

bevor ich sterbe, will ich...



Julian Gatterer, Bsc

bevor ich sterbe, will ich...  
Hospiz am Lend

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades eines  
Diplom-Ingenieurs  
Studienrichtung Architektur

eingereicht an der  
Technische Universität Graz

Betreuerin

Univ.-Prof. Mag.arch. Mag.art. Architektin Irmgard Frank  
Institut für Raumgestaltung

Graz, Oktober 2015

*Bei personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Formulierung für die männliche als auch weibliche Form. Auf die explizite Nennung beider Geschlechter wurde der einfacheren Lesbarkeit halber verzichtet.*

### **EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG**

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt, und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Das in TUGRAZonline hochgeladene Textdokument ist mit der vorliegenden Masterarbeit identisch.

.....  
Graz, am

.....  
Unterschrift



## Inhalt

Alle müssen sterben	7
Gesellschaftlicher Umgang mit dem Tod - Ein geschichtlicher Abriss	11
Umgang mit Sterbenden heute	17
Hospizbewegung   Selbstbestimmt Sterben	21
Die Akteure im Hospiz	27
Nutzergruppendiagramm - wie viel Privatheit gibt es?	33
Hospizstation   Institutionalisierung des Sterbens?	39
St. Christopher's Hospice London	43
Gemeinschaftshospiz Havelhöhe Berlin	47
Albert-Schweitzer Hospiz Graz	55
CS Hospiz Rennweg Wien	63
Zürcher Lighthouse	71
Vier Hospize im Vergleich	79
Standortwahl   Hospize in der Stadt und am Land	83
Architektonische Entwurfparamater	89
Gedanken zum Entwurf	91
Das Grundstück am Lendplatz	93
Raumprogramm	99
Entwurfskonzept	101
Interviews	135
Literaturverzeichnis	143
Abbildungsverzeichnis	149
Danke	153



2 Lebensrad von der Geburt bis zum Tod

## Alle müssen sterben

*„Auf alle Menschen wartet gleicher Tod  
Und keinen gibt es, der an diesem Tag  
Schon weiß, ob er den nächsten noch erlebt“*

*Euripedes*

In einer vor kurzer Zeit geführten Diskussion mit einem Freund beschrieb er den Tod als etwas Indiskutables, da er zwangsläufig jeden Menschen ereilt, wenngleich auch auf unterschiedlichste Art und Weise. Vielleicht ist die Hilflosigkeit, die unser Todesbild malt, der Grund weshalb es so schwierig ist ihn in unser Leben zu integrieren. Nach zwei einschneidenden Todesfällen in der Familie sah ich mich gezwungen, mit dem Thema Endlichkeit auseinander zu setzen.

Ein Gefühl der Machlosigkeit und des „Ausgeliefert seins“ prägt meine Haltung gegenüber dem Tod. Über ihm liegt ein grauer undurchsichtiger Nebel der Ungewissheit. Michael Brooks beschreibt den „unausweichlichen Tod“<sup>1</sup> als einen der 13 größten ungelösten Rätsel der Menschheit. Fragen wie „Gibt es ein Leben nach dem Tod und wie fühlt sich Sterben

an?“ sind in der letzten Lebensphase unausweichlich. Die medizinische Wissenschaft, die den Tod zurückzudrängen versucht, reibt sich an religiösen Weltvorstellungen, die versuchen ihren Anhängern die Angst vor dem Tod zu nehmen.

Wenn jetzt über den Tod an sich nicht diskutiert werden kann, so kann doch über den Umgang mit dem Tod und sterbenden Menschen über verschiedene Sicht- und Interpretationsweisen debattiert werden. Als Grundlage dieser Arbeit ist die Frage nach dem Umgang mit dem Tod in der heutigen Gesellschaft zu sehen und wie die Architektur Umstände verbessern kann. Das Hospiz als Haus, in dem sterbende Menschen in ihrer letzten Lebensphase begleitet werden, setzt sich nicht zuletzt mit der architektonischen Seite dieser Fragestellung auseinander.

<sup>1</sup> Vgl. Brooks 2010



3 Die drei Lebensalter (des Weibes) und der Tod

Bei der Mitarbeit an einem Architekturwettbewerb mit zwei Grazer Architekturbüros kam ich das erste Mal mit dem noch jungen Bautyp intensiver in Kontakt. Gegenstand des Wettbewerbs war der Entwurf eines Hospizentrums in Hall in Tirol. In einem suburbanen Kontext soll bis Ende 2016 am Gelände der Tiroler Landeskrankenanstalten ein neues Hospizzentrum entstehen. Der knappe Zeitplan des Wettbewerbs ließ eine intensive Beschäftigung mit dem Umgang mit Tod und Sterben in der heutigen Zeit nur sehr schwer zu. Mein Interesse für das Thema wurde jedoch geweckt und im Zusammenspiel mit meinen persönlichen Erfahrungen und meinem Potential beschloss ich, mich im Rahmen meiner Diplomarbeit damit auseinander zu setzen. Ort der Arbeit ist Graz, das mich während meiner Studienphase der letzten sieben Jahre sehr geprägt hat.

Ein Hospiz in Graz muss sich mit einem deutlich urbaneren Kontext auseinandersetzen. Dies evoziert die Frage, wie notwendig eine Eingliederung von Sterbehäusern in urbane Ballungsräume ist. Die Schwierigkeit dabei liegt darin, ein gesundes Verhältnis von Öffnung

und Rückzug zu schaffen. Die Notwendigkeit dies herzustellen wird vor allem in der Vorentwurfsanalyse sichtbar werden, für die ich mich mit dem Thema Sterben und Tod in anderen wissenschaftlichen Disziplinen beschäftigt habe. Die wertvollsten Erfahrungen machte ich jedoch während meiner Besuche in bestehenden Hospizen.

Daran wird sichtbar wie die Sprache der Architektur bisher auf die Entwicklungen der Forschung geantwortet hat und welche Tendenzen sich daraus für zukünftige Hospizprojekte ableiten lassen.



4 Der Tod der Crescentia Pirkheimer

## Gesellschaftlicher Umgang mit dem Tod Ein geschichtlicher Abriss

*„Es war einmal ein Schock,  
der hinterließ einen langen, bleichen, schimmernden Kometenschweif.  
Er beherbergt uns. Er macht die Fernsehbilder verschwommen.  
Setzt sich als kalte Tropfen auf die Überlandleitungen.*

*Noch immer kann man auf Skiern vorwärts rutschen  
Durch Gehölz, an dem noch das Vorjahrslaub hängt.  
Aus alten Telefonbüchern herausgerissenen Blättern ähnelt es-  
Die Namen der Teilnehmer von der Kälte verschluckt.*

*Noch immer ist es schön, sein Herz klopfen zu spüren.  
Doch oft fühlt sich der Schatten wirklicher an als der Körper.  
Der Samurai sieht unbedeutend aus  
Neben seiner Rüstung aus schwarzen Drachenschuppen.“<sup>2</sup>*

*„Nach jemandes Tod“ - Tomas Tranströmer*

Im Folgenden wird beschrieben, wie sich der gesellschaftliche Umgang mit sterbenden Menschen von der Antike über das Mittelalter bis in die Moderne verändert hat. Im Hinblick auf die Bauaufgabe „Hospiz“ wird verständlich werden, warum im Jahre 1967 die Britin Cicely Saunders in London das erste Hospiz im heutigen Sinne gegründet hat. Wie mit Menschen kurz vor dem Tode umge-

gangen wird, definiert sich im Wesentlichen durch zwei Aspekte: einerseits durch pflichtethisch und medizinisch geprägte und andererseits durch gesellschaftlich-kulturelle Aspekte.<sup>3</sup> Über die Jahrhunderte wurde der Sterbeprozess immer mehr kultiviert und das Gefühl des „Ausgeliefert seins“ veränderte sich von der Antike bis heute in ein „bewusstes Gestalten“.

<sup>2</sup> Tranströmer 2013, 95

<sup>3</sup> Vgl. Schmiedebach/Woellert 2006, 167

Von der Antike bis in die frühe Neuzeit stellten Ärzte ihre Behandlung ein, sobald ein naher Tod abzusehen war.<sup>4</sup> Dafür gibt es mehrere Gründe medizinischer sowie kulturell-religiöser Natur. Die hippokratische Lehre riet aus Gründen der Schuldfrage von einer Behandlung kurz vor dem Tode abzusehen. Das Bild des Arztes, der aus geldgieriger Haltung heraus noch behandelte und der sich über den Willen Gottes stellte<sup>5</sup>, prägte auch den Umgang mit sterbenden Menschen. Solch ein Umgang wurde Menschen mittleren Standes zuteil. Ausnahme bildeten höher gestellte Ärzte wie Könige, Kaiser und Päpste. Die Pflege Sterbender war Aufgabe von Ordensgemeinschaften sowie der sich im Mittelalter entwickelnden Hospitälern.<sup>6</sup>

Der französische Mediävist und Historiker Philippe Ariès beschreibt in seinem Buch „Geschichte des Todes“, dass bis zur Mitte des 17. Jahrhunderts die Gesellschaft dem Tode mit großer Akzeptanz und Ehrfurcht entgegentrat. Die Zeit des Todes wird als eine Zeit der Stille und der Ruhe beschrieben. Der Sterbende war sehr feinfühlig und wusste ganz genau, wann der Augenblick des Todes bevorstand.

4 Vgl. Culmann 1986, 54

5 Vgl. Schäfer 2001, 106-108

6 Vgl. Rosentreter/Groß/Kaiser 2010, 22-23

*„Der Todgeweihte allein ermißt die Frist, die ihm noch verbleibt.“<sup>7</sup>*

Aber auch die stärkere Verbundenheit mit der christlichen Religion in Mitteleuropa untermauert diese These. Der christliche Glaube, in dem die Auferstehung eine zentrale Säule ist, verdonnert so zu sagen die Gläubigen dazu sich den Tod und mit diesem einhergehend die Reinkarnation herbeizusehen.<sup>8</sup> Dies ging sogar soweit, dass Menschen, die nicht sterben wollten und an ihrem Leben hingen als „Scharlatane“ galten.<sup>9</sup> Die hier beschriebene Grundeinstellung beschreibt den langsamen akzeptierten Tod, den gezähmten Tod, wie ihn Ariès nennt. Die „mors repentina“, der plötzliche Tod, war gefürchtet, denn er zerstörte die natürliche Ordnung.

*„In dieser mit dem Tode so vertrauten Welt war der plötzliche Tod häßlich und gemein; er flößte Angst ein.“<sup>10</sup>*

Umgekehrt heute, wo eher ein plötzlicher, unvorhergesehener Tod bevorzugt wird.

7 Boulenger 1945, 124; Vgl. Ariès 2009, 14

8 Vgl. Ariès 2009, 23

9 Vgl. Ariès 2009, 18

10 Ariès 2009, 20

Vor allem die Öffentlichkeit des Sterbeprozesses war früher anders. Im Unterschied zum 20. Jahrhundert wurde im Mittelalter von Menschen umringt gestorben. Der Ort des dramatischen Schauspiels waren nach Mitte des 17. Jahrhunderts die Räumlichkeiten des sich im Totenkampf befindenden Menschen. Es war jeder Person im Dorf zugänglich. Alberto Tenenti beschreibt, dass der Sterbende in seinem Bette, umringt von Besuchern dem Schauspiel seines eigenen Todes als Zuschauer teilnimmt.<sup>11</sup>

*„Ein Kampf zwischen zwei übernatürlichen Mächten, in dem der Gläubige nur eine begrenzte Möglichkeit der Wahl hat, aber kein Mittel, sich ihm zu entziehen – ein gnadenloser Kampf zu Häuptern des Bettes, die teuflische Heerschar auf der einen, die himmlische auf der anderen Seite.“<sup>12</sup>*

Das Drehbuch zu diesem Drama, also zum „guten, heilbringenden Sterben“, lieferte seit dem 15. Jahrhundert die „artes moriendi“,<sup>13</sup> eine Kunstrichtung, die in bildlicher und textlicher Form Menschen Unterstützung beim

Sterben geben wollte.<sup>14</sup> Die „Ars Moriendi“ kann in zwei Hauptrichtungen unterteilt werden: die „ars moriendi im engeren“, die eine Beschäftigung mit dem eigenen Tod in der allerletzten Lebensphase evoziert und die „ars moriendi im weiteren Sinne“, die viel weiter geht und die so genannten „1000 Tode“ beschreibt, die ein jeder Mensch während seines Lebens stirbt, also die Beschäftigung mit dem „Zu-Ende-Gehen“, dem „Loslassen“ oder dem „Abschied-Nehmen“.<sup>15</sup> Doris Held zeigt in ihrer Masterarbeit auf, wie eine „Ars Moriendi“ in der heutigen Zeit aussehen kann. Ihre Analyse ist auch im Kontext der Hospizbewegung relevant, geht es ja dort für die Pflegenden einerseits darum, die Menschen bei so einfachen Dingen des Lebens, wie zum Beispiel beim Übergeben der Hauskatzenpflege an die Verwandten zu helfen, und andererseits in der Phase des eigentlichen physischen Todes zu unterstützen.

Wie schon erwähnt hielt sich das achtsame und demütige Bild des Todes bis zum Ende des 17. Jahrhundert, als sich eine Skepsis gegenüber religiös geprägten Vorstellungen, wie beispielsweise dem Glaube ans Fegefeuer,

<sup>11</sup> Vgl. Ariès 2009, 139

<sup>12</sup> Ariès 2009, 139-140

<sup>13</sup> Vgl. Ariès 2009, 138

<sup>14</sup> Vgl. Held, 4

<sup>15</sup> Vgl. Rügger, 16f



durchzusetzen beginnt.<sup>16</sup> Das Bild des schönen romantischen Todes kehrt sich um. Das Makabre beginnt das Bild des Todes zu überschatten. Man beginnt sich vor Sterbenden, vor allem vor den körperlichen Ausscheidungen, regelrecht zu ekeln.<sup>17</sup> Dieser von Ariès als „schmutzig“ beschriebene Tod war die Grundlage der Medikalisierung. Das Bild des Sterbenden im Mittelpunkt einer Menschenmenge beginnt sich dahingehend zu wandeln, als dass der Augenblick des letzten Atemzuges sich mit dem medizinischen Fortschritt immer mehr in die absolute Privatheit zu Hause oder in den abgekapselten Raum des Krankenhauses zurückzieht. Ariès spricht vom „heimlichen Tod“.<sup>18</sup>

*„Die physiologischen Begleiterscheinungen des menschlichen Lebens sind aus der Alltagswirklichkeit ausgebürgert und in die aseptische Welt der Hygiene, der Medizin und der Sittlichkeit verwiesen worden.“<sup>19</sup>*

Diese Einstellung zum Tode ist durch die Moderne hindurch die vorherrschende. Bis in die 1960er Jahre war das Thema Tod und Sterben ein gesellschaftliches Tabu, wodurch Sterben-

de sehr weit im Abseits standen.

<sup>16</sup> Vgl. Ariès 2009, 137

<sup>17</sup> Vgl. Ariès 2009, 728f

<sup>18</sup> Vgl. Ariès 2009, 729-730

<sup>19</sup> Ariès 2009, 730



6 Hochleistungsmedizin am Lebensende

## Umgang mit Sterbenden heute

*„Der Tod kommt nur einmal, und doch macht er sich in allen  
Augenblicken des Lebens fühlbar.  
Es ist herber, ihn zu fürchten, als ihn zu erleiden.“*

*Jean de La Bruyère*

Im Jahre 1976 bemerkte der österreichisch-amerikanische Soziologe Thomas Luckmann, dass der Tod in der Gesellschaft des 20. Jahrhunderts nicht einmal mehr eine untergeordnete Rolle spiele. Dies deckt sich auch mit den Beobachtungen von Geoffrey Gorer, der 1963 feststellte, dass der Umgang mit dem Tod vergleichbar mit dem Umgang mit Pornografie sei.<sup>20</sup> Immer wieder ist von Tod als Tabuthema in der modernen Industriegesellschaft die Rede. Doch inwieweit sind diese Beobachtungen auch heute im 21. Jahrhundert noch gültig? Wie geht die neoliberale Gesellschaft mit dem Thema Tod und Sterben um?

Philippe Aries lässt in seiner 1978 erschienenen Geschichte des Todes schon anklingen, dass sich das gesellschaftliche Tabu des Todes mehr und mehr zerbröckelt. Vor allem die

Psychologie warnt vor einer Verdrängung von Trauer und Tod. Eine Entwicklung dahingehend, dass sich die Beschäftigung mit dem Tod einer immer größer werdenden Beliebtheit erfreut. Bücher wie die Interviews mit Sterbenden von Elisabeth Kübler-Ross untermauern diese These. Tony Walter, britischer Thanatologe, Soziologe und Professor an der Universität von Bath beschreibt die heutige Gesellschaft eher fanatisch dem Tode gegenüber, als dass sie ihn verdränge.<sup>21</sup>

Waren es in den 90er Jahren noch Todesanzeigen oder öffentliche Begräbnisse, welche die Nachricht eines verstorbenen Mitmenschen zu einer allgemeinen Angelegenheit machten, so verlagert sich seit dem Siegeszug des Internets die öffentliche Kondolenz immer mehr in die sozialen Medien. Facebook-Seiten verstorbener Menschen quellen über von

<sup>20</sup> Vgl. Gorer 1955

<sup>21</sup> Vgl. Walter 1994, 1f

Trauerbekundungen und Erinnerungen aus gemeinsamen Zeiten. Der Tod macht auch vorm positivistischen Unternehmen im Silicon Valley nicht halt.

*„In den USA boomt bereits das Berufsbild des digitalen Bestatters.“<sup>22</sup>*

Johannes Thumfart beschreibt die Entwicklung in einem Artikel, der in „Die Zeit online“ am 21. Januar 2011 erschien, sehr zynisch. Ihn beschäftigt die Frage, was mit den unzähligen Facebook Accounts von verstorbenen Menschen geschehe, besonders dann, wenn die Zahl der Toten die der lebenden Facebook Benutzern übersteigt.

Die immer größer werdende öffentliche Beschäftigung mit dem Thema Tod kann durchaus positiv und bereichernd gesehen werden. Armin Nassehi und Irmhild Saake bemerken, dass der Tod Teil einer zunehmenden „öffentliche Geschwätzigkeit“ ist und damit immer mehr in die Mitte öffentlicher Debatten drängt. Die Frage, wie der Tod debattiert und thematisiert werde müsse jedoch gestellt werden.<sup>23</sup>

<sup>22</sup> <http://www.zeit.de> - 27.5.2014

<sup>23</sup> Vgl. Schneider 1999

Die Thanatologie beschäftigt sich mit den Fragen, *„die sich über den Kontext von den Besonderheiten dessen informieren lassen können, was wir den Tod nennen.“<sup>24</sup>*

Auch die deutsche Kulturwissenschaftlerin Swantje Goebel spricht davon, dass sich der Tod heute eher einer Popularisierung erfreut, als dass er verdrängt und tabuisiert wird. Sie geht sogar so weit zu behaupten, dass der Tod gar nie ein Tabu sein kann, weil er immer da ist. Tabu könnte nur die Beschäftigung mit sterbenden Menschen sein, was vielleicht in der Moderne der Fall war. Seit den 1960er Jahren sind Sterbende weiter in Richtung Mittelpunkt der Gesellschaft gerückt. Auch die Auseinandersetzung mit dem Tod unterlag einem Wandel. Sterbende Menschen und deren Angehörige wollen beispielsweise immer mehr ihre Bestattung selbst gestalten. Goebel beobachtet auch, dass sich immer mehr Menschen sich ihrer eigenen Endlichkeit stellen wollen.<sup>25</sup>

Während meiner Recherche machte ich aber kontroverse Erfahrungen. Die Pflegenden, die ich im Rahmen meiner Hospizbesuche in

<sup>24</sup> Nassehi, Armin 1989

<sup>25</sup> Vgl. Kreuzundquer, 2013

Berlin, Graz und Wien interviewte, erklärten mir, dass heute keineswegs von einer Enttabuisierung vom Umgang mit Sterbenden gesprochen werden kann, sondern viel eher von einer Verdrängung Sterbender an den Rand der Gesellschaft. Obwohl eine gewisse Neugier am Thema Tod vorhanden ist, sei das Bild des jungen dynamischen Menschen sehr dominierend.<sup>26</sup>

Es kann also festgehalten werden, dass heute das Thema Tod trotz einer „neuen Sichtbarkeit“ immer noch verdrängt wird. Meiner Meinung nach ist eine gewisse Verdrängung auch wichtig, denn sie schützt davor den Tod zu sehr einem Institutionalisierungsprozess zu unterwerfen. Ich finde, dass es genau in dem Bereich, der sich zwischen Tabuisierung und „neuer Sichtbarkeit des Todes“ auftut, zu einer Spannung kommt, die als Potenzial für die Zukunft gesehen werden kann. Denn wenn einerseits der Tod, und hier ist der „Tod des Anderen“ gemeint, zu sehr im öffentlichen Diskurs steht, entsteht die Gefahr, dass neue Normierungen getroffen werden, die festschreiben was man plakativ gesprochen unter einem „guten

Sterben“ versteht. Damit wäre zukünftig die Individualität und Selbstbestimmung der sterbenden Menschen gefährdet.<sup>27</sup> Andererseits jedoch schützt die zunehmende Popularität des Todes die Gesellschaft davor, dass Sterbende zu sehr vereinsamen und sich mit ihren Ängsten allein gelassen fühlen.

<sup>26</sup> Vgl. Interview mit Frau A.S. 2015

<sup>27</sup> Vgl. Kreuzundquer, 2013



## Hospiz | Selbstbestimmt Sterben

In der Zeit nach Ende des zweiten Weltkrieges, in welcher der Tod gesellschaftlich sehr gefürchtet war und verdrängt wurde, sorgten zwei Frauen für Aufsehen - eine in Großbritannien und eine in Amerika. Im Londoner St. Thomas's Hospital war es die damals dreißigjährige Krankenschwester Cicely Saunders, in Amerika war es die Schweizerin Elisabeth Kübler-Ross, die mit ihrem Buch „On Death and Dying“ für Furore sorgte.

Cicely Saunders hatte eine berührende Begegnung mit einem Mann namens David Tasma, ein polnischer Jude mit Holocaust Vergangenheit. Während seines letzten Krankenhausaufenthaltes wurde die Idee von einem angenehmeren Ort für Menschen kurz vor dem Tode geboren.<sup>28</sup>

*„The idea of the Hospice came first in 1948 from a young man from the Warsaw ghetto who died in a busy fifty-bed surgical ward in London. [...]”<sup>29</sup>*

David Tasma starb, ließ 500 Pfund zurück und formulierte die Bitte: *„To be a window in your home.”<sup>30</sup>* In den darauf folgenden Jahren ließ

Saunders so-zusagen um das von Tasma gestiftete Fenster ein Gebäude für Sterbende errichten<sup>31</sup>, welches des Namen „St.Christopher's Hospice“ tragen sollte. Der Name Hospiz (lat. hospitium) war angelehnt an die mittelalterlichen Hospize, die sich als kirchlich organisierte Unterkünfte für Pilgernde verstanden. Eröffnet wurde das erste Hospiz, „[...]für Menschen am Ende ihrer irdischen Pilgerreise“<sup>32</sup>, nach zwanzig Jahren Entwicklungszeit im Jahre 1967.

Die konzeptionelle Idee, die hinter Saunders erstem Hospiz stand, war durch drei grundlegende Aufgabenbereiche definiert. Unterbringung von sterbenden Menschen, geistliche Unterstützung und die schmerzlindernde Therapie, die so genannte „palliative care“, bilden das Fundament. Letztere soll Vitalität schaffen, ohne den Patienten zu sehr ruhig zu stellen.<sup>33</sup> Damit verbindet der Hospizgedanke genau die in der Thanatologie beschriebenen drei Stadien menschlicher „Existenz“: den Prozess des Sterbens, den Augenblick des Todes und die Phase nach dem Tod.<sup>34</sup>

Im Hospiz soll auf die speziellen Wünsche, die in der letzten Lebensphase stark differieren,

<sup>28</sup> Vgl. Student 1991, 19

<sup>29</sup> Saunders 1977, 3

<sup>30</sup> Saunders 1977, 3

<sup>31</sup> Vgl. Boulay 1987

<sup>32</sup> Student 1991, 19

<sup>33</sup> Vgl. Jankowiak 2010, 193

<sup>34</sup> Vgl. Feldmann 2010, 569

bestmöglich eingegangen werden. Der Palliativmediziner Johann-Christoph Student gliedert die Wünsche in Bereiche nach den vier Ebenen (physische, psychische, soziale und spirituelle)<sup>35</sup> des menschlichen Daseins. „Nicht alleine gelassen zu sein“, „nicht unter Schmerzen zu leiden“, „noch Letzte Dinge zu regeln“, sowie „die Sinnfrage stellen und besprechen zu dürfen“ sind die am häufigsten geäußerten Wünsche der sterbenden Menschen.<sup>36</sup>

Neben Saunders hat auch, wie schon vorher angerissen, Elisabeth Kübler-Ross die Hospizbewegung maßgeblich beeinflusst. Die schweizerisch-US-amerikanische Psychiaterin ist durch ihre Beschäftigung mit dem Thema Tod und Sterben bekannt geworden und ist auf ihrem Gebiet eine beachtete Forscherin. Sie beschreibt in ihrem Buch Interviews mit Sterbenden die Angst vor dem Tod und die fünf Phasen, die ein Sterbender durchlebt. Ihr Ziel ist es die Leser anzuregen, über den eigenen Tod nachzudenken. Ihre Kritik galt damals vor allem der übermächtigen Medizin.

*„Nichts gegen Beruhigungsmittel und Infusionen! Aus meiner Erfahrung als Ärztin auf dem*

*Lande weiß ich, daß (!) sie oft ein Leben retten und daß sie unvermeidlich sind. Aber ich weiß genausogut, daß Geduld, eine vertraute Hand und gewohnte Speisen viele Flaschen intravenöser Flüssigkeit ersetzen können, die nur verabreicht werden, weil sie physiologisch notwendig sind und nicht zu viel Personal und keine individuelle Pflege voraussetzen.“<sup>37</sup>*

Ein Hospiz will sich von der technisch, physisch orientierten Medizin etwas distanzieren, um den individuellen Wünschen und Erfordernissen der „Gäste“<sup>38</sup> besser nachzukommen. Student beschreibt die Versorgung im Hospiz als Behandlung, die jene vorher angesprochenen Sphären unseres Lebens miteinbezieht.<sup>39</sup> Damit wird die subjektive Persönlichkeit auf die gleiche Ebene wie die medizinischen Handlungsnotwendigkeiten gestellt.<sup>40</sup> Heidemarie Winkel beschreibt die heutige hospizliche Betreuung als „ganzheitliche Sterbebegleitung“, bei der Angst und Schmerz Teil der Verständigung im Hospiz werden und Sterbenden achtsam, unabhängig von deren individuellen Lebenserfahrungen und Wertvorstellungen<sup>41</sup>, entgegengetreten wird.<sup>42</sup> Tony Walter, Tha-

<sup>35</sup> Vgl. Student 1997, 1

<sup>36</sup> Student 1991, 21

<sup>37</sup> Kübler-Ross 1986, 11-12

<sup>38</sup> Vgl. Jankowiak 2010, 188

<sup>39</sup> Vgl. Student 1997, 3

<sup>40</sup> Vgl. Winkel 2005, 171

<sup>41</sup> Vgl. Simon 2000

<sup>42</sup> Vgl. Winkel 2005, 172

natologieprofessor an der University of Bath, beobachtet an der Hospizbewegung, dass die persönliche Eigenständigkeit der Sterbenden über die Amtsbefugnis der ausgebildeten Pflegekräfte gestellt wird.<sup>43</sup> Sehr gut fassbar wird dies mit Luhmanns Begriff der Kontingenz<sup>44</sup>, mit dem er die Vielfalt und Unvorhersehbarkeit individueller Erfahrungen im Laufe eines Menschenlebens beschreibt. Die Einzigartigkeit des Erlebten soll im Hospiz respektvoll behandelt werden.<sup>45</sup>

Beim Studium der Hospizbewegung nach Cicely Saunders liegt der Schluss nahe, dass hospizliches Handeln eine Gegenbewegung zum medizinischen Grundsatz „Lebenserhaltung um jeden Preis“ sei. Die Grundlage für die Hospizbewegung liegt aber keineswegs außerhalb des medizin-wissenschaftlichen Bereiches, wie es Judith A. Levy auf den Punkt bringt:

*„Hospice is a reform movement that took place within medicine and not from outside medicine as is popular believed.“<sup>46</sup>*

<sup>43</sup> Vgl. Walter 1997, 7 und 115

<sup>44</sup> Vgl. Luhmann 1995, 133

<sup>45</sup> Vgl. Winkel 2005, 179

<sup>46</sup> Levy 1994, 369

Hospize sind damit Teil des Gesundheitswesens, was auch erklärt warum die Kosten für Hospizaufenthalte, zumindest in Deutschland, zum Großteil von öffentlichen Krankenkassen getragen werden.<sup>47</sup> In Österreich muss ein Selbstbehalt von 11-19 Euro pro Tag, jedoch maximal 28 Tage eines Jahres, bezahlt werden. Es laufen jedoch Verhandlungen mit den Kassen.<sup>48</sup>

Bei der Planung eines Hospizentrums sollte der Aspekt, dass es sich hierbei um eine Krankenanstalt handelt, nicht negiert werden. Medizintechnischen Funktionsabläufen und Normen von Pflegeanstalten sind für den architektonischen Entwurf von großer Bedeutung.

Die oben beschriebene Haltung bildet das gemeinsame Fundament von Hospiz- und Palliativstationen. Der medizinische Fortschritt hat in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass sich Palliativmedizin und Hospizbetreuung immer weiter voneinander entfernt haben (siehe Graphik). Einerseits hat sich die „symptomorientierte Behandlung“ enorm weiterent-

<sup>47</sup> Vgl. Interview mit C.K.-A.

