



Universität Stuttgart

Fakultät 1 Architektur und Stadtplanung
IWE Institut Wohnen und Entwerfen
Architektur- und Wohnsoziologie

**Materialien zur
Architektur- und Wohnsoziologie
Nr. 07**

Räume der Endlichkeit
Ein Zentrum des Lebens für Sterbende

Vera Hermann

Masterarbeit
Wintersemester 2017/18

Die Reihe **Materialien zur Architektur- und Wohnsoziologie** stellt in loser Folge Arbeiten vor, die ein über den Kreis von Seminarteilnehmern hinausgehendes Interesse beanspruchen dürfen. Publikationen dieser Reihe sollen Studierenden, WissenschaftlerInnen und Praktikern sowie allen an Themen der Stadt-, Architektur- und Wohnforschung interessierten Menschen als Informationsgrundlage dienen und zur Auseinandersetzung mit Architektur, Stadt und Gesellschaft aus soziologischer Sicht anregen.

Räume der Endlichkeit | Ein Zentrum des Lebens für Sterbende



Universität Stuttgart | WS 17/18 | Masterarbeit | Vera Hermann
IRGE | Prof. Markus Allmann, IWE | Prof. Dr. phil. habil. Christine Hannemann



Masterarbeit
im Studiengang
Architektur & Stadtplanung

Wintersemester 2017/ 18

*Universität Stuttgart | Fakultät 1
Architektur und Stadtplanung*

*unter der Leitung von:
IRGE | Prof. Markus Allmann
IWE | Prof. Dr. phil. habil. Christine Hannemann*

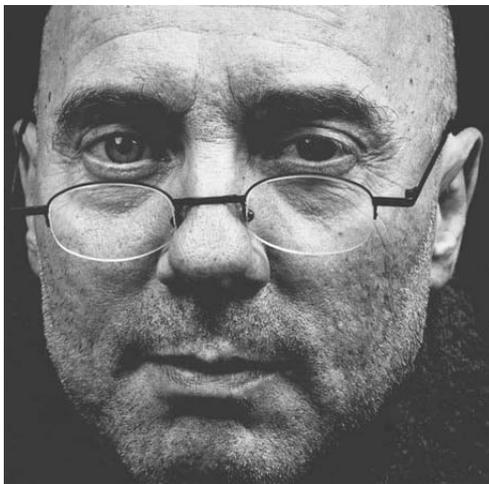
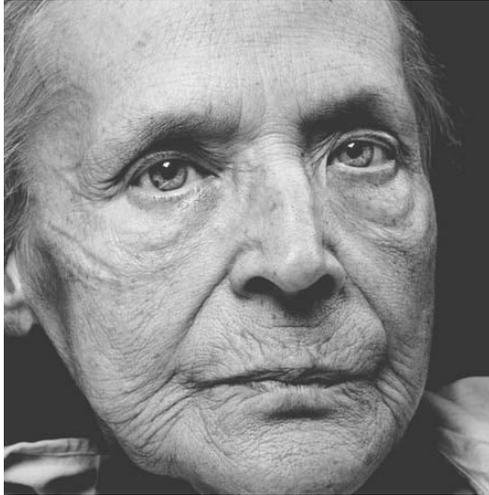
*erstellt von:
B.Sc. Vera Hermann*

*Heusteigstraße 45
70180 Stuttgart
015161523122
Vera_Hermann@gmx.de
Matrikelnummer 2798857*



Abb. 1: Fading Away, Henry Peach Robinson, 1858

*Der moderne Tod hat nichts, das ihm Transzendenz verleiht oder sich auf andere Werte bezieht. [...] In einer Welt der Tatsachen ist der Tod nur eine Tatsache mehr. Da er aber eine unangenehme Tatsache ist, [...] versucht die ‚Philosophie des Fortschritts‘ [...] seine Existenz hinwegzuzaubern.
(Paz 1998: 62)*



Der Gedanke an die Sterblichkeit

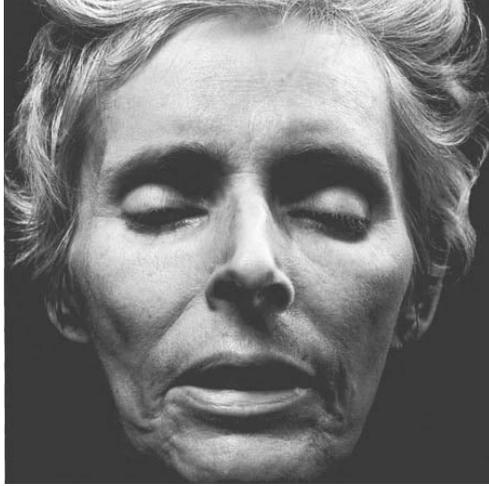
Octavio Paz beschreibt wie in der modernen aufgeklärten und naturwissenschaftlich geprägten Welt der Tod scheinbar keinen Platz mehr findet und wie die moderne Gesellschaft bemüht ist Krankheit und Sterben zu bekämpfen und möglichst zu überwinden. (siehe auch Bergmann 2015: 40-98) Die Verdrängung des Todes ist in der modernen Gesellschaft weit verbreitet und zeigt sich in verschiedenen Formen und Motiven. Neben der Todesverleugnung, wie sie auch der britische Philosoph John Gray in seinem Buch „Wir werden sein wie Gott“ beschreibt, ist die Verlagerung des Todes ins hohe Lebensalter eine weitere Erscheinung, welche die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens vorerst beiseite rückt. Auch in Bereichen des Gesundheitssystems scheint der Tod häufig strukturell verdrängt und lediglich verwaltet zu werden. (vgl. Feldmann 2010: 58ff.)

Hier zeigt sich ein deutlicher Wandel zu früher. Ist heute ein schneller, schmerz- und leidensfreier Tod häufig der Wunsch von vielen, war noch vor zwei- bis dreihundert Jahren der plötzliche Tod im christlichen Auferstehungsglauben gefürchtet. Auf ein kurzes diesseitiges Leben sollte ein ewiges jenseitiges Leben folgen, auf welches man sich vorbereiten musste. Es musste der Friede mit Gott und die Versöhnung mit den Menschen gefunden werden. Dies schloss zahlreiche Rituale, unter anderem die letzte Ölung vor dem Tode, mit ein. Am Ende des Lebens sollte sich so bei dem Sterbenden eine innere Ruhe und ein Vertrauen auf Gott einstellen. Mit der Gewissheit auf das paradiesische Jenseits konnten Schmerz und Leiden leichter ertragen werden. Der Tod bildete keine Trennung, sondern man glaubte an die „Gemeinschaft der Lebenden und Toten“. Dies gab Halt im Umgang

mit Grenzerfahrungen wie dem Sterben und dem Tod. Das Leben im hier war unbedeutend mit Blick auf die Absolutheit der Ewigkeit. (siehe auch Stolberg 2011: 107) Dieses Lebens- und Weltverständnis mit seinen Ritualen des Sterbens und der Bestattung wurden im Mittelalter durch Epidemien wie der Pest, welche großen Teilen der Bevölkerung damals das Leben kostete, erschüttert. Das soziale Leben geriet aus den Fugen und die Todeserfahrung war nun geprägt von Angst. (vgl. Bergmann 2015: 40-98) „So gesehen kann die Entstehung der Moderne [in Bezug auf das Sterben] als eine kollektivpsychologische Reaktion auf traumatische Todeserfahrungen gedeutet werden, als Versuch, dem Ursprung von Krankheit, Tod und Naturkatastrophen jenseits von Metaphysik und Religion auf den Grund zu gehen.“ (Bergmann 2015: 98)

Heute gibt es nicht mehr das eine christliche Ideal von dem Glauben an ein ewiges Leben mit all seinen dazu gehörigen Ritualen und Hoffnungen, sondern eine Vielzahl an unterschiedlichen Vorstellungen von dem Danach. Von der Jenseitsvorstellung bis hin zu Reinkarnationsphilosophien oder der völligen Ablehnung eines Lebens nach dem Tod. Wir leben biologisch länger, doch scheint für viele die Lebenszeit um eine Ewigkeit kürzer geworden zu sein. Diese Haltungen beeinflusst die Gestaltung unserer Lebensentwürfe und unseren Blick auf das Thema Sterben und Tod und unseren Umgang damit. (vgl. Heller 2017: 13f.)

Mit der Säkularisierung und Ausdifferenzierung der Gesellschaften wandelten sich auch die ritualisierten, kollektiven Umgänge der Menschen mit dem Sterben hin zu individuelleren mehr subjektiven Formen. Ein „herzliches Beileid“ passt häufig nicht mehr



in unsere aktuelle Zeit sondern es bedarf im Umgang mit Sterbenden und Trauernden anderer Worte und Gesten. Fand bis in die Mitte des letzten Jahrhunderts der Tod noch Zuhause und in der Nachbarschaft statt, so geschieht er heute mehr denn je in Institutionen wie dem Krankenhaus oder dem Pflegeheim. (vgl. Heller 2017: 14) Neben der dadurch noch mehr begünstigten Verdrängung des Themas Sterben und Tod aus unserer Gesellschaft, sind diese Orte zudem meist keine wünschenswerten Sterbeorte und werden es häufig lediglich aufgrund eines Mangels an Alternativen. Der Tod im Krankenhaus, einem Ort an welchem mit allen Mitteln für die Gesundheit gekämpft wird, scheint so wie ein Betriebsunfall. Es bedarf anderer Räume und einem offeneren Umgang mit der letzten Lebensphase um jedem ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Besonders in der heutigen Gesellschaft, in welcher die Selbstbestimmtheit des Lebens ein Grundsatz ist, sollte das Thema Sterben und Tod im Bewusstsein aller sein und offenere Umgangsformen mit Sterbenden und Trauernden gefunden werden. Aufgrund von Unsicherheiten leiden die sozialen Beziehungen gerade in der letzten Lebensphase, in welcher sich keiner alleine wissen möchte. Bedenkt man, dass wir heute nicht nur länger leben, sondern auch länger sterben, ist dies von noch größerer Bedeutung. Bei den heute verbreiteten Krankheiten wie Herz- und Gefäßkrankungen, Lungenerkrankungen und bestimmten Krebsarten, kommt der Tod häufig langsam, vorhersehbar und bringt zuvor eine längere Lebensphase des Kampfes mit sich. Jeder sollte auch diese letzte Lebensphase würdig und im bisherigen sozialen Umfeld führen können.

Um gegen die Verdrängung des Todes anzukämpfen bedarf es „zivilgesellschaftliche[n] Bewegungen, die einen offeneren alltagsintegrierten, solidarischen Umgang mit dem Sterben und den Tod einfordern.“ (Heller 2017: 11) Die Hospizbewegung sowie die Palliativmedizin sind hier von großer Bedeutung. Der Tod wird hier als Teil des menschlichen Lebens gesehen und es wird versucht die Lebensqualität von Schwerkranken und Sterbenden in der letzten Lebensphase bestmöglich zu erhalten und ein würdiges individuelles Sterben zu ermöglichen. „Hospiz‘ als eine Art Menschenrechtsbewegung tritt ein für die Würde und Würdigung von vulnerablen Personen in der letzten Lebensphase und bildet eine Gegenbewegung gegen die Inhumanität des Sterbens und seine Beschleunigung (Euthanasie).“ (Heller 2017: 15) Um auch die letzte Lebensphase selbstbestimmt und bestmöglich dort leben zu können wo jeder möchte, gilt es diese Bewegung zu stärken und auszubauen und die Verlegung des Sterbens in Organisationen wie Krankenhäuser zu stoppen. Um das Thema Sterben, Trauer und Tod ins Bewusstsein zu rücken und eine bessere Versorgung zu ermöglichen bedarf es so auch neuer architektonischer Ausdrucksformen in unserer gebauten Umwelt, die der Hospiz- und Palliativbewegung ein angemessenes Gesicht geben.

► Abb. 2-7

Portraits aus der Ausstellung „Noch mal Leben“. Die Journalistin Beate Lakotta und der Fotograf Walter Schels begleiteten Schwerkranke auf ihrer letzten Zeit im Hospiz. Die Ausstellung berichtet von den Erfahrungen, Ängsten und Hoffnungen der Sterbenden. Alle waren einverstanden, sich kurz vor und unmittelbar nach dem Tod porträtieren zu lassen.

Inhalt

Der Gedanke an die Sterblichkeit | 12

1. Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

1.1 Begriffsdefinition | 14

1.2 Geschichtliche Entwicklung | 14- 18

*Vorläufer der Hospize
Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross
Entwicklung in Deutschland*

1.3 Heutige Versorgungsstruktur | 18- 22

*Stationäre Einrichtungen
Ambulante Einrichtungen
Palliativmediziner/ -innen*

1.4 Architektonische Betrachtung stationärer Einrichtungen | 23- 24

1.5 Schwachstellen in der bestehenden Versorgung | 24- 26

1.6 Zukünftige Entwicklung und die Idee von Hospizzentren | 26- 27

2. Architektonischer Raum für einen offenen Umgang mit Sterben Tod und Trauer

2.1 Der Charakter von Hospizzentren und deren architektonische Gestaltung | 28- 30

*Die Heterotopie Hospiz
Der Standort
Der Eingang
Die Struktur im Inneren*

2.2 Räume der Endlichkeit – Räume für Sterbende und Trauernde | 30- 35

Das innere Seelenleben

*Der erlebbare, spürbare Raum während Grenzerfahrungen
des Sterbens und der Trauer*

Die Gestaltung des Patientenzimmers

Das Patientenzimmer als Sterbezimmer

3. Zentren des Lebens für Sterbende – Die zukünftige Entwicklung im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer | 36

4. Fallbeispiel Hospizzentrum Bietigheim-Bissingen

4.1 Raumorganisation | Nutzeranalyse | 38

4.2 Standort | Bietigheim-Bissingen | 38

4.3 Gebäudestruktur | 38- 39

Das Erdgeschoss

Das Obergeschoss | Das stationäre Hospiz

4.4 Patientenzimmer | 39

4.5 Raum der Stille | 40

4.6 Materialität | Konstruktion | 40

5. Analysediagramme | 41- 44

6. Plandarstellungen | 45- 57

7. Modellfotos | 58- 62

Literatur- und Quellenverzeichnis | 63- 66

Abbildungsverzeichnis | 67- 68

Einleitung

Mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsstrukturen und der Einrichtungen für Menschen am Lebensende sowie deren Angehörige soll im Folgenden die Idee von regionalen Hospizzentren skizziert werden. Diese sollen zukünftig bestehende Versorgungslücken schließen, Schwachstellen verbessern und in unserer gebauten Umwelt der Hospiz- und Palliativbewegung einen architektonischen Ausdruck geben. Ziel ist auch die Schaffung eines offeneren Umgangs mit dem Thema Sterben, Tod und Trauer in unserer Gesellschaft.

Hierfür soll im ersten Kapitel zunächst eine Übersicht über die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland gegeben werden. Wo liegen ihre Wurzeln und wie ist der Versorgungsstand heute. Durch das Aufzeigen der grundsätzlichen Unterschiede zwischen der kurativen und der palliativen Medizin und dem architektonischen und räumlichen Vergleich der Gegebenheiten beider Bereiche sollen die Schwachstellen des Sterbeorts Krankenhaus offen gelegt und die Vorzüge der architektonischen Konzeption von stationären Hospizen dem gegenüber gestellt werden. Auf Grundlage dessen sollen am Ende des ersten Kapitels die zukünftige Entwicklung und die möglichen Vorteile von re-

gionalen Hospizzentren betrachtet werden. Im zweiten Kapitel soll die architektonische Gestaltung dieser Zentren im Fokus stehen und hierbei der Frage, inwieweit es eine Heterotopie nach Foucault darstellt, nachgegangen werden. Neben der Klärung des architektonischen Charakters im Stadtraum und der Ausgestaltung der öffentlichen Räume, bedarf es auch der besonderen Gestaltung der stationären Zimmer und der Therapie- sowie der Gemeinschaftsbereiche für die Sterbenden und deren Angehörige. Hierfür wird die Beziehung Mensch und Raum durch phänomenologische Betrachtungen herangezogen und dabei auf die Leibphänomenologie sowie die Bewusstseinsphänomenologie eingegangen mit dem besonderen Fokus auf die Sonderstellung der Raumwahrnehmung bei versehrtem Leib sowie in der Trauerverarbeitung.

Im dritten Kapitel soll ein abschließender Blick in die Zukunft der Hospiz- und Palliativversorgung mit regionalen Hospizzentren für Schwerkranken, deren Angehörige, aber auch der übrigen Bevölkerung gelegt werden und die zukünftige Möglichkeit eines neuen Bewusstseins mit neuen beziehungs- und gemeinschaftsorientierten Umgangsformen mit Sterben, Tod und Trauer aufgezeigt werden.



*„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage
zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“
Cicely Saunders*

1. Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

1.1 Begriffsdefinition der Hospiz- und Palliativversorgung

Wenn der Körper schwer erkrankt ist und die kurative Therapie, die auf eine Heilung abzielt, nicht mehr möglich ist weil es keine Aussicht mehr auf Heilung gibt, steht die hospizliche und palliative Versorgung Schwerkranken und deren Angehörigen zur Seite. Mit dem Ziel der bestmöglichen Erhaltung der Lebensqualität steht neben der Linderung von Schmerzen auch die Betreuung in psychischer, sozialer und spiritueller Dimension gleichermaßen im Vordergrund. Der kranke Mensch, mit seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen steht im Zentrum der ganzheitlichen Versorgung. Diese von Cicely Saunders entwickelte Hospizidee hat sich mittlerweile weltweit durchgesetzt und ist fester Bestandteil der WHO- Definition von Palliativ Care. (siehe auch Saunders 1988: 29ff.)

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Linderung von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. (WHO-Definition der Palliativmedizin)

1.2 Geschichtliche Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung

Vorläufer der Hospize

Viele Elemente der Hospiz- und Palliativversorgung haben eine lange Tradition. Die Idee dahinter gründet auf der der orientalischen und abendländischen Tradition der Gastfreundlichkeit (lat. hospes, hospitium) welche in der jüdischen, christlichen und islamischen Tradition von großer Bedeutung ist. An Pilgerwegen entstanden so im Mittelalter die ersten Vorläufer von Hospizen, die von Mönchsorden gebaut wurden und allen Hilfsbedürftigen unabhängig von Geschlecht, Religion und finanziellen Mitteln offen stand. Diese Gastfreundschaft gründet in der christlich-theologischen Erkenntnis im Anderen Jesus Christus selbst zu erkennen. (vgl. Stoddard 1987: 6ff.) Diese mittelalterlichen Hospize können jedoch nicht als direkte Vorläufer für die moderne Hospizidee gesehen werden, da sie nicht speziell auf schwerkranke oder sterbende Menschen ausgerichtet waren, sondern allen offen stand.

