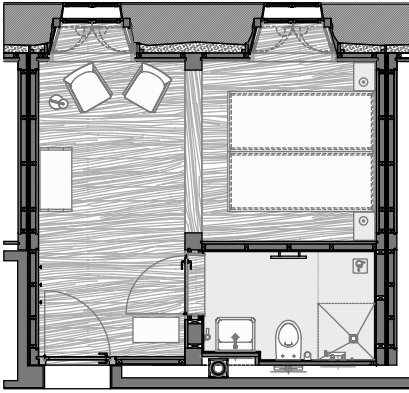
«Unsere Erinnerungen, wie etwas war und aussah, mit allen mitschwingenden Bedeutungen und Assoziationen.»¹²

Mit der Überformung des historischen Gebäudebestandes durch Miller & Maranta Architekten scheint es zu gelingen, die Erinnerung und den ureigenen Charakter

10 Ebd., S. 84: «Altes Hospiz auf dem Simplon, ein 1650 errichteter Turmbau».

11 Ebd., S. 84: «Hospiz auf dem großen Bernhard, ein mächtiger, ins 11. Jhd. zurückreichender Bau mit angeschlossener Kirchen».

12 Ebd., S. 90.



Räume des Rückzugs – Gästezimmer.
Planzeichnung: Miller & Maranta Architekten

des Ortes zu bewahren und neuerdings eine markante, eindeutig in der alpinen, kontextgebundenen Bautradition verwurzelte Bauform zu etablieren, deren zeitgenössische Architektursprache auf so subtile Weise komponiert ist, dass es ihr gelingt, sich gleichzeitig einzufügen und herauszustechen. Mit der Großgeste eines einenden Daches für Kapelle und Hospiz steht die neue Formgebung des Hauses in einer Tradition dessen, was als «beispielhaft mit der Gebirgswelt verwurzelte [Architektur]»¹³ gelten mag. Adams führt in diesem Zusammenhang eine Auswahl von Architekturen, wie beispielsweise die von Heinrich Tessenow geplante Villa Böhler in St. Moritz oder die Bergstation Hafelekarr der Nordkettenbahn bei Innsbruck von Franz Baumann an, welche bis heute vorbildlich sind für eine angemessene und kontextgebundene alpine und hochalpine Architektur sind; wenngleich sich die alpine Gegenwartsarchitektur heute zumeist durch ein weit höheres Maß technischer Ausstattung und Ausrüstung auszeichnet.

Die bauliche Entwicklung des Hospizes auf dem Gotthard lässt sich anhand historischer Schriften und Kartierungen ebenso belegen wie anhand der während der Baumaßnahmen durch Miller & Maranta Architekten freigelegten baugeschichtlichen Befunde. Ursprünglich im 9. Jahrhundert als romanische Kapelle angelegt, wurde die Anlage 1166 bis 1176 vergrößert und um einige angrenzende Räume erweitert. Schließlich wurde die runde romanische Apsis durch einen eckigen Chor ersetzt und die angrenzenden Versorgungs- und Herbergsräume bis in das Jahr 1777 hinein kontinuierlich baulich erweitert.¹⁴

«[...] als Federico Visconti Erzbischof von Mailand geworden war, nahm er sich dem vernachlässigten Bestand am Gotthard an. Er ließ 1683 «ein größeres Gebäude» erstellen und vertraute es den Kapuzinern an. Vier Jahre später wurde die Kapelle durch Antonio Rossalino vergrößert, an die Stelle der romanischen Apsis trat ein fünfeckiger Chor. Bis 1841 stand das Hospiz unter der Leitung der Kapuzinermönche, die von der Diözese Mailand unterstützt wurden. Das danebenliegende Hospiz der Gemeinde, «Vi-