<sup>48</sup> Vgl. Interview mit S.I.

	Hospiz-Betreuung		Palliativ-Betreuung
<b>Zeitspanne</b>	Letzte Lebensphase (Wochen)	◁ ▷	Monate bis Jahre
<b>Therapie</b>	Befundorientiert	◁ ▷	Symptomatische und teilweise Krankheitsgrundbehandlung
<b>Notsituation</b>	keine Reanimation oder Intensivtherapie	◁ ▷	bei Bedarf: Reanimation, Intensivstation, Schrittmacher
<b>Unterbringung</b>	i.d.R. außerhalb von Krankenhaus	◁ ▷	Krankenhaus gebunden
<b>ärztliche Versorgung</b>	bei Bedarf	◁ ▷	permanent über 24h
<b>„Ziel“</b>	würdevoll sterben	◁ ▷	Entlassung in die häusliche Umgebung

wickelt und andererseits heißt die Formulierung „nicht-heilbar“ heute keineswegs mehr, dass einem innerhalb der nächsten Monate der sichere Tod bevorsteht.<sup>49</sup> Dabei könne sich laut Angelika Westrich eine hospizliche Haltung an jedem Ort entwickeln:

*„In Krankenhäusern und Pflegeheimen genauso wie bei jedem von uns, der sich mit Sterben und Tod, mit seinem eigenen Sterben auseinandersetzt.“<sup>50</sup>*

Hier stellen sich grundsätzliche Fragen der Menschenwürde, der existenziellen Nöte und wie weit Sterbebegleitung gehen darf. Die Hospizbetreuung grenzt sich klar von der „Hilfe zum Sterben“ ab, die unter dem Synonym Sterbehilfe bekannt ist. In der Arbeit wird die Sterbehilfe im engeren Sinn, wie sie in der Schweiz praktiziert wird, ausgeklammert und konzentriert sich ausschließlich auf die Sterbebegleitung, die eher eine „Hilfe beim Sterbeprozess“ sein soll.<sup>51</sup> Eine eindeutige Grenze ist aber sehr schwer zu ziehen. Dies macht auch der aktuelle Film Miele/Honig von der italienischen Regisseurin Valeria Golino<sup>52</sup> deutlich,

der allerdings einen Grat weiter, zwischen aktiver Sterbehilfe schwer kranker und gesunder Menschen, anzusiedeln ist. In der Hospizbewegung, auf welcher der Focus dieser Arbeit liegt, geht es nicht darum *„dem Leben Stunden, sondern den Stunden Leben zu geben.“<sup>53</sup>*

Heute, im 21. Jahrhundert, gibt es eine große Zahl an alternativen Einrichtungen, die sich mit einer eigenen Haltung den Problemen Sterbender annehmen. Die Hospizbewegung erlebte, nachdem die Britin Cicely Saunders im Jahre 1967 in London das St. Christophers Hospice eröffnete, einen regelrechten Aufschwung. Judith Levy, Professor an der University of Illinois Chicago, bemerkt in ihrer Publikation, dass Saunders Ende der 1960er Jahre „Neue Praktiken und Techniken im Umgang mit Sterbenden“<sup>54</sup> etabliert habe, die international aufgegriffen wurden. Seit dem ist die Zahl an Hospizen und palliativmedizinischen Einrichtungen in ganz Europa sehr stark gestiegen.

<sup>49</sup> Vgl. <http://www.lukas-hospiz.de/index.php?id=14>

<sup>50</sup> Westrich 2000, 14

<sup>51</sup> Vgl. Simon 2000, 96

<sup>52</sup> Vgl. Golino 2013

<sup>53</sup> Simon 2000, 99

<sup>54</sup> Vgl. Levy 1994



## Akteure im Hospiz

*„Seitdem ich hier arbeite interessiert mich Quantität  
sehr viel weniger als Qualität,  
gute Momente und schöne Augenblicke.“*

*Pflegerin im Zürcher Lighthouse*

Im Hospiz sind drei unterschiedliche Nutzergruppen präsent: Patienten, Pflegende und Angehörige. Ihre Wirkungskreise überlagern sich – intendiert - sehr weit. Dadurch entstehen große Reibungsflächen, die für die Gemeinschaft und den Zusammenhalt in einer schweren Zeit durchaus förderlich sind.<sup>55</sup> Aufgrund fehlender Entwurfsprinzipien sind für den architektonischen Entwurf das Verständnis der Rollenbilder und deren Beziehungen untereinander wichtig.

### Die Patienten

Vergleicht man die Rolle des Sterbenden in hospizlichen Einrichtungen mit derer des Kranken in Krankenanstalten, wird deutlich, dass die Grenze zwischen beiden Rollenbildern sehr fließend verläuft, die Unterschiede aber umso gravierender sind:<sup>56</sup>

*„Für Sterbende werden Opfer gebracht, und mitunter weitreichende Belastungen übernommen, für Kranke nicht.“<sup>57</sup>*

In der grundlegenden Idee des hospizlichen Handelns ist die Rolle des Sterbenden bewusst offen gehalten und kaum definiert. Hinter der immer größer werdenden Zahl an Hospizstationen verbirgt sich die Gefahr, dass sich das Bild des Sterbenden zu sehr institutionalisiert. Denn vor allem in palliativmedizinischen Einrichtungen passiert die Zuweisung der Sterberolle meist institutionell, das heißt nach bestimmten festgelegten Normen bzw. Merkmalen. Sind bei einem Patienten gewisse Merkmale erkennbar erfolgt eine Überstellung auf eine Palliativstation. Auf dieser Station gelten gewisse Regeln und Ordnungen, die primär einen reibungslosen Tagesablauf gewährleisten sollen, sekundär aber eine Anleitung zu

<sup>55</sup> Vgl. Interview mit A.S. 2015

<sup>56</sup> In Knoblauch, Hubert 2005 S.164ff

<sup>57</sup> Knoblauch, Hubert 2005 S.165

einem angemessen Sterben geben. Probleme, vor allem mit dem Pflegepersonal, treten nur dann auf, wenn die Regeln nicht befolgt werden und der Patient widerwillig stirbt.

*„Der gute Sterbende“ definiert sich über institutionalisierte Leitbilder und Praktiken:*

*„Bewusstheit, Vorbereitetsein und Gefasstheit sind Anforderungen an die Rollenträger, mögliche Schmerzfreiheit und Achtung der Person [...]“<sup>58</sup>*

Deutlich werden diese Regeln, wenn man sich Szenarien überlegt, die über die täglichen Routinen eines Durchschnittsmenschen hinausgehen. Angenommen ein Patient würde aus dem Bett flüchten und sogar das Haus verlassen, um auf offener Straße zu sterben - Undenkbar! Ordentlich im Bett liegend ist die gezeichnete Position eines Sterbenden.

Diese Entwicklung droht jedoch die Individualität und Selbstbestimmtheit der Menschen auf ihrem letzten Lebensabschnitt auszuhebeln. Die Aufgabe von zukünftigen Hospizen wird darin bestehen, dieser Entwicklung entgegen

zu wirken und den Grundsätzen der Hospizbewegung treu zu bleiben und alle unterschiedlichen „Rollenbilder des Sterbenden“ zuzulassen.

### **Das Team**

In Hospizen kommt dem Team aus Pflegenden, Ärzten, Sozialarbeitern und Seelsorgern eine besondere Bedeutung zu. Die Erkenntnis, die ich aus den geführten Interviews gewinnen konnte, ist, dass sich auf Grund der anstrengenden Arbeit innerhalb eines Teams ein starker Zusammenhalt entwickelt. Wie mir eine Pflegerin schilderte sei die Arbeit im Hospiz körperlich als auch psychisch sehr anspruchsvoll und erfordere vollen Einsatz, weshalb Entspannung und Erholung in der Freiheit notwendig sei, um seine Arbeitskraft aufrechterhalten zu können.

Aus Patientensicht wird den Pflegenden die größte Bedeutung beigemessen, denn kein anderes Mitglied vom Hospizteam steht in engerem Kontakt mit den Sterbenden. Die Auf-

gaben reichen vom Waschen der Patienten bis hin zum Essen, im Sinne von den Menschen Essen verabreichen, und spazieren gehen. Die zentralste Verpflichtung ist aber die Schmerzbeobachtung, auf Grund derer die Palliativmediziner handeln.

Anders als auf Palliativstationen sind in den meisten Hospizeinrichtungen keine Ärzte auf der Station. Niedergelassene Ärzte aus der Umgebung kommen zu den Visiten ins Hospiz, in vielen Einrichtungen sogar in ziviler Kleidung.<sup>59</sup> Dies schwächt den Eindruck in einer medizinischen Einrichtung zu sterben.

Wichtig für das Wohlbefinden der Hospizbewohner sind der Kontakt und die Kommunikation mit anderen Menschen. In erster Linie übernehmen diese Aufgabe Sozialarbeiter. Im geschützten Umfeld soll auch Zorn als Ausdruck der Verzweiflung Platz haben. Mit bestimmten Fragestellungen und Verständnis kann viel Frust abgebaut werden und Probleme aus dem Weg geschafft werden. In religiösen Fragen kann auch ein Seelsorger hinzugezogen werden.

<sup>59</sup> Vgl. Interview mit C.K-A. 2015

## Die Angehörigen

*„Die Sterbenden sind eigentlich das geringste Problem. Das größere Problem sind die Angehörigen, denn die müssen mit den Erfahrungen des Lebens und des Sterbens weiterleben.“<sup>60</sup>*

Im Hospiz finden nicht nur Sterbende Hilfe und Beistand, sondern auch die Angehörigen, die auch eine große Last zu tragen haben. Viele Menschen bleiben oft auch noch nach dem Tod eines geliebten Menschen im Hospiz und konfrontieren sich mit der Trauer und ihren Ängsten. Student beobachtet eine klar erkennbare Verknüpfung von Ängsten der Familienmitglieder mit denen der scheidenden Menschen. Besonders die Ängste der Angehörigen sind ein Faktor, der das Leben im Hospiz prägt. Vier verschiedene Arten von Ängsten werden unterschieden: Angst vor Ungewissheit, vor dem Leiden, vor Verlusten und vor dem Versagen.<sup>61</sup>

Dadurch, dass nur wenige Menschen den Tod ihrer nächsten Angehörigen miterleben, wissen nur wenige Menschen über den Ster-

<sup>60</sup> Zitat Kübler-Ross

<sup>61</sup> Vgl. Student 1991, 97



beprozess an sich Bescheid. Hier setzen die Hospizmitarbeiter an und geben Beistand oder versuchen ein „Abschieben“ sterbender Menschen in institutionelle Einrichtungen wie Heime oder Kliniken zu verhindern. Student hält es für wichtig, dass ein ausreichender Informationsaustausch zwischen Pflegenden, Angehörigen und den Sterbenden stattfindet. Der Austausch wird oft unterbunden, um den Patienten zu „schützen“. Grund dafür ist vor allem die Angst der Patient könne die Wahrheit nicht ertragen.<sup>62</sup>

*„Genau wie wir heute Vorbereitungskurse für Schwangere benötigen, [...], so brauchten wir alle eigentlich heute auch Vorbereitungskurse für das Sterben.“<sup>63</sup>*

Angehörige werden beim Abschied von Sterbenden mit massiven Verlust- sowie Versagensängsten konfrontiert. Im Hospiz werden die Menschen bewusst mit diesen Ängsten konfrontiert. Die Sterbebegleiter versuchen oft eingerostete Kommunikation zwischen Angehörigen und Sterbenden zu fördern.<sup>64</sup> In der hospizlichen Auffassung geht es ganz stark

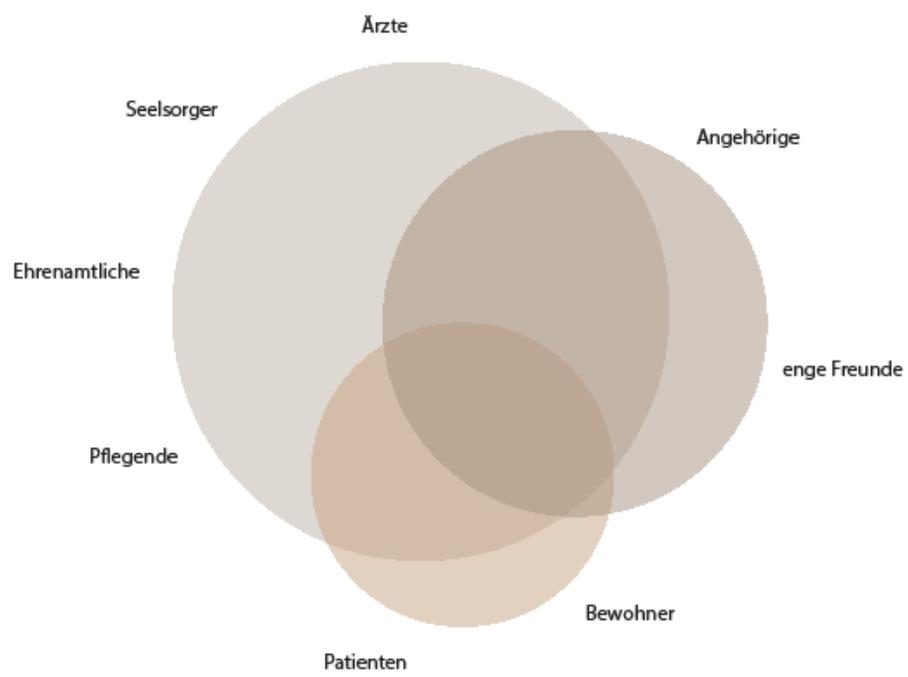
darum diese so schwierige Phase bewusst auszuhalten.<sup>65</sup>

<sup>62</sup> Vgl. Student 1991, 98

<sup>63</sup> Student 1991, 98

<sup>64</sup> Vgl. Student 1991, 100

<sup>65</sup> Vgl. Student 1991, 101



10 Überlagerung der Wirkungsbereiche

## Nutzergruppendiagramm Wie viel Privatheit gibt es?

### Die Beziehung Pflegende - Patienten

Die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten in einem Hospiz ist eine sehr intime, um nicht zu sagen eine familiäre. Laut dem offiziellen österreichischen Personalschlüssel für Pflegeheime muss jedem Bett 1,2 diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zugeordnet sein.<sup>66</sup> Der Begriff der „Nähe“ beschreibt diese Beziehung ganz gut. In der täglichen Arbeit im Hospiz entstehen verschiedene Arten von Nähe.

Die Beziehung zwischen Patienten und Pflegepersonal kann einerseits über die persönliche Nähe und andererseits über die strukturelle Nähe auf Grund der Organisationsform im Hospiz beschrieben werden. Die persönliche Nähe entwickelt sich auf Grund von bestimmten Ähnlichkeiten, die sich zwischen Patient und Pflegendem herauskristallisieren und eine gewisse persönliche Beziehung evozieren. Die strukturelle Nähe beschreibt jene Nähe, die sich auf Grund der räumlichen Struktur ergibt, also architektonisch beeinflusst wird. Zu wenige räumliche Rückzugsmöglichkeiten

für Pflegenden machen oft eine ausreichende Distanzierung zum Thema Sterben und Tod schwierig. Über bestimmte Strategien kann die Nähe aber bewusst kontrolliert werden.<sup>67</sup>

*„Drei Strategien lassen sich identifizieren, die den Pflegekräften eine Distanzierung innerhalb einer Beziehungsordnung der Nähe erlauben und es ihnen ermöglichen, Nähe zu Patienten zu kontrollieren, ohne sie grundsätzlich in Frage zu stellen oder zu vermeiden: Tauschen als erwünschter Betreuungsabbruch, Distanz durch Abstraktion und Rekonstruktion auf die Physis.“<sup>68</sup>*

Hier wird deutlich, wie sensibel das Spiel mit der Nähe ist. Eine zu große Nähe zum Patienten kann dazu führen, dass die Souveränität gegenüber dem Martyrium des Patienten verloren geht. Deshalb sollte die Nähe mit der Individualität der Patienten gleichgewichtig sein. Diese Individualität zu erreichen ist in großen medizinischen Einrichtungen, wie Kliniken oder Krankenhäusern äußerst schwierig, da in solchen Institutionen eine große Anzahl an Patienten betreut wird. Ohne die Einstellung einer

<sup>66</sup> Vgl. ÖBIG 2004, 23

<sup>67</sup> Vgl. Pfeffer 2005, 106

<sup>68</sup> Pfeffer 2005, 119

täglichen Routine, ist dort ein gleichwertiges Behandeln aller Patienten äußerst schwierig.<sup>69</sup> Es wird verständlich, weshalb Hospize im Durchschnitt nur 15-20 Patienten betreuen.

*„Strukturelle Nähe resultiert vor allem aus drei Merkmalen von Hospizeinrichtungen: der institutionalisierten Hausarbeitsnähe, die in engem Zusammenhang mit der Praxis der Individualisierung steht, der Homogenität der Klientel und des Grundsatzes „Zulassen“ statt „Bekämpfen“.“<sup>70</sup>*

Die institutionalisierte Hausarbeitsnähe beschreibt die Hospizarbeit als eine Form von Arbeit, die durch Wesenszüge geprägt ist, die aus der klassischen, nicht-beruflichen Hausarbeit sowie der Erziehung von Kindern bekannt ist.<sup>71</sup>

*„Der Arbeitende kann nur erfolgreich arbeiten, wenn er sich seinem Gegenstand angleicht, in ihn hineinhorcht, sich auf ihn einlässt und von ihm lernt.“<sup>72</sup>*

Die emotionale Nähe wird auf Grund der Tatsache, dass im Hospiz, anders als im Krankenhaus, über 90% der Patienten versterben,

zu einer Dauerbelastung für die Mitarbeiter im Hospiz. Eine gängige Praxis, um die emotionale Belastung zu verringern, ist die Implementierung einer „Zimmerpflege“<sup>73</sup>. Jeder Pflegerin, jedem Pfleger ist nur eine bestimmte Anzahl an Patienten zugeordnet. Der Durchschnitt liegt bei vier Patienten pro Pflegekraft.

Christine Pfeffer beschreibt das dritte Merkmal, das Zulassen statt Bekämpfen, anhand von einem Interview mit einer Krankenschwester, in dem klar wird, wie schwierig es für die Mitarbeiter eines Hospizes ist, in den Totekampf des Patienten nicht einzugreifen. Im Hospiz gilt, anders als auf einer Palliativstation, eine Situation, in der das Leben des Patienten bedroht ist, nicht als „Notfall“.

„Statt die Dramatik des Notfalles mit der gleichartigen Dramatik des Notfallhandelns zu beantworten, erwidert die Pflegekraft die Situation mit einem Handeln, das der Dramatik der Situation entgegengesetzt ist: Sie bleibt einfach da.“<sup>74</sup>

## **Die Beziehung Pflegende - Angehörige**

Für die Angehörigen der Sterbenden ist der

<sup>69</sup> Nach Siegrist 1978, S.3

<sup>70</sup> Pfeffer, 106

<sup>71</sup> Nach Ostner/Beck-Gernsheim 1979

<sup>72</sup> Ostner/Beck-Gernsheim 1979, S. 42

<sup>73</sup> Pfeffer 2005, 113

<sup>74</sup> Pfeffer 2005, 109-110

Tod eines geliebten Menschen ein einschneidendes Erlebnis, mit dem viele, insbesondere junge Menschen vorher noch nie konfrontiert waren. Oft löst es schockartige Zustände aus, die sowohl psychischer als auch physischer Natur sind. Im Augenblick des Todes und kurz darauf ist die Privatheit wichtig, damit sich alle auf ihre Art und Weise vom Verstorbenen verabschieden können. Von den Pflegenden wird in dieser Phase sehr viel Feingefühl gefordert. Die Privatheit sollte nicht gestört werden, damit ein freier Ausdruck der Gefühle für die Angehörigen möglich wird.<sup>75</sup>

Bei meinen Hospizbesuchen und den geführten Interviews habe ich gemerkt, wie sehr die Angehörigen in den Ablauf auf den Stationen integriert sind und wie persönlich die Beziehung von Pflegenden und Angehörigen ist. Erstaunlich ist, dass in der meist sehr kurzen Zeit innige Verbindungen aufgebaut werden. Saunders fordert einerseits von den Angehörigen sich möglichst gut in das Team der Pflegenden einzufügen und andererseits von den Pflegenden, Angehörige in die Pflege einzubeziehen. Es kann z.B. bei der Körperpflege oder

beim Eincremen geholfen werden.<sup>76</sup>

Am Tag nach dem Tod eines Patienten kommen die Angehörigen oft noch einmal ins Hospiz um sich, erholt vom ersten Schock, noch einmal gemeinsam mit dem Hospizteam zu verabschieden.<sup>77</sup> Dieser Umstand unterstreicht noch einmal die enge Beziehung, die in der schwierigen Zeit aufgebaut wurde. Im Gemeinschaftshospiz in Berlin habe ich erlebt, wie sich ein Mann noch beim Pflegepersonal verabschiedete und bedankte. Frau C.K-A. erzählte mir, dass er nach dem Tod seiner Frau noch im Zimmer, in dem sie verstorben ist, übernachtete und sich dadurch mit der schwierigen Situation konfrontiert hat.

### **Beziehung Angehörige - Patient**

Die Beziehung von Angehörigen und dem sterbenden Patient im Hospiz ist sehr schwer zu beschreiben, da sie von Familie zu Familie unterschiedlich ist. Anita Natmeßnig beschreibt im Interview zu ihrem Film „Zeit zu gehen“, der im CS Hospiz Rennweg gedreht wurde, dass viele Menschen fast gar keinen Besuch be-

<sup>75</sup> Vgl. Saunders 1997, 62

<sup>76</sup> Vgl. Saunders 1997, 61

<sup>77</sup> Vgl. Saunders 1997, 62-63

kommen, andere bekommen hingegen fast täglich Besuch von Angehörigen.<sup>78</sup>

Der Sterbende wird im Umfeld der Hospizbewegung neben seiner unheilbaren Krankheit auch als Teil seiner Familie wahrgenommen. Die nahe stehenden Menschen sind emotional oft sehr eng mit dem Patienten verbunden. Die Reaktionen auf gewisse Umstände, beispielsweise schlechte Nachrichten, der Patienten und der Angehörigen sind sich oft sehr ähnlich.<sup>79</sup>

Viele Menschen haben Angst sich der Situation zu stellen und wollen dem Sterbebett lieber fernbleiben. Es kommt aber auch oft vor, dass umgekehrt der Sterbende gar keinen Besuch empfangen will. Ganz oft wollen Eltern ihre Kinder nicht mehr sehen, weil sie beispielsweise entstellt sind oder eine übel riechende Wunde haben. In solchen Situationen können die Pflegenden oft unterstützend eingreifen und Vorschläge machen.<sup>80</sup> Oft bekommen Patienten gar keinen Besuch und oft kommt es vor, dass eine enorme Anzahl an Familienmitglieder beim Tod eines Hospizbewohners dabei ist.

Dies führt oft zu schwierigen Situationen auf der Hospizstation. Sowohl das Pflegepersonal als auch die Architektur sollte diesen Anforderungen gerecht werden und ausreichend Platz zur Verfügung zu stellen.<sup>81</sup>

<sup>78</sup> Vgl. Natmeßnig 2008

<sup>79</sup> Vgl. Monroe/O'Brien 1997, 57

<sup>80</sup> Vgl. Monroe 1997, 96

<sup>81</sup> Vgl. Virdee 1997, 87

### **Fazit für die Architektur**

Ein Hospiz zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Nutzungsbereiche von Patienten, Angehörigen und Pflegenden sehr stark überschneiden. Einerseits resultiert daraus ein starker Zusammenhalt, den es auf jeden Fall in dieser schweren Zeit braucht, andererseits ist ein ausreichendes Maß an Rückzugsmöglichkeiten für die einzelnen Gruppen zwingend notwendig. Die aus dem Altenpflegebereich schon bekannte Debatte, wie viel Zimmerzutrittskontrolle die Bewohner gegenüber Pflegenden und Angehörigen haben, ist auch im Hospizbereich eine dringliche. Ob sich dies auch architektonisch unbedingt in von innen absperrbaren Zimmern widerspiegeln muss, bleibt fraglich. Das von der Hospizbewegung geforderte Maß an Individualität und Selbstbestimmtheit der Sterbenden kann auch durch einen respektvollen Umgang erzeugt werden.

Aus architektonischer Sicht sind Ruheräume für das Team enorm wichtig. Vor allem beim Besuch des CS Hospizes wurde mir die Bedeutsamkeit eines eigenen Mitarbeiterbereichs bewusst. Im Gemeinschaftshospiz Berlin fin-

den die Pflegenden einen abgeschiedenen Ruhebereich vor, in dem Kontemplation und Reflexion möglich wird und strukturelle Distanz.

Beim Raumangebot für Angehörige werden klare Unterschiede deutlich. Angehörige halten sich entweder im Zimmer auf oder nutzen die gemeinschaftlichen Aufenthaltsbereiche. Ein allen zugänglicher Ruheraum kann vor allem eingeschränkt mobilen Angehörigen einen Rückzug gewähren.



## Hospizhaus - Institutionalisierung des Sterbens?

Laut Statistik Austria sterben seit 2002 jährlich etwa 80.000<sup>82</sup> Menschen. Davon machten im Jahr 2013 rund 54.000 Menschen ihren letzten Atemzug in einer Krankenanstalt oder einem Altenheim. Nur 21.000 Menschen also 27% aller verstorbenen Österreicher konnten den Sterbeprozess und ihre letzten Stunden in den eigenen vier Wänden erleben. Dieser Wunsch nach einem selbstbestimmten Sterben in häuslicher Umgebung ist in der Bevölkerung immer noch stark spürbar. Dieser Wunsch wird noch verstärkt durch die in der Gesellschaft verankerte Meinung, die medizinische Versorgung sei nur an den stofflichen Vorgängen im Körper, den voranschreitenden Krankheitsbildern und deren möglicher medikamentösen Veränderung interessiert.<sup>83</sup> Tony Walter führt dazu treffend aus:

*„In this medical gaze, the human body becomes objectified, no longer a person but a constellation of objects to be subjected to medical scrutiny“.*<sup>84</sup>

Er verdeutlicht damit noch einmal ganz genau, was schon Ariés beschrieb, dass der Mensch

nur mehr Objekt zwischen den Mühlsteinen der Apparatemedizin sei.<sup>85</sup>

Hubert Knoblauch und Arnold Zingerle beobachten auf Grund der schon vorher beschriebenen „neuen Sichtbarkeit“ des Todes eine zunehmende „Institutionalisierung des Todes“.<sup>86</sup> Diese Beobachtung stützt sich auf die Beschreibung Christian Lalive d’Epinay, Professor an der Universität Genf, der feststellt, dass sich für die letzte Lebensphase spezifische Regeln des Handelns und der Erwartung manifestiert haben, was wiederum bestimmte Organisationsformen sowie Experten auf diesem Gebiet evoziert hat. Diese letzte Zeit ist von Abhängigkeit geprägt, was sich in der immensen Zahl an Organisationen widerspiegelt, in denen das Thema Tod und Sterben allgegenwärtig ist. An dieser Stelle wären Kliniken und Krankenhäuser, Rettungsdienste, Pflegezentren, Hospiz- und Palliativstationen, Bestattungsunternehmen, Friedhofsverwaltungen und Krematorien zu nennen.<sup>87</sup> In solchen Einrichtungen ist schon seit langem ein Spezialisierungsprozess zu beobachten, der von vielen als Ursache für die Verdrängung und Auslagerung des Todes

<sup>82</sup><http://www.statistik.at> 28.5.2015

<sup>83</sup> Vgl. Fuchs 1969, 63f

<sup>84</sup> Walter 1997, 13

<sup>85</sup> Ariés 2009, 730

<sup>86</sup> Knoblauch, Hubert 2005 S.15

<sup>87</sup> Vgl. Knoblauch 2005 16



aus der Gesellschaft gesehen wird. Alois Hahn weist auf die Gefahr hin, dass wir den Tod in eine Institution stecken, um ihn aus unserem Blickfeld zu verdrängen. Dort wissen wir ihn in guten Händen.

*„Der Tod ist nicht mehr – wie noch vor einigen Generationen – bewußtseinsaufdringliches Thema allgemeiner Kommunikation, sondern Gegenstand spezieller Subsysteme, in denen er auf eigene Weise behandelt wird.“<sup>88</sup>*

Diese Beobachtung deckt sich auch in gewisser Weise mit den Aussagen der Pflegenden in den hospizlichen Einrichtungen in Graz und Wien, die ich im Zuge meiner Recherche besucht habe. Schwerkranken und Menschen im hohen Alter bewegen sich, trotz zunehmender Integration von hospizlichen Einrichtungen ins öffentliche Leben, noch immer am Rande der Gesellschaft. Das Bild des jungen dynamischen Menschen ist omnipräsent und drängt Tod und Krankheit ins Abseits. Nur wenige Menschen beschäftigen sich mit dem Tod eines Angehörigen und noch weniger mit dem Eigenen.<sup>89</sup>

Die Gefahr der zu starken Institutionalisierung ist eine immerwährende. Die Hospizbewegung kann aber als sehr selbstreflektierend beschrieben werden, die ihre Grundsätze wie beispielsweise individuelle Betreuung Sterbender zu erhalten versucht. Durch eine meist hohe Patientenfluktuation und ständiges Feedback werden Fehlentwicklungen sehr schnell visualisiert.

<sup>88</sup> Hahn 2000, 86

<sup>89</sup> Vgl. Interview mit Frau B.S. 2015



12 St. Christopher's Hospice | Eingang

## St. Christopher's Hospice London

Hospize sind heute nur in seltenen Fällen in eigenständigen Gebäuden untergebracht. Aus wirtschaftlichen Gründen sind viele hospizliche Einrichtungen in bestehende Strukturen integriert.<sup>90</sup> Das erste Hospiz im modernen Sinn, das St. Christopher's Hospice, befindet sich im suburbanen bürgerlichen Wohnbezirk Sydenham, südlich des Londoner Zentrums, und ist ein Beispiel für ein eigenständiges Hospizgebäude. Die Gründerin des Hauses, Cicely Saunders war Ideengeberin für den Architekten Justin Smith.<sup>91</sup> In der Arbeit wird das Gebäude kurz beschrieben, da St. Christopher's Vorbild für alle später entstandenen Hospize auf der ganzen Welt war. Ein persönlicher Besuch war leider aus Gründen des großen Andrangs nicht möglich.