Der Ursprung der modernen Hospize liegt im 19. Jahrhundert mit der aufstrebenden modernen Medizin und den ersten Krankenhäusern. Mit dem „klinischen Blick“ (Foucault 1988: 135ff.) wurden die kostbaren Plätze an die vergeben, die als heilbar galten und damit wurde der Bedarf für eine Alternative für alte und sterbende Menschen geschaffen. Erste Hospize dieser Art war die Einrichtung von Madame Gar-



Abb. 8: St. Luke`s Hospital, 1883

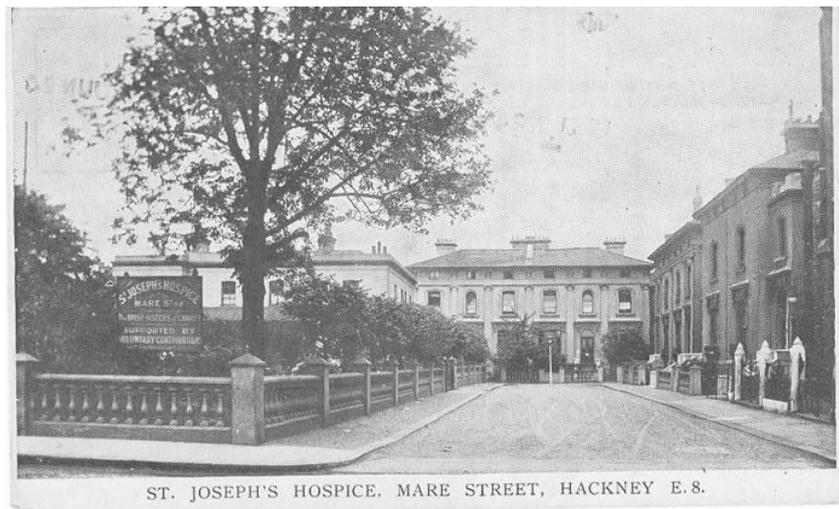


Abb. 9: St. Joseph`s Hospice, 1905

nier welches 1843 in Lyon gegründet wurde oder das „Our Lady`s Hospice of the Dying“ der Irish Sisters of Charity um Mary Akinhead, welches 1879 in Dublin öffnete. Durch diesen Orden entstanden in den Folgejahren weitere solche Einrichtungen. Darunter auch das St. Joseph Hospiz (siehe Abb. 9) in London, welches 1905 eröffnet wurde. (vgl. Stollberg 2011: 192ff.) Als weiterer Vorläufer kann das St. Luke`s Hospital (1883) (siehe Abb. 8) in London gesehen werden, in welcher auch Cicely Saunders, eine Pionierin der Hospizbewegung, ihre erste Erfahrungen sammelte, bevor sie in den 1960er Jahren das erste moderne Hospiz in London gründete. (vgl. Kränzle 2014: 4ff.)

Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross

Cicely Saunders eröffnete mit dem St. Christopher`s im Jahre 1960 das erste moderne Hospiz in London. Aus ihrer Lebensgeschichte heraus entwickelte sie den modernen Hospizgedanken und das Ziel eine umfassende Versorgung sterbender Menschen aufzubauen. In ihrer Pflegeausbildung während des 2. Weltkrieges war sie oft mit dem Thema Sterben und Tod konfrontiert. Nachdem sie aufgrund von Rückenleiden nicht mehr in der Pflege arbeiten konnte, machte sie eine Ausbildung als Sozialarbeiterin. Ein einschneidendes Erlebnis für sie war die Begegnung mit einem krebserkrankten Mann, den sie bis zuletzt begleitete. Dies bestärkte sie in ihrem Wunsch ein Haus für Sterbende zu gründen und deren Situation zu verbessern. Als Ehrenamtliche in der Betreuung von krebserkrankten und sterbenden Menschen im St. Luke`s sammelte Saunders viele Erfahrungen, die die

moderne Hospizidee reifen ließ. Für die Umsetzung ihres Zieles studierte sie im Alter von 33 Medizin. (vgl. Heller u.a. 2013: 31) Die Religiosität Cicely Saunders begleitete sie in ihrer Arbeit und prägte so auch die Hospizidee, in welcher sie aber nicht den Alleinanspruch der christlichen Konfession forderte, sondern für alle offen war. Sie war jedoch überzeugt, dass eine spirituelle Basis für solch eine Arbeit notwendig sei. Diese Offenheit in religiöser und spiritueller Weise war ein wichtiger Grundstein für den Erfolg der Hospizbewegung.

„Und als ich sprach, fragte er mich, ob denn Hospize meiner Ansicht nach immer christlich begründet sein müssten, weil ich dies erwähnt hatte und er wüsste von den Nonnen in den USA ebenso wie hier. Und als ich anhub zu antworten, wurde mir klar, dass wenn ich „ja“ sagen würde, dann würde ich Türen zu machen, und es war doch so wichtig, sie zu öffnen. Also sagt ich: „Nein“. Aber ich denke, man muss so etwas wie eine philosophisch-spirituelle Grundlage haben. Es ist wichtig, dass du weißt, wo du hingehst, wenn du verzweifelt bist und was deine Grundlage ist für eine Arbeit wie diese.“ (Saunders, 1996)¹

Eine andere herausragende Person in der Hospiz- und der Palliativbewegung ist Elisabeth Kübler-Ross, die mit ihren wissenschaftlichen Arbeiten über das Thema Sterben und Tod gegen eine Tabuisierung kämpfte und für einen neuen Umgang mit sterbenden Menschen sorgte, welcher von Empathie und fachlicher Kompetenz geprägt war. Die Schweizerin, die als Mitglied des internationalen Friedensdienstes mit den Schrecken des 2. Weltkrieges und hier be-

¹ Oral history interview with Cicely Saunders, recorded by Neil Small, 10.7.1996, Hospice History Programme, International Observatory on end of Life Care, Lancaster University.



Noch 16 Tage

Eine Sterbeklinik in London

Eine Sterbeklinik in London

Noch 16 Tage



FWU Institut für Film und Bild in Wissenschaft und Unterricht

Abb. 10: DVD-Cover: Noch 16 Tage.
Eine Sterbeklinik in London, 1971

sonders mit der Vernichtung der europäischen Juden konfrontiert war, entwickelte hieraus ihre Hinwendung zu den sterbenden Menschen. Sie studierte Medizin und spezialisierte sich in der Psychotherapie. Mit der Veröffentlichung ihrer Forschungen in dem Buch „On Death and Dying“ im Jahre 1969, in welchem sie auf Grundlage zahlreicher Interviews mit Sterbenden ein „Phasenmodell des Sterbens“ entwickelte, machte sie auf das Thema Sterben und Tod in der Öffentlichkeit aufmerksam. (vgl. Student/ Napiwotzky 2011: 7)

Entwicklung in Deutschland

In Deutschland wurde man auf das Wirken der beiden großen Damen und auf die Hospizbewegung durch den Film „Noch 16 Tage“ (siehe Abb. 10) von Pater Iblacker, welcher am 10.6.1971 erstmals in Deutschland ausgestrahlt wurde, und über die Arbeit im Hospiz St. Christopher`s berichtete, aufmerksam. Die Intensität der Bilder löste bei den Zuschauern große Betroffenheit aus. Die Wirkung des Filmes war jedoch ambivalent. Nicht mal 30 Jahre nach dem Ende des 2. Weltkrieges und der Euthanasierung sah man solche „Sterbehäuser“ immer noch kritisch. Die Auseinandersetzung mit dem würdigen Sterben war die erste öffentliche Thematisierung des Sterbens in der Nachkriegsgeschichte. (vgl. Heller u.a. 2013: 49ff.)

Die Entwicklung erster Hospizinitiativen war so erst in den 80er Jahren möglich. Im Vergleich zu England gab es in Deutschland nicht eine einzelne Organisation oder eine

einzelne Person, welche die Hospizbewegung entscheidend beeinflusste. Vielmehr gab es in Deutschland verschiedene Anstöße und Ursachen. Die erste Palliativstation, gefördert von der Deutschen Krebshilfe, wurde 1983 in Köln erreicht. 1984 entstand, noch vor dem ersten stationären Hospiz in Deutschland, an der evangelischen Fachhochschule in Hannover der erste ambulante Hospizdienst. Zwei Jahre später wurde dann mit dem Haus Hörn in Aachen das erste Hospiz in Deutschland eröffnet. Neben dem Hospiz in Recklinghausen, welches 1987 eröffnete, entstanden so in den Folgejahren zahlreiche weitere Hospize und vielfältige Hospizinitiativen auf regionaler Ebene. (vgl. Student/ Napiwotzky 2011: 12f.)

1.3 Heutige Versorgungsstruktur

Seit den 80er Jahren hat sich auch die Hospizbewegung in Deutschland durchgesetzt und ein Netzwerk an verschiedenen Einrichtungen, Gruppen und Initiativen gebildet. Um näher auf die zukünftige Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung einzugehen soll zunächst über die derzeitige Versorgungsstruktur ein Überblick gegeben werden. Die ganzheitliche Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland kann zunächst in Einrichtungen und Gruppen der Hospizversorgung und in Einrichtungen und Gruppen der Palliativversorgung unterteilt werden sowie in allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung. (siehe auch Gerhard 2015: 22f.)

Stationäre Einrichtungen

Auf Seiten der Palliativversorgung gibt es als stationäre Einrichtungen die Palliativstationen in Krankenhäusern. Dies sind Akutstationen unter ärztlicher Leitung zur Versorgung von schwerkranken Menschen mit fortgeschrittener lebensbegrenzender Erkrankung. Ziel ist hier die Bewältigung von Krisensituationen bei unheilbarer Krankheit und die Verbesserung der Lebensqualität des Erkrankten um die verbleibende Zeit möglichst Zuhause verbringen zu können. Sie sind so nicht primär auf die Begleitung bis zum Lebensende ausgerichtet. Die Versorgung auf der Palliativstation erfolgt durch ein multiprofessionelles Team bestehend aus Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitern, Psychologen und Seelsorgern. (vgl. Borasio 2012: 45f.) Derzeit verfügen rund 15% der Krankenhäuser in Deutschland über eine der 300 bundesweiten Palliativstationen. (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. 2016: Zahlen und Fakten)

Auf Seiten der Hospizversorgung gibt es als stationäre Einrichtungen die Hospize, welche Menschen mit fortgeschrittener Krankheit ohne Aussicht auf Heilung aufnehmen und diese sowie deren Angehörige bis zum Tode und darüber hinaus mit einer Trauerbegleitung versorgen. Hospize sind eigenständige wohnliche Einrichtungen meist in Trägerschaft von Hospizvereinen, Krankenhäusern oder unter den Dachorganisationen von großen Sozialverbänden wie der Diakonie oder der Caritas. Die Versorgung im Hospiz erfolgt dabei überwiegend durch haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen. Im Gegensatz zu den Palliativstationen ist in Hospizen keine ständige Arztpräsenz

vorhanden sondern die ärztliche Betreuung erfolgt von palliativmedizinisch erfahrenen (Haus-)Ärztinnen und Ärzten. (vgl. Aulbert u.a. 2008: 1ff.)

Ambulante Einrichtungen

Neben den stationären Einrichtungen gibt es auch Einrichtungen, die sich ambulant um die Versorgung Schwerkranker kümmern. Auf Seiten der Hospizversorgung sind es die ambulanten Hospizdienste, die in Ergänzung zu Ärzten und Pflegediensten Schwerkranken und ihre Angehörigen Zuhause, in Pflegeeinrichtungen oder auch im Krankenhaus bis zum Tode begleiten und die Angehörigen auch über den Tod des Familienangehörigen hinaus. Überwiegend Ehrenamtlichen mit einer Ausbildung zur Qualifikation zum Hospizhelfer bzw. -helferin übernehmen so in der psychosozialen Begleitung vielfältige Aufgaben, die von hauptamtlichen Koordinationskläften unterstützt werden. Größere Hospizvereine haben zudem in der Regel Palliativpflegekräfte und Palliativ-Sozialarbeiter die so eine ganzheitliche Versorgung ermöglichen. (vgl. Aulbert u.a. 2008: 1ff.)

Auf Seite der Palliativmedizin wird zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) unterschieden.

Ziel der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung ist es die Lebensqualität und Selbstbestimmung des Erkrankten soweit wie möglich zu erhalten und zu verbessern, um ein menschenwürdiges Leben bis zum Tode Zuhause oder in stationären Pflege-

einrichtungen bzw. Stationären Hospizen zu ermöglichen. Zu der allgemeinen Palliativversorgung gehört in erster Linie die kontinuierliche Versorgung durch Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sowie ambulante Pflegedienste. Reicht dies jedoch nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen. (vgl. DGP und DHPV 2009)

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist ein weiterer ambulanter Bestandteil der Palliativversorgung. SAPV-Teams leisten eine „...spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung und/ oder (Teil-) Versorgung, einschließlich der Koordination von notwendigen Versorgungsleistungen bis hin zu einem umfassenden, individuellen Unterstützungsmanagement“. (vgl. DGP und DHPV 2009) SAPV-Teams sind 24 Stunden, an allen sieben Tagen der Woche erreichbar und haben wie alle Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung die Erhaltung der Lebensqualität und Selbstbestimmung von Menschen mit einer fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankung als Ziel. Soweit wie möglich soll dies Zuhause möglich sein. Jedoch auch in Pflegeheimen und Hospizen haben SAPV-Teams Einsätze. (vgl. Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist eine wichtige Neuerung im Deutschen Gesundheitswesen und ist seit 1. April 2007 in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Jeder Versicherte hat somit gesetzlich Anspruch auf diese neue Versorgungsform, die Schwerkranken auch mit besonders aufwändigem Betreuungsbedarf eine Betreuung und Versorgung zu Hause ermöglichen soll. Seit 2007 haben sich so in den Bundesländern

SAPV- Strukturen aufgebaut, jedoch ist eine flächendeckende Umsetzung bei Weitem nicht erreicht. (vgl. Borasio 2012: 42ff.) Ein weiterer Teil der ambulanten Palliativversorgung ist der Palliativdienst im Krankenhaus. Spezialisierte Teams aus unterschiedlichen Berufsgruppen einer Palliativbetreuung bieten stationären Patienten außerhalb der Palliativstation eine frühzeitige und kontinuierliche palliativmedizinische Beratung. (vgl. ebd.)

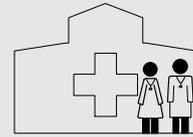
Palliativmediziner/ -innen

Eine weitere wichtige Gruppe, die als niedergelassene Hausärzte, als Ärzte im stationären, aber auch im ambulanten Bereich, sind die Palliativmediziner und Palliativmedizinerinnen. Seit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) im Jahr 2004 haben bis 2014 8.000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland eine Zusatzweiterbildung in der Palliativmedizin erworben. (vgl. Bundesärztekammer 2014: Ärztekammerstatistik)

Abb. 11:
Übersicht Hospiz-
und Palliativversorgung

PALLIATIV- VERSORGUNG

Versorgung durch speziell
in diesem Bereich ausgebildete
Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter,
Seelsorger, Krankengymnasten, Sprachtherapeuten
etc. im Rahmen ihrer bezahlten, beruflichen Tätigkeit



PALLIATIVSTATIONEN IM KRANKENHAUS

Spezialisierte Einrichtung im
Krankenhaus für Schwerkranke
ohne Aussicht auf Heilung



PALLIATIVDIENSTE IM KRANKENHAUS

Frühzeitige Beratung und
Begleitung stationärer
Patienten im Krankenhaus
außerhalb der Palliativstation.



PALLIATIVME- DIZINERINNEN

1994 gegründete Deutsche
Gesellschaft für
Palliativmedizin (DGP).
Verband von Ärzten mit
Zusatzausbildung



SAPV TEAMS

Spezialisierte ambulante
Palliativversorgung. Sieben Tage
die Woche, 24 Stunden.
Zuhause, in Pflegeeinrichtungen
oder Hospizen.



AMBULANTE HOSPIZDIENSTE

Überwiegend Ehrenamtliche mit einer Qualifizierung zum Hospizhelfer bzw. -helferin. In der psycho- sozialen Begleitung übernehmen sie vielfältige Aufgaben. Hauptamtliche Koordinationskräfte, die die Arbeit der Ehrenamtlichen unterstützen und begleiten, haben zugleich wesentliche Aufgaben in der Koordination.



STATIONÄRE HOSPIZE

Baulich, organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige wohnliche Einrichtungen für Menschen mit fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankungen. Pflege und Versorgung durch haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen in Zusammenarbeit mit palliativmedizinisch erfahrenen (Haus-)Ärztinnen und Ärzten.

HOSPIZ- VERSORGUNG

Ursprünge im bürgerlichen Engagement. Versorgung überwiegend durch haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen in Zusammenarbeit mit palliativmedizinisch erfahrenen (Haus-)Ärztinnen und Ärzten



Abb. 12: Krankenhausflur

1.4 Architektonische Betrachtung stationärer Einrichtungen

Palliative Versorgung im Krankenhaus

Während die kurativen Therapien zur Welt des Heilens gehören, hat die Palliativmedizin ihre Eigene. Diese kommt zum Einsatz, wenn es keine Aussicht mehr auf Genesung gibt. Es geht es um Linderung, nicht um Heilung. Es werden keine Einbußen der Lebensqualität zum Erreichen der Heilung mehr in Kauf genommen. Die Zeit von schmerzhaften und belastenden diagnostischen und therapeutischen Eingriffen ist vergangen und nun sind das Erreichen von bestmöglicher Autonomie und Lebensqualität das Ziel. Während in der kurativen Medizin häufig standardisierte Analysemethoden zur genauen Diagnostik des Patienten verwendet werden, wird in der palliativen Medizin

mehr auf die subjektiven Emotionalen eingegangen. Hier fließt die Kommunikation und die Suche nach spirituellen Inhalten stark mit ein. Während der Tod in der kurativen Welt ein Ausdruck des Scheiterns ist, gehört er in der palliativen Welt zum Leben dazu.

