



# Diplomarbeit

## **Der Klang der Stille**

Ein Sterbehaus für Wien

---

## ***The Sound of Silence***

*viennas house for the dying*

ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades  
eines Diplom-Ingenieurs  
unter der Leitung

OR Dipl.-Ing. Dr. techn. Herbert Keck  
E 253/2  
Institut für Architektur und Entwerfen  
Forschungsbereich Wohnbau und Entwerfen

eingereicht an der Technischen Universität Wien  
Fakultät für Architektur und Raumplanung  
von

Laurenz Vincent Greger  
1027464

Wien, November 2021

# EXPOSÉ

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Palliativpflege, dem Sterben und dem Abschiednehmen in einem ganz besonderen Haus dem Hospiz. Sie umfasst einen Entwurf mit einem ganzheitlichen Konzept zur Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Wir werden geboren, wir altern, wir sterben - und dann kommt die Stille... ein irreversibler Prozess, den die meisten verdrängen und als unangenehmes Thema empfinden. Doch der Tod ist Teil des Rhythmus der Natur, dem wir alle unterliegen und der jeden und jede von uns früher oder später treffen wird.

Ein Exkurs über die „Geschichte des Sterbens“ zeigt die sich wandelnden Einstellungen der Menschen zum Sterben und zum Tod. Folgend wird auch ein Blick auf den gegenwärtigen Umgang mit diesem gesellschaftlichen Tabuthema geworfen.W

Geschaffen wird ein Ort des Abschieds, des Friedens, der Erkenntnis, der Erinnerungen und der Akzeptanz mit dem Leben abzuschließen - eingebettet in eine besondere „Atmosphäre“, eine idyllische Landschaft, dem Klang des

Wassers, dem Wind, der durch die Blätter weht, dem Gesang der Vögel ... Die Architektur wird den Menschen nicht heilen können, doch kann sie viel dazu beitragen, die Lebensqualität nicht nur bis zuletzt zu erhalten, sondern auch stimulierend auf diese einzuwirken. Den Angehörigen wird die Möglichkeit gegeben, ihre Liebsten in der letzten Phase ihres Lebens in einer angenehmen und harmonischen Umgebung zu begleiten.

Mit dieser Arbeit wird versucht, die Angst, die dem Tod anhaftet, zu mildern und dem Prozess des Sterbens einen „positiven“ Rahmen zu geben. Ziel ist es, die Zeit und den Raum des Abschiednehmens so zu gestalten, dass ein Sterben in Würde und Frieden möglich ist - in einem architektonisch qualitativ gestalteteten Ambiente.

# ABSTRACT

The presented piece of work deals with palliative care, dying and saying goodbye in a very particular house, the hospice. It is a design with a holistic concept for accompanying dying people and their relatives. We are born, we age, we die - and then the silence arrives ... an irreversible process that suppressed by most people and is seen as an uncomfortable subject. But death is part of the rhythm of nature, to which we are all subjects and which will eventually hit each and every one.

An brief excursus through history shows people's changing attitudes towards dying and death and concludes in an overview about how this socially taboo topic is currently dealt with.

The project creates a place of farewell, peace, knowledge, memories and acceptance to end life - embedded in an astonishing „atmosphere“, an idyllic landscape, the sound of the water, the wind that blows through the leaves of the forest, the song of the birds ... Architecture will not be able to cure people, but it can do its part to maintaining the quality of life towards end and simultaneously have a stimulating effect

on it. The relatives are given the opportunity to accompany their loved ones in the last phase of their life in a pleasant and harmonious environment.

This work tries to alleviate the fear that is attached to death and to give the process of dying a „positive“ framework. The aim is to design the time and space for saying goodbye in such a way that dying in dignity and peace is possible - in an architecturally high-quality ambience.



für Ami und Opi

---

## **EXPOSÉ**

S. 2-3

---

## **EINLEITUNG**

S. 8-11

---

## **DER TOD**

S. 12-17

- » Der Tod in der Medizin
- » Der Umgang mit dem Tod

# INHALT

---

## **DAS HOSPIZ UND DIE STERBEBEGLEITUNG**

S. 18-45

- » Die Anfänge der Hospizidee
- » Die moderne Hospizbewegung
- » Palliative Einrichtungen
- » Arbeiten im Hospiz
- » Psychologische Grundlagen
- » Therapien
- » Ethikdiskussion
- » Zahlen und Fakten

---

## **REFERENZPROJEKTE**

S. 46-53

---

## **DAS PROJEKT**

- S. 54-69**
- » Leitgedanke
  - » Wahl des Ortes
  - » Funktionsschema
  - » Konzept
  - » Funktionsschema
  - » Formfindung

---

## **DER ENTWURF**

- S. 70-111**
- » Lagepläne
  - » Grundrisse
  - » Schnitte
  - » Ansichten
  - » Detail
  - » Visualisierungen

---

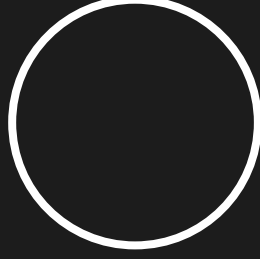
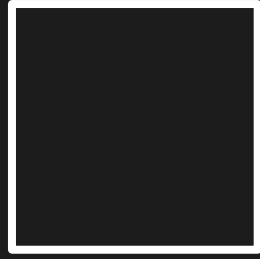
## **QUELLEN**

- S. 112-117**
- » Abbildungsverzeichnis
  - » Literaturverzeichnis

---

## **SCHLUSSWORT**

**S. 118-119**





# EINLEITUNG



# EINLEITUNG

Das von mir gewählte Thema „Hospiz“ warf bereits in seiner Anfangsphase kontroverse Reaktionen auf. Warum behandelt man freiwillig das Thema Sterben und Tod? Es löst bei den meisten Menschen Unsicherheit und Unbehaglichkeit aus, man spricht nicht darüber. Der Tod aber trifft uns ausnahmslos alle und ist unumgänglich. Bevor dieser eintritt durchlaufen unheilbare Patient:innen den Prozess des Sterbens bis zum letzten Atemzug. Doch an welchem Ort?

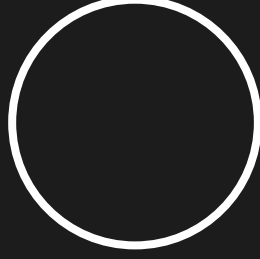
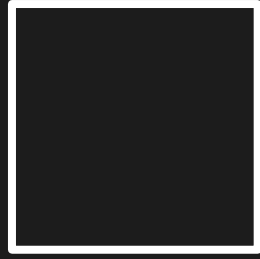
*„Die Tragik des Menschen besteht darin, dass der Kampf gegen den Tod schon bei der Geburt verloren ist“  
(Christoph Student)<sup>1</sup>*

Meine Großeltern sind bereits über 90 Jahre alt. Seit ich denken kann, bilden sie eine Konstante in meinem Leben – auch heute noch. Ein Leben ohne sie ist für mich schwer vorstellbar. Altern ist ein irreversibler Prozess und der Gedanke, dass meine Großeltern eines Tages nicht mehr auf unserer Erde weilen werden, hat mich nicht losgelassen.

<sup>1</sup>. Student Sterben, Tod und Trauer. S.6

Besonders in Zeiten der COVID-19 Pandemie ist der Tod ein präsent Thema. Bis vor einiger Zeit habe ich mich nur zaghaft mit dem Sterben und den damit einhergehenden Komponenten befasst. Ein Hospiz und seine Funktion waren mir fremd. Ein Ort, den man betritt mit der bewussten Entscheidung zu sterben. In diesem Ort und seiner Philosophie fand ich eine gewisse Faszination, sodass ich zunehmend anfang, mich damit tiefergehend zu beschäftigen.

Am Ende wurde aus dem Wissensdrang, der Faszination und dem inneren Wunsch, sich über den Wert des Lebens Gedanken zu machen, mein Diplomarbeitsthema: Ein Hospiz, eine Bauaufgabe der anderen Art. Dem Sterben wird ein Platz im Leben eingeräumt und dieser würdevoll gestaltet.



# DER TOD

# DER TOD IN DER MEDIZIN

Der Tod ist das Ende eines jeden Individuums. Mit seinem Eintreten erfährt der Körper eine Abfolge irreversibler Funktionsverluste. Die letzte Phase, vom sukzessiven Aussetzen sämtlicher Organe und dem damit verbundenen Ausfall von Atmungs-, Kreislauf- und Zentralnervensystem wird als Agonie bezeichnet.

Drei Phasen des Todes:

## 1. *Klinischer Tod*

Diese Phase ist gekennzeichnet durch einen völligen Kreislaufstillstand. Dennoch ist durch eine erfolgreiche Reanimation in der Wiederbelebungzeit der Zustand reversibel. Die Wiederbelebungzeit beschreibt die maximale Zeitspanne, die ab dem Herzkreislaufstillstand verstreichen darf bis irreversible Organschäden infolge eines Sauerstoffmangels auftreten.

Charakteristische „unsichere“ Todeszeichen:

- » Fehlen von Atmung
- » Weite und lichtstarre Pupillen
- » Kein Carotispuls ( Halsschlagader)

- » Fehlende Reflexe
- » Muskelatonie
- » Blässe bis Blaufärbung der Haut und der Schleimhäute

## 2. *Hirntod*

Bei einem Hirntod kommt es zu einem irreversiblen Ende der Hirnfunktionen. Dennoch ist es möglich das Lungen- und Kreislaufsystem mithilfe von intensivmedizinischen Methoden aufrechtzuerhalten. Für eine Organentnahme zu Transplantationszwecken ist der Hirntod Voraussetzung.

Klinische Leitsymptome:

- » Koma
- » Ausfall der Spontanatmung
- » Weite und lichtstarre Pupillen
- » Fehlen der Hirnstammreflexe

### 3. *Biologischer Tod*

Sind sämtliche Organfunktionen irreversibel erloschen und die letzte verbliebene Körperzelle abgestorben, tritt der biologische Tod ein. Der Körper wird zur Leiche.

Nur approbierte Arzt:innen dürfen aus rechtlicher Sicht einen Menschen für tot erklären. Dafür sollte der Leichnam völlig entkleidet und bei ausreichender Beleuchtung, begutachtet werden, um den biologischen Tod anhand der „sicheren Todeszeichen“ feststellen zu können.

Sichere Todeszeichen:

- » Totenflecken/Livores  
Totenflecken treten in der Norm 20-30 Minuten nach dem Kreislaufstillstand durch Absinken des Blutes in tiefer liegenden Körperregionen auf. Die Sauerstoffsättigung im Blut beeinflusst die Farbgebung der Flecken. In der Regel sind diese aber dunkel graurot bis livide violett.

- » Totenstarre/Rigor mortis  
Die Totenstarre setzt nach etwa 2 bis 4 Stunden ein und ist nach 6 bis 8 Stunden post mortem vollständig ausgeprägt. Sie beginnt sich nach 2-3 Tagen von selbst zu lösen.
- » Späte Leichenveränderungen/Fäulnis  
Bei der Autolyse fängt der Körper an sich selbst zu zersetzen. Körpereigene Enzyme und Bakterien lösen das Gewebe mit Gasbildung auf. Die Ausbildung beginnt in der Bauchhöhle und setzt von dort ihren Weg über den ganzen Körper fort. Erste Anzeichen sind eine grünliche Verfärbung der Bauchdecke.

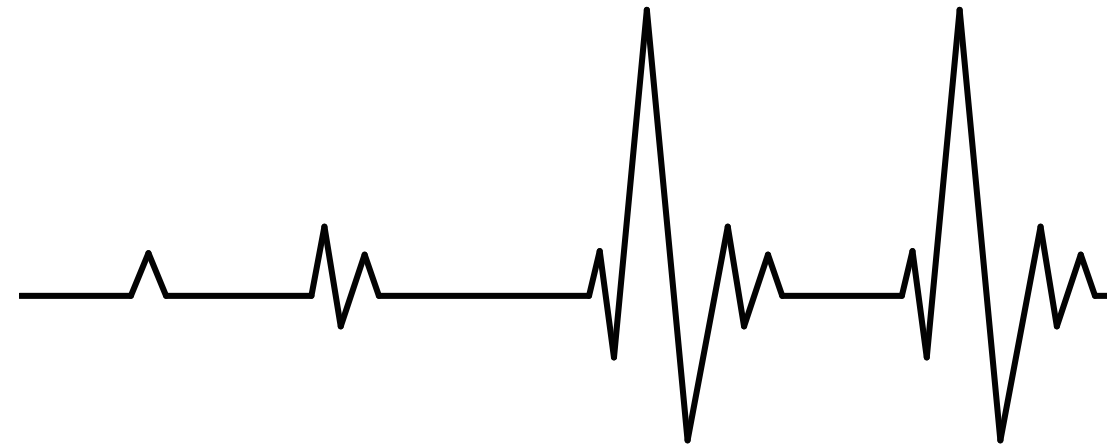


Abb. 1 Herzschlag

# DER UMGANG MIT DEM TOD

## SICHTWEISE DER GESELLSCHAFT

Das Phänomen Tod ist besonders in der westlichen Welt mit einem Wandel des Widerwillens behaftet. Man spricht nicht darüber und er wird obwohl er unser täglicher Begleiter ist, in unserem Kulturkreis negiert. Vergleichsweise dazu vertreten Buddhist:innen eine ganz andere Haltung zum Thema „Tod“. Sie akzeptieren ihn als Teil des Lebens und glauben an „Samsara“, den Kreislauf der Wiedergeburten. Nach dem Tod verlässt der Geist den Körper und wird in einem neuen wiedergeboren. Auch die Ureinwohner:innen Amerikas trugen in ihrer Glaubensvorstellung den Tod wie „einen unsichtbaren Vogel auf ihren Schultern“ und sahen das Leben als Durchreise bzw. als Prüfung vor dem Eintritt in die „ewigen Jagdgründe“.

In früheren Zeiten wie dem Mittelalter, in denen noch mehrere Generationen unter einem Dach lebten, war aufgrund hygienischer Missstände, keinerlei hygienischer Versorgung und auch kursierender Seuchen, der Tod allgegenwärtig. Die Sterbenden verbrachten ihre letzten Tage bis zu ihrem Ableben meist zu Hause in ver-

trauter Umgebung und im Kreis der Familie. Die Lebenserwartung war niedrig und die Kindersterblichkeitsrate sehr hoch. Durch die immerwährende Präsenz des Todes wurde er zu einem vertrauten Thema, mit dem umgegangen werden konnte. Noch am Anfang des 20. Jahrhunderts hat jede:r Erwachsene und jedes Kind einen Toten gesehen.

Im Kontrast zum akzeptierten und allgegenwärtigen Sterben in vergangenen Tagen steht heute der anonyme Tod in modernen Kliniken. Die neue Technologie vermag zwar den Akt des Todes zu kaschieren, nimmt aber dem Menschen nicht die Angst davor. Das Ableben eines:r Einzelnen in der heutigen technisierten, urbanisierten Gesellschaft des 21. Jahrhundert unterbricht die Kontinuität der Abläufe nicht mehr.

In der heutigen technisierten, urbanisierten Gesellschaft stellt der Tod eine unbekannt Bedrohung dar- aufgrund fehlender Erfahrung, die mit starken Berührungsängsten verbunden ist und die die eigene Vergänglichkeit vor Augen führt.



Mithilfe der enormen Fortschritte in der Medizin, angefangen von medikamentösen Behandlungen über modernste technische Geräte, ist es uns heutzutage möglich, Schmerzen, Verletzungen und Krankheiten zu lindern oder im besten Fall zu heilen. Viele Krankheiten, die früher lebensgefährlich waren, haben heute ihren Schrecken verloren.

Durch eine höhere Lebenserwartung werden wir mit „neuen“ Krankheiten konfrontiert - beispielsweise der altersbedingten Demenz, Alzheimer und komplexen Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Der Prozess des Sterbens ist aufgrund der modernen Medizin teilweise eine langwierige Angelegenheit geworden. Ab dem Zeitpunkt der Diagnose bis zum tatsächlichen Tod entsteht eine lange Phase des Unbehagens aller Beteiligten.

Wer soll sich um die kranke Person kümmern? Wann hat jemand Zeit? Fragen, die vor allen Kleinfamilien, die räumlich getrennt leben oder berufstätig sind, auf eine harte Probe stellen.

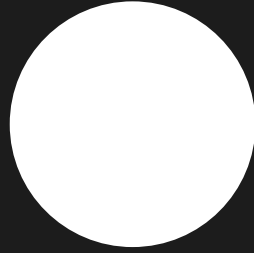
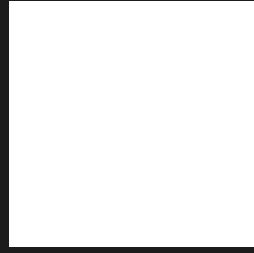
Um die Familie zu entlasten wird in den meisten Fällen die Pflege in die Hände diverser Institutionen gelegt.

Wir leben in einer urbanisierten Gesellschaft, in der das Ableben eines:r Einzelnen die Vorgänge in ihrer Kontinuität nicht mehr beeinflusst. Letzten Endes versterben die meisten Menschen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, auch wenn es ihr Wunsch wäre in vertrauter Umgebung und im Beisein ihrer Liebsten aus den Leben zu scheiden.

Der Tod mag zwar durch die Wissenschaft „gebändigt“ worden sein, doch die Furcht, alleine, umgeben von medizinischen Instrumenten und in einer unpersönlichen Atmosphäre zu sterben, sitzt tief.



Abb. 2 Bildnis der sterbenden Valentine Godé-Darel



# DAS HOSPIZ UND DIE STERBEBEGLEITUNG

Das Tabuthema „Tod“ wird so lange ignoriert und aufgeschoben, bis es einen selbst betrifft. Erst im Angesicht des Todes erkennen vielen Menschen den wahren Wert des Lebens. Doch der gesellschaftliche Umgang mit dem Tod und dem Sterben wird sukzessiv einem Wandel unterzogen. Den Grundstein zu diesem neuen Denken setzte Ende der Sechzigerjahre die Hospiz-Bewegung aus Großbritannien.

#### **WAS IST EIN HOSPIZ?**

Das Wort Hospiz wird aus dem Lateinischen „hospitium“ abgeleitet und bedeutet sowohl Gastfreundschaft als auch Herberge. Der engverwandte Begriff „Hospital“ findet seinen Ursprung ebenfalls im Lateinischen „hospes“, was so viel bedeutet wie Gast, Gastfreund oder auch Wirt.