13 Adams, Hubertus, in: Hanak, Michael (Hrsg.): 2012, S. 38.

14 Vgl. hierzu Hanak, Michael, in: ders. (Hrsg.): 2012, S. 78 f.



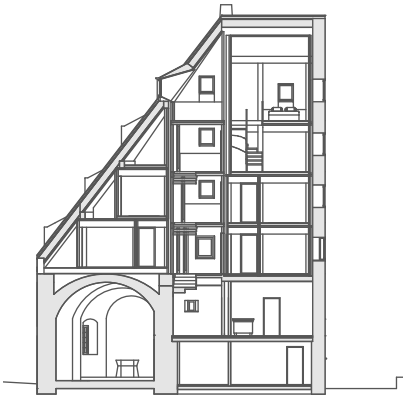
*Höhenstaffelung unterschiedlicher Raumtypologien.
Planzeichnung: Miller & Maranta Architekten*

cianza» [Nachbarschaft] genannt, verpachtete Airolo bis ins 18. Jahrhundert an einen Wirt. In vielen Belangen arbeiteten die beiden Hospizleiter zusammen. Den Kapuzinern oblag in erster Linie das seelische Wohl, der weltliche Hospizleiter kümmerte sich auch um den Saumverkehr. Wegen des zunehmenden Andrangs von Reisenden musste das Kapuzinerhospiz 1731 vergrößert werden. Das Haus erhielt ein zweites Obergeschoss und eine neue Dachform, die nun teilweise auch die Kapelle überdeckte.»¹⁵

Dieses Zusammenbinden von Kapelle und Ergänzungsräumen unter einem Dach prägt die Architektur des Alten Hospizes bis heute und wurde durch die von Miller & Maranta Architekten vorgenommenen Restaurierungs- und Ergänzungsarbeiten zusätzlich bestärkt. Wenngleich es sich heute um eine reguläre Hotelnutzung handelt, bleibt die historische monastische Architektur anhand der bestehenden Kapelle und der räumlichen Ordnung ablesbar. Die gemeinschaftlichen Nutzungen – im Sinne der monastischen Ursprungsarchitektur Kapelle, Refektorium und Calefaktorium, heute Kapelle, Stube und Küche – zeichnen sich als Großvolumen innerhalb der ansonsten dichten und kleinteiligen Raumstruktur ab. Mit der Überarbeitung durch Miller & Maranta Architekten ergibt sich eine zusätzliche Kleinteiligkeit der Individualräume durch das explizite Ausbilden von Schwellen, Übergängen und hölzernen Einbauten wie Möbeln und Individualbädern je Zimmer.

Anhand des Alten Hospizes auf dem St. Gotthard werden zudem raumtypologische Spezifika der Hospizarchitektur deutlich: Die Differenzierung zwischen Gemeinschaftsleben und privaträumlichem Rückzug sowie die doppelte Prägung durch die geistliche und weltliche Leitung des Hauses werden anhand des Raumgefüges der Architektur erkennbar. Die Räume des spirituellen und alltäglichen Gemeinschaftslebens bilden Großvolumen, welche das räumliche Gefüge in seinen Grundzügen strukturieren. Kapelle, Küche und Gemeinschaftssaal gliedern die Architektur und geben eine Dimension des Öffentlichen und Gemeinschaftlichen in dem Gebäude vor, welche an großzügige Räume besonderer, eigenständiger Gestaltung geknüpft ist. Die kleinteiligen privaträumlichen Strukturen, welche sich zwischen diese Großvolumen

¹⁵ Ebd., S. 78.



*Verschrankung verschiedener Nutzungen und Raumtypen.
Planzeichnung: Miller & Maranta Architekten*

fügen und diese voneinander separieren, beherbergen die Gästezimmer der Besucher. Das Prinzip der Raumbildung, große Raumzusammenhänge durch eingestellte, baulich gefasste kleinteilige Strukturen zu gliedern, gilt im Maßstab innenräumlicher und möbelhafter Einbauten gleichermaßen für die Individualzimmer. Das Volumen des Badezimmers sowie konstruktive Schwellen, Stützen und Stürze gliedern den Raum und etablieren unterschiedliche Grade der Intimität. Die Schwellen und Übergänge zwischen gemeinschaftlichen Räumen und privaten Individualzimmern bilden Wege- und Treppenträume, welche diese gleichermaßen funktional verbinden und räumlich separieren.