Der Unterschied zwischen der kurativen und der palliativen Medizin findet im Krankenhaus jedoch nicht den nötigen räumlichen Ausdruck. Im Krankenhaus, welches für 80% der Pflegebedürftigen der Sterbeort ist, erfolgt eine palliative Versorgung häufig in Krankenzimmern, welche eigentlich für die kurative Medizin ausgerichtet sind. (vgl. Bertelsmann-Stiftung 2015a: 2) Ein funktionalistischer Krankenhausbau entspricht jedoch nicht den räumlichen Erfordernissen eines sterbenden Menschen. Die

Räume sind darauf ausgerichtet, der analytischen Vorgehensweise bei der Krankenhausbehandlung bestmöglich zu dienen und die Effizienz von Behandlungsabläufen zu gewährleisten. Um möglichst viele Patienten aufnehmen zu können sind die Zimmer sehr klein und in einer engmaschigen Anordnung parzelliert. Häufig fehlt es an Begegnungsflächen und Aufenthaltsbereichen für die Patienten. Das Krankenhaus stellt nicht die richtige Umgebung für Sterbende und deren Angehörige dar, bei denen individuelle Bedürfnisse im Vordergrund stehen sollten und intime Rückzugsorte notwendig sind um sich mit psychisch zerreißen Sinn- und Lebensfragen auseinandersetzen zu können. Sofern vorhanden und ein freier Platz zur Verfügung steht, kann die palliative Versorgung auch in einer Palliativstation, welche meist als Station in einem Krankenhaus eingegliedert ist, erfolgen. Wenn auch hier versucht wird eine andere Raumatmosphäre zu schaffen, so gelingt dies aufgrund der festen Struktur der Krankenhausorganisation meist nicht. (siehe auch Eberlein-Gonska 2013:159-167) Bunte Farbkonzepte und gut gemeinte Dekoration wirken häufig eher verwirrend, überladen und bedeuten nur einen Stressfaktor mehr. Neben den eigentlichen Patientenzimmern gibt es bisher keine Bereiche für die Angehörigen der Sterbenden, für die ebenfalls Rückzugsmöglichkeiten angeboten werden sollten.

Palliative Versorgung im Hospiz

Die Räumlichkeiten stationärer Hospize entsprechen wesentlich mehr den Bedürfnissen Schwerkranker. Hospize sind mit einer Anzahl von acht bis 16 Betten, welche in der Rahmenvereinbarung über Art und Umfang

sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 31.3.2017 festgelegt ist, wesentlich kleiner als Krankenhäuser. (vgl. Rahmenvereinbarung 2017: 14) Es ist dort besser möglich auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Im Gegensatz zum Krankenhaus wird hier großer Wert auf eine wohnliche und familiäre Atmosphäre gelegt. Neben den Patientenzimmern gibt es auch Gemeinschaftsbereiche, in welchen sich neben den Schwerkranken auch die Angehörigen gegenseitig austauschen können und ein Miteinander gefördert wird. Wenn auch die Räumlichkeiten in einem stationären Hospiz gegenüber einem Krankenhaus deutlich mehr einem würdigen Sterbeort entsprechen, so gibt es bei der Betrachtung der gegenwärtigen Einrichtungen immer noch Verbesserungsbedarf. Die Bewohnerzimmer orientieren sich immer noch stark an den üblichen Krankenzimmern und deren Anordnung. Dies muss in Zukunft geändert werden und es müssen neue Räumlichkeiten für Sterbende und deren Angehörigen entworfen und konzipiert werden. (siehe auch 2.2 Räume der Endlichkeit - Räume für Sterbende und Trauernde)

1.5 Schwachstellen in der bestehenden Versorgung

Bisher gibt es in Deutschland 1.500 ambulante Hospizdienste, 236 stationäre Hospize und rund 300 Palliativstationen in Krankenhäusern und dennoch gehen Wunsch und Wirklichkeit beim Thema Sterben und Tod noch weit auseinander. (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. 2016:

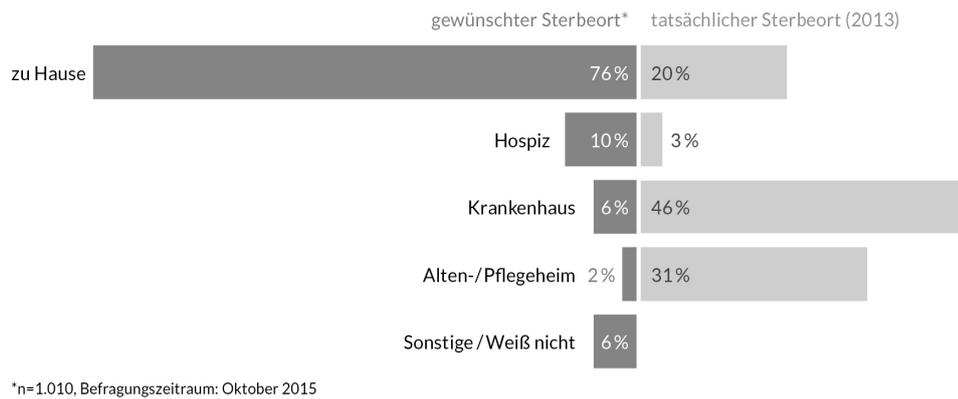


Abb. 13: Gewünschter und tatsächlicher Sterbeort

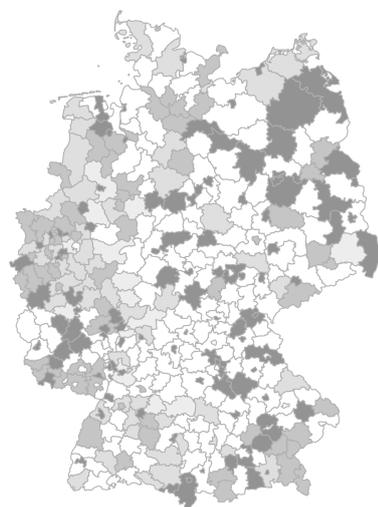


Abb. 14: Gesamtzahl der Betten auf Palliativstationen und in Hospizen

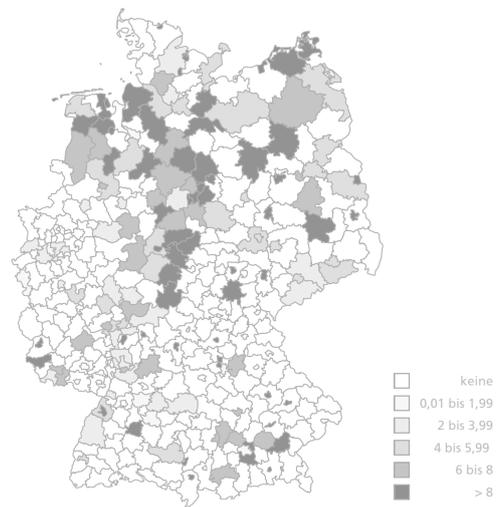


Abb. 15: SAPV-Teams

Zahlen und Fakten) Dies zeigt die empirische Untersuchung der DAK aus dem Jahre 2016 mit dem Thema „Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven“. (siehe Abb. 13) Auf die Frage nach dem gewünschten Sterbeort nannten 76% der Befragten das eigene Zuhause. An Zweiter Stelle mit 10% wurde das Hospiz genannt und erst an dritter und vierter Stelle mit 6% bzw. 2% das Krankenhaus und das Heim. Fast die Hälfte der Deutschen stirbt jedoch im Krankenhaus und nur etwa jeder Fünfte in der eigenen Wohnung. (vgl. Bertelsmann-Stiftung 2015a: 2)

Ein Grund hierfür ist ein Mangel sowie eine zu lückenhafte Koordination von palliativen und hospizlichen Versorgungsstrukturen. Lediglich 30% der im Jahr 2014 Verstorbenen erhielten eine palliative Versorgung obwohl laut der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bis zu 90% eine Versorgung benötigen. Es wurde so also nur jeder Dritte so betreut, wie es notwendig gewesen wäre. (vgl. Bertelsmann-Stiftung 2015a: 5) Bei der Versorgung am Lebensende gibt es zudem deutlich regionale Unterschiede, da jedes Bundesland, kassenärztliche Vereinigung und Krankenkasse unterschiedliche Schwerpunkte in der ambulanten und stationären Versorgung am Lebensende setzt. In Berlin gibt es so zum Beispiel 56 Betten in Hospizen pro 1 Million Einwohner und in Bayern lediglich 12. Eine Betrachtung der Versorgung auf Kreisebene zeigt, dass es deutliche Versorgungslücken gibt. In 25% aller Land- und Stadtkreise gibt es weder Hospize, Palliativstationen oder sonstige besondere Einrichtungen für die ambulante Palliativversorgung. (siehe Abb. 14 u. 15) Im Bereich der ambulanten Versorgung sind bisher Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen

und Schleswig-Holstein Vorreiter. Andere Bundesländer müssen diese Versorgung noch aufbauen. (vgl. Bertelsmann-Stiftung 2015c: 13ff.)

1.6 Zukünftige Entwicklung und die Idee von Hospizzentren

Um die Versorgung in der letzten Lebensphase für Patienten und auch für die trauernden Angehörigen zu verbessern und ein neues Bewusstsein für das Thema Sterben, Tod und Trauer zu etablieren, ist ein flächendeckender Ausbau der hospizlichen und palliativen Versorgung notwendig. Das 2015 erlassene Hospiz- und Palliativgesetz bildet hierbei eine wichtige Grundlage. Jedem soll ermöglicht werden seine letzte Lebensphase gut versorgt und begleitet dort verbringen zu können wo er möchte, sei es zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder Hospiz. Mit dem Gesetz wurde die Palliativversorgung fester Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Des Weiteren sollen durch erhöhte Zuschüsse die ambulanten Hospizdienste gestärkt und weiter ausgebaut werden und es wurde eine bessere finanzielle Ausstattung von Kinder- und Erwachsenen-Hospizen beschlossen. Der Mindestzuschuss zum Tagesbedarfssatz je betreutem Versicherten in Hospizen wurde von 90% auf 95% erhöht. (vgl. Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)

Für die weitere Entwicklung der Versorgung, welche dem Sterbewunsch des Zuhause-Sterbens nachkommen sollte, ist es wichtig, eine länder- und kreisübergreifende Koordination aufzubauen und ein regional

gleichmaschiges Netz mit Transparenz zu schaffen, dessen Strukturen in der Bevölkerung bekannt sind. Oftmals ist das fehlende Wissen um solche Dienste nämlich der Grund für keine oder erst sehr späte Inanspruchnahme. Erst durch eine frühzeitige und vorausschauende Palliativversorgung kann deren Hauptziel, nämlich eine Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase, erreicht werden. Wenn die Versorgung erst in den letzten Lebenstagen eintritt, wie es bisher bei 12 % der Patienten der Fall ist, kann dies leider oft nicht mehr umgesetzt werden. (vgl. Bertelsmann-Stiftung 2015a: 6)

Mit der Zukunft der ambulanten Versorgungsdienste, die das Sterben immer mehr in den privaten intimen Raum abseits der Öffentlichkeit bringen, ist eine Verräumlichung des Themas Sterben Trauer und Tod im Stadtraum wichtiger denn je. Es bedarf konkreter Orte, die symbolisch für die gesamtgesellschaftlichen Ideale des guten Sterbens stehen können, und dem „...aus dem sozialen und kollektiven Gedächtnis Ausgeklammerte[n]...“ (Linder 2016: 89) wieder ein Gesicht in unserer gebauten Umwelt geben. (Linder 2016: 89) Solche regionale Versorgungszentren mit stationären Hospizplätzen, zu welchen sich die gegenwärtigen Hospize weiterentwickeln, und an welchen die Stränge der ambulanten Hospizdienste und der SAPV Teams zusammenlaufen, können zukünftig eine Lösung darstellen. Diese Zentren können zugleich als Fort- und Weiterbildungszentren für Ehrenamtliche dienen und Anlaufstellen für Schwerkranke und Trauernde sein, auch über den Tod der Angehörigen hinaus. Durch dortige Öffentlichkeitsarbeit kann die Bevölkerung informiert werden, was Hospiz-

und Palliativversorgung ist und was sie leistet. Wichtig ist die Verortung dieser Zentren in der täglichen sozialen Ordnung, denn sie dürfen keines Falls zu gesellschaftlich randständigen Institutionen werden. (siehe auch Nassehi 2004: 89ff.)

Im Folgenden zweiten Teil soll näher auf die vorgeschlagenen regionalen Hospizzentren und deren angemessene architektonische Gestaltung eingegangen werden. Die Ablehnung von „Sterbehäusern“ oder „Sterbegettos“ (siehe auch Lindner 2016: 101) in der unmittelbaren Nachbarschaft liegt zum einen an der fehlenden Auseinandersetzung mit diesen Einrichtungen und generell mit dem Thema Sterben, Tod und Trauer und zum anderen häufig an einer unangemessenen und unpassenden architektonischen Gestaltung. Neben der Klärung des architektonischen Ausdrucks im Stadtraum und der Ausgestaltung der öffentlichen Räume soll auch auf die besonderen Anforderungen der stationären Zimmer für die Sterbenden und deren Angehörige eingegangen werden.

2. Architektonischer Raum für einen offenen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer

2.1 Der Charakter von Hospizzentren und deren architektonische Gestaltung

Die Heterotopie Hospiz

„Es gibt gleichfalls – und das wohl in jeder Kultur, in jeder Zivilisation – wirkliche Orte, wirksame Orte, die in die Einrichtung der Gesellschaft hineingezeichnet sind, sozusagen Gegenplazierungen oder Widerlager, tatsächlich realisierte Utopien, in denen die wirklichen Plätze innerhalb der Kultur gleichzeitig repräsentiert, bestritten und gewendet sind, gewissermaßen Orte außerhalb aller Orte, wiewohl sie tatsächlich geortet werden können. Weil diese Orte ganz andere sind als alle Plätze, die sie reflektieren oder von denen sie sprechen, nenne ich sie im Gegensatz zu den Utopien die Heterotopien.“ (Foucault 2006: 321)

Das stationäre Hospiz kann in der Gegenwartsgesellschaft als Heterotopie im Sinne von Foucault gesehen werden. In ihm werden verschiedene eigentlich gegensätzliche Räume verbunden. Es ist ein öffentlicher aber auch sehr intimer Ort, an welchem sowohl Leben als auch Sterben möglich sein sollen. Es ist ein Ort der familiären Gemeinschaft und der Begegnung mit anderen, aber auch ein Ort der Begegnung mit sich selbst in Konfrontation existentieller Zeit- und Lebensfragen. Das Hospiz ist der Ort „...eines kollektiv, verloren- verdrängten Todes- Gedächtnisses, ein Ort also der in Verbindung und dennoch im Widerspruch zu allen anderen Orten steht.“ (Linder 2016: 86) Hier gibt es scheinbar andere Wirklichkeitskonstitutionen. „Es sind Orte, wo Ster-

ben und Tod vom Leben erzählen, Orte, die vom ersten Tag ihrer Bestimmung weder Sterben negieren, noch auf Heilung setzen. Es sind Orte wo gestorben werden darf, wo Rationalität auf Emotionalität trifft...“ (Linder 2016: 85) Als Heterotopie der Kompensation gibt es im Vergleich zur Außenwelt beim Thema Sterben und Tod eine scheinbare Ordnung von Handlungen Menschen und Dingen, die es in dieser Form Außen nicht gibt. (siehe auch Foucault 2006: 326) Hier wird durch einen ganzheitlichen Ansatz versucht die Lebensqualität von Sterbenden bestmöglich zu erhalten und auch den Angehörigen zur Seite zu stehen und nicht in die Einsamkeit zu entlassen. (siehe auch Heuer u.a. 2012: 557ff.)

Gestaltung des Hospizzentrums

Mit der Weiterentwicklung der stationären Hospize zu Hospizzentren bedarf es einer besonderen architektonischen Ausformulierung. Die Heterotopie Hospiz sollte durch bestimmte Raumangebote und architektonische Gestaltungsmittel zu einem Mehrwert im Stadtraum werden und zu einem Ort, an dem zur Ruhe gefunden und reflektiert werden kann, und nicht zu einem Ort der aufgrund seiner Eigenart umgangen wird. Es bedarf einer sehr sorgsam geformten Architektur, wie es der Architekt und Architekturtheoretiker Christopher Alexander in seinem Werk „The Luminous Ground“ beschreibt. Die letzten Räume müssen Räume sein, in welchem „...jedes Fenster, jedes Dach, jedes Zimmer, jede Decke, jede Türöffnung, jedes Grün, jedes Blumenbeet, jeder Baum, jeder wachsende Brombeerstrauch, jede Wand an einem fließenden

² Christopher Alexander sieht in der Verbundenheit unseres Ichs mit der Umwelt den Grund darin, warum bestimmte Dinge und Räume unser Inneres ergreifen und berühren. (vgl. Alexander 2004: 4)

Bach, jeder Stuhl, und die Klinke an der Tür, alle mit diesem Ich² verbunden sind, und es in uns erwecken.“ (Alexander 2004: 4; eigene Übersetzung) Im Folgenden sollen mit dem Standort, der Gestaltung des Einganges sowie der inneren Bereiche und deren Struktur entscheidende Elemente betrachtet werden.

DER STANDORT

Die kompensatorische Heterotopie des stationären Hospizes muss durch für die Bevölkerung alltagsnahen und ihr gewohnten Strukturen der öffentlichen Bereiche verbunden werden und dadurch Teil des sozialen Lebens werden. Sie sollte nicht wie einige gebaute Beispiele, darunter das Akt Cents in Roermond oder das neu gebaute Hospiz Djursland in Ronde, in abgelegenen Gebieten am Rande der Stadt in gesellschaftlicher Isolation liegen, sondern inmitten von Wohnquartieren und ein Teil davon sein. Durch eine zentrale Lage und gute Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz kann das soziale Netz der Patienten weiterhin bestehen und das Hospiz als Aus- und Fortbildungszentrum funktionieren. Neben der Präsenz und Offenheit, die es ausstrahlen sollte, muss es zugleich als Rückzugs- und Ruheort für Sterbende und Trauernde Schutz bieten.

