

Thomas Zopper, BSc

Der letzte Raum Hospiz in Graz

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Diplom-Ingenieur

Masterstudium Architektur

eingereicht an der

Technischen Universität Graz

Betreuerin

DiplArch BDA Univ.-Prof. Petra Petersson

Institut für Grundlagen der Konstruktion und des Entwerfens

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.

Datum

Unterschrift

EINLEITUNG

TOD

TodAllgemein
TodGeschichte
TodHeute

HOSPIZ

Vorläufer des Hospizes

ERSTE HOSPIZ

Cicely Saunders
Elisabeth Kübler-Ross
St. Christophers Hospice

BEGRIFFSBESTIMMUNG

AUFGABENBEREICH HOSPIZ

Grundelemente
Hospizbewegung in Österreich

NUTZERGRUPPEN

Patient
Angehörige
Pfleger/Interdisziplinäres Team

INHALT

GESTALTUNG

Eingang

Patientenzimmer

Gänge

Garten

Standort

PROJEKT

Entwurf

Umgebungsanalyse

Standort

Baubeschreibung

Bauplatz

Formfindung

Gebäude

Geschosse

Fassade

Pläne

QUELLENANGABEN

Bücher

Internetquellen

Abbildungsverzeichnis

INHALT

EINLEITUNG



Diese Arbeit thematisiert die baulichen Maßnahmen für den Umgang mit todkranken Menschen, speziell wird die Bautypologie des modernen Hospizes analysiert. Obwohl der Tod allgegenwärtig ist, und jeden treffen wird, ist dieses Thema, besonders im 20. Jahrhundert, an den Rand des gesellschaftlichen Diskurses gedrängt worden. Notwendiger Raum für Sterbende bezog sich, wenn überhaupt, meist auf eigene Abteilungen in Krankenhäusern. Mitte des letzten Jahrhunderts entsteht durch die Idee einer englischen Krankenschwester eine neue Bautypologie, das Hospiz. Seit damals etabliert sich diese Institution in Europa und den USA.

Ziel dieser Masterarbeit ist es, ein Hospiz im innerstädtischen Kontext zu entwerfen und das Gebäude an die Gegebenheiten einzufügen. Am Anfang des ersten Teiles wird der Begriff Tod und der Umgang mit diesem erläutert. Eine kurze Übersicht zeigt, wie sich die Gesellschaft im Laufe der Geschichte mit diesem Thema auseinandergesetzt hat.

Das zweite Kapitel widmet sich schon dem eigentlichen Bautypus, so werden Vorläufer des modernen Hospizes gezeigt. In weiterer Folge wird die eigentliche Geschichte des ersten modernen Hospizes erläutert. Neben einer Übersicht des Hospizwesens in Österreich und einer Begriffsbestimmung werden die unmittelbaren Beteiligten vorgestellt.

Der zweite Teil dieser Arbeit widmet sich dem Entwurf eines Hospizes im innerstädtischen Bereich der Stadt Graz. Dazu wurde eine bestehende Baulücke ausgewählt, die sich im Bezirk Gries befindet. Der Entwurf widmet sich speziell den Bedürfnissen der Sterbenden und den weiteren Akteuren im Hospiz. Ein weiterer wichtiger Aspekt dieses Entwurfes ist die Eingliederung in die bestehende Umgebung.

Im Zuge dieser Arbeit wurde auch das bestehende Albert Schweitzer Hospiz in Graz besucht. Die dort gesammelten Eindrücke und Gespräche mit Pflegekräften wurden in dieser Arbeit nicht niedergeschrieben, wurden aber als weitere Grundlage für den Entwurf genutzt.

TOD



T O D A L L G E M E I N

Das Wissen darüber, dass das eigene Leben enden wollend ist und somit jeden einzelnen unwiderrufflich treffen wird, beschäftigt die Menschheit seit jeher. Den eigenen Tod können wir selbst nicht erfahren, wir machen nur Erfahrung mit dem Tod anderer Menschen.¹ So wird unterschieden zwischen Tod und Sterben. Das eine, das Sterben, erlebt man bewusst im Leben, daraus folgend ist das andere, der Tod, den man nicht bewusst erlebt, da man ja nicht mehr lebendig ist. Die beiden Begriffe stehen in einer wechselseitigen Beziehung, da es den Tod ja nur gibt, weil man stirbt und die unweigerliche Folge des Sterbens der Tod ist.² Aus dieser Erkenntnis versucht man den Tod nicht als endgültiges Ende hinzunehmen. Daraus entsteht der Glaube an ein Leben nach dem Tod, das in fast allen Religionen suggeriert wird.

Zwar gibt es große Unterschiede, wie man sich das Leben nach dem Tode vorstellt, Leben im Jenseits, Nirwana oder Wiedergeburt, um jetzt nur die häufigsten und bekanntesten Vorstellungen zu nennen, allen ist der Wunsch des ewigen Lebens, und das daraus resultierende Verdrängen der Auslöschung des Ichs inne. Mit diesem Glauben ist der Tod nur Übergang, so wird die Angst des Nichtseins überwunden. „Nicht eigentlich der Tod, sondern das Wissen vom Tode ist es, das für Menschen Probleme schafft“³ Dieses Wissen darüber führt soweit, dass Gesellschaften ihr ganzes Leben und ihr Handeln auf das Leben nach dem Tode ausrichten. So wird im späteren Kapitel die sogenannte ars moriendi, die im europäischen Mittelalter herrschende Kunst des guten Sterbens, erläutert.

1 Vgl. Lacina 2009, 8.

2 Vgl. Lacina 2009, 14.

3 Elias 1982, 12.

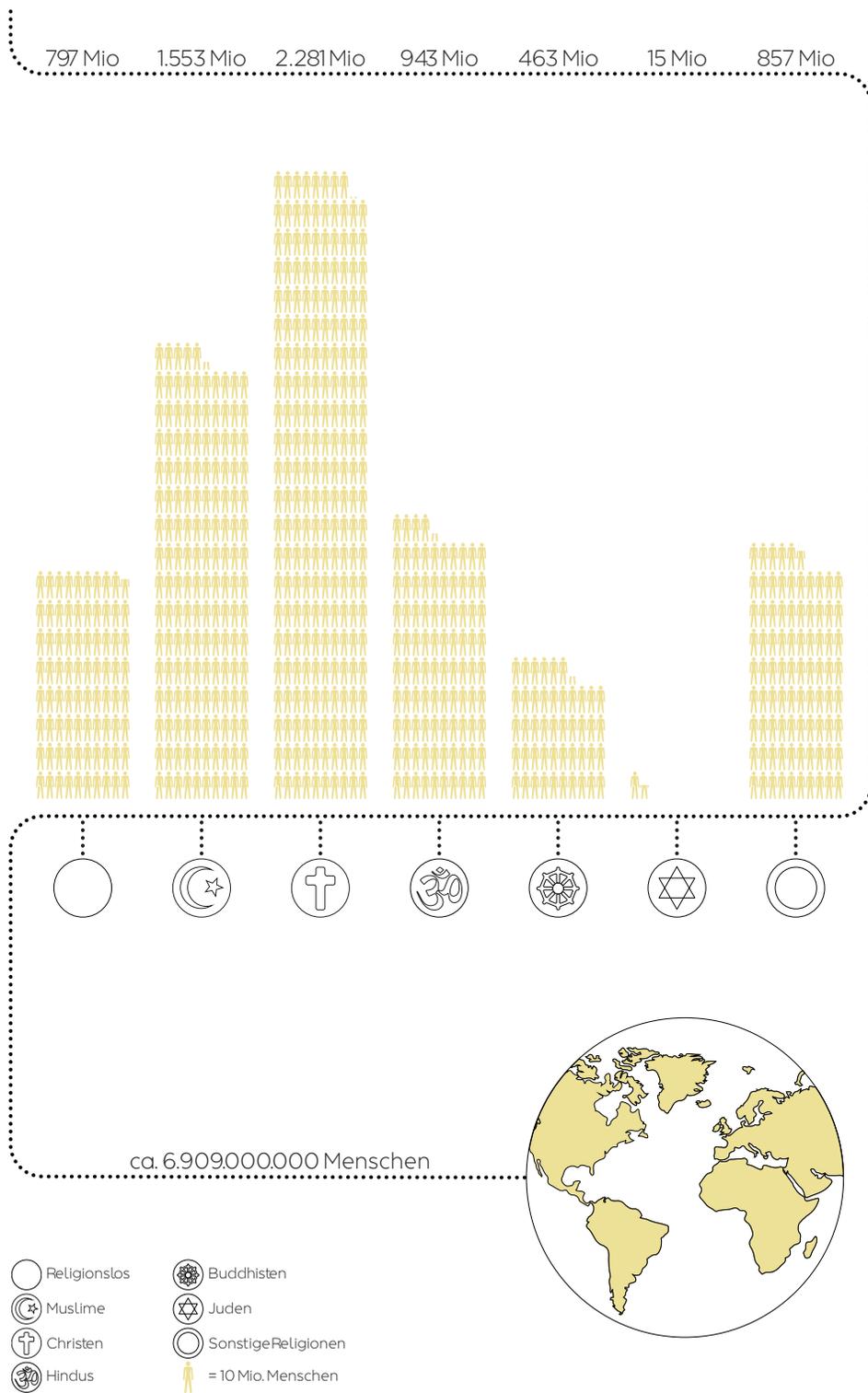


Abb. 1: Weltreligionen

Auch wenn die Naturwissenschaften in den letzten Jahrhunderten enorme Fortschritte gemacht haben, ist der Bezug zum Jenseits auch heute noch allgegenwärtig, auch wenn regional nicht mehr so stark ausgeprägt. Die Zahlen der Mitgliedschaften der Weltreligionen (Christen: 2,281 Mrd., Muslime: 1,553 Mrd. Hindus: 0,943 Mrd., Buddhisten: 0,463 Mrd, Juden: 0,015 Mrd. Stand: 2010) zeigen dass der Großteil der Weltbevölkerung (6,92 Mrd. Stand: 2010) noch immer, wenn auch in abgeschwächter Form, an ein weiteres Leben nach dem Tod glaubt.

„Offenbar gibt es keine Vorstellung, wie seltsam sie auch sein mag, [...] , wenn sie ihnen nur Erleichterung von dem Wissen verschafft, daß [sic!] sie eines Tages nicht mehr existieren werden, wenn sie ihnen nur Hoffnung auf eine Form der Ewigkeit ihrer Existenz gibt.“⁴

Wenn man also vom Tod spricht, assoziieren die meisten von uns das eigene, körperliche Ende mit dem Anfang im Jenseits. „Wie bei kaum einen anderen Phänomen überlagern sich dabei biologische Erkenntnisse und kulturelle Konstrukte.“⁵ Selbst jene, die keiner religiösen Gemeinschaft angehören kommen im Alltag mit spirituellen Gebilden in Kontakt. Weiters zeigt auch die Definition der Palliativpflege, die die Grundlage der Hospizarbeit ist, der WHO (Weltgesundheitsorganisation), in wie weit diese Überlagerung vorhanden ist:

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual.“⁶

4 Elias 1982, 13.

5 Kaiser, Rosentreter, Groß 2010, 7.

6 World Health Organization, Palliative Care Fact Sheet N°402, Juli 2005, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>, 15.12.2015

So werden hier laut Borasio das erste Mal in der Geschichte der Medizin physische und spirituelle Probleme gleichgestellt.⁷ Obwohl wir den Tod als letzten Teil unseres Lebens wahrnehmen, ist er doch die ganze Zeit Bestandteil unseres Lebens, sogar schon vor der Geburt spielt der Tod eine wichtige Rolle. Um die optimale Entwicklung der Organe und Gliedmaßen im embryonalem Status zu gewährleisten, schalten Zellen, die zuerst im Überfluss produziert wurden, sogenannte Selbstmordgene an. Sie vernichten sich selbst auf die für den Organismus am wenigsten schädlichste Art, sie implodieren sozusagen, um kein Zellmaterial, welches schädlich für die umliegenden Zellen ist, freizusetzen.⁸

Wir sehen, dass der Prozess des Sterbens ein allgegenwärtiger und somit natürlicher ist, der Mensch aber versucht diesen Prozess hinauszuzögern, und mehr noch, auszugrenzen. Anhand des Anstieges der durchschnittlichen Lebenserwartung sehen wir, dass dieses Unterfangen dem Menschen in den letzten Jahrzehnten eindrucksvoll gelungen ist.

7 Vgl. Borasio 2012, 56.

8 Vgl. Borasio 2012, 14.

T O D G E S C H I C H T E

Das nun folgende Kapitel versucht einen kurzen Überblick über den gesellschaftlichen Umgang mit Sterbenden im christlichen europäischen Raum darzustellen. Hierbei muss erwähnt werden, dass es sich hauptsächlich auf den Umgang des Sterbens und der sterbenden Person bezieht, Rituale und Prozesse nach Eintritt des Todes werden nur am Rande dargestellt.

Der Umgang mit sterbenden Personen hat sich mit dem Fortschritt der Medizin erheblich verändert. War der Tod früher etwas öffentliches, wurde er, wie der französische Historiker Philippe Ariès in seinem Werk *Geschichte des Todes* schreibt, seit Mitte des 20. Jahrhunderts „ausgebürgert“.⁹ Erst im 18. Jahrhundert wurde einem Arzt die Aufgabe zur Behandlung und Pflege eines Sterbenden zuteil. Wie schon in der Antike wurde der Arzt bei einer unheilbaren Diagnose abgezogen. So wurde eine Behandlung mit Tod als Folge einer Unfähigkeit des Arztes betrachtet. Ab diesem Moment wurde der Arzt durch einen Priester ersetzt, der dem Sterbenden auf das ewige Heil vorbereitete. Ausgenommen waren Ärzte der herrschenden Klasse (Kaiser, Könige), die ihre Patienten bis zum Tod begleiteten. Die Fürsorge der Sterbenden übernahmen Laien, Ordensmitglieder und Hospitäler, die im Mittelalter entstanden.¹⁰ Wobei hier zu erwähnen ist, dass die Ärzte in der Antike schon einiges an Wissen über den Sterbevorgang besaßen, wie zum Beispiel das etappenweise Absterben der Organe.¹¹

Das Wissen über den eigenen Tod war für die Sterbenden in der Hinsicht eine Erleichterung, da ein plötzlicher Tod, mors repentina genannt, gefürchtet und als „schimpflich und beschämend aufgefaßt [sic!]“¹² wurde. Dieses Verhalten war Folge der frommen Lebenseinstellung jener Zeit, in

9 Vgl. Ariès 1982, 716.

10 Vgl. Kaiser, Rosentreter, Groß 2010, 22-23.

11 Vgl. Stoecker 2010, 26.

12 Ariès 1982, 20.

der der Glaube an ein Weiterleben nach dem Tod mehr Einfluss besaß als es heute der Fall ist. So entstand im 15. Jahrhundert die „ars moriendi“ (Kunst zu Sterben), eine Literaturgattung, die ein heilsames Ableben anordnete. Diese Bücher waren mit Abbildungen versehen, damit auch jene Gläubigen, die nicht lesen konnten, die Anweisungen verstehen konnten. Der Ort des Sterbenden war das eigene Bett, selbst wenn jemand in einem Kampf verwundet wurde, gab es genügend Zeit, das Ableben im Bett zu erleben.¹³

Laut Ariès wurden die letzten Stunden des Sterbenden hochstilisiert.

Umringt von Menschen, glich das Sterbezimmer einer Bühne, auf der es galt, die letzte Prüfung zu meistern. Der Glaube an ein Jüngstes Gericht, wonach nach dem Tod über die Seele entschieden wird, wurde zu dieser Zeit abgelöst von einer letzten Prüfung, wonach das Verhalten am Sterbebett über den Verbleib der Seele in Himmel oder Hölle entschieden wird. Dies glich einem Spiel zwischen Gott und dem Teufel, vor dem auch jene Schichten der Bevölkerung Angst bekamen, die sich keine Sorgen über ihren Verbleib im Jenseits machten.¹⁴

Der Umgang mit Sterbenden war, im Gegensatz zu heute, ein öffentlicher Vorgang.¹⁵ Das lag daran, dass man zu jener Zeit räumlich bedingt nie, bis auf wenige Ausnahmen, alleine war. So waren die beiden Ereignisse, die noch einen animalischen Charakter aufweisen, Geburt und Sterben öffentlichere als heute.¹⁶

Im Verlauf des 16. und 17. Jahrhundert verlagerte sich der Gedanke, sich nicht nur am jähen Lebensende mit dem Tod zu befassen. Die Vorbereitung, wie der Verbleib nach dem Tode wird, sollte sich auf das ganze Leben erstrecken.¹⁷ Bis Mitte des 19. Jahrhunderts spricht Ariès sogar vom schönen Tod. In der Jenseitsvorstellung wurde die Hölle ausgegrenzt, somit war es sicher, den Verstorbenen im Himmel wieder anzutreffen. So schreibt Ariès: „der Besuch im Haus des Toten hat etwas mit dem Besuch im Museum

13 Vgl. Ariès 1982, 138

14 Vgl. Ariès 1982, 138-141.

15 Vgl. Ariès 1982, 30.

16 Vgl. Elias 1982, 31.

17 Vgl. Ariès 1982, 386.

zu tun: wie schön er ist!“¹⁸ Ende des 19. Jahrhunderts gibt es einen Bruch mit der Wahrnehmung des Todes. Der Tod wird schmutzig, die Auffassung und die medizinische Betreuung gegenüber dem menschlichen Körper verändert sich. Ariès spricht bis zu diesem Zeitpunkt von einem gezähmten Tod, der über fast 2 Jahrtausenden Bestand hatte.¹⁹ Wobei Elias, in seinem Buch *Über die Einsamkeit des Sterbens* Ariès kritisiert, da er nicht darauf hinweist, dass die Epen, die Ariès als Grundlage für sein Werk verwendet, idealisiert sind und daher die Realität nicht ganz richtig darstellt.

So schreibt Elias:

„Alles in allem war in dieser mittelalterlichen Gesellschaft das Leben kürzer, die Unkontrollierbarkeit der Gefahren größer, das Sterben oft schmerzhafter, die Schuldangst vor der Strafe nach dem Tode unverdeckter, aber die Mitbeteiligung anderer am Sterben des Einzelnen größer.“²⁰

Bis Beginn des 20. Jahrhunderts wurde noch vornehmlich im eigenem Haus, folglich im eigenen Zimmer, gestorben. Doch dieses Ereignis lagerte sich im Laufe der Jahre aus. Die Betrachtung und die damit verbundenen Begleiterscheinungen wie der Geruch von Kranken und Sterbenden wurde durch Aufkommen steigender Hygiene für die Gesellschaft zum Problem. Das Sterbebett steht nun nicht mehr im eigenem Heim, es steht im Krankenhaus.²¹

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Umgang mit dem Tod jahrhundertlang eine Entwicklung durchmachte, jedoch war er bis Ende des 19. Jahrhunderts immer bewusster Bestandteil des Lebens. Aufwertung des Gesundheitswesens führte zur Trennung, der Tod wird isoliert.

18 Ariès 1982, 601.

19 Vgl. Ariès 1982, 42.

20 Elias 1982, 28.

21 Vgl. Ariès 1982, 727-729.



T O D H E U T E

Wie im vorherigen Kapitel schon angesprochen verlagerte sich der Sterbeort Anfang des 20. Jahrhunderts, ausgelöst auch durch verbesserte hygienische Bedingungen, vom eigenem Heim ins Krankenhaus.

Die Auseinandersetzung mit dem Tod wandelt sich im 20. Jahrhundert stark. Nach dem 1. Weltkrieg wird der normale Tod verdrängt und nur noch die letzten Stunden bis zum Ableben geraten ins Augenmerk. Der Begründer der Psychoanalyse, Sigmund Freud, sah angesichts des 1. Weltkrieges ein zwiespältiges Verhältnis des Menschen gegenüber dem Tod. Auch er meinte, dass der Tod verdrängt wird. Aus diesem Kontext heraus erstellte er 1920 den Begriff des Todestriebes. So meint Freud, „dass es innerhalb eines lebenden Organismus einen Trieb geben muss, [...] frühere Zustände wiederherzustellen.“²² Diese Theorie ist aber äußerst umstritten. Basierend auf Freuds Theorien gibt es auch in der Philosophie (Heidegger, Sartre,...) in weiterer Folge Ansätze den Tod für die Gesellschaft verständlich zu machen. Ab 1945 widerfährt dem Tod eine Medikalisierung. Bei schwerer Krankheit wird man ins Krankenhaus eingeliefert und Sterbende werden wie Kranke behandelt.²³ Ein weiterer Grund für den Umzug ist, dass sich im Laufe der Jahre die Gruppe, die sich um den Sterbenden kümmerte, Familie, Bekannte und Nachbarn, verkleinerte. Heute besteht diese Gemeinschaft meist aus den engsten Verwandten oder nur noch aus dem Ehepartner. Des Weiteren ist auch der Zeitaufwand für die Pflege eines Kranken neben der normalen Arbeit zu hoch und dadurch kaum zu schaffen. Auch die für die Behandlung benötigten Maschinen und Dauer und Art der Behandlungen führen zu einer Pflege im Krankenhaus.²⁴

22 Lacina 2009, 50.

23 Vgl. Ariès 1982, 747-748.

24 Vgl. Ariès 1982, 730.

Der italienische Palliativmediziner Gian Domenico Borasio schreibt in seinem Buch *Über das Sterben*, das ca. 90% der Sterbevorgänge mit Hilfe von geschulten Helfern zu Hause stattfinden könnten.²⁵ Das würde auch dem Wunsch vieler Menschen entgegenkommen.

In Deutschland zum Beispiel sterben zur Zeit aber nur 25 – 30% der Menschen in der eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus, obwohl es der Wunsch von ca.90% der Bundesbürger wäre. Die Pflege wird, wenn nicht von einem gelernten Pfleger, oft von den Töchtern oder den Schwiegertöchtern übernommen.²⁶ Borasio kritisiert hier auch den Umstand der Pflegebeschäftigung, die „oft nur durch Einsatz von halb- bis illegal arbeitenden Pflegekräften aus dem Ausland möglich ist.“²⁷

Der Umstand, dass meist in Krankenhäusern oder Heimen gestorben wird, hat, wie vorher schon einmal erwähnt, zur Folge, dass der Tod aus dem Bewusstsein der Menschen verdrängt wird. So stellte Elias fest, dass der Umgang mit Sterbenden heute keine große Bedeutung in den Lernphasen des sozialen Lebens hat. Redewendungen verkommen zu einem, für den Sprechenden, peinlichen Ausspruch, obwohl diese dem Kranken entgegenkommen.²⁸

Es wird aber auch der Standpunkt vertreten, dass der Tod wieder weiter in das Leben der Gesellschaft rückt. Mediale Aufmerksamkeit, wie das Ableben von Staatsmännern, populären Künstlern oder die Debatte über Sterbehilfe verhilft den Menschen, sich über den Tod Gedanken zu machen. Ein weiterer Trend für das öffentliche Bewusstsein über das Sterben sind Palliativstationen und Hospize, die in den 1960er Jahre aufkamen. Diese Einrichtungen sind zwar teilweise abgeschottete Bereiche, das Ansteigen

25 Vgl Borasio 2012, 26.

26 Vgl Borasio 2012, 30-31.

27 Borasio 2012, 38.

28 Vgl Elias 1982,39-40.

dieser zeigen aber dennoch, dass die Gesellschaft den Tod wieder als Teil des Lebens und nicht nur als Versagen der Medizin ansieht. Auch in der Medizin gab es in den 1960er Jahren einen Umbruch in der Todesfeststellung. Galt früher noch der Ausfall des Herz- Kreislaufsystems als Tod des Menschen, gilt heute der Hirntod als endgültiges Verscheiden der Person. Auslöser dieser Neudefinition war einerseits die Entwicklung der Intensivmedizin, Maschinen konnten Funktionen von Organen übernehmen, und andererseits die Möglichkeit Organe zu transplantieren.²⁹

„Mehr als zuvor kann man heute hoffen, durch die Kunst der Ärzte, durch Diät und Medikamente den eigenen Tod hinauszuschieben.“³⁰

29 Vgl. Stoecker 2010, 33.

30 Elias 1982, 74.

HOSPIZ



VORLÄUFER DES HOSPIZES

Das Wort Hospiz bezieht sich auf das lateinische Wort *hospitium*, Gastfreundschaft, Herberge und Bewirtung. Oliver und Dieter Seitz stellen in ihrem Buch zur modernen Hospizbewegung die Herkunft des Wortes und die Geschichte des Hospizes dar. Laut ihnen ist das Wort „Hospiz“ noch keine 200 Jahre alt, die lateinische Herkunft ist aber schon länger existent.³¹ „Die Geschichte der Hospize reicht jedoch schon 2000 Jahre zurück und hat ihre Vorläufer im Römischen Reich“³²

Tanja Jankowiak schreibt in ihrem Werk *Tod und Architektur*, dass sich das Hospiz, wie auch das Krankenhaus und das Altenheim, im mittelalterlichen Hospital gründet. Eine Gebäudetypologie, die sich angefangen um 500 n. Chr. bis ins 18. Jahrhundert gehalten hat. Erst dann hat eine Spezialisierung der Gebäudetypen (Krankenhaus, Altenheim) stattgefunden.³³ Frühformen der mittelalterlichen Hospitale waren Xenodochien (Fremdenherbergen), diese wiederum „lassen sich auf antike Vorformen zurückführen“³⁴. Wobei Jankowiak bei der Beschreibung dieser Vorformen zuerst von „Herbergen, die häufig in Zusammenhang mit Tempeln gebaut wurden“³⁵ spricht und später das „römische Wohnhaus der Antike“³⁶ als Vorform des Xenodochiums nennt.

In diesen Xenodochien galt die christliche „caritas“ (christliche Nächstenliebe; Wohltätigkeit³⁷). So wurde „ortsfremden Reisenden und dem pilgernden Glaubensbruder“³⁸ Unterkunft gegeben.