Saunders architektonischen Vorstellungen sind in „The Scheme“, Teil ihrer persönlichen Manuskripte, festgehalten.<sup>92</sup> Sie imaginierte das neue Haus als u-förmig um einen zur öffentlichen Straße offenen Innenhof gruppiert. Dieser solle mit Grün- und Wasserflächen gestaltet sein und die Mitte für die Kapelle freihalten. Viele Ideen des erdachten Hospizes finden

sich in mittelalterlichen Klöstern wieder.<sup>93</sup> Neben einem Haus für Sterbende sah Saunders St. Christopher's Hospice als ein Zentrum, das auch ein Altenwohnheim für nicht zwingend der Pflege bedürftige Menschen und einen Kindertagesstätte zur Entlastung des Pflegepersonals umfasst.<sup>94</sup>

Studiert man das tatsächlich realisierte Gebäude so wird ganz klar deutlich, dass nur wenige der von Saunders beschriebenen Vorstellungen in die Planung einfließen. Tanja Jankowiak arbeitet in ihrem Buch „Architektur und Tod“ diese Unterschiede heraus.

Die gewünschte zentrale Lage der Kapelle findet nur im Grundriss Entsprechung. Sie ist zwar nahe beim Haupteingang platziert, aber unterhalb des Eingangsniveaus. Zur Straße besteht über transparente Fenster eine Verbindung, jedoch verstellen dichte Sträucher die Sicht. Unterhalb der Kapelle, ähnlich einer Krypta, werden die Leichname aufgebahrt.

Das Gebäudeensemble besteht aus dem eigentlichen Hospizgebäude, einem eingeschos-

<sup>90</sup> Vgl. Jankowiak 2010, 193

<sup>91</sup> Vgl. Jankowiak 2010, 200

<sup>92</sup> Vgl. Jankowiak 2010, 195 Saunders ist hier aus 2. Hand zitiert. Denise Brady, Leiterin der Bibliothek von St. Christopher's hat Jankowiak die unveröffentlichten Manuskripte zugänglich gemacht.

<sup>93</sup> Vgl. Saunders 1959, 5

<sup>94</sup> Vgl. Saunders 1959, 1



13 St. Christopher's Hospice | Straßenansicht

sigen Zubau für den Kindergarten und einem zweigeschossigen Bau mit 16 Wohnungen für alte Menschen, dem so genannten „Draper`s Wing“. 1999 zogen die Verwaltungsbüros in die Räumlichkeiten und das Konzept des Zusammenlebens von Sterbenden und Senioren ging verloren. Die Baukörper sind wie von Saunders imaginiert im U angeordnet und bilden einen Hof mit Fischteich, welcher in den Garten übergeht.<sup>95</sup>

Die U-Form wendet sich jedoch von der Hauptstraße ab. Das Hauptgebäude präsentiert sich zur Straße hin markant mit aus der Fassade heraustretenden Erkern, die Teil der Patientenzimmer sind.<sup>96</sup> Dadurch kann Licht von zwei Seiten einfallen und so die verschiedenen Lichtstimmungen eines Tages eingefangen werden. Insgesamt bietet St. Christopher`s 48 Bewohnern, in vornehmlich Einzelzimmern, Platz. Im ganzen Gebäude gibt es nur einen Gemeinschaftsraum, den „Pilgrim Room“ im ersten Obergeschoss. Dieser Umstand könnte die Schlussfolgerung evozieren, dass die Bewohner vorrangig die Einsamkeit suchen und deshalb auf größere Gemeinschaftsflächen verzichtet wurde.

<sup>95</sup> Vgl. Saunders 2010, 205

<sup>96</sup> Vgl. Saunders 2010, 200-201

Insgesamt kann laut Jankowiak das Gebäude den Krankenhauscharakter nicht verheimlichen. Vor allem der fünfgeschossige Betten-trakt verstärkt diesen Eindruck.<sup>97</sup>

*„Betrachtet man das Gebäude von St. Christopher`s in seiner Gesamtheit, so überwiegt auf den ersten Blick der Eindruck eines Krankenhauses, allerdings eines Krankenhauses mit wohnlichen Qualitäten.“<sup>98</sup>*

Zieht man aber den Umstand in Betracht, dass das Gebäude palliativmedizinische Behandlung mit Gastfreundschaft sowie Religiosität verbinden will, wird die Architektur von St. Christopher`s durchaus seiner Aufgabe gerecht.<sup>99</sup>

<sup>97</sup> Vgl. Saunders 2010, 207

<sup>98</sup> Jankowiak 2010, 207

<sup>99</sup> Vgl. Jankowiak 2010, 207



14 Gemeinschaftshospiz | Haupteingang

## Gemeinschaftshospiz Christophorus Berlin

Das seit 2004 bestehende Gemeinschaftshospiz Havelhöhe in Berlin ist in keinem eigenständigen Gebäude untergebracht. Die Hospizstation ist in das Gebäudeensemble des anthroposophischen Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe integriert, das sich in einem dünn besiedelten Gebiet im westlichsten Berliner Bezirk Spandau befindet.

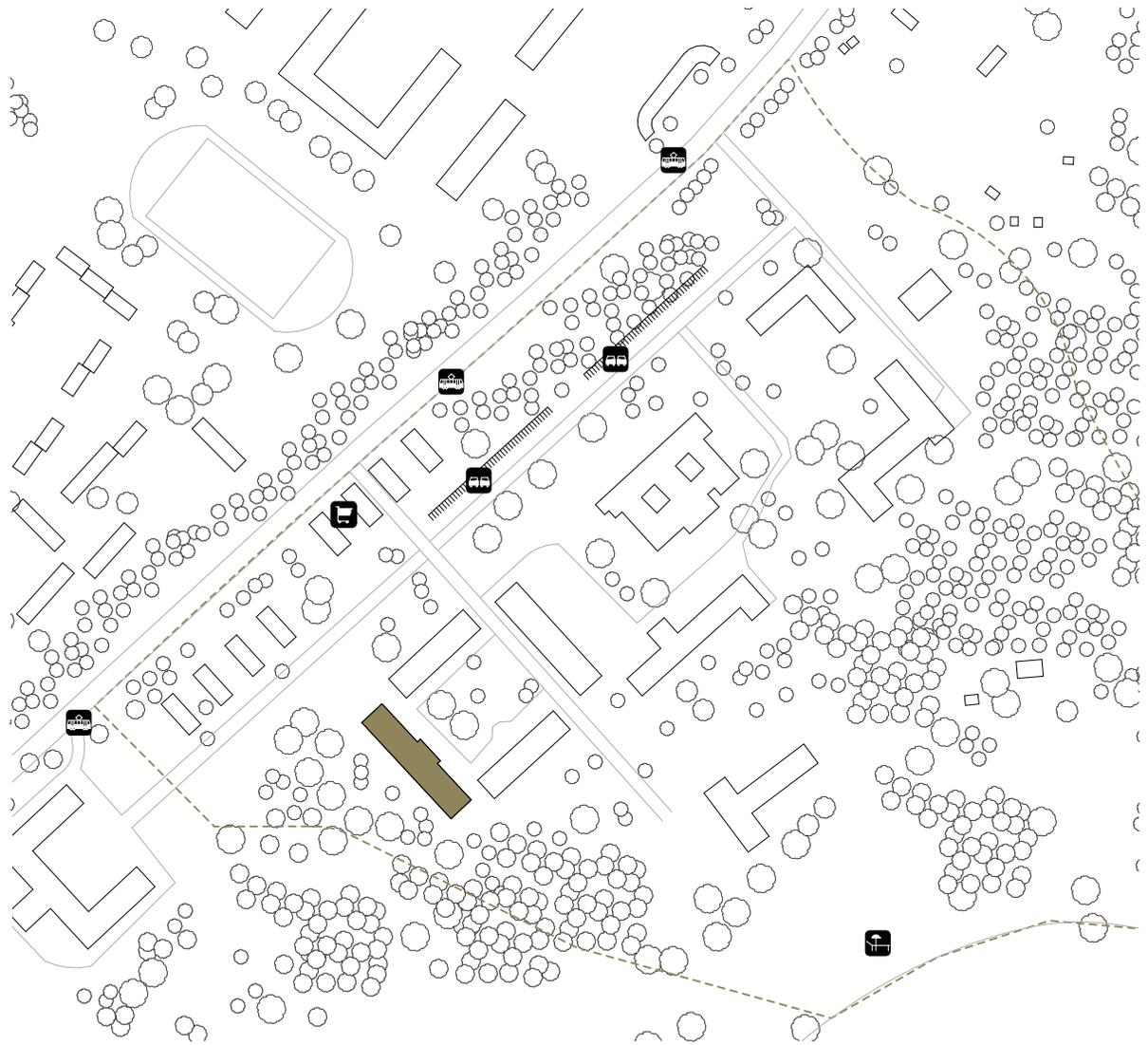
Die Anlage kann zum Bautyp Pavillionkrankenhaus gezählt werden. Ursprünglich war das Gebäudeensemble Ausbildungsstätte für die nationalsozialistische Luftwaffe im 2. Weltkrieg. Es war die einzige Akademie, die Generalstaboffiziere ausbildete. Das axiale, um drei Innenhöfe angeordnete Gebäudeensemble wurde nach Ende des Krieges im Jahre 1948 in ein Krankenhaus für Tuberkulosepatienten umfunktioniert. Ende der 1980er Jahre übernahm es eine anthroposophische Trägerschaft, welche im Jahre 1995 das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe eröffnet.

2004 ging die Hospizstation im ausgebauten Dachgeschoss von Haus 12 in Betrieb. Den Umbau plante das Architektenpaar Tietz-Tietz aus Berlin. Neben der Hospizstation ist auch

eine Palliativstation Teil der Krankenanstalt. Die beiden Stationen sind nicht direkt miteinander verbunden, was eine Zusammenarbeit erschwert. Die Hospizstation verfügt über 15 Einzelzimmer, welche von den Patienten durchschnittlich 21 Tage bewohnt werden. Manche Menschen sind nur für wenige Stunden Gast in diesem Haus, andere hingegen mehrere Monate bis Jahre.<sup>100</sup>

<sup>100</sup> Vgl. Interview mit Frau C.K-A., 2015

-  Park
-  Erholung
-  Wohnen
-  Dienstleistung
-  Einkaufen
-  Bildung
-  Bar
-  Restaurant
-  Radweg
-  Öffis
-  Glaubenshaus
-  Krankenhaus
-  Gericht
-  Parken
-  Klinikareal



0 200 m

### **Städtebauliche Situation**

Südöstlich wird die Anlage durch waldiges Gebiet bis zur Havel, ein Nebenfluss der Elbe, begrenzt und erstreckt sich nordwestlich bis zum Kladower Damms, einer Straße die in Richtung Süden führt. Das Ensemble besteht aus 11 Gebäuden, die in einem großzügigen Landschaftspark platziert sind.

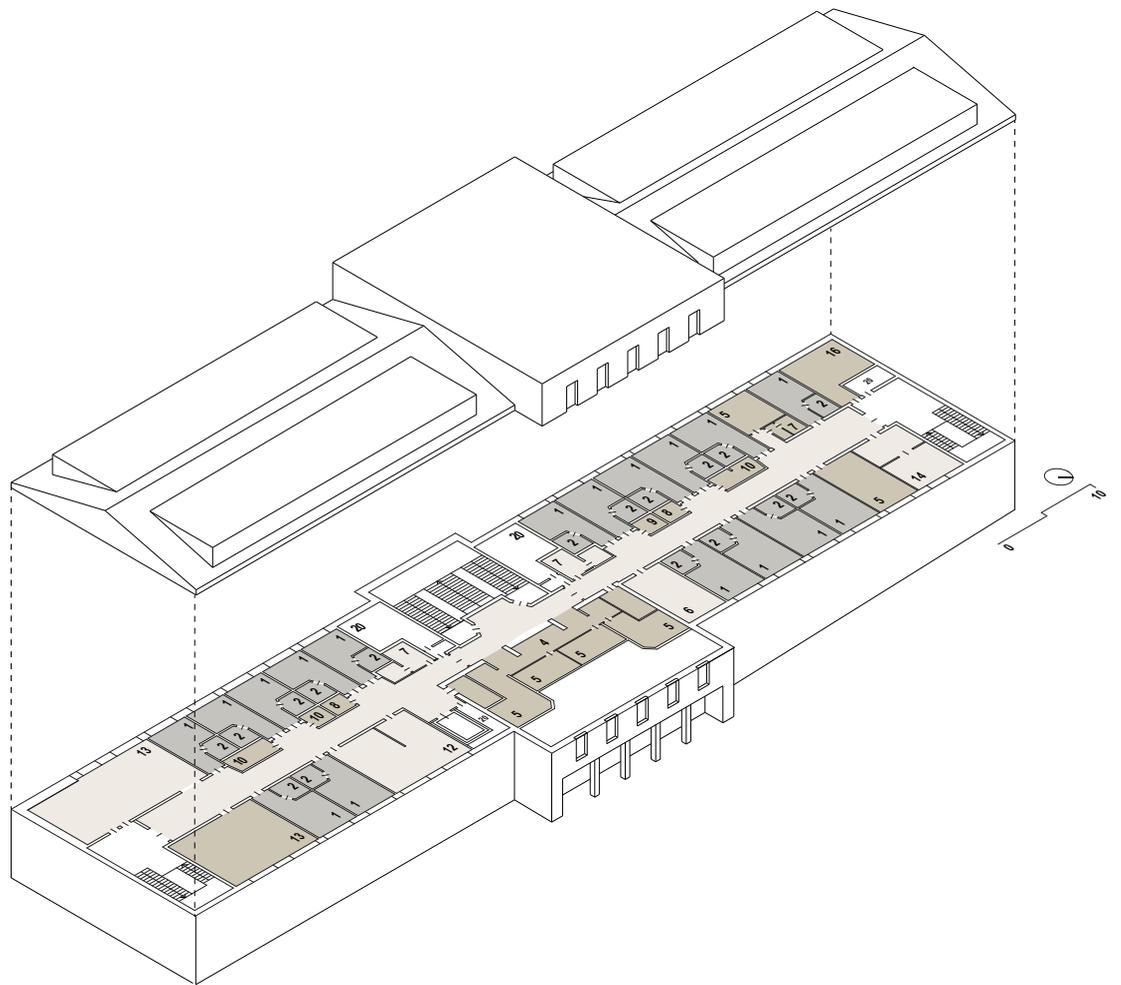
Besucher und Patienten erreichen das Krankenhaus entweder mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit dem Auto, das im Nordwesten entlang der parallel zum Kladower Damm verlaufenden Zufahrtsstraße geparkt werden kann. Von drei Busstationen im Umkreis von 300 Metern gibt es eine Verbindung über die Buslinie 134 ins Berliner Zentrum. Von den Fahrgassen zu den einzelnen Gebäuden führen Spazierwege und für Einsatzfahrzeuge befestigte Notzufahrten.

Die eigentliche Hospizstation wird über den u-förmigen Innenhof erschlossen, der von den drei Häusern 10 bis 12 und dem Hauptgebäude gebildet wird. Durch einen Park mit großen

Laubbäumen nähert man sich schrittweise dem Haus 12. Im dritten Obergeschoss befindet sich die Hospizstation, die sich schon außen über Gaupen in der Dachlandschaft abzeichnet.

- 1 Bewohnerzimmer
- 2 Bewohnerbad
- 3 Tageshospiz
- 4 Pflegestützpunkt
- 5 Verwaltung
- 6 Pflegebad
- 7 WC
- 8 Spülenraum
- 9 Putzraum
- 10 Lager
- 11 Aufenthaltsbereich
- 12 Küche | Teeküche
- 13 Besprechung
- 14 Verabschiedung
- 15 Balkon
- 16 Raum der Stille
- 17 Umkleide
- 18 Therapie
- 19 Atelier
- 20 Technikraum

- Öffentlich
- Angehörige - Patienten
- nur Mitarbeiter



## Konzept | Architektur

Über eine dreiläufige E-Treppe mit Halbpodest, die einem zwei verschiedene Wege in die Obergeschosse anbietet, erreicht man das dritte Obergeschoss, in dem das Hospiz untergebracht ist. Die Station mit insgesamt 15 Betten beansprucht den gesamten ausgebauten Dachraum für sich. Über Oberlichtbänder wird Licht in den Mittelgang der zweihüftigen Station geschaufelt. Funktionell sehr zentral befindet sich direkt beim Stationseingang der Pflegestützpunkt, an den links und rechts die beiden Bettenflügel angeschlossen sind. Über einen großzügigen Mittelgang werden die nach Ost und West ausgerichteten Einzelzimmer erschlossen und geben entweder den Blick auf den umliegenden Wald oder den begrünten Innenhof frei.

Die Zimmer sind sehr schlicht mit zarter Farbgebung von einer Künstlerin gestaltet und empfangen den Patienten sehr warmherzig. An die Sanitärzellen der Zimmer, die aus funktionalen Aspekten zu einer Einheit zusammengefasst sind, wurden auf einer Seite des

sehr breiten Ganges von den Architekten die Nebenräume, wie Spülräume oder Wäschelager angliedert, wodurch sich Nischen vor den Zimmern bilden und die gerade Flurfront aufgelöst wird. Die großzügige Wirkung der linearen Erschließungszone wird noch zusätzlich durch die Überhöhung in der Mitte aufgrund der Satteldachform verstärkt. Eine großzügige Gemeinschaftsküche für Mitarbeiter, Angehörige und Patienten, ein Seminarraum, ein abgeschiedener Ruheraum für die Mitarbeiter, sowie Büroräume sind zwischen den Patientenzimmern eingeschoben. Auch der klimatisierbare Verabschiedungsraum fügt sich in die zweihüftige Hospizstation ein.



## Verabschiedung | Ritualen

Im Gemeinschaftshospiz wird der Verstorbene nach dessen Tod, meist in seinem Bett im Zimmer, ganz bewusst unverhüllt in einem Leintuch in den Verabschiedungsraum getragen, vor der Zimmertür brennt dann eine Kerze. Diese Haltung könnte als Entgegenwirken zum allgemein üblichen Vorgang der Leichenverhüllung betrachtet werden, die seit dem Spätmittelalter weltweit Bestand hat. Vorher wurde der Anblick eines Toten entspannt hingenommen.<sup>101</sup> Im Interview begründet Frau C.K-A. die Distanzierung von der Verhüllung damit, dass durch ein Leintuch allerhand unnötige Phantasien entstehen würden, wie der Tote wohl unter dem Leintuch aussehe. In Havelhöhe wird aber von Patient zu Patient abgewogen, ob für denjenigen ein Anblick des Toten zumutbar wäre.

Im Verabschiedungsraum bleibt der Leichnam gemäß der anthroposophischen Philosophie, die sich sehr stark am christlichen Leitbild orientiert, drei Tage in seinem Leintuch auf dem Holzkatafalk aufgebahrt. Die Frist von drei Tagen wird in vielen Glaubensrichtungen als jener

Zeitraum beschrieben, den der Geist braucht, um sich vom physischen Leibe zu trennen. Rudolf Steiner, der Begründer der Anthroposophie benennt diese Lebensenergie nach den griechischen Philosophen Epikur und Demokrit als Ätherleib, der sich nach ungefähr drei Tagen vom Körper löst.<sup>102</sup> Die Angehörigen, die Pflegenden und die Mitpatienten haben genügend Zeit sich vom Verstorbenen zu verabschieden. Dann wird der Leichnam im Sarg über den Lift abtransportiert.

<sup>101</sup> Vgl. Aries 2010, 780

<sup>102</sup> Vgl. Steiner 1980, 128f



16 Albert-Schweitzer Hospiz | Zugang

## Albert-Schweitzer Hospiz Graz

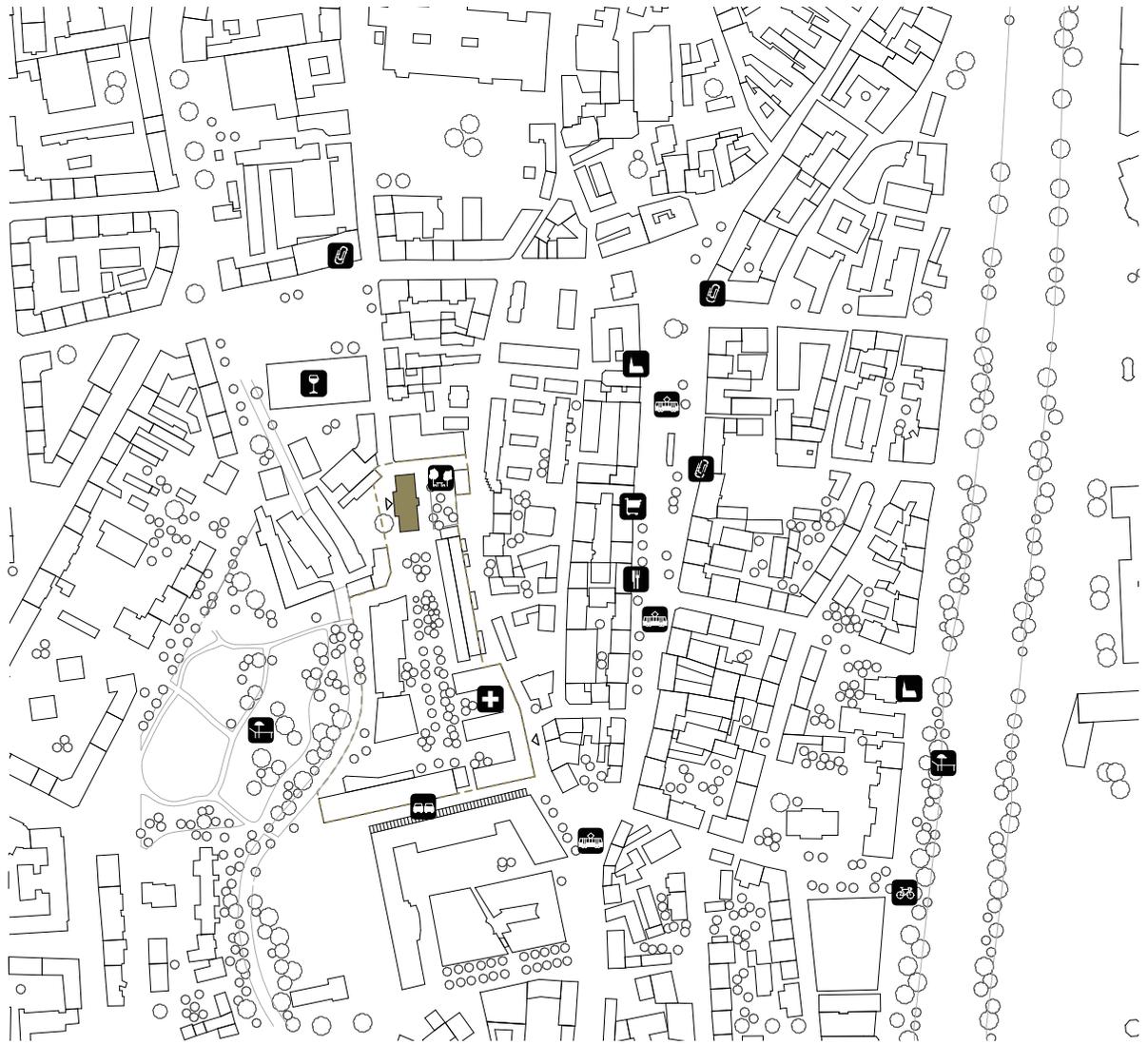
Das Albert-Schweitzer Hospiz im Grazer Stadtteil Gries ist funktional an die Albert-Schweitzer Klinik angeschlossen, deren Geschichte bis ins Jahr 1724 zurückreicht. Im Garten M. Hann-Lichtstocks wurde auf Anweisung von Karl VI ein Armenhaus für Graz am heutigen Standort der Klinik errichtet. 1838-43 wurde das Haus um einen Neubau erweitert, nach der Zerstörung im 2. Weltkrieg wiederaufgebaut und 1968 wiedereröffnet.

Nachdem schon am Anfang der 1990er Jahren Pläne für ein neues Hospizhaus in Graz existierten, wurden in den Jahren 1998 bis 2000 sechs Hospizbetten in die Klinik implementiert. Anhand der Auslastung dieser Betten wurde der Bedarf an Hospizplätzen für die Steiermark ermittelt. Das Projekt wurde vom Land finanziert. Die zusammengeschlossenen Sparten Koordination Palliativbetreuung Steiermark und Hospizverein Steiermark übernehmen die Leitung der Station. Das Pflegepersonal wird vom geriatrischen Krankenhaus Graz geleitet.<sup>103</sup> Die Stadt Graz übernahm die Trägerschaft und beschloss einen Umbau des ehemaligen Pflegeheims am Grundstück der Albert-Schweitzer

Klinik. 2004 ging das Architektenpaar Wolfgang Feyferlik und Susanne Fritzer als Sieger eines Architekturwettbewerbs hervor. Im Jahre 2008 wurde dann, nach dem Umbau des 1929 gebauten Altenpflegehauses, das neue Hospizhaus eröffnet. Die Aufenthaltskosten im Hospiz werden teilweise von den Steiermärkischen Krankenanstalten, Finanzierungsfonds, der Stadt Graz und Spenden finanziert. Die Patienten sowie deren Angehörige müssen aber einen gewissen Teil aus eigener Tasche bezahlen. Das Hospiz ist heute immer noch das einzige seiner Art in der ganzen Steiermark. Die Hospizstation Albert-Schweitzer bietet derzeit stationär 12 Patienten Platz. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag im Jahr 2014 bei 54 Tagen.

<sup>103</sup> Vgl. Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz 2013, 6

-  Park
-  Erholung
-  Wohnen
-  Dienstleistung
-  Einkaufen
-  Bildung
-  Bar
-  Restaurant
-  Radweg
-  Öffis
-  Glaubenshaus
-  Krankenhaus
-  Gericht
-  Parken
-  Klinikareal



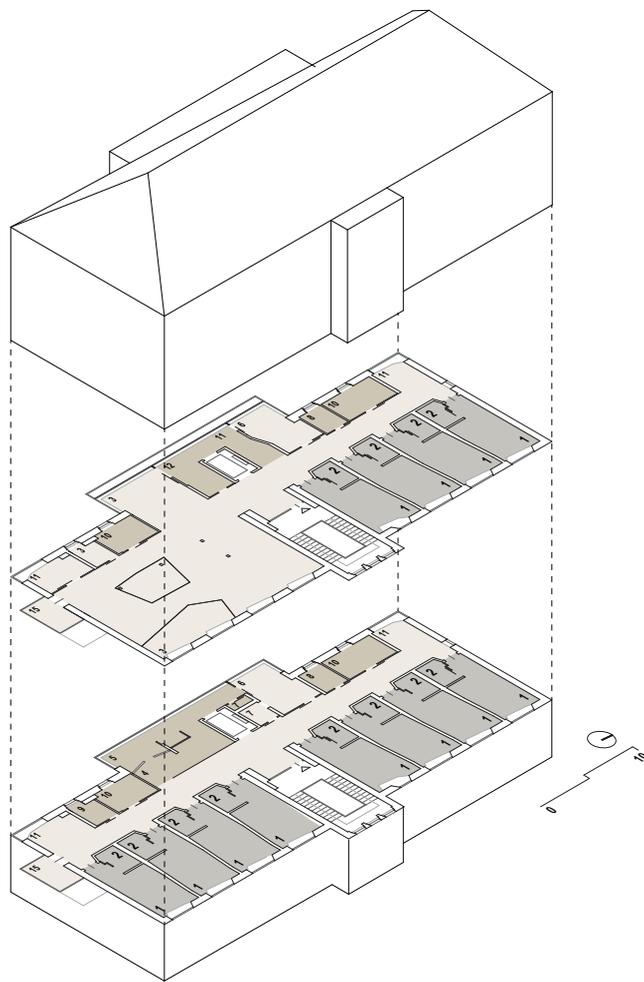
0 200 m

### **Städtebauliche Situation**

Städtebaulich befindet sich das Albert-Schweitzer Hospiz in einem viel dichteren urbanen Kontext als das Gemeinschaftshospiz in Berlin. Es befindet sich in unmittelbarer Nähe zum Grazer Griesplatz, in einem heterogenen Mischgebiet einer sich kleinteilig entwickelten Baustruktur, die durch Wohnanlagen, Ausläufer der städtischen Blockrandbebauung und markanten Industriegebäuden geprägt ist. Dazwischen ziehen sich mehrere Parkanlagen durch das Gebiet. Westlich vom verkehrsreichen Griesplatz, durch zwei Häuserzeilen getrennt, auf dem Gelände der Albert-Schweitzer Klinik, das im Nordwesten von der Rösselmühle begrenzt ist, sich jedoch weiter südlich zum Oeverseepark öffnet, steht im nördlichen Teil das Albert-Schweitzer Hospiz. Der Zugang erfolgt über den Klinikeingang im Süden von der Albert-Schweitzer-Gasse, wo es Parkmöglichkeiten für Besucher gibt. Ans öffentliche Verkehrsnetz ist die Klinik auch sehr gut angeschlossen. Innerhalb von 300m gibt es Busstationen sowohl am Griesplatz als auch am Kopf der Albert-Schweitzer-Gasse. Um zum eigent-

lichen Hospizhaus zu gelangen, durchquert man den vom Lärm sehr gut abgeschirmten Klinikpark und geht auf das für sich allein stehende Hospizgebäude zu. Dadurch, dass das Gebäude für sich alleine steht und durch eine Baumreihe vom übrigen Park getrennt ist, genießt es ein wohltuendes Maß an Privatheit. Dadurch ergibt sich ein eher introvertiertes Bild des Albert-Schweitzer Hospizes.