DER EINGANG

Um der Ambivalenz des öffentlichen Zentrums und des intimen Zuhauses gerecht zu werden bedarf es mehrerer Schwellen und Übergangsbereiche. Besonderer Wert muss hier auf die Gestaltung des Einganges gelegt werden, der das Betreten nicht zu ei-

ner Hemmschwelle werden lässt. Er sollte sich nicht unmittelbar direkt an der Straße befinden sondern durch einen „reizvollen Übergang“ in das Innere überleiten. (siehe auch Alexander 2010: 259) Der Eingang bestimmt über den ersten Eindruck und die Gestimmtheit des Betretenden. Dieser sollte von einem offenen und gemütlich gestalteten Foyer empfangen und über die Gemeinschaftsbereiche zu den Zimmern geleitet werden. Neben diesem Zugang zum stationären Hospiz sind jedoch auch weitere Zugänge möglich, die dem dort arbeitendem Pflegepersonal und den Verwaltungsangestellten kurze Wege ermöglichen. Des Weiteren sind separate Zugänge für die Anlieferung von Wäsche, Medikamenten oder Lebensmitteln zu berücksichtigen sowie eine Zufahrt für den Leichenwagen und den Krankenwagen. Diese können, wenn möglich unterirdisch über eine Tiefgarage erfolgen. Wichtig ist auch die Planung der Parkplätze, die ebenfalls unterirdisch oder in Clustern rund um das Hospizzentrum erfolgen sollte. (siehe auch Verderber/ Refuerzo 2006: 62)

DAS INNERE

Die inneren Bereiche und die Struktur des Hospizzentrums müssen den unterschiedlichen Nutzergruppen gerecht werden und sich an deren Bedürfnissen orientieren. Neben den Patienten und deren Angehörigen, den Pflegekräften, den Verwaltungsangestellten, den Reinigungskräften und den Hausmeisterdiensten gilt es auch, den nicht unmittelbar mit Sterben und Tod betroffenen interessierten Bürger bei der Konzeptionierung zu berücksichtigen. Für die Sterbenden und deren Angehörige ist neben der Gestal-

tung der Zimmer (siehe auch 2.2 Räume der Endlichkeit - Räume für Sterbende und Trauernde) besonders das Angebot und die architektonische Ausformulierung der Gemeinschaftsbereiche von Bedeutung. Als zentral liegende Begegnungsräume sollten sie neben einem gemeinschaftlichen Ess- und Wohnbereich auch mehrere Rückzugsorte bzw. Nischen bereitstellen. Sie sollten so neben der Möglichkeit der Teilnahme an einem gemeinschaftlichen Leben auch den Rückzug außerhalb des Zimmers möglich machen. Bei der Anordnung dieser Bereiche sollten Zonierungen geschaffen werden, die sich an die bestehenden Wegeverbindungen angliedern und so zum Stehenbleiben und Nutzen einladen. (siehe auch Alexander 1955: 667ff.) Besondere Bedeutung muss auch der Gestaltung spiritueller Bereiche und Räume zukommen, sei es ein Raum der Stille, einer Kapelle oder eines Meditationszimmers. Sowohl für die Mitarbeiter der Verwaltung als auch das Pflegepersonal müssen extra Bereiche, wie Umkleiden und Pausenräume bereit gestellt werden. Diese sollten getrennt von den öffentlichen Bereichen der Ausbildungs- und Veranstaltungsräume liegen.

Neben der Gestaltung der öffentlichen Bereiche muss besonderer Wert auf die Gestaltung der stationären Zimmer sowie Therapieräume für Sterbende und Trauernde gelegt werden. Diese Orte absoluten Ist-Zustandes sollten fern von der Struktur und Gestaltung eines Krankenzimmers sein. Um deren Gestaltung soll es im Folgenden gehen. Die Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Sterbeorts als gelebter Raum hat bisher nämlich ein Schattendasein geführt was sich auch in der bisherigen Ausformulierung solcher Räume zeigt.

2.2 Räume der Endlichkeit - Räume für Sterbende und Trauernde

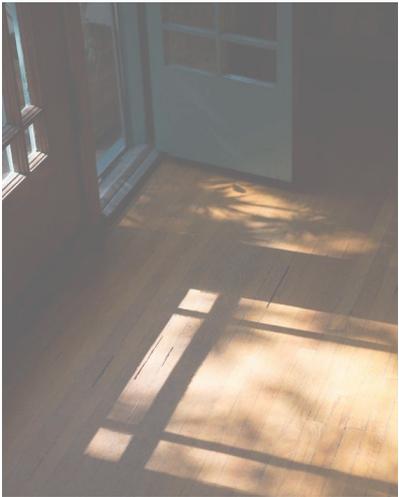
„Architecture should defend man at his weakest.“

Alvar Aalto (Worpole, 2009)

Eine Architektur für die letzte Lebensphase muss den Menschen ins Zentrum stellen. Den sterbenden Menschen mit seinen Empfindungen, Wünschen, Hoffnungen, Ängsten und seiner letztlich schwindenden Wahrnehmung. Sie muss ihm eine zweite Hülle sein, während die Erste - der eigene Körper unvermeidlich versagt. Die Anforderungen an diesen architektonischen Raum ist dabei mehr denn je von psychologischen Faktoren bestimmt, denn selten bestimmen Gefühle der Angst, des Stress und des Unwohlseins mehr unsere Wahrnehmung als zu diesem Zeitpunkt. Nicht der gesunde menschliche Körper mit seinen Proportionen nach Vitruv kann als Ausgangspunkt der Architektur genommen werden sondern es muss die schwindende Wahrnehmung berücksichtigt werden und der Raum vielmehr vom inneren Seelenleben und dem Geist bestimmt werden.

Das innere Seelenleben

Im Laufe unseres Lebens haben wir die Grundfesten unseres Daseins, die Zeit und den Raum durch welche wir uns verorten und aus welchen heraus wir unser Leben gestalten, fest verinnerlicht. Die feste Abfolge an Stunden, Tagen und Jahren, die scheinbar ständig wiederkehren und für jeden gelten, geben uns Halt. In unserer



heutigen Gesellschaft neigen wir vielleicht mehr denn je zu einem mathematisch, geometrischen Raumverständnis in welchem wir unsere Räume klar gliedern, einteilen und so versuchen dem „Bedürfnis der Selbstermächtigung des Menschen“ (Blume 2003: 62) nachzukommen. Dieses Verständnis von Raum ist geprägt von Demokrit und Aristoteles, in welchem Raum aus festen Körpern besteht, die man ins Verhältnis setzen kann. (vgl. Böhme 2006: 88) So wird für den Menschen alles fassbar, begreifbar und kontrollierbar. Er hat die Macht über den Raum und seinen Platz in der Welt. Wir unterscheiden so zwischen unserem Innenleben und unserer Außenwelt. Unsere Gefühlswelt, die subjektiv ist und die objektive Außenwelt.

Diese Unterscheidung und Klassifizierung bricht jedoch spätestens, wenn wir im Angesicht des Todes sind. Wenn unser Körper unheilbar erkrankt und der Geist gezwungen ist mitzugehen und nicht mehr selbstbestimmt über alles bestimmen kann, dann scheint das Sein in der Welt verrückt und wir fühlen uns in unseren Grundfesten nicht mehr sicher. Gefühle der Angst, der Zerrissenheit und der Ausweglosigkeit treten uns entgegen.

Die Welt scheint plötzlich eine andere und unsere Wirklichkeit verzerrt. Bewusster denn je nehmen wir nun das Sein als „Dasein zum Tode“ (Heidegger 2006: 34f.) wahr. Nie ist die Sehnsucht nach dem alten Leben in gesundem Körper größer als in diesem Grenzzustand. Die Flucht in die geordnete, strukturierte Welt fern von Sinnfragen, wie wir sie oft im Laufe unseres Lebens vornehmen, ist in den letzten Tagen immer weniger möglich. Unser Innenleben ist dann tief traurig und überschattet alles. Die so

scheinbar objektive Welt scheint in unseren Augen nun dunkel und voller Angst. Wo wir uns sonst wohl gefühlt haben, empfinden wir es nun einengend und erdrückend. Neben dem mathematischen Verständnis von Raum scheint es so vielmehr ein anderes Verhältnis des Menschen mit seinem Raum zu geben. Ein Verständnis, das den Menschen in unmittelbaren Bezug zum Raum setzt und seine Existenz auf gewisse Weise erst durch unsere Anwesenheit zustande kommt. Hier wird der Raum als erlebbarer spürbarer Raum deutlich.

Der erlebbare, spürbare Raum während Grenzerfahrungen des Sterbens und der Trauer

Dieses Raumverständnis wurde seit Beginn des 21. Jahrhunderts von mehreren Philosophen und Theoretikern bereits untersucht und diskutiert. Der Raum ist eine „Wesenbestimmung des menschlichen Daseins“ (Bollnow 2000: 22) so beschreibt Bollnow ihn in seinem Werk „Architektur und Atmosphäre“. Der Raum beeinflusst unsere Gefühle, unsere Gedanken und Empfindungen. Ein solches Raumverständnis von einem spürbaren und erlebbaren Raum, frei von messbaren, standardisierbaren und quantifizierbaren Größen wird von Schmitz (1998) als Leibraum, von Bollnow (2000) als erlebter Raum, von Meisenheimer (2006) als architektonischer Raum und von Graf Drückheim (2005) als gelebter Raum bezeichnet. (vgl. Hasse 2009: 13f.)

Grundlage dieses Raumverständnisses ist die Einfühlungsästhetik, welche zunächst von Friedrich Theodor Vischer und Robert Vischer beschrieben wurde, die davon ausgingen, dass auch der eigene Geist in der

Wahrnehmung von Gegenständen projiziert wird. Es wurde die Einheit von Leiblichkeit und Wahrnehmung erkannt. Der Leib als Vermittler „...der äußerlichen, sensitiven Zuführung und der innerlichen motorischen Nachfühlung“ (Friedrich/ Gleiter 2007: 11), (siehe auch Vischer, Robert 1873: 26ff.) In der ästhetischen Wahrnehmung verschmilzt so das Subjekt und Objekt. Ist der Körper unheilbar krank, so scheint der Geist in ein schwarzes Loch zu fallen, sich nach innen zu kehren und keinen Ausweg mehr zu finden. Keine Perspektive mehr. Keine Zukunft. Keine Weite. Unser Befinden ist von Innen heraus tief traurig gestimmt. Dies beeinflusst unsere Wahrnehmung und plötzlich scheint unsere Umgehung dunkel „gestimmt“³. Wo sich sonst ein Wohlfühlen eingestellt hat, wird nun Einengung und Kälte erfahren. (siehe auch Koppen 2010: 14f.)

Die Einfühlungsästhetik, die von einer leiblich-sinnlichen Erfahrung ausgeht, bedeutete zu Beginn des 20. Jahrhundert eine Wende weg von der so scheinbar objektiven Welt zu einer mehr subjektiven. Durch Edmund Husserl wird der Grundstein für die Bewusstseinsphänomenologie gelegt, welche dann durch Maurice Merleau-Ponty zur Leibphänomenologie erweitert wurde. (vgl. Friedrich/ Gleiter 2007: 9) Husserl beschreibt, dass jede sinnliche Wahrnehmung immer eine räumliche Wahrnehmung ist, die von jedem Menschen anders gefiltert wird und fragmentarisch wahrgenommen wird. (vgl. Husserl 1970: 3ff.) Das heißt: In Betrachtung des verkehrten, sterbenden Körpers, dass auch die veränderte sinnliche Wahrnehmung eine andere Wirklichkeit eines Raumes entstehen lässt, als ein gesunder. Husserl beschäftigt sich nach den Wesen der Dinge und versucht sie durch die

phänomenologische Reduktion unabhängig von seinem Sinngehalt zu untersuchen um dann die Beziehung zum Fühlenden, Denkenden und Wollenden zu untersuchen. Die Möglichkeit Dinge jedoch objektiv ohne Wahrnehmung als eigene leibliche Vermittlung außen vor zu lassen, scheint nicht nur im kranken sondern auch gesunden Körper schwer. Diese Kritik an Husserls phänomenologischer Reduktion übt nicht nur Hermann Schmitz, sondern auch Merleau-Ponty, der mehr von einem In-der-Welt-Sein des Leibes ausgeht. „Der eigene Leib ist in der Welt wie das Herz im Organismus“ (Merleau-Ponty 1966: 156) Mit unserem Körper und unseren Sinnen erfahren wir die Welt und nehmen sie wahr. „Die äußere Wahrnehmung und die Wahrnehmung des eigenen Leibes variieren miteinander, weil sie nur zwei Seiten ein und desselben Aktes sind.“ (Merleau-Ponty 1966: 241)

„Empfindender und empfundenes Sinnliches sind nicht zwei äußerlich einander gegenüber stehende Terme, und die Empfindung nicht die Invasion des Sinnlichen in den Empfindungen. Die Farbe lehnt sich an an meinen Blick, die Form des Gegenstandes an die Bewegung meiner Hand, oder vielmehr mein Blick paart sich mit der Farbe, meine Hand mit dem Harten und Weichen, und in diesem Austausch zwischen Empfindungssubjekt und Sinnlichem ist keine Rede davon, dass das eine wirke, das andere litte, das eine dem anderen seinen Sinn gäbe. Ohne meinen forschenden Blick, meine tastende Hand und ehe mein Leib sich mit ihm synchronisiert, ist das Sinnliche bloß eine vage Erregung.“ (Merleau-Ponty 1966: 251)

Bei Merleau-Ponty wird nochmal deutlich,

³„gestimmter Raum“ - eingeführter Begriff von Binswanger 1933 (vgl. Binswanger 1955: 174-225)

dass durch die Gesamtheit unserer Sinneswahrnehmung wir Augenblicke, Räume, Geschehnisse erleben. Unsere Existenz besteht im Hier und Jetzt, indem wir erleben, fühlen und spüren. So erleben wir manche Räume als befreiend und aufhellend und andere als erdrückend und kühl oder fühlen uns von Dingen, Orten oder bestimmten Gegebenheiten bewegt - unangenehm berührt oder bedrückt. Sofort nehmen wir in einem Raum eine bestimmte Atmosphäre wahr. Während diese bei Schmitz „ortlos ergossen sind“ (vgl. Schmitz 1964: 343) haften sie nach Gernot Böhme bestimmten Gegenständen an. Sie können also durch bestimmte Umgebungsqualität erzeugt werden. (vgl. Böhme 1995: 30ff.) Welcher Umgebungsqualitäten und Atmosphäre es für den kranken Körper mit seiner veränderten Wahrnehmung bedarf, soll nun im Folgenden weiter ausgeführt werden.

Die Gestaltung des Patientenzimmers

Im Folgenden sollen grundsätzliche Gestaltungsmerkmale, die eine angemessene Atmosphäre für das Patientenzimmer erzeugen, betrachtet werden. Diese sollten neben funktionalen Kriterien vor allem den Bedürfnissen der Sterbenden und deren Angehörigen entsprechen. Es wird hier die Zonierung des Zimmers, dessen Bezug nach Außen sowie das thermische, akustische und haptische Raumklima betrachtet.

DIE ZONIERUNG

„From the depths of his corner, the dreamer sees on older house, a house in another land, thus making a synthesis of a childhood home and the dream home“
(Bachelard 1992: 142)

Das Patientenzimmer unterliegt vielen Anforderungen. Es ist zugleich Schlafzimmer, Wohnzimmer, Rückzugsort Therapieort, Sterbeort und sollte auch Angehörigen Platz zum Schlafen bieten. Um diesen unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es der Zonierung des Zimmers und der Möglichkeit, Teile des Zimmers abzutrennen. Dies kann durch die Form des Grundrisses als auch durch unterschiedliche Deckenhöhen erfolgen. Im Schlafbereich ist besonders die Lage des Bettes entscheidend, ob der Bewohner ein Gefühl von Sicherheit und Intimität verspüren kann oder nicht. Dies wird eher gelingen wenn das Bett nicht direkt beim Betreten des Zimmers sichtbar ist sondern erst auf den zweiten Blick und der Schwerkranke den Betretenden zuerst wahrnehmen kann. Dies kann beispielsweise durch einen abgewinkelten Grundriss mit einem zurückgezogeneren Schlafbereich ermöglicht werden oder durch raumgliedernde Möbel. Das Zimmer sollte so die von Bachelard beschriebenen Bereiche bieten, die den Zugang zu Räumen der Erinnerung ermöglichen. Besonderer Wert muss auch auf die Gestaltung der Decke gelegt werden, denn der Blick nach oben ist häufig der letzte des sterbenden Menschen.

DAS INNEN UND AUßEN

Um der gefühlten Verdunklung und Enge des Raumes (siehe auch 2.2: Das innere Seelenleben) entgegenzutreten, ist der Bezug nach außen sehr wichtig. Neben den zurückgezogenen, intimen Bereichen sind also offene mit lichtdurchflutete Raumbereiche wichtig, die dem Bewohner einen Ausblick - eine Möglichkeit des Ausbruches in die Weite zuzulassen. Gezielt gesetzte Öff-

nungen können zum Innehalten und Reflektieren einladen. Durch Vorhänge und Schiebeelemente sollten die Ein- und Ausblicke je nach Stimmung individuell reguliert und verändert werden können.

DAS AKUSTISCHE, HAPTISCHE UND THERMISCHE RAUMKLIMA

„Hören Sie! Jeder Raum funktioniert wie ein großes Instrument, er sammelt die Klänge, verstärkt sie, leitet sie weiter. Das hat zu tun mit seiner Form und mit der Oberfläche der Materialien und der Art und Weise, wie die Materialien befestigt sind.“
(Zumthor 2014; 29)

Diese von Zumthor beschriebene Eigenschaft von Räumen kommt auch dem Zimmer des Sterbenden zu. Auch hier muss beim Betreten sofort ein wohliges und warmes Gefühl durch eine Komposition von Materialien erzeugt werden. Diesen Materialien sollte kein klinisch steriler Charakter angehaftet sein sondern, es sollten natürliche Materialien wie Holz und Stein sein. Dies gilt nicht nur für den Boden, die Wände und der Decke sondern auch für die Möbel, die mit Liebe und Sorgfalt im Zimmer platziert sind und Platz für persönliche Dinge und Gegenstände bieten.

Das Patientenzimmer als Sterbezimmer

Kurz vor dem Tod wird der Blick auf das Ende immer klarer. Eine Auseinandersetzung damit ist unumgänglich. Mehr denn je wird nach Bedeutung und nach dem „Mehr“ unseres Lebens gesucht. Spiritualität, der Glaube an ein Leben nach dem Tod,

der Glaube an Gott, bieten für manchen eine Hoffnung. Eine Möglichkeit das Leben abzurunden und den Blick auf die Ewigkeit zu richten. Viele können so zerrüttete Beziehungen klären, mit Dingen im Leben abschließen, welche sie immer beschäftigten und keine Ruhe ließen und so Frieden mit sich selbst finden. So können manche Menschen eine Befreiung erfahren und von dieser Welt loslassen.

Es braucht Klarheit im Geist um mit dem Leben abzuschließen und Klarheit in der Architektur um dies zu ermöglichen und um bei schwindender Wahrnehmung die Orientierung zu wahren. Bei all den unterschiedlichen Raumanforderungen an das Patientenzimmer und dadurch ausgebildeten Zonen und Details, bedarf es am Ende im Gesamten vor allem Klarheit. Denn „... ist der Körper versehrt, erkrankt der Raum als Gesamtes. Je starrer die Grenzen des umliegenden Raumes, je zementierter, funktionaler und undurchlässiger die Architektur, desto mehr leidet der individuelle Geist an der verkrampften Aufrechterhaltung der normierten Welt“ (vgl. Vollmer, Koppen 2010: 14f.)