31 Vgl. Seitz/Seitz 2002, 10.

32 Heinz Pichlmaier, zit. n. Jordan 2007, 39.

33 Vgl. Jankowiak 2010, 29.

34 Jankowiak 2010, 32.

35 Jankowiak 2010, 32.

36 Jankowiak 2010, 47.

37 Duden, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Karitas>, 16.01.2016.

38 Seitz/Seitz 2002, 13.

Auch Isabella Jordan schreibt über diese Unterkünfte, wobei sie auch Sterbende miteinbezieht: „Die ersten im vierten Jahrhundert gegründeten christlichen Orden waren Hospitalorden. Sie boten Reisenden eine Herberge und nahmen sich vereinsamer, im Sterben liegender und kranker Menschen an.“³⁹

„Im christlichen *xenodochium* von Porto waren die Unterkünfte der Pilger dem Prinzip nach wie die Schlafräume im antik-römischen Wohnhaus um einen offenen Hof mit umgebendem Gang angeordnet. Unmittelbar an diese im Grundriss U-förmige Anlage im Westen de Gebäudekomplexes schloß nach Osten eine Kapelle an, in welcher der förmliche Gottesdienst stattfand.“⁴⁰

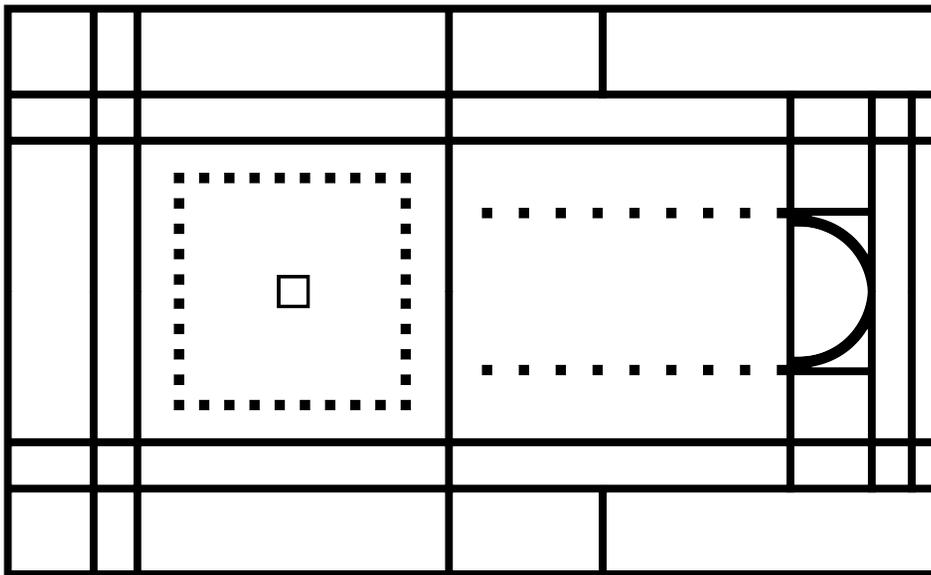


Abb. 2: xenodochium von Porto

39 Jordan 2007, 39.

40 Jankowiak, 2010 32.

Im Klosterplan von St. Gallen (ca.820) wurde der Bautypus des Xenodochium von Porto, mit Kreuzgangklausur, im infirmarium übernommen. So gab es im Idealplan der Benediktiner zwei Gästeherbergen (domus hospitum für reiche Leute und hospitale pauperum für arme Reisende) und eine Krankenstation für Mönche (infirmarium).⁴¹ Diese Station war zuerst nur für Mönche bestimmt, später wahrscheinlich auch für Hilfesuchende, in den seltensten Fällen für Sterbende.⁴² Schon vor dem Idealplan von St. Gallen wurden durch reisende irische Missionare Kloster, aber auch Hospize entlang von Pilgerstraßen in Europa erbaut. Italienische Kaufleute errichteten um 600 ein Hospital für Pilger in Jerusalem. Aus diesem heraus wurden später weitere Hospize entlang von Pilgerstraßen erbaut. Grund der vielen Hospize im Mittelalter waren die enormen Pilgerströme, die zu heiligen Stätten pilgerten, in jener Zeit.⁴³

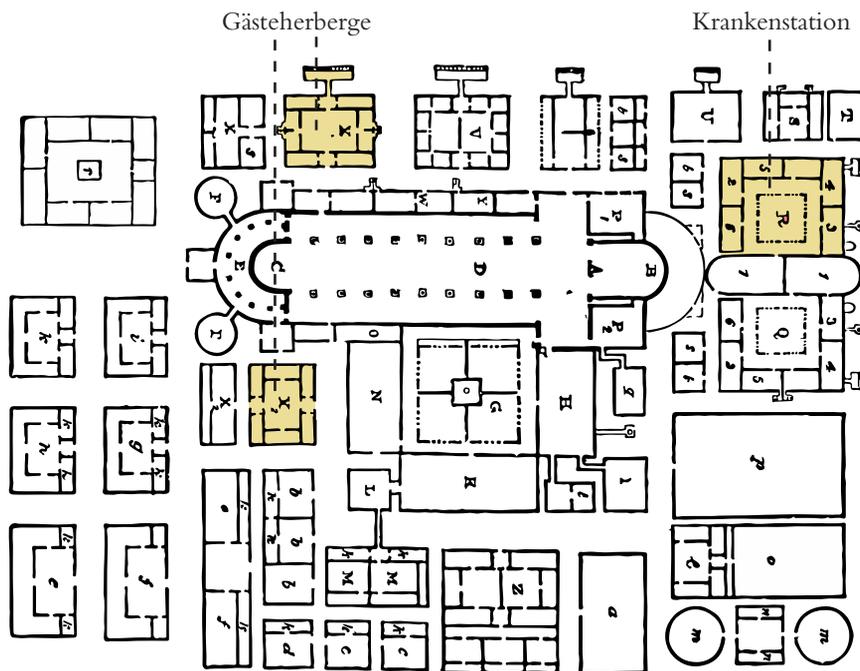


Abb. 3: Klosterplan von St. Gallen

41 Vgl. Jankowiak 2010, 33.

42 Vgl. Seitz/Seitz 2002, 18.

43 Vgl. Seitz/Seitz 2002, 20.

Die Typologie der mittelalterlichen Hospitäler veränderte sich. Ausgehend von Xenodochium bestand die „Reinform des hochmittelalterlichen Hospital aus einem einzigen Raum mit Altar, in dem die Hospitaliten wohnten und zugleich förmliche Gottesdienste“⁴⁴ abgehalten haben.

Auch Ritterorden begannen im 12. und 13. Jahrhundert, nach der Eroberung Jerusalems im Jahr 1099, mit dem Bau von „Gaststätten in Gestalt von Hospizen“⁴⁵ in Europa. Diese konzentrierten sich aber auf „Städte und ihre unmittelbare Umgebung“⁴⁶ und gaben „kranken, sterbenden und anderen hilfsbedürftigen Menschen“⁴⁷ Unterkunft. Auch hier wurde die Bautypologie weiterentwickelt.

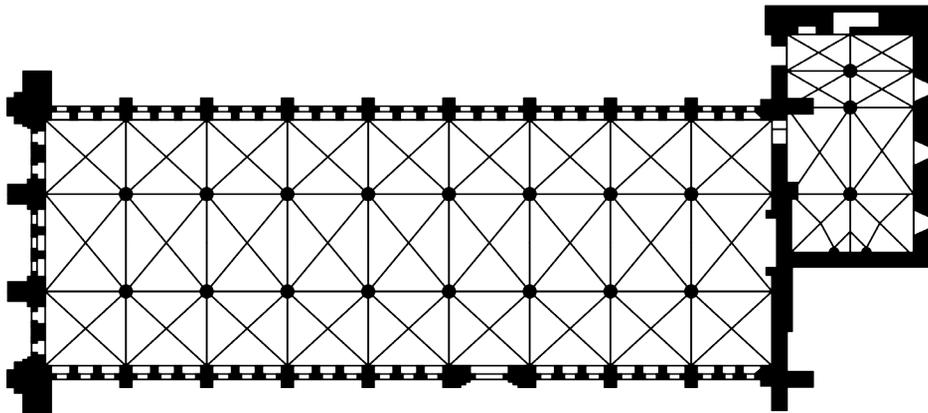


Abb. 4: Hospital im Kloster von Ourscamp 1210

44 Jankowiak 2010, 35.

45 Jordan 2007, 39.

46 Jankowiak 2010, 38.

47 Jordan 2007, 39.

Im Johanniter-Hospital in Niederweisel verabschiedete man sich vom Konzept des Einraumhospitals. Hier wurde ein zweigeschossiges Hospital (die Schlafsäle wurden geschlechtsspezifisch getrennt) errichtet. Weiterhin gab es, so wie im Kloster von Ourscamp, eine direkte Sicht vom Bett zum Alter. In weiterer Folge wurde in späteren Hospitals eine Trennung des Altarraums und dem Schlafsaals vollzogen. So gab es nun einen eigenen profanen Bereich und einen eigenen sakralen Bereich innerhalb dieser Einrichtungen, wie am Heilig-Geist-Hospital in Lübeck ersichtlich. Angemerkt sei, dass die Trennung der räumlichen Funktionen noch nicht maßgebend für eine Säkularisierung des Bautypus war.⁴⁸

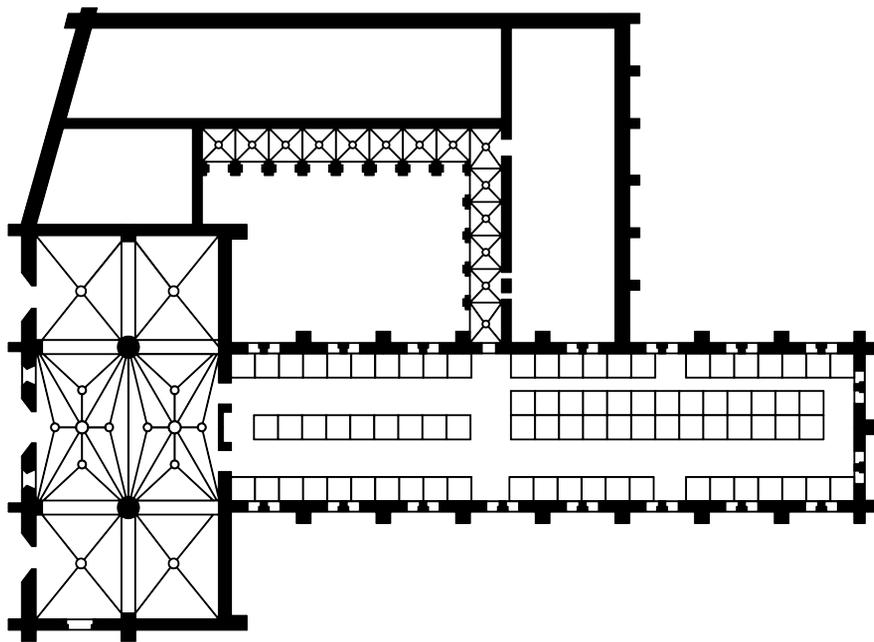


Abb. 5: Heilig-Geist-Hospital in Lübeck 1296

45 Jordan 2007, 39.

Das Aufkommen von sogenannten Pfründhäusern, die Vorläufer der Altenheime, im 13. Jahrhundert zeigt eine funktionsgebundene Spezialisierung mittelalterlicher Hospitäler.⁴⁹

Seitz und Seitz schreiben von einer

„Weiterentwicklung der ursprünglichen **Fremdenherbergen** (Xenodochien) zu „**caritativen Sozialherbergen**“. Ausgehend vom griechischen Begriff „xenos“ entwickelte sich über die lateinische Übersetzung „hospes“ das Xenodochion zum **Hospital** und zum **Hospitium**.“⁵⁰

Weiters muss laut den beiden eine funktionale Gliederung unter den Hospitälern erfolgen. Seitz/Seitz verweisen auf die Unterscheidung der mittelalterlichen Hospitale laut Eckart:⁵¹

Spitaltypen:

- Allgemeine und Hauptspitäler
- Fremden- und Pilgerspitäler
- Armen- und Seelhäuser
- Blatter- und Franzosenhäuser
- Lebrosenspitäler

Seitz/Seitz kommen zu folgender Feststellung:

„Fremden- und Pilgerspitäler sind Herbergen vor allem für Pilger, Reisende und Wanderer. Diese fanden dort Rast, Zuflucht und im Krankheitsfall wurden sie auch versorgt. **Nur** die Fremden- und Pilgerspitäler können mit dem Begriff „Hospiz“ bezeichnet werden, sie sind de facto **Hospital und Hospiz**.“⁵²

49 Vgl. Jankowiak 2010, 29.

50 Seitz/Seitz 2002, 23.

51 Vgl. Eckart, zit. n. Seitz/Seitz 2002, 23.

52 Seitz/Seitz 2002, 24.

Zur Zeit der Reformation, im 16. und 17. Jahrhundert, wurden Klöster geschlossen, und damit auch angebundene Hospize. Die christliche caritas unterlag zu dieser Zeit einer Minderung. Aufkommende katholische Pflegegemeinschaften (z.B.: Filles de la Charitè) errichteten im Laufe des 17. Jahrhunderts neue Hospize. Diese Institutionen weisen erste Gemeinsamkeiten mit dem modernen Hospiz auf, die Schmerzminderung Sterbender.⁵³

In Dublin wurde von den Irish Sisters of Charity 1879 das Our Lady`s Hospice eröffnet. Gründerin der Irish Sisters of Charity, Mary Aickenhead, „stellte ihr eigenes Heim zur Verfügung und nannte es „Hospiz“.“⁵⁴ Grundgedanke war eine bessere Unterbringung Sterbender.

Der Begriff Hospiz wurde von Aickenhead gewählt, da für sie das Ereignis Tod nur eine Zwischenstation darstellte, und ein weiteres Leben danach kommen würde.⁵⁵

Ein direkter Vorläufer des heutigen modernen Hospizes war das St. Joseph`s Hospice in London, eröffnet im Januar 1905 unter der Leitung von Nonnen der Irish Sisters of Charity. Diese Einrichtung nahm speziell Sterbende auf, wobei die Behandlung weitestgehend an die Sitten des mittelalterlichen Hospitals (caritas) angelehnt wurden.⁵⁶ Aus bautypologischer Sicht sei angemerkt, dass sich diese Einrichtung nicht auf ein einziges Gebäude bezieht, diese Anstalt bestand aus „mehreren nebeneinander liegenden Londoner Stadthäusern mit einem eigenen Garten“. ⁵⁷ Erst mit der Gründung des ersten modernen Hospizes in den 60er Jahren wurde die medizinische Begleitung Sterbender eingeführt.

53 Vgl. Jordan 2007, 40.

54 Seitz/Seitz 2002, 67.

55 Lamerton zit. n. Seitz/Seitz, 2002, 68.

56 Vgl. Jankowiak 2010, 192.

57 Jankowiak 2010, 192.

ERSTE HOSPIZ



C I C E L Y S A U N D E R S

Wie im vorherigen Kapitel ersichtlich, ist die Gebäudetypologie des modernen Hospizes eine geschichtlich gesehen junge Typologie. 1967, also erst Mitte des 20. Jahrhunderts, entsteht in London das erste moderne Hospiz. Die eigentliche Idee zum Bau des Gebäudes stammt von Dame Cicely Saunders, geboren 1918. Die Krankenschwester, medizinische Sozialarbeiterin und später Ärztin trifft 1947 den krebskranken David Tasma, ein Überlebender des Holocaust im Warschauer Ghetto. In den letzten 2 Lebensmonaten Tasmass diskutierten er und Saunders die Idee eines würdevollen und geeigneten Platzes zum Sterben. Tasma lag zu dieser Zeit in einem 50-Bett-Raum in einem Londoner Krankenhaus. David Tasma vermachte Saunders 500 Pfund. Mit den Worten „Ich werde ein Fenster in deinem Heim sein“⁵⁸ gab David Tasma Cicely Saunders den Anstoß ihren gemeinsamen Wunsch, eine angemessene Anstalt für Sterbende, zu verwirklichen. Laut Saunders wurden „seine 500 Pfund [...] zum Grundstock einer Stiftung, die schließlich fast 500 000 Pfund zum Bau von St. Christopher aufbringen würde“.⁵⁹ Wie im Buch *Brücke in eine andere Welt* geschrieben, sind auch weitere Patienten, die Saunders pflegte, wie z.B. Antoni Michniewicz, als Gründer der Idee für das später eröffnete Hospiz zu nennen.⁶⁰ Saunders begann am St. Mary`s Hospital mit Studien über Schmerzbehandlungen zur Linderung der Schmerzen der Sterbenden. Die daraus resultierenden Ergebnisse konnte sie am St. Joseph`s Hospice (im vorherigen Abschnitt erwähnt), in dem sie später arbeitete, anwenden.

So schrieb Saunders 1959 einen Text, der im Laufe der Jahre öfter überarbeitet wurde, der die Grundzüge ihrer Vorstellung von einer solchen Anstalt beinhaltete. Der Text gliedert sich in 2 Abschnitte, *The Need* und *The*

58 Saunders/Hörl(Hg.) 1999, 16.

59 Saunders/Hörl(Hg.) 1999, 13.

60 Saunders/Hörl(Hg.) 1999, 25.

Scheme. Der erste Teil bezieht sich auf die Notwendigkeit von spezialisierten Einrichtungen für Sterbende, der zweite Teil beschreibt das Programm dieser Einrichtung.⁶¹ Aus diesem Programm heraus wurde 20 Jahre, nachdem sie die erste und für diese Idee inspirierende Begegnung mit David Tasma hatte, das St. Christopher`s Hospice in Sydenham, einem Vorort Londons, geplant und 1967 eröffnet. Laut Jankowiak bestand die Idee des Hospizes nach Saunders auf „3 zentralen Aufgaben, die innerhalb dieser Einrichtung erfüllt werden sollten: erstens die Beherbergung, zweitens die spirituelle Begleitung, [...], und drittens eine [...] spezialisierte schmerzlindernde Behandlung“⁶²

Saunders kam in ihren Studien über Schmerzen zur Erkenntnis, dass der Schmerz Sterbender nicht nur medizinisch entgegenzuwirken sei. Sie prägte 1967 den Begriff „totaler Schmerz“, worunter ist damit die Verbindung physischer und psychischer Schmerzen gemeint ist. Die Pflege todkranker Patienten muss daher von einem interdisziplinären Team erfolgen.⁶³ Dies wird als Beginn der Palliative Care (aus dem lateinischen *pallium*, Mantel) angesehen.

Wurde dem Patienten früher erst bei extremen Schmerzen Schmerzmittel verabreicht, konnten nun durch Anwendung des Behandlungsplanes physische und die dadurch auch hervorgerufenen psychischen Schmerzen reduziert werden.⁶⁴ Saunders nannte ihre Behandlungsmethode zunächst „terminal care“ und etwas später „hospice care“. Letzendlich hat sich aber der Begriff „Palliative Care“ durchgesetzt.⁶⁵ Dieser Begriff stammt von Dr. Balfour Mount, der 1975 in Montreal, Kanada, die erste moderne Palliativstation gründete. Die Namensgebung dieser Institution sah zwar zuerst den Begriff *hospice* vor, da aber in diesem Teil Kanadas Französisch die offizielle Sprache ist und dieser Begriff schon verwendet wurde (für ein Pflegeheim) entschied sich Dr. Mount für *soins palliatifs* (franz.) / *palliative care* (engl.).⁶⁶

61 Vgl. Jankowiak 2010, 193-194.

62 Jankowiak 2010, 193.

63 Saunders/Hörl(Hg.) 1999, 11.

64 Dr. Cicely Saunders starb am 14. Juli 2005, http://www.hospiz.at/index.html?http://www.hospiz.at/dach/tod_cicely_saunders.htm, 14.01.2016.

65 Vgl. Student/Napiwotzky 2011, 7.

66 Vgl. Borasio 2012, 176-17.

„Mit ‘‘Hospiz’’ verbindet sich eher die Idee, die Bewegung; mit ‘‘palliativ’’ eher das professionelle Handeln. Das Werkzeug, das die Hospizidee zu ihrer Verwirklichung braucht, ist ‘‘Palliative Care’’, also palliative Betreuung. Mit Hilfe der Hospizidee kann die Palliativmedizin den ganzen Menschen in den Blick nehmen, kann als wenig technisierte, personalintensive, spezialisierte Medizin schwerkranken und sterbenden Menschen medizinische Hilfe, Pflege und psychosoziale Unterstützung zukommen lassen.“⁶⁷

ELISABETH KÜBLER - ROSS

Eine weitere wichtige Person in der Geschichte der Begleitung Sterbender ist die aus der Schweiz stammende Ärztin Elisabeth Kübler-Ross. Sie veröffentlichte 1969 in den USA das Buch *On Death and Dying*, auf Deutsch *Interviews mit Sterbenden*. Ein Buch, das laut Student und Napiwotzky „einer breiten Öffentlichkeit provozierend zeigte, dass man mit sterbenden Menschen sprechen kann, sie wahrnehmen kann und muss und dass Sterben eine wichtige Lebensphase ist.“⁶⁸

Dieses Werk diente nicht nur zur Erläuterung der Gefühlswelt eines Sterbenden, vor allem wurde den Angehörigen und Pflegern die Verhaltensweise Sterbender verständlich gemacht. Kübler-Ross beschreibt 5 Sterbephasen, „die der Mensch durchzumachen hat, wenn er eine unheilvolle Nachricht erhält: Es sind Verteidigungsmechanismen im psychiatrischen Sinn, Mechanismen zur Bewältigung extrem schwieriger Situationen.“⁶⁹ Es wird erwähnt, dass sich diese Phasen auch überschneiden können und verschieden lange anhalten. Auch gibt es in jeder der 5 Sterbephasen immer noch die Hoffnung. Auch wenn sich der Patient schon mit der Realität des eigenen nahen Todes abgefunden hat, gibt es die Hoffnung auf ein neuartiges Me-

67 Dr. Elisabeth Medicus, „Hospiz“ - „Palliativ“ Ein Beitrag zur Begriffsbestimmung, http://www.hospiz.at/index.html?http://www.hospiz.at/dach/tod_cicely_saunders.htm, 25.01.2016.

68 Student/Napiwotzky 2011, 42.

69 Kübler-Ross, 1980, 94.

dikament, eine neuartige Behandlung, die es dem Patienten ermöglicht weiterzuleben.⁷⁰

5 Sterbephasen nach Kübler-Ross:

Erste Phase:	Nichtwahrhabenwollen und Isolierung
Zweite Phase:	Zorn
Dritte Phase:	Verhandeln
Vierte Phase:	Depression
Fünfte Phase:	Zustimmung

Nachfolgend werden die 5 Sterbephasen kurz erläutert, da diese ein bedeutungsvolles Element in der Beziehung zwischen Patient sowie Pfleger/Angehörige und in Folge dessen für die Planung eines Hospizes darstellen. Monika Specht-Tomann und Doris Tropper beschreiben in ihrem Buch *Zeit des Abschieds* die einzelnen Phasen und die dazugehörigen Merkmale ausführlich.

Die erste Phase ist geprägt von einer Verdrängung der Diagnose, die Benachrichtigung löst einen Schock aus. Es wird versucht, das Leben normal weiterzuführen, da die geregelten Tagesabläufe dem Sterbenden als Halt dienen. Mitteilungen von außen werden schwer angenommen, da diese Rückschlüsse auf die Diagnose zulassen.⁷¹

Der Übergang zur zweiten Phase wird durch das Aufbrechen der Verdrängung gekennzeichnet. Dem Sterbenden wird bewusst dass er selbst betroffen ist. Als Folge dessen zeigt der Sterbende starke Emotionen, verbale Attacken an das Umfeld sind Auswirkungen der Wut und des Zorns. „Dahinter steht die Frage: „Warum denn gerade ich?““⁷²

70 Vgl. Kübler-Ross 1980, 94-95.

71 Vgl. Specht-Tomann/Tropper 2000, 24.

72 Kübler-Ross 1980, 26.

In der Phase der Verhandlung wird um eine Verlängerung des Lebens gebeten. Es wird versucht „das Unvermeidliche durch eine Art Handel hinauszuschieben“. ⁷³ Angemerkt sei hier, dass nicht nur auf spiritueller Ebene (mit Gott) sondern auch mit dem Umfeld (Ärzte, Pfleger, Angehörige) verhandelt wird. ⁷⁴

Kübler-Ross spricht in der vierten Phase von zwei Arten der Depression, „man könnte sagen, daß [sic!] die erste Art der Depression reaktiv, die zweite sozusagen vorbereitend ist“. ⁷⁵ In der reaktiven Depression wird den verpassten Möglichkeiten nachgetrauert, in der zweiten Depression, die die vorbereitend ist, wird um die Ereignisse die man selbst nicht mehr erlebt, getrauert. Specht-Tomann/Tropper bezeichnen die zweite Art als vorausschauende Traurigkeit. ⁷⁶

Im letzten Abschnitt der 5 Phasen, der Zustimmung, kehrt laut Specht-Tomann/Tropper eine Zufriedenheit ein, die oft auf physische und psychische Erschöpfung beruht oder dass das eigene Ende als Erlösung gesehen wird. ⁷⁷ Diese Zufriedenheit darf laut Kübler-Ross aber „nicht als ein glücklicher Zustand verstanden werden: Sie ist fast frei von Gefühlen.“ ⁷⁸ Gerade diese Phase ist auch für Angehörige schwer, da sich die Kommunikation seitens des Sterbenden mehr auf Gesten beschränkt als auf verbale Äußerungen. ⁷⁹ Student/Napiwotzky erklären, dass diese Trauerphasen nicht nur bei Sterbenden vorhanden sind. So werden bei Verlust eines Angehörigen, einer Arbeitsstelle oder aber auch bei Verlust von kleinen Gegenständen (z.B. Geldbeutel,...) die 5 Trauerphasen, wenn auch in mehr oder minder abgeschwächter Form, durchlebt. ⁸⁰

73 Kübler-Ross 1980, 54.

74 Vgl. Specht-Tomann/Tropper 2000, 29.

75 Kübler-Ross 1980, 58.

76 Vgl. Specht-Tomann/Tropper 2000, 33.

77 Vgl. Specht-Tomann/Tropper 2000, 36.

78 Kübler-Ross 1980, 78.

79 Vgl. Kübler-Ross 1980, 78.

80 Vgl. Student/Napiwotzky 2011, 43.

ST. CHRISTOPHER´S HOSPICE

Im Nachfolgenden wird das St. Christopher`s Hospice vorgestellt, das als das erste moderne Hospiz gilt und gleichzeitig Vorlage bzw. Vorbild, hinsichtlich der vorherrschenden Ethik, vieler später realisierter Hospize ist. Cicely Saunders hatte eine klösterliche Anlage als Leitbild des Hospizes in Gedanken.⁸¹ In Anbetracht der geschichtlichen Entwicklung, aus der das Hospiz entstand, ist dieses Vorbild naheliegend. Zwar sollte es keine religiöse Gewichtung bei der Patientenaufnahme geben, so verstand Saunders ein Hospiz aber als christlich geführtes Institut.⁸² Was wiederum eine Verbindung zu den geistlich geprägten mittelalterlichen Hospitalen darstellt.