Menschen mit schweren Erkrankungen, die keine Aussicht auf Heilung haben, werden ganzheitlich betreut und begleitet. Den Sterbenden wird die volle Aufmerksamkeit zuteil, um ihre letzte Zeit auf Erden würdevoll und den Umständen entsprechend qualitativ zu verbringen

zu können. Es gibt keine lebensverlängernden Maßnahmen, demzufolge keine Maschinen, an die Kranke angeschlossen werden, keine Schläuche und Infusionsnadeln und keine Medikamente - außer sie dienen der Linderung der Schmerzen und leisten Beihilfe bei Atemnot. Das Hospiz ist ein Ort einer besonderen Gemeinschaft auf Zeit, ein Ort der Begegnung und des Abschieds, aber auch ein Ort der Erkenntnis, sich dem Tod eines:r Angehörigen oder seines eigenen stellen zu müssen.

# DIE ANFÄNGE DER HOSPIZIDEE

Das Hospiz im heutigen Sinne hatte im Laufe der Geschichte mehrere Funktionen. Wenn wir auf den Wortursprung „hospitium“ zurückgehen kommen wir nicht umhin, einen Blick in die Antike zu werfen. Bereits in Ägypten und Griechenland haben sich Herbergen entlang der Pilgerwege bei Heiligtümern oder Tempelanlagen angesiedelt. Es ist anzunehmen, dass diese eine Anlaufstelle für Hilfesuchende waren. Die Griech:innen beispielsweise versprachen sich durch die Nächtigung nahe der Tempelanlagen des Asklepios, dem Gott der Heilkunst, gesund zu werden.

Ausschlaggebend für die Entwicklung des Hospizes und des Hospitales war die Ausbreitung des Christentums. Der humanitäre Gedanke und die Nächstenliebe dieser Glaubensgemeinschaft setzte den Grundstein.

Im oströmischen Reich entstanden, geleitet durch die Ideologien des Christentums, sogenannte Xenodochien. Diese Herbergen wurden von religiös engagierten Personen geleitet und boten Pilger:innen, Sterbenden und Hilfsbedürftigen entlang von Reiserouten Zuflucht. Ab

dem 4. Jahrhundert entstanden viele Orden, die sich vorwiegend dieser Aufgabe annahmen.

Im frühen Mittelalter bildeten sich unter anderem eigene Hospitalorden, auf deren Pflegeeinrichtungen die heutige Hospizidee zurückzuführen ist. Diese Zufluchtsstätten - insbesondere in entlegenen Gebieten wie an Alpenpässen und Flussübergängen - boten Reisenden, die physisch nicht mehr in der Lage waren ihren Weg fortzusetzen, Schutz, Hilfe und Pflege an.

Nach dem Ende der Kreuzzüge und der Pilger:innen reisen empfand man den Umstand, dass in Klöstern Kranke gepflegt wurden als Störung des Abteifriedens und untersagte den Geistlichen die medizinische Versorgung. Damit verschwanden die Hospize in ihrer bisherigen Form und wurden von Gasthäusern, Spitälern und sogenannten Siechenhäusern, in denen man vorwiegend Aussätzige mit besonders gefährdeten Krankheiten behandelte, ersetzt.

Um 1900 wurde die Hospizidee von den Irish Sisters of Charity neu aufgegriffen. Der Orden leistete Pionierarbeit für die wiederaufgenommene

Hospizbewegung, indem er zunächst in Dublin das Our Lady's Hospice gründete und einige Jahre später -1905 -das St. Joseph's Hospice in London, die beide sterbende Menschen und Langzeitpatient:innen aufnahmen und pflegten.



Abb. 3 Mit Leib und Seele

# DIE MODERNE HOSPIZBEWEGUNG

Der Grundgedanke, Sterbende auf ihrem letzten Weg zu begleiten, ist nicht neu. Die moderne Hospizbewegung zeichnet sich jedoch sowohl durch fundiertes Fachwissen der modernen Palliativmedizin, als auch durch eine umfassende Betreuung der Sterbenden und deren Angehörigen aus. Bei dieser Betreuung spielt der psychische, spirituelle und soziale Bereich eine fundamentale Rolle.

Cicely Saunders gilt als eine der Gründerinnen der modernen Hospiz Bewegung. Im Zuge ihrer Tätigkeit als Krankenpflegerin und Sozialarbeiterin war sie mit der unzureichenden Behandlung von Krebskranken konfrontiert. Dies veranlasste sie dazu, Medizin zu studieren. Sie gilt als Vorreiterin auf dem Gebiet der Palliativmedizin und gründete 1967 in London das erste Hospiz im heutigen Sinne, das Christopher's Hospice. Aufgabe dieses Hauses war es, Menschen mit dem Leitsatz „Low tech and high touch“ in ihrem letzten Lebensabschnitt zu begleiten und auf keinen Fall aussichtslose Heilungsversuche zu unternehmen.

Innovativ an ihrem Konzept war Sterbebegleitung mit wissenschaftlichem Fachwissen, insbesondere dem der palliativen Medizin, anzubieten. Cicely Saunders entwickelte aufgrund ihrer Forschungen zur Schmerzlinderung und Symptomkontrolle ihr „total Pain Konzept“: sie teilt „Leid in vier Ebenen oder Dimensionen“ ein:

- » körperlich
- » seelisch
- » sozial
- » spirituell

Ihre Schlussfolgerung ergab, dass, wenn all diese Dimensionen erfüllt wären, das Optimum einer Betreuung am Lebensende entstehen kann. Viele dieser Ansätze sind heute noch aktuell und bilden den Grundstock der Arbeit in der Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Unter anderem sollte die Hospizbetreuung allen Menschen zugänglich und dementsprechend unentgeltlich sein. Bis dato wird der Großteil der finanziellen Mittel durch private Spenden und Fundraising aufgebracht. Mit dem St. Christopher's Hospice als Keimzelle startete eine Welle

der Hospizbewegung, die sich über die ganze Welt erstreckt. Das englische Modell diente als Paradebeispiel und war Anlaufstelle vieler Sozialarbeiter:innen, Krankenpfleger:innen und Pfleger:innen, die dort ausgebildet wurden. Besonders Nordamerika und Nordeuropa ließ sich von dieser Welle mitreißen und gründete immer mehr Einrichtungen. England ist mittlerweile fast flächendeckend mit Hospizeinrichtungen versorgt.

Ein Name, der nicht unerwähnt bleiben darf, ist die Psychiaterin und Sterbeforscherin Dr. Elisabeth Kübler-Ross. Durch ihre Publikation 1969 „On Death and Dying“ (Interviews mit Sterbenden) ermöglichte sie der breiten Öffentlichkeit Einblicke in die Themen Sterben und Tod. Ihre Publikationen machte den Anfang einer schrittweisen Enttabuisierung:

Kübler-Ross rückt den sterbenden Menschen und dessen Würde in den Mittelpunkt, damit beeinflusste sie die sich ausbreitende Hospizbewegung maßgebend.

Am Anfang war es das Engagement einzelner, doch in den folgenden Jahren erhielt die Bewegung zunehmend Befürworter:innen und Mäzen:innen. Die Hospizbewegung nahm ein globales Ausmaß an und es entstanden immer mehr stationäre Hospize und Hospizteams.

In Österreich konnte die Bewegung im internationalen Vergleich zunächst schwer Fuß fassen. Die Wende erfolgte erst gegen Ende der Achtzigerjahre des 20. Jahrhunderts, als einige Personen mit Hilfe engagierter Persönlichkeiten aus verschiedenen Berufsfeldern und Fachleuten Hospizteams entwickelten. Inspiriert wurden sie durch die fortschreitende Entwicklung in Deutschland und in Großbritannien. Auch Begegnungen mit Cicely Saunders, Elisabeth-Kübler-Ross und anderen wichtigen Persönlichkeiten auf diesem Gebiet hinterließen ihre Spuren.

*„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“ (Cicely Saunders 1918:05)*



**Abb. 4** Cicely saunders graduation 1944

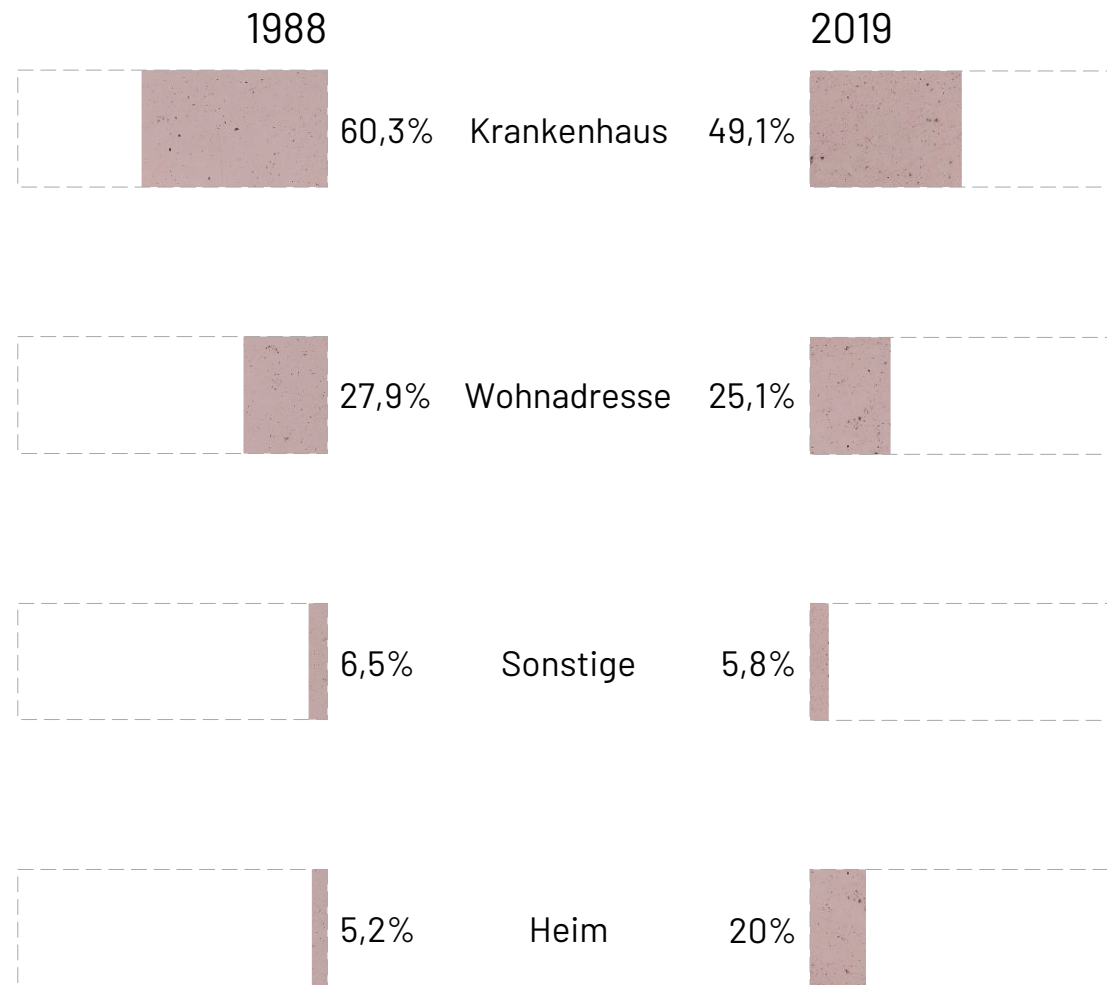


Abb. 5 Sterbeorte in Österreich 1988 - 2019

# PALLIATIVE EINRICHTUNGEN

Im Laufe der letzten Jahre haben sich verschiedene Formen der stationären und ambulanten Pflege entwickelt. Gemeinsames, erklärtes Ziel ist es, die bestmögliche Erhaltung der Lebensqualität der Patient:innen bis zum Ende zu garantieren – unterstützt von Mediziner:innen, Therapeut:innen, Psychiater:innen und ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen.

Die meisten Menschen sterben primär in Krankenhäusern. In der Regel sind diese aber nicht darauf ausgelegt, unheilbar Kranke im Sterben würdevoll und achtsam zu begleiten. Mit dem Prinzip „high-tech, low-touch“ werden die Sterbenden meist der gefühllosen Welt der Apparate überlassen. Bei austherapierten Patient:innen wird nur „das Nötigste“ unternommen:

- » Verabreichung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr
- » Überprüfung der Darm- und die Harnentleerung
- » Verhinderung von Wundliegen

Mit der Absenz der psychosozialen Betreuung stirben die Patient:innen zuerst einen sozialen Tod, bis letztendlich der unvermeidbare medizinische Tod eintritt.

Wenn aus medizinischer Sicht für Patient:innen nichts mehr getan werden kann und ihr Tod unumgebar ist, werden sie im besten Fall- für ein Hospiz oder eine Palliativstation angemeldet. Dort wird ihnen die entsprechende Pflege zuteil und ihre Würde respektive Lebensqualität bis zum Schluss erhalten.

In Österreich haben sich sechs unterschiedliche Formen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt. Sie sind eng miteinander verbunden, weisen aber in gewissen Punkten Unterschiede auf. Im Folgenden werden die verschiedenen Organisationsformen für ein besseres Verständnis dargestellt.

## HOSPIZTEAMS

Das Hospizteam besteht aus mindestens einer hauptamtlichen koordinierenden Fachkraft und qualifizierten, ehrenamtlichen und unentbehr-



lichen Hospizbegleiter:innen. Es bietet in der Zeit der Krankheit, des Leidens, des Abschieds und des Kummers den Patient:innen und den Angehörigen mitmenschlichen Beistand und Beratung. Mit seinem fachmännischen Engagement trägt das Team zu einer wesentlichen Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität der Betroffenen bei, damit die emotionale Belastung für alle Beteiligten in der letzten Lebensphase eines Sterbenden erträglich wird.

Durch die Zusammenarbeit mit anderen Fachdiensten in der Hospiz- und Palliativversorgung bildet sich ein umfassendes Betreuungsnetzwerk, welches zu Hause, im Heim oder im Krankenhaus einsetzbar ist. Die kontinuierliche Betreuung und Adaption an Örtlichkeiten kann daher bestens gewährleistet werden.

### STATIONÄRES HOSPIZ

Ein stationäres Hospiz ist eine baulich unabhängige Einrichtung mit einer eigenständigen Organisationsstruktur. In manchen Fällen wird ein Hospiz einer Pflegeeinrichtung zugeordnet. Aufgenommen werden nur Personen, die unter

einer Erkrankung leiden, die bereits ein spätes Krankheitsstadium erreicht hat und deren Heilung ausgeschlossen ist. Ihre Lebenserwartung ist auf wenige Wochen begrenzt. Rund um die Uhr werden Palliativpatient:innen in ihrer letzten Lebensphase versorgt. Im Vordergrund der Behandlungsmaßnahmen steht die pflegerische und psychosoziale Betreuung mit einer adäquaten Schmerztherapie. Die ganzheitliche Versorgung wird durch ein multiprofessionelles, zusammengesetztes Team gewährleistet.

Im Vergleich zur Palliativstation, die den Fokus auf die Stabilisierung und Entlassung der Patient:innen legt, werden im stationären Hospiz Patient:innen mit fortgeschrittenen Krankheitsverläufen aufgenommen und bis zu ihrem Ableben begleitet.

In der Norm verfügen Hospize über höchstens 16 Betten, die idealerweise nicht alle belegt werden. Im Grunde geht es um ein menschenwürdiges Sterben in einer wohnlichen Atmosphäre.