Bezüglich der übergeordneten Thematik des Ortes und der darin begründet liegenden Bedeutung des Alten Hospizes formulieren Miller & Maranta Architekten:

«Der Gotthard ist ein Ort des Transits, und in diesem Sinne sind seine Symbole stetig der Veränderung unterworfen. Seine Identität besteht nicht aus charakterbildenden Häusern oder bildhaften Denkmälern. Der Gotthard ist ein metaphorisches Monument. In der Bilderlosigkeit des Mythos Gotthard liegt – wenn sie als spezifischer Charakterzug verstanden wird – ein grosses Potenzial. Sie ermöglicht einen offenen Umgang mit veränderten Bedingungen. Sie lässt unterschiedliche Interpretationen und Erinnerungen zu. [...] Ziel der Reisenden war nie der Gotthard an sich, sondern stets seine Überwindung. Das Monument ist nicht das Objekt, sondern sein Wesen als Ganzes.»¹⁶

Für die weitere Betrachtung des Hospizes – in der neu konnotierten Wiedereinführung des Wortes – erscheint es, als spiele diese Bedeutungsebene als ein Ort für die Möglichkeit zu «unterschiedlichen Interpretationen und Erinnerungen» eine ebenso wichtige Rolle wie die elementaren Qualitäten von Gastlichkeit, Herberge, Für- und Seelsorge.

16 Miller, Quintus | Maranta, Paola | Aarburg, Jean-Luc von, in: Hanak, Michael (Hrsg.): 2012, S. 14.

Krankenhospiz | Hospital

Hospitäler sind uns in der Gegenwart als synonyme Pendants von Krankenhäusern geläufig. In ihrer historischen Entwicklung obliegen sie jedoch einem in vielem der Hospizarchitektur verwandten Ursprung.

«Denken wir an Krankenhäuser, verstehen wir sie als Orte, die darauf abgestimmt sind, Menschen zu heilen, und wir neigen dazu, sie als Hochburgen der Medizin zu betrachten. Das ist genau das, was sie heute sind – doch auch wenn Krankenhäuser auf eine über zweitausendjährige Geschichte zurückblicken können, nehmen sie ihre heutige Rolle erst seit dem späten 18. Jahrhundert ein. Davor war nicht einmal das Ziel selbstverständlich, Patienten zur Genesung zu bringen – bestenfalls half man ihnen, sich ein wenig besser zu fühlen. Sehr lange hielt man sich mit weitergehendem Ehrgeiz zurück; zudem standen philosophische Fragen zur Diskussion: Darf der Mensch in die Natur eingreifen? Grenzt eine solche Absicht nicht an Blasphemie? [...] Die Vorläufer der heutigen Krankenhäuser entwickelten sich um das 9. Jahrhundert, bis dahin war noch nicht einmal der Gedanke aufgekommen, dass kranke Menschen in speziell für sie bestimmten Gebäuden gemeinsam untergebracht werden sollten. [...] Erst mit dem Aachener Konzil im Jahre 816 begann sich diese Praxis in den westlichen Ländern zu verbreiten.»¹⁷