Obwohl Saunders angeboten wurde, ihre Vorstellung in einem bestehenden Krankenhaus einzurichten, bestand sie darauf, ein eigenes neues Gebäude zu errichten. Rahmenbedingungen waren einerseits die Erreichbarkeit des Hospizes mittels öffentlichen Verkehrsmitteln und andererseits eine Baulage, in dessen Umgebung noch keine andere vergleichbare Einrichtung vorhanden ist.⁸³ So fand man in Sydenham, einem kleinem Vorort Londons, den passenden Baugrund für ihr Vorhaben. Im Vergleich mit Cicely Saunders Vorstellung, welche sie in ihrem Text *The Scheme* niederschrieb, weicht das realisierte Gebäude davon ab. „Das Bild einer klösterlichen Hofstruktur findet sich auf architektonischer Ebene lediglich rudimentär wieder,“⁸⁴ beurteilt Jankowiak

Dem Architekten Justin Smith wurden die beiden von Saunders ausgearbeiteten Skripte, *The Scheme* und *The Need*, überlassen um, zusammen mit Saunders, das Gebäude zu entwerfen. Smith war vorher schon für einen Umbau einer Abteilung im St. Joseph`s Hospital verantwortlich.⁸⁵

81 Vgl. Jankowiak 2010, 206.

82 Holder-Franz 2012, 71.

83 Holder-Franz 2012, 74-75.

84 Jankowiak 2010, 206.

85 Vgl. Holder-Franz 2012, 75.

Der von Saunders gewünschten Stationenaufteilung und womöglich der vorhergehenden Arbeit von Justin Smith ist es zuzuschreiben, dass das 5-geschossige Gebäude eher den Anschein eines konventionellen Krankenhauses erwirkt. Dies ist vor allem dem 4-geschossigen Bettentrakt zu verdanken, welcher die Aufmerksamkeit auf sich zieht. Im Inneren weicht der Krankenhauscharakter zugunsten einer wohnlicheren Atmosphäre.⁸⁶ Saunders hatte noch 4 bis 6 Betten pro Zimmer vorgesehen, die alle direkt neben einem Fenster platziert sein sollten.⁸⁷

Nach Saunders Plänen sollten anfänglich etwa 100 Patienten im Hospiz eine Unterkunft gewährt werden.⁸⁸ Heute sind im St. Christopher's Hospice aber nur noch Einzelzimmer verfügbar und es bietet 48 Bewohnern Platz. Die Verbindung zur Außenwelt ist neben den Fenstern durch Balkone gegeben. Die Räume so zu gestalten, dass die Betten verschiebbar sind, war ein Anliegen Saunders den Menschen auch bei fortgeschrittener Krankheit und der damit einhergehenden Bettlägerigkeit, Kontakt mit der Umgebung herzustellen. Bei den meisten Bewohnern ist aber die Blickbeziehung zur Außenwelt krankheitsbedingt die einzige Verbindung.⁸⁹

Eine weitere Abweichung zur Vorstellung Saunders ist die Platzierung der Kapelle. Anders als in ihrem Skript ausgearbeitet, nimmt die Kapelle keinen zentralen Ort ein, um der spirituellen Ebene Ausdruck zu verleihen. Im realisierten Gebäude hat dieser Raum eine untergeordnete Rolle eingenommen.⁹⁰

Für die Verabschiedung eines Verstorbenen gibt es einen gesonderten Aufbahrungsraum, der unter der Kapelle angeordnet ist und besinnlicher als die Kapelle wirkt.⁹¹

86 Vgl. Jankowiak 2010, 207-208.

87 Vgl. Holder-Franz 2012, 75.

88 Vgl. Holder-Franz 2012, 72.

89 Vgl. Jankowiak 2010, 204.

90 Vgl. Jankowiak 2010, 202.

91 Vgl. Jankowiak 2010, 203.

BEGRIFFSBESTIMMUNG



Im Folgenden wird eine Begriffsbestimmung vorgenommen. Einerseits, um die verschiedenen Angebote, die es in Österreich zur Versorgung Sterbender gibt, zu unterscheiden und ihre Tätigkeit aufzuzeigen, andererseits, um das Leistungsangebot für die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung zu verstehen.

PALLIATIVE CARE

Definition laut WHO (World Health Organization):

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual.“⁹²

PALLIATIVSTATION

Palliativstationen sind eigenständige Stationen in Akutkrankenhäuser zur Aufnahme von Patienten mit Symptomen weit fortgeschrittener, unheilbarer Krankheit, deren Verbleib durch den sehr hohen Betreuungsaufwand zu Hause nicht möglich ist und daher ein Krankenhausaufenthalt unumgänglich ist. In dieser Station wird versucht eine Linderung der Schmerzen herbeizuführen. Jedoch werden keine Therapien der Grunderkrankung eingesetzt. Es wird versucht, den Patienten wieder zu entlassen. Angehörige werden, wenn möglich, in die Betreuung miteinbezogen.⁹³

92 World Health Organization, Palliative Care Fact Sheet N°402, Juli 2005, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>, 15.12.2015

93 Vgl. Gesundheit Österreich GmbH(Hg) 2014, 13.

STATIONÄRES HOSPIZ

Stationäre Hospize sind Einrichtungen für die Betreuung von Patienten mit weit fortgeschrittener, unheilbarer Krankheit deren Verbleib zu Hause nicht möglich ist. Der Aufenthalt in Hospizen ist bis zum Ableben des Patienten gedacht. Bei Verbesserung des Zustandes eines Patienten ist auch die Entlassung möglich. Ziel dieser Anstalt ist es die psychosozialen und physischen Schmerzen zu lindern bzw. zu überwachen. Ein hohes Maß an Lebensqualität soll erreicht werden. Angehörige werden während des Aufenthalts und auch nach Ableben des Patienten betreut bzw. begleitet.⁹⁴

TAGESHOSPIZ

Diese dienen der Betreuung von Patienten tagsüber. Die Patienten können noch zuhause leben, Angehörige werden durch die Betreuung tagsüber aber entlastet. Ein Ziel dieser Einrichtung ist es, eine soziale Isolation der Patienten zu verhindern. Angehörige werden im Tageshospiz palliativmedizinisch, psychosozial und pflegerisch beraten.⁹⁵

MOBILE HOSPIZ- UND PALLIATIVTEAMS

Ein multiprofessionelles Team zur Betreuung von Patienten zu Hause oder im Heim. Das Expertenteam gibt den Betreuern, behandelnden Hausärzten,... Auskunft über spezielle palliativmedizinische Maßnahmen. Jedoch kann der Patient selbst vom mobilen Hospizteam betreut werden. Ziel ist es, das weitere Verbleiben des Patienten in seinem gewohnten Umfeld zu ermöglichen.⁹⁶

94 Vgl. Gesundheit Österreich GmbH(Hg) 2014, 16.

95 Vgl. Gesundheit Österreich GmbH(Hg) 2014, 19.

96 Vgl. Gesundheit Österreich GmbH(Hg) 2014, 25.

PALLIATIVKONSILIARDIENST

Dieser Dienst umfasst ein multiprofessionelles Team, dessen Aufgabe hauptsächlich die Beratung des Krankenhauspersonals ist. Ziel ist es, die Expertise an betreuende Ärzte und Krankenpfleger weiterzugeben.⁹⁷

ABGESTUFTE HOSPIZ- UND PALLIATIV- VERSORGUNG

„Eine adäquate Palliativversorgung erfolgt idealerweise in einem System abgestufter Versorgung. Dadurch kann dem Grundsatz „die richtigen Patientinnen und Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ zu versorgen, entsprochen werden. Man benötigt neben den traditionellen, etablierten Einrichtungen und Dienstleistern des Gesundheits- und Sozialwesens eigene, spezialisierte Versorgungsangebote. Diese – auch „Bausteine“ genannten – Angebote fügen sich in das Versorgungssystem ein.“⁹⁸

Grundversorgung	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativstationen
Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Niedergel. (Fach) Ärzteschaft, Mobile Dienste, Therapeuten			Tageshospize

Abb. 6 Abgestufte Hospiz und Palliativversorgung

97 Vgl. Gesundheit Österreich GmbH (Hg) 2014, 22.

98 Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung, <http://www.hospiz.at/>, 01.02.2016.

AUFGABENBEREICH HOSPIZ



G R U N D E L E M E N T E

Laut dem deutschen Psychotherapeuten, Arzt und Palliativpfleger Johann-Christoph Student gibt es 5 Grundelemente, die ein jedes Hospiz in sich trägt. Student spricht von „Minimalanforderungen, die an ein Hospizprogramm zu stellen sind.“⁹⁹

- „Der sterbende Mensch und seine Angehörigen (im weitesten Sinne) sind gemeinsame Adressaten des Hospizdienstes.“¹⁰⁰

Im Gegensatz zu anderen Institutionen im Gesundheitswesen hat der Patient die Kontrolle über die Geschehnisse. Die Betreuung wird nicht nur auf den Patienten eingeschränkt, Angehörige werden in die Betreuung miteinbezogen, da auch das Umfeld des Patienten oft mehr leidet als der Patient selbst.¹⁰¹

- „Die Betroffenen werden durch eine interdisziplinär arbeitendes Team von Fachleuten unterstützt.“¹⁰²

Um todkranke Patienten zu pflegen muss auf ihre vielfältigen Bedürfnisse eingegangen werden. Da der Patient unter physiologischen und psychologischen Schmerzen leidet, müssen Spezialisten verschiedenster Arbeitsfelder zusammenarbeiten. Neben dem medizinischen Personal (Krankenpfleger, Arzt) widmen sich Sozialarbeiter und Seelsorger um Patienten und Angehörige. Dieses Team muss sich auch gegenseitig unterstützen, um die emotionale Belastung dieser Arbeitstätigkeit zu bewältigen.¹⁰³

99 Student, 1994, 22.

100 Student, 1994, 22.

101 Vgl. Student, 1994, 22.

102 Student, 1994, 23.

103 Vgl. Student/Napiwotzky 2011, 9.

- „Freiwillige Helfer werden in den Hospiz-Dienst einbezogen.“¹⁰⁴
Ehrenamtliche Mitarbeiter verrichten alltägliche Arbeiten (wie Kochen, Einkaufen,...), um den Sterbenden nicht aus der Gesellschaft zu isolieren und das Sterben selbst in die Gesellschaft als normale Lebensphase einzubinden.¹⁰⁵

- „Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der lindernden (palliativen) Therapie.“¹⁰⁶

Laut Student haben Sterbende am meisten Angst vor quälenden Schmerzen die sie erleiden müssen. Im Hospiz werden Schmerztherapien wie auch Therapien gegen soziale und psychologische Schmerzen angeboten. Im Vordergrund dieser Behandlungen steht immer eine Verbesserung der Lebensqualität.¹⁰⁷

- „Hospize gewährleisten Kontinuität der Betreuung.“¹⁰⁸

Eine der wichtigsten Maßnahmen der Hospizbetreuung ist eine 24 Stunden Erreichbarkeit eines kompetenten Mitarbeiters. Weiters ist die Betreuung der Angehörigen nach dem Ableben des Patienten gewährleistet, um seelischen und körperlichen Krankheiten vorzubeugen.¹⁰⁹

104 Student, 1994, 23.

105 Vgl. Student/Napiwotzky 2011, 9.

106 Student, 1994, 23.

107 Vgl. Student/Napiwotzky 2011, 9.

108 Student, 1994, 24.

109 Vgl. Student/Napiwotzky 2011, 9-10.

HOSPIZBEWEGUNG IN ÖSTERREICH

Im Gegensatz zu etlichen anderen Ländern der Welt hat die Hospizbewegung in Österreich erst recht spät Anklang gefunden. So wurde erst 1989 das erste mobile Hospizteam gegründet, nachdem aus finanziellen Gründen die Errichtung eines stationären Hospizes verworfen wurde. Obwohl Hospize in der Regel überkonfessionell agieren, waren es bei Beginn der Hospizbewegung vor allem kirchliche Institutionen, die den Anstoß für die Bewegung gaben. 1988 gab es erstmals einen Lehrgang für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung. 3 Jahre nach dem ersten mobilen Hospizteam wurde 1992 in Wien das erste stationäre Hospiz eröffnet. Erst weitere 6 Jahre später wurden die ersten Palliativbetten in einem öffentlichen Krankenhaus eingerichtet.¹¹⁰

Im folgendem Diagramm ist die derzeitige Situation des Hospiz und Palliativwesens in Österreich dargestellt. Weiters wird die fehlende Infrastruktur für die kommenden Jahre aufgezeigt.

110 Vgl. Kratschmar/Teuschl 2002, 26-27.

-  Stationäres Hospiz
-  Hospizteams
-  Palliativbetten
-  Tageshospiz
-  Mobile Palliativteams
-  Palliativkonsiliardienste
-  Betten im stationären Hospiz

STATISTIK ÖSTERREICH

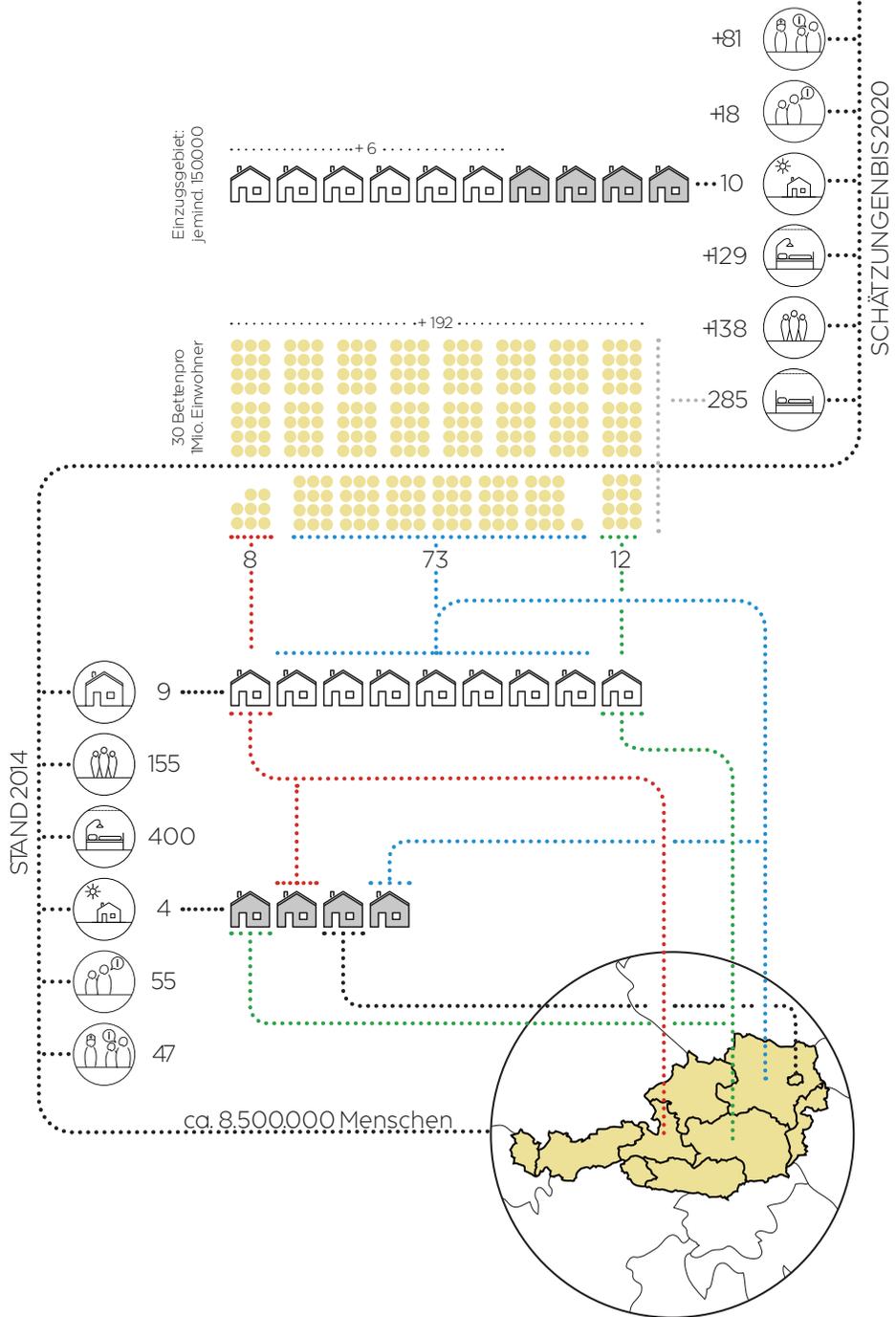


Abb. 7 Statistik Österreich

NUTZERGRUPPEN



In einem Hospiz treffen 3 unterschiedliche Nutzergruppen aufeinander: Patienten, Angehörige, Pfleger. Angemerkt sei, dass die Gruppe Pfleger als das interdisziplinäre Team verstanden wird. Nachstehend werden diese 3 Gruppen kurz erläutert um etwaige Bedürfnisse hinsichtlich Raumkonzipierung und Funktionalität beim Entwurf des Hospizes erkenntlich zu machen.

P A T I E N T

Die erste Gruppe bilden diejenigen, für die eine Einrichtung wie ein Hospiz überhaupt gebaut wird, Patienten mit einer unheilbaren Krankheit. Um als Patient in ein stationäres Hospiz aufgenommen zu werden, muss er bestimmte Kriterien erfüllen. Darunter fallen die Zustimmung des Patienten, aber auch eine Aufklärung über die unheilbare Erkrankung. Grundsätzlich sind diese Patienten in ihrer letzten Lebensphase, sie weisen eine komplexe Symptomatik auf, eine Einweisung in ein Krankenhaus ist nicht mehr erforderlich und die Betreuung im eigenen Heim nicht möglich.¹¹¹

Der Sterbende steht im Mittelpunkt der palliativen Betreuung in der Anstalt. Im Unterschied zu einem normalen Krankenhaus ist der Tagesablauf in einem Hospiz auf den Sterbenden ausgerichtet. Dieser entscheidet, wann er aufsteht, frühstückt oder jede andere beliebige Tätigkeit ausführt. Ziel ist es, eine Atmosphäre zu schaffen, die dem eigenen Heim nahe kommt.¹¹² Wie in den vorherigen Kapiteln schon erwähnt, durchleidet der todkranke Patient verschiedene komplexe psychosoziale Stadien und leidet oft an starken Schmerzen. Auch sind diese Personen meist, durch Krankheit oder altersbedingt, in ihrer Mobilität eingeschränkt.

111 Vgl. Gesundheit Österreich GmbH(Hg) 2014, 16.

112 Student/Napiwotzky 2011, 17.

A N G E H Ö R I G E

Die zweite Gruppe besteht aus den Angehörigen, die, wie auch der Sterbende, Leid ertragen.

Die Begleitung der Angehörigen, auch nach dem Tod eines Menschen, ist eine der Hauptaufgaben eines Hospizteams. Johann-Christoph Student beschreibt 4 Gruppen von Ängsten die die Angehörigen im Sterbeprozesses eines Bekannten quälen:

- „1. die Angst vor der Ungewißheit [sic!];
2. die Angst vor dem Leiden;
3. die Angst vor Verlusten;
4. die Angst vor dem Versagen.“¹¹³

Manche Ängste sind durch die Ausgliederung des Todes im 20. Jahrhundert verstärkt worden. Der Ablauf des Sterbeprozesses ist den meisten Menschen fremd geworden. Sterben wird oft auch mit quälenden Schmerzen assoziiert, die bei z.B. Krebserkrankungen auch auftreten können. So führt eine Linderung dieser physischen Qualen auch zur Linderung der psychologischen Schmerzen der ganzen Gruppe, sprich Patient und Angehörige. Es ist erstrebenswert, ein Sterben zuhause zu ermöglichen, um den Sterbenden nicht aus seiner bekannten Umgebung zu reißen. Schon die Einlieferung in ein Krankenhaus oder andere Anstalten führen zum Verlust des sozialen Umfelds.¹¹⁴ Ein weiterer wichtiger Faktor in der Beziehung zwischen Sterbenden und Angehörigen und die daraus resultierende Trauerbewältigung ist die Verabschiedung vom Sterbenden. Um diese zu ermöglichen, müssen

113 Student 1994, 97.

114 Vgl. Student 1994, 97-100.

laut Student äußere Bedingungen als Voraussetzung geschaffen werden, die großteils im sozialen Verhältnis herzustellen sind.¹¹⁵ Aber auch die räumliche Umgebung ist eine dieser Voraussetzungen, man vergleiche hier ein 6-Bett Zimmer in einem Krankenhaus mit einem Einzelzimmer in einem Hospiz bzw. das Zimmer im eigenem Haus/in der eigenen Wohnung. In der Regel gibt es keine fixen Besuchszeiten, so sind die Angehörigen und Schwerkranken nicht gebunden und die Schwelle das Hospiz als Krankenanstalt zu sehen wird reduziert.

PFLEGER/INTERDISZIPLINÄRES TEAM

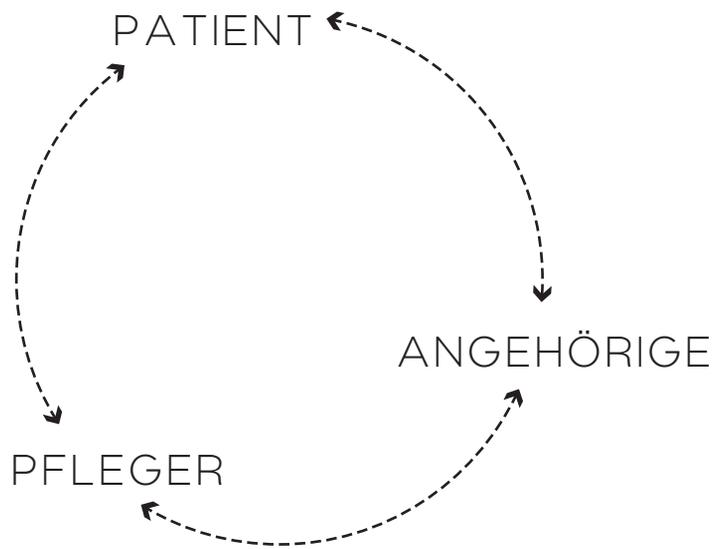
„Eine multiprofessionelle Teamarbeit ist für die palliative Praxis Grundvoraussetzung, da die Wünsche der Betroffenen mehrere Berufsbilder berühren.“¹¹⁶ Wie hier von Student/Napiwotzky erwähnt, spricht man im Hospiz von einem interdisziplinären Team, das nicht nur aus Pflegekräften besteht. Da in der allumfassenden Betreuung nicht nur die physischen Schmerzen behandelt werden ist die Einbindung anderer Spezialisten notwendig.

Wie in der Broschüre *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene*, herausgegeben vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ersichtlich, gibt es 6 verschiedene Berufsgruppen, die das interdisziplinäre Team vervollständigen. Neben den Pflegefachkräften besteht das Team aus Ärzten, Sozialarbeitern Physiotherapeuten, Seelsorgern und dem Hospizteam. Neben diesen hauptberuflich Angestellten komplettieren ehrenamtli-

115 Vgl. Student 1994, 101.

116 Student/Napiwotzky 2011, 30.

117 Vgl. Gesundheit Österreich GmbH(Hg) 2014, 17.



che Mitarbeiter das Team.¹¹⁷ Wobei nicht alle Berufsgruppen ihren Arbeitsplatz ständig im Hospiz haben. So sind etwa Ärzte in der Regel nur für Visiten bzw. stundenweise in der Institution. Die für die Patienten und für deren Angehörige wichtigste Berufsgruppe sind die Pflegefachkräfte, die den meisten Kontakt mit dem Sterbenden haben.

„Die Pflegekraft ist ihre [der Sterbenden und Angehörigen – Anm. d. Verf.] primäre Bezugsperson, die einerseits den Überblick behält, über das, was alles mit der kranken Person und ihren Angehörigen passiert und die andererseits um die Möglichkeit der SpezialistInnen/ Fachkräfte weiß und diese zum richtigen Zeitpunkt heranzieht.“¹¹⁸

Die Betreuung gilt aber nicht nur den Patienten. Das Team muss sich auch gegenseitig unterstützen um die komplexe Aufgabe der Betreuung eines Sterbenden und die damit entstehende psychologische Belastung zu bewältigen. So schreibt Tom West im Buch *Hospiz und Begleitung im Schmerz*, dass „auch das Engagement und die Beanspruchung der Mitarbeiter, zusammen mit all den Leiden, die daraus erwachsen können“¹¹⁹ in das Konzept des „total pain“ miteinzubeziehen sind.

Kommunikation zwischen Pfleger und Patienten, aber auch zwischen Pfleger und anderen Mitgliedern des interdisziplinären Teams, ist eine der wichtigsten Kompetenzen in einem Hospiz.

117 Vgl. Gesundheit Österreich GmbH(Hg) 2014, 17.

118 Student/Napiwotzky 2011, 30.

119 Saunders 1993, 17.

GESTALTUNG HOSPIZ



„The modern hospice therefore presents architects, designers and landscape architects with one of the most complex building types now being demanded by modern societies.“¹²⁰

So beschreibt Ken Worpole im Buch *Modern Hospice Design* die Entwurfsaufgabe eines Hospizes. Diese Aussage kann natürlich kritisiert werden, da einerseits auch wie bei fast allen anderen Bautypologien unzählige Faktoren auf den Entwurf einwirken und diesen entscheidend prägen und andererseits da die Größe eines Hospizes meist in einem noch überschaubaren Rahmen bleibt. Doch was die Gestaltung eines Hospizes so anspruchsvoll werden lässt beschreibt Worpole passend mit diesem Satz: „Patients will live and die in these rooms and for many it will be their last contact with this world.“¹²¹ Allein dieser Aspekt verdeutlicht die Bedeutung eines solchen Instituts und zeigt die Richtung, in welche sich der Entwurfsgedanke bewegen soll, auf. So meint auch Geoffrey Purves, dass der Kern dieser Idee, „a more human architecture“¹²², eine einfache und zugleich sehr simple Lektion für alle anderen Bauten im Gesundheitswesen wäre.

Eine Besonderheit des Bautypus Hospiz sind die im vorherigen Kapitel erläuterten Nutzergruppen. Obwohl ein Hospiz vorrangig für einen Patienten gebaut ist, dessen Lebensende in naher Zukunft liegt, sind sowohl Angehörige und Pflegepersonal mit dem Patienten gleichzustellen. Ein weiteres Merkmal dieser Bautypologie ist die Überlagerung verschiedener anderer Typologien. Wenn auch die Behandlung der Krankheit selbst, an der der Patient leidet, nicht mehr erfolgt, ist das Hospiz, hinsichtlich der schmerzlin- dernden Behandlung, vor allem auch als medizinische Anstalt zu sehen. Die Verweildauer eines Patienten, die in der Regel Tage oder Wochen ist, aber

120 Worpole 2009, 28.

121 Worpole 2009, 35.

122 Purves 2009, 74.

auch nur ein paar Stunden oder auch Monate sein kann, weist Attribute in der einen Richtung eines Hotels und die eines Pflegeheims/Altenheims in der anderen Richtung auf. Ersichtlich sind auch Gemeinsamkeiten mit einem Krankenhaus, wie neben der schmerzlindernden Behandlung auch die Bettlägerigkeit oder verschiedenste therapeutische Maßnahmen, die angewandt werden. Generell sind heute in Kliniken und Anstalten, die dem Gesundheitswesen dienen, Tendenzen einer Hoteloptik erkennbar, der Patient wird nicht nur mehr als Patient, sondern als Gast wahrgenommen und soll sich wohlfühlen und sich entspannen können in den Räumlichkeiten diverser Kliniken.¹²³

Worpole weist aber darauf hin, dass eine zu weite Anlehnung an das Hoteldesign Probleme mit den Hygienestandards verursachen kann, da Materialien und Oberflächen oft nicht für Gesundheitseinrichtungen geeignet sind. Weiters muss darauf geachtet werden, welchen Hotelstandard man als Vorlage wählt, die Spannweite reicht von Luxushotel bis zur preiswerteren Unterkunft.¹²⁴ Die meisten dieser Maßnahmen dienen dazu, ein besseres Wohlbehagen eines Patienten, oder in machen Kliniken spricht man wohl auch von einem Kunden, herbeizuführen. Doch die eigentliche Aufgabe jeder Einrichtung hat immer Vorrang und die baulichen Maßnahmen sollen dieses Vorhaben unterstützen.

Bei einem Hospiz wird diese Anforderung bis ins Extreme getrieben, so soll diese Anstalt ja die Verbindung zwischen einem medizinischen Institut und einem Zuhause darstellen. Das Hospiz bewegt sich, im Gegensatz zu einem Krankenhaus, in einem Maßstab, der einladend wirken soll und nicht den Anschein von, wie Ken Worpole schreibt, „forbidden monolithic institutions“¹²⁵ erwecken soll. Auch die Namensgebung, die unabhängig von den baulichen Maßnahmen ist, ist suggestiv. Den Umständen entsprechend, wird mit dem Namen Hospiz der Tod assoziiert, was im Allgemeinen als negativ

123 Vgl. Daab 2006, 8.

124 Vgl. Worpole 2009, 20–21.

125 Worpole, 2009, 25.

empfunden wird. Aber auch positive Eigenschaften, wie eine sehr gute Verpflegung und eine respekt- und friedvolle Umgebung, werden mit dem Begriff verknüpft. Dieser positive Eindruck rührt vor allem vom wohl wichtigsten Faktor in einem Hospiz, der dem Patienten entgegengebrachte Ethos, in jenem die ganze Arbeit und Umgebung auf den Sterbenden gerichtet ist. Laut Purves berichtet auch die World Health Organisation, dass für die Gesundheit in einem Krankenhaus die Atmosphäre den wichtigsten Faktor darstelle.¹²⁶ Umgelegt auf das Hospiz, darf man hier wohl Gesundheit mit dem Gefühl des Behagens gleichsetzen.