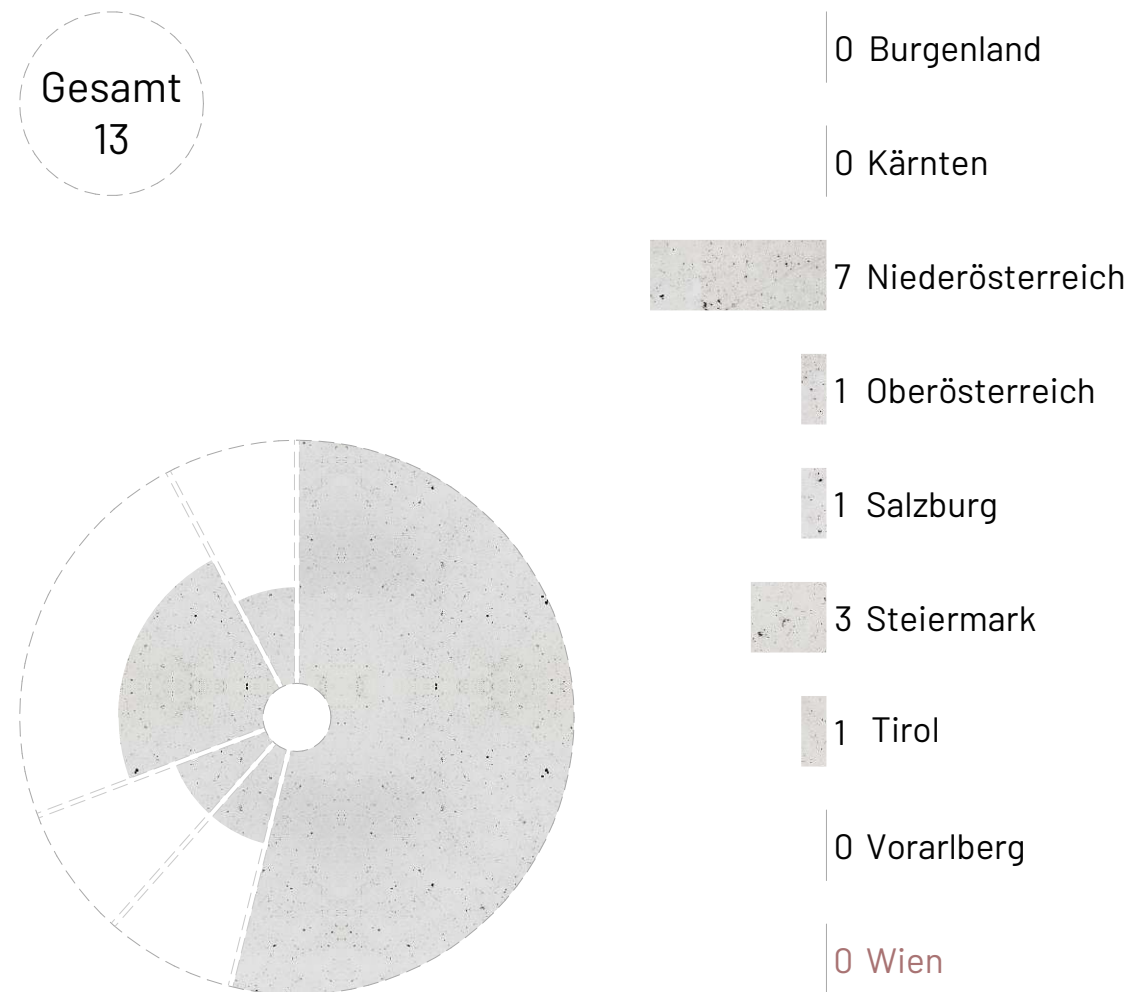


Abb. 6 Stationäre Hospize

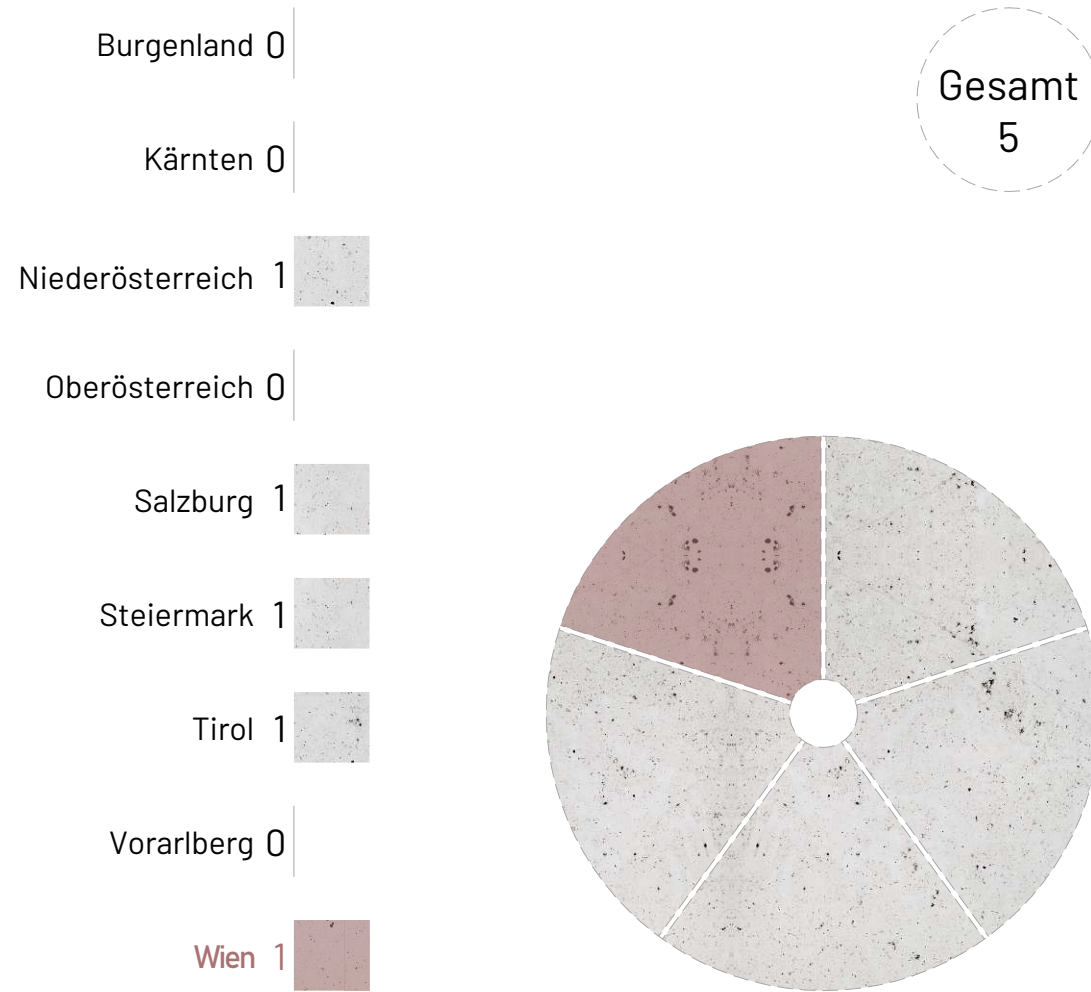


Abb. 7 Tages Hospize

### TAGESHOSPIZ

Zusätzlich zum stationären Hospiz gibt es das sogenannte Tageshospiz. Dieses ermöglicht Palliativpatient:innen tagsüber außerhalb ihrer gewohnten Umgebung an Aktivitäten teilzunehmen und die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener zu erleben. Es bietet unter anderem Behandlungen, umfassende psychologische Betreuung, pflegerische Beratung zu verschiedenen Themen von Palliative Care und Hospiz an. Verschiedenste Therapien von Kunst über Musik helfen den Tag zu gestalten.

### PALLIATIVSTATION

Eine Palliativstation ist eine spezielle interne Fachabteilung im Krankenhaus, die schwerst- kranke Patient:innen, die nur mehr wenig Monate oder Wochen zu leben haben aufnimmt und palliativ behandelt. Palliativ kommt von dem lateinischen Wort „pallium“ und bedeutet „Mantel“. Im übertragenen Sinne „umhüllt“ die Palliativ- medizin die Patient:innen, um sie vor Schmerzen und Leid zu bewahren. Dementsprechend geht es um die bestmögliche Reduktion ihrer

Symptome und Komplikationen mittels einer optimalen Schmerztherapie. Jede:r Patient:innen hat individuelle Bedürfnisse und Wünsche, auf die eingegangen werden muss. Mit dem körperlichen Leid kommen auch psychosoziale Probleme auf die Patient:innen zu, die gelindert werden müssen. Einer der wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zwischen einer Palliativstation und einem Hospiz ist, dass die Patient:innen entlassen wird, wenn sich ihr Zustand stabilisiert bzw. verbessert. Im Normalfall beträgt die Aufenthaltsdauer im Durchschnitt zwischen 10 und 14 Tagen. Betroffene bleiben meist nur ein paar Tage auf der Station, denn das oberste Ziel ist es, die Patient:innen zurück nach Hause oder ins Pflegeheim verlegen zu lassen, wenn sich der Zustand stabilisiert hat.

### MOBILES PALLIATIVTEAM

Das mobile Palliativteam besteht aus diversen Fachgruppen wie Ärzt:innen, Pflegepersonal und Physiotherapeut:innen. Mobile Palliativteams kümmern sich primär um Patient:innen, die sich zu Hause oder im Heim befinden. Das multiprofessionelle Team nimmt eine unterstützende Rolle ein und bietet seine Expertise in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung an. Durch die mobilen Palliativteams wird den Patient:innen die Möglichkeit gegeben zu Hause oder in einer vertrauten Umgebung zu verbleiben. Die Krankenhausaufenthalte können mit ihrer Hilfe reduziert werden und sie kümmern sich auch um einen fließenden Übergang zwischen stationärer und mobiler Betreuung.

An das mobile Palliativteam kann sich jede:r mit einer unheilbaren Erkrankung wenden. Die Dienste beinhalten keine Hauskrankenpflege, sind aber dafür in der Regel kostenfrei. Von Bundesland zu Bundesland wird die Kostenfrage teils unterschiedlich gehandhabt, daher empfiehlt es sich, dies von Anfang an abzuklären.

### PALLIATIVKONSILIARDIENST

Der Palliativkonsiliardienst mit seinen Erfahrungen und Expertisen im Bereich der Schmerztherapie bis zur ganzheitlichen Pflege dient in erster Linie als unterstützendes Glied des ärztlichen Personals und der Pflegekräfte. Erst an sekundärer Stelle stehen die Patient:innen und deren Angehörigen. Wie die meisten Teams im Bereich palliativcare setzt er sich aus Personen unterschiedlichster Fachrichtungen zusammen. Da der Palliativkonsiliardienst eine beratende Rolle einnimmt obliegt die Entscheidung der durchzuführenden Maßnahmen nach wie vor dem betreuenden ärztlichen Personal und den Mitarbeiter:innen.

2004 wurde das Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt und 2006 von allen wichtigen Instanzen (Bund, Ärztekammer..) bestätigt. Dieses Modell soll gewährleisten dass die Patient:innen am richtigen Ort zur passenden Zeit betreut werden. Abb. 9

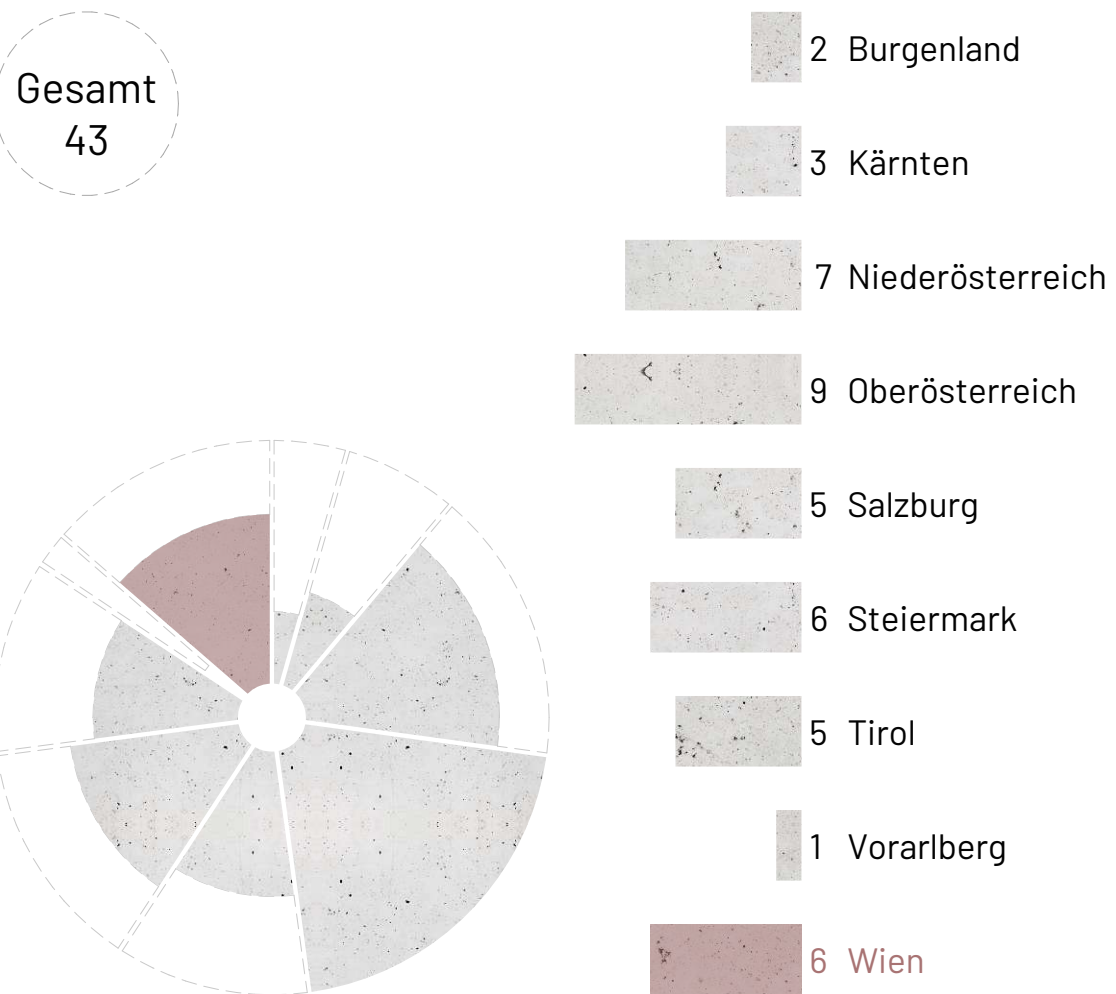


Abb. 8 Palliativstationen

	"Einfache Situationen" ▼	Komplexere Situationen, schwierigere Fragenstellungen ▼		
	<b>Grundversorgung</b>	<b>Unterstützende Angebote</b>		<b>Betreuende Angebote</b>
<b>Akutbereich</b>	Krankenhäuser	<b>Hospizteams</b>	<b>Palliativkonsiliardienste</b>	<b>Palliativstationen</b>
<b>Langzeitbereich</b>	Alten und Pflegeheime		<b>Mobile Palliativteams</b>	<b>stationäre Hospize</b>
<b>Familienbereich, Zuhause</b>	Niedergelassene (Fach)-Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeut:innen		<b>Tageshospize</b>	

Abb. 9 Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

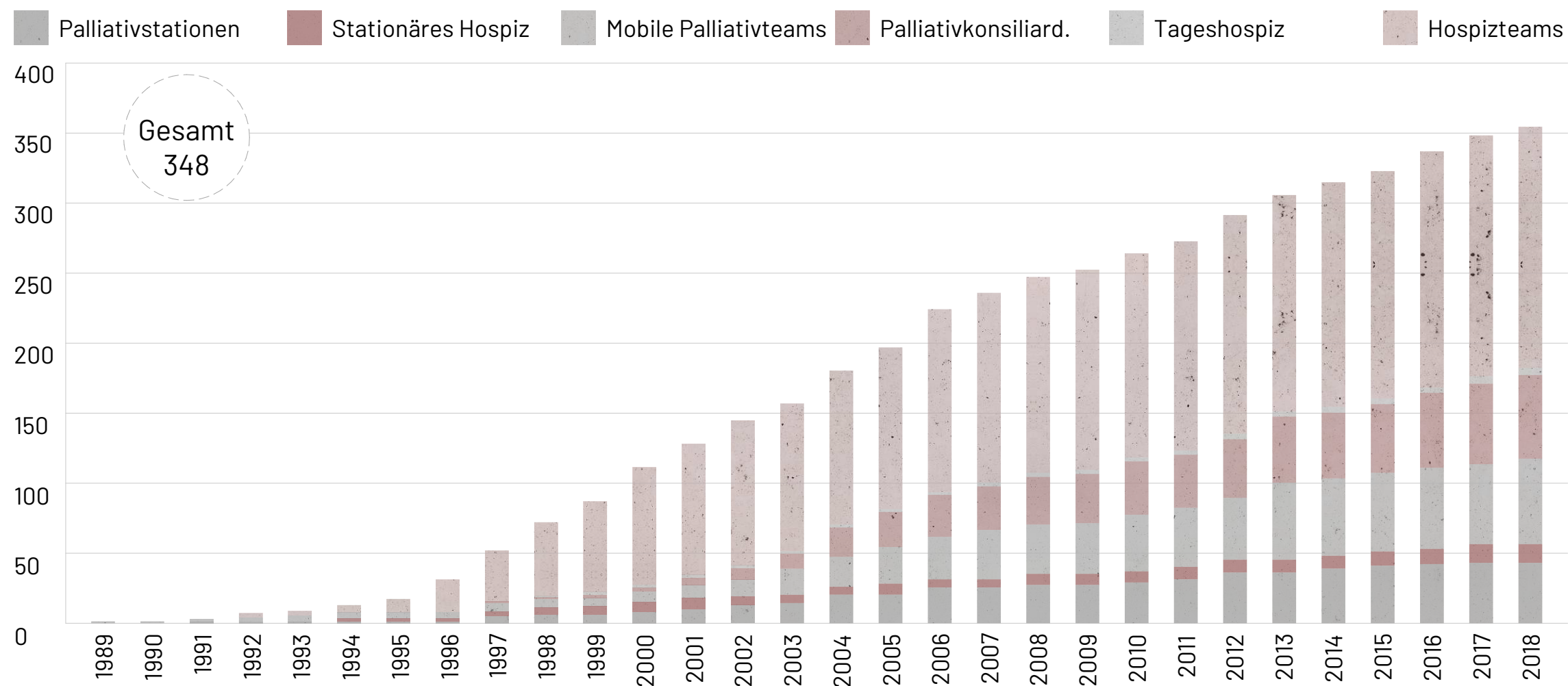


Abb. 10 Entwicklung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 1989-2018

# ARBEITEN IM HOSPIZ

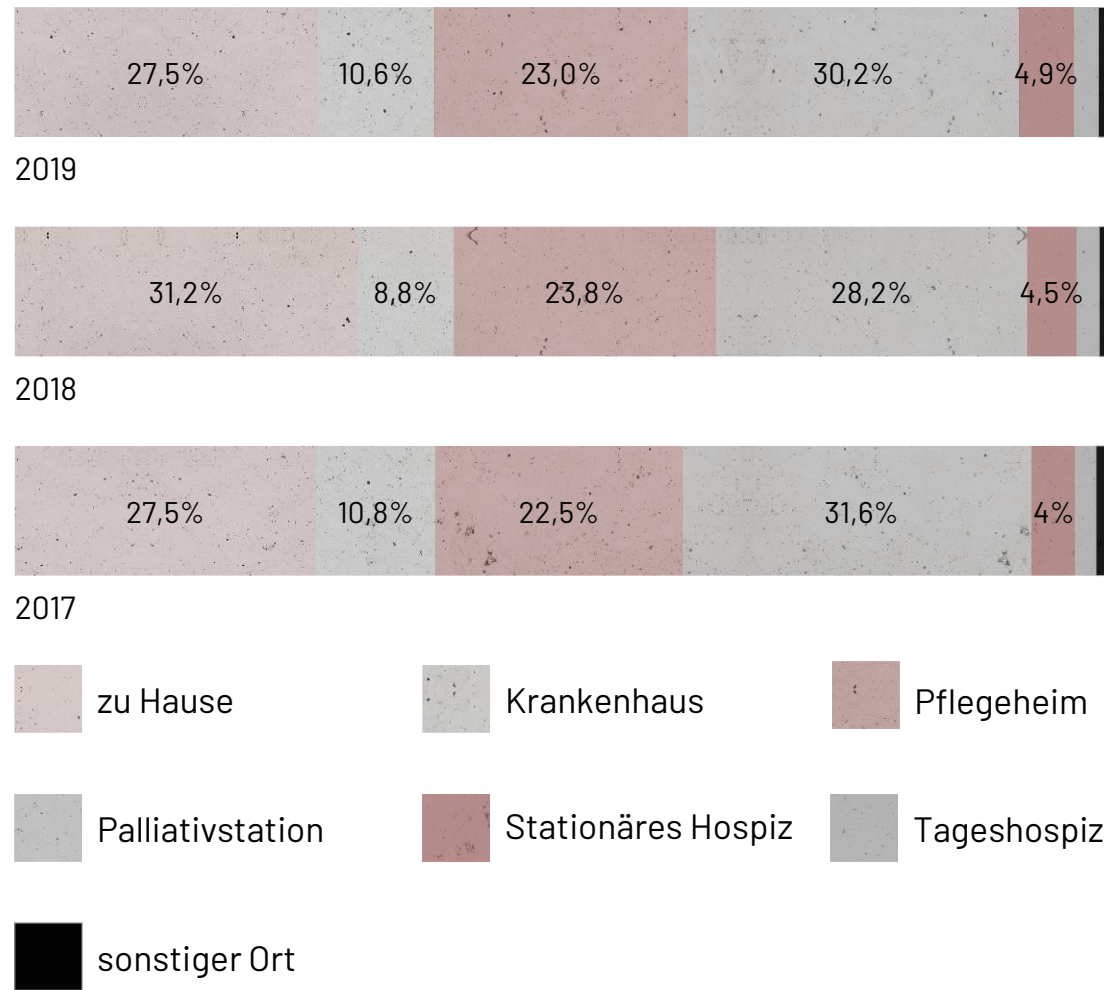


Abb. 11 Hauptort der Begleitung von Hospizteams

Das Hospizteam hat eine umfangreiche Ausbildung absolviert und sich dementsprechend auf eine professionelle Sterbebegleitung spezialisiert. Betreut werden Sterbende in ihren letzten Tagen, deren Krankheit unheilbar ist und weit fortgeschritten. Das Fachwissen des Hospizteams aus Mediziner:innen, Krankenpfleger:innen, Sozialarbeiter:innen und Psycholog:innen weist zwar die nötige fachliche Kompetenz auf, dennoch ist man auf ehrenamtliche Kräfte angewiesen.