- 1 Bewohnerzimmer
  - 2 Bewohnerbad
  - 3 Tageshospiz
  - 4 Pflegestützpunkt
  - 5 Verwaltung
  - 6 Pflegebad
  - 7 WC
  - 8 Spülenraum
  - 9 Putzraum
  - 10 Lager
  - 11 Aufenthaltsbereich
  - 12 Küche | Teeküche
  - 13 Besprechung
  - 14 Verabschiedung
  - 15 Balkon
  - 16 Raum der Stille
  - 17 Umkleide
  - 18 Therapie
  - 19 Atelier
  - 20 Technikraum
- Öffentlich
  - Angehörige - Patienten
  - nur Mitarbeiter



## Konzept | Architektur

Das Gebäude wird über den Haupteingang im Westen betreten. Im Erdgeschoss befinden sich die Räumlichkeiten des Hospizvereins Steiermark sowie Verwaltungstechnische Büroräume. Ein großer Seminarraum bietet Platz für Ausbildungen und größere Gruppen und ein abgelegener Raum der Stille Platz für Angehörige in der schweren Zeit. Über die zentrale Treppe oder den Lift gelangt man in die Obergeschosse. Auf 2 Ebenen sind 12 Einzelzimmer verteilt, im ersten Obergeschoss die Hospizstation und im zweiten Obergeschoss das Tageshospiz, in dem Menschen während des Tages betreut werden um die Angehörigen zu entlasten. Die Aufteilung auf zwei Geschosse macht laut Pflegedienstleiterin einen reibungslosen pflegerischen Ablauf sehr schwierig.<sup>104</sup> In der Mitte des Baukörpers im Westen sind die Pflegestützpunkte, von denen aus die Eingänge der Zimmer im Osten ganz gut einsehbar sind. Jedes Patientenzimmer verfügt über eine eigene Sanitäreinheit und eine große Sitz-Liegebank, auf der Angehörige übernachten können. Über großzügige Fenster wird der Bezug

<sup>104</sup> Vgl. Interview mit Frau S.I. 2015

zur Umgebung hergestellt und der fehlende private Balkon gut substituiert. Großzügige Aufenthaltsbereiche für Patienten, Angehörige und Pflegepersonal bieten die Möglichkeit der sozialen Interaktion, auch wenn diese letzte Lebensphase eher vom Rückzug in die Privatheit geprägt ist.<sup>105</sup>

Bei der Frage nach Aufenthaltsbereichen, die die Menschen besonders schätzen musste Frau S.I. an die Besucherecke im Norden denken, die von vielen Menschen als „Energieplatz“ beschrieben wurde.

Seit heuer, also dem Jahr 2015, ist der Ausbau des Dachraumes fertiggestellt, der Platz für einen großen Seminarraum und eine Teeküche für das Pflegepersonal, sowie Sanitär- und Technikräume bietet.

<sup>105</sup> Vgl. Interview mit Frau S.I. 2015



### **Verabschiedung | Ritualen**

Die Leichname der Bewohner verbleiben nach dem Eintritt des Todes für die Verabschiedung bis zu zwei Tage in ihren Zimmern. Durch die Klimaanlage kann die Raumtemperatur in dieser Zeit niedrig gehalten werden. Angehörige, Mitpatienten und das Pflegepersonal nehmen Abschied und geben ihm einen charakteristischen Gegenstand mit auf den Weg. Bei der Planung wurde aus Gründen der Totenruhe bewusst auf einen eigenen Verabschiedungsraum verzichtet.<sup>106</sup> Ein Ruhe- und Meditationsraum im Erdgeschoss bietet Angehörigen und Pflegenden die Möglichkeit für sich zu sein und etwas Abstand zu gewinnen.

In der Zeit der Verabschiedung und des Loslassens, also so lange der Leichnam im Zimmer liegt, brennt auf der Station eine Andachtskerze. Sie befindet sich beim Eingang auf die Hospizstation und ist beim Betreten sofort sichtbar. Einmal im Jahr, meist am Ende des Jahres, findet eine Andachtsmesse in der Kapelle der Albert-Schweitzer Klinik für alle in diesem Jahr Verstorbenen statt. Für jeden wird im

Zuge dessen noch einmal ein Licht angezündet. Hier kommen Angehörige und Pflegende noch einmal für eine gemeinsame Feier zusammen und reflektieren über die gemeinsame Zeit im Hospiz.<sup>107</sup>

<sup>106</sup> Vgl. Interview mit Frau S.I. 2015

<sup>107</sup> Vgl. Interview mit Frau S.I. 2015



18 CS Hospiz | Dachgarten

## CS Hospiz Wien Rennweg

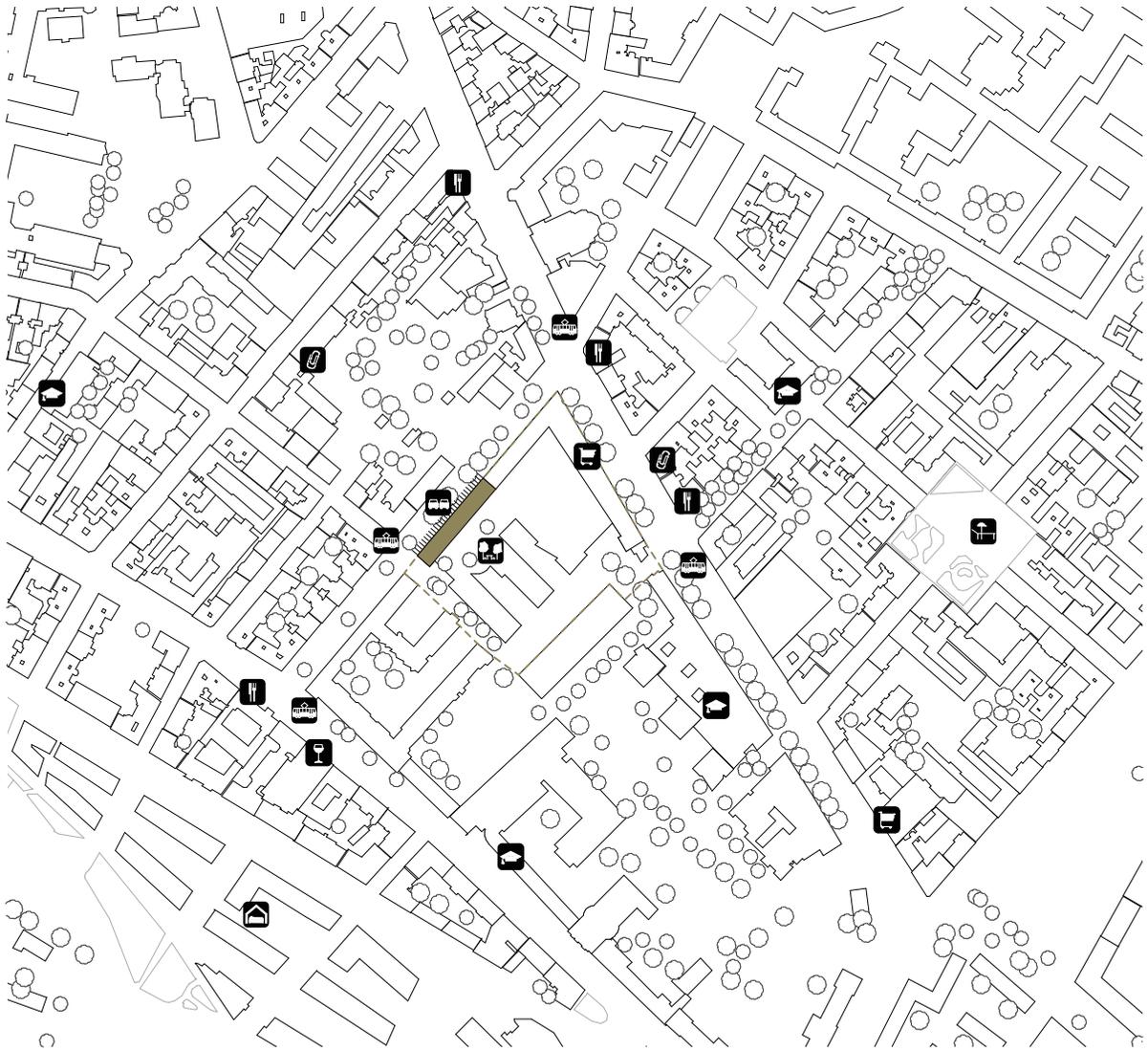
Das Hospiz Rennweg ist an das Caritas Socialis Pflege- und Sozialzentrum angeschlossen. Die Geschichte der Hospizbewegung in Wien reicht bis ins Jahr 1989 zurück. In diesem Jahr nahm ein mobiles Hospizteam, welches zu sterbenden Menschen nach Hause kam, als Pilotprojekt seinen Dienst in der Pramergasse auf. Sechs Jahre später, im Jahre 1995, wurde im dritten Wiener Gemeindebezirk, in der Oberzeilergasse, das stationäre Hospiz Rennweg eröffnet. Seit 2002 besteht eine Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien, wodurch die Hospizbewohner und deren Angehörige finanziell entlastet werden konnten.<sup>108</sup> Heute besteht das Hospiz Rennweg aus vier verschiedenen Institutionen, die alle von Frau A.S. geleitet werden: Die Beratungsstelle mit dem „Mobilen Palliativteam“, bestehend aus Ärzten, Pflegern, Seelsorgern und Physiotherapeuten, die „Station“ mit Ärzten und Pflegepersonal, der „Rote Anker“ mit Psychotherapeutinnen für die spezielle Betreuung von Kindern und Jugendlichen in der schweren Zeit, und die „Begleitung in der Trauer“ für Angehörige nach dem Tod eines Patienten. Hospiz ist als Palliativstation ge-

führt, dadurch wird ein höherer Anteil der Aufenthaltskosten von der Krankenkasse bezahlt als in einer als Hospiz geführten Einrichtung. Nichts desto trotz ist die gesamte Institution CS Hospiz Rennweg auf 1,1 Millionen Euro an zusätzlichen Spendengeldern angewiesen.

Auf der Station werden 12 Patienten betreut. Der Durchschnittsaufenthalt beträgt 15 Tage (Stand 2014) und pro Monat versterben circa 25 Menschen.

<sup>108</sup> <http://www.cs.or.at> - 27.6.2015

-  Park
-  Erholung
-  Wohnen
-  Dienstleistung
-  Einkaufen
-  Bildung
-  Bar
-  Restaurant
-  Radweg
-  Öffis
-  Glaubenshaus
-  Krankenhaus
-  Gericht
-  Parken
-  Klinikareal



0 200 m

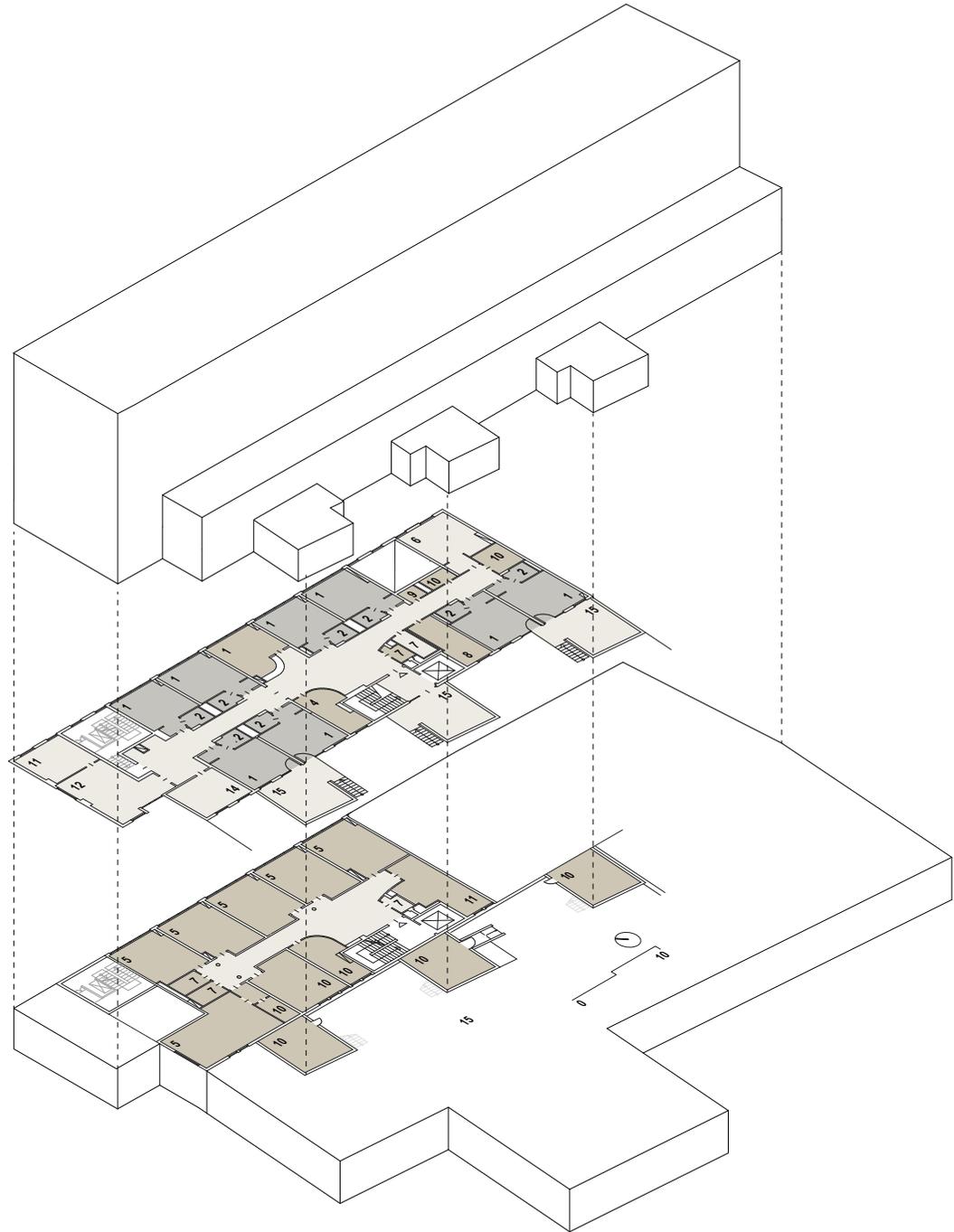
### **Städtebauliche Situation**

Das CS Hospiz Rennweg ist im Vergleich zu den andern von mir besuchten Hospizen in den dichtesten städtebaulichen Kontext gebettet. Der Bereich Oberzeilergasse ist als Übergangsbereich zu sehen, wo die 6-7 geschossige Blockrandbebauung in eine heterogenere Bebauung übergeht. Im Flächenwidmungsplan ist die Gegend als klares Wohngebiet erkennbar. Das Sozialzentrum der Caritas Socialis befindet sich in einem siebengeschossigen Blockrand, der sich jedoch nach Südosten kammartig auffächert. Das Erdgeschoss verbindet mehrere Gebäude miteinander. Die ersten drei Geschosse des Gebäudes an der Oberzeilergasse beansprucht das Hospizhaus für sich.

Durch die innerstädtische Lage ist eine ausgezeichnete Anbindung ans öffentliche Verkehrsnetz der Stadt Wien gegeben. Direkt vor dem Haus gibt es eine Bushaltestelle. Die Straßenbahnstation Oberzeilergasse mit Anbindung ins Zentrum ist nicht einmal 100 Meter vom Sozialzentrum entfernt. Vor allem für alte Menschen, die ihre Angehörigen im Hospiz besuchen wollen, weist die Lage eine besondere

Qualität auf, die bei einem Neubau auf der „grünen Wiese“ nicht gegeben wäre. Das Hospiz am Rennweg bietet Menschen, die ihr ganzes Leben in der Stadt verbracht haben, ein Sterben im gewohnten Umfeld.

- 1 Bewohnerzimmer
  - 2 Bewohnerbad
  - 3 Tageshospiz
  - 4 Pflegestützpunkt
  - 5 Verwaltung
  - 6 Pflegebad
  - 7 WC
  - 8 Spülenraum
  - 9 Putzraum
  - 10 Lager
  - 11 Aufenthaltsbereich
  - 12 Küche | Teeküche
  - 13 Besprechung
  - 14 Verabschiedung
  - 15 Balkon
  - 16 Raum der Stille
  - 17 Umkleide
  - 18 Therapie
  - 19 Atelier
  - 20 Technikraum
- 
- Öffentlich
  - Angehörige - Patienten
  - nur Mitarbeiter



## Konzept | Architektur

Die Hospiz- und Palliativstation des Caritas Sozialzentrums wird über das große Foyer mit Cafeteria, Kapelle und Veranstaltungsraum erschlossen. Im Erdgeschoss des Baukörpers direkt an der Oberzeilergasse finden sich die Büroräumlichkeiten des mobilen Palliativteams. Über eine dunkle Treppe geht man ins erste Obergeschoss, wo sich die Verwaltung des palliativmedizinischen Teils des Sozialzentrums befindet. Im zweiten Obergeschoss befindet sich die eigentliche Station mit einem überwachten Zugang zum Dachgarten, der umgeben von Gebäuden sehr ruhig und geschützt ist. Im Sommer schlafen die Patienten oft im Freien.<sup>109</sup> Obwohl die Station von städtischen Wohnungen umgeben ist, könnte der Innenhof als Oase der Ruhe in der Stadt beschrieben werden. Auf der Station gibt es 12 behördlich genehmigte -so genannte systemisierte- Patientenbetten und vier Zusatzbetten für Angehörige. Die 16 Betten sind auf acht Doppelzimmer aufgeteilt, d.h. die Station verfügt über vier eigentliche Einzelzimmer mit Zusatzbett und vier Doppelzimmer. Die Zimmer sind nord- und

südseitig an einen großzügigen Gangbereich mit Sitznischen für Patienten und Angehörige angeschlossen. Jedes Zimmer hat eine eigene Nasszelle. Aus Platzgründen teilen sich Patienten, Angehörige und Mitarbeiter einen gemeinsamen Wohnküchenbereich. Dies unterstreicht das gemeinschaftliche Zusammenleben. Auf Grund der Dichte ist Abstand zum Tagesablauf im Gebäude nur schwer möglich.

Aus rein architektonischer Sicht handelt es sich um einen renovierungsbedürftigen Bau aus den 1990er Jahren. Ein Neubau außerhalb der Stadt wurde einer Renovierung des Bestandes gegenübergestellt. Auf Grund der hohen Grundstückpreise ist der Neubau aber zurzeit nicht finanzierbar.

<sup>109</sup> Vgl. Interview mit Frau A.S., 2015



19 CS Hospiz | Aufbahrungsraum

### **Verabschiedung der Toten | Ritualen**

Das Caritas Socialis Pflege- und Sozialzentrum ist als christliches Haus geführt. Die Gründerin Hildegard Burjan wurde im Jahre 2012 selig gesprochen. Seit dem 11. Juni 2015 erinnert daran eine Gedenkstätte im Wiener Stephansdom. Im Haus selbst gibt es im Erdgeschoss, an das Foyer angeschlossen, eine Kapelle für Verabschiedungen.

Auf der Station gibt es zwei Katzen, die für eine wohnliche Atmosphäre sorgen sollen. Direkt am Eingang, bei einer Sitzgruppe, gibt es eine Kerze, die angezündet wird, wenn ein Patient auf der Station verstorben ist. Im Gegensatz zum Albert-Schweitzer Hospiz werden die Verstorbenen im klimatisierbaren Aufbahrungsraum für die Verabschiedung aufgebahrt. Die Bestattungsunternehmen holen die Leichname immer abends. Verstirbt ein Patient am Vormittag, wird er noch am selben Tag abgeholt, verstirbt er am Nachmittag bleibt er bis am Abend des darauffolgenden Tages im Verabschiedungsraum. Der Sarg wird –wenn möglich nicht im Beisein der anderen Hospiz-

bewohnern- über den Nebeneingang in der Oberzeilergasse abtransportiert.<sup>110</sup>

<sup>110</sup> Vgl. Interview mit Frau B.S. 2015



20 Zürcher Lighthouse | Zugang

## Zürcher Lighthouse

Seit dem Jahre 1988, also seit 27 Jahren, gibt es im Zürcher Stadtteil Hottingen ein eigenständiges Hospiz. Die Stiftung Zürcher Lighthouse hatte zum Ziel, an AIDS erkrankte Menschen beim Sterben zu begleiten. Durch den Rückgang an AIDS-Erkrankungen werden heute Menschen mit allen Diagnosen im Hospiz aufgenommen und bis zum Tod begleitet.<sup>111</sup>

Obwohl räumlich weit entfernt, arbeitet die Einrichtung gut mit dem Universitätsspital Zürich zusammen. Insgesamt können 16 Patienten in vier Akutbetten und 12 Langzeitbetten betreut werden. Laut Durchschnitt, der das Bild jedoch sehr verfälscht, leben die Menschen 30 Tage im Hospiz. Von 24 Stunden Aufenthalte bis zu Langzeitaufenthalte von bis zu drei Jahren ist alles dabei.

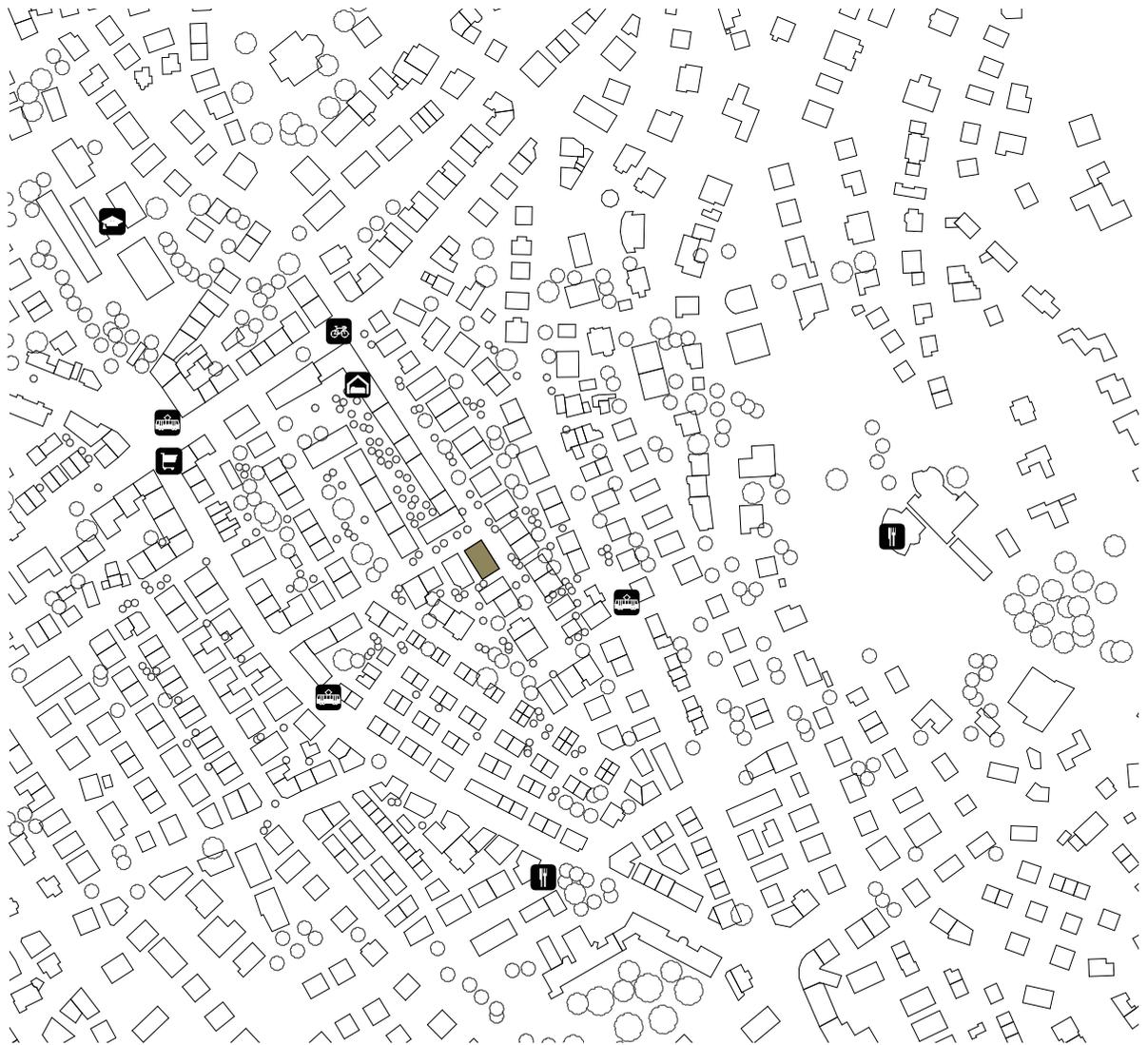
Finanziert wird der Aufenthalt in den Akutbetten von den Krankenkassen. Bei längeren Aufenthalten, mehr als 2-3 Wochen, müssen die Bewohner einen Teil der Kosten selbst tragen. Derzeit liegt der Tagessatz bei 271,60 CHF pro Tag. Das übrige Geld kommt von der Gemeinde, den Krankenkassen und privaten Spendern.

Jährlich ist das Zürcher Lighthouse auf Spendengeldern in der Höhe von 1 Mio. CHF angewiesen.

In ungefähr zwei Jahren soll das Hospiz an einen neuen Standort ganz in der Nähe übersiedeln. Ein historisches Gebäude soll adaptiert werden und zukünftig einer doppelt so großen Anzahl an Sterbenden Menschen Platz bieten.

<sup>111</sup> Vgl. <http://www.nzz.ch> - 10.10.2015

-  Park
-  Erholung
-  Wohnen
-  Dienstleistung
-  Einkaufen
-  Bildung
-  Bar
-  Restaurant
-  Radweg
-  Öffis
-  Glaubenshaus
-  Krankenhaus
-  Gericht
-  Parken
-  Klinikareal



0 200 m

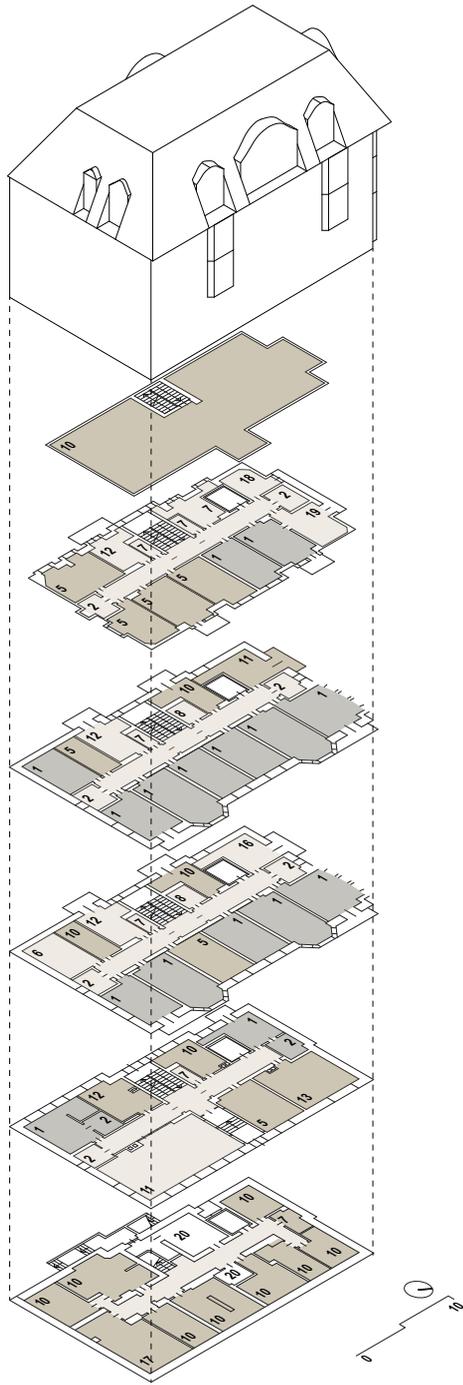
### **Städtebauliche Situation**

Das Gründerzeitgebäude, in dem das Zürcher Lighthouse sein Zuhause hat, ist in den Kontext eines für die Schweiz typischen Wohngebietes eingebunden. Freistehende Villen säumen den Stadtteil Hottingen, der vom Römerhof sehr steil in Richtung Dolder Grand Hotel ansteigt. Während der Kreuzplatz im Südosten noch von einer heterogeneren Bebauung aus Blockrändern, Zeilen und freistehenden Gebäuden umgeben ist, geht die Struktur in Richtung Nordwesten sogleich in eine lockere Bebauung freistehender Gebäude über, die dann Richtung Dolder immer mehr ausdünn bis sie in ein bewaldetes Gebiet ausläuft. Die klare Struktur an freistehenden Gebäuden wird nur durch einige wenige größere Strukturen wie Wohnbebauungen oder öffentliche Gebäude unterbrochen.

Die Einrichtung ist an ihrem Standort sehr gut an das öffentliche Verkehrsnetz der Stadt Zürich angeschlossen. Im Radius von 100 Metern befinden sich die Straßenbahnhaltestelle Hölderlinstraße sowie die Bushaltestelle Hölderlin-

steig. Die Fahrzeit zum Zürcher Hauptbahnhof beträgt eine viertel Stunde. Aus diesem Grund eignet sich der Standort für den Bautyp Hospiz sehr gut, da er einerseits gut an das städtische Leben angeschlossen ist und andererseits den Menschen die nötige Ruhe und Intimität in der Zeit des Abschieds ermöglicht.