E I N G A N G

Das Erscheinungsbild hat maßgebenden Einfluss, wie die Meinung der Menschen über ein Bauwerk und dessen Funktion es beinhaltet, ausfällt. Gerade bei einem Gebäude, dessen Hauptfunktion darin besteht, todkranke Menschen aufzunehmen, ist dieser Aspekt, in Bezug auf die öffentliche Wahrnehmung, bedeutungsvoll. Üblicherweise wird das Äußere durch lokale Gegebenheiten bestimmt, im Fall eines Hospizes darf das Erscheinungsbild nicht abweisend, sondern einladend wirken. Das gilt in besonderer Weise für den Eingangsbereich, denn der erste Eindruck zählt.¹²⁷

Gleiches gilt auch für die Anmeldung, die die erste Zone beim Betreten eines Gebäudes darstellt. Hier ist darauf zu achten, dass die Form des Anmeldepults und die Umgebung, insbesondere der dahinterliegende Bereich, nicht abweisend wirken. Der Gast sollte frontal auf die Anmeldung stoßen und auf gleicher Augenhöhe mit der dahinter befindlichen Person sein.¹²⁸

126 Vgl. Purves 2009, 73.

127 Vgl. Worpole 2009, 53

128 Vgl. Monz/Monz 2001, 29.

P A T I E N T E N Z I M M E R

Das Zimmer des Patienten kann als Kern des Hospizes angesehen werden. „The patient room is the most important space of all, around which everything else has to mesh appropriately.”¹²⁹ Sollte dieses Zimmer nicht die geforderten Ansprüche leisten, kann, laut Worpole, das Projekt Hospiz als gescheitert betrachtet werden.¹³⁰

Wie schon in einem vorhergehenden Abschnitt erwähnt, ist der gewünschte Sterbeort der meisten Menschen das eigene Zuhause und der Einzug in ein Hospiz nur notwendig, wenn die Pflege im eigenen Heim nicht mehr gewährleistet ist. Hier sei auch gesagt, dass von Seiten der Hospizgemeinschaft das Sterben zuhause angestrebt und dies durch die mobilen Hospizteams auch unterstützt wird. Nun liegt es in der Aufgabe eines Architekten, einen Raum zu entwerfen, der die Eigenschaften des eigenen Heims beinhaltet. Hier stellt sich die Frage, ob jenes Vorhaben, das Heim eines anderen Menschen zu imitieren, überhaupt möglich ist?

Grundsätzlich tendiert in der Hospizbewegung die Belegung der Patientenzimmer zu Einzelbettzimmern. Bei Cicely Saunders Beschreibung des St. Christophers Hospice sind noch 4 und 6-Bett Zimmer vorgesehen. Hier galt noch das Krankenhausschema als Vorbild der Zimmerbelegung.¹³¹ Die Vorzüge von Einzelbettzimmern haben sich aber letztendlich überwiegend durchgesetzt. Die Vorteile gegenüber einem Mehrbettzimmer sind zum einen die bessere Kontrolle der Raumausstattung (Heizung, Lüftung, Licht, Lärm), mehr Privatheit, nicht nur für Patienten und Angehörige, auch Pfleger sind hier mit eingenommen, sowie Reduzierung von medizinischen Fehlern durch persönlichere Pflege.¹³² Zum anderen kann auch die „ei-

129 Worpole 2009, 64.

130 Vgl. Worpole 2009, 64.

131 Vgl. Jankowiak 2010, 196–197.

132 Vgl. Worpole 2009, 68.

133 Rest 1995, 160.

gene Spiritualität und Kontemplation“¹³³ besser gelebt werden. In einem Mehrbettzimmer teilen sich die Patienten nicht freiwillig das Zimmer, so muss die Pflege bzw. Behandlung der/des Mitbeleger/s miterlebt werden. Darüber hinaus gibt es beim Großteil der Patienten, gerade wenn das Lebensende bevorsteht, den Wunsch, in einem eigenen Zimmer zu sein.¹³⁴ Die beiden Innenarchitekten Antje und Johan Monz stellen in ihrem Werk *Design als Therapie* die gestalterischen Ansprüche der Innenräume an Krankenhäuser, Kliniken und Sanatorien dar. Hier wird erwähnt, dass nicht vorrangig der gebaute Raum selbst ein Wohlergehen herbeiruft, es sind viel eher die persönlichen Gegenstände, die einen umgeben. Mit diesen verbinden wir Geschichten, Emotionen und Erinnerungen.¹³⁵

Zu einem gewissen Teil ist aber der Raum auch ein Gegenstand, mit welchem wir erlebte Ereignisse assoziieren. So soll das Patientenzimmer individuell gestaltbar sein, Ablageflächen bieten und genügend Platz für Besucher bereitstellen. Hier sei angemerkt, dass die Gruppengröße der Besucher von Patient zu Patient unterschiedlich ist und dies beim Entwurf zu bedenken ist. Auch die Möglichkeit für die Übernachtung von Angehörigen muss bedacht werden.

Stauraum für Kleidung oder andere Gegenstände, ein eigener Esstisch und Sitzgelegenheiten sind weitere Einrichtungen, die in einem Hospizzimmer zu finden sind. Der Patient soll die Ausstattung des Zimmers (Heizung, Licht, Belüftung) vom Bett aus bedienen. Dies gibt dem Sterbenden auch in diesem Zustand noch immer das Gefühl der Kontrolle, über sich selbst bestimmen zu können. Das Bett ist der zentrale Einrichtungsgegenstand in einem Patientenzimmer. Meist sind die Pflegebetten rollbar, sodass diese vom Nutzer bzw. vom Pflegepersonal individuell verstellbar sind. Im Gegensatz zu gesunden Personen muss hier beachtet werden, dass Patienten krankheitsbedingt oft in einer liegenden Position sind und ihr Blick auf die

134 Vgl. Rest 1995, 160.

135 Vgl. Monz/Monz 2001, 13.

Decke gerichtet ist. Daraus folgt eine höhere Aufmerksamkeit in der Gestaltung der Zimmerdecke. Ein Umstand, den Alvar Aalto im Paimio Sanatorium als Grundlage für das Design der Patientenzimmer verwendete. Neben der Gestaltung der Decke hat auch die Raumhöhe, auf die laut Worpole heutzutage zu wenig Acht genommen wird, maßgeblichen Einfluss auf den Eindruck des Raumes. In diesem Zusammenhang erwähnt Worpole Andrea Palladio und die Ausstrahlungskraft von Räumen, deren Vorbild die frühe griechische Harmonielehre (Verhältnisse 1:1, 1:2, 2:3,...) ist.¹³⁶

Auch Monz/Monz stellen die Aussagekraft der Decke mit der Proportion der Grundfläche in Korrelation. Weiters wird hingewiesen, dass eine zu niedrige Decke wie auch eine zu dunkle Farbe als bedrückend aufgefasst werden kann.¹³⁷

Zur Grundausstattung eines jeden Zimmers gehört eine Nasszelle, die wie auch der Rest der Ausstattung barrierefrei ausgeführt sein muss.¹³⁸

Mitunter gibt es den Wunsch von Angehörigen, bei den Patienten im Hospiz zu übernachten. Um dies zu ermöglichen, ist es zum Vorteil, ein Gästebett im Patientenzimmer aufzustellen. In der Planungshilfe für Hospize, herausgegeben vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit, wird beschrieben, dass gesonderte Gästezimmer mit eigenem Duschbad angenommen und teilweise auch gewünscht werden. Dies ist herauszulesen in den Erfahrungsberichten des Elisabeth-Hospiz in Stadtlohn und dem Haus Hannah in Emsdetten.¹³⁹

Ein weiterer Punkt, der insbesondere Aufmerksamkeit verlangt, ist der Eingang in das Zimmer. Anhand der Größe einer Tür kann die Bedeutung des dahinterliegenden Zimmers, des Weiteren auch der dazugehörigen Person gedeutet werden. Sie sind das Erste und das Letzte, das ein Besucher beim Betreten und Verlassen eines Zimmers sieht und bilden die Schwelle

136 Vgl. Worpole 2009, 76-77.

137 Vgl. Monz/Monz 2001, 62.

138 Vgl. Gesundheit Österreich GmbH(Hg) 2014, 17.

139 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2004.

zwischen öffentlichen und privaten Raum.¹⁴⁰ In diesem Zusammenhang erwähnt Worpole auch den römischen Gott Janus, Bewacher der Türen und Türschwellen, Gott des Anfangs und des Endes. Hinsichtlich der eigentlichen Funktion eines Hospizes eine passende Symbolik. Zu berücksichtigen sind angemessene Türbreiten, um Patientenbetten aus den Zimmern schieben zu können.

G Ä N G E

Bei Gängen ist darauf zu achten, dass keine langen monotonen Flure gebaut werden. Dies führt im Zusammenhang mit einer Abfolge von Türen zu Desorientierung, so Monz/Monz. Um dem entgegenzuwirken, sollen Gänge in Zonen aufgeteilt werden. Dies kann durch eine Farbgestaltung, verschiedener Oberflächen oder durch Beleuchtung der Wände erreicht werden. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, unterschiedliche Bodenbeläge bzw. Farben anzuwenden. Überdies kann auch Möblierung dazu verwendet werden, Bereiche zu schaffen.¹⁴¹

Hierbei ist zu beachten, dass eine geeignete Möblierung gewählt wird. Diese sollte keine, wie die beiden Innenarchitekten erwähnen, standardisierte Einrichtung sein. Oft wird aus hygienischen Maßnahmen eine pflegeleichte Einrichtung gewählt. Diese pragmatischen Einrichtungsgegenstände wirken meist nicht sehr einladend.¹⁴²

Für eine uneingeschränkte Bewegung für Patienten mit Angehörigen, aber auch für das Pflegepersonal und etwaige medizinische Apparaturen, muss genügend Platz in den Gängen vorhanden sein. In diesen Bereich werden oft Sitzbereiche geschaffen, die offen sind oder auch der Privatsphäre dienen.¹⁴³

140 Vgl. Worpole 2009, 74–75.

141 Vgl. Monz/Monz 2001, 37.

142 Vgl. Monz/Monz 2001, 60.

143 Vgl. Worpole 2009, 35.

G A R T E N

Eine ansprechende Umgebung kann gerade für Kranke und Ältere positive psychologische Effekte herbeiführen. So waren die Gärten ein maßgebender Bestandteil für den Erfolg des St. Christopher`s hospice in Sydenham. Gärten sind, Worpole zufolge, geschichtlich aufgeladen, so werden sie, angelegt bei diversen Institutionen, oft mit religiösen Symbolen in Verbindung gebracht, als Meditationsstätte oder Rückzugsort angesehen. So finden auch viele Menschen gefallen an den Gedanken, der Mensch sei Teil der Natur und nach dem Sterben kehren wir zurück zu ihr. Hierbei sei die Kritik erwähnt, dass angelegte Gärten wiederum vom Menschen gemacht und deswegen nicht natürlich sind.¹⁴⁴

Zu beachten ist auch der Umstand, dass Gärten in Hospizen lebendig wirken, Positives ausstrahlen sollen. So schreibt Worpole: „What the hospice garden cannot be, I was told time and time again, is a memorial garden.“¹⁴⁵

Die Ausführung von Gärten ist auch vom Standort abhängig. In städtischer Umgebung ist die Aufgabe, einen Garten zu integrieren, bedingt durch Platzmangel, wohl erheblich schwieriger als im ländlichen Gebiet. So wird im städtischen Kontext eine Beziehung zwischen Innen und Außen durch verschiedenste bauliche Maßnahmen hervorgerufen. Dazu zählen Balkone, Loggien, Pergolen oder Innenhöfe, die begehbar sein können oder dem einfachen Zweck dienen, Licht ins Innere des Gebäudes zu leiten.¹⁴⁶

144 Vgl. Worpole 2009, 79-80.

145 Worpole 2009, 88.

146 Vgl. Worpole 2009, 83.

S T A N D O R T

Ob es einen perfekten Ort für ein spezielles Bauvorhaben gibt, ist fragwürdig. Der Entwurf eines jeden Gebäudes ist abhängig von seinem Bauplatz. Die unmittelbare Umgebung, wie aber auch spezifische regionale Gegebenheiten, wirken sich auf das Bauvorhaben aus. Maßgebend ist auch der Einzugsbereich und die damit verbundene Sinnhaftigkeit, ein solches Objekt an einen spezifischen Ort zu stellen.

Eine Liste von Vorteilen und Nachteilen innerstädtischer und ländlicher Standorte zeigt Ken Worpole in seinem Buch auf. In seiner Aufzählung überwiegen die Vorteile von innerstädtischen gegenüber ländlicheren Bauplätzen. Neben der höheren Herausforderung, ein Gebäude in einen städtischen Kontext einzubinden, sind die öffentlichen Verkehrsanbindungen und ein attraktiveres Umfeld für die dort arbeitenden Pflegekräfte, Eigenschaften, die einen Standort in der Stadt bevorzugen. Auch die mögliche Nähe zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens und die damit verbundene Zusammenarbeit sowie das Angebot an Freizeitaktivitäten, wie Shops und Kaffeehäuser, sind Vorteile. Eine Lage im ländlichen Bereich hat hauptsächlich einen Vorteil durch bessere Umweltbedingungen, weniger Luftverschmutzung und einem niedrigeren Lärmpegel.¹⁴⁷

Auch in der deutschen Planungshilfe für Hospize wird ein „Standort mitten im städtischen Leben, integriert ins Gemeinwesen“¹⁴⁸ empfohlen. Darauf hingewiesen wird, dass Hospize von Kinderhospizen zu unterscheiden sind und diese gänzlich andere Anforderungen, sowohl in der Funktion wie auch an den Standort, stellen.

147 Vgl. Worpole 2009, 48.

148 Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2004, 5.



PROJEKT





E N T W U R F

Das Ziel dieses Projektes ist es, ein Gebäude bzw. einen Ort zu schaffen, der einen ruhigen und würdigen Abschied für sterbende Menschen ermöglicht.

Wie in einem vorherigen Kapitel beschrieben, beschränkt sich die psychosoziale Belastung nicht nur auf den Patienten, so ist auch auf das Wohlbefinden der Angehörigen, des Weiteren auch auf das des Pflegepersonals, zu achten und darauf einzugehen. Verschiedene Zonen sollen den Bedarf an Rückzugsorten und Gemeinschaftsräumen decken, die von den drei Nutzergruppen (Patient, Angehörige, Pflegepersonal) in unterschiedlicher Weise in Anspruch genommen werden.

Neben diesen Aufgaben ist der gewählte Bauplatz ein weiterer wichtiger Punkt in diesem Projekt. Die Beziehung zwischen Patient und Wohnumfeld stellt einen wesentlichen Anteil an das Wohlbefinden des Patienten im Hospiz dar. Im Folgenden Abschnitt wird der gewählte Bauplatz ausführlicher erläutert und eine Analyse der näheren Umgebung bzw. des Wohnumfeldes erfolgt.



UMGEBUNGSANALYSE

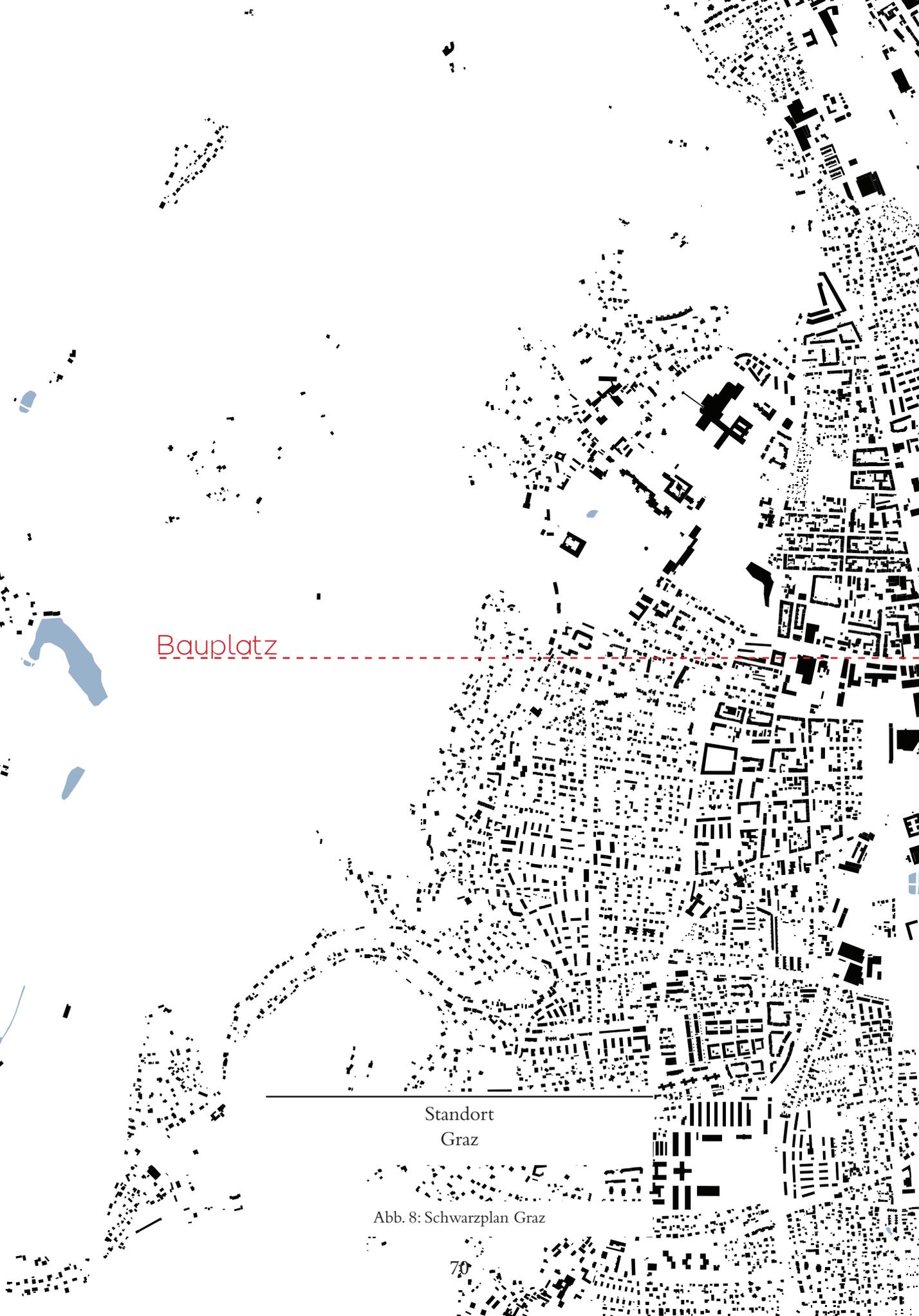


S T A N D O R T

Vorab muss hier auf den Bestand eines Hospizes in der Stadt Graz eingegangen werden. Das bestehende Hospiz beherbergt 12 Betten und ein Tageshospiz. Laut der Broschüre Hospiz und Palliativversorgung 2013 bedarf es bis zum Jahr 2020 in etwa 30 Betten pro 1 Million Einwohner. Für das Bundesland Steiermark (Stand 01.01.2016: 1.232.012 Einwohner)¹⁴⁹ bedeutet dies das Fehlen von etwa 24 Betten (das Einzugsgebiet wird hier vernachlässigt). Das vorhandene stationäre Hospiz deckt den Bedarf an Betten für die Region Graz, mit knapp 300.000 Einwohnern, einigermaßen ab. Aus diesem Grund wäre ein Standort außerhalb der Stadt Graz (z.B. im oberen Murtal, Ennstal oder Mürztal) vernünftiger. Da es sich hierbei aber um ein fiktives Bauprojekt handelt, kann dieser Umstand vernachlässigt werden.

Als Standort dieses Projektes wurde ein geeigneter Bauplatz in der Stadt Graz gewählt. Einerseits sind in der Landeshauptstadt die in einem vorherigen Kapitel beschriebenen Vorteile eines urbanen Umfelds gegeben, andererseits sind auch Interessen meinerseits ausschlaggebend für die Ortswahl. Da ich selbst in Graz wohne, sind mir die Gegebenheiten besser bekannt, die Bauplatzbesichtigung beschränkte sich nicht nur auf einen Tag und auch die nähere Umgebung des Standortes konnte öfters selbst erlebt und dadurch besser analysiert werden.

149 Bevölkerungsstruktur, http://www.wibis-steiermark.at/show_page.php?pid=101, 17.10.2016.



Bauplatz

Standort
Graz

Abb. 8: Schwarzplan Graz



Der von mir gewählte Bauplatz für den Entwurf eines Hospizes befindet sich in der Vorbeckgasse, im 5. Grazer Stadtbezirk Gries, nahe an der Grenze zum Grazer Stadtbezirk Lend. Hier leben 27.964 Menschen (Hauptwohnsitz) auf 5,05 km², daraus ergibt sich eine Bevölkerungsdichte von 5537 Personen pro km².¹⁵⁰ Das in der ehemaligen Murvorstadt gelegene Grundstück ist als Baulücke einer Blockrandbebauung anzusehen. Durch die unterschiedliche Baustruktur des Blockrandes, welcher im Übergang vom Andräviertel zum Annenviertel liegt, ist kein einheitliches Erscheinungsbild gegeben. Die Vorbeckgasse selbst wurde erst 1860 als Durchstich errichtet und ist nach der damals dort ansässigen Familie, die das Grundstück abtrat, benannt.¹⁵¹

Ein Großteil der umgebenden Gebäude wurde Mitte bis Ende des 19. Jahrhunderts als drei bis viergeschossige Zinshäuser errichtet. Bis auf wenige Ausnahmen besitzen die in der Gründerzeit gebauten Häuser auch heute noch ihre historistische Fassadengestaltung. Einzelne Bauten der umgebenden Straßen lassen sich auf das 17. und 18. Jahrhundert datieren. Hier sei besonders die nördlich gelegene Dominikanergasse erwähnt. Hier findet man das zweigeschossige ehemalige Palais Gleispach, welches unter Denkmalschutz steht, vor. Im Innenhof wird das einstige Stallgebäude nun als Kinderhort genutzt.¹⁵² Die Mehrheit der umgebenden Gebäude wird weitgehend noch als Wohnbau benutzt. Wie in innerstädtischen Gebieten üblich, gibt es vor allem in der Erdgeschosszone Gewerbeeinrichtungen sowie Dienstleistungsangebote.

150 V. Bezirk: Gries-Übersicht, <http://www.graz.at/cms/beitrag/10177419/4103956>, 18.10.2016.

151 Vgl. Dienes/Kubinzy 1991, 73.

152 Baugeschichte, <http://www.grazwiki.at/index.php?search=Vorbeckgasse&title=Spezial%3ASuche>, 29.04.2016.

Anzumerken sei hier auch, dass sich das Grundstück in der Schutzzone 2 des Grazer Altstadterhaltungsgesetzes befindet. In diesem befinden sich neben Vorschriften für den Erhalt der Altstadt von Graz im Paragraph 7 auch die Bedingungen für Neubauten, Zubauten und Umbauten. Um eine Bewilligung für einen Neubau zu erlangen, muss „ sich das Vorhaben – insbesondere auch durch seine baukünstlerische Qualität – in das Erscheinungsbild des betreffenden Stadtteils“¹⁵³

Die Bewertung der Qualität erfolgt

„nach den Kriterien der strukturellen Gliederung der Baukörper, der Unverwechselbarkeit der Ansichten, der räumlichen Proportion, des Grades der Innovation, der selektiven Auswahl des Materials, der farblichen Gestaltung und des Beitrages des Bauwerkes zur Geschichtsbildung“¹⁵⁴.

Weiters befindet sich das Grundstück in der Pufferzone des UNESCO Weltkulturerbes „Stadt Graz – Historisches Zentrum und Schloss Eggenberg“. Aus diesem Anlass wurde der UNESCO Weltkulturerbe Graz Managementplan von der Stadt Graz erstellt.

In diesem wird folgende Empfehlung für die Pufferzone gegeben:

„Den ehemaligen Vorstädten der Biedermeier- und Gründerzeit, welche das Historische Zentrum umgeben, kommt besondere Bedeutung zu. Dies begründet sich aus ihrer eigenen historischen Qualität als Schutzzone II bzw. III nach dem GAEG. Neben der reinen Pufferzonenfunktion, deren Hauptaugenmerk auf der Erhaltung von Sichtbeziehungen und der Vermeidung hoher maßstabssprengender Gebäude liegt, geht es in diesem Stadtbereich auch darum die historische Integrität zu bewahren und bauliche Entwicklungen zu steuern. Die historische Stadtlandschaft soll durch neue Maßnahmen weder von der Qualität noch von der Quantität her kompromittiert werden.“¹⁵⁵

153 Grazer Altstadterhaltungsgesetz 2008 – GAEG 2008, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000162>, 17.10.2016.

154 Grazer Altstadterhaltungsgesetz 2008 – GAEG 2008, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000162>, 17.10.2016.

155 Stadt Graz, Stadtbaudirektion/Weltkulturerbe Koordination 2013, 58.

In der engeren Wohnumwelt des Standortes werden die Vorteile der städtischen Umgebung klar ersichtlich. Im Umkreis von 400m befinden sich neben acht Ärzten gleich zwei Spitäler (Krankenhaus der Elisabethinen, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder), die sich für eine Zusammenarbeit und eine fachlicher Auskunft bzw. einen Austausch anbieten würden.

Neben der Vielfalt an diversen Geschäftslokalen, die sich nicht nur in der nördlich gelegenen Annenstraße befinden, gibt es auch ein großzügiges Angebot an Kultur- und Freizeitaktivitäten innerhalb dieses Gebiets. In dieser Umgebung liegt ein Kino, das Veranstaltungszentrum Orpheum sowie das Kunsthaus Graz, Haus der Architektur und das rotor - Zentrum für zeitgenössische Kunst. Weiters kann man sechs Sakralbauten und zwei Schulen auffinden. Auch das rechte Murufer, als naturbezogener Gegenpol zur Stadt, ist in diesem Bereich noch erreichbar.

Direkt neben dem Bauplatz ist die Hauptbibliothek sowie die Mediathek der Grazer Stadtbibliothek angesiedelt. Wenige Schritte weiter befindet sich ein Hallenbad mit Spa (Bad zur Sonne). Auch ein kleiner Park neben der Pfarrkirche St. Andrä ist in unmittelbarer Umgebung angelegt. In den nördlich an das Grundstück angrenzenden Gebäuden befindet sich ein Kindergarten und ein Hort.

Durch die innerstädtische Lage, hier darf speziell die Annenstraße genannt werden, dem Vorhandensein des Kindergartens, des Hortes und weiter südlich einer Schule gibt es eine angenehme Geräuschkulisse, die dem Patienten eine weitere Integration in der Gesellschaft vermittelt. Auch diverse Veranstaltungen in diesem Gebiet, wie der Annenstraßenflohmarkt oder der Lendwirbel, bieten eine Abwechslung und könnten von den Hospizgästen, wenn möglich, besucht werden.