3. Zentren des Lebens für Sterbende – Die zukünftige Entwicklung im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer

Um die Situation Schwerkranker, Sterbender sowie deren Angehöriger zu verbessern, müssen bisherige Strukturen der Hospiz- und Palliativbewegung weiter ausgebaut werden, um jedem ein Sterben dort zu ermöglichen, wo er möchte. Durch die damit verbundene Individualisierung und Subjektivierung des Todes könnten regionale Hospizzentren geschaffen werden, welche neben der Koordination der ambulanten Dienste, der Ausbildung von Ehrenamtlichen und dem Angebot von stationären Plätzen dem Thema Sterben, Tod und Trauer in unserer Gesellschaft architektonischen Raum und Ausdruck geben. Eingebettet in das unmittelbare soziale Umfeld städtischer Wohnquartiere können sie dort als Anlaufzentren dienen, Öffentlichkeitsarbeit leisten und zu einem neuen Bewusstsein und neuen beziehungs- und gemeinschaftsorientierten Umgangsformen im Umgang mit Sterben Tod und Trauer führen. Für das Gelingen ist dabei die architektonische Gestaltung

dieser Zentren entscheidend. Sie müssen sowohl einen intimen Rückzugsort als auch eine repräsentative Adresse darstellen. Um die Konzeption des Sterbeortes Hospiz zu stärken, muss in Zukunft mehr Wert auf die Gestaltung der Patientenzimmer gelegt werden. Diese sollte der Hospizidee, welche die individuellen Bedürfnisse der Sterbenden ins Zentrum stellt, entsprechen und die Individualität auch in den Zimmern zum Grundsatz nehmen. Mit solchen sorgsam gestalteten Hospizzentren kann einer „neue Sorgeskultur am Lebensende“, wie sie bereits in den letzten Jahren international diskutiert wird, näher gekommen werden (siehe auch Gronemeyer 2014). Wird ein würdiges Sterben Teil einer gesellschaftlichen Selbstverständlichkeit, dann verliert auch das Hospiz seinen Charakter als kompensatorische Heterotopie und ist selbstverständlicher Teil unseres gewohnten Lebensumfeldes. (siehe auch Lindner 2016: 99ff.)

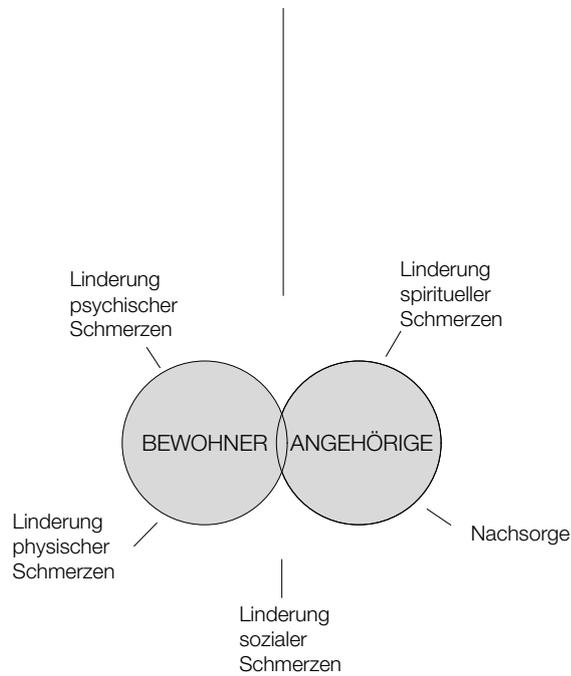
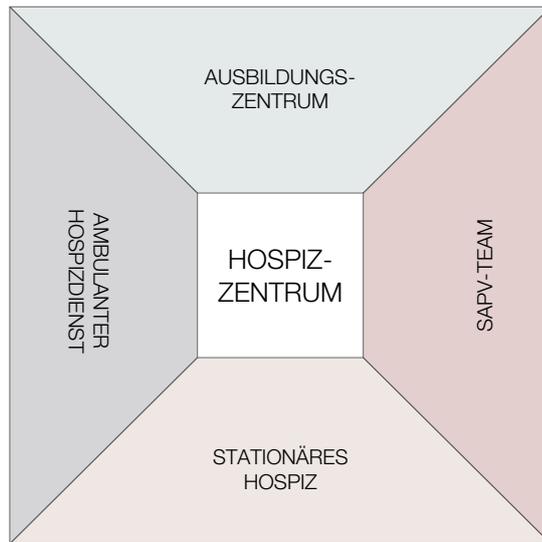


Abb. 19: zukünftige regionale Hospizzentren

4. Fallbeispiel Hospizzentrum Bietigheim-Bissingen

Im zweiten Teil des Entwurfes wird die Umsetzung eines solchen Hospizzentrums an einem konkreten Fall in Bietigheim-Bissingen gezeigt.

4.1 Raumorganisation I Nutzeranalyse

Das Hospizzentrum, welches neben den Zentralen der ambulanten Dienste und des Ausbildungsbereiches auch ein stationäres Hospiz beinhaltet muss den unterschiedlichsten Nutzern gerecht werden. Es ist zugleich Arbeitsplatz, sowie letztes Zuhause und Zufluchtsort für die dort sterbenden Menschen. Dies erfordert einen funktionalen Aufbau der Gebäudestruktur geknüpft an ausreichend Flexibilität und Ausweichmöglichkeiten für die individuellen Bedürfnisse der Patienten und deren Angehörige. Auf Grundlage von Nutzeranalysen können so bestimmte Raumfolgen erarbeitet werden. (siehe Abb. 20- 21)

4.2 Standort I Bietigheim-Bissingen

Geplant wird das neue Hospizzentrum in der Kreisstadt Bietigheim-Bissingen, ca. 20km nördlich von Stuttgart. Hier erfüllt das bisherige stationäre Hospiz nicht mehr die Anforderungen, die in der Rahmenvereinbarung zwischen dem Spitzenverband des Bundes der Krankenkassen und den stationären Hospizen Deutschlands geregelt sind. (siehe auch Rahmenvereinbarung) Der Entwurf zeigt, wie in dem bisher unbebauten Lothar-Späth-Carré die Idee eines Hospizzentrums umgesetzt werden kann. Für das Areal gibt

es bisher einen vorläufigen Bebauungsplan, der vorsieht es zu einem städtischen Quartier, mit Wohnbebauung, Gastronomie und kleinerer Dienstleistung auszubauen. Dieser Standort ist somit auch durch die unmittelbare Nähe zur S-Bahnstation durchaus für ein Hospizzentrum geeignet. (siehe Abb. 22- 25)

Im Zentrum des neu geplanten Areales an der grünen Mitte gelegen kann es selbstverständlicher Teil des sich dort entwickelnden sozialen Gefüges werden. (siehe Lageplan Abb. 27) Durch die Grundform des Hofhauses wird das Hospizzentrum seinem ambivalenten Charakter, das sowohl offen aber auch letzter Zufluchtsort für die dort sterbenden und Hilfe suchenden Menschen sein soll gerecht. Eine massive Ziegelfassade mit vortretenden Kopfsteinen bildet eine Schutzhülle nach außen. Nach Innen wird es offener und transparenter bis zu dem scheinbar schwebenden Raum der Stille im Zentrum.

4.3 Gebäudestruktur

Das Gebäude besteht aus zwei Ebenen und einem Untergeschoss, welches über die angrenzende Tiefgarage erschlossen werden kann und die funktionalen Abläufe wie die Anlieferung von Wäsche, Medikamenten usw. gewährleistet. Das Erdgeschoss bildet die öffentliche Ebene. Im Obergeschoss befindet sich das stationäre Hospiz mit den spezifischen Patientenzimmern. Als Rückzugsort und Ruhepool befindet sich im Zentrum des Obergeschosses der Raum der Stille. Er ist öffentlich zugänglich und verbindet die öffentliche Ebene mit der Hospizebene.

DAS ERDGESCHOSS

Das Erdgeschoss, welches über die beiden Aufbrüche und den Arkadengang im Innenhof erschlossen wird, bildet die öffentliche Ebene und ist kollektiv gemeinschaftlich organisiert. Hier befinden sich die beiden Zentralen der ambulanten Dienste von Seiten der Hospizversorgung und der Palliativversorgung sowie ein flexibel nutzbarer Ausbildungsbereich. Dieser kann sowohl für die Weiterbildung von Ehrenamtlichen aber auch für Gruppentherapien oder kleinere Konzerte genutzt werden. Weiterer Bestandteil des Erdgeschosses ist ein Kaffee, welches als Treffpunkt dient und zum sozialen Austausch einlädt.

Wichtiges Element des Gebäudes ist der von einem Arkadengang gerahmte Innenhof. Durch das Wasserbecken im Zentrum des Innenhofes und dem Raum der Stille zwischen dem Obergeschoss wird der Innenhof in zwei Bereiche unterteilt. Einem semi-öffentlichen Hof am Eingangsbereich, der durch das Kaffee belebt wird und einem ruhigeren Innenhof, über welchen die ambulanten Zentralen, der Ausbildungsbereich sowie das stationäre Hospiz erschlossen wird. Während der Eine zum sozialen Austausch einlädt, bietet der Andere Ruhe und zugleich Schutz.

DAS OBERGESCHOSS I DAS STATIONÄRE HOSPIZ

Im Obergeschoss befindet sich das stationäre Hospiz in Form des kollektiven Rings, in welchem sich die individuellen Einheiten befinden. Neben den 10 Patientenzimmern bietet es einen Gemeinschafts-

bereich mit Küche und gemeinschaftlich genutztem Wohnbereich, sowie eine Terrasse, die zum Innenhof gerichtet ist.

Die beiden Kopfen der südlichen Spange im Erdgeschoss bilden die Zugänge zum stationären Hospiz. Auf der Westseite befindet sich der öffentliche Zugang mit einem kleinen Foyer als Vorbereich. Hier können die zukünftigen Patienten in warmer, wohnlicher Atmosphäre empfangen werden. Der Zugang für die Mitarbeiter befindet sich auf der Ostseite, auf welcher sich für kurze Dienstwege im Untergeschoss die Umkleidekabinen befinden und im Obergeschoss das Dienstzimmer.

Als Heterotopie im Sinne von Foucault verbindet das stationäre Hospiz eigentlich gegensätzliche Räume. Es ist ein öffentlicher aber auch sehr intimer Ort, an welchem sowohl Leben aber auch Sterben möglich sein soll. Es ist ein Ort familiärer Gemeinschaft und der Begegnung mit anderen, aber auch ein Ort der Begegnung mit sich selbst in Konfrontation mit existenziellen Zeit- und Lebensfragen. Es ist ein Ort, an dem der Tod zum Leben gehört und gestorben werden darf. Um diesem besonderen Charakter gerecht zu werden gibt es spezifische, aus den Bedürfnissen der Patienten heraus gestaltete, Patientenzimmer.

4.4 Patientenzimmer

Viele Hospizzimmer erinnern häufig weniger an ein Hotelzimmer als vielmehr an ein Jugendherbergzimmer: zusammengewürfelte Möbel und übertriebene, unauthentische Dekoration. Um den hygienischen Standards gerecht zu werden,

findet man häufig sterile PVC- Böden oder kühle Fliesen vor. Dies schafft nicht die nötige warme und schützende Atmosphäre, um mit dem Leben abschließen und würdig sterben zu können.

Bei dem Entwurf des Hospizzentrums in Bietigheim-Bissingen gibt es aus diesem Grund spezifische, nach den Bedürfnissen der Patienten, gestaltete Patientenzimmer. Die Grundform der Hospizebene ist der Archetyp des Giebelhauses. Er steht symbolisch für das eigene Zuhause und schafft die nötige wohnliche und schützende Atmosphäre. Dieser Dachtypus zoniert den Gemeinschaftsbereich, den Flur sowie den Eingangs- und Wohnbereich innerhalb des Patientenzimmers. Über dem Schlafbereich weitet sich das Dach auf und gibt über ein Oberlicht den Blick in die Weite frei, denn dieser Blick ist häufig der letzte der Sterbenden.

Bei der Ausgestaltung der Zimmer sollen ein Holzboden sowie Holzmöbel ein angenehmes Raumgefühl erzeugen. Eine Sitzbank entlang des Fensters sowie eine kleine Sitzecke und Kommode überladen das Zimmer nicht und bieten dennoch alles was nötig ist. Es soll genügend Platz sein, damit der Patient sich individuell einrichten kann und gegebenenfalls Erinnerungsstücke von Zuhause mitbringen kann.

4.5 Raum der Stille

Weiteres wichtiges Element des stationären Hospizes ist der Raum der Stille, der sich im Zentrum des Obergeschosses scheinbar abgehoben von der Erde befindet. Als Rückzugsort und Ruhepol wird er über den Außenbereich erschlossen. Die-

ser Raum soll neben den Patienten und deren Angehörige auch der Öffentlichkeit zugänglich sein und somit die öffentliche Ebene mit der Hospizebene verbinden. Er steht sinnbildlich dafür, dass wir alle einmal sterben werden. Ziel sollte es sein, dass das stationäre Hospiz seinen Charakter als Heterotopie verliert und selbstverständlicher Teil unseres sozialen Umfeldes wird.

4.6 Materialität

Die beschriebenen Ambivalenzen des Hospizzentrums zeigen sich auch in der Materialität bzw. Konstruktion. Während der kollektive Ring für die Unendlichkeit steht, vermittelt der Raum der Stille die Endlichkeit. Der kollektive Ring besteht so aus einer tragenden Betonstruktur mit vorgehängten Ziegeln. Durch die Massivität ist die Fassade des Hospizzentrums wie eine zweite Haut für den sterbenden Leib. Dies wird durch die vorstoßenden Kopfsteine nach außen hin noch verstärkt. Um eine Variabilität in die Fassade zu bringen verspringt die Rückwand je Giebelhaus. Im Gegensatz zu dem massiven, standhaften und für die Ewigkeit gebauten kollektiven Ring bildet der Raum der Stille hierzu einen Kontrast. Er steht für die Vergänglichkeit. Es ist eine Holzrahmenkonstruktion mit parabelförmig vorstehenden Ständern zwischen welchen sich die Sitzbänke befinden. Ummantelt ist dieser Raum, wie das Dach der Hospizebene, mit einem Stehfalzblech. Das an den vorstehenden Ständern gebrochene Licht schafft in dem Raum der Stille eine sehr warme sakrale Atmosphäre.