- 1 Bewohnerzimmer
  - 2 Bewohnerbad
  - 3 Tageshospiz
  - 4 Pflegestützpunkt
  - 5 Verwaltung
  - 6 Pflegebad
  - 7 WC
  - 8 Spülenraum
  - 9 Putzraum
  - 10 Lager
  - 11 Aufenthaltsbereich
  - 12 Küche | Teeküche
  - 13 Besprechung
  - 14 Verabschiedung
  - 15 Balkon
  - 16 Raum der Stille
  - 17 Umkleide
  - 18 Therapie
  - 19 Atelier
  - 20 Technikraum
- 
- Öffentlich
  - Angehörige - Patienten
  - nur Mitarbeiter



## Konzept | Architektur

Der mit 20m Länge und 12m Breite sehr kompakte Baukörper wird mittig über den Haupteingang im Nordwesten betreten. Über ein paar Stufen gelangt man auf Erdgeschossniveau zum Empfang. Auf dieser Ebene gibt es einen Ess- und Aufenthaltsraum, die Küche, einen Besprechungsraum sowie zwei Zimmer. Über insgesamt fünf Geschosse plus ein Dachgeschoss, das als Lager genutzt wird, verteilen sich die Räumlichkeiten der Institution. Im Keller kleiden sich die Mitarbeiter um, werden Medizingeräte und sonstige Utensilien gelagert. Über den auch von außen zugänglichen Lift, der jedoch für Betten zu klein ist, werden die Geschosse untereinander verbunden. Die Größe des Lifts erschwert den Transport der Patienten deutlich.<sup>112</sup>

Die 16 Einzelzimmer werden über zwei links und rechts an den Erschließungskern angeschlossene Mittelgänge betreten. Aus Platzgründen haben die Zimmer kein eigenes Bad. Pro Geschoss gibt es zwei Patientenbäder und ein Pflegebad im ersten Obergeschoss

<sup>112</sup> Vgl. Interview mit Frau A.O. 2015

für das ganze Haus. Gemeinschaftsküchen, Arbeitsräume, Therapieräume, ein Atelier und ein Raum der Stille nehmen den übrigen Platz in den Geschossen ein. Pro Ebene ermöglichen fünf Balkone, die teilweise von den Zimmern und teilweise von den Gemeinschaftsküchen betreten werden können, ein Hinaustreten ins Freie. Die Pflegerin Frau A.O. beschrieb im Interview die besondere Qualität dieser Balkone, da im Gebäude selbst der Platz sehr bemessen ist. Hier könne man durchatmen und seine Gedanken wieder ordnen.

Die kompakte Form werde vor allem von den Angehörigen geschätzt, da dadurch ein angenehm heimeliges Gefühl im Haus entstehe. Aus der Sicht der Pflegenden erschweren die engen Gänge und kleinen Zimmer den täglichen Pflegeablauf. Beim Neubau wird es genau darauf ankommen, wie Häuslichkeit und einfache Abläufe miteinander verwoben werden können.<sup>113</sup>

<sup>113</sup> Vgl. Interview mit Frau A.O. 2015



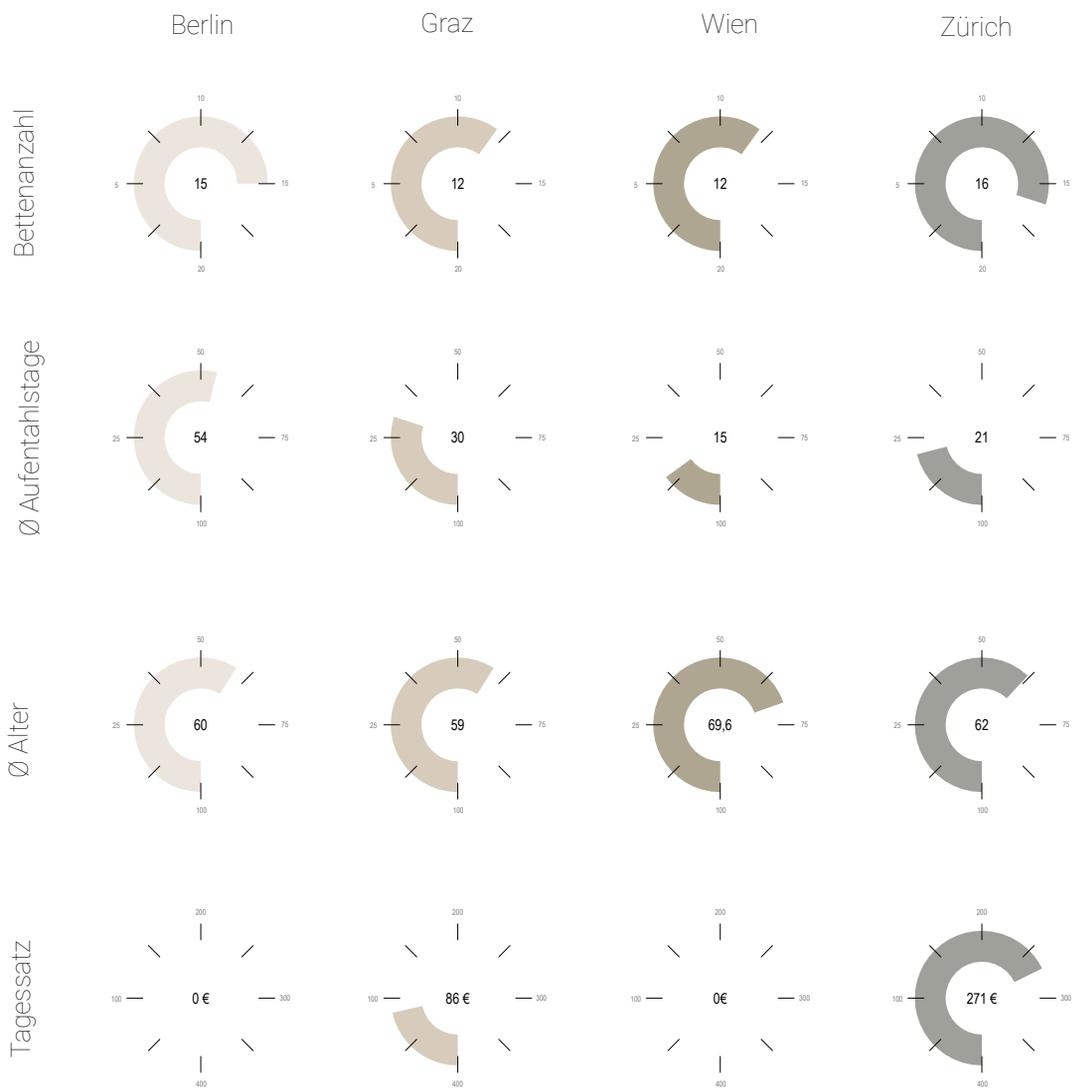
21 Zürcher Lighthouse | Ritualecke

### **Verabschiedung der Toten | Ritualen**

Das Zürcher Lighthouse ist wie alle anderen von mir besuchten Hospize konfessionslos. Die Mitarbeiter haben aber über die letzten 27 Jahre Ritualen entwickelt, die nach dem Versterben eines Hospizbewohners durchgeführt werden. In den letzten Jahren wurden diese immer wieder an das sich verändernde Team angepasst. Die Verstorbenen werden aus Platzgründen, ähnlich wie in Graz, in den mit Klimageräten gekühlten Zimmern verabschiedet, was von den Angehörigen sehr geschätzt wird, weil dadurch alles langsamer abläuft. Bis zu 72 Stunden darf der Leichnam laut Schweizer Gesetz in dieser Umgebung bleiben, bis er vom Bestatter eingesargt und abtransportiert werden muss. Die Verabschiedung im Zimmer hat aber den Nachteil, dass Menschen, die dringend einen Platz benötigen ein Aufenthalt im Hospiz verwehrt bleibt.

In der Zeit des Abschiedes brennt im Erdgeschoss eine Kerze und der Name des Verstorbenen wird in ein Buch geschrieben. Verlässt der Sarg das Haus, wird die Kerze abgelöscht

und das Buch geschlossen. Eine jedem Bewohner zugeordnete Feder wird bei den monatlich stattfindenden Besprechungen der Pflegenden an einen Heliumballon gebunden und gen Himmel fliegen gelassen. Diese Rituale sollen den Abschied für die Pflegenden, die meist eine sehr intensive Zeit mit den Patienten erlebt haben, erleichtern.



## Fazit | Vier Hospize im Vergleich

Auf Grund meiner vier Hospizbesuche im deutschsprachigen Raum zeichnet sich nun ein ambivalentes Bild der Hospizarbeit, deren Spannung vor allem im Versuch liegt, zwischen Extremen zu vermitteln. Durch die modernen Trennungen haben sich klar abgegrenzte Haltungen entwickelt und sich teilweise sehr weit voneinander distanziert. Deutlich wird dies im Bereich der Ökonomie. Hospize müssen einerseits wirtschaftlich arbeiten, um fortbestehen zu können und andererseits versuchen die Mitarbeiter sich nicht zu weit vom Grundsatz der Wohltätigkeit hospizlichen Handelns zu entfernen. Die fehlende Finanzierung durch die öffentliche Hand in Österreich und in der Schweiz zwingt die Hospize effizient zu handeln. Spendengelder müssen die leeren Kassen am Ende des Jahres füllen. Letztendlich schafft die persönliche Hingabe, mit der die haupt- und ehrenamtlichen Pflegekräfte ihrer Arbeit nachgehen, eine Distanz zur Ökonomisierung und die Querverbindung zum ganzheitlichen Leitbild der Hospizgemeinschaft.

Ein Vergleich der besuchten Hospize anhand des Verhältnisses von Nettonutzfläche (ohne

Erschließungsflächen) zu Bruttogeschossfläche macht deutlich, wie die Finanzierungsart die Einrichtungen zu effizienterer Flächenauslastung zwingt. Das Gemeinschaftshospiz in Deutschland, wo die Krankenkassen den Hospizaufenthalt finanzieren, hat eine um 10% niedrigere Flächenausnutzung wie die Einrichtungen in Österreich und der Schweiz. Für eine Untermauerung dieser These müsste man allerdings weit mehr Hospize vergleichen.

Das Verhältnis von öffentlicher Präsenz nach außen und privaten Rückzugsmöglichkeiten nach innen verdeutlicht die Ambivalenz der Hospizbewegung noch weiter. Wie ein Hospiz in der Gesellschaft verankert ist, hängt vor allem von der städtebaulichen Lage ab. Anhand der vier besuchten Hospize, die in verschiedenen Kontexten situiert sind, wird deutlich, wie anpassbar die Hospizbewegung sein kann.

War der Kontext des Gemeinschaftshospizes in Berlin noch ein suburbaner mit viel Bezug zur Natur, so war für mich in Graz und Zürich die Nähe der Einrichtungen zum Stadtzentrum schon deutlicher spürbar, wobei auch dort

Parks, Wald- und Wiesenflächen die Urbanität für kurze Zeit vergessen lassen. Ganz anders war das Erlebnis für mich in Wien im Hospiz der Caritas Sozialis. In einen viel dichteren urbanen Kontext eingewoben, von 7-8 geschossige Wohnhäuser umringt, war die Station mit ihrem Dachgarten eine äußerst kleine Oase in der Stadt. Das Maß an öffentlicher Präsenz und Nähe zum Stadtzentrum war wiederum größer.

In der Betrachtung der Raumgefüge im inneren der Hospizgebäude war für mich klar erkennbar, dass Gemeinschaftsflächen in allen vier Beispielen mit den Erschließungsflächen eng verwoben sind und lediglich die Zimmer sich davon abkehren und intimer sind. Graz sticht jedoch mit seinem überaus offenen Raumgefüge heraus. Pflegestützpunkt, Tageshospiz sowie Aufenthalts- und Essbereiche wurden in der Planung geschickt mit dem Gang und den Erschließungsbereichen verwoben. Mittels Bücherregalen, Pflanzen und Raumteiler wird der Raum gut gegliedert, woraus für mich ablesbar wird, dass auch offene Raumgefüge im Hospiz Sinn machen.

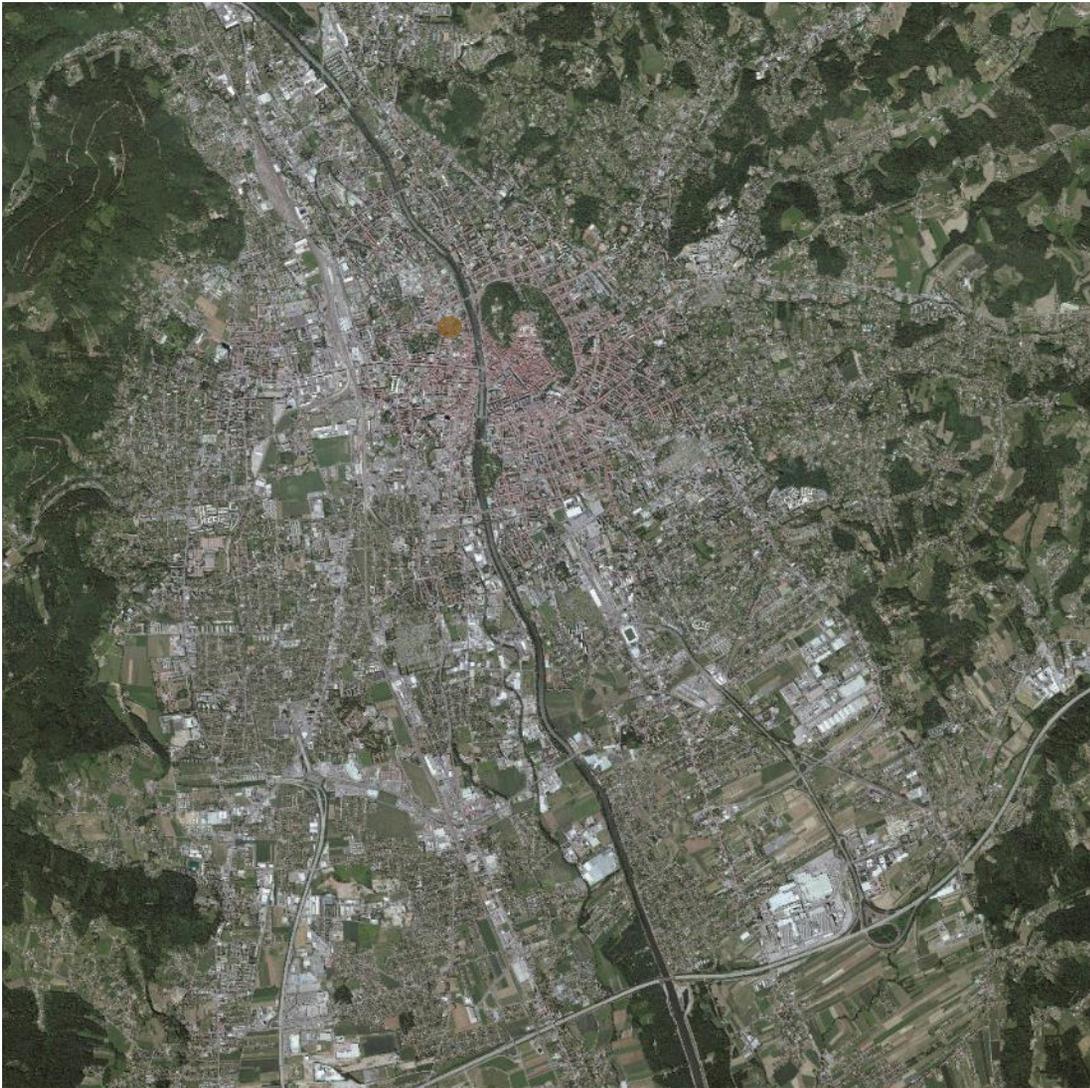
Für meinen späteren Entwurf ist vor allem der Vergleich der Hospizzimmer relevant. Hier wurden Unterschiede in der Zimmergröße und der Anzahl deutlich. Am markantesten ist sicherlich der Umstand, dass im Lighthouse die Zimmer über kein eigenes Badezimmer verfügen, was in einem neu entwickelten Projekt nicht mehr hinnehmbar wäre. Die Doppelzimmersituation im CS Hospiz in Wien ist auch so eine Situation, die nur in einem Hospiz beobachtbar war. Um den Bewohnern die Möglichkeit des völligen Rückzugs zu ermöglichen, sind Einzelzimmer vorzuziehen. Die Möglichkeit, einzelne Zimmer durch Verbindungstüren zusammenzuschalten, wäre vor allem für Ehepartner, die zur selben Zeit krank werden, eine schöne Möglichkeit gemeinsam begleitet zu werden.<sup>114</sup>

Nicht zuletzt ist das Thema Tod und Sterben im Hospiz ein allgegenwärtiges, das oft alles andere in den Hintergrund treten lässt. Die Frage inwieweit der Moment des letzten Atemzugs, der heute im engsten Kreis der Familie stattfindet, sich wieder weiter öffnen soll, ist eine der zentralen Fragen im Hospiz, die jede Einrichtung für sich selbst beantwortet. Auch

<sup>114</sup> Vgl. Interview mit A.O. 2015

wie sich das Hospiz in Bezug auf Verabschiedungsrituale positioniert fällt unter diesen Bereich. In einer multikulturellen Gesellschaft, die sich immer mehr aus den religiösen Zwängen emanzipiert, ist es umso schwerer neutrale, allgemeingültige Rituale zu finden. Sie sind einem permanenten Wandel unterzogen und werden in den einzelnen Hospizeinrichtungen immer wieder hinterfragt und den Umständen entsprechend neu ausgerichtet.<sup>115</sup>

<sup>115</sup> Vgl. Interview mit A.O. 2015



23 Luftbild Graz

## Standortwahl Hospize in der Stadt und am Land

*„When designing a new hospice,  
There are three crucial key factors to be aware of:  
Location, location and location“<sup>116</sup>*

*John Watkins, Projektleiter, New Farleigh Hospice*

Die Standortwahl ist beim Bau eines neuen Hospizes bedeutend. Es gilt Vor- und Nachteile abzuwägen, ob sich das Gebäude in einen ruralen, suburbanen oder urbanen Kontext integrieren soll. Der Autor und Professor in London Ken Warpole stellt in seinem Buch über zeitgenössische Hospizarchitektur einer innerstädtischen Lage eine ländliche entgegen und arbeitet Vor- und Nachteile heraus.

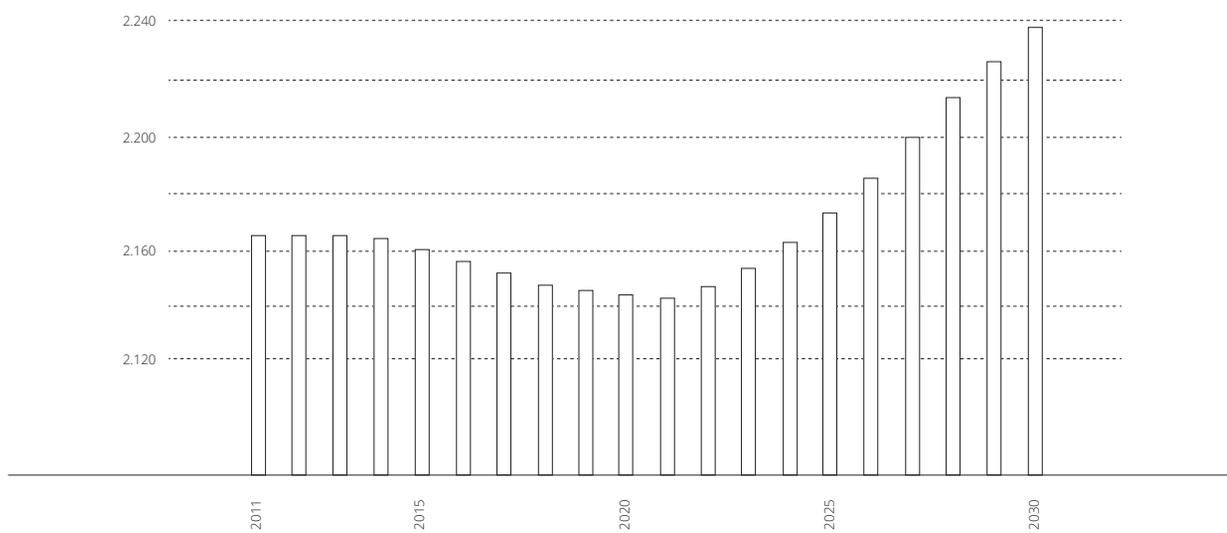
Der urbane Kontext kennzeichnet sich durch eine gute Anbindung an den öffentlichen Verkehr für eingeschränkt mobile Angehörige, Einkaufsmöglichkeiten, einem breiten Angebot an Dienstleistungen und breit angelegter medizinischer Versorgung aus. Auch die gewohnte Atmosphäre für Patienten aus der Stadt, die

einfachere Rekrutierung von Freiwilligen und die Integration der Sterbenden in das tägliche Leben sind Gründe, um einen innerstädtischen Bauplatz zu wählen. Die hohen Grundstückskosten, der minimale Naturbezug, Lärm und Luftverschmutzung sind wohl Gründe für eine ländlichere Lage.<sup>117</sup>

In der persönlichen Reflexion der Vor- und Nachteile erschien es mir dringlicher meinen Entwurf im dichten urbanen Kontext zu situieren. In meiner Wahrnehmung ist der Tod aus der Stadt mehr exkludiert als aus dem Dorf, obwohl der Unterschied wie die Menschen sterben zwischen Stadt und Land nicht mehr so stark ist wie noch Mitte des 20. Jahrhunderts. Bis dahin war seit der Aufklärung der grausam-

<sup>116</sup> Realdania Fund 2006, 34

<sup>117</sup> Vgl. Worpole 2009, 48



me heimliche Tod im urbanen Raum schneller vorangeschritten als auf dem Land, wo die Menschen auch heute noch dem Tod mit weit mehr Akzeptanz entgegentreten. Hier hält sich noch das Bild vom Erlöser der irdischen Qualen, was zu einer vertrauten Haltung gegenüber dem Lebensende führt.<sup>118</sup>

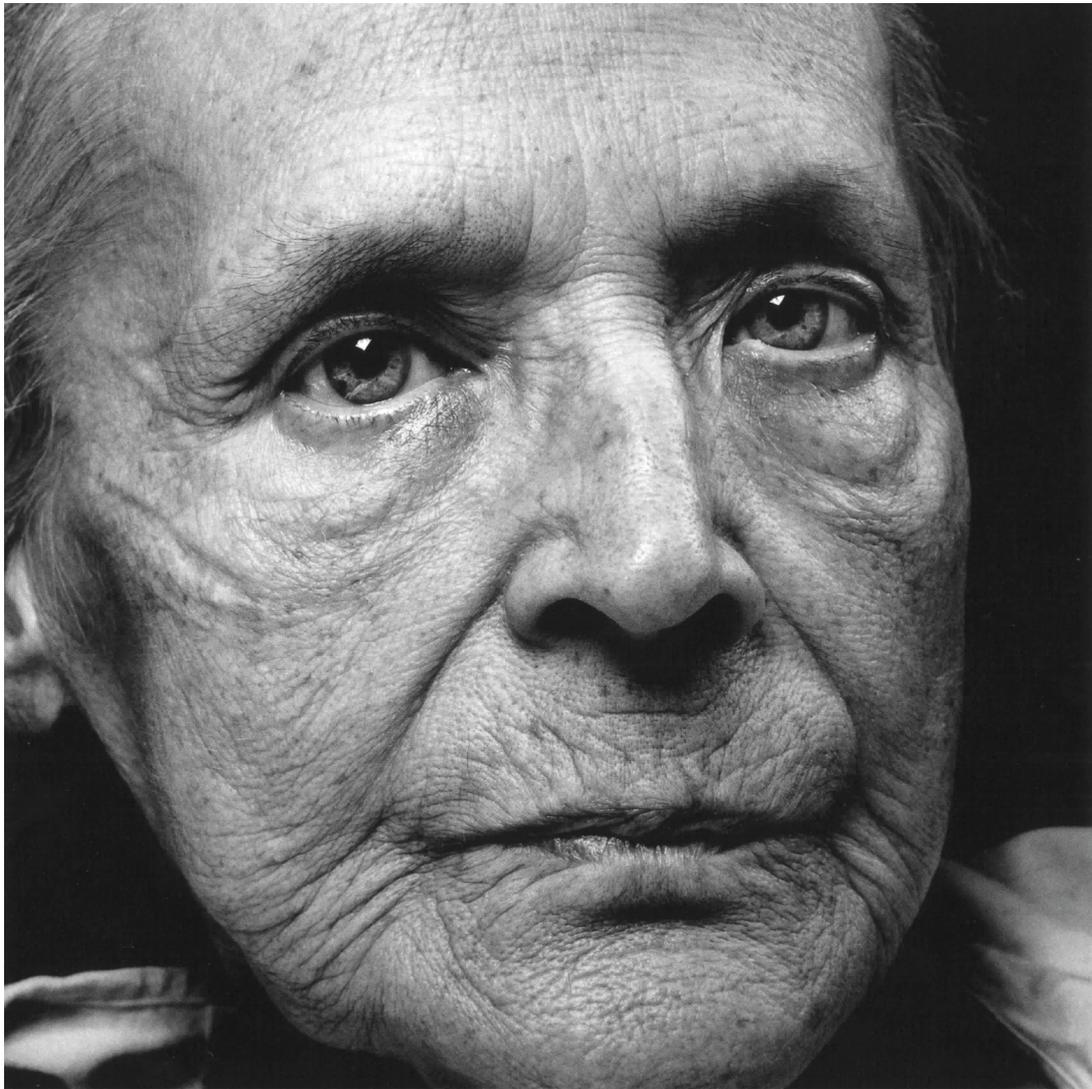
Im Interview meinte Frau A.S. dass Hospize am Land auch immer notwendiger werden, weil auch dort ein Trend der Vereinsamung von alten Menschen zu erkennen sei. In der Stadt sei die Notwendigkeit aber eine immer noch größere. Ihr schwebt eine gut erreichbare Oase in der Stadt für ihr imaginiertes Hospiz vor.<sup>119</sup>

Mein gewählter Entwurfsstandort Graz ist zwar durch das Albert-Schweitzer Hospiz gut abgedeckt. Die Statistik, welche eine Zunahme von Sterbefällen von 2.160 auf 2.238 pro Jahr voraussagt<sup>120</sup>, und die zunehmende Popularität der Hospizbewegung untermauern die Standortwahl in der steirischen Landeshauptstadt, die nicht zuletzt auf Grund meines persönlichen Bezuges getroffen wurde.

<sup>118</sup> Vgl. Ariès 2009, 522

<sup>119</sup> Vgl. Interview mit A.S., 2015

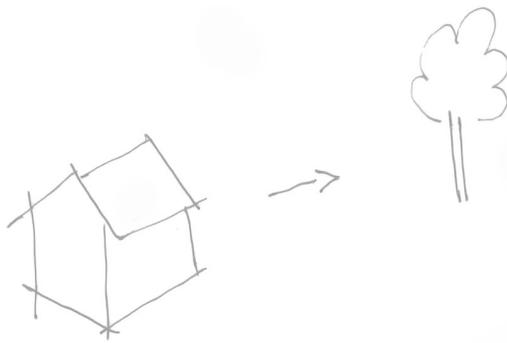
<sup>120</sup> Magistrat Graz 2012, 45



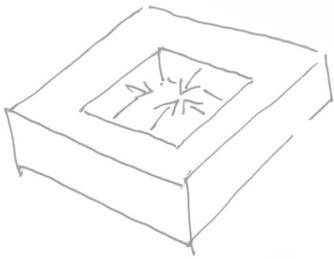
25 Klara Behrens vorher



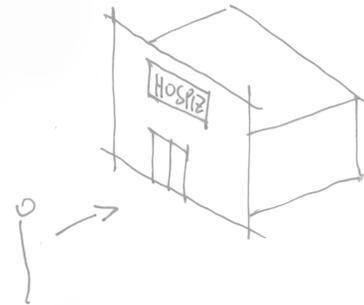
26 Klara Behrens nachher



Naturbezug



Rückzugsmöglichkeiten  
Intimität



öffentlicher Charakter



Integration in städtischen Kontext

## Architektonische Entwurfsparameter

Im Bereich Hospiz- und Krankenhausarchitektur sind phänomenologische Raumprinzipien, die wie beispielsweise bei sakraler Architektur Räume in Bezug auf Spiritualität, Ehrfurcht und Kollektivität beschreiben, Mangelware.<sup>121</sup> Darum erscheint es mir bei dieser Bauaufgabe wichtig die Entwurfsparameter vorher zu definieren. Ken Worpole zeichnet in seinem Buch ein Bild der Emotionen, welcher sich die Architektur annehmen müsse:

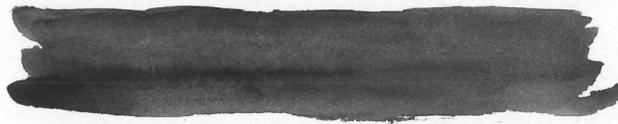
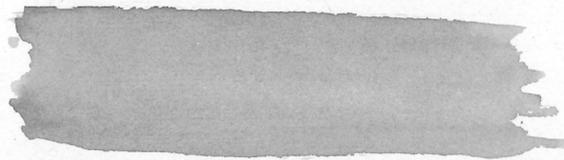
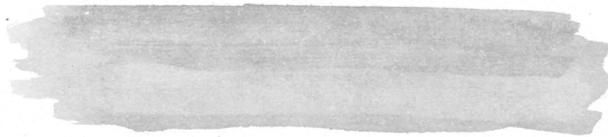
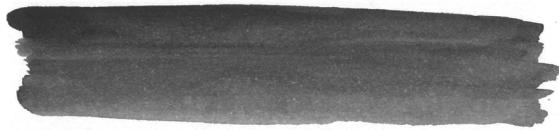
*"The term "hospice" has the capacity to evoke powerful and often conflicting emotions in all of us. For some, the term signifies a calm, peaceful, serene environment, where dedicated staff provides high quality personal care to critically ill patients. [...] For others, the term "hospice" is strongly associated with death and dying. Many relatives feel a tremendous sense of anxiety when their loved one is admitted to a hospice. It is as if they are somehow complicit in the death. In planning [...] we must be mindful of the opportunity to alleviate these common fears and anxieties."<sup>122</sup>*

Es wird deutlich welche unterschiedlichen Zu-

gänge zum Thema Hospiz existieren. Dadurch ist die Frage, welche Haltung die Architektur einnehmen soll eine schwierige. Für Graz stelle ich mir ein Gebäude vor, das sich an die gebaute Struktur anschmiegt. Wie ein Puzzleteil soll das neue Haus auf mehreren Ebenen eine Lücke schließen und zur Beschäftigung mit dem Thema Sterben einladen. Ohne sich zu stark aufzudrängen sollen feine Reibungsflächen entstehen. Öffentlich Funktionen verbinden sich mit sehr intimen Privatbereichen zu einem Gebäude, stellen eine Verbindung von städtischer Dynamik und meditativen Ruhe her. Die neutralen Räume sollen Behälter für die unzähligen Lebensentwürfe der Nutzer und Projektionsfläche für die Vielfalt an Gedanken und Bilder sterbender Menschen sein. Die absolute Privatheit und die Gemeinschaft sowie wohnliche Atmosphäre und funktionale Organisation lassen sich im Gebäude auf eine Symbiose ein. In seiner gesamten Konzeption wäre das Gebäude als Oase in der Mitte des bunten, dynamischen Stadtlebens gedacht, die jedem Menschen zugänglich ist und doch dem Verlangen der Hospizbewohner nach Ruhe und Privatheit nachgibt.