Eine Ankunft mittels öffentlichen Verkehrsverbindungen, eines der Hauptargumente für einen urbanen Standort, ist gegeben. Zwei Straßenbahnstationen, beide befinden sich in der Annenstraße, sind in drei Gehminuten vom Bauplatz zu erreichen. Weiters ist noch eine Bushaltestation etwa 60m südlich des Grundstücks aufzufinden, wie auch ein gebührenpflichtiger Parkplatz (Feuerbachgasse).

Obwohl das Grundstück sehr zentral gelegen ist, ist die Vorbeckgasse nicht allzu hoch frequentiert und eher als Nebenstraße zu betrachten. Die damit verbundene geringere mobile Verkehrsbelastung kann als Vorteil angesehen werden. Das Fehlen von Passanten in der Straße kann wiederum als Nachteil ausgelegt werden, da dadurch das Gefühl der Urbanität verloren geht. Weiters ist zu erwähnen dass die Straße relativ schmal ausgeführt ist und der Eindruck einer Nebenstraße durch ihren Verlauf (Nord-Süd-Richtung) und in weiterer Folge durch den Schattenwurf der umliegenden Gebäude verstärkt wird.

Dieses Quartier unterliegt in den letzten Jahren einer Umstrukturierung. So versucht die Stadt Graz das Annenviertel durch verschiedene Baumaßnahmen und durch anderen Initiativen für eine Steigerung der Lebensqualität aufzuwerten. Zu nennen sind hier die Neugestaltung der Annenstraße mit angrenzenden Plätzen, Verkehrsberuhigung derselben und verschiedene Stadtteilentwicklungsprojekte einschließlich Bürgerbeteiligung. Erwähnenswert ist auch die Neugestaltung des Grazer Bahnhofs samt Vorplatz und Straßenbahnunterführung, da sich diese auf der Achse der Annenstraße befinden. Auch in unmittelbarer Nähe des Bauplatzes, auf dem Grundstück der Dominikanerkaserne (Grenadiergasse), ist ein Neubau zum bestehenden denkmalgeschützten Gebäude geplant.

Volksgarten

Mariahilferplatz

Orpheum

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Kunsthaus Graz

Südtirolerplatz

Kino

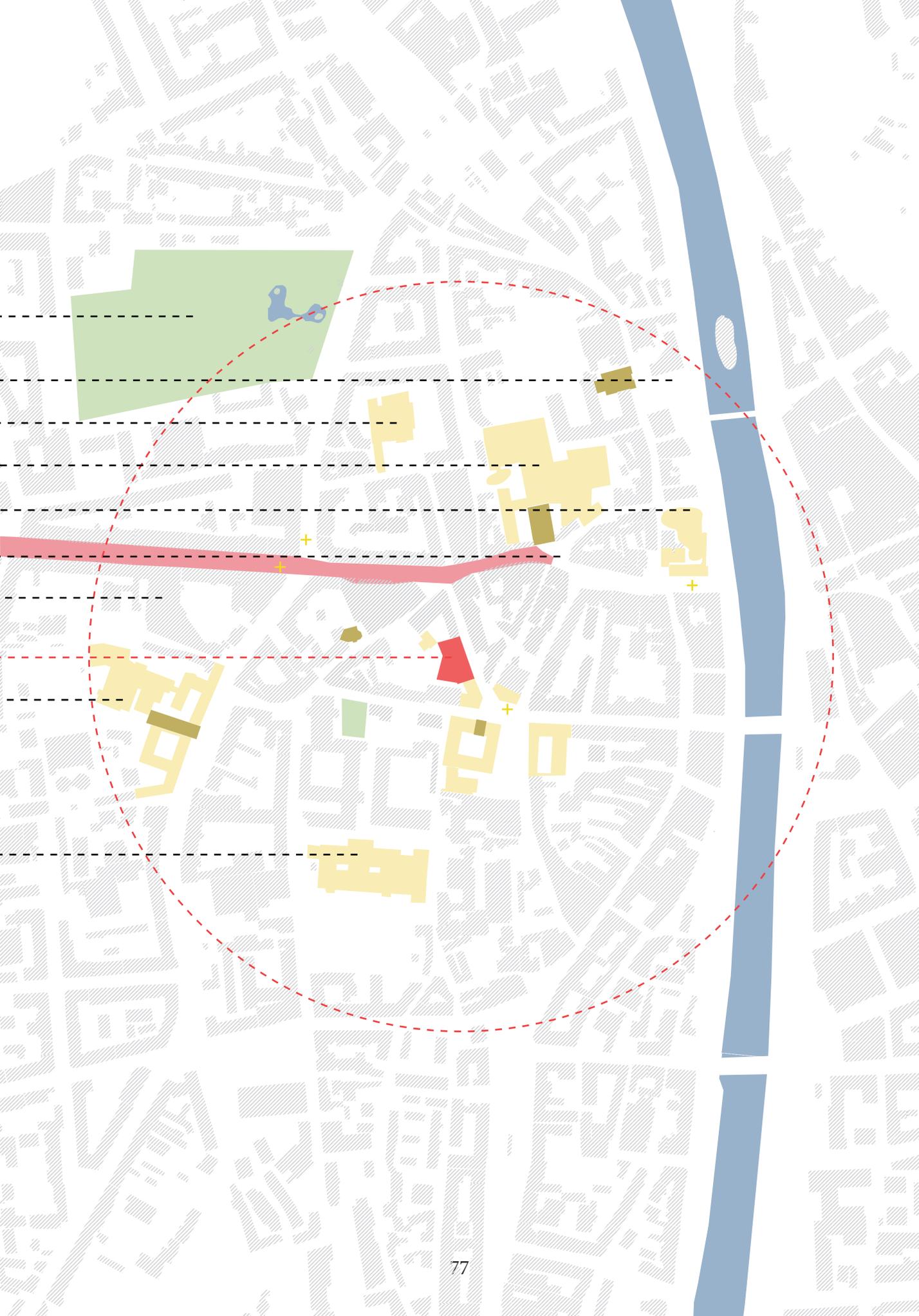
Bauplatz

Krankenhaus der Elisabethinen

Bundesgymnasium

- öffentliche Gebäude
- Sakralbau
- Annenstraße
- + öffentliche Verkehrsmittel
- - Radius = 400m

Umgebungsanalyse



Orpheum

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Annenstraße

Südtirolerplatz

Kindergarten/Hort

Bauplatz

Stadtbibliothek

Mediathek

Park

Bad zur Sonne

Neue Mittelschule

Parkplatz

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| ■ öffentliche Gebäude | + öff. Verkehrsmittel |
| ■ Sakralbau | + Shops |
| ■ Annenstraße | + Dienstleistungen |
| - - Radius = 200m | + Gastronomie |

Umgebungsanalyse



BAUBESCHREIBUNG



B A U P L A T Z

Der Bauplatz weist eine Grundfläche von knapp 2367m² auf und reicht in etwa 75 m in den Innenhof. Die Baulücke ist 46 m breit (Abstand zwischen den Nachbargebäuden im Norden und im Süden). Der Bauplatz besteht eigentlich aus drei Grundstücken (Vorbeckgasse 4, Vorbeckgasse 6 und Vorbeckgasse 10), wobei ein Teil des Grundstücks Vorbeckgasse 4 abgetrennt wird.

Auf dem Grundstück befinden sich derzeit 2 kleine Baukörper (jeweils eines auf den Grundstücken Vorbeckgasse 6 und Vorbeckgasse 10), die an die nebenan liegenden Gebäude angeschlossen sind. Da es sich hierbei um ein hypothetisches Projekt handelt, werden die Grundstücke Vorbeckgasse 6 und Vorbeckgasse 10 freigeräumt, sodass der Bauplatz auf der zur Straße zugewandten Seite freigeräumt ist. Laut Flächenwidmungsplan sind diese Grundstücke als Kerngebiet ausgewiesen mit einer Bebauungsdichte von min. 0,8 bis max. 2,5.

Ein wesentlicher Punkt des Bauplatzes ist der Innenhof des Grundstücks. Im gegenwärtigen Zustand wird ein Teil des Grundstücks vom nebenan liegenden Kindergarten als Spielplatz verwendet. Ein weiterer Teil ist Parkfläche und der restliche Teil dient als Grünfläche mit Baumbewuchs (Höhe der Bäume: von 10m bis ca. 30m).

Bei meinem Entwurf wird auch weiterhin eine Teilfläche des Grundstücks als Spielplatz Verwendung finden. Wie schon in der Umgebungsanalyse erwähnt ist die Geräuschkulisse des Kindergartens erwünscht.

Der restliche Teil wird als zum Hospiz zugehöriger Park umgestaltet. Dieser soll als begrünter Ruheraum dienen und stellt einen Gegenpol zum öffentlichen, lauten Raum dar.



Blick Richtung Norden in die Vorbeckgasse.
Die Baulücke auf der linken Straßenseite ist
der gewählte Bauplatz. Im Hintergrund ist die
Annenstraße zu sehen

Bauplatz



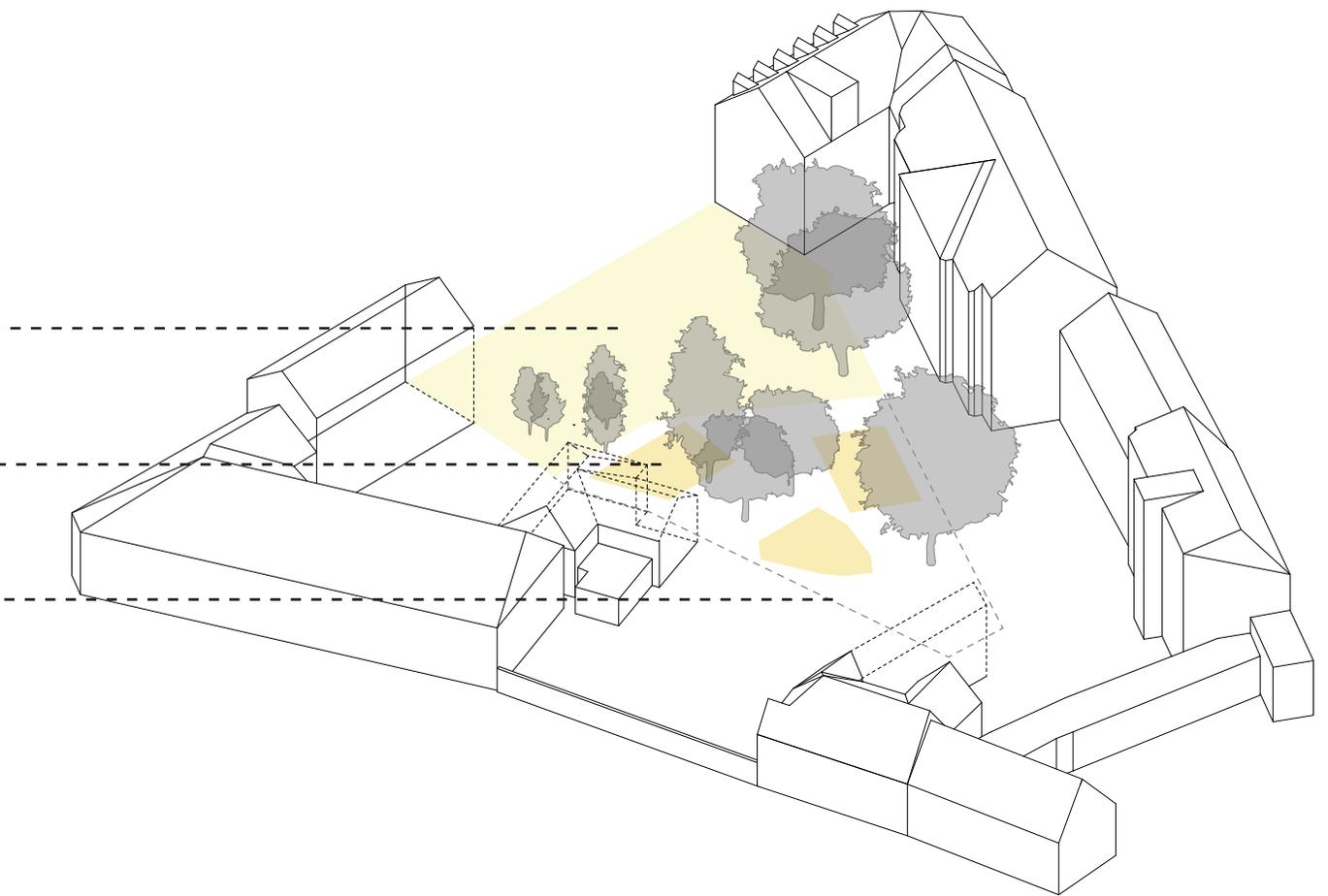
Vorbeckgasse

Abgetrenntes Grundstück

Spielplatz Kindergarten 3x

Grundstücksgrenze

Grundstück



Grundstück



F O R M F I N D U N G

Aus den Gegebenheiten des Bauplatzes richtet sich der Entwurf an das Erscheinungsbild des umgebenden Stadtteils und nimmt Rücksicht auf die umliegende Baustruktur. Der Baukörper gliedert sich in den Bestand ein, schließt die vorhandene Baulücke und ist eine Weiterführung bzw. die Vervollständigung der vorhandenen Blockrandbebauung.

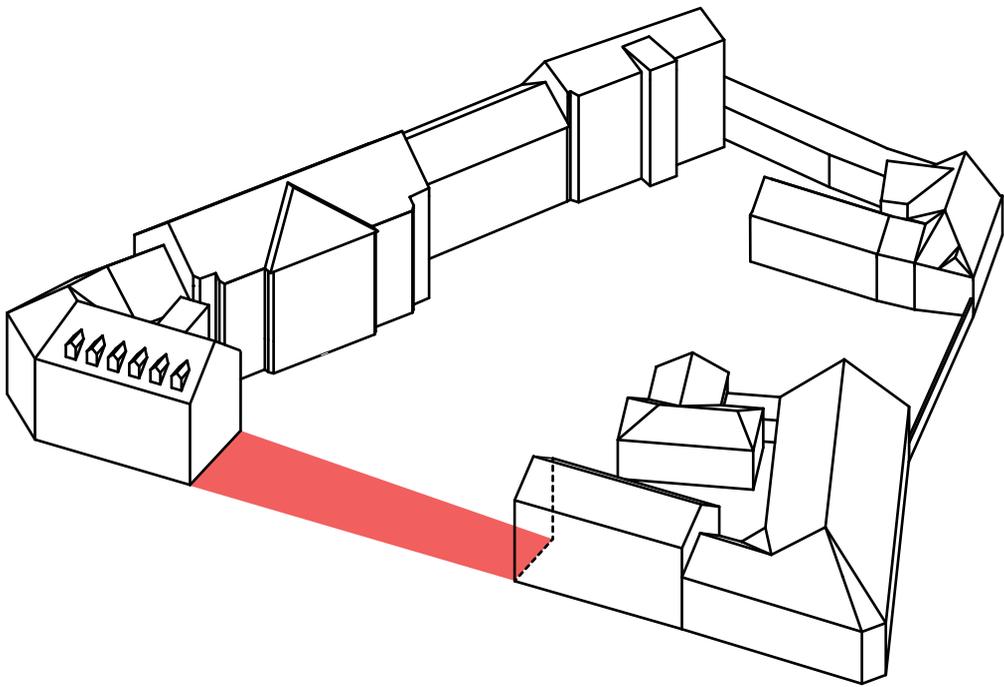
Die Grundform des Bauvolumens bildet ein Quader, der sich in die Baulücke einfügt und an seinen Stirnseiten an die Nachbargebäude andockt. Masse und Höhen, speziell die Traufhöhe, orientieren sich an die der Nachbargebäude. Der Quader wurde Richtung Innenhof (westliche Seite des Gebäudes) gestreckt und an seine Ecken abgeschnitten, um den Schattenwurf auf die Nebengebäude zu verringern bzw. um die Blickbezüge der Nachbargebäude in den Innenhof weiterhin zu gewährleisten. Auf der Ostseite des Quaders wird mittels Subtraktion ein Teil des Volumens abgezogen. Der dadurch gewonnene Raum dient als Übergang von Außen nach Innen. Weiters ist ein Teil des Volumens in der nördlichen Erdgeschosszone ausgeschnitten. Dieser Bereich dient als Einfahrt in den Innenhof, da direkt vor dem Gebäude keine Parkmöglichkeit vorhanden ist.

Das Gebäude schließt nördlich wie auch südlich an die Nachbargebäude an. Aus diesem Zustand heraus bildet sich auch die Form des Daches, dessen Grundform ein Satteldach ist, welches aber auf verschiedene Punkte des Baukörpers, wie auch auf nebenstehende Gebäude abgestimmt ist. Vor allem auf das Dach des nördlichen Gebäudes wird Bezug genommen.

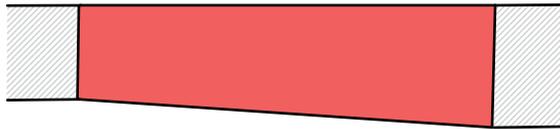
So wird dieses in leicht abgeänderter Form weitergeführt und in die neue Dachform integriert. Die daraus entstehende komplexe Dachform fügt sich in die umgebende Dachlandschaft ein, da die umliegenden Gebäude meist nicht auf ihre Nachbargebäude abgestimmt sind, in weiterer Folge auch ihre Dächer und so ein chaotisches, aber im Ganzen gesehen doch stimmiges Bild erscheint.

Straßenseitig wurde ein Teil des Baukörpers entfernt, um einen Schwellenraum zu schaffen. Die sonst vorhandene starke Abgrenzung zwischen Straße und Gebäude wird dadurch aufgehoben. Der Übergang zwischen dem öffentlichen Raum und dem Hospiz wird dadurch fließender und ermöglicht dem Ankommenden ein wenig Vorbereitungszeit. Weiters bezieht sich dieser Schwellenraum auf die gegenüber liegende Straßenseite. Auch dort ist das Gebäude von der Straße bzw. vom Gehweg abgesetzt. Der dadurch entstandene Vorraum ist aber von einer Mauer vom Straßenverlauf abgegrenzt und nicht öffentlich zugänglich. Durch die gegenüberliegende Platzierung der Räume wird eine Erweiterung der Straße geschaffen. Die enge Struktur der Straße wird dadurch ein wenig aufgelöst.

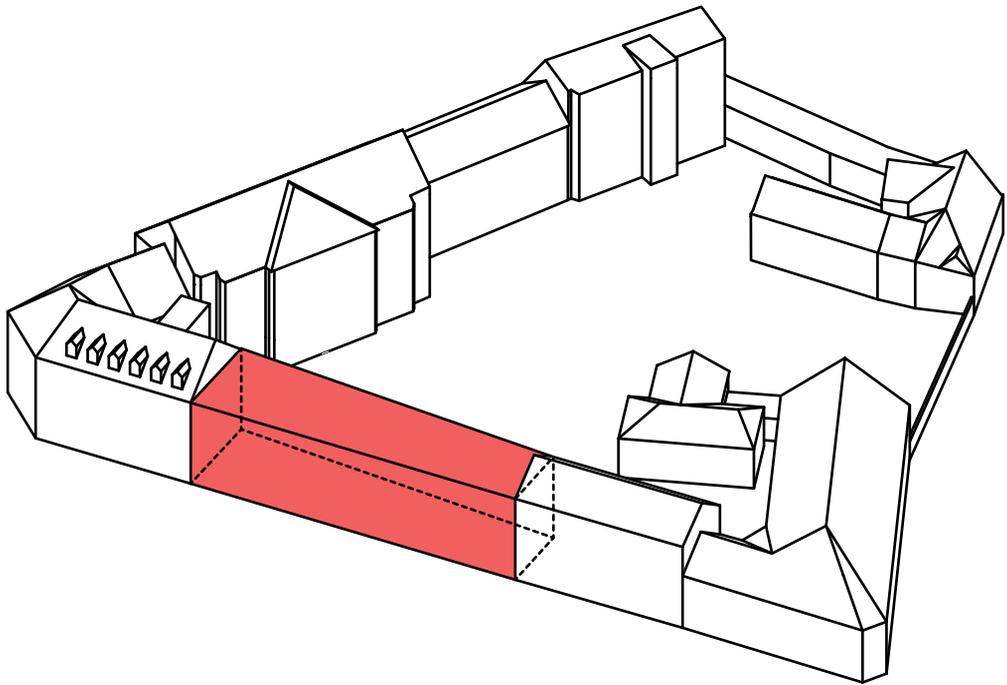
Der entstandene Vorplatz wird aber wiederum überdacht, die Überdachung ragt über den Bauplatz hinaus und überdeckt teilweise den Gehweg. Einerseits zeigt die Überdachung, dass der entstandene Raum Teil des Hospizes ist, andererseits wird durch die Auskragung der öffentliche Raum miteingebunden und zeigt eine einladende Geste. Dieser Raum ist mit Sitzgelegenheiten versehen um ein Verweilen von Hospizangehörigen (Patienten, Besucher, usw...), aber auch, da öffentlich zugänglich, von Passanten zu ermöglichen.