Pflegende haben neben den Palliativmediziner:innen den engsten und häufigsten Kontakt zu Patient:innen und nehmen daher die zentrale Rolle in der Versorgung ein. Sie erleben die Patient:innen in all ihren Stimmungslagen und nicht selten wird dabei eine persönliche Grenze überschritten.

Aufgrund der hohen psychischen Belastung muss das Team einen hohen Grad an Resilienz aufbringen und erhält daher regelmäßig Supervisionen. Bei der Supervision werden zwischenmenschliche Handlungen und Probleme im Berufsalltag diskutiert. Durch Gespräche und

Reflexion von Ereignissen wird den Pfleger:innen die Möglichkeit gegeben, sich individuell weiterzuentwickeln. So ist es wichtig, den Menschen auf ihren letzten Lebenswegen noch einmal zu zeigen, was „Leben“ bedeutet. Es soll kein einsames, stilles Warten auf den unvermeidbaren Tod sein. Gemeinsam mit dem Team und den Angehörigen die verbleibenden Tage zu verbringen heißt, mit ihnen das Leben noch bewusst zu gestalten.

Ein Hospizteam hat oberste Prämissen um eine würdevolle qualitätsvolle Hospizarbeit zu gewähren. Eine der ersten Grundsätze ist die Linderung der Schmerzen. Leider sind mit fast jeder Krankheit Beschwerden verbunden, manche auch mit heftigen Schmerzen. Eine Verschlechterung des momentanen Zustands wird am meisten gefürchtet. Mit Hilfe der Palliativmedizin kann diesen Schmerzen oder den damit verbundenen Komplikationen - z.B. Atemnot oder Übelkeit - Einhalt geboten werden. Dank der modernen Medizin lassen sich die meisten Symptome mittels Tabletten oder subkutanen Spritzen minimalisieren.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die psychologische Verfassung der:s Patient:in. Die Patient:innen durchläuft unterschiedliche Gefühlsphasen und daher ist es umso wichtiger, ihn in seinem Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Während des fortschreitenden Prozesses des Sterbens verfällt der Körper und damit auch die Fähigkeit, sich selbst zu reinigen. Man wird zunehmend abhängig vom Pflegepersonal und fühlt sich hilflos: ein Gefühl des Ausgeliefert-Seins. Es ist wichtig den Patient:innen zu zeigen, dass man für sie da ist und ihnen das Gefühl zu vermitteln, dass Sie trotz ihres Zustandes niemandem zur Last fallen.

Der:die Patient:in und seine Familie bilden ein soziales System, dessen Rollengefüge der Vergangenheit durch die Erkrankung verändert werden kann. Der:die Ernährer:in der Familie liegt im Sterben und damit schwindet der Unterhalt. Das Fehlen der finanziellen Mittel und die psychische Belastung wie es nun weitergehen soll, sind im Einzelfall oft belastender als die Krankheit selbst. Besonders in solchen Fällen kann ein:e Sozialarbeiter:in Abhilfe schaffen. Er:Sie übernimmt eine beratende Rolle, hilft bei

Finanzierungs-Rentenfragen, bei der Beschaffung von Hilfsmittel und dient als Bindeglied zu den Angehörigen.

Manche Patient:innen neigen gegen Ende ihres Lebens dazu „gläubig“ zu werden, beziehungsweise denken sie viel über spirituelle Fragen nach. Grundsätzlich ist eine Hospizarbeit überkonfessionell, dennoch sollte die Möglichkeit gegeben sein, eine seelsorgerische Betreuung jeglicher Religion zu erhalten. Gespräche über Gott, die Endlichkeit oder über die Endgültigkeit der Existenz erleichtert manchen Menschen ihr Schicksal eher anzunehmen.

Die Ansprüche an das Pflegepersonal sind enorm groß. Kein Tag ist wie der andere, es gibt keine festen Essens- oder Weckzeiten, der Ablauf ist individuell und richtet sich dementsprechend an die Bedürfnisse der Patient:innen. Diese können unter anderem sein: Schmerzbehandlung, Reinigung, Ernährung, psychologisches Gespräch, Physiotherapie, Überwachung der Vitalfunktionen und letztlich die Aufbahrung des Leichnams.

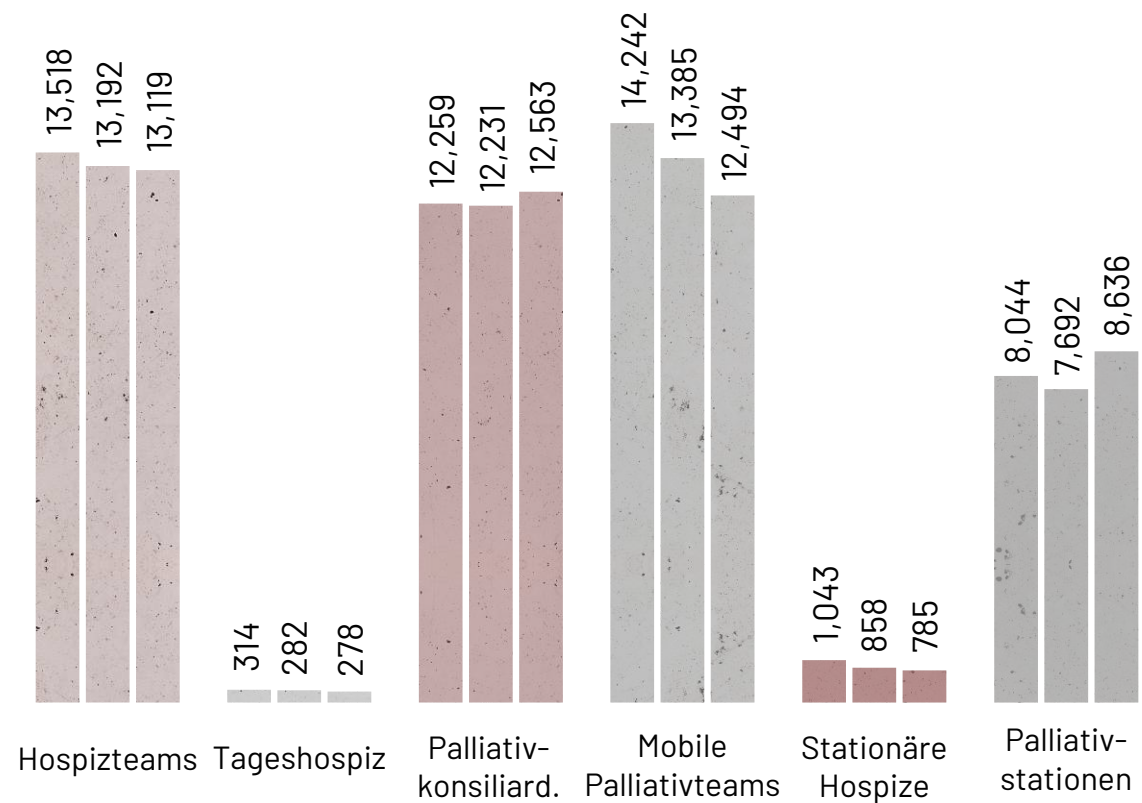


Abb. 12 Begelitete Patient\*innen 2017-2019

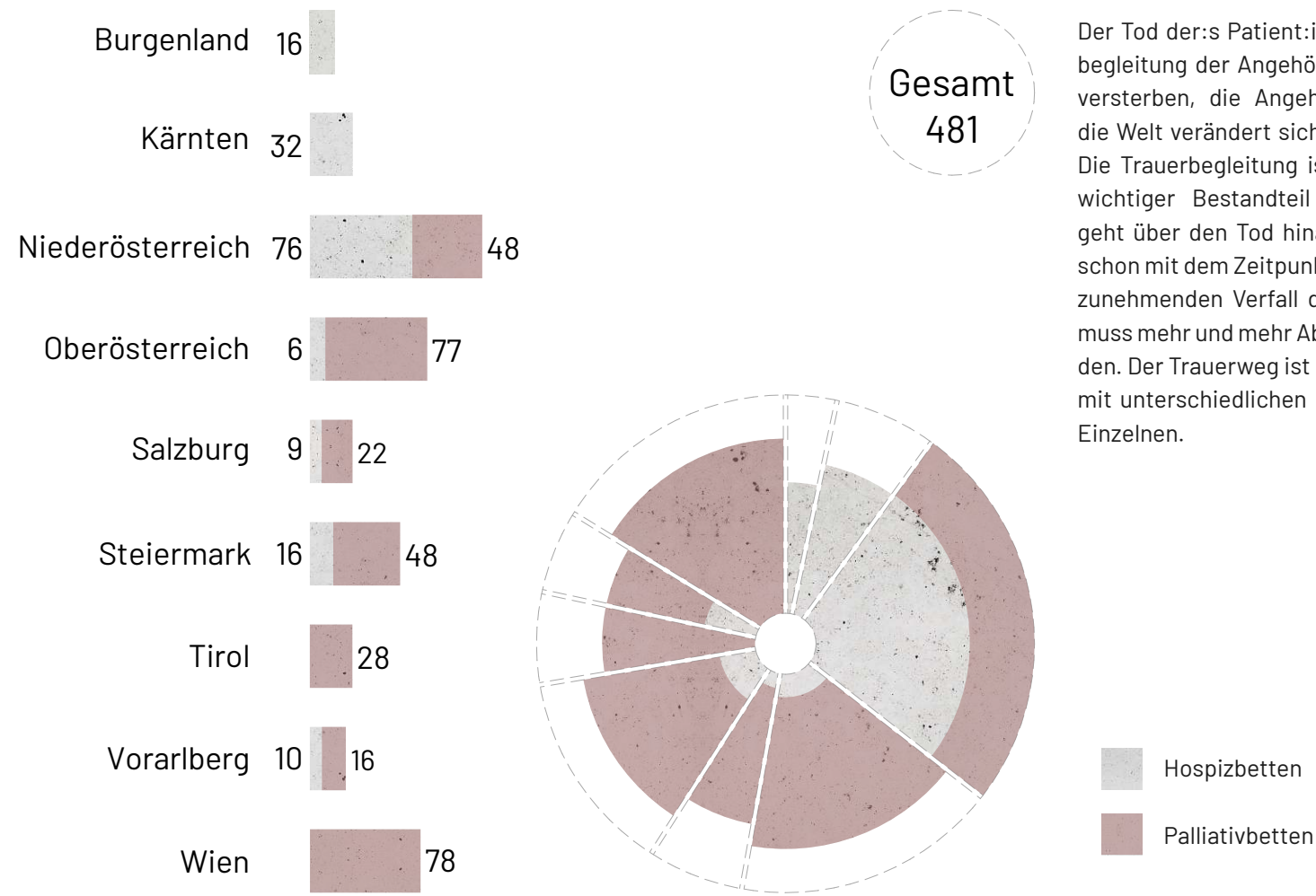
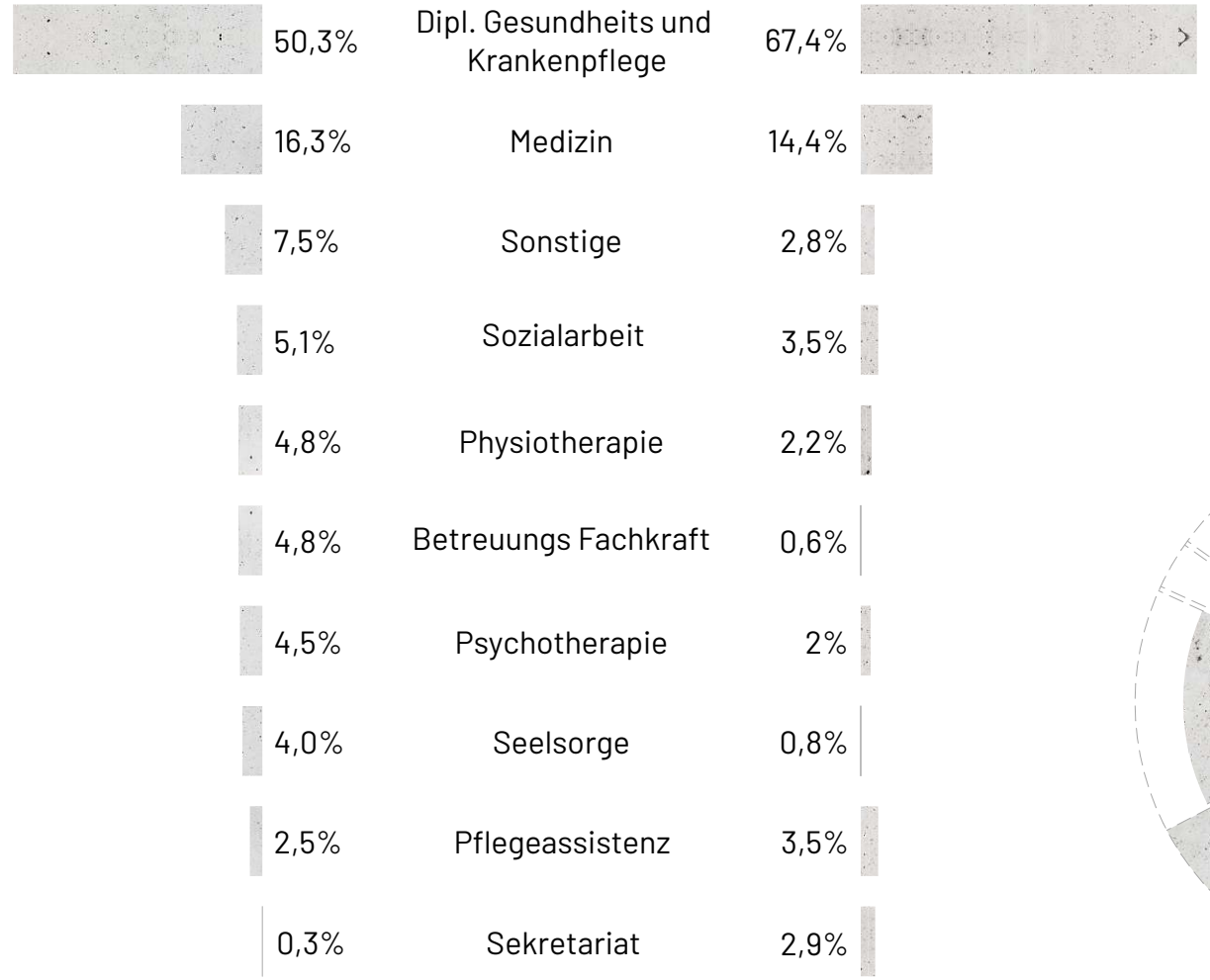
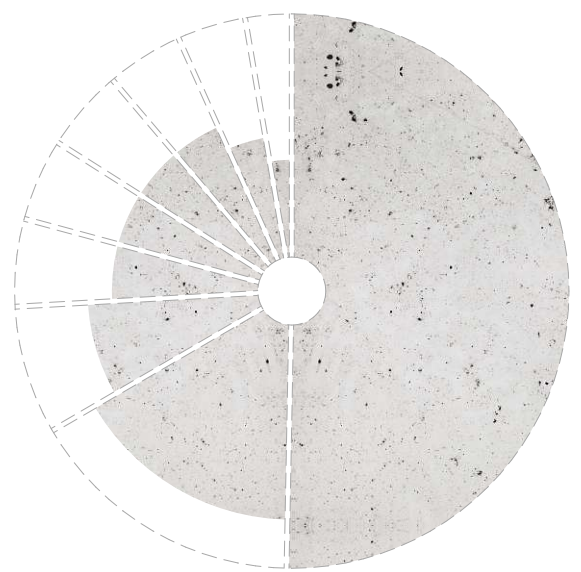


Abb. 13 Palliativbetten 365 / Hospizbetten 116

Der Tod der:s Patient:in mündet in die Trauerbegleitung der Angehörigen. Die Patient:innen versterben, die Angehörigen bleiben zurück, die Welt verändert sich von heute auf morgen. Die Trauerbegleitung ist ein wesentlicher und wichtiger Bestandteil der Hospizarbeit und geht über den Tod hinaus. Sie beginnt jedoch schon mit dem Zeitpunkt der Diagnose. Mit dem zunehmenden Verfall des geliebten Menschen muss mehr und mehr Abschied genommen werden. Der Trauerweg ist ein individueller Prozess mit unterschiedlichen Befindlichkeiten jeder:s Einzelnen.