Der Typus des Hospitals basiert auf den christlich geprägten Hospitälern und Pfründhäusern des Mittelalters, die als Zufluchtsstätte den Alten, Kranken und Bedürftigen Obdach und Versorgung sicherten. Die konfessionelle Prägung der Einrichtungen und ihre direkte Anbindung an klösterliche Orden legten die christlichen Motivationen von *caritas* und *memoria* dem Leben in den Institutionen zugrunde, deren Anliegen es in diesem Sinne war, Bedürftigen «materielle und geistliche Stärkung von Leib und Seele [zu gewähren]. Das mittelalterliche Hospital war wesentlich eine religiös motivierte, monastisch organisierte Institution.»¹⁸ Der Handlungsfokus lag hierbei vordergründig auf dem Gottesdienst und dem Praktizieren religiöser Riten. Die medizinische Pflege trat dahinter zurück. Sie wurde im frühen Mittelalter zwar teilweise praktiziert, endete jedoch zunächst mit dem Edikt von Clermont im Jahre 1130, das jegliche medizinische Praxis untersagte und damit die krankenpflegerische Versorgung bis ins Spätmittelalter aus den Hospitälern verdrängte. Die medizinische und insbesondere die chirurgische Tätigkeit wurde fortan ausschließlich den Laien überlassen, so dass unter dem Leitsatz «*ecclesia abhorret a sanguine*»¹⁹ medizinische Eingriffe und monastische Fürsorge kategorisch getrennt wurden. Erst Ende des 12. Jahrhunderts rückt die medizinische Pflege dank der Einführung von Bürgerschaften und Laienorden und deren Anerkennung durch die Kirche wieder in den Fokus, sodass sich neben den historischen, kirchlich geführten Hospitälern auch solche in der Trägerschaft von Bürgern und Laien etablieren können, deren Fokus sich vermehrt auf die medizinische Pflege und körperliche Fürsorge denn auf die liturgische Praxis richtet.

17 Nickl-Weller, Christine | Nickl, Hans (Hrsg.): 2013, S. 127.

18 Jankowiak, Tanja: 2010, S. 30.

19 Latein: *Die Kirche verabscheut das Blutvergießen.*

«Krankenhäuser waren ursprünglich als wohltätige Einrichtungen für die Armen gedacht. Denn wenn diese krank wurden und deshalb ihren Lebensunterhalt nicht mehr verdienen konnten, waren sie dazu verdammt, den Rest ihres Lebens in Elend zu fristen – es sei denn, ihnen wurde Hilfe zuteil. Genau hierfür gab es die Krankenhäuser. Sie standen in enger Beziehung zur Kirche [woraus sich der französische Begriff «Hôtel-Dieu» erklärt]. Zudem befanden sie sich in der Stadt und damit in unmittelbarer Nähe ihrer Kundschaft. Die Urbanisierung Europas im späten Mittelalter, die in der Gründung neuer Städte und der Ausdehnung der bereits bestehenden rekulminierte, führte daraufhin zur Entstehung städtischer Krankenhäuser – die, auch wenn sie vom Stadtrat oder einem anderen städtischen Gremium betrieben wurden, eine ähnliche Aufgabe erfüllten wie ihre kirchlichen Pendants. [...] Zwar gehörten zum Personal dieser Häuser normalerweise auch Ärzte, aber sie hatten eher eine soziale als eine medizinische Funktion: Sie waren kaum mehr als wohltätige Einrichtungen.»²⁰

Hinsichtlich des Bautyps variieren die Hospitäler zwischen einer kleinkörnigen monastischen Architektur mit um einen Gartenhof angeordneten Zellen als Rückzugsräume, mit den Erschließungsflächen der (Kreuz-)Gänge, den sakralen und dienenden Räumen (Kirche, Kapelle, Speisesaal und Küche) als Begegnungsorten einerseits und der großmaßstäblicheren Architektur der gemeinschaftlich geteilten Säle andererseits. Es scheint, als stünde damit seit jeher die bis heute aktuelle Frage nach dem für eine humane und qualitätsvolle Pflege angemessenen Grad an Privatheit und demgegenüber das für eine gute Genesung notwendige Maß an sozialer Integration und Gemeinschaft zur Disposition. In seiner extremsten Ausprägung fördert dies einerseits den Typus der Einzelzelle und der damit religionshistorisch verbundenen Klausur und andererseits den Spitalsaal als Großvolumen für die Beherbergung einer Vielzahl von Patienten und Pflegebedürftigen in der Gemeinschaft; in gemäßigter Form findet das Austarieren des passenden Grades an Privatheit bis heute in der Diskussion um eine standardisierte Festlegung auf Mehrbett- oder Einzelzimmer Ausdruck.