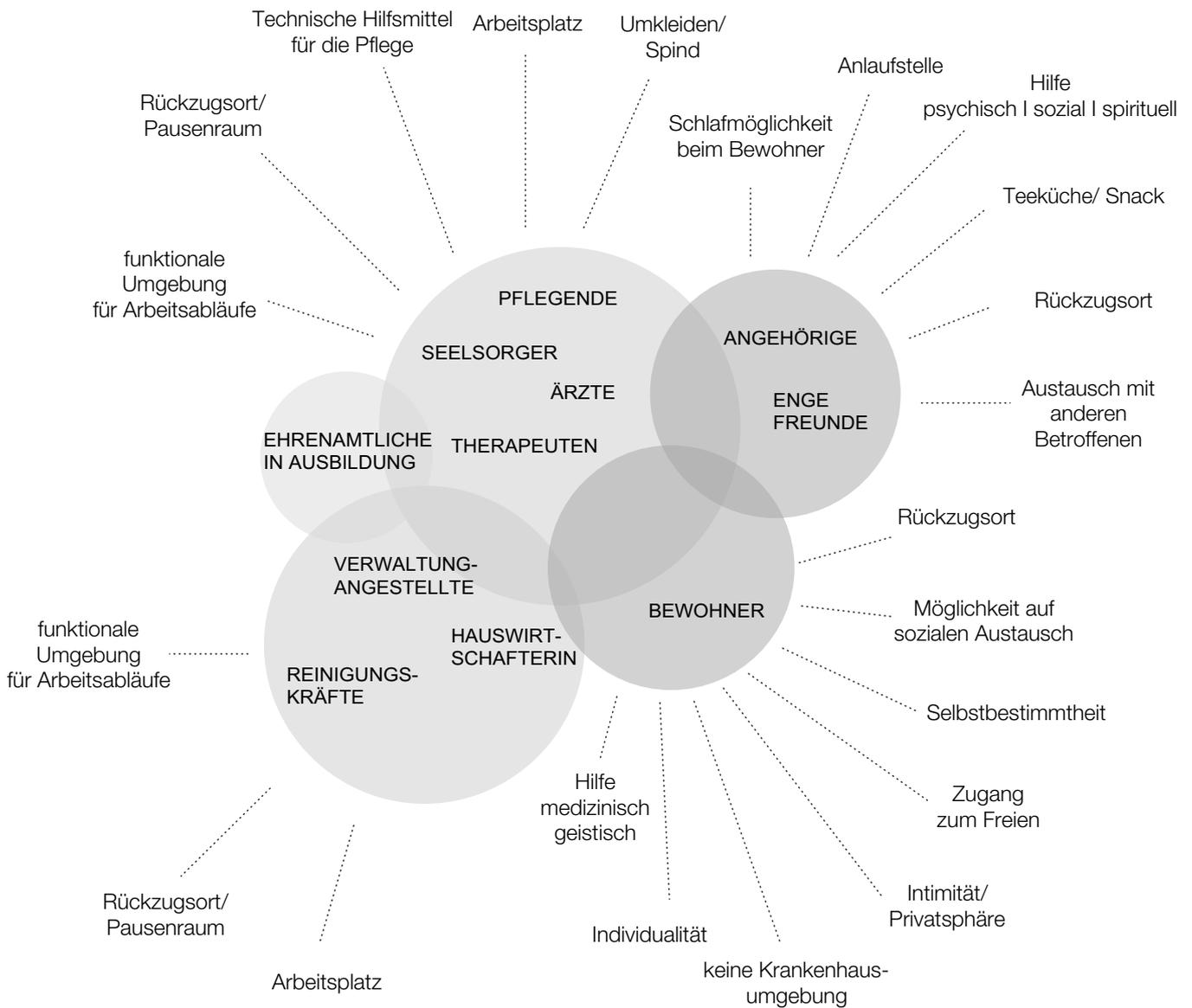


Abb. 20: Wirkungskreise der fünf Nutzergruppen

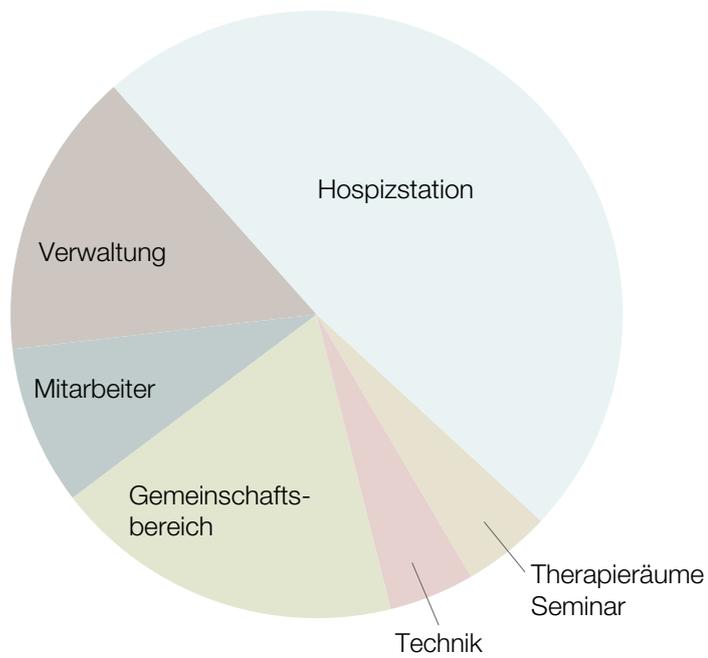
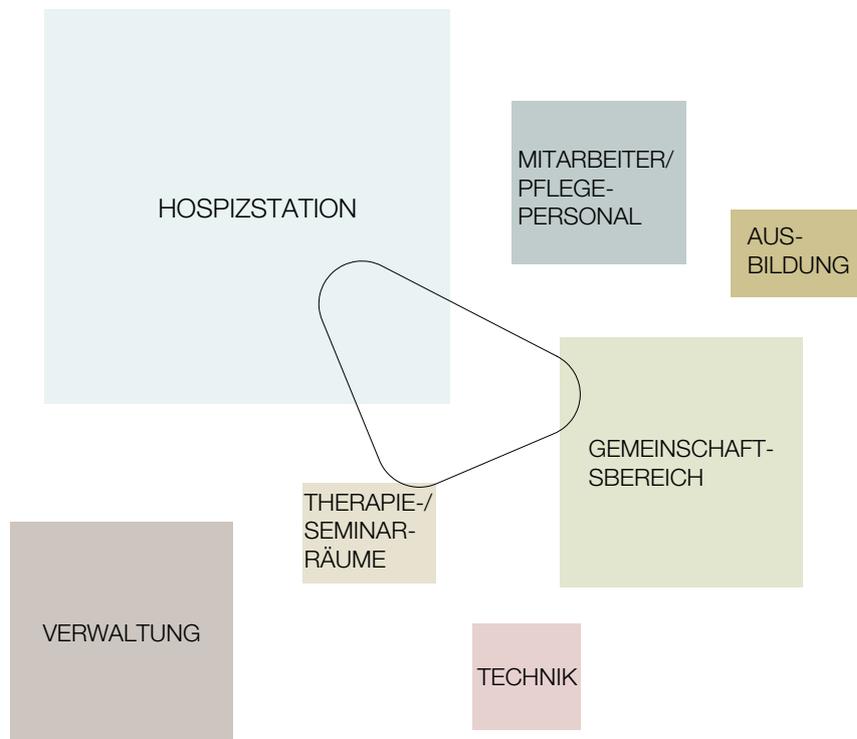


Abb. 21: Raumorganisation

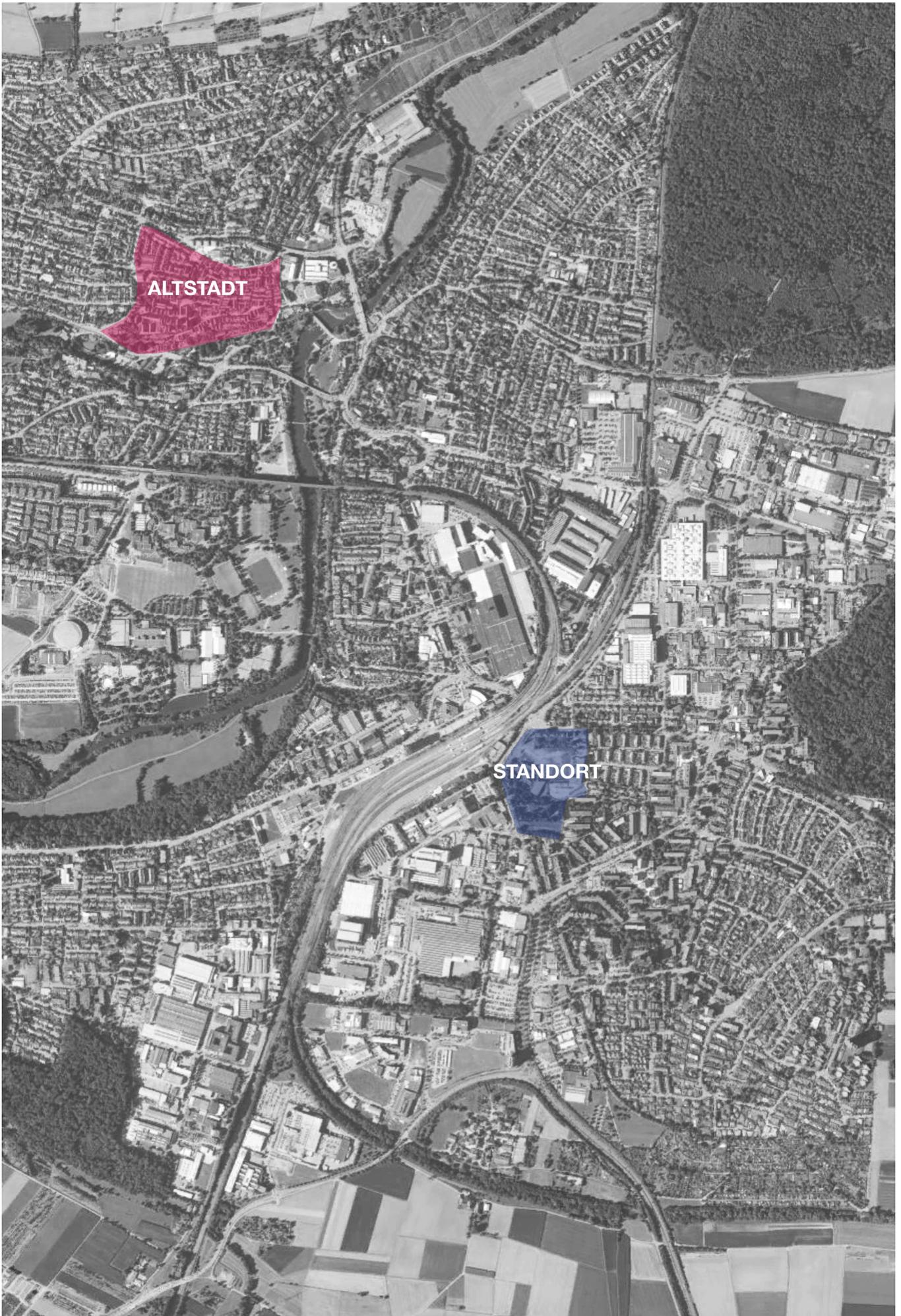


Abb. 22: Luftaufnahme Bietigheim-Bissingen

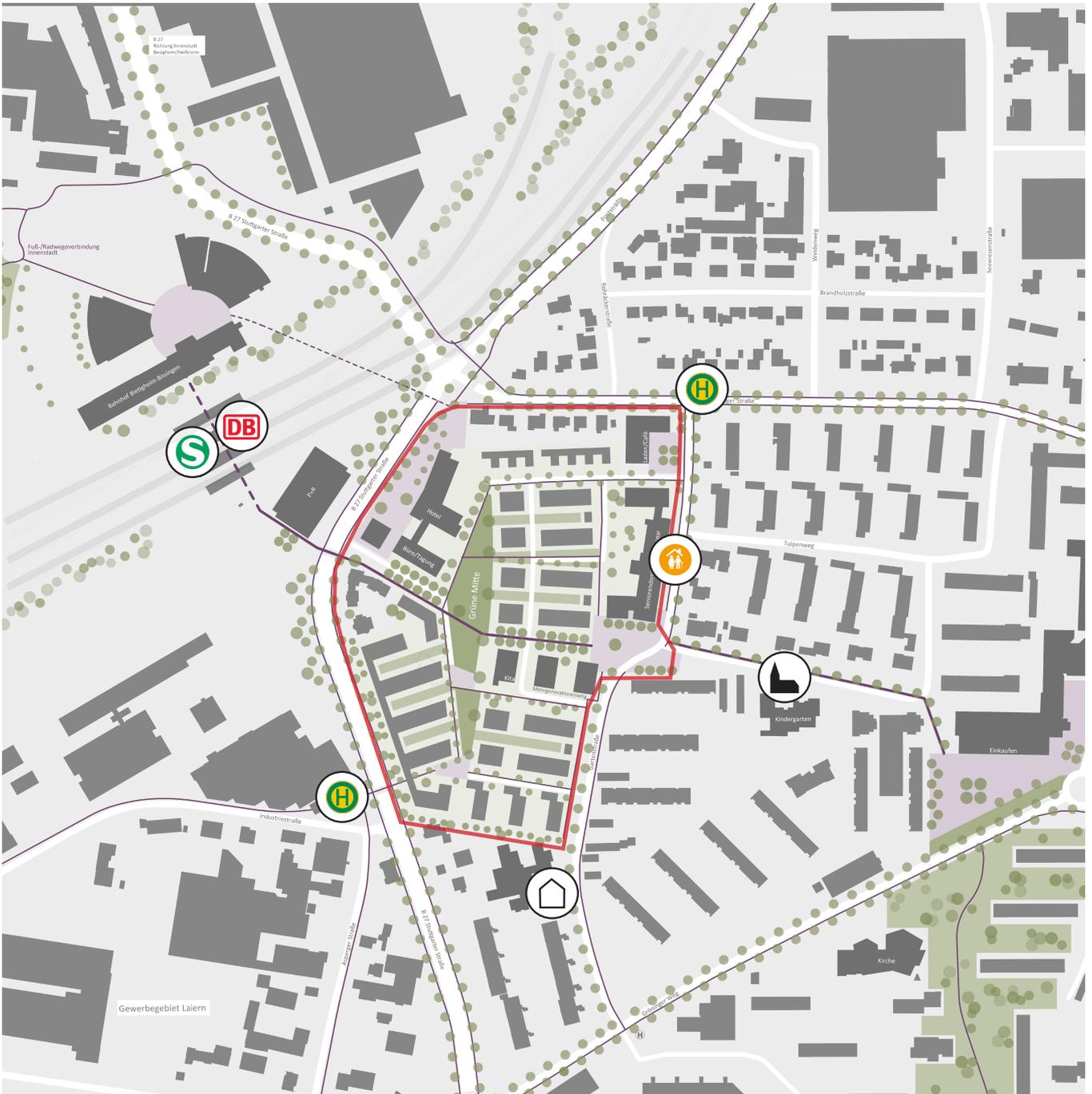


Abb. 23: Analyse Lothar-Spáth-Carré



Abb. 24: Grün- und Freiflächen

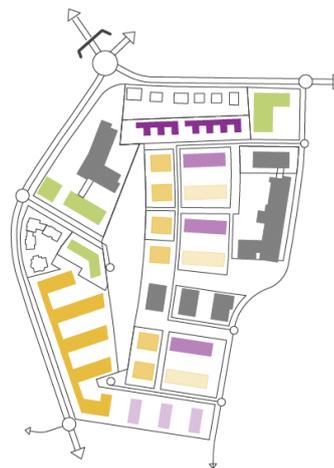


Abb. 25: Typologie

Wohnen im MFH

- Spänner
- Stadtvilla
- Laubenganghaus

Wohnen im EFH

- Kettenhaus
- Stadthaus
- Reihenhaus 'Klassik'