2018



2019

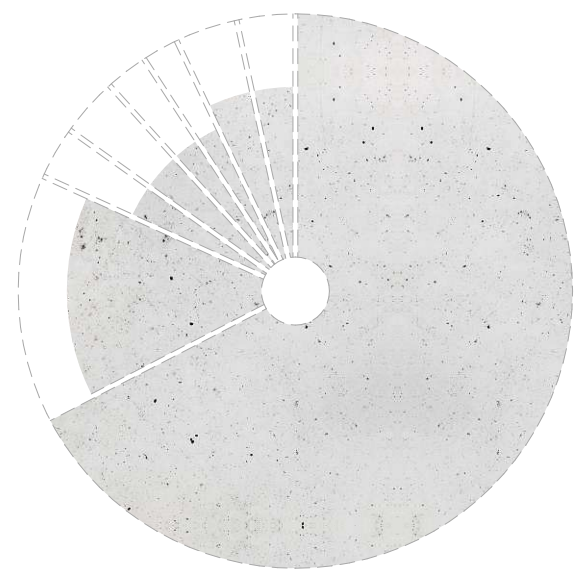


Abb. 14 Mitarbeiter\*innen 2018 vs Mitarbeiter\*innen 2019

# PSYCHOLOGISCHE GRUNDLAGEN

Der Mensch, der sich im Sterben befindet hat oft einen schmerzhaften und langwierigen Weg vor sich. Mit dem vorschreitenden Alter nehmen chronischen Erkrankungen zu, meist einhergehend mit körperlichen Beschwerden. Nicht selten verliert der Mensch durch den mühsamen Verlauf der Krankheit sein Selbstwertgefühl und seine Würde. Der Gedanke, bald sterben zu müssen, hat auf jeden Einzelnen unterschiedliche psychische Auswirkungen. Viele versuchen das Unausweichliche zu verdrängen, da die ständige Konfrontation mit ihrem eigenen Tod sie zu sehr belastet. Dennoch ist der Umgang mit ehrlichen Informationen bezüglich des Gesundheitszustandes für die Sterbenden sehr wichtig. Essentiell ist, dass immer die Sterbende die Gesprächsthemen vorgeben.

Es kommt der Zeitpunkt, an dem die Patient:innen sich ihrer Situation vollends bewusst werden und ihr Schicksal akzeptieren. Der Tod ist kein Feind und Sterben ist ein Teil des Lebens. Im Fokus steht nicht die Gewissheit, dass wir sterben, sondern wie wir sterben und wie wir bis dahin leben können. Meist lehrt uns der:die Sterbende Demut gegenüber dem Leben zu empfinden.

Die bereits erwähnte Psychologin und Sterbeforscherin Dr. Elisabeth Kübler-Ross beschreibt dazu in ihrem Buch „On Death and Dying“ die fünf Phasen des Sterbens unheilbar Kranker. Die seelische Entwicklung kann in fünf Phasen unterteilt werden:

- » Nicht-wahrhaben-wollen / Verleugnen
- » Zorn
- » Verhandeln
- » Depression
- » Akzeptanz / Zustimmung

Der Verlauf dieser Phasen ist von Patient:innen zu Patient:innen individuell und folgt keinem absehbaren, stringentem Verlauf. Es gibt keine konstante Reihenfolge. Die Phasen können ineinander verschmelzen, unterschiedlich lang dauern, anhalten, ausgelassen werden oder sich wiederholen. Die Betroffenen befindet sich in einem psychischen Ausnahmezustand mit widerstreitenden Gefühlen. Nicht nur bei den Patient:innen sind diese Phasen zu beobachten, sondern auch bei den Angehörigen.

Auch wenn dieses Modells der einzelnen Sterbephasen von 1971 für uns heute ganz selbstverständlich ist, war es damals ein Meilenstein für das bessere Verständnis der Situation von Sterbenden. Die Stimmungsschwankungen und unterschiedlichen Reaktionsmuster der Sterbenden fordern ein hohes Maß an Verständnis der Begleiter:innen, insbesondere viel Gespür in Zeiten des „Zorns“

#### DIE BETROFFENEN

In der letzten Lebensphase eines Menschen stehen seine Bedürfnisse und die seiner Angehörigen im Zentrum der Sterbebegleitung. Diese Zeit ist bestimmt von körperlichen Vorgängen und einem Bündel psychischer Schwankungen – verschärft durch das Wissen, dass die Zeit begrenzt ist. Der Weg des Ablebens ist oft verbunden mit Schmerzen. Diese zu lindern oder im besten Fall ganz zu unterdrücken ist wohl der Wunsch jedes Menschen und nimmt daher einen hohen Stellenwert ein. Schmerzempfinden ist eine komplexe Angelegenheit bei der viele Faktoren wie der körperliche, seelische und soziale Prozess eine Rolle spielen.

Unabhängig davon, wie sich die Verfassung der Sterbenden entwickelt, ist es wichtig ihnen das Gefühl zu vermitteln, dass die Menschen sie auf ihrem Weg begleiten und nicht alleine lassen. Dies schafft einen Raum des Vertrauens und der Sicherheit.

Nahezu alle Menschen die sich in ihrem Endstadium befinden blicken zurück in die Vergangenheit und ziehen eine Lebensbilanz. Im Zentrum des Nachdenkens steht der Rückblicke auf die eigene Vita. WAS hat mein Leben ausgemacht? Bereue ich etwas? Habe ich zu wenig erlebt? Erinnerungen die helfen, das Leben zusammenzufassen und den Abschied erleichtern. Auch die Frage nach dem „Warum“ stellt sich beinahe alle Sterbenden. Eine Frage, die der Verstand kaum zu klären vermag und die meistens unbeantwortet bleibt. In vergangenen Zeiten suchten viele Zuflucht in der Spiritualität. Die Religion war der Anker der Hoffnung und des Trostes, bevor die Säkularisierung der Lebenswelten im 19. Jhd. einsetzte. Inzwischen scheint die moderne Medizin der neue Glaubensträger geworden zu. Die Hoffnung, das unvermeidbare Lebensende mit ihrer Hilfe abwehren zu können ist groß.



Abb. 15 Moderate

Jedem Tod wird heutzutage eine Krankheit zugeordnet – Unfälle ausgenommen. Der natürliche Alterstod taucht in der Todesursachenstatistik nicht mehr auf. In unserer Gesellschaft verwechseln viele Spiritualität mit Religion und schenken ihr daher kaum Beachtung. Viele finden an der Schwelle zum Tod in der Spiritualität Rückhalt und Zuflucht. Sie kann auf viele individuelle Arten ausgelebt werden.

Manche tun dies nach wie vor mithilfe ihres religiösen Glaubens, durch Gebete und Sakramente, andere wiederum haben ein distanzierteres Verhältnis zur Religion und finden auf einem anderen Weg zu ihrem inneren Selbst.

#### **DIE TRAUER DER FAMILIE**

Der Tod markiert einen gravierenden Einschnitt in der Familienstruktur, und er vermag das gesamte Beziehungsgeflecht zu verändern. Eine Lücke bleibt, die kaum zu schließen ist. Trauer ist der Ausdruck dieses Verlusts in Form von unterschiedlichen Gefühlen, Verhaltensweisen und Körperreaktionen. Was bleibt ist ein Chaos der Gefühle aus Angst, Wut, Einsamkeit, Schuld

und Verzweiflung. Den Hinterbliebenen wird die Realität des Todes vor Augen geführt. Trauer ist eine Bewältigungsreaktion, die notwendig ist, um den Verlust und den damit verbundenen Schmerz verarbeiten zu können.

Auf der anderen Seite kann auch Erleichterung entstehen. Denn oftmals ist der letzte Weg mit viel Leid verbunden und die Angehörigen waren auch einer psychischen und physischen Belastung ausgesetzt. Der Tod kann als ersehnte Erlösung angesehen werden, der hilft, den Verlust leichter zu akzeptieren.

In der Psychologie unterscheidet man zwischen drei Formen der Bewältigung:

- » Bereitschaft zur Neuorientierung
- » Verharren in emotionaler Betroffenheit
- » Suche nach einer neuen Lebensperspektive



Abb. 16 Psychologische Auswirkungen

# THERAPIEN

Zu den Werkzeugen der Palliativmedizin gehören neben der Kommunikationskompetenz jegliche Maßnahmen, die zur Symptomlinderung beitragen können. Aufgrund der subjektiven Missempfindungen bewertet jede:r Patient:in sein Leiden mit einer anderen Intensität. Demgemäß wird die Behandlung zusätzlich zur medikamentösen Therapie individuell angepasst. Manche sehen gerne aus dem Fenster und lassen sich von der Musik der Natur berieseln, andere lesen gerne regelmäßig die Tageszeitung oder lieben es fernzusehen. Die Hospizmitarbeit:innen scheuen keine Mühen, die Vorlieben den körperlichen und geistigen Zuständen der Patient:innen anzupassen.

## PHYSIO- UND ERGOTHERAPIE

Die Wahrnehmung und der Zustand des Körpers verfällt beständig, wozu besonders die langen Liegephasen beitragen. Um dem Verlust der Körperkraft entgegenzuwirken, gibt es verschiedenste Techniken der Physio- und Ergotherapie, welche an die Möglichkeiten der schwerstkranken Menschen angepasst werden. Diese Therapien sollten frühzeitig einbezogen

werden und einer gewissen Kontinuität folgen. Die Möglichkeiten der Behandlung umfassen ein weites Spektrum: Anfängen von aktiver und passiver Mobilisation, über verschiedene Lagerungstechniken bis hin zu Massagen - Formen der Zuwendung in einer ansonsten oft berührungsarmen Umgebung.

*„Es ist einfach schön, massiert zu werden und die Gedanken dabei für eine Weile abschalten zu können.“  
(Dahlin 2013, S. 34)*

Die körperlichen Aktivitäten beeinflussen sowohl das physische als auch das psychische Wohlbefinden der Patient:innen. Aufgrund der verbesserten Lebensqualität steigt das Selbstvertrauen, und die Furcht tritt ein klein wenig in den Schatten.

## ATEMTHERAPIE

Die Palliative Atemtherapie ist eine ganzheitliche Behandlungsweise, die den Menschen als Einheit von Körper, Seele und Geist umfasst. Diese Einheit kann im Atem bewusst erfahren werden. Sie aktiviert und stärkt den natürlichen Atem in seinem Rhythmus durch Übungen und Gespräche. Einfühlsame Berührungen, die auf den Atem abgestimmt werden, vermitteln Nähe und Offenheit, die dazu beitragen, dass Patient:innen sich in ihrer derzeitigen Situation wohlfühlt und zur inneren Ruhe findet. Durch diese non verbale Kommunikation können auch Patient:innen erreicht werden, die sich nicht mehr äußern können. Körper und Atem können bewusst wahrgenommen werden. Am Lebensende unterstützt die Atemtherapie die energetischen Wandlungsphasen des Sterbens.

Patient:innen sprechen: „Es fühlt sich gut an, angenehm, entspannt, geborgen... mein Atem geht leichter, ich bekomme mehr Luft, ich kann bis in den Bauch atmen... es tut weniger weh, ich muss nicht mehr grübeln, habe weniger Angst...ich bin berührt, irgendwie rund, es wäre schön, so zu sterben“.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> vgl. Zeitschrift für Palliativmedizin 2006; 7 - V4\_9  
DOI: 10.1055/s-2006-954093 Palliative

## KUNSTTHERAPIE

„Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder“.  
(Gertraud Schottenloher).

Die Kunsttherapie ist zu einem wichtigen Bestandteil in der Begleitung von Palliativpatient:innen und ihren Angehörigen geworden. Sie bedient sich aller Formen der Kunst in einem therapeutischen Rahmen, wie der Malerei, dem Plastizieren, der Collagen, der Fotografie, dem Schreiben und vielem mehr.

Mit Hilfe der Therapien bekommt der Patient die Möglichkeit, sich aktiv und kreativ mit seiner Erkrankung auseinandersetzen zu können. Eine unvergleichliche nonverbale Art der Kommunikation, die den schwer auszudrückenden Gefühlen und Empfindungen ein Gesicht verleiht. Eine Brücke wird geschaffen, die den Prozess des Loslassens und der Trauer erleichtert. Auch das Miteinbeziehen von Angehörigen verbessert das Wohlbefinden der Patient:innen. Auf visueller Ebene wird ein Dialog mit dem Thema Krankheit und Tod geschaffen.



Abb. 17 Touching the Air

## MUSIKTHERAPIE

Musik begleitet uns täglich und färbt auf unsere Stimmung ab. Sie ermöglicht wie kein anderes Medium den Zugang zu unseren innersten Schichten und dringt sogar zu Menschen vor, die ihrer geistigen Fähigkeiten nicht mehr mächtig sind. Daher wird diese Form der Therapie vermehrt in einem Hospiz angewendet. In den schweren, emotional erfüllten Stunden, vermag die Musik die Patient:innen wie einen unsichtbaren Schleier zu berühren und ihn mit einer schützenden Hand zu trösten. Mit manchen Liedern werden verdrängte Inhalte ins Bewusstsein der Menschen gerufen. Sie projizieren Situationen aus der Vergangenheit, die sich positiv auf die Stimmung ausbreiten. Der Körper und die Seele finden zu einem Gleichgewicht. Mit einem passenden Rhythmus kann Atemnot, Unruhe und Todesangst reduziert werden.

Zwei Formen der therapeutischen Musiktherapie:

- » **Aktive Musiktherapie**  
Vorkenntnisse sind nicht erforderlich und daher für jeden zugänglich. Die Therapie umfasst das Experimentieren und Improvisieren mit simpleren Instrumenten und Singen von Liedern.
- » **Rezeptive Musiktherapie**  
Beinhaltet das bewusste Hören von Musik. Selbst musiziert von den Therapeut:innen oder von Tonträgern abgespielt.



# ETHIKDISKUSSION

Euthanasie kommt aus dem Griechischen und bedeutet „schöner Tod“: ein kontroverses Thema, über das immer wieder diskutiert wird. Belgien, die Niederlande und Luxemburg haben mit der Einführung der aktiven Sterbehilfe eine erneute Welle von Diskussionen in den übrigen westlichen Ländern ausgelöst.

Bei der aktiven Sterbehilfe wird das Leben todkranker Patient:innen auf dessen Verlangen von einem:r Arzt:in beendet, etwa durch eine Überdosis Medikamente. Gründe dafür wären unerträgliche Schmerzen und das Leid, dem die Patient:innen in ihren letzten Tagen ausgeliefert sind. Bei Patient:innen, die eine umfassende medizinische Unterstützung und Pflege erhalten, wird der Wunsch nach einer aktiven Sterbehilfe nur sehr selten beobachtet. In Österreich und den meisten Ländern ist die aktive Sterbehilfe nach wie vor verboten.

Es gibt jedoch noch andere Varianten der Sterbehilfe, die unter bestimmten Umständen erlaubt sind. Zum einen gibt es die passive Sterbehilfe, bei der die medizinischen Indikationen abgeschaltet werden, die dazu beigetragen hät-

ten das Leben der Patient:innen zu verlängern. Darunter fällt beispielsweise das Abschalten eines Beatmungsgerätes. Etwas weiter geht die indirekte Sterbehilfe bei der durch gezielte, medikamentöse Schmerzbehandlung der frühzeitige Tod eintritt aufgrund von folgenschweren, in Kauf genommenen Nebenwirkungen.

Die letzte Möglichkeit sich in diesem Kontext das Leben zu nehmen, wäre die Beihilfe zum Suizid. Darunter versteht man die Selbsttötung mit Hilfe einer Person, die das entsprechenden Mittel besorgt und bereitstellt. Wichtig ist jedoch, dass die erkrankte Person selbst das Mittel verwendet, ansonsten liegt eine aktive Sterbehilfe vor. Bis dato war die Beihilfe zum Suizid strafbar, aber mit 1. Jänner 2022 wird dieses Verbot aufgehoben.

Es obliegt Ärzt:innen den Krankheitsverlauf eines Menschen zu beurteilen, bevor in Erwägung gezogen wird diesen in ein Hospiz zu übergeben. Wir würden uns von unserer Menschlichkeit Abwenden, wenn wir eine:n Sterbende:n klammernd festhalten würden und ihn dadurch am Sterben hindern. Im Gegensatz dazu ist es aber



Abb. 18 the expressionist

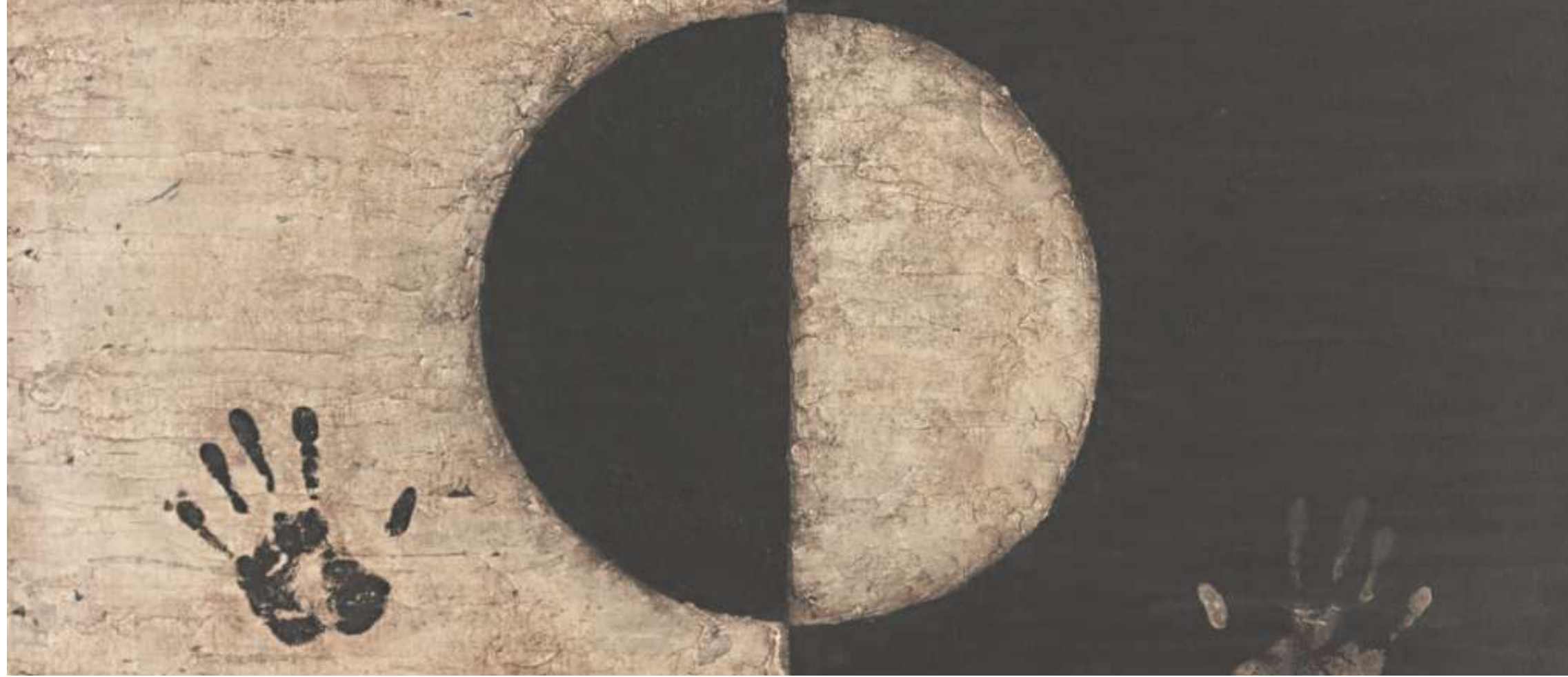
auch verwerflich einen Menschen der potentiell geheilt werden könnte nicht zu behandeln.