Die Architektur des Hospitals steht damit in der direkten Folge der monastischen und sakralen Architektur. Die fein gekörnten Strukturen der Patiententrakte sind dabei den kleinteiligen Zellen der Klöster entlehnt, während sich räumliche Großvolumen in Dimension und Bauweise am Kirchenbau orientieren. Dominieren die Gestaltungsmerkmale großvolumiger Sakralräume und die atmosphärische Aufladung kirchlicher Bauten, so implizieren diese eine intensive Verknüpfung von liturgischer und medizinischer Praxis. Darüber hinaus bedingen Raumdimension und -gefüge auch den Adressaten der jeweiligen Einrichtung: Während die klosterähnlichen Bautypen, welche in ihrer Raumfolge dem Typus der antiken Xenodochien gleichen, vordergründig Herberge für Pilger, kranke Mönche, Geistliche und andere Einzelpersonen sind und ihnen damit eine gewisse Exklusivität gegenüber der Allgemeinbevölkerung zukommt, richten die großen Spitalsäle ihre karitative Tätigkeit an die Armen, die Kranken, die Alten und die Pflegebedürftigen in der Gesellschaft und damit an eine viel weiter gefasste Personengruppe. Der sich darin andeutende, zu bewältigende Spagat zwischen der soliden Grundversorgung einer ganzen Gemeinschaft und der individuellen, spezialisierten Betreuung eines Einzelnen wird die gesamte Medizingeschichte hindurch erhalten bleiben. In den klösterlichen Hospitalformen ist die

Differenzierung in private Rückzugsräume und Gemeinschaftssäle zudem deutlich mit der Frage nach der Sakralität der Räume verbunden: Während im antiken Xenodochium und den daran angelehnten, frühen Klosterarchitekturen eine eindeutige Trennung zwischen den an den Wohnhof angrenzenden Zellen und der im Osten der Anlage angrenzenden Kapelle für die «förmlichen Gottesdienste»²¹ besteht, findet mit Einführung des Typus des Spitalsaals eine vollständige Integration der Hospitaliten in den Sakralraum und entsprechend in den stetigen «Dienst an Gott»,²² der im Zentrum des Hospitalalltags steht, statt. So beispielsweise im Fall des 660 in Paris gegründeten Hôtel-Dieu. Neben der Korrespondenz von Kloster- und Hospitalarchitektur ergeben sich weitere Bezüge in den Wohnungs- und Sakralbau der jeweiligen Bauzeit.

«Üblicherweise waren die Krankenhäuser zwar große Bauten, folgten aber den Konventionen der Wohnarchitektur, und soweit sie nicht direkt an eine vorhandene Kirche oder Kathedrale abgeschlossen waren (wie das typische Hôtel-Dieu), gab es darin zusätzlich eine Kapelle. Komplexe wie das Sint-Jans-Spital in Brügge waren komplett in die Stadtstruktur integriert. Sie bekundeten die Mildtätigkeit der Stifter, die sie gegründet hatten und betrieben, und entwickelten sich zu urbanen, monumentalen Gebäuden – das kommt nicht nur in der Architektur klar zum Ausdruck, sondern zeigt sich auch in ihrer Rolle als Kunstzentren und der damit verbundenen Bedeutung für die städtische Gesellschaft.»²³

Als Sonderbauten waren Hospitäler damit fester Bestandteil des Stadtbaukörpers.