Sondertypen

- Wohn- und Geschäftshaus
Dienstleistung/Büro/Laden/Wohnen
- Sondertyp



Abb. 26: Außenvisualisierung



Abb. 27: Lageplan

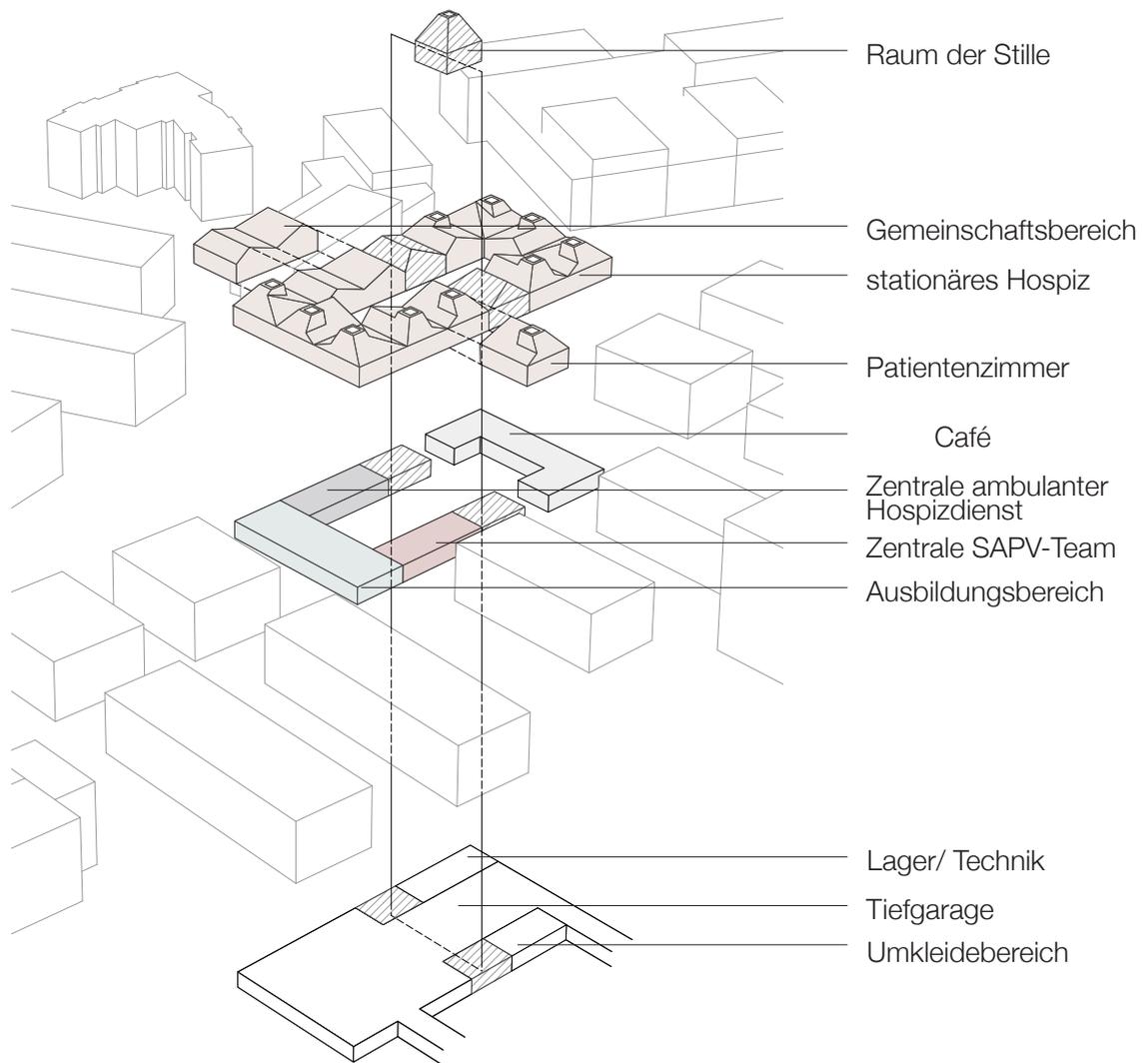


Abb. 28: Explosionsaxonometrie

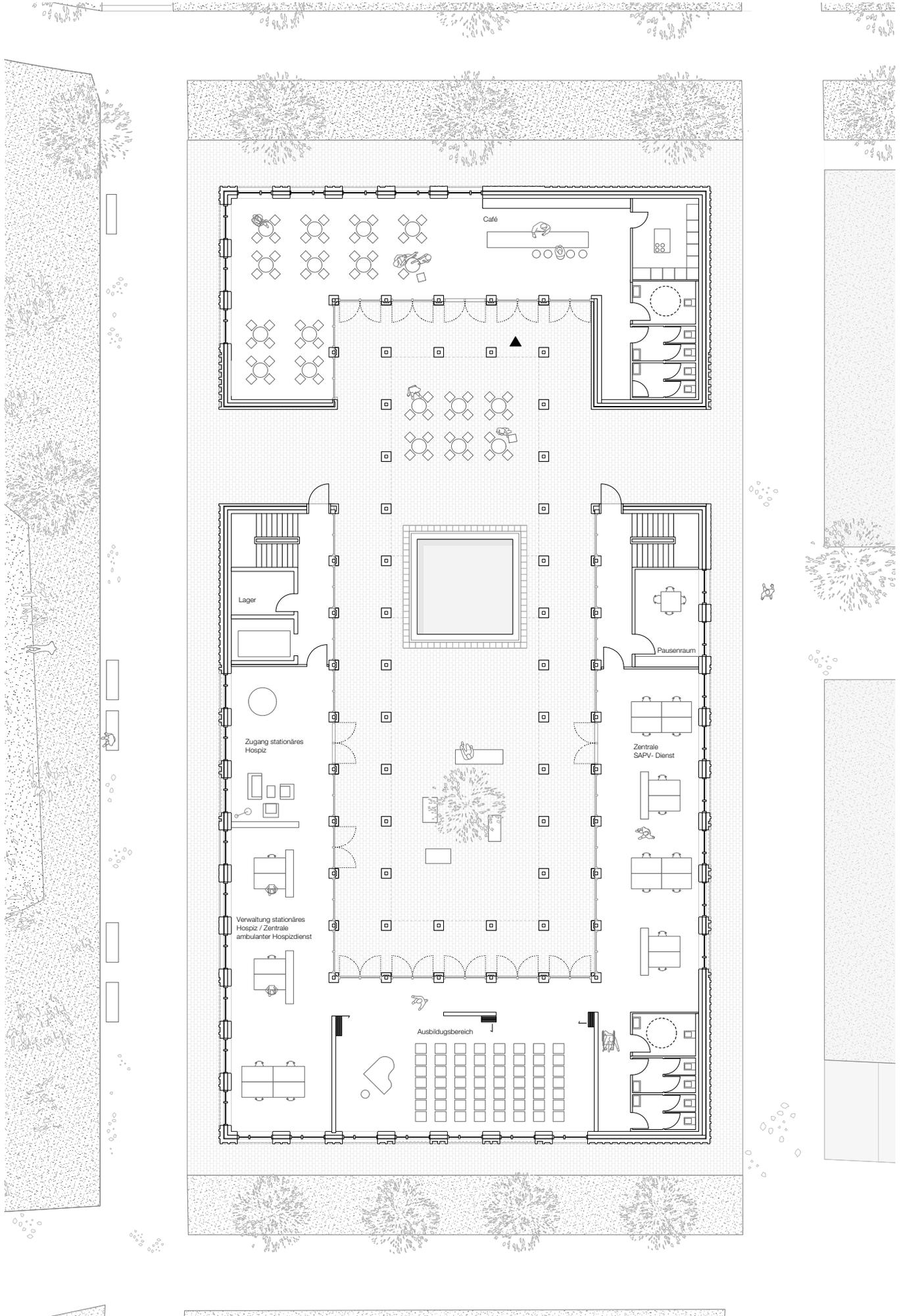


Abb. 29: Grundriss EG



Abb. 30: Längsschnitt Innenhof



Abb. 31: Längsschnitt Patientenzimmer



Abb. 32: Querschnitt

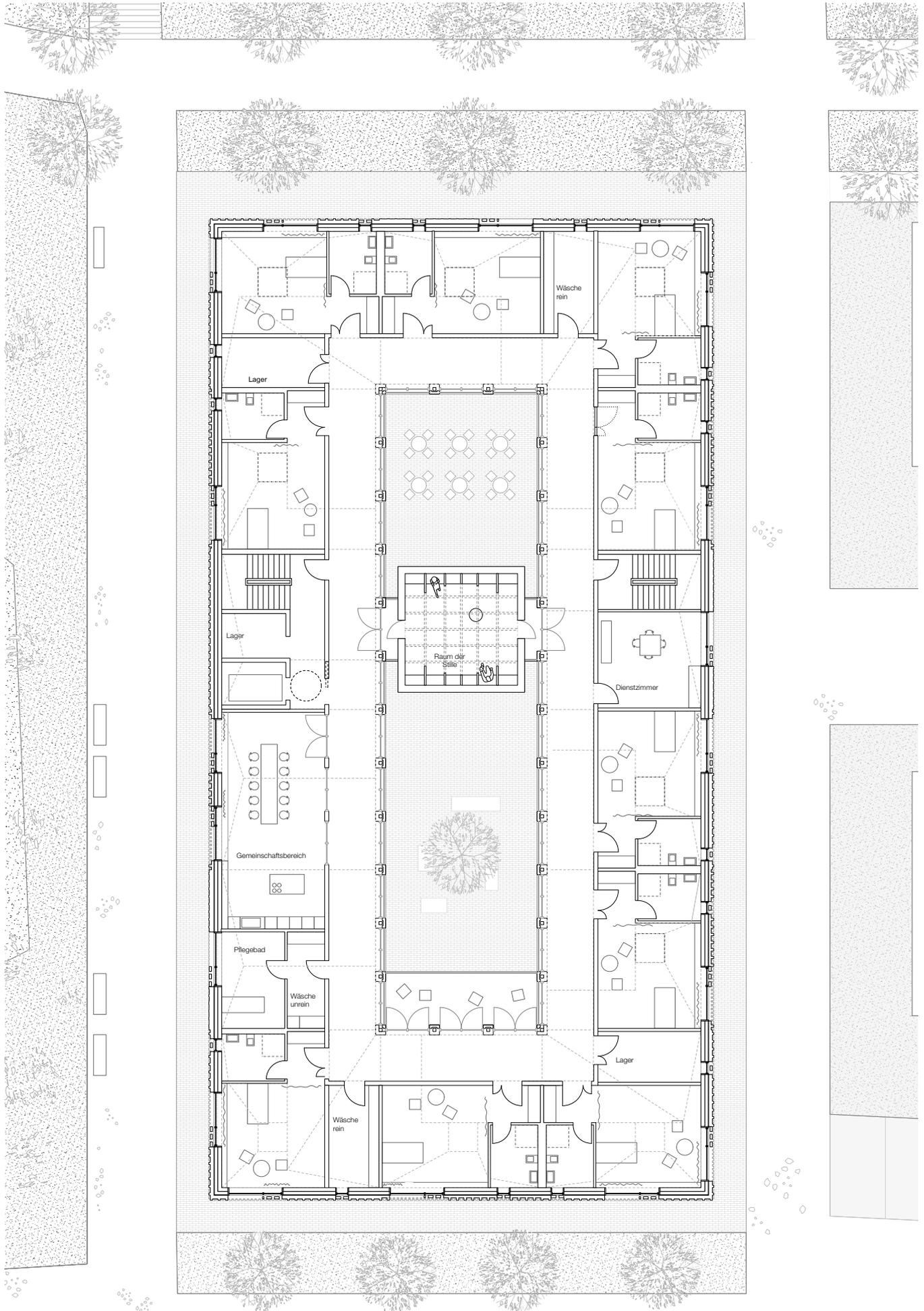


Abb. 33: Grundriss OG



Abb. 34: Visualisierung Flur I stationäres Hospiz



Abb. 35: Ansicht West

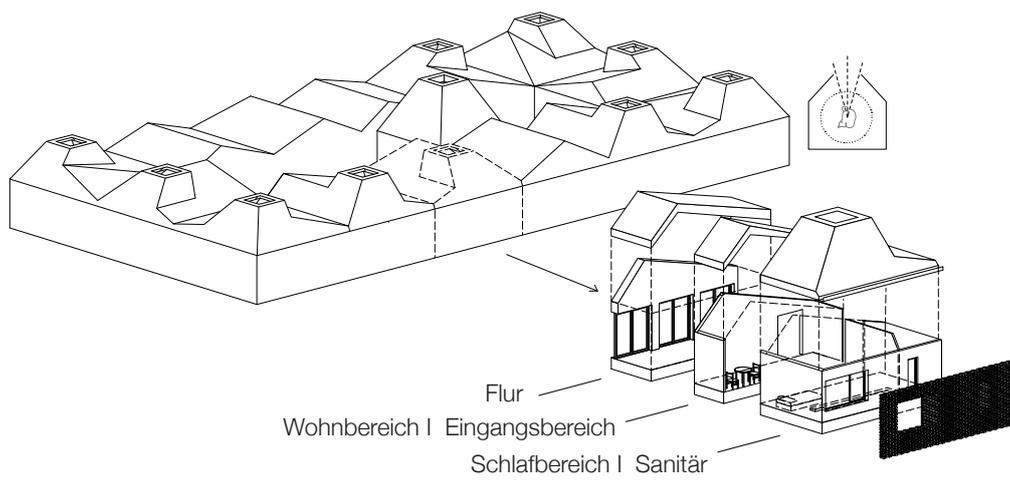


Abb. 36: Explosionsaxonometrie Patientenzimmer



Abb. 37: Ansicht Süd

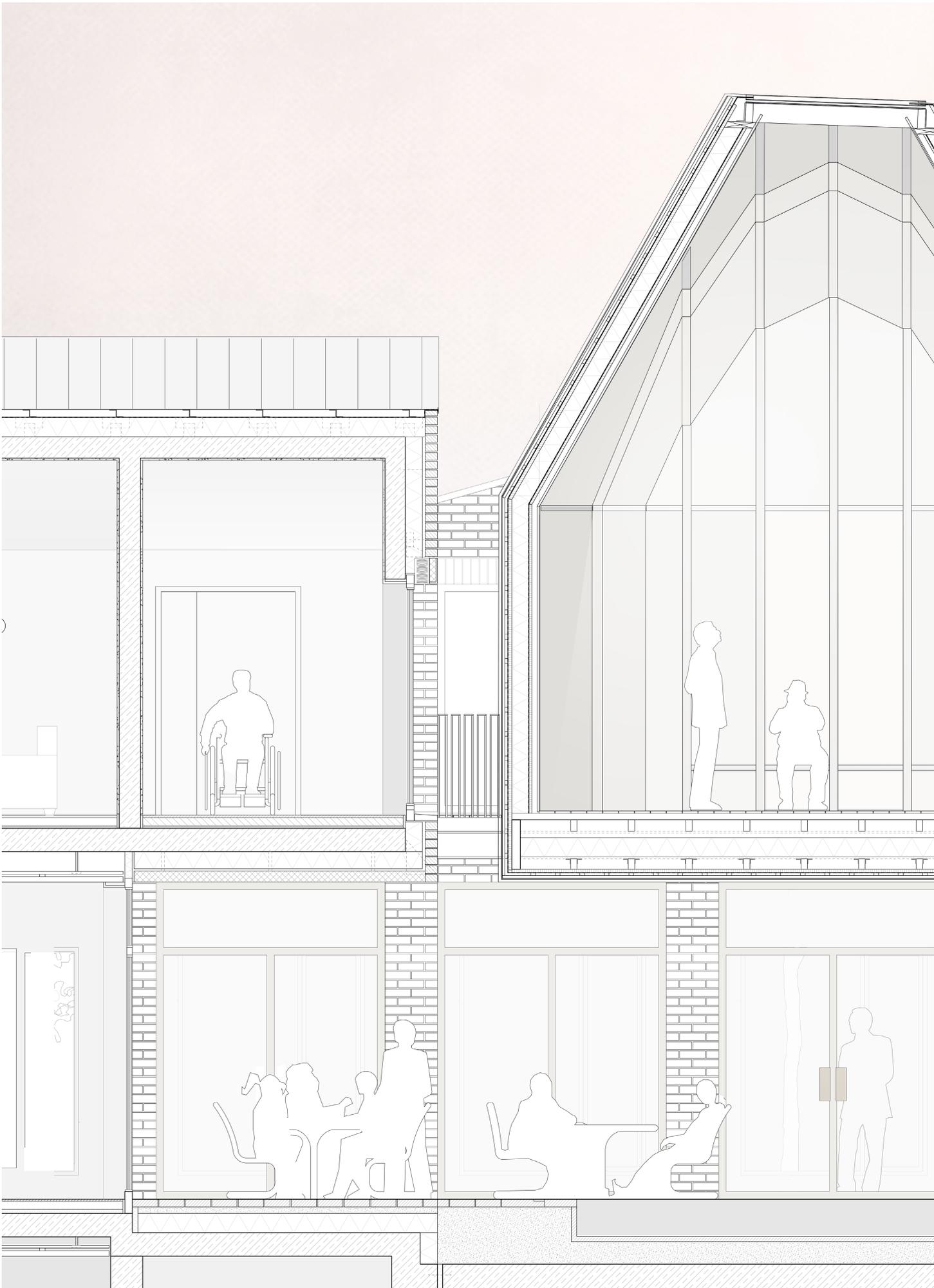


Abb. 38: Detailschnitt I Raum der Stille



Raum der Stille
Wand-/ Dachaufbau:

Stehfalzblech	3 mm
Lattung	24/48 mm
Konterlattung	24/48 mm
Winddichtung	
Holzweichfaserplatte	35 mm
Wandständer/ Wärmedämmung	160 mm
Dampfsperre	
OSB- Platte	26 mm
Installation	50 mm
Bekleidung Birke	20 mm

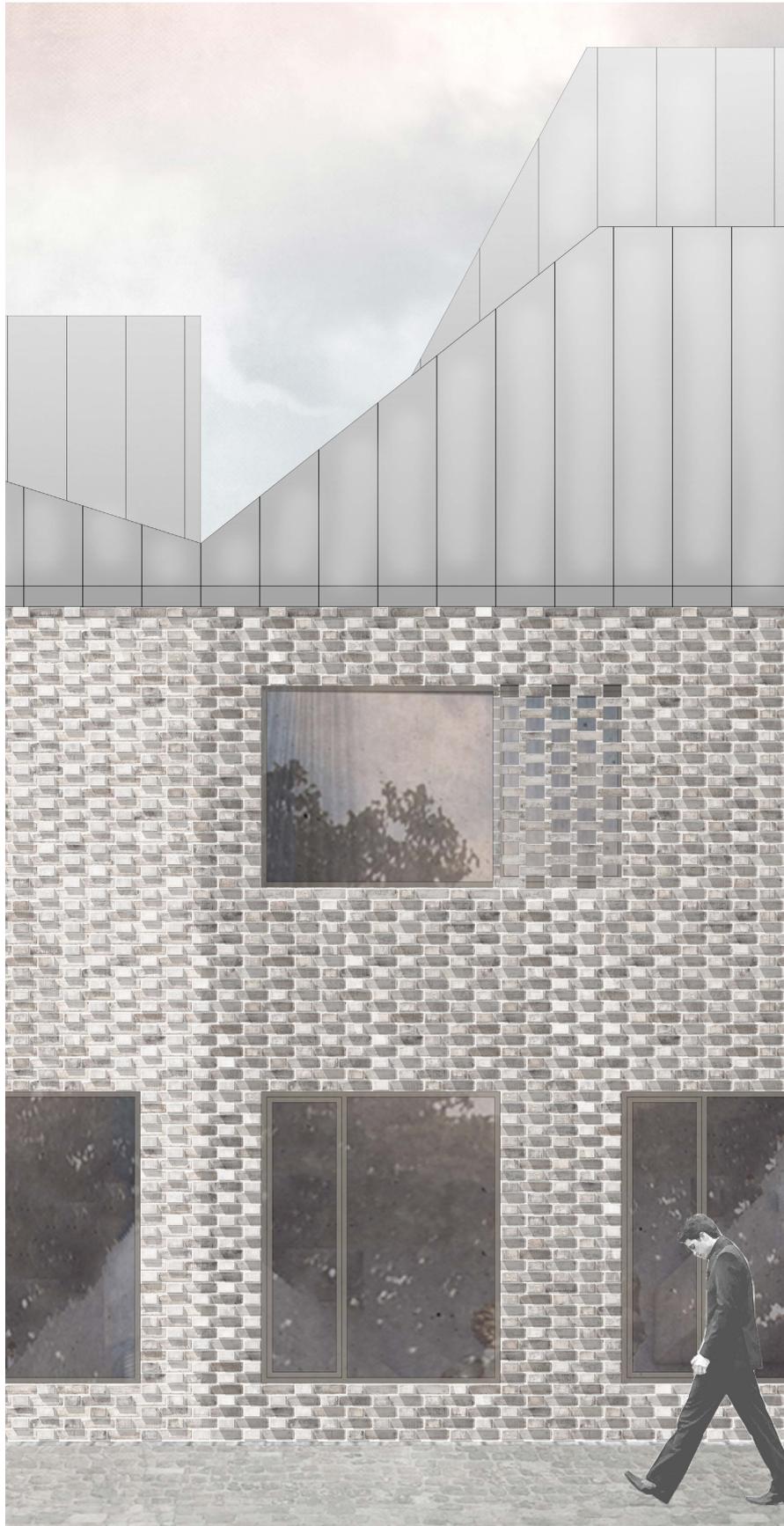


Abb. 39: Detailansicht

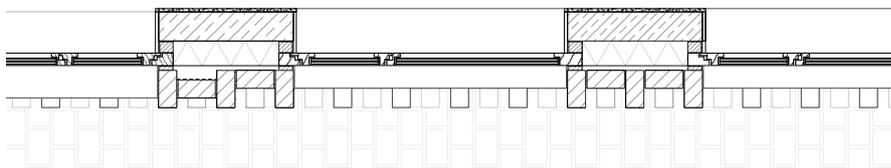
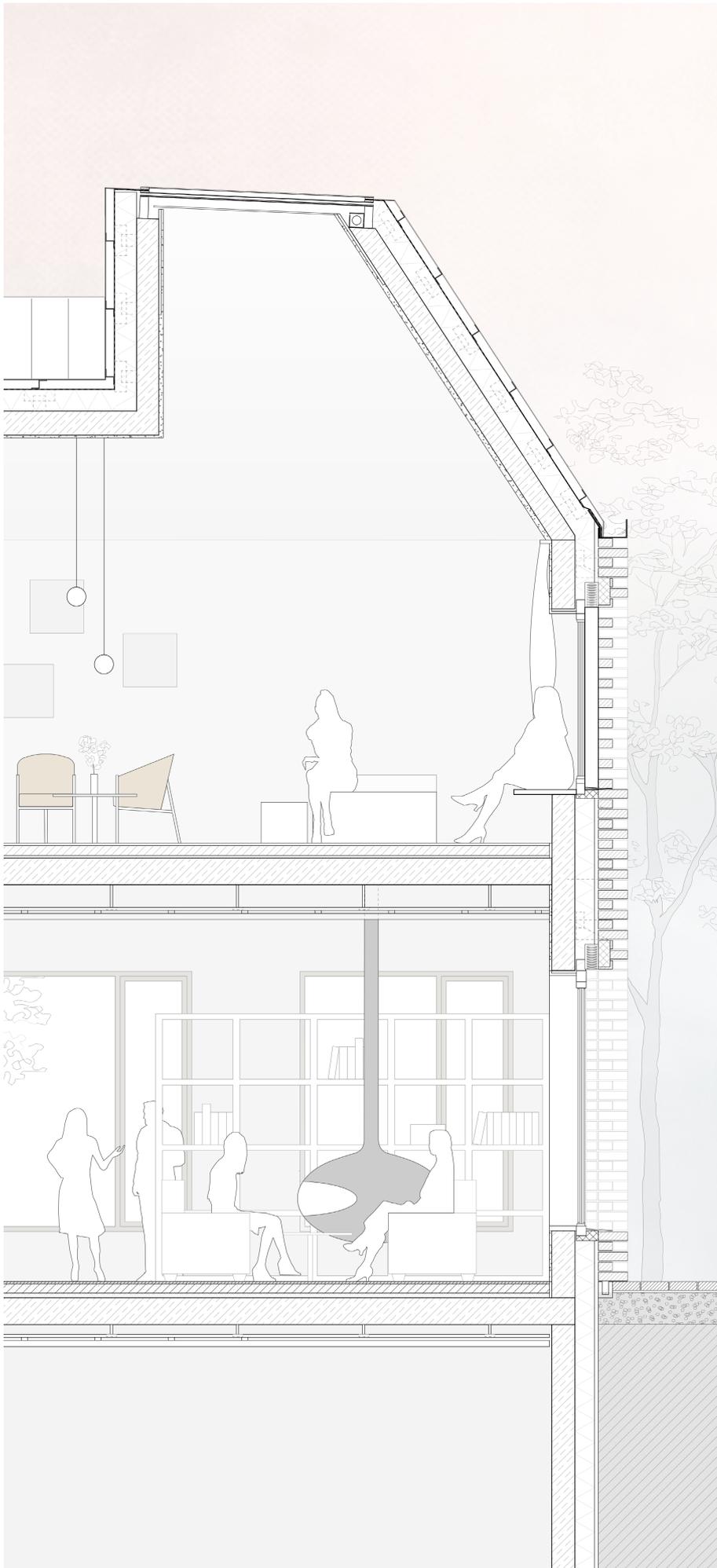