<sup>121</sup> Vgl. Worpole 2009, 63-64

<sup>122</sup> Worpole 2009, 33



## Gedanken zum Entwurf

Das von der Analyse gezeichnete ambivalente Bild der Hospizbewegung ist für meinen Entwurf von zentraler Bedeutung. Vor allem das Maß an Offenheit und Rückzug ist eine Herausforderung für den architektonischen Entwurf. In der Gliederung des Raumprogramms und der Funktionen in Bezug auf Öffentlichkeit ergeben sich Bereiche, die jedem ohne Einschränkung zugänglich sein können und Bereiche, die vom Rest ganz einfach getrennt werden können.

Über eine vertikale Schichtung kann der Grad an Öffentlichkeit ganz leicht bestimmt werden. Dadurch finden sich die Funktionen, in denen auf den Tod gewartet wird oben und die Räume, in denen die bereits Verstorbenen verabschiedet werden, unten. Inspiriert von der Arbeit „Noch mal Leben“ der Autorin Beate Lakotta und des Fotografen Walter Schels, die Menschen vor und nach dem Tod fotografierten und die Unterschiede in der Anspannung im Gesicht herausarbeiteten<sup>123</sup>, würde ich die Phase vor dem Tod in sozialer und emotionaler Hinsicht stärker gewichten als die Verabschiedungszeremonie und Alltagsroutine. Bei

Schels und Lakotta wird sichtbar, wie die Anspannung aus den Gesichtern der Menschen mit dem Eintritt des Todes weicht.

Im architektonischen Entwurf soll diese Gewichtigkeit umgekehrt und das emotionale Schwerere oben als leichter und das Leichtere unten als das schwere Fundament dargestellt. Bei der Überlagerung der beiden Körper soll eine symbiotische Verbindung entstehen, bei der Teile von oben nach unten greifen und umgekehrt. Die gesamte Komposition soll schließlich ein Bild erzeugen, bei dem sich die Schwere nach oben hin immer mehr auflöst.

<sup>123</sup> Vgl. Weiss 2013, 30



27 Lendplatz vom Schlossberg

## Der Bauplatz am Grazer Lendplatz

*„Näher komme ich langsamen Schritts,  
Empfangen vom wärmenden Treiben am Marke,  
umhüllt vom weißen Schleier des Morgens,  
gebettet in samtenem Stoffe.“*

*Ankunft am Lendplatz*

Der Bauplatz für das neue Hospizgebäude ist in eine lebendige Umgebung gebettet, die aber dennoch auf erstaunliche Weise eine gewisse Ruhe und Zufriedenheit ausstrahlt. Der Grazer Lendplatz ist ein Standort, der den Grundsätzen der hospizlichen Arbeit gerecht wird. Dem geselligen Treiben am Markt und in den Bars steht eine Vielzahl an Räumen gegenüber, die zur Kontemplation einladen. Bäume, Parkbänke und Nischen, vor allem in der Mitte rund um die Marktstände, schaffen Ruheoasen im städtischen Kontext. Die Ausläufer der Grazer Kernstadt rund um das Grundstück sind durch eine heterogenen Bebauung gekennzeichnet. Die sich auflösenden Blockränder ermöglichen einen Bezug zum bewaldeten Schlossberg und der Mur. Der alte Baumbestand überragt teilweise

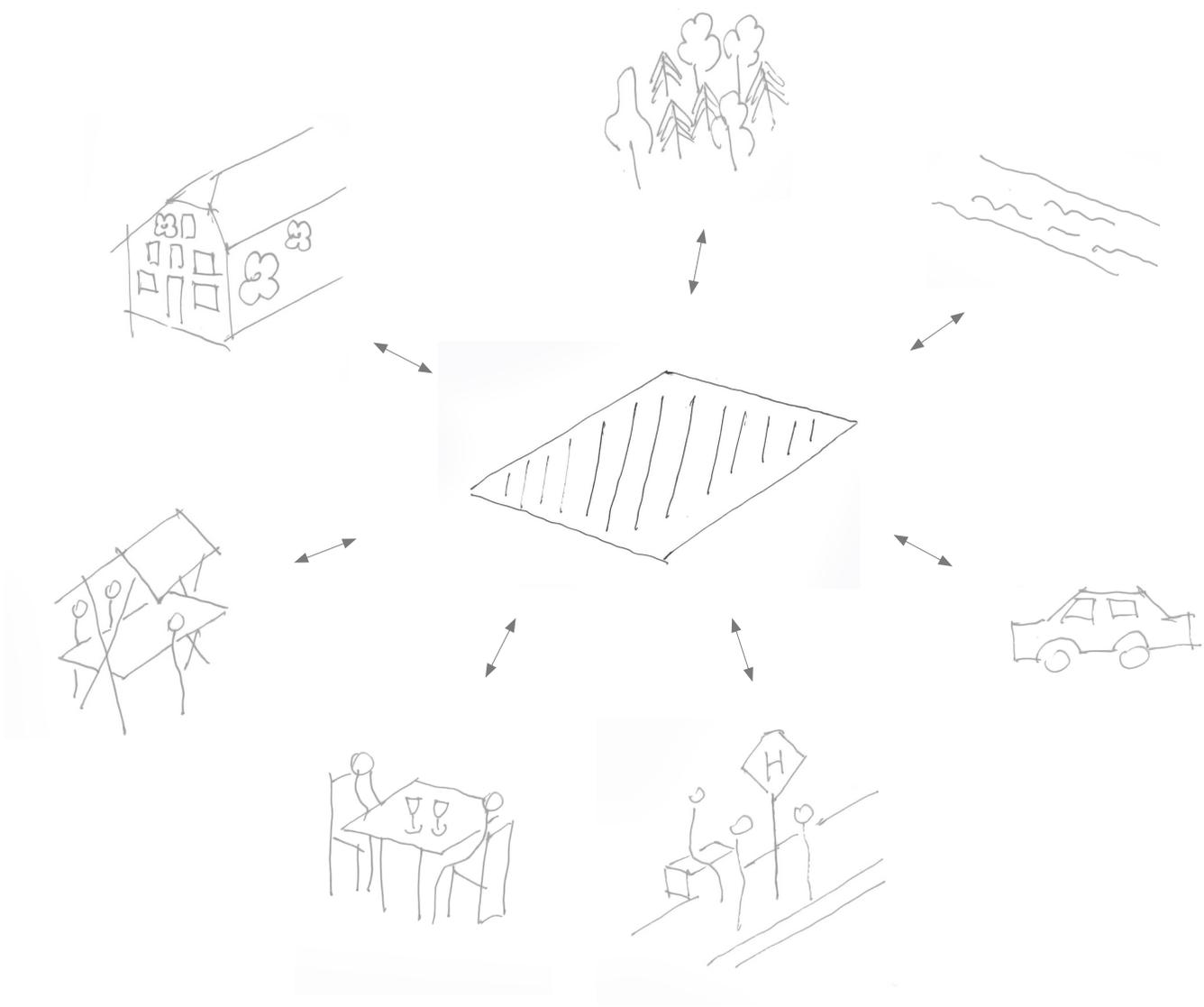
die Gebäude und lockert die Bebauung noch mehr auf.

Die Verbindung zum Stadtzentrum funktioniert über das öffentliche Verkehrsnetz der Stadt Graz auch ohne Automobil. Mit Bussen gelangt man schnell zum Hauptplatz sowie über die Keplerstraße zum Hauptbahnhof. In der unmittelbaren Umgebung des Bauplatzes, der als Baulücke zu beschreiben ist, haben schon junge aufstrebende Architekturbüros ihre Handschrift hinterlassen. Das neue Gebäude soll seine Nachbarn respektieren und in seiner Gestalt auf die Umgebung eingehen.





28 Der Bauplatz



Grundstückseinflüsse



Lageplan Lendplatz axonometrisch

### Verwaltung

Leitungsbüros	25 m <sup>2</sup>
Koordination Ehrenamt	25 m <sup>2</sup>
Besprechung	30 m <sup>2</sup>
Empfang   Backoffice	30 m <sup>2</sup>
Beratungsstelle	13 m <sup>2</sup>
Mobiles Team	13 m <sup>2</sup>
Besprechung	20 m <sup>2</sup>
Lager	20 m <sup>2</sup>
WC Mitarbeiter	7 m <sup>2</sup>
Technikraum	7 m <sup>2</sup>
Entsorgung	4 m <sup>2</sup>

### Mitarbeiter

Ruheraum Mitarbeiter	20 m <sup>2</sup>
Umkleide   Dusche   WC	30 m <sup>2</sup>
Teeküche Mitarbeiter	25 m <sup>2</sup>

### Ausbildung | Seminar

Bibliothek	20 m <sup>2</sup>
Seminarräume	60 m <sup>2</sup>
Teeküche	6 m <sup>2</sup>

### Tageshospiz

Pflegestützpunkt	30 m <sup>2</sup>
Tageshospiz	90 m <sup>2</sup>
Aufenthalt	30 m <sup>2</sup>
Ruheraum Patienten	20 m <sup>2</sup>
Pflegebad	20 m <sup>2</sup>
Spülenraum	7 m <sup>2</sup>
Arztzimmer	20 m <sup>2</sup>
Medizinlager	4 m <sup>2</sup>
Physiotherapie	20 m <sup>2</sup>
WC Patienten	8 m <sup>2</sup>
Technikraum	4 m <sup>2</sup>

### Café | Aufenthalt

Café   Aufenthalt	110 m <sup>2</sup>
Küche	25 m <sup>2</sup>
Küchenlager	15 m <sup>2</sup>
WC Besucher	8 m <sup>2</sup>
WC Barrierefrei	5 m <sup>2</sup>

### Verabschiedung

Aufbahrungsraum	35 m <sup>2</sup>
Raum der Stille	30 m <sup>2</sup>

### Hospizstation

11 Einzelzimmer	à 30 m <sup>2</sup>
Aufenthalt	70 m <sup>2</sup>
Pflegebad	20 m <sup>2</sup>
Spülenraum	4 m <sup>2</sup>
Atelier	20 m <sup>2</sup>
WC Barrierefrei	4 m <sup>2</sup>
WC Damen	3,5 m <sup>2</sup>
WC Herren	3,5 m <sup>2</sup>
Musiktherapie	20 m <sup>2</sup>
Wäscheraum	4 m <sup>2</sup>
Gerätelager	20 m <sup>2</sup>
Lager	6 m <sup>2</sup>
Medizingeräte	10 m <sup>2</sup>
Aussengerätelager	10 m <sup>2</sup>
Palliativterrassen	

### Technische Räume

Haustechnik	40 m <sup>2</sup>
Archiv   Lager	35 m <sup>2</sup>
Waschraum	15 m <sup>2</sup>
Trockenraum	15 m <sup>2</sup>
Lager	15 m <sup>2</sup>
Serverraum	10 m <sup>2</sup>

Σ 1.491 m<sup>2</sup>

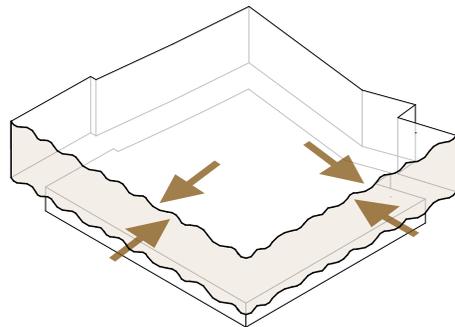
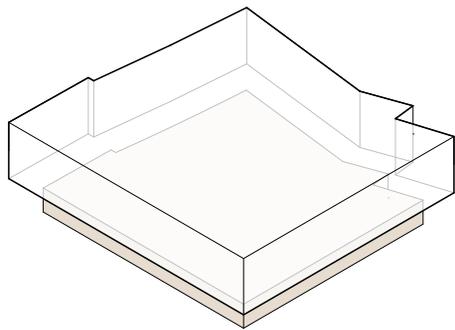
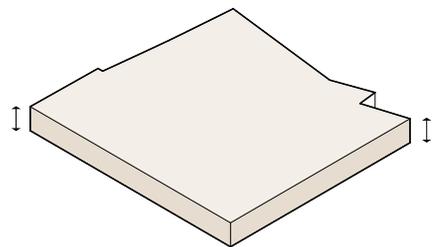
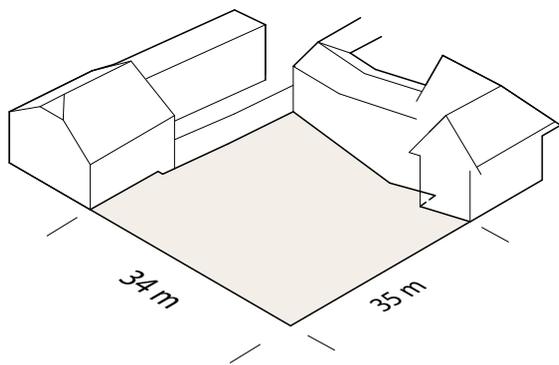
## Raumprogramm

Das neue Hospizzentrum in Graz vereint funktional ein Tageshospiz, eine Hospizstation, Ausbildungsräumlichkeiten für Ehrenamtliche und Pflegende, sowie eine Anlaufstelle für Angehörige in einem Gebäude.

Der Konnex zum öffentlichen Leben funktioniert im Erdgeschoss über ein Café mit Aufenthaltsraum. Auch Verwaltung und Empfang, Ausbildungsräumlichkeiten und der Verabschiedungsbereich sind auf Straßenniveau gut aufgehoben. In den Obergeschossen sind Hospizstation und Tageshospiz angedacht, um den Bewohnern ein ausreichendes Maß an Intimität zu ermöglichen. Innenhöfe im Erdgeschoss und Terrassen in den Obergeschossen stellen einen Bezug zum Außenraum her und ermöglichen neben spannenden Blickbeziehungen auch eine Verbindung der Funktionen untereinander.

Als Inspiration für das Raumprogramm diente mir die Ausschreibung vom Wettbewerb Hospizzentrum Hall in Tirol. In einem suburbanen Kontext soll am Gelände der Tiroler Landeskrankenanstalten ein für den deutschsprachi-

gen Raum innovatives Projekt entstehen. Das neue Gebäude wird ein Tageshospiz, eine Palliativstation und Ausbildungsstätten für Pflegende an einem Ort vereinen.



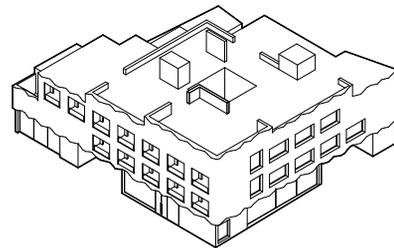
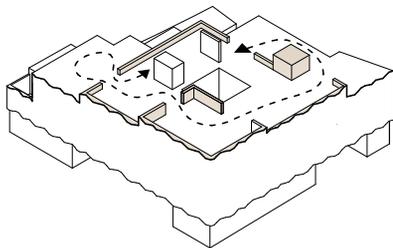
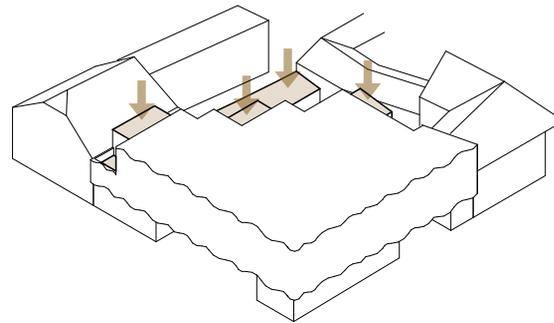
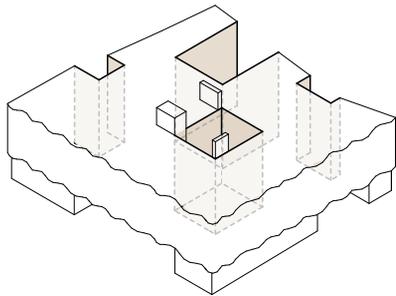
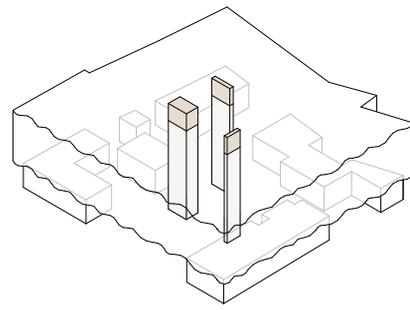
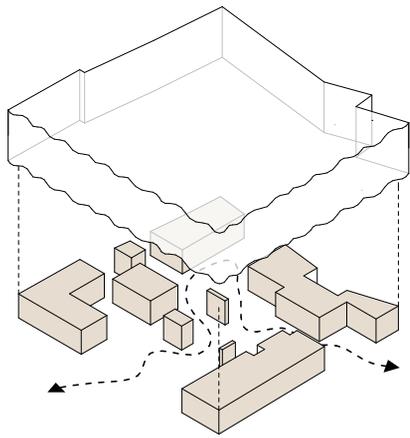
Entwurfskonzept

## Entwurf

Da das Grundstück mit seinen 34 x 35 Metern sehr kompakt ist und die benachbarten Gebäude bis an die Grundgrenze gebaut sind, wird die Erdgeschosszone voll bebaut. Auf Platzniveau nimmt sie die eher öffentlichen Funktionen in sich auf. Darüber schwebt ein leichter weißer Körper, der in seiner Gestalt die emotionale Schwere in den Räumlichkeiten der Hospizstation und des Tageshospizes erleichtern soll. Der massive Erdgeschossblock bildet den Sockel.

In Richtung Lendplatz sowie zur Fellingergasse wird die Außenfläche des leichten Körpers modelliert. Sie soll Sinnbild für das Ineinandergreifen von öffentlichem Leben und absoluter Intimität werden. Eine wellige Struktur kann das Bild des Eindringens des städtischen Lebens nach Innen und der sich nach Außen befreienden Schwere vergegenständlichen. Sie kann auch dem schnelllebigen Alltagsleben eine größere Reibungsfläche bieten und das Konzept des Hauses, das sich als Gebäude für Alle versteht, verdeutlichen. Vorbeigehende Menschen sollen zum kurzen oder längeren Verweilen eingeladen werden und wenn sie

wollen mit dem Thema Sterben in Berührung kommen.



Entwurfskonzept

## Entwurf

Um den öffentlichen Raum auf Erdgeschossniveau ins Gebäudeinnere fließen zu lassen, wird der massive Block so weit aufgebrochen, bis nur mehr die statisch notwendigen Bauteile übrig bleiben und sich ein spannendes Raumkontinuum ergibt. Die zentralen Wandscheiben und der Liftkörper werden extrudiert und stellen die Verbindung zum oberen Körper her.

Die Verbindung von oben nach unten funktioniert über transparente Schächte, über welche Sonnenlicht bis ins Erdgeschoss dringen kann. Zusätzlich entstehen visuelle Verbindungen zwischen den Körpern.

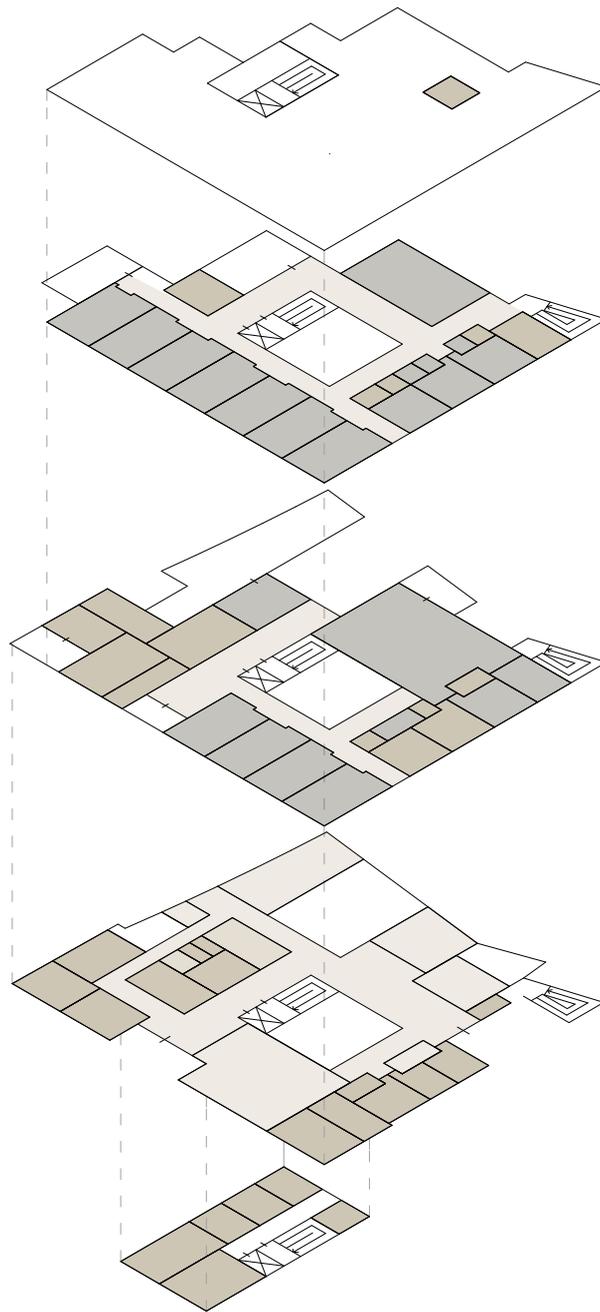
Auf Grund der umliegenden Gebäude treppt der leichte Körper in Richtung Nordosten ab und macht dadurch eine Geste der Verneigung und bildet andererseits Terrassen für die oberen Geschosse aus. Im Erdgeschoss entstehen in der Konsequenz Patios, die sich teilweise nach oben weiten und mehr Tageslicht nach unten schaufeln. Das Dachgeschoss nimmt die Terrassierung auf und schafft eine Zonierung des Palliativdachgartens mit Bezug zum Menschlichen Maßstab. Enfiladenartig

sind die entstehenden Bereiche um das zentrale Atrium angeordnet. Die Öffnungen in der Fassade ergeben sich aus der Raumkonfiguration im Gebäudeinneren.



- Café | Aufenthalt
- Verwaltung
- Verabschiedung
- Ausbildung | Seminar
- Tageshospiz
- Mitarbeiterbereich
- Hospizstation

Funktionsdiagramm



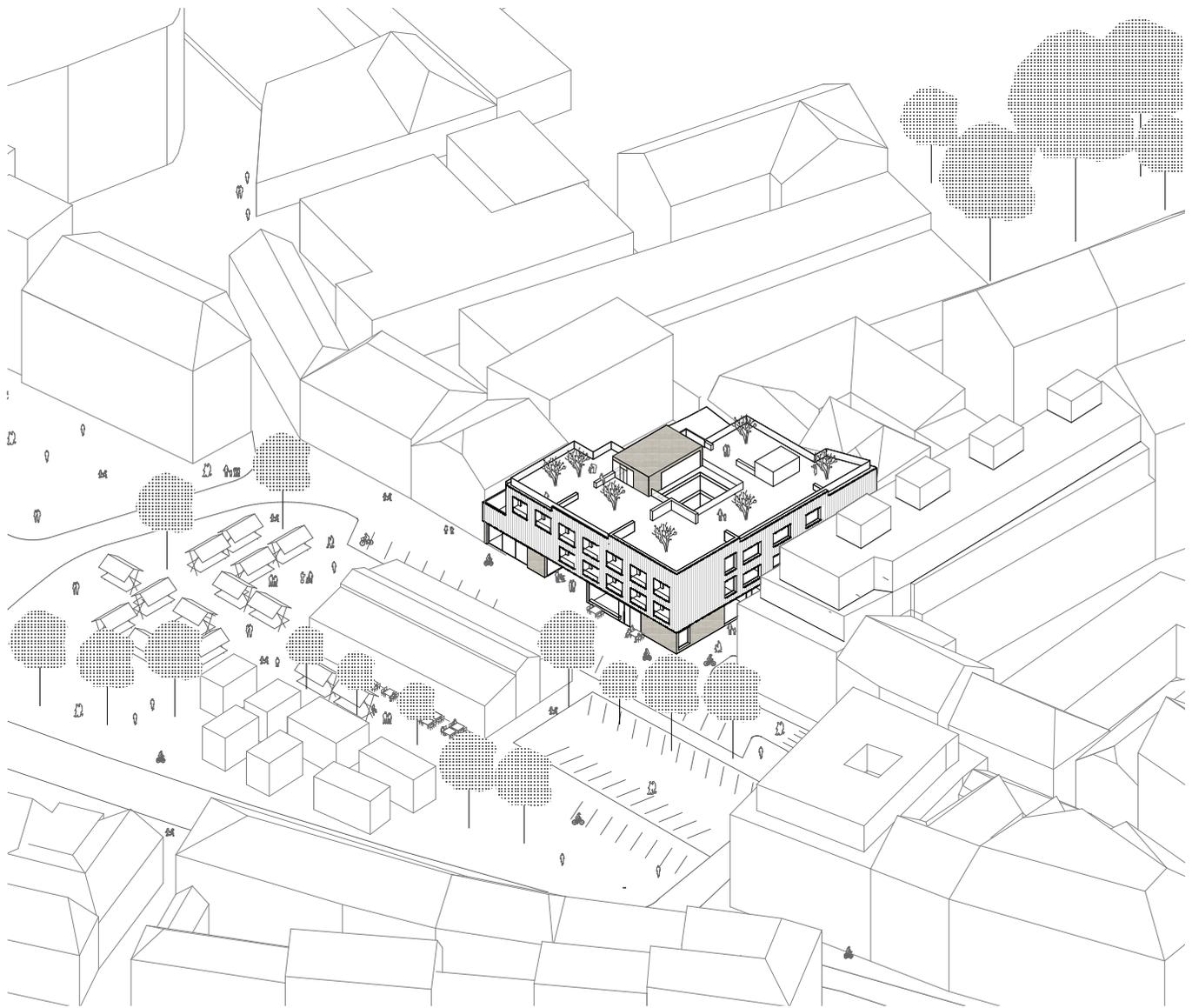
- Öffentlich
- Angehörige - Patienten
- nur Mitarbeiter

Bereichsdiagramm

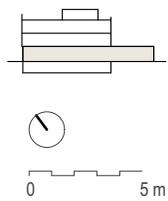


0 20 m

Lageplan



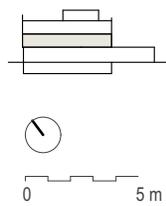
Lageplan axonometrisch



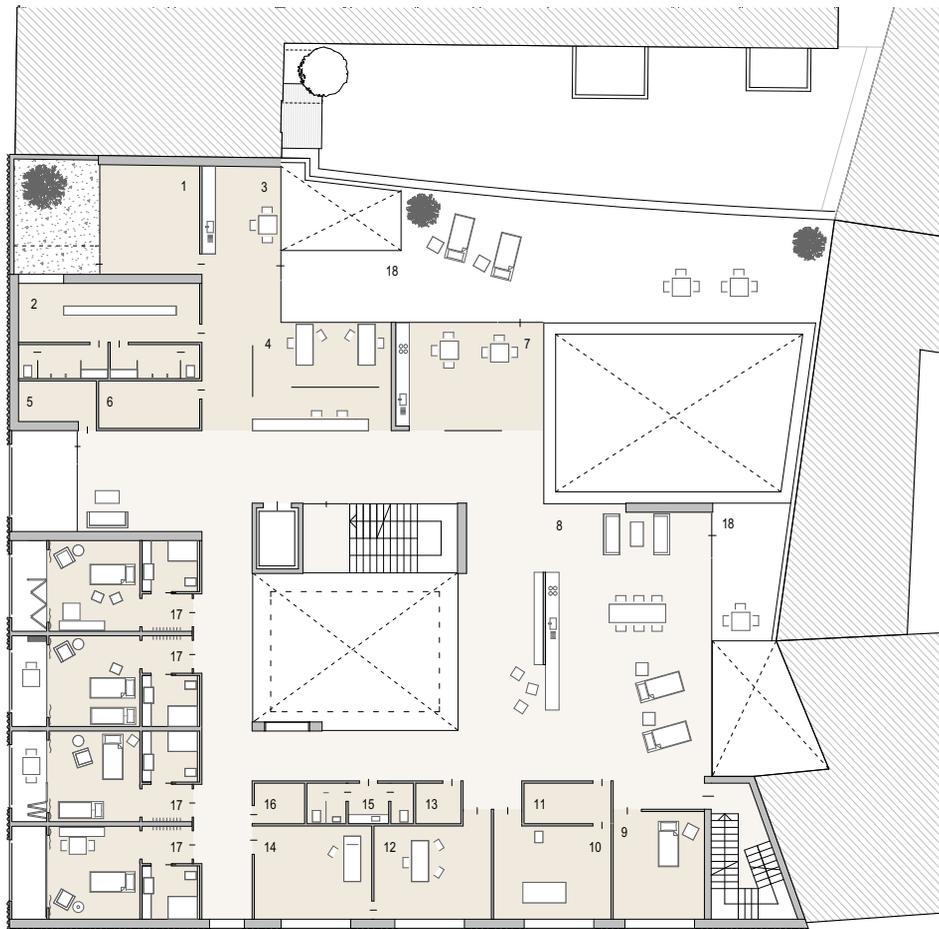
1	Leitungsbüros	24,7 m <sup>2</sup>
2	Koordination Ehrenamt	24,7 m <sup>2</sup>
3	Besprechung	26,5 m <sup>2</sup>
4	Empfang   Backoffice	26,9 m <sup>2</sup>
5	Lager	19,5 m <sup>2</sup>
6	WC Barrierefrei	5,1 m <sup>2</sup>
7	WC Mitarbeiter	7 m <sup>2</sup>
8	Bibliothek	22,2 m <sup>2</sup>
9	Ausbildung   Multifunktion	57,8 m <sup>2</sup>
10	Teeküche	6,7 m <sup>2</sup>
11	Cafè   Aufenthalt	110,0 m <sup>2</sup>
12	Küche	25,0 m <sup>2</sup>
13	Küchenlager	16,7 m <sup>2</sup>
14	Beratungsstelle	13,8 m <sup>2</sup>
15	Mobiles Team	13,8 m <sup>2</sup>
16	Besprechung	20,3 m <sup>2</sup>
17	WC Besucher	8,3 m <sup>2</sup>
18	Aufbahrungsraum	37,3 m <sup>2</sup>
19	Raum der Stille	30,4 m <sup>2</sup>
20	Technikraum	7,2 m <sup>2</sup>
21	Entsorgung	4,4 m <sup>2</sup>
	$\Sigma$	507,8 m <sup>2</sup>