In der Palliativmedizin geht es um die Schmerzbehandlung, nicht um den Zwanghaften Versuch einen Patient:innen möglichst lange am leben zu erhalten oder es drastisch zu verkürzen. Ungeachtet dessen treffen beide Fälle immer wieder ein. Viele Patient:innen werden am Ende ihrer Lebenszeit invasiven oder nicht invasiven Beatmungsmethoden unterzogen. Das Leben der Patient:innen und deren Leiden wird künstlich mit Antibiotika-therapien, Chemotherapien und kreislaufunterstützenden Maßnahmen in die länge gezogen. Oft ohne deren Zustimmung oder dass dies in Ihrem Sinne wäre.

Wenn Patient:innen befürchtet gegen ihren Willen in einem bewussten Zustand behandelt zu werden oder ihre Verfassung keine Entscheidungen mehr zulässt, empfiehlt es sich im Voraus eine Patient:innen- oder Betreuungsverfügung zu verfassen. Mit Hilfe der Patient:innenverfügung können die Patient:innen im Vorhinein schriftlich festlegen, wie die künftigen medizinischen Maßnahmen im Falle seiner

Handlungsunfähigkeit gehandhabt werden. Die Verfügung sollte möglichst exakt beschreiben, welche Schritte unter welchen Umständen eingeleitet werden sollen. Sie ermöglicht, dass im Sinne der Patient:innen gehandelt wird und seine Präferenzen festgehalten werden.

Die Euthanasie ist ein Thema welches sicherlich immer Befürworter:innen und Gegner:innen haben wird. Unter anderem, weil es überaus schwierig ist, die Kriterien für Sterbehilfe festzulegen ohne, dass Willkür und Missbrauch betrieben werden. Treibende Motive für den Sterbewunsch sind die Furcht vor Abhängigkeit, Entstellung und Würdelosigkeit. Wir sollten uns eine grundsätzlich ethische Frage stellen, wenn wir über die Legalisierung aktiver Sterbehilfe diskutieren. „Soll einem Menschen, der seine Lebenssituation als unerträglich empfindet, die Wahl zwischen Suizid und aktiver Euthanasie per Gesetz zustehen?“



**Abb. 19** *struggle between life and death*

# HOSPIZ ÖSTERREICH

Der Dachverband „Hospiz Österreich“ wurde 1993 gegründet und umfasst ca. 370 Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Zudem unterstützen außerordentliche und fördernde Mitglieder die Hospizarbeit in Österreich ideell und finanziell. Der Dachverband ist überparteilich und überkonfessionell, arbeitet national und international und ist Mitglied der Nichtregierungsorganisation (NGO) der Vereinten Nationen.

Jedes Jahr sterben in Österreich ca. 80 000 Menschen. Für ca. 50% endet das Leben in einem Krankenhaus. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt heutzutage bei Männern 79 Jahre und bei Frauen 84 Jahre.

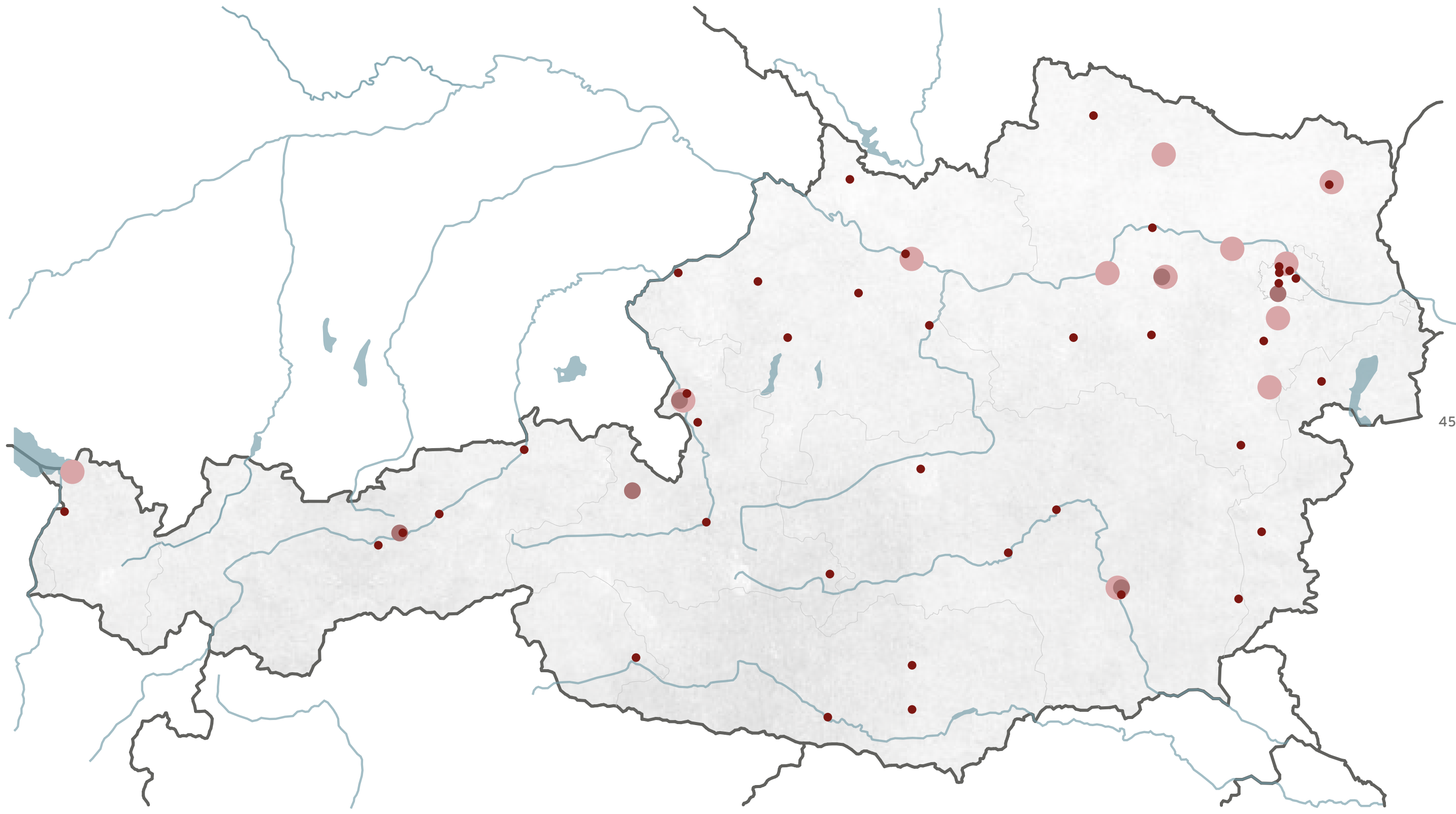
Um eine adäquate Hospiz- und Palliativversorgung gewährleisten zu können, spielt der Ort der letzten Atemzüge eine essentielle Rolle. Wenn sich das Leben dem Ende zuneigt, wünschen sich viele Menschen zu Hause oder in einer vertrauten Umgebung zu sterben. Mithilfe der mobilen Palliativteams und einer geeigneten Pflege vor Ort kann dieses Bedürfnis ermöglicht werden.

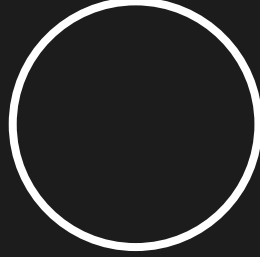
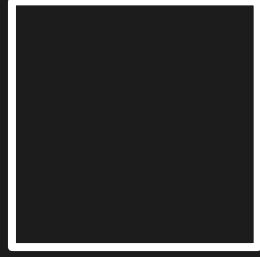
Wenn sich die Patien:innen jedoch in einem Stadium befindet in dem seine Gesundheit ein kritisches Ausmaß annimmt und es an mangelnden Händen der Angehörigen fehlt, empfiehlt es sich ein Hospiz aufzusuchen.

Die Hospiz- und Palliativbewegung bekam dank der engagierten ehrenamtlichen Bürger:innen in den 1970er Jahren einen enormen Aufschwung, indem sie Hospizteams bildeten. Diese Entwicklung führte dazu, dass sich Österreich im europäischen Mittelfeld in der Versorgung einordnen konnte. Dazu kam, dass das Lehrfach Palliativpflege seit 1997 in der Ausbildung zum:r Krankenpfleger:in auf dem Lehrplan steht.

- Stationäres Hospiz ●
- Tageshospiz ●
- Palliativstation ●

Abb. 20 Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Österreich





# REFERENZPROJEKTE

# HOSPIZ BERLIN-KÖPENICK

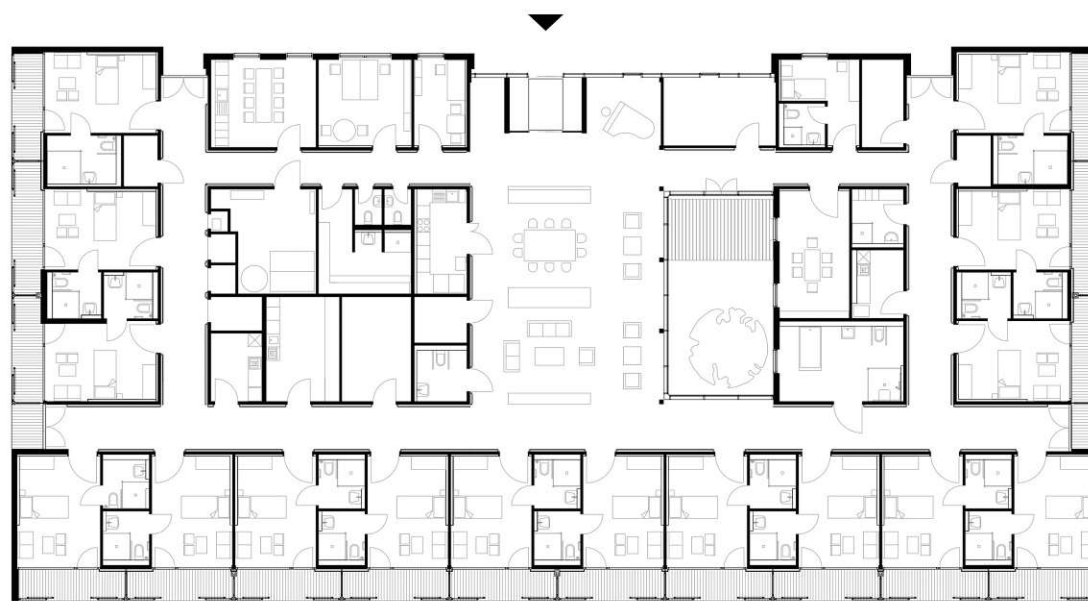


Abb. 21 Außenansicht Hospiz Berlin-Köpenick

Das Hospiz der DRK Kliniken wurde von Heinle, Wischer und Partner entworfen und öffnete 2017 seine Türen. Es befindet sich in Berlin und ist mit seinen 16 Zimmer das größte der Hauptstadt.

Der eingeschossige Bau versucht sich nicht zu verstecken, sondern öffnet sich mit einer breiten Glasfront zu dem Klinikareal und einer vorgelagerten Grünfläche. Im Zentrum des Gebäudes befindet sich ein großzügiger Wohnraum mit Blick in ein Atrium mit einer Terrasse. Die übersichtliche, klare Struktur erleichtert den Bewohnern die Orientierung. Vermieden wurden dementsprechend lange Gänge und ein zweites Geschoss. Besonders wichtig war den Planern umfangreiche Ausblicke in den Freiraum. Die U-förmig entlang der West-, Süd- und Ostfassade angeordneten Einzelzimmer sind jeweils 18 m<sup>2</sup> groß. Genügend Fläche für ein Bett, eine Sitzecke mit Schlafcouch und ein Schrankmodul. Für Entspannungsmomente sorgen ein Duschbad und eine private Terrasse, die bei Bedarf vor Einblicken durch verschiebbare Elemente verdeckt werden kann. Zukünftig sind weitere Räume in einer benachbarten Villa geplant.





**Abb. 22** Patientenzimmer Hospiz Berlin-Köpenick  
**Abb. 23** Grundriss Hospiz Berlin-Köpenick

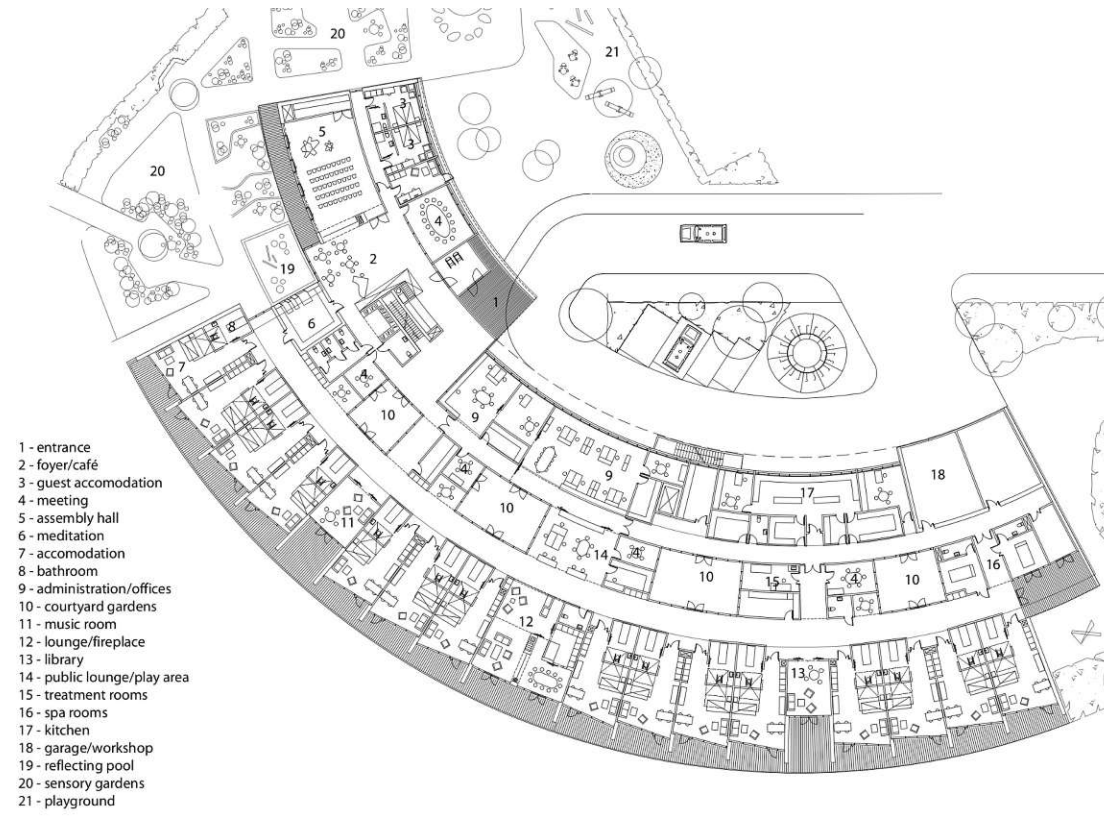
# HOSPIZ DJURSLAND - DÄNEMARK



Abb. 24 Außenansicht Hospiz Djursland

Das Hospiz Djursland wurde von C.F.Møller im Zuge eines Wettbewerbes entworfen und 2011 in Aarhus errichtet. Das Gebäude liegt auf einem Hügel und scheint mit seinem bogenförmigen Grundriss die Landschaft regelrecht zu umarmen. Die Natur ist durch verschiedenste Verglasungen in jedem Raum präsent. Passend zu der idyllisch grünen Hügellandschaft ist das Gebäude mit Eichendielen verkleidet, die auf den ersten Blick wie eine Ziegelkonstruktionen wirken. Durch die Konstruktion der Fassade werden dem Auge des Betrachters verschiedene Nuancen von Hell und Dunkel dargeboten die dem Gebäude einen fragilen Charakter zuschreibt ohne aber dabei auf seine Ausdruckskraft verzichten zu müssen.

In dem Hospiz können bis zu 15 Patienten aufgenommen werden. Jedes Zimmer verfügt über eine private Terrasse mit Blick über die Bucht Aarhus. Ein Oberlicht durchflutet das Patientenzimmer mit Tageslicht und sorgt mit den verwendeten Materialien Kupfer, Eiche und Glas für eine harmonische Stimmung und vermittelt ein Gefühl von Wärme.



**Abb. 25** Terrasse Hospiz Djursland  
**Abb. 26** Grundriss Hospiz Djursland

# URBAN HOSPICE - DÄNEMARK



Abb. 27 Außenansicht Urban Hospice

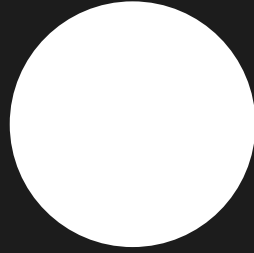
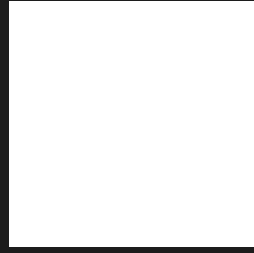
Das Urban Hospiz wurde 2016 von NORD Architects in Kopenhagen in einem dicht besiedelten Wohngebiet mit historischen Gebäuden errichtet.