«Im Unterschied zur charakteristischen klösterlichen Hospitalform nach dem Prinzip des Xenodochiums bestand in der Anlage des bischöflichen Hospitals Hôtel-Dieu in Paris, das auf eine im Jahr 660 gegründete Pilgerherberge bei der Kathedrale Nôtre-Dame zurückgeht, keine räumliche Trennung der Schlafbereiche der Hospitaliter vom Raum des förmlichen Gottesdienstes.»²⁴

Diese Auflösung der Grenze zwischen Wohnstätte und Liturgieort manifestiert sich vollständig in Gestalt der hochmittelalterlichen Saalarchitektur, welche in lediglich ein großvolumiges Hallengebäude mit kleinteilig strukturierter, dienender Nutzung (Küche und Lagerräume) strukturiert ist. Die Gliederung in Sakralraum und Wohntrakt der Hospitaliter ist hier gänzlich aufgehoben, und der Kirchenraum ist gleichzeitig Schlafsaal der Kranken. Ein markantes Beispiel hierfür bildet das Hospital im Kloster von Ourscamp aus dem Jahr 1210.²⁵ Diese Überlagerung von Sakralort und Wohnstätte wird in der Folgeentwicklung wieder aufgehoben; der Spitalsaal bleibt als Großvolumen erhalten und in seiner Gestalt auch weiterhin deutlich an der Hallenarchitektur der Kirchenschiffe orientiert, der Liturgieort wird jedoch in einer angrenzenden Kapelle separiert. So beispielsweise im Fall des Heilig-Geist-Kreuz-Hospitals

21 Jankowiak, Tanja: 2010, S. 34.

22 Ebd., S. 35.

23 Nickl-Weller, Christine | Nickl, Hans (Hrsg.): 2013, S. 129; vgl. hierzu Cork, Richard: 2012.

24 Ebd., S. 34.

25 Vgl. hierzu ebd., S. 27.



*Hospitalsaal des Hôtel-Dieu in Paris.
Stich um 1500*

in Goslar aus dem Jahr 1254.²⁶ Eine Entwicklung von zunehmend räumlicher Differenzierung ist im 13. und 14. Jahrhundert bereits in der Architektur der Pfründhäuser zu beobachten und setzt sich im 15. Jahrhundert als Bauform für den Neubau der Hospitäler fort. Im Zuge dieser Entwicklung werden die Bauten zudem profaner und die Typologie, welche stark an Kirchenbauten erinnerte, in der Renaissance von Gebäuden im Stil der Herrschaftsgebäude abgelöst.²⁷ Mit dem Fortschritt in der medizinischen Praxis und Diagnostik werden im 17. Jahrhundert neben den Spitalsälen vermehrt auch ergänzende Funktionsräume notwendig. Die Ausprägung dieser funktionalen Räume ist zunehmend prägnanter, sodass sich bald Funktionszonen entsprechend der medizinisch-therapeutischen Abläufe in der Architektur ablesen lassen. Als Steigerung dieser Zonierung entstehen im 19. Jahrhundert die ersten Pavillonkrankenhäuser; ein Typus, der sich für die medizinische und pflegerische Praxis bewähren wird und im 20. Jahrhundert mit der Einführung zunehmender Standardisierung – gleichermaßen in der Medizin wie beim Bauen – die Basis bildet für eine Krankenhausarchitektur, wie wir sie bis heute kennen.

In der Tradition einer langjährigen Separierung von Sakralräumen und karitativen Einrichtungen stehend, in der Kirchräume lediglich in Notsituationen als Kranken-, Flüchtlings- und Pflegelager umgenutzt werden, erscheint uns heute eine Überlagerung von sakralen Liturgieräumen und im weitesten Sinne medizinisch-pflegerischen Räumen als höchst befremdlich, wenngleich es sich hierbei um eine vergleichsweise junge Entwicklung handelt, die erst seit der medizinischen Modernisierung seit dem 18. Jahrhundert besteht. Vor dem Beginn einer explizit medizinischen Behandlung und Pflege, in direkter Nähe zu den Naturwissenschaften und damit ihrer (weitgehenden) Emanzipation von der Kirche, war die religiöse Prägung aller karitativen Einrichtungen so deutlich, dass die Integration von Gottesdiensten und Andachten in das Leben der Kranken, Pflegebedürftigen, Alten und Sterbenden – und umgekehrt die Integration der Pflege in die liturgischen Räume – evident war.

²⁶ Vgl. hierzu ebd., S. 27.

²⁷ Ebd.