Abb. 40: Detailgrundriss



Dachaufbau:

Stehfalzblech	3 mm
Hinterlüftung/	
Unterkonstruktion	70 mm
Unterspannbahn	
Dämmung	180 mm
Ortbeton	180 mm
Putz	2 mm

Wandaufbau:

Wasserstrichziegel	115 mm
Hinterlüftung	40 mm
Dämmung	180 mm
Ortbeton	200 mm
Putz	2 mm

Fußbodenaufbau Zimmer:

Klebeparkett	22 mm
Heizestrich	80 mm
Trittschalldämmung	22 mm
Bodenplatte Stahlbeton	220 mm
Abhangdecke	290 mm

Fußbodenaufbau:

Nutzestrich geschliffen	22 mm
Heizestrich	80 mm
Trittschalldämmung	22 mm
Bodenplatte Stahlbeton	220 mm

Abb. 41: Detailschnitt I Zimmer



Abb. 42: Visualisierung I Innenhof



Abb. 43: Modellfoto | Innenraummodell

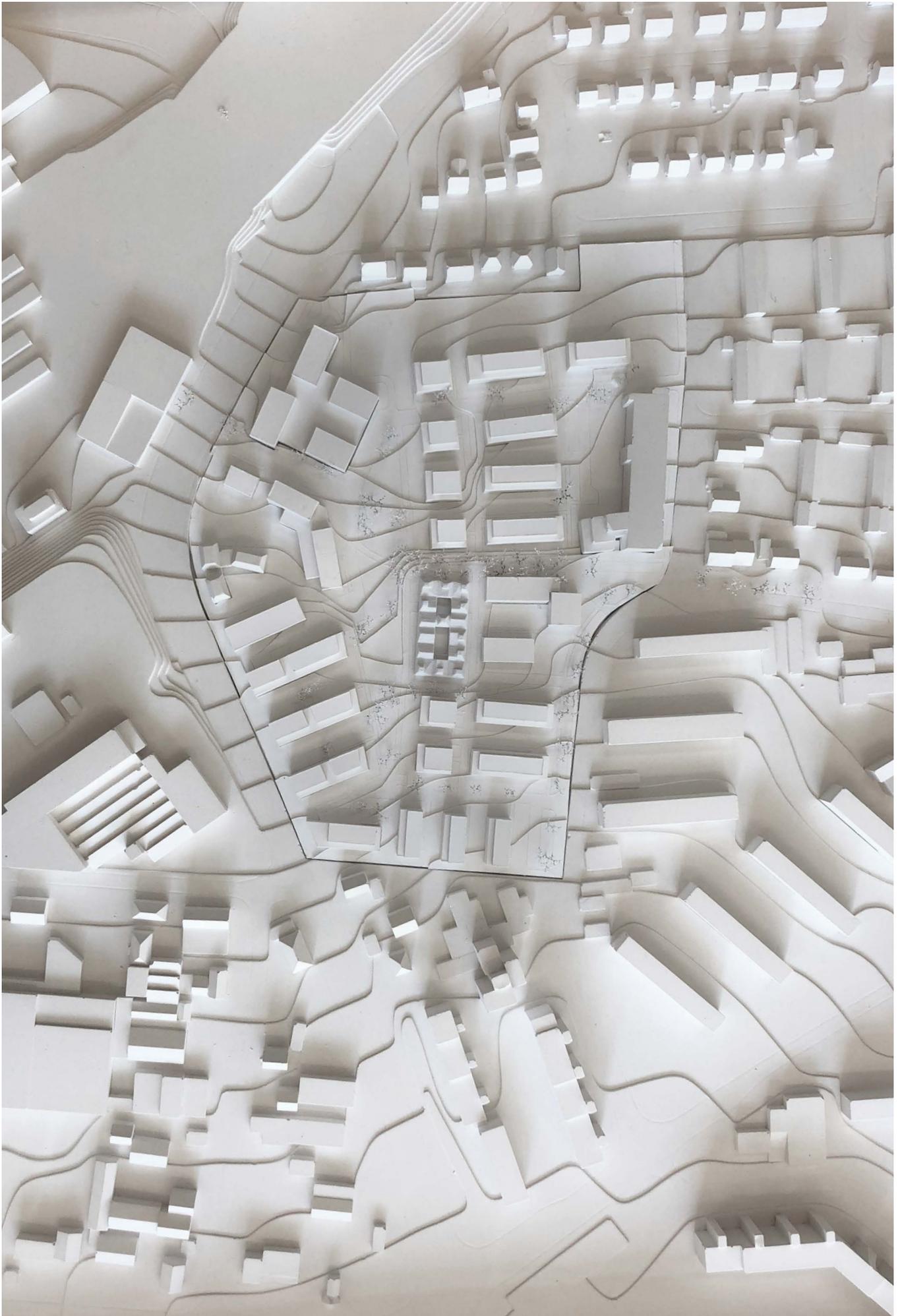


Abb. 44: Modellfoto | Umgebungsmodell



Abb. 45: Modellfoto I Umgebungsmodell



Abb. 46: Modellfoto I Umgebungsmodell



Abb. 47: Modellfoto I Fassadenmodell



Abb. 48: Modellfoto I Fassadenmodell

Literaturverzeichnis

Teil 1

Alexander, Christopher 2010: Eine Mustersprache. A Pattern Language. Städte - Gebäude - Konstruktion. Übersetzt und herausgegeben von Hermann, Czech. Wien: Löcker.

Alexander, Christopher 2004: The Luminous Ground. 12. Aufl., Hong Kong: Everbest Printing Co., Ltd.

Aulbert, Eberhard/ Nauck, Friedemann/ Radbruch, Lukas 2008: Lehrbuch der Palliativmedizin. 2.Aufl., Stuttgart: Schattauer.

Bachelard, Gaston 1992: The Poetics of Space by Bachelard. Boston: Beacon Press.

Bergmann, Anna 2004: Der entseelte Patient. Die Moderne Medizin und der Tod. Berlin: Aufbau-Verlag.

Bertelsmann Stiftung 2015a: Palliativversorgung. Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf - Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie; https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOT-Ges_VV_Palliativversorgung_2015.pdf; 7.12.2017.

Bertelsmann Stiftung 2015b: Palliativversorgung - Modul 1 - Sterbeort Krankenhaus - Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren; https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Sterbeort-Krankenhaus.pdf; 7.12.2017.

Bertelsmann Stiftung 2015c: Palliativversorgung - Modul 2 - Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung; https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf; 7.12.2017.

Binswanger, Ludwig 1955: Das Raumproblem in der Psychopathologie. In: Neurol, Z. (Hg.) Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Band II. Bern: Francke Verlag, 174-225.

Blume, Anna 2003: Scham und Selbstbewusstsein. Zur Phänomenologie der ästhetischen Erfahrung. Freiburg/ München: Karl Aber.

Böhme, Gernot 2006: Architektur und Atmosphäre. München: Wilhelm Fink.

Böhme, Gernot 1995: Atmosphäre. Essays zur neuen Ästhetik. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.

Bollnow, Otto Friedrich 2000: Mensch und Raum. Stuttgart: Kohlhammer.

Borasio, Gian Domenico 2012: Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. 3.Aufl., München: Verlag C.H. Beck.

Bundesärztekammer 2014: Ärztekammerstatistik. Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin. [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=24609&suchstring=%C4rzte_mit_Zusatzausbildung_in_Palliativmedizin&query_id=&sprache=D&fund_typ=GRA&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=13057815&hlp_nr=3&p_janein=J#SEARCH=%2522%C4rzte%20mit%20Zusatzausbildung%20in%20Palliativmedizin%2522](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=24609&suchstring=%C4rzte_mit_Zusatzausbildung_in_Palliativmedizin&query_id=&sprache=D&fund_typ=GRA&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=13057815&hlp_nr=3&p_janein=J#SEARCH=%2522%C4rzte%20mit%20Zusatzausbildung%20in%20Palliativmedizin%2522;); 7.12.2017.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 07.12.2017: Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland. <http://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/angebote/erwachsene>; 7.12.2017.

Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. 2009: SAPV-Glossar. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/SAPV_Glossar_DGP_DHPV_15_01_2009.pdf. 07.12.2017.

Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. 2016: Zahlen und Fakten; http://www.dhvp.de/service_zahlen-fakten.html; 12.12.2017.

Eberlein-Gonska 2013: Sterben im Krankenhaus im Spannungsfeld zwischen Begleitung, Administration und der „Entlassart Tod“ im DRG-System. In: George, Wolfgang (Hg.) / Dommer, Eckhard (Hg.) / Szymczak R. Viktor (Hg.): Sterben im Krankenhaus. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial-Verlag, 159-167.

Feldmann, Klaus 2010: Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. 2.Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Foucault, Michel 1990: Andere Räume. In: Barck, Karlheinz (Hg.)/ Gente, Peter (Hg.)/ Paris, Heidi (Hg.)/ Richter, Stefan (Hg.): Aisthesis. Wahrnehmung heute oder Perspektiven einer anderen Ästhetik. Leipzig: Reclam, 34-46.

Foucault, Michael 1988: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. 10. Aufl., Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Friedrich, Thomas/ Gleiter, Jörg H. 2007: Einfühlung und phänomenologische Reduktion. Grundlagentexte zu Architektur, Design und Kunst. Berlin: Lit Verlag.

Gerhard, Christoph 2015: Praxiswissen Palliativmedizin. Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen. Stuttgart/ New York: Georg Thieme Verlag.

- Gronemeyer, Reimer/ Heller, Andreas 2014: In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann. München: Pattloch.
- Hasse, Jürgen 2014: Was Räume mit uns machen - und wir mit ihnen.
- Heidegger, Martin 2006: Sein und Zeit. 19. Aufl., Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Heller, Andreas/ Pleschberger, Sabine/ Fink, Michaela/ Gronemeyer, Reimer 2013: Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. 2. Aufl., Ludwigsburg: Der Hospiz Verlag.
- Heller, Andreas/ Wegleiter Andreas 2017: Sterben und Tod im gesellschaftlichen Wandel. In: Bundesgesundheitsblatt. Nr. 1/2017: 11-17.
- Heuer, Katrin/ Paul, Kathleen/ Hauses, Andreas 2012: Sterben als Heterotopie. In: Löw, Martina (Hg.). Vielfalt und Zusammenhalt. Verhandlungen des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Bochum und Dortmund 2012. Frankfurt/ New York: Campus Verlag, 549-559.
- Husserl, Edmund. Fleischer, Margot. 1966: Analysen zu Passiven Synthesis. Aus Vorlesungs- und Forschungsmanuskripten 1918-1926. Husserliana: Edmund Husserl - Gesammelte Werke, Band 11. Den Haag Martinus NIJHOFF.
- Koppen, Gemma/ Vollmer, Tanja 2010: Die Erkrankung des Raumes. München: Herbert Utz Verlag GmbH.
- Kränzle, Susanne 2014: Geschichte und Selbstverständnis. In: Kränzle, Susanne (Hg.)/ Schmid, Susanne (Hg.) / Seeger, Ulrike (Hg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 5. Aufl., Heidelberg: Springer-Verlag, 4-7.
- Lindner, Doris 2016: Einschluss der Ausgeschlossenen. Konturen des Sterbens im Hospiz. In: Benkel, Thorsten (Hg.): Die Zukunft des Todes: Heterotopien des Lebensendes. (Kulturen der Gesellschaft 15). Bielefeld: Transcript Verlag, 85-106.
- Merleau-Ponty, Maurice 1966: Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: De Gruyter.
- Nassehi, Armin 2004: Formen der Vergesellschaftung des Sterbeprozesses. Vortrag auf der Tagung ›Wie wir sterben‹ des Nationalen Ethikrates vom 31. März 2004 in Augsburg; <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/wie-wir-sterben-selbstbestimmung-am-lebensende.pdf>; 30.12.2017.
- Paz, Octavio 1998: Das Labyrinth der Einsamkeit. 7.Aufl., Frankfurt: Suhrkamp Verlag.

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über die Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 31.3.2017; http://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2017_Rahmenvereinbarung_nach_§_39a_Abs_1_Satz_4_stationaere_Hospize.pdf; 9.12.2017.

Saunders, Cicely 1996: Oral history interview with Cicely Saunders, recorded by Neil Small, 10.7.1996, Hospice History Programme, International Observatory on end of Life Care, Lancaster University.

Saunders, Cicely 1988: Spiritual Pain. In: Journal of Palliative Care. Nr. 4/1988: 29-32.

Saunders, Cicely 2005: Watch with me. Inspiration for a life in hospice care. Lancaster: Observatory Publications.

Schmitz, Hermann 1964: Der Gefühlsraum. System der Philosophie III. Bonn: Bouvier.

Statistiken: Stationäre Hospize für Erwachsene, stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland. Daten zur Entwicklung und zum aktuellen Stand (11.04.2016); http://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf; 6.12.2018.

Stoddard, Sandol 1987: Die Hospizbewegung. Freiburg: Lambertus Verlag.

Stolberg, Michael 2011: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute. 2. Aufl., Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Student, Johann-Christoph/ Napiwotzky, Annedore 2011: Palliative Care. Wahrnehmen-verstehen-schützen. Stuttgart/ New York: Georg Thieme Verlag.

Verderber, Stephen/ Refuerzo, J.Ben 2006: Innovaciones in Hospice Architecture. Oxon/ New York: Taylor & Francis.

Vischer, Robert 1873: Über das optische Formgefühl. Ein Beitrag zur Ästhetik. Leipzig: Hermann Redner.

Walter, Tony 1994: The Revival of Death. London: Routledge.

Zumthor, Peter 2006: Atmosphären. Basel: Birkhäuser Verlag.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Fading Away, Henry Peach Robinson. 1858; <https://theroamingeye.wordpress.com/2015/03/16/photo-show-drawn-by-light-from-the-royal-photographic-society-collection-to-open-at-the-national-media-museum-bradford/fading-away-henry-peach-robinson-1858/>; 16.01.2018.

Abb. 2- 7: Portraits der Ausstellung: Nochmal Leben. Walter Schals, Beate Lakotta, 2004; http://www.noch-mal-leben.de/h/ausstellungsorte_10_de.php; 16.01.2018.

Abb. 8: St. Luke`s Hospital, 1883; <http://zenithcity.com/archive/lost-architecture/st-lukes-hospital-1883/>; 16.01.2018.

Abb. 9: St. Joseph`s Hospice, 1905; <https://www.stjh.org.uk/about-us/our-history>; 16.01.2018.

Abb. 10: DVD-Cover: Noch 16 Tage. Eine Sterbeklinik in London, 1971; https://www.palliativpsychologie.de/wp-content/uploads/Noch16Tage_Cover.jpg; 16.01.2018.

Abb. 11: Übersicht Hospiz- und Palliativversorgung auf Grundlage des Wegweisers Hospiz- und Palliativversorgung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin; <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html>; 10.12.2017.

Abb. 12: Krankenhausflur; <https://www.photocase.com/photos/198037-old-loneliness-calm-window-cold-building-sadness-room-lie-photocase-stock-photo>; 10.12.2017.

Abb. 13: Diagramm: Gewünschter und tatsächlicher Sterbeort auf Grundlage der empirischen Untersuchung der Bertelsmann Stiftung 2015: Palliativversorgung. Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf - Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie; https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf; 7.12.2017.

Abb. 14- 15: Diagramme auf Grundlage der Daten des Wegweisers Hospiz- und Palliativversorgung veröffentlicht von der Bertelsmann Stiftung 2015: Palliativversorgung - Modul 2 - Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung, S.16 ff.; https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf; 7.12.2017.

Abb. 16: Fenster; <https://www.seeandsavour.com/2015/02/january.html#.WnIZPBglwII>; 31.01.2018.

Abb. 17: Wehender Vorhang; <https://www.pinterest.de/pin/449515606550025970/>; 31.01.2018.

Abb. 18: Schattenspiel; <https://nowandthan.tumblr.com/post/36021708262>; 31.01.2018.

Abb. 19: Diagramm: Zukünftige regionale Hospizzentren; eigene Bearbeitung

Abb. 20: Diagramm: Wirkungskreise der fünf Nutzergruppen

Abb. 21: Diagramm: Raumorganisation

Abb. 22: Luftaufnahme, auf Grundlage von apple Karten; 20.01.2018.

Abb. 23: Analyse Lothar-Späh-Carré, auf Grundlage des vorläufigen Bebauungsplans; https://www.bietigheim-bissingen.de/fileadmin/user_upload/buergerservice_rathaus_politik/bebauungsplaene/STUTTGARTER-__FREIBERGER-__GARTENSTRASSE/4_Staetdebauliche_Konzeption_Plan_3.pdf; 16.01.2018.

Abb. 24: Analyse Grün- und Freiflächen

Abb. 25: Typologie

Abb. 26: Außenvisualisierung, eigene Bearbeitung

Abb. 27: Lageplan, eigene Bearbeitung

Abb. 28: Explosionsaxonomie, eigene Bearbeitung

Abb. 39: Grundriss EG, eigene Bearbeitung

Abb. 30: Längsschnitt Innenhof, eigene Bearbeitung

Abb. 31: Längsschnitt Patientenzimmer, eigene Bearbeitung

Abb. 32: Querschnitt, eigene Bearbeitung

Abb. 33: Grundriss OG, eigene Bearbeitung

Abb. 34: Visualisierung Flur I stationäres Hospiz, eigene Bearbeitung

Abb. 35: Ansicht West, eigene Bearbeitung

Abb. 36: Explosionsaxonomie Patientenzimmer, eigene Bearbeitung

Abb. 37: Ansicht Süd, eigene Bearbeitung

Abb. 38: Detailschnitt I Raum der Stille, eigene Bearbeitung

Abb. 49: Detailansicht, eigene Bearbeitung

Abb. 40: Grundriss OG, eigene Bearbeitung

Abb. 41: Detailschnitt Zimmer, eigene Bearbeitung

Abb. 42: Visualisierung I Innenhof, eigene Bearbeitung

Abb. 43- 48: Modellfotos, eigene Bearbeitung