*„The Urban Hospice is a subtle and innovative take on how a modern hospice can be placed in an urban fabric in a way that takes both users and neighbours into account. To achieve this, we have created a building with an inclusive and welcoming expression that holds opportunity for both community and privacy at the same time.“ (Morten Rask Gregersen)*

Innerhalb der gegebenen Parameter war es wichtig eine entspannte angenehme Atmosphäre mit Hilfe der Architektur zu schaffen in der sich die Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter wohl fühlen. Die Symbiose einer geschwungenen und rechteckigen Formsprache ermöglicht die optimale funktionelle Gestaltung des Gebäudes. Der traditionelle lange geradlinige Flur wird in kleinere Einheiten zerlegt und der Gemeinschaftsraum umarmt schützend einen privaten Innenhof. Durch die Komposition verschiedenster Materialien bekommt das Gebäude eine warme und haptische Wirkung.



**Abb. 28** Erdgeschoss Urban Hospice  
**Abb. 29** Obergeschoss Urban Hospice



# DAS PROJEKT

# APHORISMEN STATT EINES VORWORTS

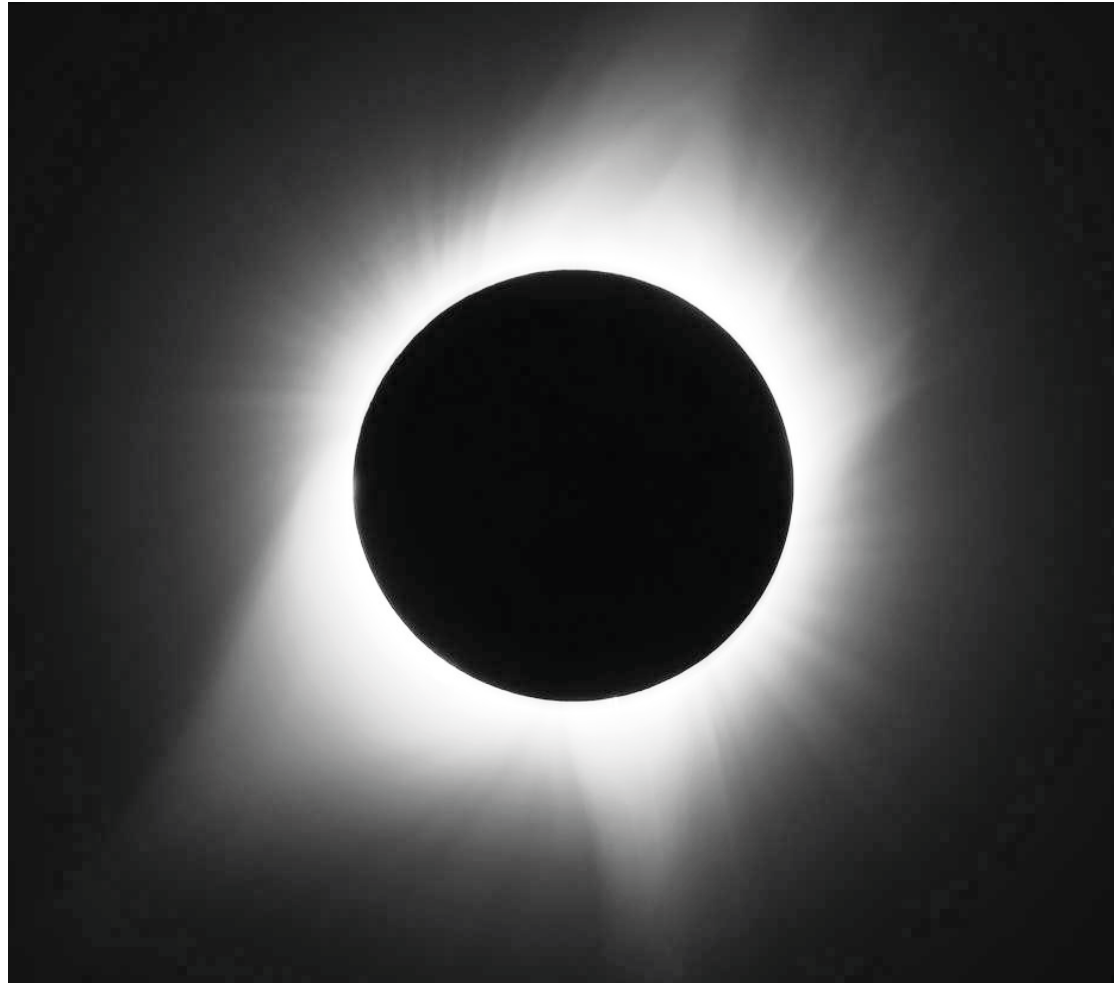


Abb. 30 solar eclipse

Abb. 31 Wahl des Ortes - Österreich - Verortung Wien

Wo ist der Tod? Fragte sich Leo N. Tolstoj und verlieh Iwan Iljitsch seine Stimme:

*„Es war Licht da, und nun ist es finster! Wo ist der Tod? ... Suchte seine frühere Todesangst und fand sie nicht. ... Der Tod? Die Angst war nicht mehr da, weil auch der Tod nicht mehr da war. An Stelle des Todes war ein Licht da. Das also ist es! ... Welche Freude!“*

Über den Tod sprechen fällt mir schwer, er macht auch mich sprachlos. Auch stand ich noch nie am Ende des Tunnels, mir fehlt jegliche Art der Nahtoderfahrung und dennoch ist mir bewusst, der Tod treibt uns zu philosophischem Reden. Es fällt mir einfach leichter wenn ich so tue wie Carl Friedrich von Weizäcker der meint: *„Das Ich und der Tod sind Geschwister.“*

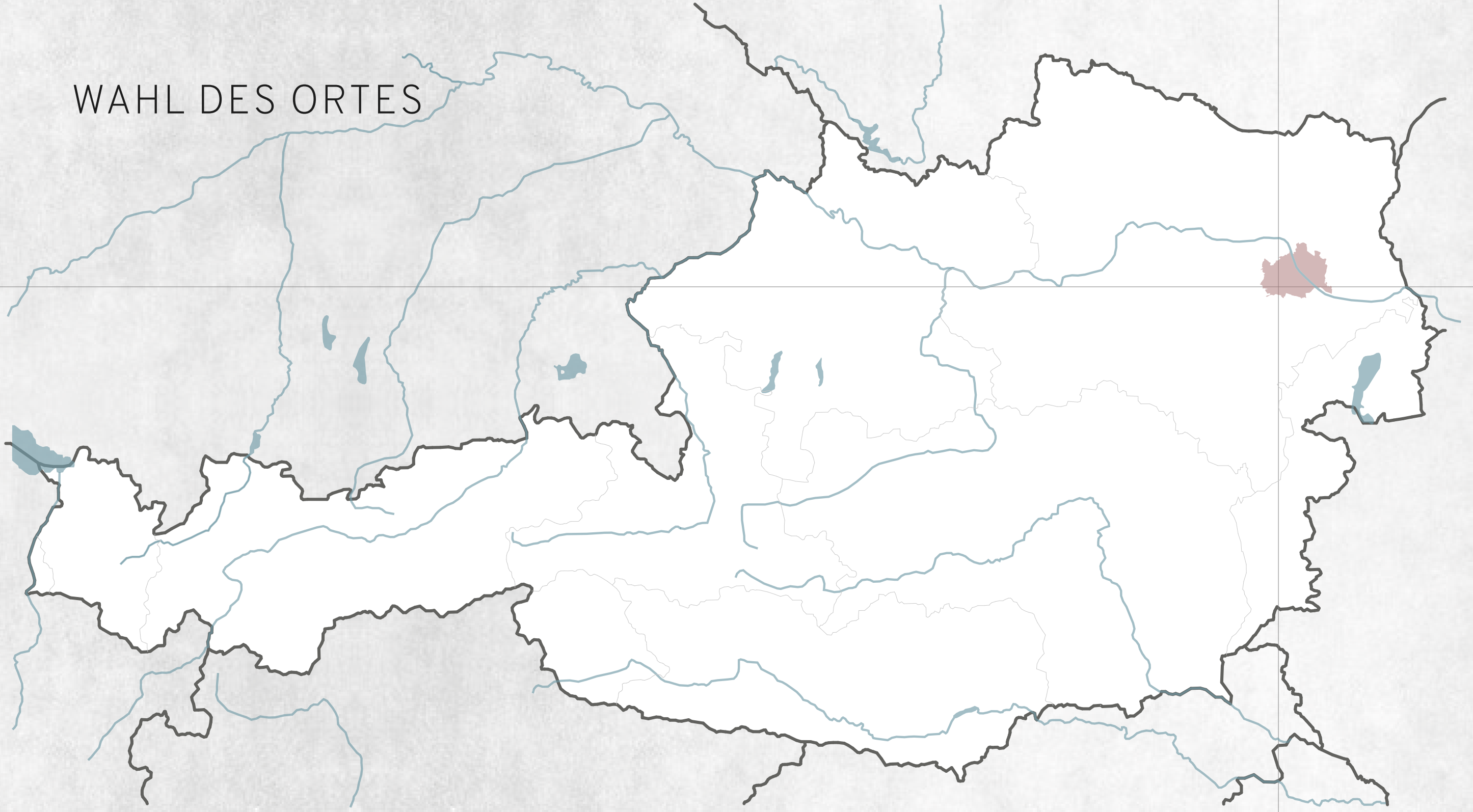
Ich finde nicht die passenden Begriffe und die Termini um all das was meine Ideologie und Intention zum Hospiz – dem Sterbehaus betrifft abzufassen, daher, für den Tod bediene ich mich der Metapher, Symbol- und Bildsprache. Wenn ich an den Tod denke schließe ich die Au-

gen. Wende mich von der realen Welt ab. Meine Gedanken gleiten ab. Bilder tauchen auf. Ich projiziere in meine Seele ein (fast) greifbares Szenario. Ich liege im Sand auf einer einsamen Insel. Die Augen geschlossen. Alle Sinne reagieren sensibel auf jegliche Wahrnehmungen. Der warme Sand unter der nackten Haut, das Meerresrauschen, der Salzgeschmack auf den Lippen. Vielleicht lasse ich mich nur von Heinrich Heines Grabinschrift auf dem Montmartre verführen: *„Wo wird einst des Wandermüden letzte Ruhestätte sein?“ Mein Sand liegt im Süden, sicher unter Palmen – an der Küste!*

Wenn ich versuche über den Tod zu sprechen gelingt es mir – nur denkend – und in rationaler Sprache mich auszudrücken. Es waren zwei Tage vor dem Heiligen Tag. Dem Tag der Familie. Es war Weihnachten. Weihnacht in Kärnten. Meine Großmutter verstarb unter entsetzlichen Schmerzen. Und ich, ich saß ihr schweigend gegenüber. Ich fühlte mich leer. Grenzenlose Verzweiflung in meiner Seele. Und dann, verschleiert in Tränen tauchten sie auf, die Worte. Schmerz. Wut. Schuld. Und tiefe Trauer, tief in mir.



# WAHL DES ORTES



# WAHL DES ORTES

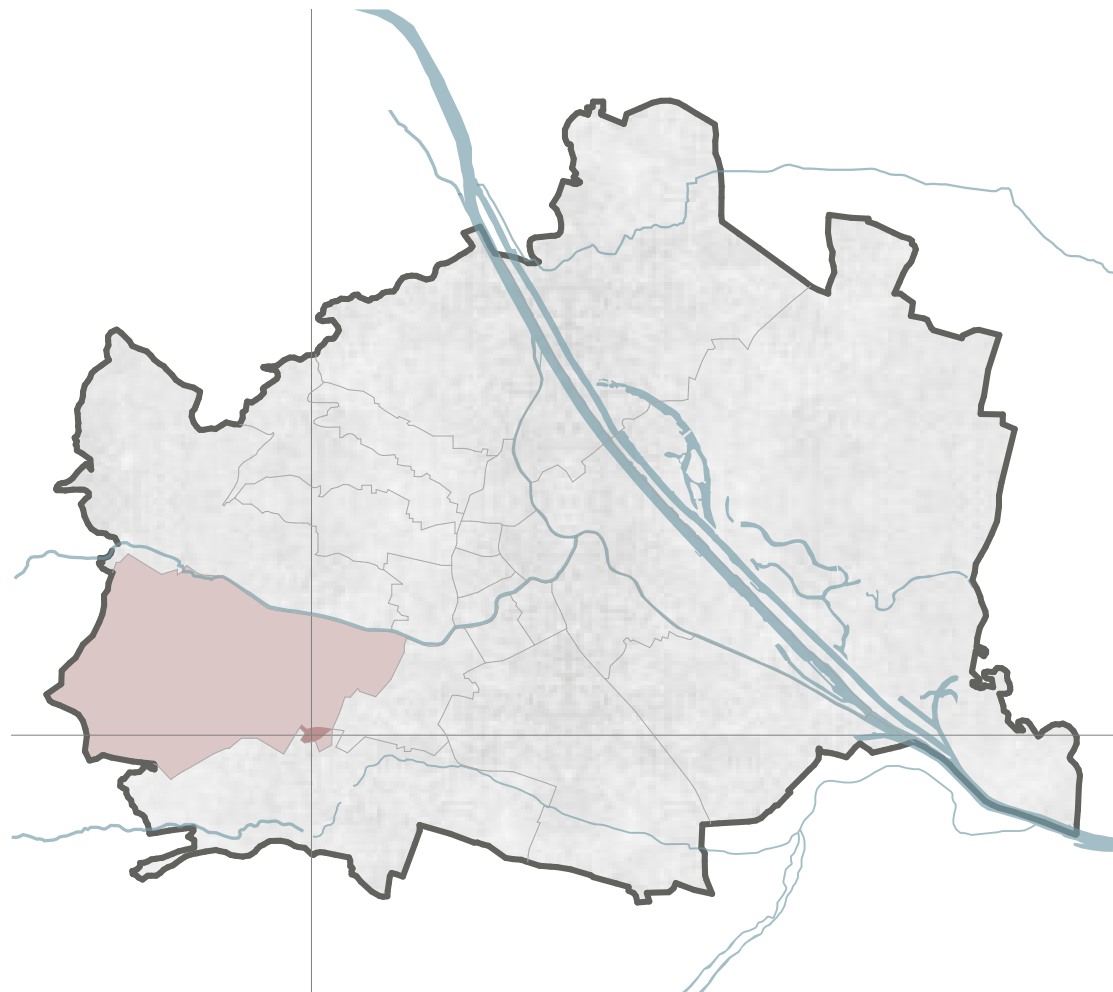


Abb. 32 Wien - hervorgehoben Hietzing

Es sollte ein besonderer, ganz spezieller Ort sein, dachte ich am Beginn der Recherche. Ein Ort an dem die Menschen die Welt verlassen. So individuell und facettenreich das Leben eines jeden Menschen auch gewesen war, am Ende steht er in der Ausweglosigkeit des Todes. Was danach kommt, bleibt unserem menschlichen Verstand bis zum letzten Atemzug verschlossen.

Einklang. Stille. Ruhe. Abgeschiedenheit. Ein Rückzugsort sollte es sein. Ja, es sollte ein Hospiz am Land werden, in naturbelassener Nähe zu einem kleinen Dorf. Oder doch abgelegen in den Bergen? Nein, an einem See. See bedeutet Wasser, ruhiges Wasser, in der Stille und Ruhe auf dem Spiegel des Sees ist Kontemplation möglich. Ich im Einklang mit mir selbst. Mir fällt Thales von Milet philosophisch-theologisches Denken ein: „Das Prinzip aller Dinge ist Wasser, aus Wasser ist alles und ins Wasser kehrt alles zurück.“

Wasser als essentieller Bestandteil unseres Lebens sorgt nicht nur für das Überleben, die Gesundheit, das Wohlbefinden, Wasser ist der

elementare Bestandteil vieler Rituale.

Gleichzeitig drängt sich die Frage auf: Wie kommt ein entschlossener Mensch, gleich wie und in welcher körperlichen Verfassung an jene abgelegenen Orte, vor allem wenn er den Weg zum gefassten Ziel alleine wandern möchte?

Die Lösung scheint für mich die Definition mittels Kriterien:

- » Nachfrage - Interessengemeinschaft
- » Anbindung - Erreichbarkeit
- » Atmosphäre - Naturbezug
- » Infrastruktur - Nebeneinrichtungen

Nach Abwägung der Parameter sollte es eine Stadt sein. Danach war die Entscheidung einfach. Wien. Denn im Zuge meiner Analyse wurde schnell ersichtlich das Wien ein großes Defizit an Palliativeinrichtungen aufweist. Vorhanden sind vereinzelt in Krankenhäusern Palliativstationen untergebracht, doch ein Hospiz - ein Sterbehaus - (wie in anderen Ländern Asiens) gibt es nicht.

# BAUPLATZ-HIETZING

## DIE LAGE

Wien. Der Rosenhügel. Hier finden sich alle, für mich gestellten Bedingungen als gegeben.

Die urbane Umgebung, die Infrastruktur, die Verkehrsanbindung sind bereits gegeben und die soziale Verflechtung in die Gesellschaft dadurch erleichtert. Die Ressource der vorhandenen Grünflächen und der historische Park mit altem Baumbestand und mitten drinnen ein kleiner Weiher, scheint mir die ideale Atmosphäre für mein Sterbehaus zu sein.

An der Peripherie des Parks angesiedelt befinden sich: die Klinik Hietzing, das Orthopädische Spital Speising, das NRZ Rosenhügel und das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser. Zurzeit wird der Park von den Patienten Klinik Hietzing genutzt.

## HIETZING

Hietzing ist der 13. Wiener Gemeindebezirk und in sechs Bezirksteile gegliedert: Alt-Hietzing, Unter-St-Veit, Ober-St-Veit, Hacking, Lainz und Speising. Mit einer Fläche von 37,69 km<sup>2</sup> ist er der drittgrößte Wiener Gemeindebezirk. Klimatisch und landschaftlich befindet sich der Bezirk im Übergangsbereich zwischen den Alpen und dem Wiener Becken. Ein Großteil der Fläche wird von dem Naturschutzgebiet Lainzer Tiergarten, Schönbrunn und dem Biotop Fasangarten eingenommen. Dadurch trägt Hietzing den Titel „grünster“ Bezirks Wien.