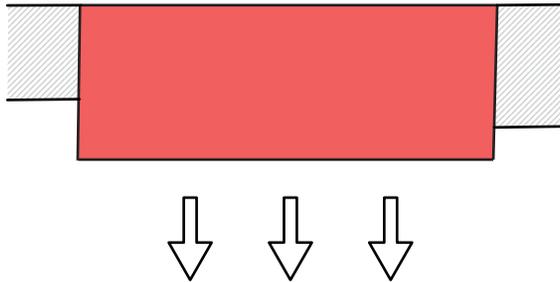
Formfindung 0



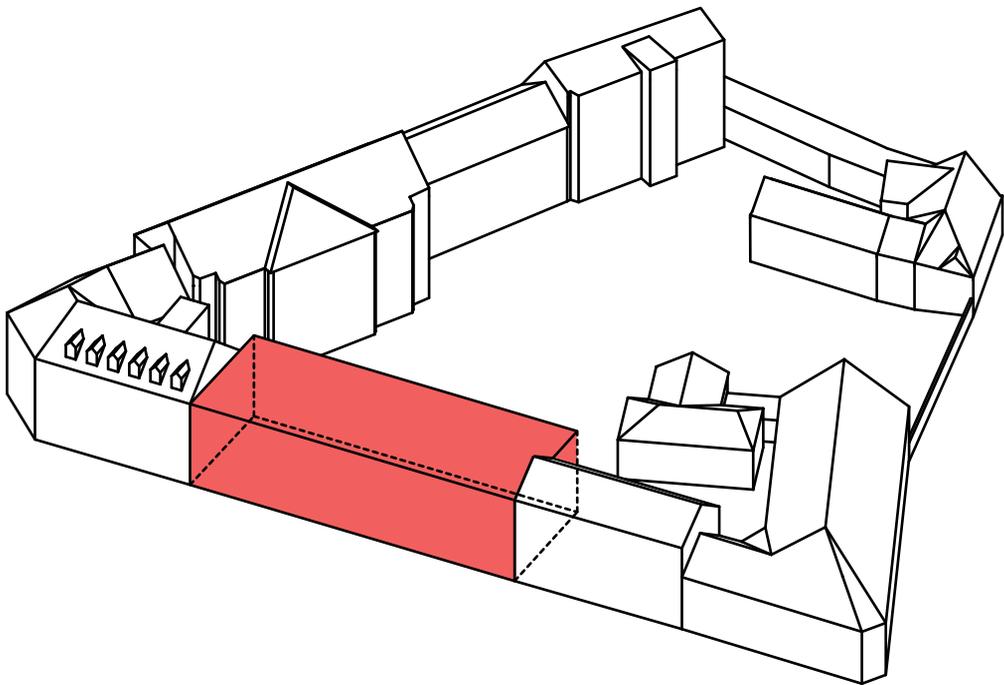
Formfindung 1



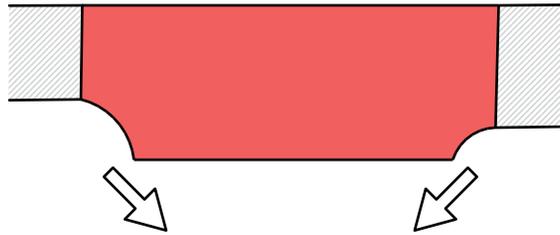
Formfindung 1



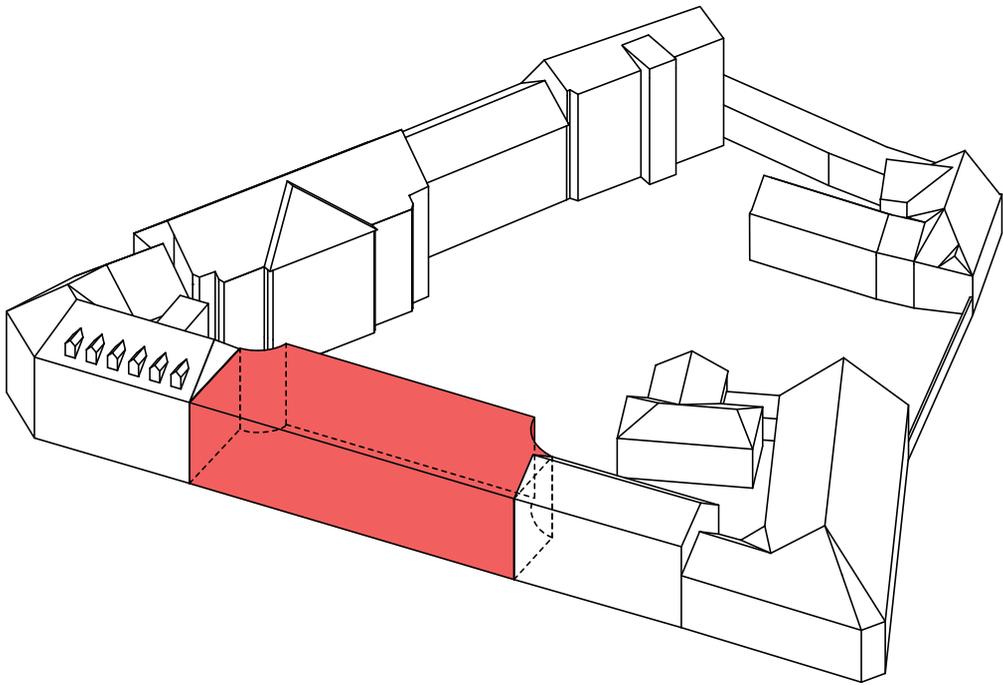
Formfindung 2



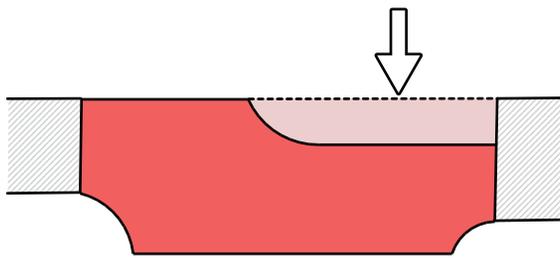
Formfindung 2



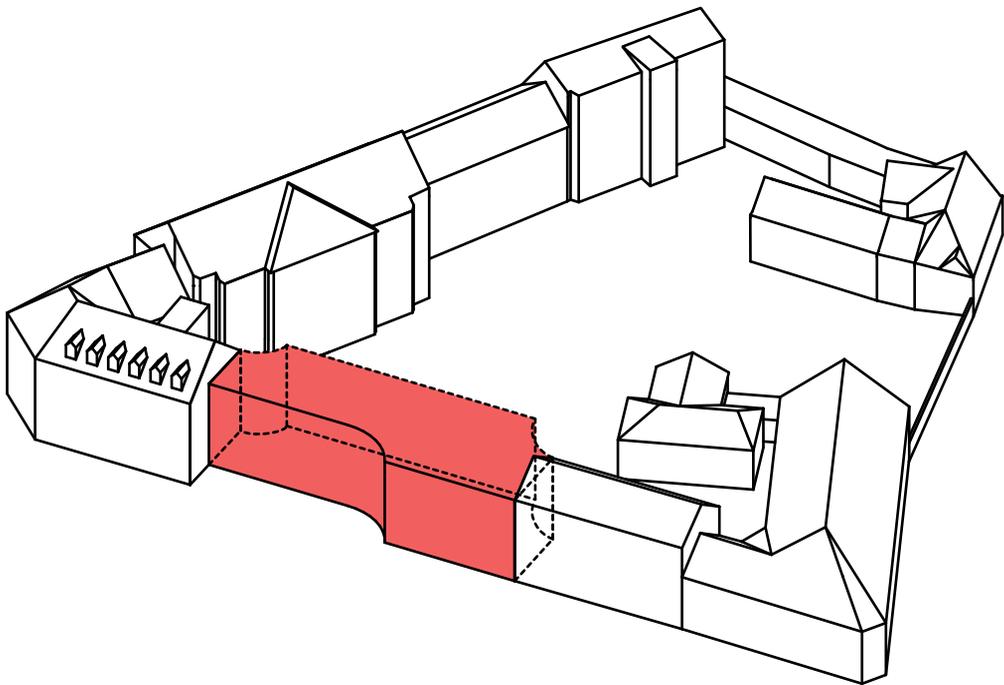
Formfindung 3



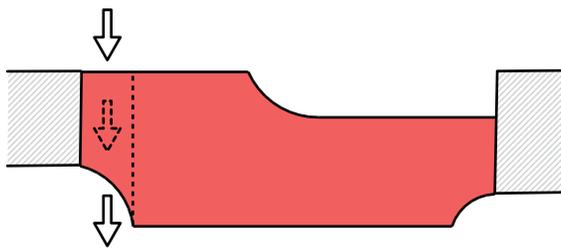
Formfindung 3



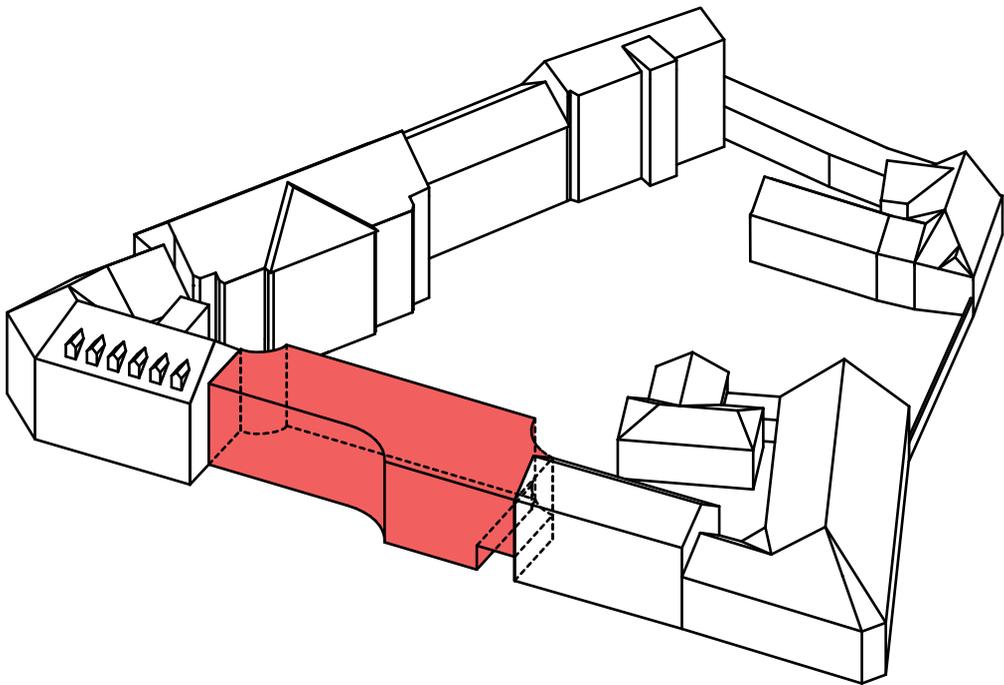
Formfindung 4



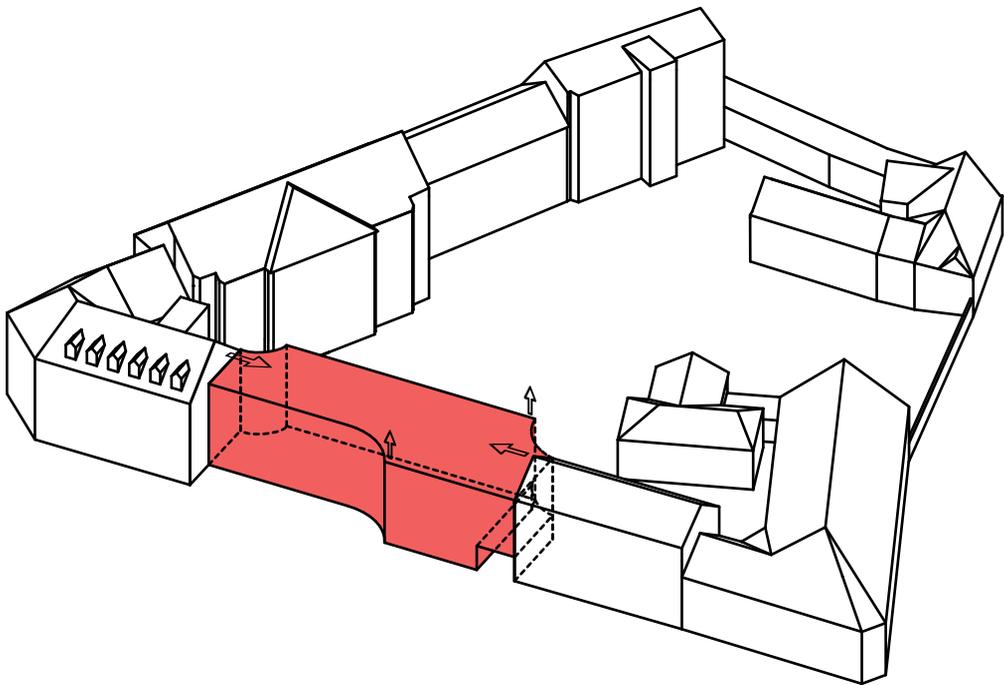
Formfindung 4



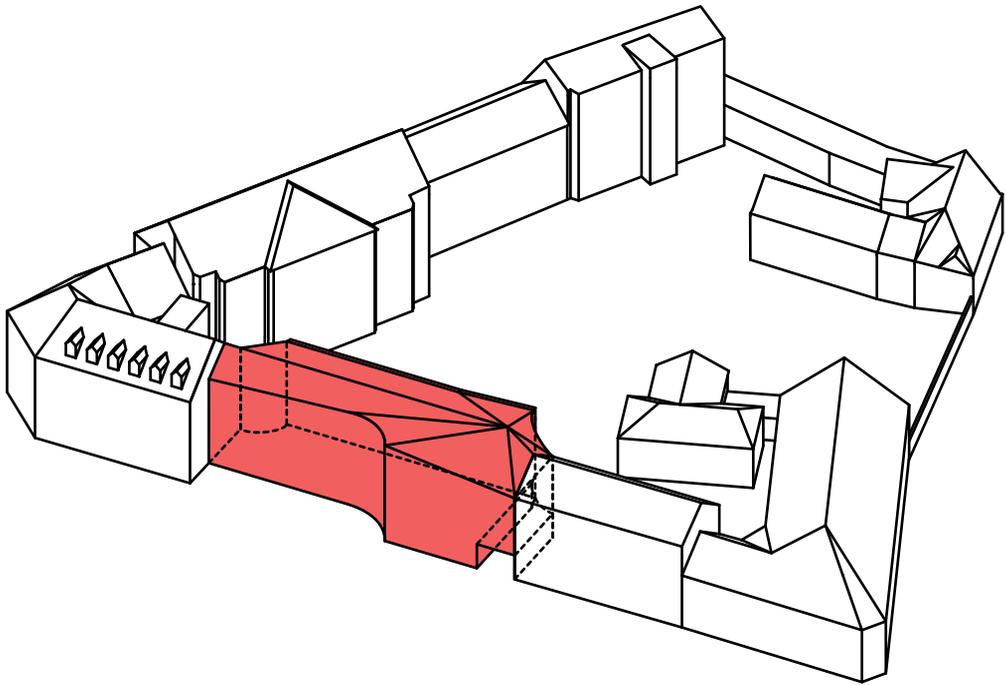
Formfindung 5



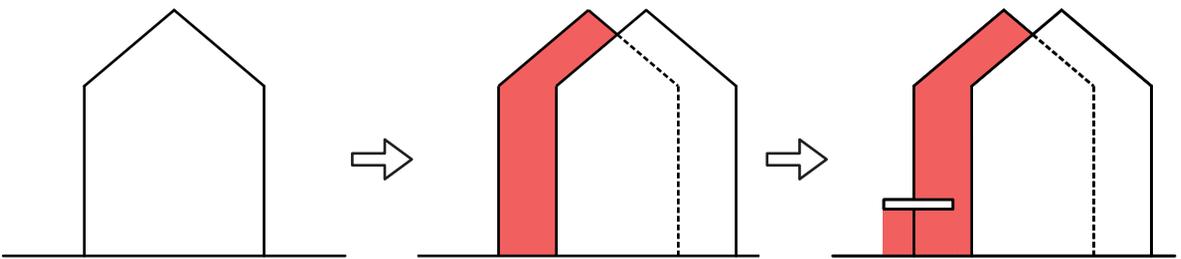
Formfindung 5



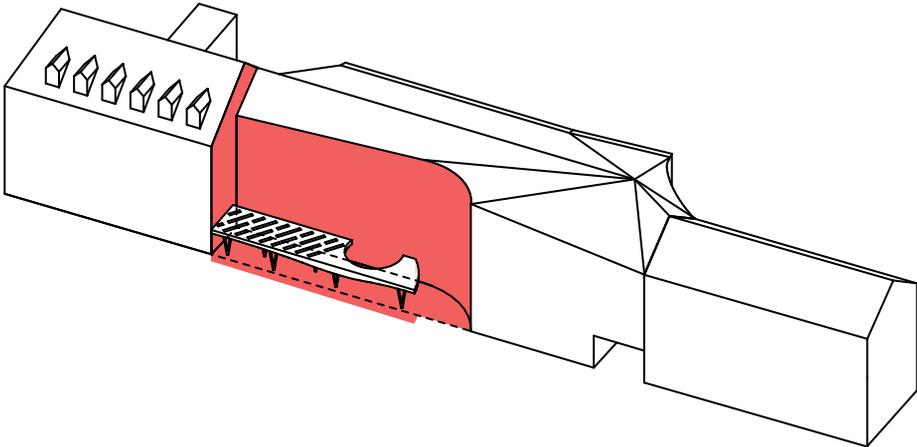
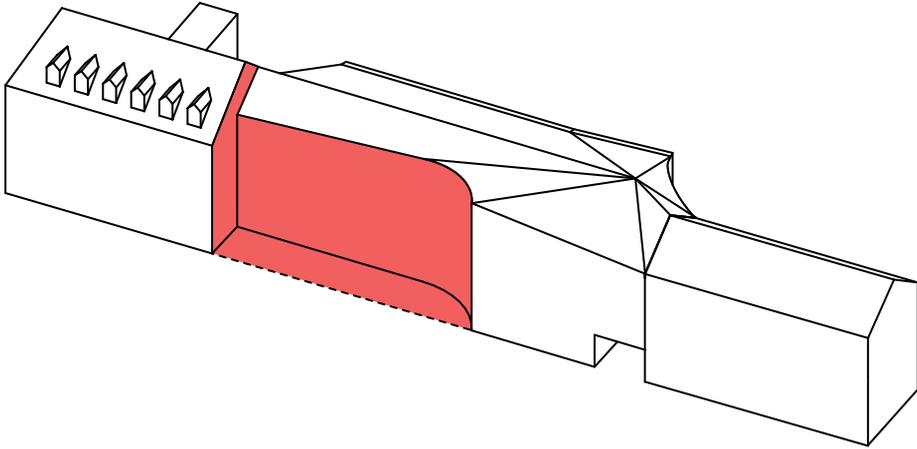
Formfindung 6



Formfindung 6



Schwellenraum



Schwellenraum



G E B Ä U D E

Das Raumprogramm lässt sich grob in drei Teile gliedern, die eigentliche Hospizarbeit, die zuständige Verwaltung und der rein funktionelle Technikbereich. Diese vorgegebenen Funktionen verteilen sich auf fünf Ebenen im Gebäude, wobei der Technikbereich in der einzigen unterirdischen Ebene anzufinden ist. In der Erdgeschosszone ist die Verwaltung angesiedelt, die restlichen drei oberirdischen Ebenen dienen zur Unterbringung des stationären wie auch dem Tageshospiz. Die Erschließung des Gebäudes erfolgt über ein Treppenhaus, das gleichzeitig als Fluchtweg dient, und einem Lift, der den Transport von Betten ermöglicht. In diesem Erschließungskern sind auch die sanitären Einrichtungen untergebracht.

Vorrangig richtet sich das Gebäude an die Gegebenheiten des Bauplatzes und auf die benötigten Eigenschaften der Räume, aus. Das Projekt unterliegt einer starken Trennung zwischen öffentlichen und privaten Raum. Die Position des öffentlichen nimmt hier der Straßenbereich und die des privaten der Innenhof ein.

Zwar nimmt das Gebäude Bezug auf beide Seiten, schottet sich aber akustisch vom Straßenverlauf ab. Diese Maßnahme erfolgt durch den Autoverkehr und der dadurch entstehenden Lärmbelästigung, die an einem Großteil des Tages gegeben ist. Auch die mit dem Verkehr verbundene Luftverschmutzung ist ein weiterer ein Grund für die Abgrenzung gegenüber des Straßenverlaufes.

R A U M P R O G R A M M

Tageshospiz

Pflegestützpunkt	27,1 m ²
Aufenthalt	3,8 m ²
Ruheraum Patienten	57,6 m ²
Medizinlager	3,2 m ²
Physiotherapie	20 m ²
Lager	8,1 m ²
WC Personal	1,6 m ²
WC Damen	1,7 m ²
WC Herren	3 m ²
WC Barrierefrei	3,1 m ²

Verwaltung

Empfang	13,6 m ²
Arztzimmer	15,1 m ²
Leitungsbüro	18,4 m ²
Koordination Ehrenamt/Leitungsbüro	25,8 m ²
Besprechung	30,3 m ²
Empfang/Backoffice	30 m ²
Beratung	18,4 m ²
Mobiles Team	15,2 m ²
Seminarraum	22,9 m ²
WC Damen	2,2 m ²
WC Herren	3,2 m ²
WC Barrierefrei	3,5 m ²
Technikraum	8,2 m ²
Entsorgung	8,1 m ²
Lager	5,2 m ²
Putzraum	2,3 m ²
Umkleide/Dusche/WC	35,5 m ²

Stationäre Hospiz

Patientenzimmer + Bad/WC x12	30,8 m ² /Einheit
Rückzugsraum	8,6 m ²
Aufenthalt/Küche	137,7 m ²
Pflegebad	20 m ²
WC Personal	1,6 m ²
WC Damen	1,7 m ²
WC Herren	3 m ²
WC Barrierefrei	3,1 m ²
Spülenraum/Lager	12,7 m ²
Therapieraum	29,7 m ²
Gerätelager/Lager	31 m ²
Medizinlager	3,2 m ²
Lager	0,4 m ²
Putzraum	3,1 m ²
Gästezimmer x2	30,8 m ² /Einheit
Pflegestützpunkt	27,1 m ²
Teeküche Mitarbeiter	12,9 m ²
Ruheraum Mitarbeiter	5,2 m ²
Terrasse	17 m ²

Verabschiedung

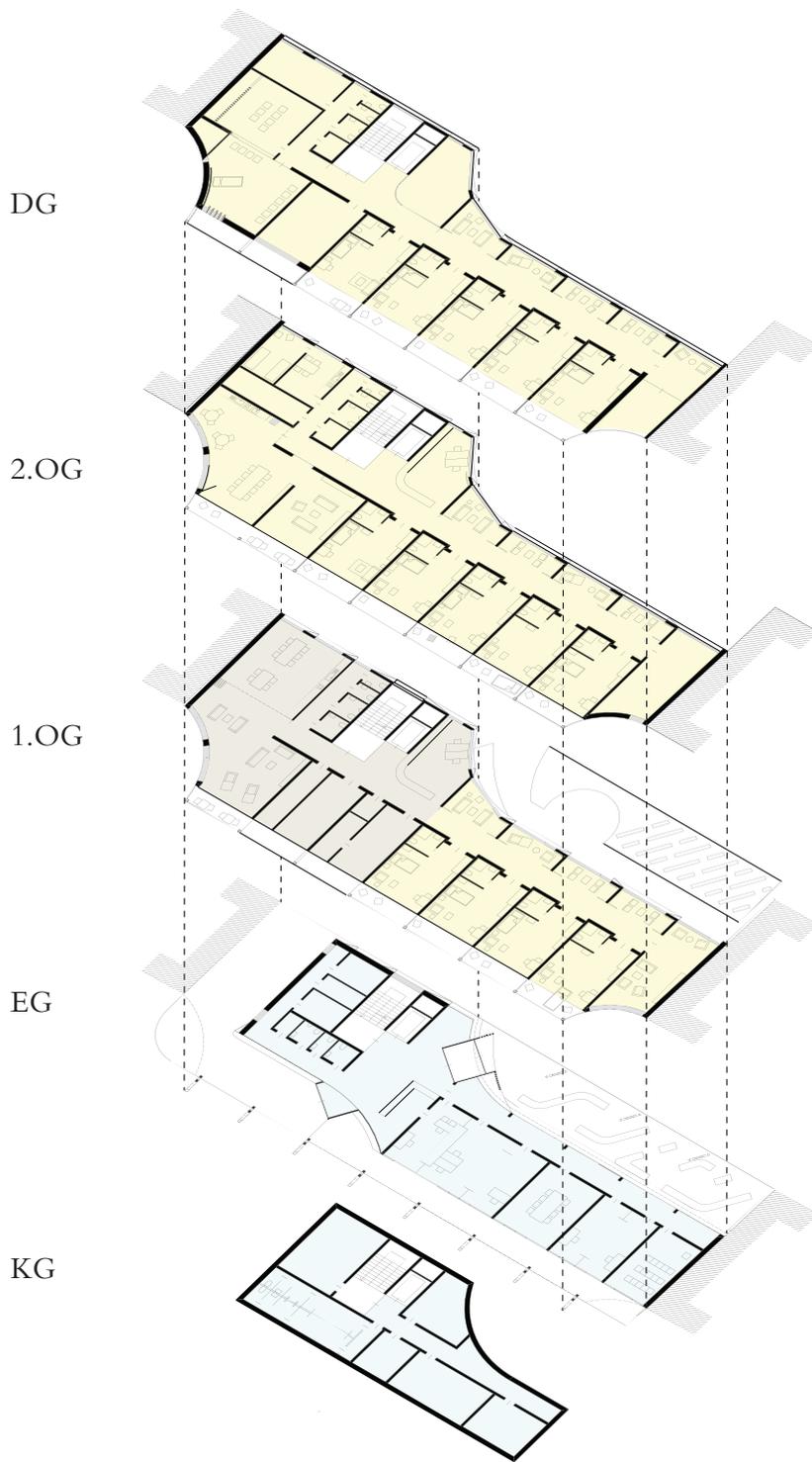
Raum der Stille	34,4 m ²
Meditationsraum	43,7 m ²

 Stationäre Hospiz

 Tageshospiz

 Verwaltung





Bereichsaufteilung

 Privat

 Mitarbeiter

 Öffentlich

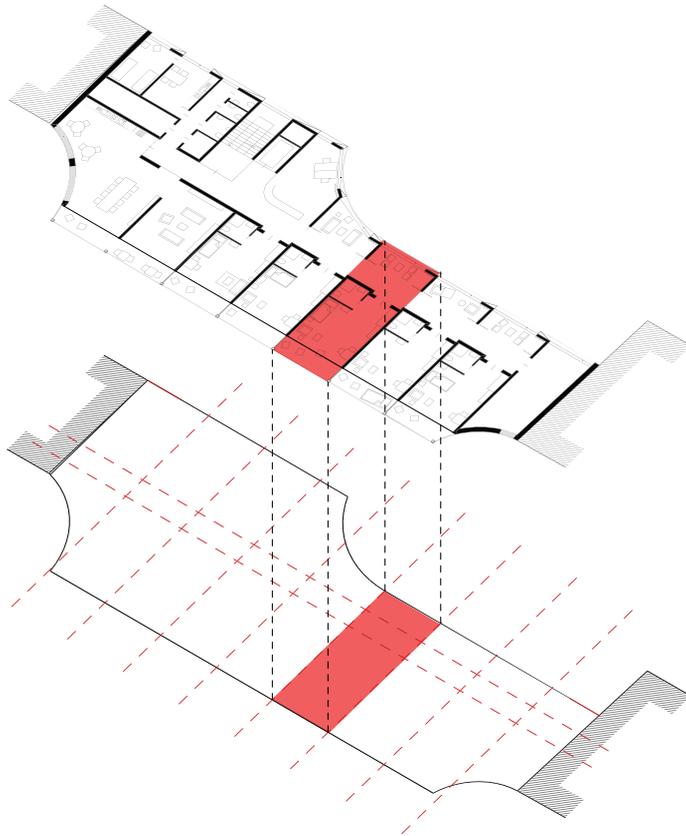




Zonierung

Die Grundrisse bauen auf einen Raster auf, dessen Abstand sich aus der Breite des Patientenzimmers ergibt. Aus der Recherche ergab sich, dass das Patientenzimmer jener Raum in einem Hospiz ist, welcher die höchste Priorität besitzt und dadurch als Ausgangspunkt des Rasters gewählt wurde. Die Erschließung jeder Etage erfolgt durch einen Mittelgang. Durch die vom Raster vorgegebene Unterteilung und der Erschließung ergeben sich pro Rasterfeld zwei Zonen. Diese zwei gegenüberliegenden Räume werden mit vom Programm nahe stehenden Funktionen bespielt.

Dies wird vor allem in der südlichen Gebäudehälfte ersichtlich. Durch die in einem vorherigen Absatz beschriebene Bauteilsubtraktion im südlichen Teil des Baukörpers, nähert sich dort der zweihüftige Grundriss einem einhüftigen. Dieser besondere Umstand wird dazu genutzt, eine Einheit vom Patientenzimmer mit vorgelagerten Aufenthaltsbereich zu generieren, was später genauer beschrieben wird.



Raster



G E S C H O S S E

ERDGESCHOSS

Diese Ebene beinhaltet die Funktion des Ankommens, der Weiterleitung und der Verwaltung. Wie vorhin beschrieben, gelangt man durch den geschaffenen Schwellenraum über ein Eingangsportal in das Innere des Gebäudes. Der Eingang ist optisch klar als solcher deklariert, besitzt als Gegenstück den Eingang bzw. Ausgang zum Innenhof und ist als Bauteil ausgeführt, welches das Gebäude durchstößt. Aus der Tatsache, dass es direkt vor dem Gebäude keine Parkmöglichkeit gibt, ist der überdachte Innenhofeingang für ein Ankommen mittels Automobil (Krankenwagen), aber auch für den Abtransport der Verstorbenen gedacht. Auch wenn hier eine negative Assoziation geweckt wird, die Verstorbenen werden durch den Hinterausgang aus dem Gebäude gebracht, sozusagen im Geheimen, überwiegt der Gedanke, dass der Bestattungswagen öfters am Tag vorbeikommen kann und die Hospizgäste nicht andauernd darauf aufmerksam gemacht werden, dass auch sie das Hospiz wahrscheinlich so verlassen.

Um den Hospizgästen Ruhe zu gewährleisten, ist der Verwaltungstrakt im Erdgeschoss angesiedelt. Dieser beinhaltet verschiedenste Büroräume, wie auch Arztzimmer und einen Seminarraum. Dieser Teil des Gebäudes ist einhüftig ausgeführt, sodass die Verwaltungsräume zum Innenhof gerichtet sind. Auch hier ist eine räumliche Trennung von der Straßenseite beabsichtigt und der Ausblick in den begrünten Innenhof gegeben.

1. OBERGESCHOSS

Neben Räumlichkeiten des stationären Hospizes befindet sich hier auch das Tageshospiz. Diese beiden Zonen sind mittels Durchgang getrennt. Die räumliche Trennung ist auch in den weiteren zwei Oberetagen vorhanden. Diese Abgrenzung ist einerseits durch die Vorgaben und damit verbundenen Eigenschaften des Raumprogramms ausgeführt, andererseits wird, speziell in den oberen Etagen, ein Schnitt zwischen Gemeinschaftsräumen und Privaträumen vollzogen.

Das im nördlichen Teil befindliche Tageshospiz unterteilt sich ebenfalls grob in zwei Zonen. Straßenseitig befindet sich der Gemeinschaftsraum, zum Innenhof gerichtet die Ruhezone. Diese beiden Räume sind grundsätzlich als eine Einheit gedacht, können aber mittels Trennwand voneinander abgeschirmt werden. Die sich in der Mittelzone befindlichen Räume, Pflegebad und Physiotherapie, werden von Tageshospiz und stationären Hospiz verwendet. Aus den gesammelten Informationen ergab sich, dass das Pflegebad in vielen Hospizen keiner hohen Auslastung unterliegt und dieses oft nur sehr selten in Gebrauch ist. Das Vorhandensein von einer Waschmöglichkeit (Dusche) in jedem Patientenzimmer ist ein weiterer Grund für die Überlegung nur ein gemeinsames Pflegebad einzuplanen.

In diesem zentralen Bereich, direkt neben dem Treppenaufgang und Lift, ist der Pflegestützpunkt des Tageshospizes angesiedelt. Die Position des Stützpunktes ermöglicht dem Pflegepersonal Übersicht und hält Wege zu den einzelnen Räumen kurz. Auch für eintreffende Personen ist dies der erste Kontaktpunkt in der Etage, so gleicht die Funktion des Pflegestützpunktes teilweise dem der Rezeption eines Hotels. Im stationären Teil befinden sich die Räumlichkeiten der Patienten, die später genauer beschrieben werden.

2. OBERGESCHOSS

Aufbauend auf dem Prinzip des Rasters ist dieses Geschoss sowie das Dachgeschoss ähnlich dem des 1. Obergeschosses. Die Grundrisstruktur wird im Grunde nicht verändert, sondern es wird nur auf die Bedingungen des Raumprogramms eingegangen.

Auch hier ist ein Pflegestützpunkt an gleicher Stelle positioniert, dieser ist jedoch Teil des stationären Hospizes. Wie schon beschrieben, ist die Abgrenzung zwischen Gemeinschaftsräumen und privaten Räumen auch in dieser Etage ausgeführt. Die für das Pflegepersonal vorgesehene Teeküche mit angrenzendem Ruheraum wurde ein wenig abgeschieden in die nordöstliche Ecke angelegt, um es dem Personal in den Pausen zu ermöglichen, Distanz zu der emotional belastenden Arbeit zu finden. Weiters gibt es zwei Gästezimmer, die sich auf das 2. Obergeschoss und Dachgeschoss aufteilen.