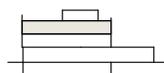
Grundriss Erdgeschoss



1	Ruheraum Mitarbeiter	21,5 m <sup>2</sup>
2	Umkleide   Dusche   WC	33,7 m <sup>2</sup>
3	Teeküche Mitarbeiter	24,1 m <sup>2</sup>
4	Pflegestützpunkt	29,1 m <sup>2</sup>
5	Lager	6,5 m <sup>2</sup>
6	Medizingeräte	9,3 m <sup>2</sup>
7	Aufenthalt	31,0 m <sup>2</sup>
8	Tageshospiz	91,8 m <sup>2</sup>
9	Ruheraum Patienten	19,2 m <sup>2</sup>
10	Pflegebad	22,2 m <sup>2</sup>
11	Spülenraum	7,0 m <sup>2</sup>
12	Arztzimmer	22,2 m <sup>2</sup>
13	Medizinlager	3,6 m <sup>2</sup>
14	Physiotherapie	21,4 m <sup>2</sup>
15	WC Patienten	8,3 m <sup>2</sup>
16	Technikraum	4,0 m <sup>2</sup>
17	4 Einzelzimmer	à 32,5 m <sup>2</sup>
18	2 Terrassen	132,8 m <sup>2</sup>
	<b>Σ</b>	<b>618,2 m<sup>2</sup></b>

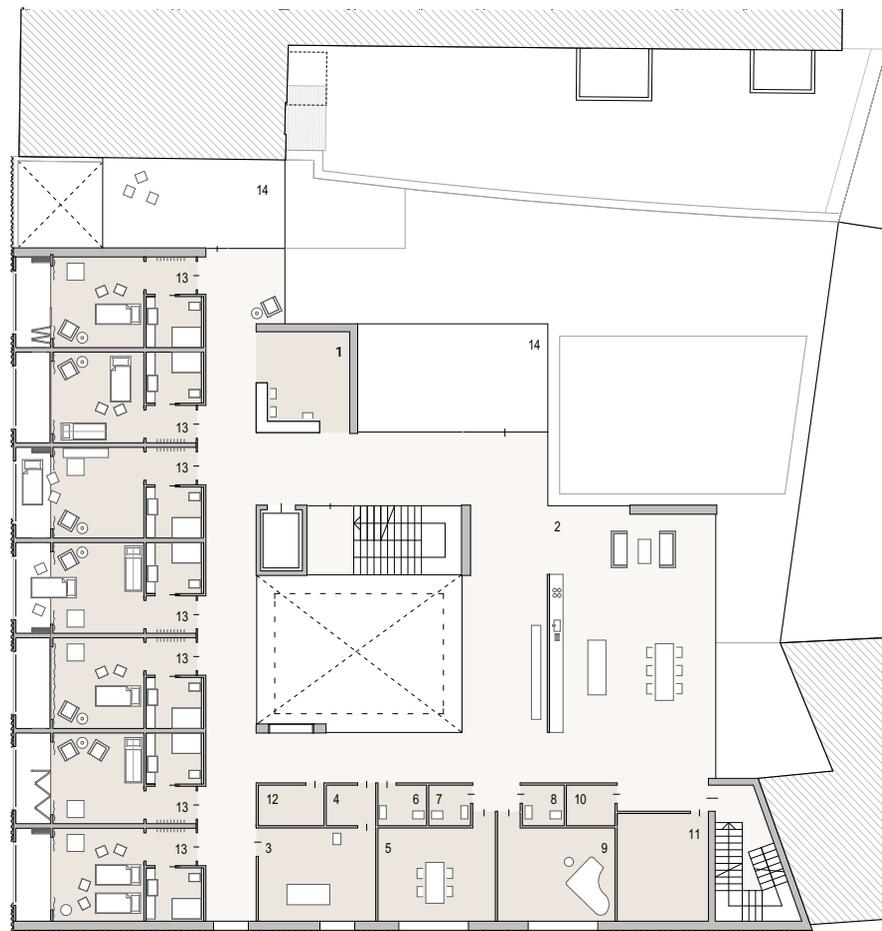


Grundriss 1. Obergeschoss

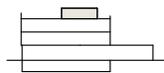


0 5 m

1	Pflegestützpunkt	18,4 m <sup>2</sup>
2	Aufenthalt	72,9 m <sup>2</sup>
3	Pflegebad	21,3 m <sup>2</sup>
4	Spülenraum	4,0 m <sup>2</sup>
5	Atelier	22 m <sup>2</sup>
6	WC Barrierefrei	4,0 m <sup>2</sup>
7	WC Damen	3,5 m <sup>2</sup>
8	WC Herren	3,5 m <sup>2</sup>
9	Musiktherapie	22,0 m <sup>2</sup>
10	Wäscheraum	3,8 m <sup>2</sup>
11	Gerätelager	19,2 m <sup>2</sup>
12	Technikraum	5,2 m <sup>2</sup>
13	7 Einzelzimmer	à 32,5 m <sup>2</sup>
14	2 Terrassen	72,0 m <sup>2</sup>
	<b>Σ</b>	<b>499,0 m<sup>2</sup></b>



Grundriss 2. Obergeschoss

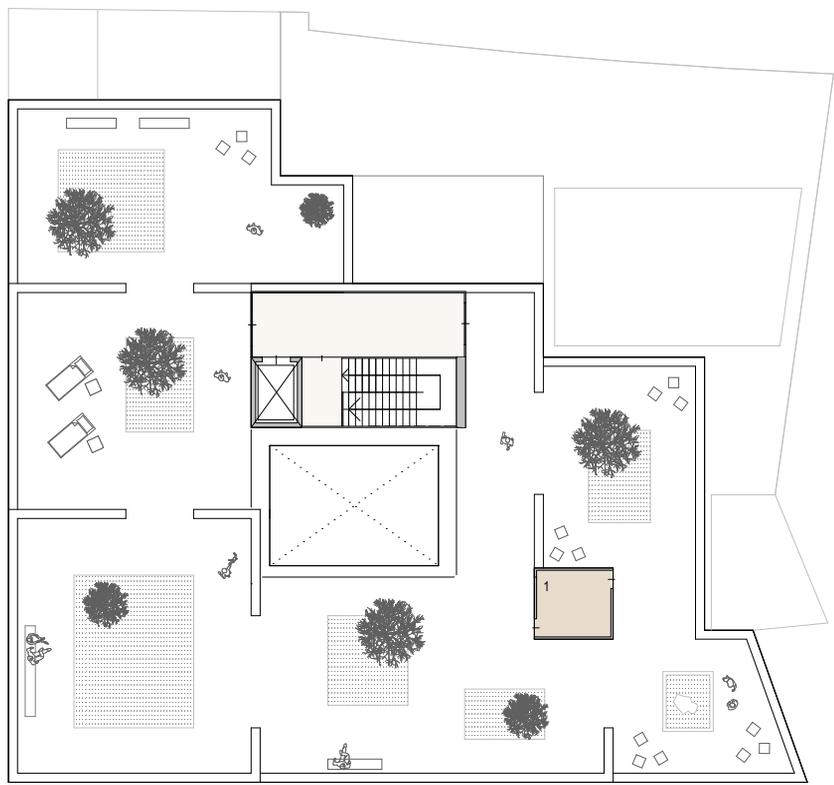


0 5 m

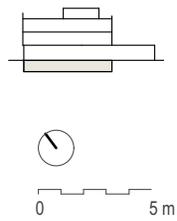
1 Aussengerätelager

10 m<sup>2</sup>

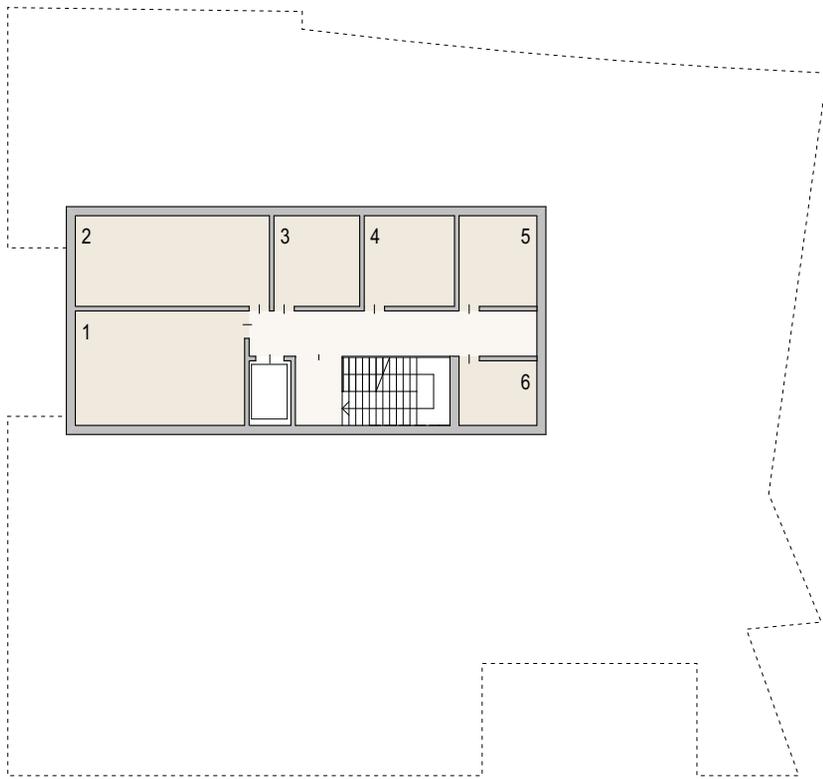
Σ 10 m<sup>2</sup>



Grundriss Dachgarten



1 Haustechnik	38,0 m <sup>2</sup>
2 Archiv   Lager	34,5 m <sup>2</sup>
3 Waschraum	15,2 m <sup>2</sup>
4 Trockenraum	16,0 m <sup>2</sup>
5 Lager	13,8 m <sup>2</sup>
6 Serverraum	9,8 m <sup>2</sup>
	$\Sigma$ 127,3 m <sup>2</sup>



Grundriss Kellergeschoss



0 5 m

Ansicht Lendplatz



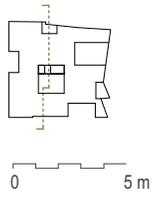
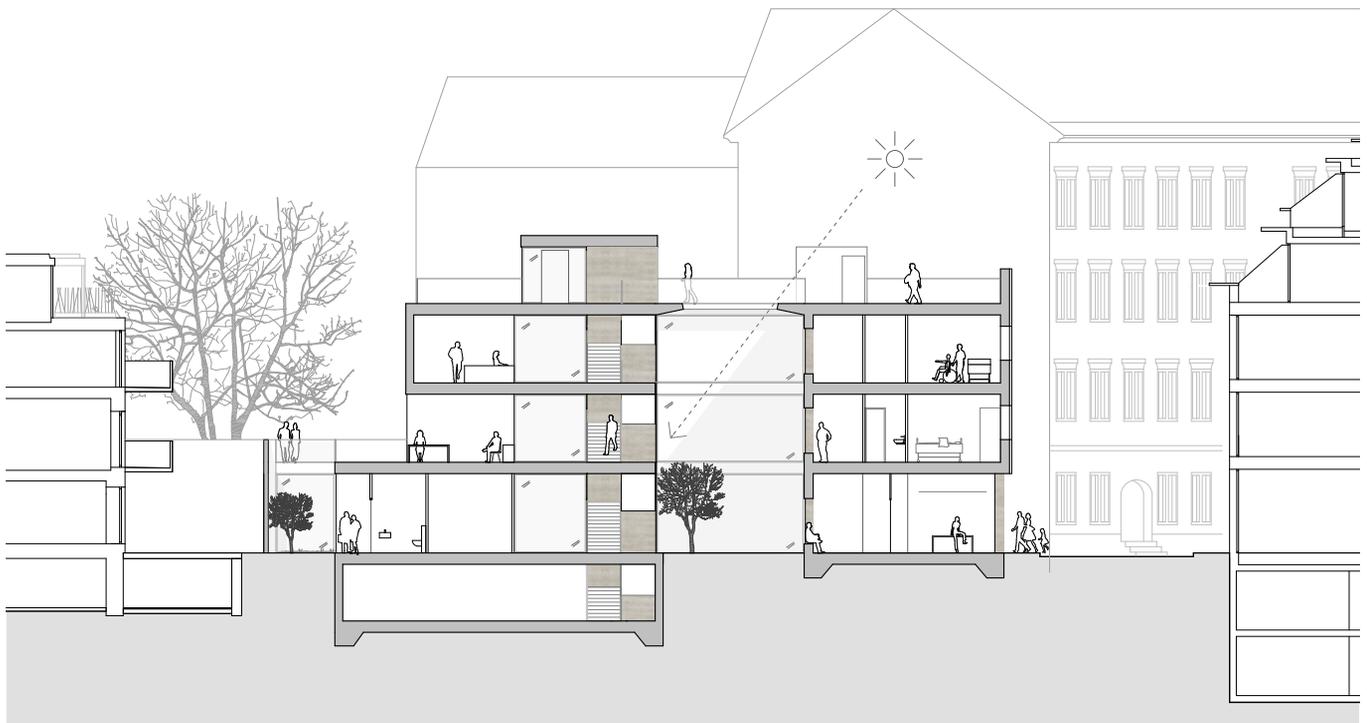
Ansicht Fellingergasse



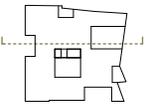
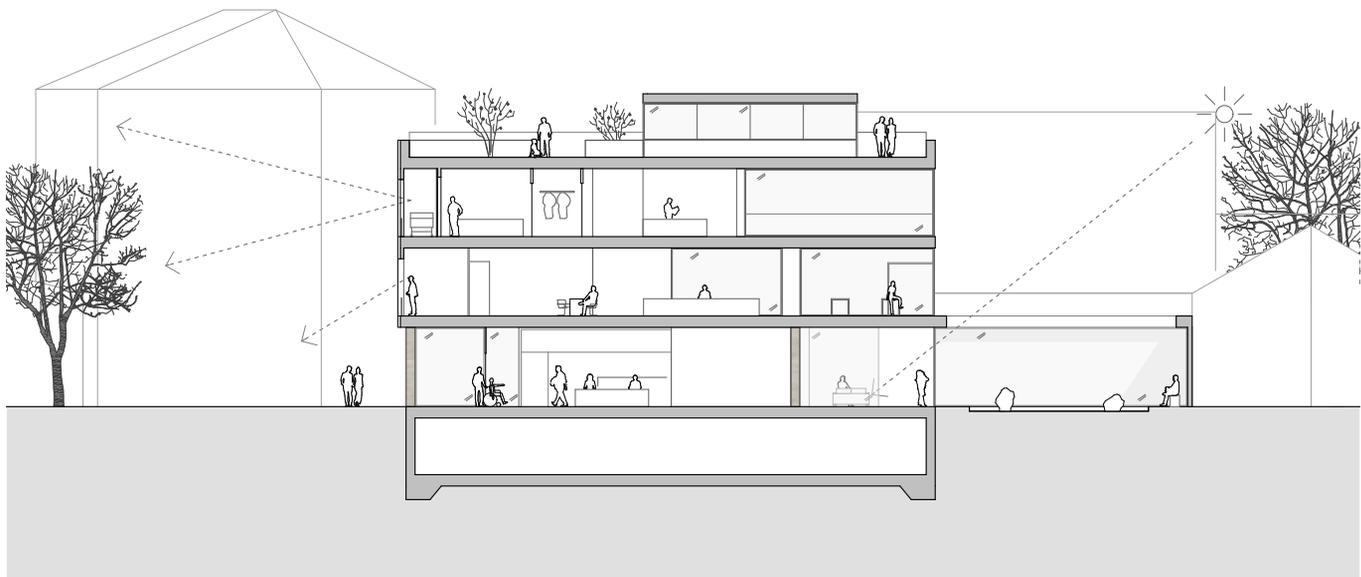
Fassaden am Lendplatz

*Die Finger über rauhe Flächen streichen,  
kühl die Brise zieht vorbei,  
ein Eschenblatt kurz hängen bleibt,  
weiter schlägt der Puls des Lebens.*



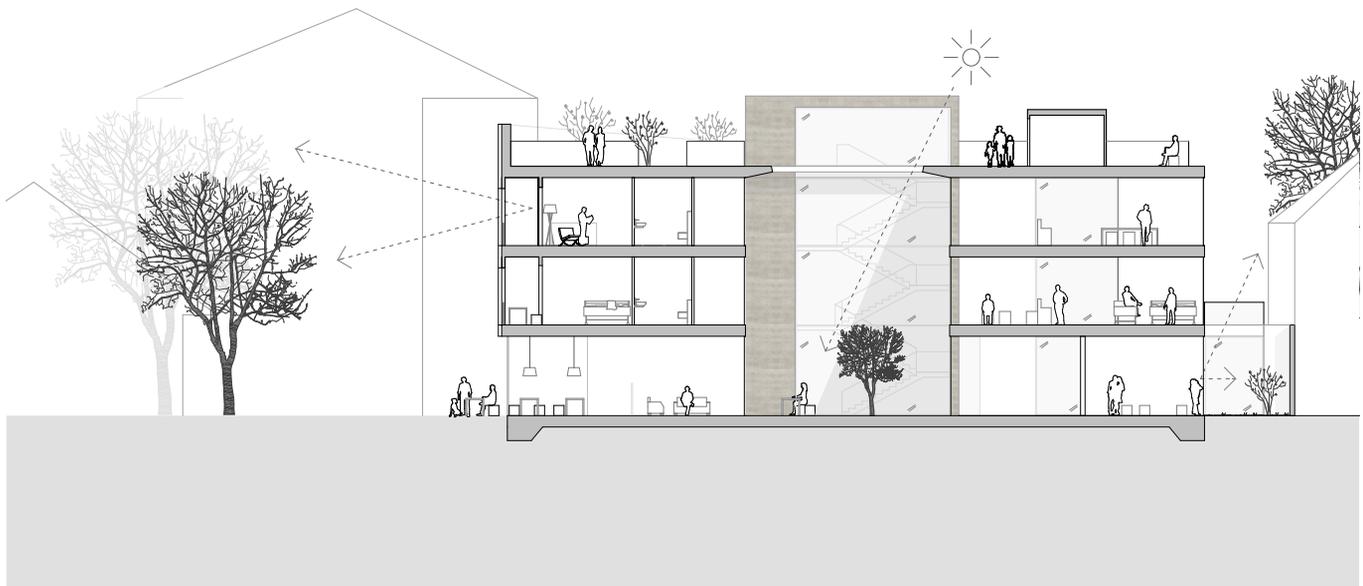


Schnitt 1-1



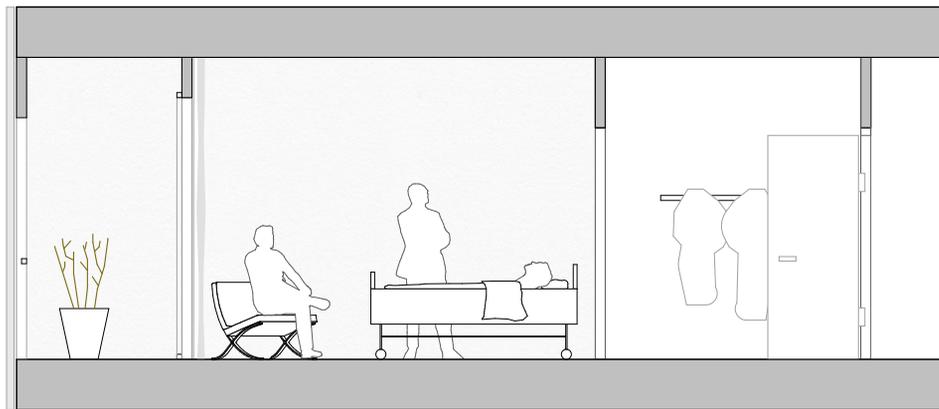
0 5 m

Schnitt 2-2

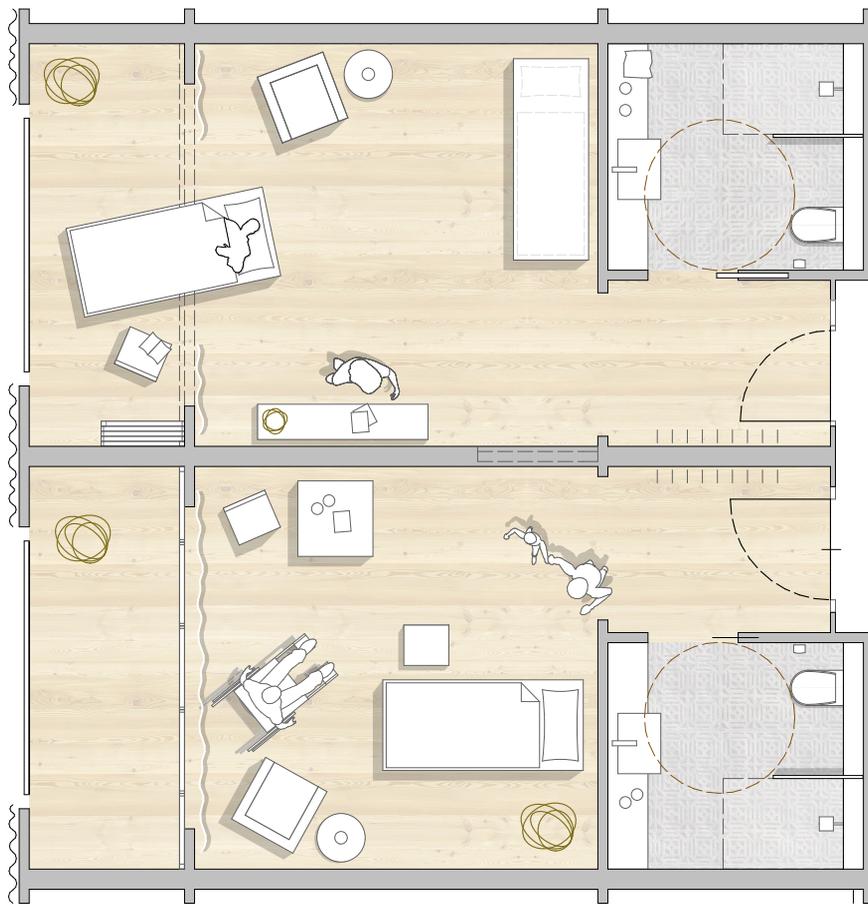


0 5 m

Schnitt 3-3



Ansichten Hospizzimmer



Grundriss Hospizzimmer



Perspektive Lendplatz

*Durch meine Füße getragen,  
der Kopf in den Wolken,  
die Hände in den Taschen,  
so selbstverständlich steh ich da.*



Perspektive Erdgeschoss

*Der Blick starr gerichtet,  
die Ruhe behutsam ausgerollt,  
rote sich kräuselnde Blätter im Winde,  
hier will ich ewig bleiben.*



Perspektive Hospizzimmer

*Ein dumpfer Klumpen im Bauch,  
weich die Knie von der Last,  
das Kreuz vom Schleier verdeckt,  
die Hoffnung in der Ferne bleibt.*



## Interviews

### Wie gestaltet sich der Alltag im Hospiz?

#### **Berlin, Gemeinschaftshospiz: 13.5.15. Frau C-K.-A.:**

Sehr individuell. Hospizliche Betreuung, Pflege bedeutet einerseits ganz auf die individuellen Bedürfnisse der Schwerkranken und Angehörigen einzugehen und andererseits ist der Tagesablauf von einem Schichtsystem in der Pflege und regelmäßigen Angeboten wie Musiktherapie oder Sonntagscafé geprägt.

#### **Graz, Albert Schweitzer: 18.6.15 -Frau S.I.:**

Sehr Patientenorientiert. Im Unterschied zum Akutkrankenhaus oder anderen Einrichtungen gibt es am Lebensende sehr besondere Wünsche. Es ist eine einmalige Situation. Ich weiß dass ich nicht mehr gesund werde. Ich sterbe nur einmal. Die Angehörigen müssen gut unterstützt werden. Viele Menschen haben einen langen Leidensweg.

#### **Wien, CS Hospiz: 19.6.15 - Frau B.S.:**

Es gibt keinen Alltag. Es gibt keinen Tagesablauf. Es gibt keine Struktur. Die Patienten dürfen schlafen so lange sie wollen, essen wann

sie wollen. Der Arzt ist in Zivil und kommt wann der Patient dies wünscht. Für Demenzkranke ist dies oft nicht so gut, weil diesen ein geregelter Ablauf gut tun würde. Es gibt keine Besuchszeiten. Jeder darf jederzeit kommen. Anders als in Krankenhäuser kann man bei uns auch Haustiere mitnehmen.

#### **Zürich, Lighthouse: 17.8.15 - Frau A.O.:**

Es gibt Strukturen und man versucht sie so organisierbar zu machen, dass sie flexibel bleiben und viel Individualität zulassen. Das Frühstück muss auch um 10 Uhr möglich sein, die Menschen sind aber sehr an die Abläufe gewohnt. Das Essen regelt den Alltag und auch die Körperpflege ist bei den meisten Menschen am Morgen angesetzt. Es kann aber immer auch ganz anders sein.

### Ist das Haus einer Konfession zugeordnet? Gibt es spezielle Rituale?

**C. K.-A:** Nein, ist es nicht. Aber sicherlich lebt der spirituelle Impuls der Anthroposophie stark aus dem Christentum heraus.

**S.I:** Wir haben keine geistliche Führung wie es

in einem KH eine Geistlichkeit gibt. Aber wir haben alle Möglichkeit was religiöse Bedürfnisse angeht. Wir haben im Hause eine Seelsorgerin. Für verschiedene Religionen gibt es Listen für Kontaktpersonen. Menschen aus allen Konfessionen sind willkommen.

**B.S:** Wir sind ein christliches Haus. Die Gründerin ist vor einigen Monaten selig gesprochen worden. Für unsere Patienten und Mitarbeiter ist es völlig egal welchen Glauben sie haben, wie viel Geld sie haben. Vom Wohnungslosen bis zum reichen Schauspieler hatten wir alles da. Wir versuchen auch sprachliche Barrieren zu durchbrechen.

**A.O:** Wir sind sehr ritualisiert, es wird eine Kerze angezündet, im Buch steht der Name, wenn der Sarg das Haus verlässt wird die Kerze ausgelöscht, das Buch geschlossen. Wir haben ein Ballonritual für das wir sehr viel Raum brauchen. Jeder Mensch, der hier eintritt, bekommt eine Feder am Mobile, wenn er verstirbt kommt die Feder in einen Glaszylinder. Sie werden dann bei der Teamsitzung an Ballone gebunden und gen Himmel fliegen gelassen. Wir sind konfessionslos, die Rituale sind konfessionell neutral und wurden vom Team entwickelt. Da

sich das Team ständig ändert müssen auch die Rituale angepasst werden.

### **Kommen die meisten Menschen von zu Hause?**

**C.K.-A:** Unterschiedlich. Viele Menschen kommen aus dem Krankenhaus an. Havelhöhe hat einen starken onkologischen Schwerpunkt. Die Menschen kommen auch von zu Hause, oft schon mit Bezug zu Havelhöhe. Aber auch Menschen aus anderen KH und aus dem Berliner Umland (Brandenburg), aber überwiegend aus dem Bezirk Spandau.

**S.I:** Eng verknüpft mit Palliativstationen in Graz und Leoben. Von dort kommen die Menschen. Mich berührt oft sehr, wenn Menschen kommen um das Hospiz anschauen und dann sagen, dass sie selbst eine Diagnose gestellt bekommen haben und zu uns kommen wollen. Das sind meist jüngere Menschen. Die meisten Menschen werden von Ärzten überwiesen.

**B.S:** Die Patienten kommen aus ganz Wien, auch aus den umliegenden Bundesländern. Entweder der Patient selber, die Angehörigen oder die Spitäler. Im Jahr kommen ungefähr

9000 Anrufe. Dann wird abgeschätzt ob es noch mobil oder nur noch stationär geht.

**A.O:** Die Menschen werden vom Unispital überwiesen, wenn es zu Hause mit der häuslichen Betreuung nicht mehr geht. Wir haben gemerkt, dass wir immer schneller aufnehmen müssen. Oft geht es dann sehr schnell.