DACHGESCHOSS

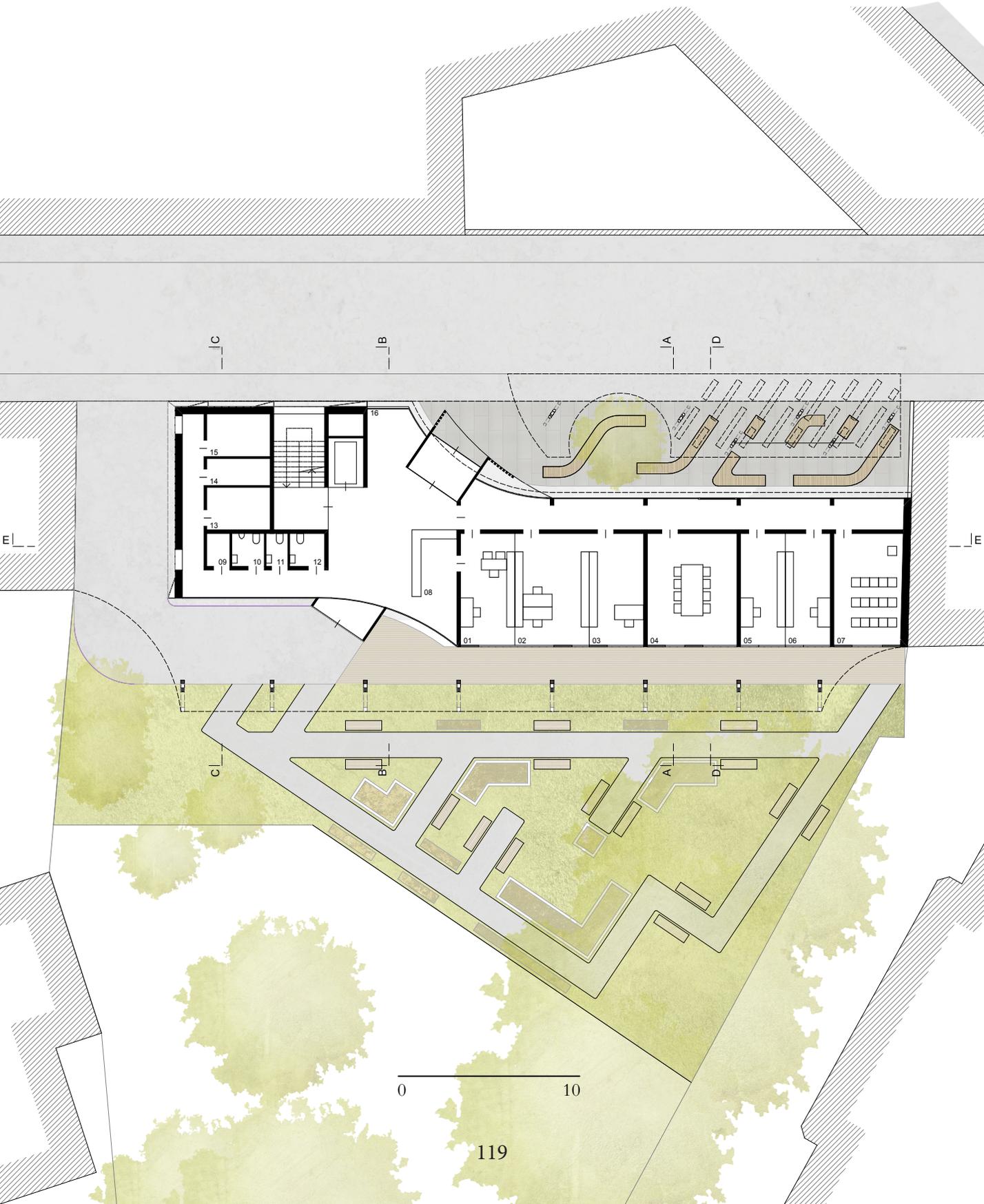
Für die Verabschiedung eines Verstorbenen verfügt das Dachgeschoss über einen eigenen Aufbahrungsraum. Dieser bildet mit dem Raum der Stille wiederum eine Einheit und kann mit diesem zusammengeschlossen werden und diese bilden wiederum einen eigenen Ruhebereich.

Vorbei an den Patientenzimmern, am südlichen Ende gelegen, befindet sich eine kleine Dachterrasse, die Blicke in den Innenhof ermöglicht. Da der Innenhof für die Gäste begehbar ist und jedes Einzelzimmer über einen Balkon verfügt, wird auf weitere Terrassen verzichtet.

- 01 Beratung
- 02 Leitungsbüro/Koordination Ehrenamt
- 03 Leitungsbüros
- 04 Besprechungsraum
- 05 Mobile Hospizteam
- 06 Arztzimmer
- 07 Seminarraum
- 08 Empfang
- 09 Putzraum
- 10 WC Barrierefrei
- 11 WC Damen
- 12 WC Herren
- 13 Entsorgung
- 14 Lager
- 15 Technik
- 16 Foyer



Erdgeschoss

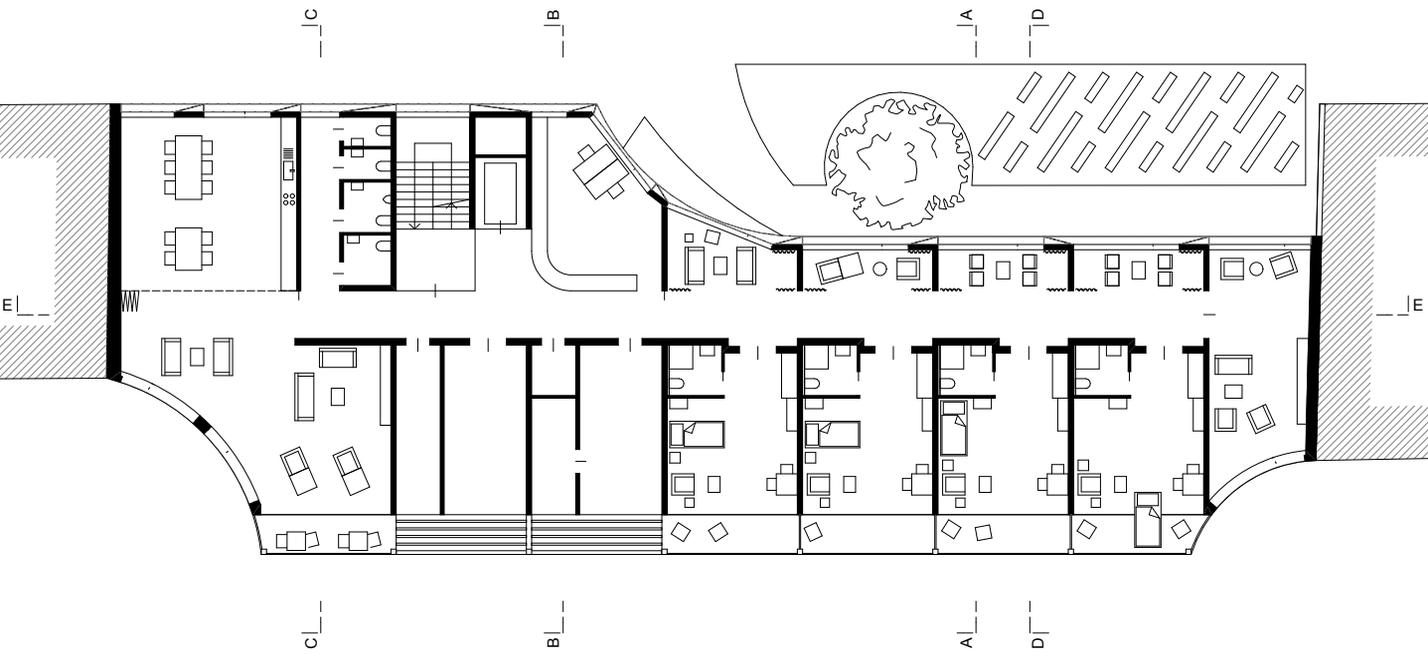


0 10

- 01 Patientenzimmer
- 02 Rückzugsraum
- 03 Aufenthaltsraum
- 04 Pflegestützpunkt
- 05 Physiotherapie
- 06 Pflegebad
- 07 Medizinlager
- 08 Lager
- 09 Aufenthaltsraum Tageshospiz
- 10 Küche Tageshospiz
- 11 WC Barrierefrei
- 12 WC Herren
- 13 WC Damen
- 14 WC Angestellte



1.Obergeschoss



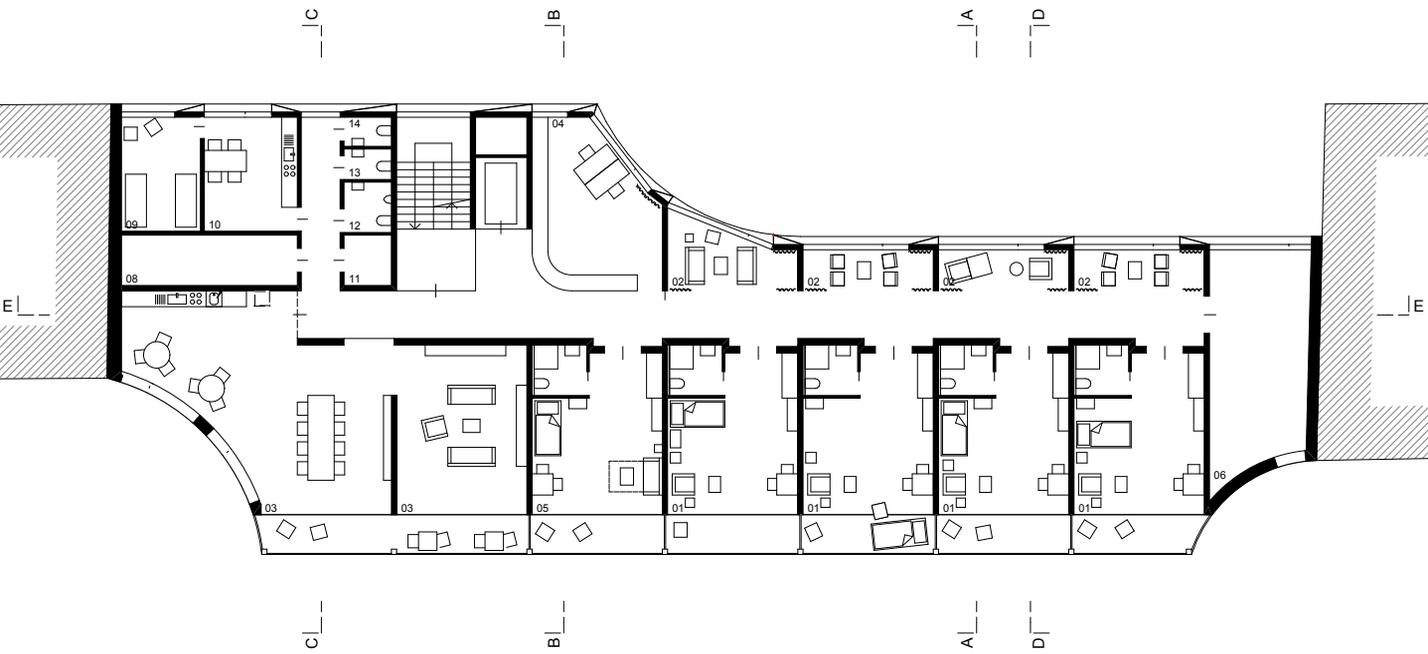
0 10

1.Obergeschoss

- 01 Patientenzimmer
- 02 Rückzugsraum
- 03 Aufenthaltsraum/Küche
- 04 Pflegestützpunkt
- 05 Gästezimmer
- 06 Gerätelager/Lager
- 07 Medizinlager
- 08 Spülenraum/Lager
- 09 Ruheraum Mitarbeiter
- 10 Teeküche Mitarbeiter
- 11 Putzraum
- 12 WC Herren
- 13 WC Damen
- 14 WC Angestellte



2.Obergeschoss



0 10

2.Obergeschoss

- 01 Patientenzimmer
- 02 Rückzugsraum
- 03 Aufenthaltsraum
- 04 Gästezimmer
- 05 Therapiezimmer
- 06 Verabschiedungsraum
- 07 Raum der Stille
- 08 Lager
- 09 Putzraum
- 10 WC Herren
- 11 WC Damen
- 12 WC Angestellte
- 13 Terrasse



Dachgeschoss



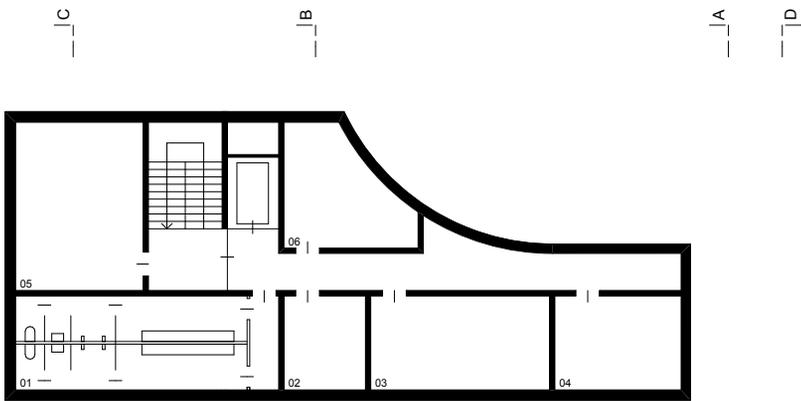
0 10

Dachgeschoss

- 01 Umkleide
- 02 Serverraum
- 03 Waschraum/Trockenraum
- 04 Archiv/Lager
- 05 Haustechnik
- 06 Lager



Kellergeschoss



E|_

_|E

°

°

C|_

B|_

A|_

D|_

°

0 10

Kellergeschoss

F A S S A D E

Die Gestaltung der Fassade beruht aus der Einbindung in den Kontext und aus dem Innenraum des Gebäudes. Elemente der umliegenden historischen Gebäude werden aufgegriffen und mit einer zeitgemäßen Gestaltung in den neuen Bau hinzugefügt. Der Sockelbereich wurde teilweise übernommen und an die Höhe der umgebenden angepasst. Die strikte Gliederung der historischen Fassaden der umgebenden Gebäude ist soweit wiedergegeben, insofern als sich die Öffnungen des Hospizes an den Raster der Grundrisse anpassen und eine geordnete Reihenfolge erkennen lassen. Große Glasflächen gestatten einerseits viel Licht im Innenraum (Lage und Umgebung veranlassen auf der Ostseite wenige Sonnenstunden), andererseits öffnet sich das Gebäude der Stadt hin und erlaubt den Hospizgästen Ausblicke. Darüber hinaus wird auf dieser Seite auf einen außenliegenden Sonnenschutz verzichtet. Auch hier sind die Lage und die Nachbargebäude, aber auch die geplante Bepflanzung eines Baumes im Schwellenbereiches vor dem Hospiz, Grund für die Vernachlässigung eines gebauten Sonnenschutzes. Um einer allfälligen Überhitzung entgegenzusteuern ist eine hochwertige Verglasung (Sonnenschutzglas) geplant. Auch die erwünschte akustische Abschottung gegenüber der Straße lässt sich durch entsprechendes Schallschutzglas erzielen.



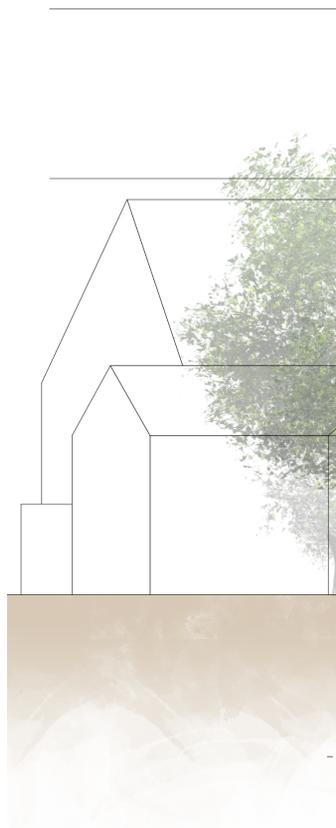
Ansicht Ost

Die Westansicht unterscheidet sich maßgeblich von der östlichen Fassade, rein der Sockelbereich wird weitergeführt und dem des straßenseitigen identisch. Die im Innenhof gegebene Situation ist eine gänzlich andere die der straßenseitigen. Die umliegenden Gebäude zeigen bei ihrer hofseitigen Fassade wenige gestalterische Elemente. Ohne Dekor wirken die Fassaden minimalistisch und uniform. Die Reduzierung auf die wesentliche Funktion der Öffnungen wird im geplanten Bau in gewisser Weise übernommen. Dies geschieht nicht aus reiner Bequemlichkeit, vielmehr werden Anforderungen und Ansprüche der Gäste als Grundsatz wahrgenommen. Ein einfaches und bescheidenes Design wird einem extrovertierten Aussehen vorgezogen.

Dem Gebäude wird ein Filter vorgesetzt, der aus der Funktion der inneren Räume gebildet ist. Die Privatzimmer richten sich alle in den Hof hinein. Um den Bewohnern auch in ihren Zimmern die Möglichkeit zu gewähren, mit der Außenwelt in Kontakt zu treten, ohne dabei die Privatsphäre zu verlieren, ist jedem dieser Räume ein Balkon vorgesetzt. Die Auskragung der Balkone dient gleichzeitig als Sonnenschutz der darunter liegenden Räume.



Ansicht West



0 10

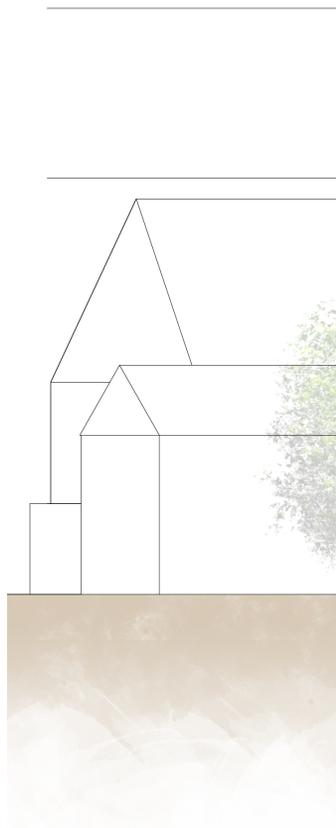


Schnitt A-A





Schnitt A-A



0 10

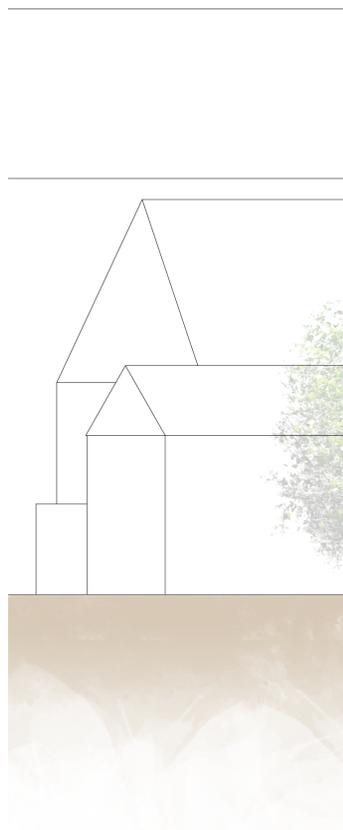


Schnitt B-B





Schnitt B-B



0 10

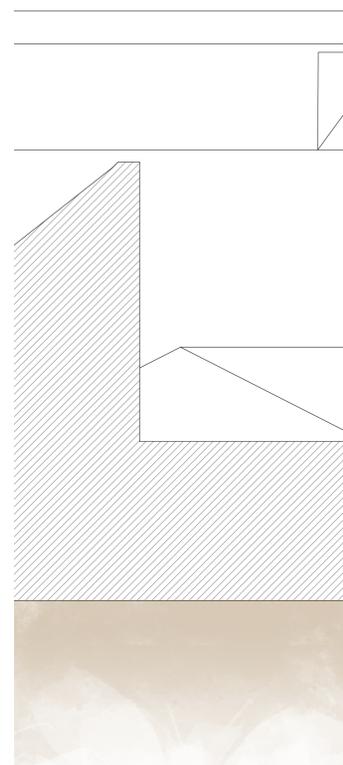


Schnitt C-C





Schnitt C-C



0 10



Schnitt D-D





Schnitt D-D

0 10



Schnitt E-E





Schnitt E-E

PATIENTENZIMMER / VORRAUM

Durch die Überlagerung des Rasters mit dem Erschließungsgang und der Subtraktion im südöstlichen Teil des Baukörpers ergeben sich zwei von der Kubatur unterschiedliche Zonen. Diese Raumsituation erinnert an eine Enfilade, jedoch gibt es in jedem der aneinandergereihten Räume eine bauliche Abtrennung. Die größere der beiden Zonen, welche zum Innenhof liegt, wird als Patientenzimmer genutzt. Der kleineren Zone, deren Ausblick zur Straße führt, werden nun mehrere Funktionen zugewiesen.

Neben einen klassischen Aufenthaltsbereich kann dieser Raum, da man ihn mittels Vorhang abtrennen kann, auch als weiterer Rückzugsort genutzt werden. Dies ist nicht nur für den Patienten angedacht. Angehörige deren Aufenthaltszeit sich nicht nur auf einige Minuten oder weniger Stunden bezieht finden so einen kleinen privaten Raum für sich vor. Bei bettlägerigen Patienten die kaum noch aus dem Zimmer kommen, kann der Vorraum von Besuchern als Vorbereitungszone genutzt werden. Wenn gewünscht, ist es auch möglich, dass der Hospizgast mit anderen Gästen in diesem Bereich in Interaktion tritt. Weiters kann auch einmal das Patientenzimmer bei Anwesenheit mehrerer Familienmitglieder, Freunden, Bekannten usw... etwas klein werden. So verschafft der vorgelagerte Raum mehr Platz für die Anwesenden.



Grundriss

Patientenzimmer + Vorraum



Längsschnitt: Balkon/Zimmer/Gang/Vorraum



Längsschnitt:Vorraum/Gang/Zimmer/Balkon

Patientenzimmer



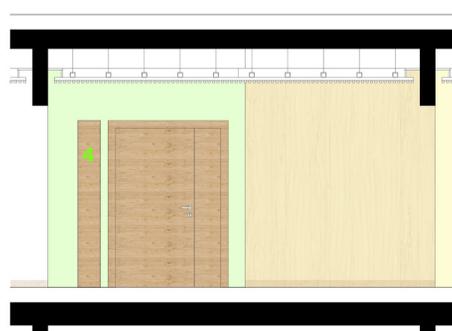
Patientenzimmer



Vorraum



Patientenzimmer



Gang

Patientenzimmer

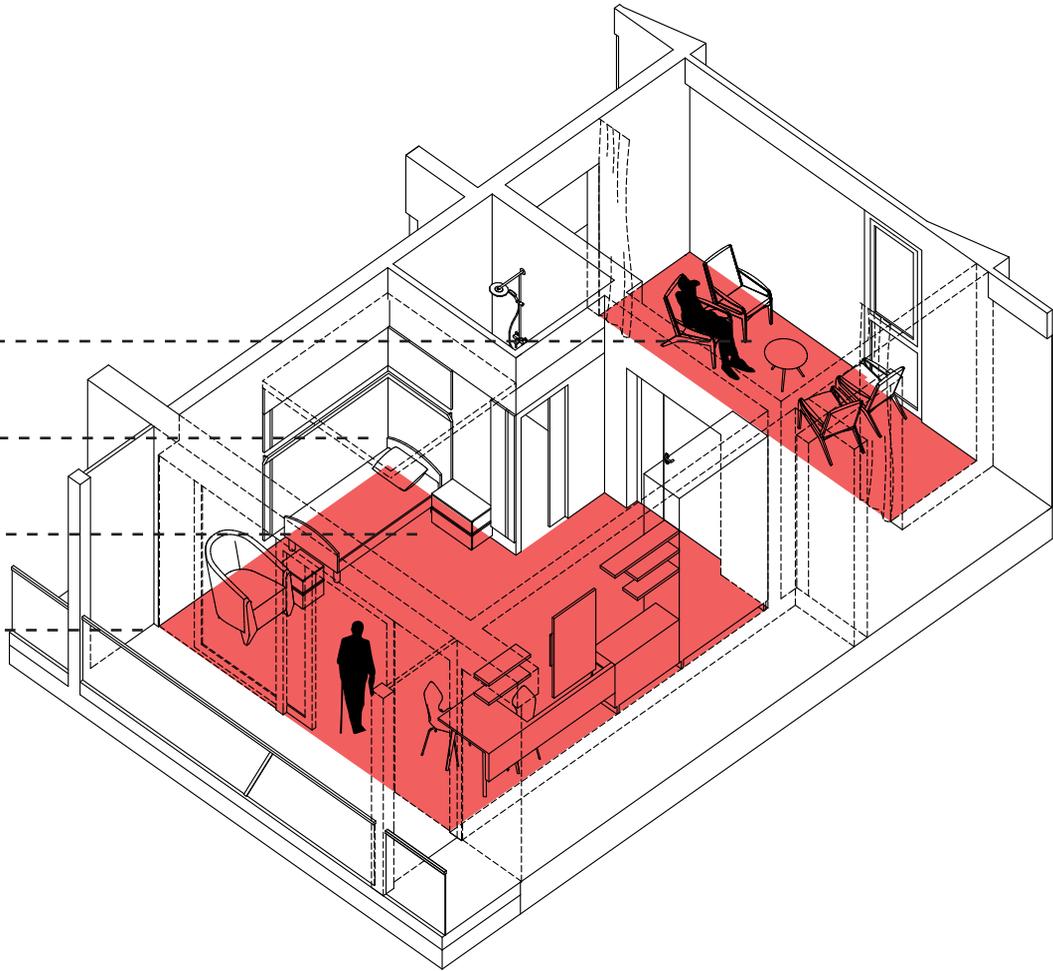
Vorraum

Deckengestaltung

Patientenzimmer

Balkon

Wie schon erwähnt ist dem Patientenzimmer ein Raum vorgelagert. Dieser Vorraum wird durch den Gang mit dem Patientenzimmer getrennt. Aus diesem Umstand ergibt sich eine Multifunktionalität. Man kann mit anderen Hospizgästen interagieren, diesen Raum als Wartebereich nutzen oder als Rückzugsort verwenden.



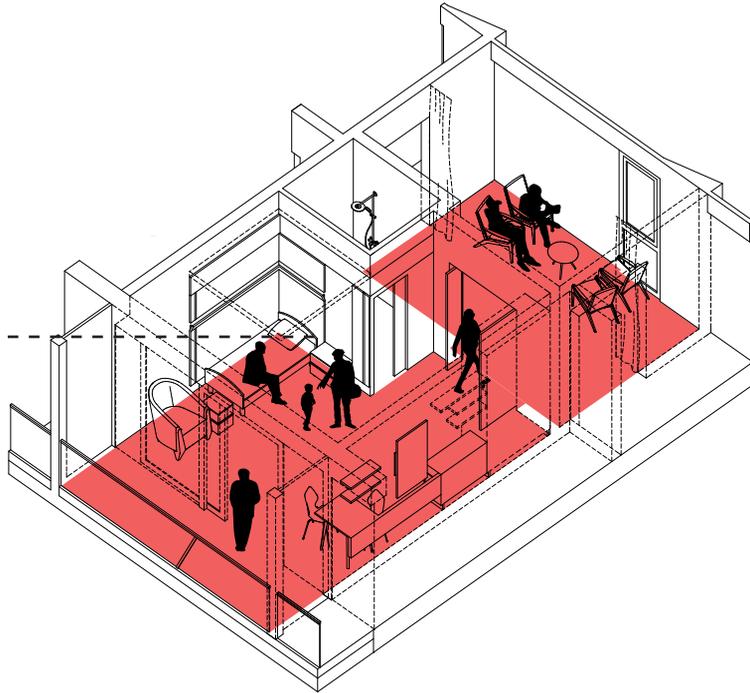
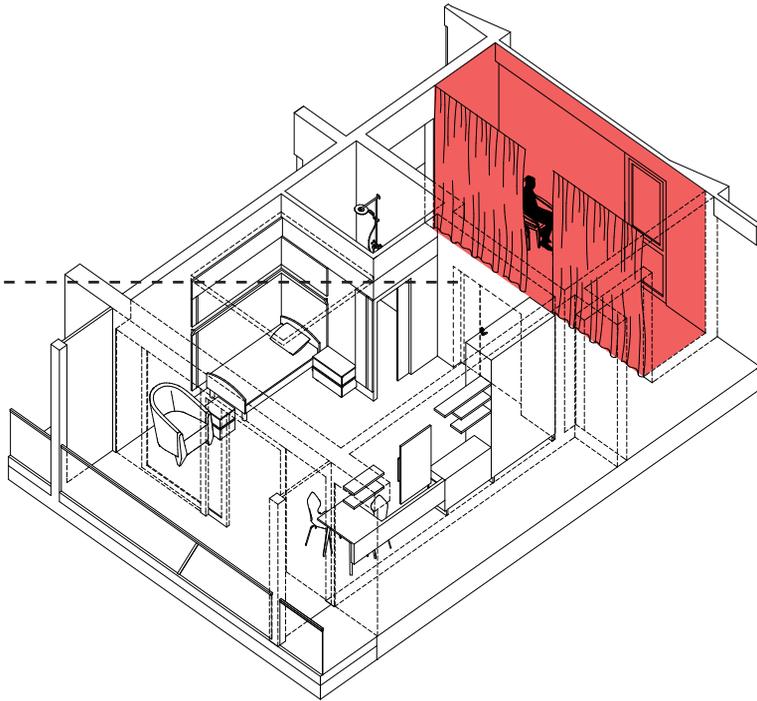
Axonometrie Patientenzimmer

Rückzugsbereich

Bei geschlossenen Vorhängen kann der Bereich als Rückzugsort Verwendung finden. Dies ist nicht nur für den Patienten gedacht. Wie aus der Nutzergruppenanalyse ersichtlich sind die Angehörigen als Leidtragende mit den Patienten gleichzustellen.

Zimmeroffen

Das Patientenzimmer kann bei geöffneter Türe mit dem Vorraum zusammengeschlossen werden. So wird mehr Platz für Angehörige/ Besucher und Patienten ermöglicht. Der Gangbereich wird miteinbezogen, somit kann der entstandene Raum vor dem Patientenzimmer nicht als ganz privat angesehen werden.



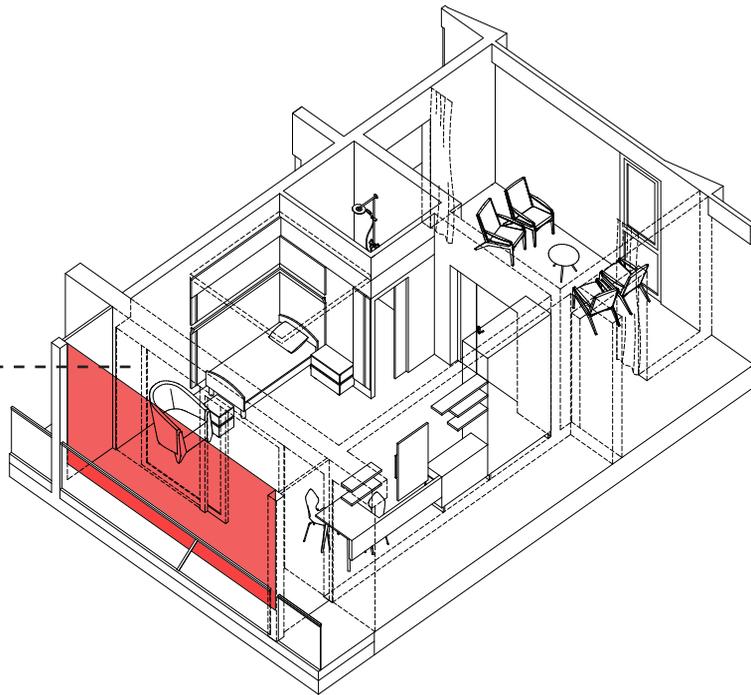
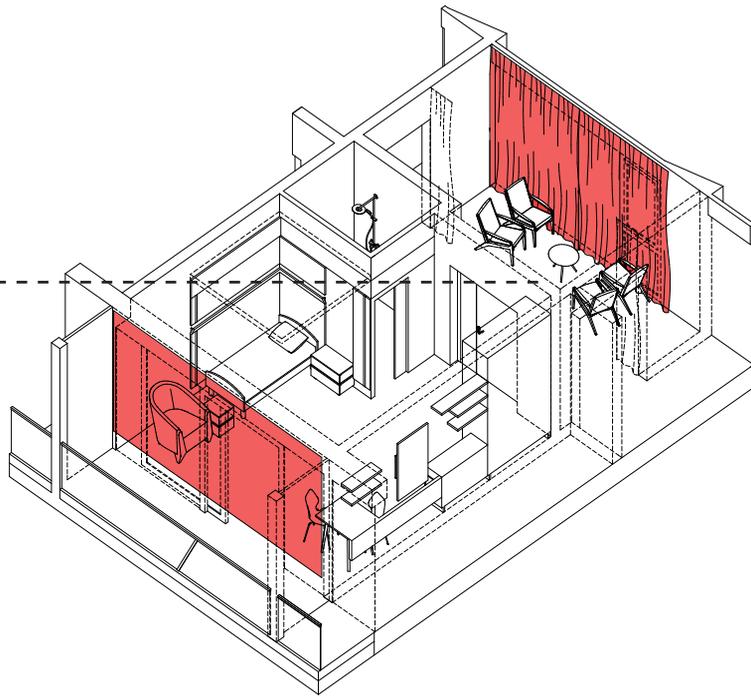
Axonometrie Patientenzimmer

Sonnenschutz

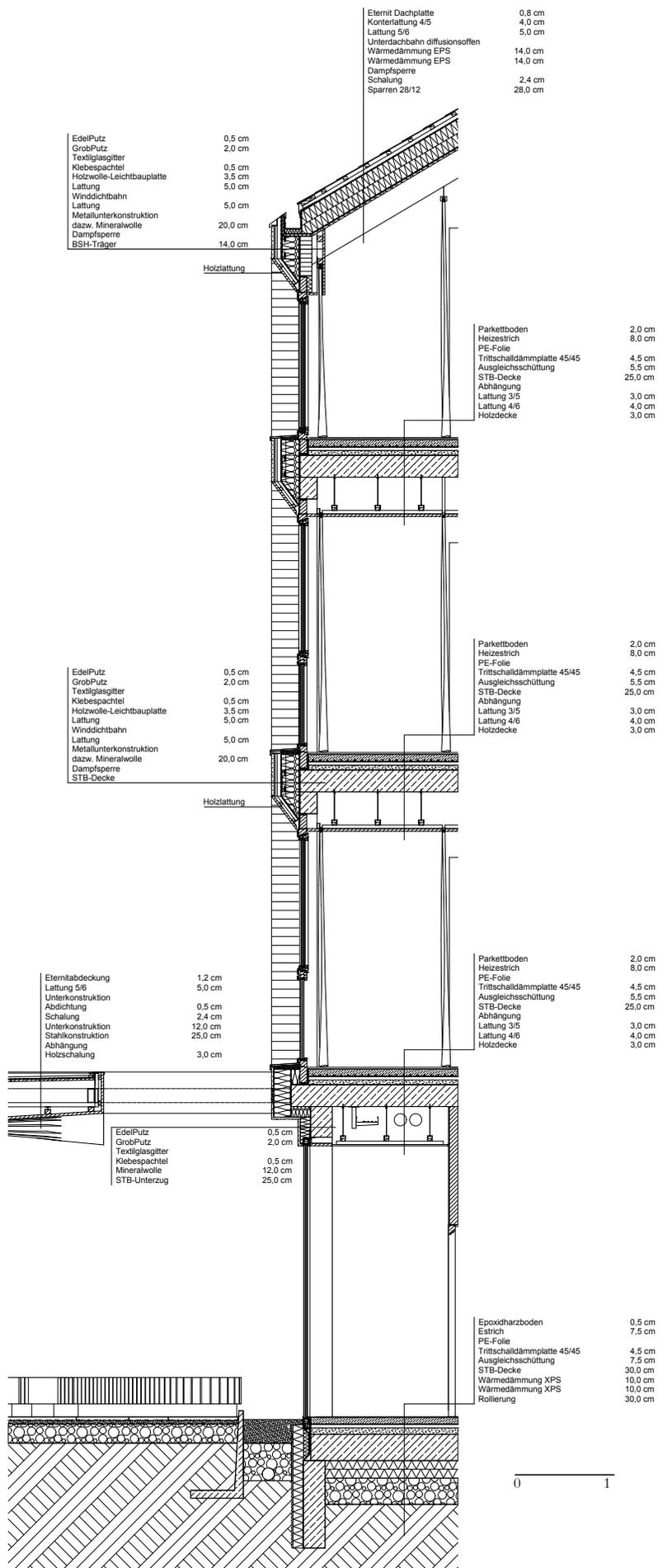
Auf der Ostseite dienen Vorhänge als Sicht- und Sonnenschutz. Es wurde auf einen außenliegenden Sonnenschutz verzichtet. Wie schon beschrieben ist eine Verglasung mit Sonnenschutz vorgesehen.

Sonnenschutz

Auf der Westseite des Gebäudes dienen 2 Senkrechtmarkisen als Sonnenschutz. Eine der beiden ist direkt an der Glasfront montiert, die andere ist am äußeren Bereich des Balkons angebracht. Bei geöffneter Balkontüre kann dieser Sonnenschutz bei Bedarf auch als Raumerweiterung genutzt werden.

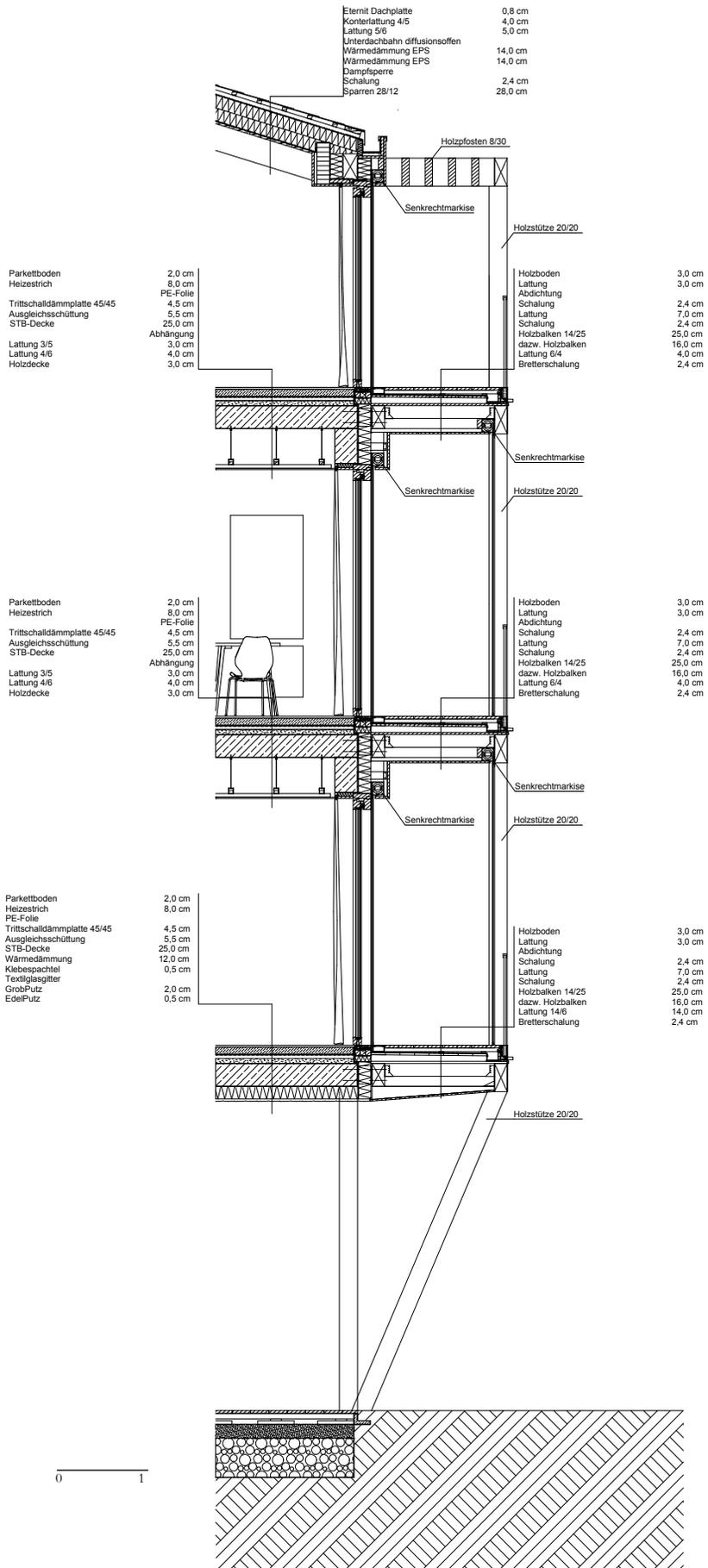


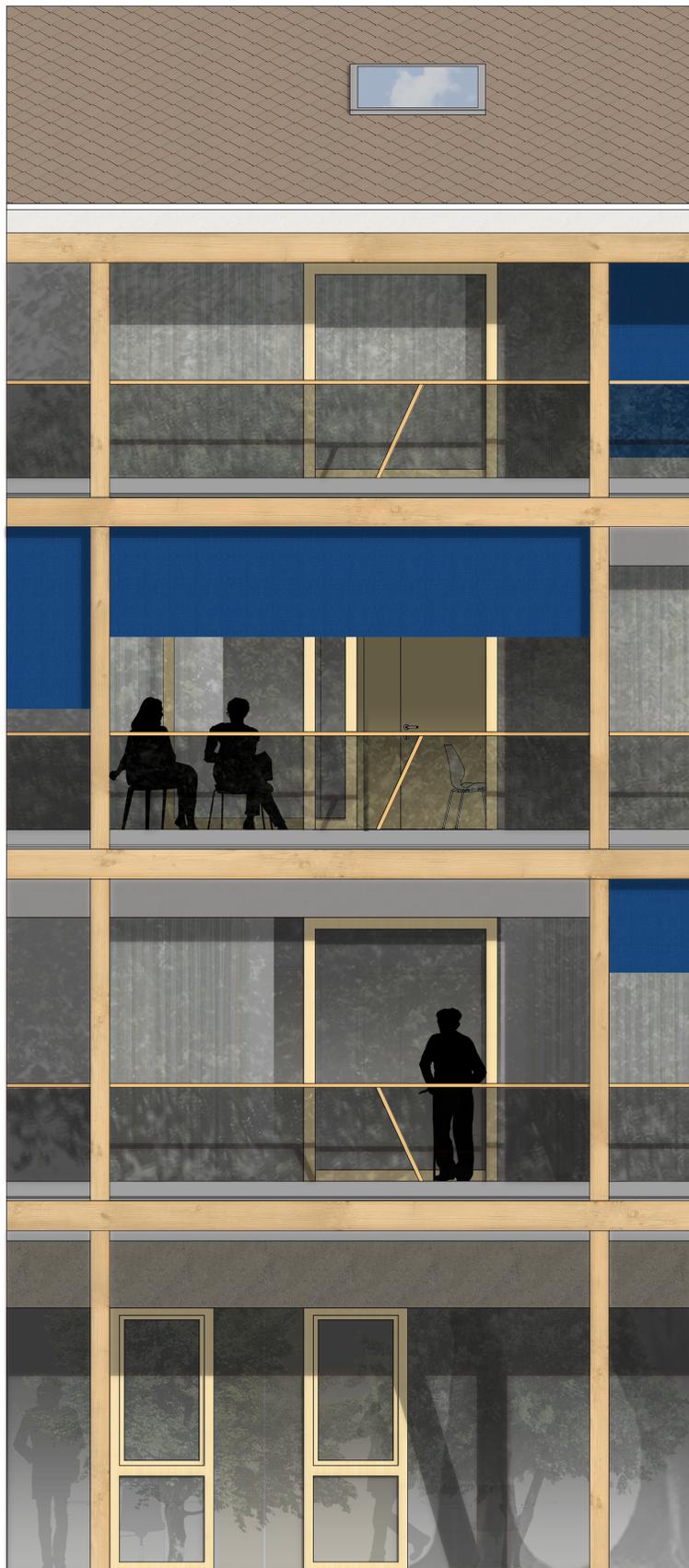
Axonometrie Patientenzimmer





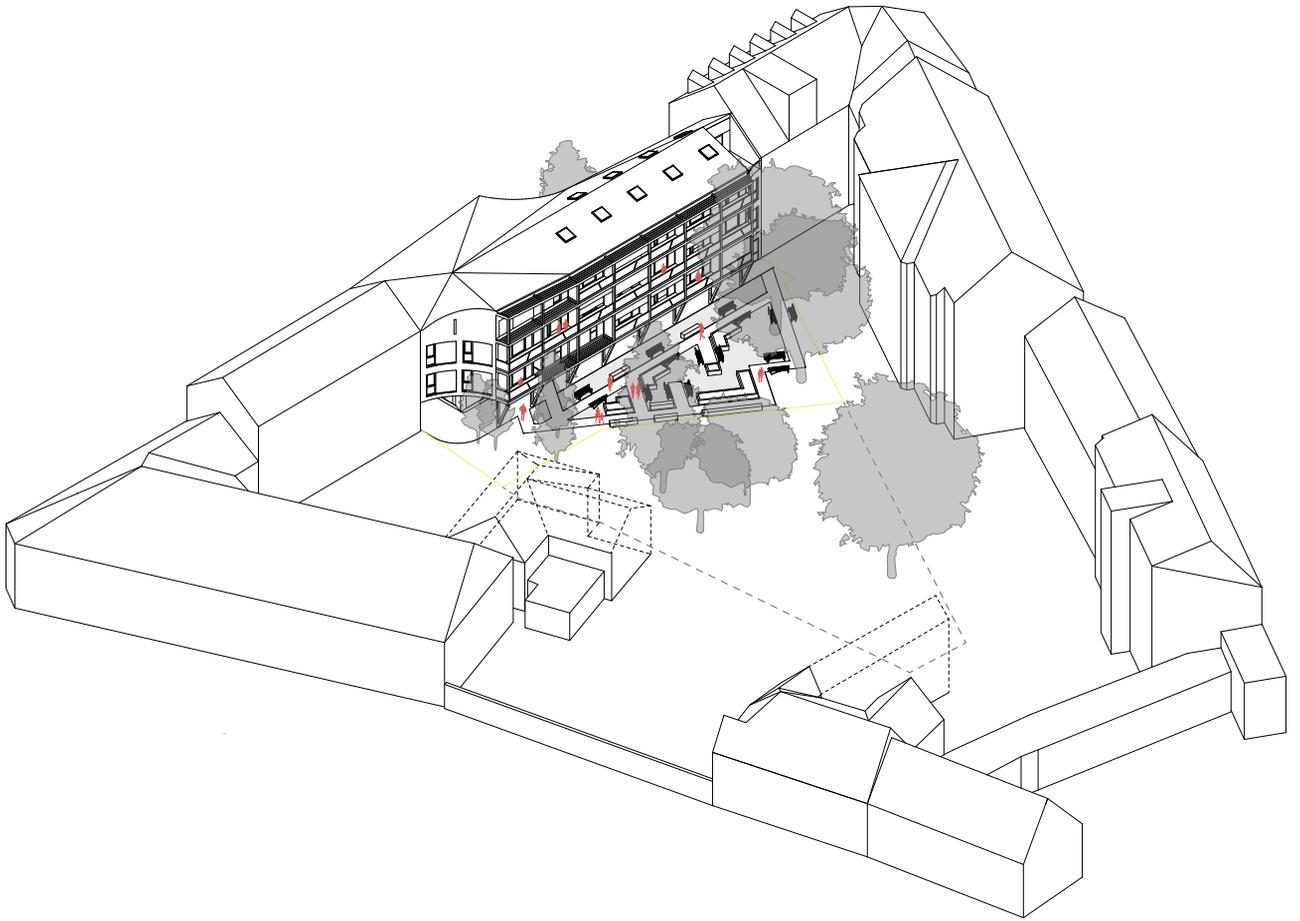
Fassadenschnitt Ost





Fassadenschnitt West





Axonometrie Westseite mit Hof



Gang



Patientenzimmer



Aufbahrungsraum



Raum der Stille

Blick in die Vorbeckgasse Richtung Norden.
Im Hintergrund ist die Annenstraße zu sehen.

Visualisierung





QUELLENVERZEICHNIS



B Ü C H E R

Ariès, Philippe: Geschichte des Todes. München ¹¹2005

Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben. Was wir wissen Was wir tun können Wie wir uns darauf einstellen, München ¹⁰2012

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung(Hg.): Planungshilfe. Leben und Sterben im Hospiz, Köln 2004

Bundespressdienst(Hg.): Hospiz- und Palliativführer Österreich. Selbstbestimmt Leben. Bis zuletzt, Wien 2002

Dienes, Gerhard M./Kubinzky, Karl A. : Die Murvorstadt. Zwischen Stadt und Land. Broschüre zur gleichnamigen Ausstellung im Grazer Stadtmuseum, 21 März bis 5. Mai 1991, Graz 1991

Elias, Norbert: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt am Main 1982

Fischer, Joachim(Hg.): Medical Design, Köln 2006

Gesundheit Österreich GmbH(Hg.): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Aktualisierung 2014, Wien 2014

Holder-Franz, Martina: <<... dass du bis zuletzt leben kannst.>>. Spiritualität und Spiritual Care bei Cicely Saunders, Zürich 2012

Jankowiak, Tanja: Architektur und Tod. Zum architektonischen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Eine Kulturgeschichte, München 2010

Jordan, Isabella/Frewer, Andreas (Hg.): Hospizbewegung in Deutschland und den Niederlanden. Palliativversorgung und Selbstbestimmung am Lebensende, Frankfurt am Main 2007

Kratschmar, Andreas/Teuschl, Hildegard: Hospiz- und Palliativführer Österreich. Selbstbestimmt Leben – bis zuletzt, Wien 2002

Kübler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden, Gütersloh ⁸1980

Lacina, Katharina/Liessmann, Konrad Paul(Hg.): Tod. Grundbegriffe der europäischen Geistesgeschichte, Wien 2009

Monz, Antje/Monz, Johan: Design als Therapie. Raumgestaltung in Krankenhäusern, Kliniken, Sanatorien, Leinfelden-Echterdingen 2001

Purves, Geoffrey: Primary care centres. a guide to health care design, Oxford²2009

Rest, Franco H. O.: Leben und Sterben in Begleitung. Vier Hospize in Nordrhein-Westfalen – Konzepte und Praxis – Gutachten im Anschluß an eine wissenschaftliche Begleitung, Münster 1995

Saunders, Cicely: Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatemedizin und einsames Sterben vermeiden können, Freiburg im Breisgau³1993

Seitz Oliver/Seitz Dieter: Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein. Ursprünge, kontroverse Diskussionen, Perspektiven, Herbolzheim 2002

Specht-Tomann, Monika/Tropper, Doris: Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung, Düsseldorf³2000

Stadt Graz, Stadtbaudirektion/Weltkulturerbe Koordination(Hg.): UNESCO Weltkulturerbe Graz. Managementplan, Graz 2013.

Stoecker, Ralf: Der Hirntod. Ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation, Freiburg im Breisgau 2010

Student, Johann-Christoph/Napiwotzky Annedore: Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen, Stuttgart²2011

Student, Johann-Christoph(Hg.): Das Hospiz Buch. Freiburg im Breisgau³1994

Rosentreter, Michael/Groß, Dominik/Kaiser, Stephanie(Hg.): Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod, Kassel 2010

Worpole, Ken: Modern hospice design. The architecture of palliative care, London 2009

I N T E R N E T Q U E L L E N

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Karitas> (Zugriff am 16.01.2016)

<http://www.graz.at/cms/beitrag/10177419/4103956> (Zugriff am 18.10.2016)

<http://www.grazwiki.at/index.php?search=Vorbeckgasse&title=Spezial%3ASuche> (Zugriff am 29.04.2016)

<http://www.hospiz.at/> (Zugriff am 01.02.2016)

http://www.hospiz.at/index.html?http://www.hospiz.at/dach/tod_cicely_saunders.htm, (Zugriff am 14.01.2016)

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000162> (Zugriff am 17.10.2016)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/> (Zugriff am 15.12.2015)

http://www.wibis-steiermark.at/show_page.php?pid=101 (Zugriff am 17.10.2016)



ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Weltreligionen, Angelehnt an <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/256878/umfrage/verteilungderweltbevoelkerungnachreligionen/> (Zugriff am 15.12.2015)

Abb. 2: Xenodochium von Porto, Angelehnt an Jankowiak, Tanja: Architektur und Tod. Zum architektonischen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Eine Kulturgeschichte, München 2010, Seite 32

Abb. 3: Klosterplan von St. Gallen, Angelehnt an https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/81/Abbey_3.png (Zugriff am 17.02.2017)

Abb. 4: Hospital im Kloster von Ourscamp 1210, Angelehnt an Jankowiak, Tanja: Architektur und Tod. Zum architektonischen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Eine Kulturgeschichte, München 2010, Seite 37

Abb. 5: Heilig-Geist-Hospital in Lübeck 1296, Angelehnt an Jankowiak, Tanja: Architektur und Tod. Zum architektonischen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Eine Kulturgeschichte, München 2010, Seite 40

Abb. 6: Abgestufte Hospiz und Palliativversorgung, Angelehnt an Hospiz Österreich, <http://www.hospiz.at/> (Zugriff am 18.02.2017)

Abb. 7: Statistik Österreich, Angelehnt an Dachverband Hospiz Österreich(Hg.), Hospiz- und Palliative Care. Datenbericht der spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene, Wien 2016.

Abb. 8: Schwarzplan Graz, Angelehnt an <https://www.schwarzplan.eu/produkt/lageplan-graz/> (Zugriff am 03.02.2015)

Alle nicht angeführten Fotos, Bilder, Grafiken und Pläne wurden selbst erstellt.





An dieser Stelle möchte ich mich in erster Linie bei meinen Eltern und bei meinem Bruder bedanken. Ohne ihre Unterstützung hätte ich das Studium und diese Arbeit nicht bewältigt.

Ein weiterer Dank gilt den restlichen Familienmitgliedern die mich auf diesem Weg unterstützt haben.

Danken möchte ich auch meiner Betreuerin, Frau DiplArch BDA Univ.-Prof. Petra Petersson, für ihre fachliche und konstruktive Kritik.

Ein besonderer Dank gilt Christian Amberger für die Unterstützung und die gute Freundschaft.

DANKSAGUNG