#### **Suchen die Menschen vermehrt die Privatheit oder gibt es noch ein gemeinschaftliches Leben unter den Patienten?**

**C.K.-A:** Gerade im Vergleich zu anderen stationären Alteneinrichtungen ist es im Hospiz so, dass die Menschen mehr die Privatheit suchen. Es gibt jedoch Ausnahmen, also Menschen denen die gemeinschaftlichen Aktivitäten fehlen. „Der Sterbende Mensch ist mit seinen Sinnesorganen der Welt so offen, dass er eigentlich versucht sich von zu vielen Sinnesindrücken abzuschotten.“ Deshalb gibt es bei uns keine eingebauten Fernseher. Man kann sich aber einen von zu Hause mitnehmen.

**S.I:** Bei unseren Patienten ist das Lebensende so nah, dass die meisten sehr für sich sein wollen bzw. mit der Familie. Wenn Patienten stabil

sind, dann können sie in Gesellschaft gebracht werden. Die Gemeinschaftsbereiche werden am meisten von den Angehörigen und dem Team genutzt. Es gibt aber auch Meditationsräume für Angehörige, denn manche wollen nicht in der Öffentlichkeit weinen.

**B.S:** Es ist wie im normalen Leben auch. Manche mehr, manche weniger. Die Menschen verlieren jedoch zunehmend die Autonomie. Aufgrund von übel riechenden Wunden oder Inkontinenz ziehen sich viele zurück. Wir leben hier aber sehr eng aneinander, wodurch einerseits Reibungsflächen entstehen aber andererseits der Zusammenhalt größer wird.

**A.O:** Es braucht in diesem Haus Raum. vor allem bei jüngeren Menschen kommen viele Angehörige und Freunde. Ich finde, das muss man ermöglichen. Fürs neue Haus ist mir wichtig, dass es Begegnungszonen, aber trotzdem Rückzugsmöglichkeiten gibt. Es muss alles möglich sein. Lebensqualität ist subjektiv und sehr breit angelegt. Im Hospiz muss alles möglich sein.

### **Wie lange sind die Menschen im Durchschnitt im Hospiz?**

**C.K.-A:** Der Durchschnitt sagt 3 Wochen. Jedoch sind manche Menschen nur wenige Stunden im Haus und andere mehrere Monate bis Jahre.

**S.I:** Voriges Jahr waren es 54 Tage, war auch schon weniger und auch schon mehr. Manche versterben am Aufnahmetag und manche sind länger da. Aus medizinisch nicht erklärbaren Gründen kommen Menschen plötzlich wieder zurück ins Leben und haben wieder Appetit und Lebensfreude.

**B.S:** Stationär sind es jetzt 15 Tage. Wo ich begonnen habe waren es noch 25 Tage. Dies hat mit dem zu tun, dass es heute durch die mobilen Teams möglich ist die Menschen so lange wie möglich zu Hause zu betreuen, was die meisten Menschen wollen. Die vielen Sterbefälle sind für das Team nicht sehr leicht zu tragen.

**A.O:** Der Durchschnitt liegt im Moment bei 30 Tagen. Es verfälscht aber das Bild. Wir haben von 24 Stunden bis 3 Jahre Menschen im Haus. Wir sind für ein halbes Jahr eingee-

richtet, für längere Aufenthalte sind Pflegeheime meiner Meinung nach besser.

### **Wie viele Zimmer gibt es und wie sieht der Pflegeschlüssel aus? Gibt es Wartelisten?**

**C.K.-A:** Es gibt Wartelisten für die 15 Betten. Manchmal mehr, manchmal weniger lange. Alles Einzelzimmer.

**S.I:** Es gibt 12 Einzelzimmer auf 2 Etagen und ein Tageshospiz mit 6 Betten. Es gibt Wartelisten. Es gibt manchmal mehr Bedarf und manchmal sind mehrere Betten frei.

**B.S:** Wir haben 12 systemisierte Betten, insgesamt aber 16. Der Rest ist für Angehörige. 8 Zweibettzimmer für Angehörige. Mit 20- 30 Betten wäre eine Einheit viel zu groß. Im Monat sterben 25 Menschen. In Wien gibt es 72 Palliativbetten auf 1,9 Millionen Menschen. Es müssten um alles abzudecken 90 Betten sein. Es sind aber sehr teure Betten, der sehr Personalintensiv ist. 1 zu 1,2. Der Hospizbereich hat 30 Hauptamtliche. Insgesamt 60 Mitarbeiter und 70 Ehrenamtliche.

**A.O:** Wir haben 16 Betten in Einzelzimmern, 4 Akutbetten mit dem Unispital zusammen, 12

Langzeitbetten. Der Vorteil, für das wir sehr gelobt werden ist die Kompaktheit, die kurzen Wege. Vor allem im Vergleich mit der großen Struktur des Unispitals wird die heimelige Atmosphäre deutlich. Es gibt Wartelisten, am Anfang waren wir unterbelegt, jetzt warten 2-3 Menschen auf die Aufnahme. Der Pflege-schlüssel ist auch im Lighthouse 1 zu 1,2 Pfle-genden.

#### **Waren Sie bei der Planung involviert?**

**C.K.-A:** Ich war bei der Planung nicht involviert, weil ich damals noch Krankenschwester war. Der Geschäftsführer ist in erster Berufung Pflegenden.

**S.I:** Ja bei der Ausgestaltung war ich mit einer Kollegin dabei. Vieles ist sehr gut gelungen. Die zwei Etagen finde ich ein bisschen störend.

**B.S:** Bei diesem Haus nicht, aber bei dem Umbau der in den nächsten Jahren gemacht werden soll. Bei der Planung ist es ganz wichtig, dass es Rückzugsmöglichkeiten und Begegnungszonen gibt.

**A.O:** Nein bei diesem Haus nicht, wir ziehen um und werden größer. Wir sind aber nicht

alle glücklich, weil wir doppelt so groß werden und wir uns die Frage stellen ob wir den Geist halten können. Bei den Zimmern wird es auch Verbindungstüren geben für Ehepartner die zu gleich krank werden. Mit der Aufteilung der Zimmer auf unterschiedliche Geschosse haben wir kein Problem, dadurch bleiben wir fit. (lacht) Im neuen Bau muss auf jeden Fall ein Bettenlift eingeplant werden.

#### **Wie sind Sie zu Ihrer Berufung gekommen?**

**C.K.-A:** Ich war Pflegerin im KH Havelhöhe und wurde von der Pflegedienstleiterin gefragt ob ich nicht ihren Dienst im Hospiz übernehmen wollte und dann habe ich mich dazu entschlossen.

**S.I:** Ich bin seit 40 Jahren Krankenschwester und habe viele Menschen sterben sehen, was mich sehr belastet hat. Ich haderte damit dass man oft nichts mehr für die Menschen tun konnte. In meiner Haltung habe ich gemerkt, dass Sterbende besondere Räume brauchen, die es früher nicht gegeben hat.

**B.S:** Ich bin von Grundberuf Pflegerin. War auf der Onkologie und habe gemerkt, dass das et-

was für mich ist. Jeder Bereich hat für mich eine Berechtigung, aber wenn jemand nicht mehr gesund wird hat oft die Zeit gefehlt mit dem Menschen zu reden. Über einfache Dinge wie ob die Katze versorgt ist. Im Hospiz geht dies. In diesem Bereich sind wir sehr eng verbunden. Ich liebe den Kontakt mit den Menschen. Jetzt bin ich nicht mehr so nahe dran, was auch in irgendeiner Form gut ist.

**A.O:** Ich habe eine Krankenschwesternausbildung gemacht und vor dem Ende der Ausbildung wurde meine Schwester schwer krank. Da habe ich gemerkt, dass das Krankenhaus sehr schwer damit umgehen kann, auch schlecht mit den Angehörigen. Dadurch wurde ich inspiriert im Bereich Palliativcare zu arbeiten. Sie ist dann nicht gestorben, aber ich bin dankbar durch sie in dieses Tätigkeitsfeld gerutscht zu sein. Seither wurde mein Leben qualitativ reicher. Heute interessiert mich Quantität sehr viel weniger.

**Gibt es Orte im Gebäude Ort, welche die Menschen gerne aufsuchen?**

**C.K.-A:** Im Rezeptionsbereich halten sich die Menschen sehr gerne auf. Manche Menschen gehen mit der Haltung ins Hospiz, dass sie bald sterben. Wenn dies jedoch länger dauert werden manche ungeduldig und fühlen sich dann von den Kerzen vor den Zimmern, wenn eine Person gestorben ist, provoziert. Mitpatienten kommen aber auch zu den Verabschiedungen. Ich habe den höchsten Respekt vor dieser Seelenkraft sich im Angesicht des eigenen Todes dem Verstorbenen bis ins physische hinein zu widmen.

**S.I:** Mir fällt sofort ein Platz ein. Im Norden die Besucherecke wird von den Menschen gerne aufgesucht. Viele Menschen haben schon gesagt es ist wie ein Energieplatz. Was die Menschen gerne haben ist, dass die Betten individuell verschoben werden können, denn das Interesse am Leben draußen ist schon da.

**B.S:** Die Menschen liegen besonders gerne im Sommer auf der Dachterrasse.

**A.O:** Bei mir ist es so, dass ich manchmal vors Haus trete um durchzuatmen, aber auch der

Raum der Stille ist ein Ort, den ich gerne aufsuche. Also Rückzugsräume oder vor die Türe treten, vor dem Haus oder auf den Balkonen, sind Orte die ich gerne aufsuche. Der Raum der Stille ist auch für die Angehörigen. Er soll demnächst umgestaltet werden und gemütlicher werden um den Familien einen Rückzugsraum zu schaffen. Jetzt suchen die Angehörigen den Rückzug in den Zimmern. Für die Pflegenden gibt es einen Ruheraum, der aber sehr klein ist und wenig benutzt wird.

**Wie verlassen die Verstorbenen Menschen das Hospiz? Bekommen die Mitpatienten mit wenn ein Verstorbener abtransportiert wird?**

**C.K.-A:** Es wird kein Geheimnis darum gemacht. Das Gesicht wird nicht verdeckt, weil es allerlei Phantasien erweckt wie es unter dem Lacken aussieht. Jedoch wird von Patient zu Patient von den Pflegenden abgeschätzt ob es für diesen oder jenen besser ist den Verstorbenen nicht zu sehen, dann wird einen Moment gewartet. Über den Lift werden der Leichname nach unten transportiert.

**S.I:** Wenn der Patient verstorben ist bleibt er im

Zimmer. Wir haben bewusst auf einen Aufbahrungsraum verzichtet. Die Angehörigen haben die Möglichkeit sich dort zu verabschieden. Wie lange ist ganz unterschiedlich. Das längste war aber 2 Tage.

**B.S:** Wir haben einen kühlbaren Verabschiedungsraum. Auf Grund der großen Zahl an Todesfällen würden noch einen zweiten Brauchen. Wenn jemand am Vormittag verstirbt bleibt er bis um 20 Uhr, verstirbt er am Nachmittag, bleibt er dann bis zum nächsten Tag am Abend. Der Sarg wird über den Nebeneingang in der Oberzeilergasse abtransportiert. Auf die Station gibt es aber nur einen Eingang. Ich bin der Meinung man muss den Patienten nicht 5mal in der Woche einen Sarg vorführen.

**A.O:** Es gibt im jetzigen Haus keinen Verabschiedungsraum, im neuen Haus ist einer eingeplant. Hier konnte es nicht gemacht werden. Wir verabschieden die Menschen in den Zimmern. Bis zu 72 Stunden können die Verstorbenen in den mit Klimageräten gekühlten Zimmern bleiben. Das kann nicht immer eingehalten werden, wenn es zum Beispiel sehr heiß ist oder wenn das Zimmer drei Tage blockiert ist und jemandem der Eintritt ins Hospiz

dadurch verwehrt bleibt. Den Angehörigen gefällt dies, weil es sehr langsam geht und sie in ihrem Umfeld bleiben. Im neuen Haus wird es trotz dieser Rückmeldung einen eigenen Verabschiedungsraum und einen Aufbahrungsraum geben.

#### **Wird der Tod heute noch verdrängt?**

**S.I:** Ich glaube das Tabu ist nach wie vor sehr groß. Der Steirische Hospizverein macht sehr viel Öffentlichkeitsarbeit. Das ist sehr wichtig. Durch Mundpropaganda werden Erfahrungen über Hospizaufenthalte Angehöriger weiter erzählt. Wir wollen alle jung und gesund sein und wenn wir schon sterben, dann sofort umfallen und tot sein. Die Frage ob wir früher mehr Leiden ausgehalten haben oder nur weniger darüber geredet haben. Jeder stirbt einzigartig.

**B.S:** Ich glaube schon. Die kranken und alten Menschen sind eher auf der Seite. Man altert nicht und darf nicht alt werden. Wenige beschäftigen sich mit dem eigenen oder dem Tod eines Angehörigen oder eines Kindes. Aber Interesse von der Gesellschaft ist da. Ich komme aus einem Dorf in Oberösterreich. Am

Land stirbt man noch daheim, aber ich glaube dass dies auch rückläufig ist. Es braucht die Einrichtungen für die ausgerissenen Fälle, wo die Angehörigen besonders überfordert sind. Die Situation vor allem im sozialen Umfeld wird immer komplexer. Viele sind im Alter sehr einsam. Die Stadt ist in dieser Entwicklung wahrscheinlich schon weiter voraus, aber das Land zieht sicherlich nach. Im Städtischen Bereich sind wir zunehmend mit schwierigen Fällen konfrontiert.

**A.O:** Das Thema Tod ist sicher nicht im Alltag vorhanden. Es finden alle ich hätte so einen besonderen Arbeitsplatz. Ich finde es spannend wie man sich nicht mit dem Tod beschäftigen kann, weil es ja jeden jederzeit treffen kann. Da könnte eine Gesellschaft durchaus für sich mehr Qualität generieren. Seit ich hier arbeite lebe ich schon etwas anders. Es ist alles kurzfristiger geworden. Meine Lebensqualität ist höher geworden, seit ich mich als Sterblicher eingestuft habe, denn ich habe überhaupt kein Anrecht 80 Jahre zu werden.

## Literaturverzeichnis

### Selbstständige

Winterthur 2012

Aries, Philippe: Geschichte des Todes, München 2009

Help the Aged: Listening to Older People: Opening the Door for Older People to Explore End-of-life Issues, London 2006

Brooks, Michael: 13 Things That Don't Make Sense: The Most Intriguing Scientific Mysteries of Our Time, USA 2010

Interview mit Frau C.K-A., geführt von Julian Gatterer, Berlin, 13.05.2015

Boulay, Shirley du: Cicely Saunders: ein Leben für Sterbende, Innsbruck/Wien 1987

Interview mit Frau S.I., geführt von Julian Gatterer, Graz, 18.06.2015

Boulenger, Jacques: Les romans de la Table ronde, Paris 1945

Interview mit Frau B.S., geführt von Julian Gatterer, Wien, 19.06.2015

Culmann, Hans-Martin: Zur geschichtlichen Entwicklung der Todesauffassung des Arztes im europäischen Raums, Freiburg i.Br., 1986

Jankowiak, Tanja: Architektur und Tod: zum architektonischen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer; eine Kulturgeschichte, München 2010

Goffman, Erving: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M., 1973

Knoblauch, Hubert; Zingerle, Arnold (Hg.): Thanatosoziologie: Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin 2005

Gorer, Geoffrey: Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain. New York, 1965

Kübler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden, Gütersloh 1986

Held, Doris: Ars moriendi – die Kunst des guten Sterbens .Das Leben vom Ende her denken,

Luckmann, Thomas: Die unsichtbare Religion.

- Frankfurt am Main, 1991 (Erstausgabe 1967)
- Magistrat Graz - Präsidiabteilung Referat für Statistik: Bevölkerungsprognose für die Landeshauptstadt Graz 2012 – 2031, Graz 2012
- Nassehi, Armin; Weber, Georg: Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung. Opladen, 1989
- Ostner, Ilona; Beck-Gernsheim, Elisabeth: Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege, Frankfurt a. M. 1979
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, Wien 2004
- Realdania Fund: Programme for the Good Hospice in Denmark, Kopenhagen 2006 Web-link: <http://www.hospiceforum.dk/media/The-GoodHospiceInDenmark.pdf>, 14.7.15
- Rüegger, Heinz: Das eigene Sterben. Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst, Göttingen 2006
- Rosentreter, Michael; Groß, Dominik; Kaiser, Stephanie [Hg.]: Sterbeprozesse- Annäherung an den Tod, Kassel 2010
- Schneider, Werner: „So tot wie nötig – so lebendig wie möglich!“ Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne. Eine Diskursanalyse der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland, Münster 1999
- Student, Johann Christoph: Was ist ein Hospiz? In: <http://www.hospiz-stuttgart.de/informationen/was-ist-ein-hospiz.html> 1997 - 3.7.2015
- Student, Johann Christoph: Das Hospiz Buch, Freiburg im Breisgau 1991
- Saunders, Cicely: St. Christopher's Hospice, London 1977
- Saunders, Cicely: Hospiz und Begleitung im Schmerz: wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können, Freiburg im Breisgau ; Wien [u.a.] 1997
- Saunders, Cicely: The Need (unveröffentlichtes

Manuskript), London 1959

Saunders, Cicely: The Scheme (unveröffentlichtes Manuskript), London 1959

Saunders, Cicely; Baines, Mary: Living with Dying, Oxford 1983

Steiner, Rudolf: Das Geheimnis des Todes. Wesen und Bedeutung Mitteleuropas und die europäischen Volksgeister, Dornach 1980

Tranströmer, Tomas: In meinem Schatten werde ich getragen. Gesammelte Gedichte, Frankfurt a.M. 2013

Walter, Tony: Modern Death: Taboo or not Taboo? In: Sociology 25 S.293-310. 1991

Walter, Tony: The Revival of Death, London 1994

Worpole, Ken: Modern hospice design: the architecture and palliative care, London [u.a.] 2009

## **Unselbstständige**

Baines, Mary: Den totalen Schmerz bekämpfen, in: Saunders, Cicely: Hospiz und Begleitung im Schmerz: wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können, Freiburg im Breisgau; Wien [u.a.] 1997

Bickhardt, Jürgen: Hospizarbeit als verlässliches Element des öffentlichen Gesundheitswesens, in: Everding, Gustava | Westrich, Angelika (Hg.): Würdig leben bis zum letzten Augenblick: Idee und Praxis der Hospizbewegung, München 2000

Feldmann, Klaus: Soziologie des Sterbens und des Todes (Thanatosoziologie), in: Kneer, Georg; Schroer Markus (Hrsg.): Handbuch spezielle Soziologien, Wiesbaden 2010

Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz (Hg.): Albert Schweitzer Hospiz. Informationen für unsere Gäste, o.O. 2013

Levy, Judith A.: The Hospice in the Context of an Aging Society, in: Fulton, Robert/ Bedikson,

- Robert (Hg.): Death and Identity, Philadelphia 1994
- Monroe, Barbara/ O'Brien, Tony: Vierundzwanzig Stunden vor und nach dem Tod, in: Saunders, Cicely: Hospiz und Begleitung im Schmerz: wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können, Freiburg im Breisgau; Wien [u.a.] 1997
- Monroe, Barbara: Hilfe für Kinder, auf die Trauer zukommt, in: Saunders, Cicely: Hospiz und Begleitung im Schmerz: wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können, Freiburg im Breisgau; Wien [u.a.] 1997
- Pfeffer, Christine: „Ich hab' gar nicht gemerkt, wie ich da reingezogen wurde“: Zur Dynamik von Individualisierung und Nähe in der Pflegearbeit stationärer Hospize, in: Knoblauch, Hubert; Zingerle, Arnold (Hg.): Thanatosoziologie: Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin 2005
- Simon, Alfred: In Würde sterben – ethische Aspekte der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen, in: Everding, Gustava | Westrich, Angelika (Hg.): Würdig leben bis zum letzten Augenblick: Idee und Praxis der Hospizbewegung, München 2000
- Schmiedebach, Heinz-Peter; Woellert, Katharina: Rechtliche und Ethische Aspekte im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden, in: Koch, Uwe [Hg.]: Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen : Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung ; mit 35 Tabellen, Stuttgart 2006
- Schäfer, Daniel: Tod und Todesfeststellung im Mittelalter, in: Schlich, Thomas [Hg.] Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung, Frankfurt a.M. 2001
- Luhmann, Niklas: Einführende Bemerkungen zu einer Theorie symbolisch generalisierter Kommunikationsmedien, in: Ders.: Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze und Theorie der Gesellschaft. Opladen 1975
- Virdee, Alison: Die schwierige Familie, in:

Saunders, Cicely: Hospiz und Begleitung im Schmerz: wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können, Freiburg im Breisgau; Wien [u.a.] 1997

Weiss, Bertram: Das Gewicht der Seele, in: GEO Wissen (2013), Nr.51, 30-38

Winkel, Heidemarie: Selbstbestimmtes Sterben. Patient(inn)enorientierung und ganzheitliche Schmerztherapie als Kommunikationskoordinaten in der Hospizarbeit – Eine systemtheoretische Perspektive, in: Knoblauch, Hubert; Zingerle, Arnold (Hg.): Thanatsoziologie: Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin 2005

Westrich, Angelika: Wie alles begann: Geschichte der Hospizbewegung, in: Everding, Gustava | Westrich, Angelika (Hg.): Würdig leben bis zum letzten Augenblick: Idee und Praxis der Hospizbewegung, München 2000

Simon, Alfred: In Würde sterben- ethische Aspekte der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen, in: Everding, Gustava |

Westrich, Angelika (Hg.): Würdig leben bis zum letzten Augenblick: Idee und Praxis der Hospizbewegung, München 2000

Filme | Sendungen | Audioaufzeichnungen

Golino, Valeria: Miele | Honig, Italien 2013

Bäni, Hans-Peter: Tod nach Plan - André, psychisch krank und lebensmüde, Schweiz 2011

Hobbs-Scharner, Ulrike: Der Tod: ein großes Geheimnis? Vortrag bei der WAP Tagung, Bad Wildungen 2005

kreuzundquer: Gibt es ein Leben nach dem Tod? ORF 2 am 23.04.2013

Natmeßnig, Anita: Zeit zu gehen: „Du zählst, weil du bist. Und du zählst bis zum letzten Moment deines Lebens“ Cicely Saunders, Begründerin der Hospizbewegung, AT 2008 (DVD: Poly Film Video 2008)

Takita, Yōjirō: Nokan: die Kunst des Ausklangs, Japan 2008 (DVD: Kool Film 2008)

### **Internetquellen**

<http://venturebeat.com/2015/05/04/facebook-sympathy-sentiment-button/>, 27.5.2014

<http://www.zeit.de/digital/internet/2011-01/internet-tod-account>, 27.5.2015

<http://www.springermedizin.at/artikel/13478-das-institutionalisierte-sterben>, 27.5.2015

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html), 28.5.2015

<http://www.lukas-hospiz.de/index.php?id=14>, 29.5.2015

<http://www.koordinierungsstelle-hospiz.de/index.php?id=86>, 29.5.2015

<http://www.cs.or.at/deutsch/cs-hospiz-rennweg/palliativstation/aufnahmekriterien/aufnahmekriterien.html>, 29.5.2015

<http://www.havelhoehe.de/Chronik.html>, 22.6.2015

[http://www.havelhoehe.de/tl\\_files/files/content/pdf/havelhoehe-patienten-besucher-information.pdf](http://www.havelhoehe.de/tl_files/files/content/pdf/havelhoehe-patienten-besucher-information.pdf), 22.6.2015

<http://www.cs.or.at/deutsch/cs-hospiz-rennweg/milestones/milestones.html>, 27.6.2015

[http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/bericht\\_abgestufte\\_hospiz-\\_und\\_palliativversorgung.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/bericht_abgestufte_hospiz-_und_palliativversorgung.pdf) - 3.7.2015

<http://www.uni-kassel.de/upress/online/frei/978-3-89958-960-3.volltext.frei.pdf> - 3.10.2015

[http://www1.graz.at/Statistik/bev%C3%B6lkerung/Bev%C3%B6lkerungsprognose\\_2011\\_2031.pdf](http://www1.graz.at/Statistik/bev%C3%B6lkerung/Bev%C3%B6lkerungsprognose_2011_2031.pdf), 14.7.2015

<http://www.nzz.ch/zuerich/leben-mit-dem-tod-1.18166975>, 10.10.2015

## Abbildungsverzeichnis

Alle nicht extra angeführten Grafiken, Abbildungen und Pläne wurden vom Verfasser erstellt!

- 1 Bevor ich sterbe...: Graffiti am Zaun des Bauplatzes: Eigenaufnahme
- 2 Lebensrad von der Geburt bis zum Tod: Gemälde um 1800, <http://www.kulturraumtirol.at/typo3temp/pics/9d0beb18da.jpg> - 27.09.2015
- 3 Die drei Lebensalter (des Weibes) und der Tod: Hans Baldung Grien 1541-1544 [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/42/Las\\_Edades\\_y\\_la\\_Muerte\\_%28Grien%29.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/42/Las_Edades_y_la_Muerte_%28Grien%29.jpg) - 27.09.2015
- 4 Der Tod der Crescentia Pirkheimer: Kopie Dürers Gemäldes von 1624, in: Spiegel Wissen Nr.4 2012, 14
- 5 Fading Away: Kompositions fotografie von Henry Peach Robinson 1856: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/2/20/Fading\\_Away.jpg/1280px-Fading\\_Away.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/2/20/Fading_Away.jpg/1280px-Fading_Away.jpg)
- 6 Hochleistungsmedizin am Lebensende: Intensivstation einer Kölner Klinik in: Spiegel Wissen Nr.4 2012, 27
- 7 Hospiz Schömberg: <http://media1.schwarzwaelder-bote.de/media.media.81f491e2-330a-405d-9bcb-ef7de8021594.normalized.jpeg>
- 8 Vergleich Hospiz - Palliativstation: Eigengrafik auf Grundlage von: <http://www.lukas-hospiz.de/uploads/pics/Tabelle-Palliativ-Hospiz.jpg>
- 9 Losing Betty: Mark Katzman, in: Spiegel Wissen Nr.4 2012, 12-13
- 10 Überlagerung der Wirkungsbereiche: Eigengrafik
- 11 Ars moriendi: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/9/91/Ars\\_moriendi\\_\(Meister\\_E.S.\),\\_L.185.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/9/91/Ars_moriendi_(Meister_E.S.),_L.185.png)



- 12** St. Christopher's Hospice | Eingang:  
[https://pl.wikipedia.org/wiki/Hospicjum\\_%C5%9Bw.\\_Krzysztofa\\_w\\_Londynie#/media/File:St.\\_Christopher%27s\\_Hospice.jpg](https://pl.wikipedia.org/wiki/Hospicjum_%C5%9Bw._Krzysztofa_w_Londynie#/media/File:St._Christopher%27s_Hospice.jpg)
- 13** St. Christopher's Hospice | Straßenansicht:  
<http://www.stchristophers.org.uk/gallery/hospice-photo-tour#>
- 14** Gemeinschaftshospiz | Haupteingang:  
 Eigenaufnahme
- 15** Gemeinschaftshospiz | Aufbahrungsraum:  
 Eigenaufnahme
- 16** Albert-Schweitzer Hospiz | Zugang: Eigenaufnahme
- 17** Albert-Schweitzer Hospiz | Zimmer: Feyferlik/Fritzer, Graz 2008, Foto: Paul Ott
- 18** CS Hospiz | Dachgarten: Eigenaufnahme
- 19** CS Hospiz | Aufbahrungsraum: Eigenaufnahme
- 20** Zürcher Lighthouse | Zugang: Eigenaufnahme
- 21** Zürcher Lighthouse | Ritualecke: Eigenaufnahme
- 22** Vier Hospize im Vergleich: Eigengrafik
- 23** Luftbild Graz: GIS Steiermark
- 24** Entwicklung Sterbefälle Graz: Eigengrafik auf Grundlage von Statistik Graz: [http://www1.graz.at/Statistik/bev%C3%B6lkerung/Bev%C3%B6lkerungsprognose\\_2011\\_2031.pdf](http://www1.graz.at/Statistik/bev%C3%B6lkerung/Bev%C3%B6lkerungsprognose_2011_2031.pdf)
- 25** Klara Behrens vorher und nachher: Abbildungen aus Lakotta, Beate; Schels, Walter: Noch mal leben vor dem Tod. Wenn Menschen sterben, München 2004, Seite 196 - 197
- 26** Klara Behrens vorher und nachher: Abbildungen aus Lakotta, Beate; Schels, Walter: Noch mal leben vor dem Tod. Wenn Menschen sterben, München 2004, Seite 196 - 197
- 27** Lendplatz vom Grazer Schlossberg: Landesarchiv
- 28** Das Grundstück: Eigenaufnahme



## Danke

In erster Linie danke ich meiner Familie in Tirol für die immerwährende Unterstützung, nicht nur in der Zeit meines Architekturstudiums. Ihr habt eine wunderbare Studienzeit in Graz möglich gemacht.

Ihnen Frau Professor Frank danke ich für die äußerst angenehme Diplombetreuung, für die guten Literatur- und Filmhinweise und die hilfreichen Ratschläge in der Entwurfsphase.

Danke auch dir Claus für die vielen Gespräche, die wir in den letzten 2 Jahren geführt haben, den Mitgliedern des AZ Turm für die kritischen Anmerkungen, Christopher für die Hilfe beim Rendern, Sarah und Ricarda fürs kurzfristige Korrekturlesen und Lena dir für deine schöne Schrift. Dir Jakob danke ich für deinen stets kritischen Blick und dafür, dass du mich in den stressigen Phasen ertragen hast.

Nicht zuletzt danke ich dir Marika dafür, dass du mich die letzten fünf Jahre begleitet und immer zu mir gehalten hast. Jetzt erkenne ich den Wert der unzähligen Diskussionen, die mir letztendlich geholfen haben hinter meinem Selbst zu stehen. Auf dass wir noch viele gemeinsame Stunden erleben dürfen.