Abb. 33 Hietzing- hervorgehoben der Rosenhügel

## DER ROSENHÜGEL

Der Rosenhügel liegt auf einer Anhöhe von 258m am Rand des Wiener Beckens nahe dem Wienerwald. Im Norden begrenzt vom Küniglberg und die Anhöhe der Gloriette, im Süden vom Steinberg. Drei Gemeindebezirke teilen sich den Rosenhügel: 12. Meidling, 13. Hietzing, Liesing

Namensvater der Anhöhe war die ausgedehnte ehemalige Rosenkultur. Mit der Eingemeindung zu Wien kam es zu einer sukzessiven Verbauung des Hügels. Im Jahre 1892 kamen im Norden Hetzendorf und Speising zu Wien. Gefolgt von der Katastralgemeinde Rosenberg, Atzgersdorf und Mauer. Erwähnenswert ist noch der Wasserspeicher Rosenhügel, welcher die Wasserversorgung der Stadt Wien gewährleistet.

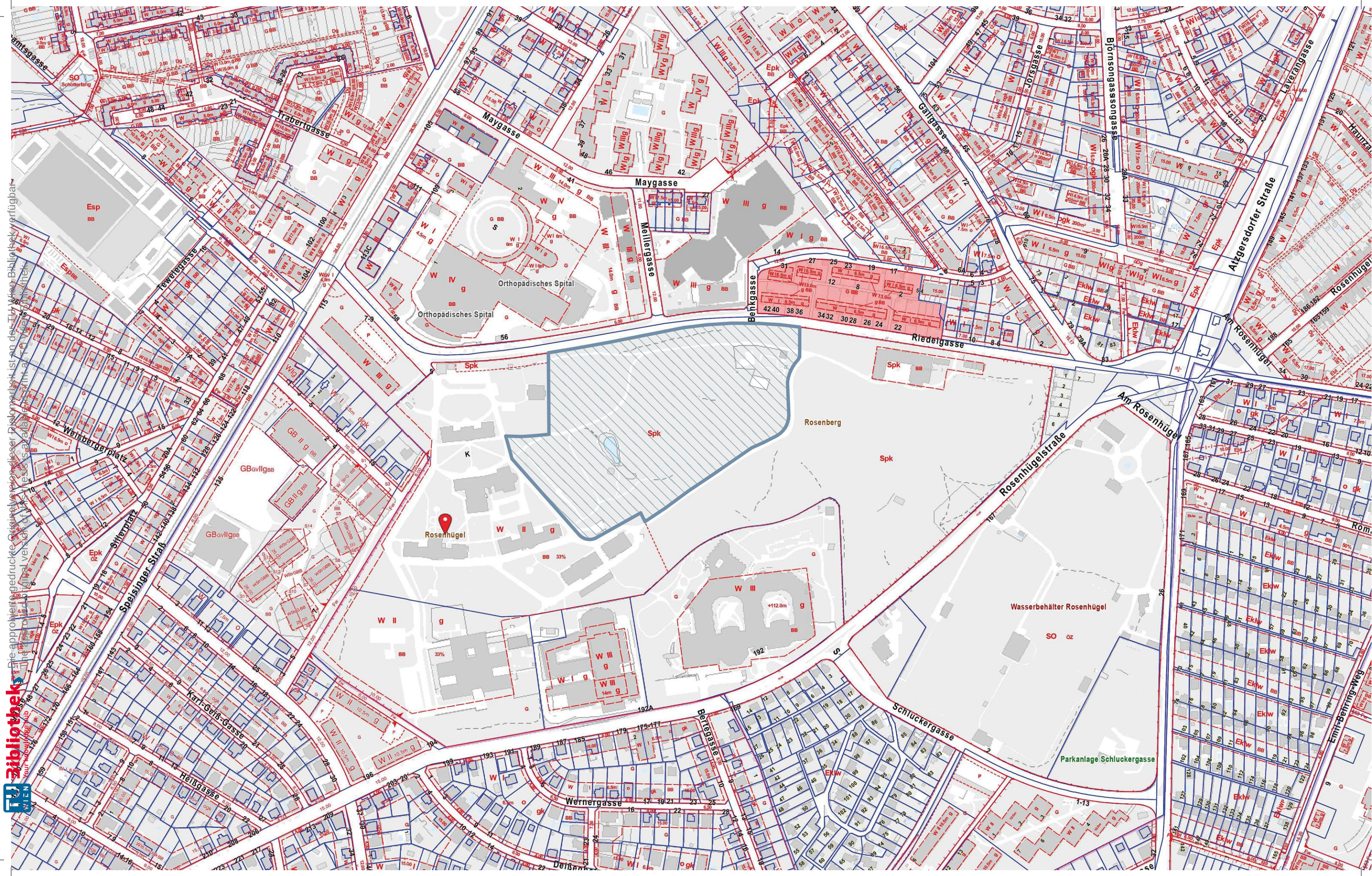
Durch die Einbettung des Areal in die bestehende Topographie und Parklandschaft entsteht eine kleine Oase inmitten von Wien.

## DIE AUFSCHLISSUNG

Der Park Rosenhügel wird im Norden von der Riedelgasse und im Verlauf von Nord-Ost nach Süd-West von der um 33m höher liegenden Rosenhügelstraße eingegrenzt. Steil fällt der dicht mit Laubgrün bepflanzte Hang zum kleinen Hain in der Mitte des Parks ab. Ausgedehnte Spazierwege ziehen sich durch den Park, vorbei an knorrigen Bäumen, an einem kleinen Teich entlang bis zum Pavillon für Patienten und Bewohner der o.a. Einrichtungen.

Abb. 34 Flächenwidmungsplan Rosenhügel - Bauplatz







# BESTANDSAUFNAHME



**Abb. 35** Orthobild Bauplatz

**Abb. 36** Blick auf den Teich im Park

**Abb. 37** Parklandschaft



**Abb. 38** Parklandschaft



**Abb. 39** Neurologische Abteilung Klinik Hietzing





**Abb. 40** Blick in den Park  
**Abb. 41** Bundesinstitut für Gehörlosenbildung

# RAUMPROGRAMM

VERWALTUNG	HOSPIZTEAM	GAST AUF ZEIT	ALLGEMEINRÄUME	NEBENRÄUME
Mobiler Dienst	Bereitschaftszimmer	Zimmer	Raum der Stille	Geräteraum
Ehrenamt	Apotheke	Therapieraum	Abschiedsraum	Putzraum
Büroräume	Aufenthaltsr. Personal	Pflegebad	Küche	WC Anlagen
Arzt	Arbeitsraum Rein	Meditation	Cafe	Entsorgung
Backoffice	Arbeitsraum Unrein	Leichenraum	Aufenthaltsraum	Technik
Hospizleitung	Pflegestützpunkt	Angehörigenzimmer	Empfang	Küchenlager
Psychologie	Garderobe Personal		Information	Lager Diverse
Hausmeister	Behandlungszimmer		Wohnraum	Kühlzelle
Konferenzraum				Teeküche

Abb. 42 Raumprogramm

# FUNKTIONSSCHEMA UND FORMSTUDIEN

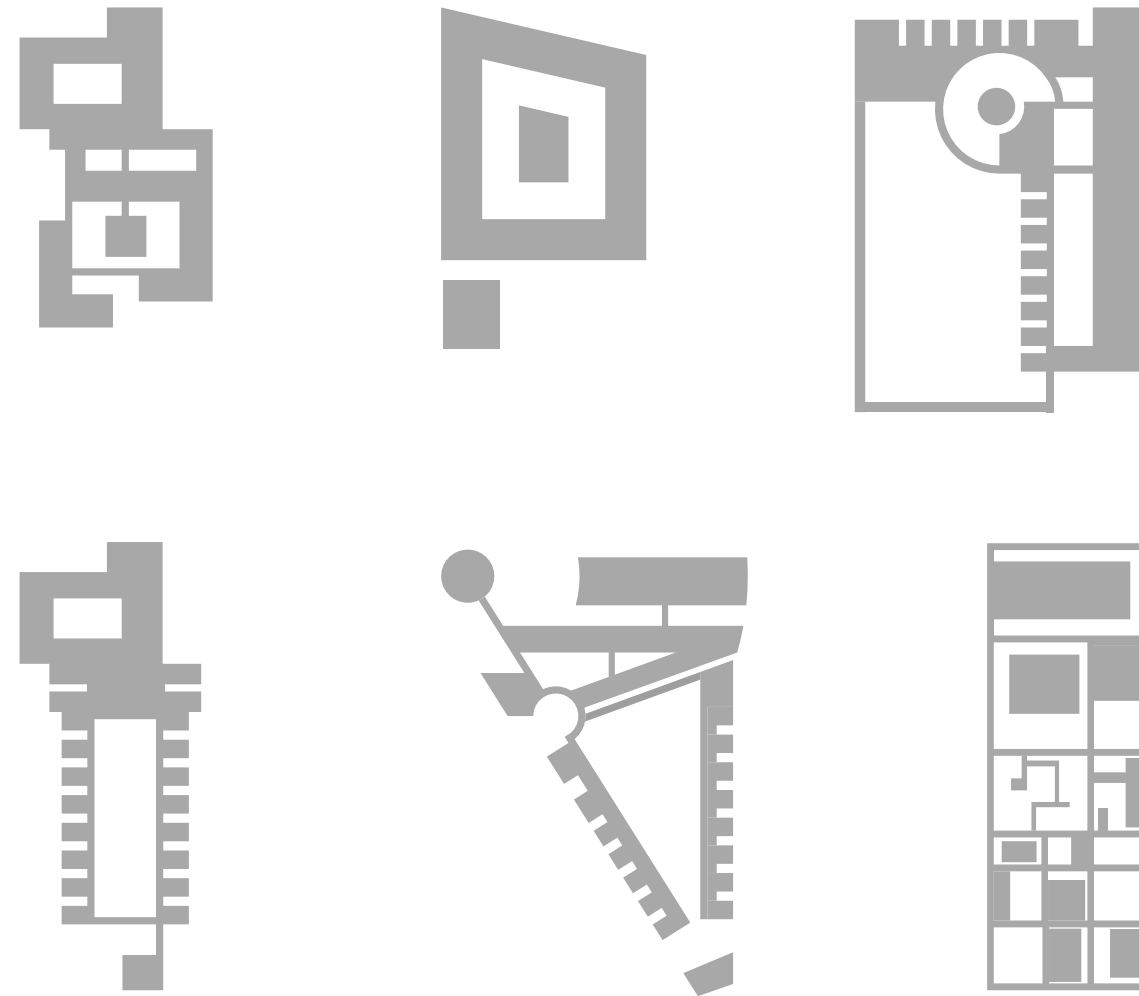
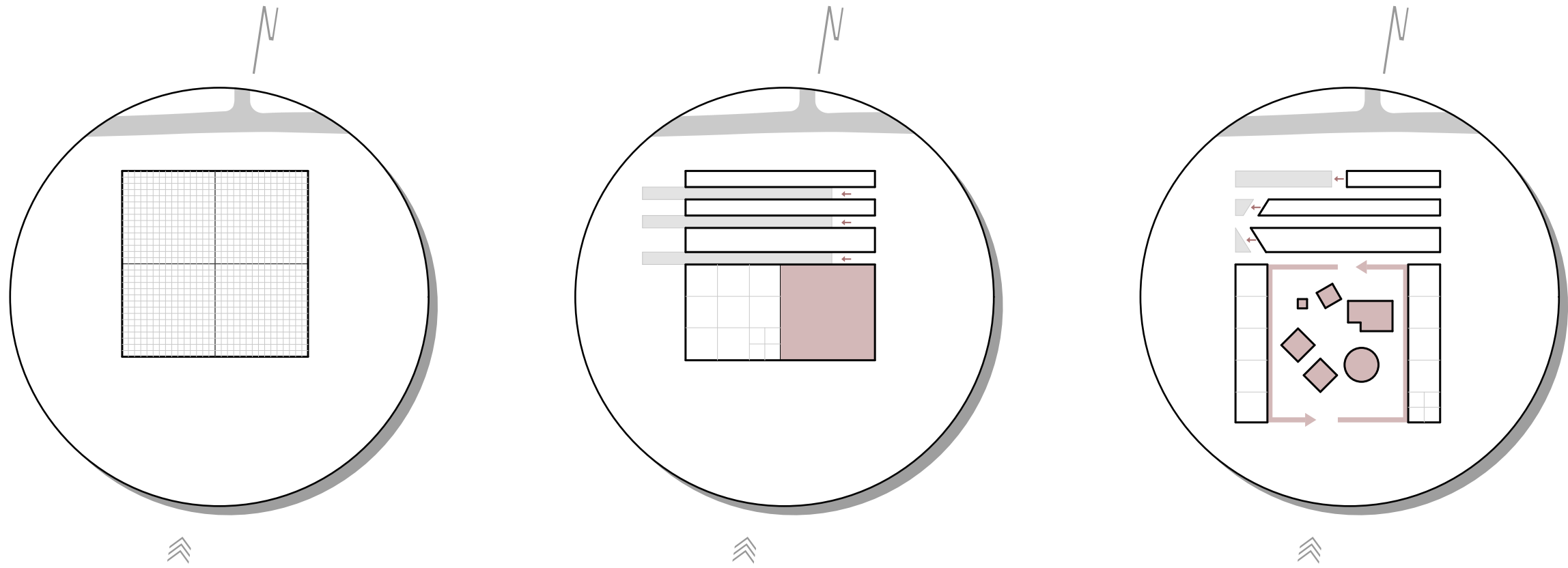


Abb. 43 Funktionsschema und Formstudien

# FORMFINDUNG

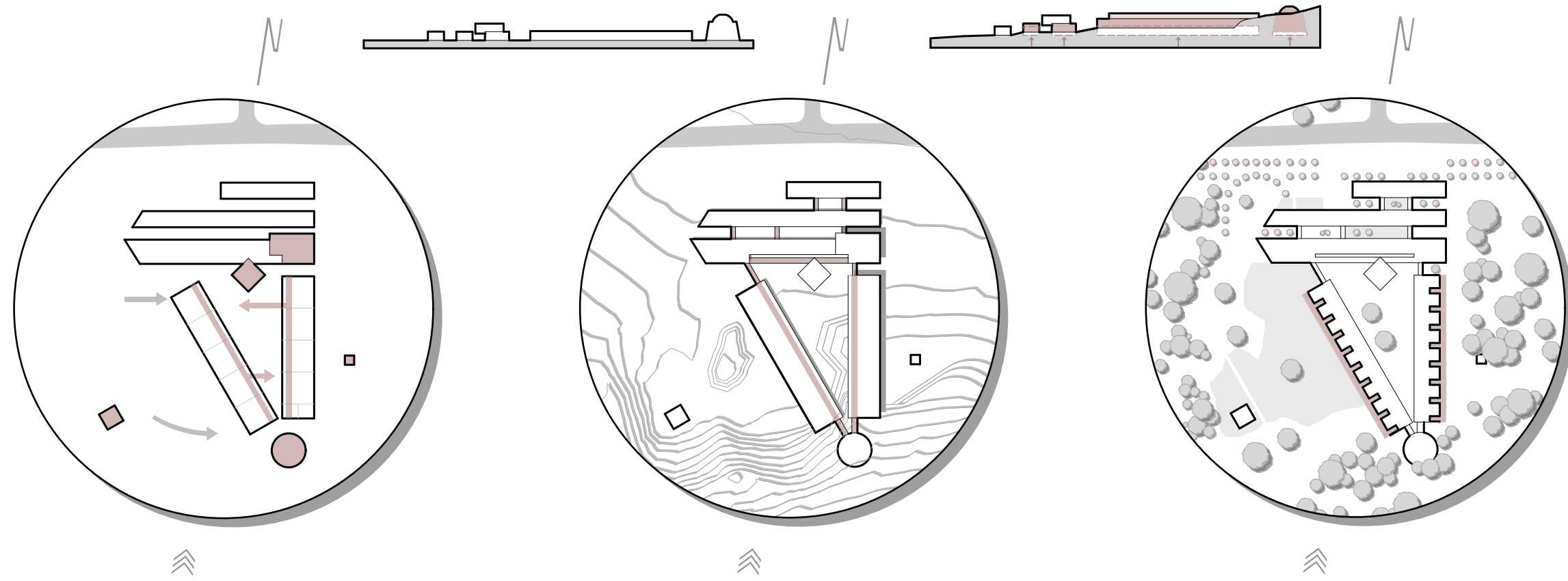


Positionierung des geplanten Gebäudes nahe der Riedelgasse. Einteilung der benötigten Fläche in vier Quadranten mit eingeschriebenem Grundraster in dem weiterführend geplant wird.

Bildung der Übergangsschwellen. Abkopplung und Einteilung der Sonderelement - und Wohntrakt Fläche im Rahmen der verbliebenen Kubatur.

Entwicklung der Sonderelementformen und des Wohntrakts. Mit dem Ziel einer horizontalen und vertikalen Zirkulation.

**Abb. 44** Piktogramme zur Formfindung

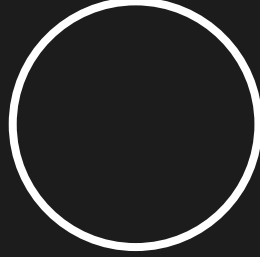
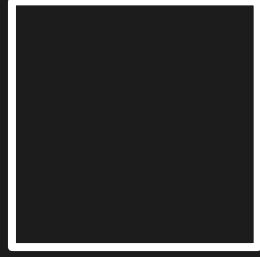


Adjustierung der Baukörper zu einer harmonischen Gesamtstruktur, welche die örtlichen Gegebenheiten berücksichtigt. Ein Dreieckshof bildet das Zentrum.

Anpassung an das Gelände. Verbinden der einzelnen Baukörper und Überbrückung der Höhensprünge mittels Passerellen in Form von verglasten Rampen. Zirkulation im Dreieckshof.

Ausschneiden von Atrien um eine zweite Blickachse und Lichtquelle zu generieren. Verschmelzung mit der gestalteten Parklandschaft. Komposition mit Wasser und Bäumen.

Abb. 45 Piktogramme zur Formfindung



# DER ENTWURF

Abb. 46 Schwarzplan M 1:3500







Abb. 47 Straßennetz M 1:3500

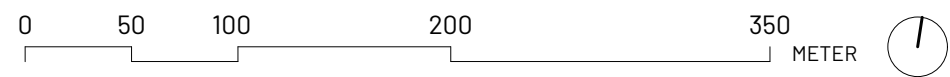
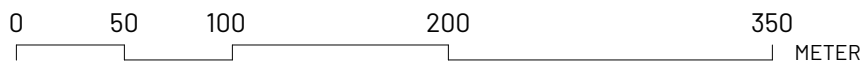




Abb. 48 Umgebung M 1:3500

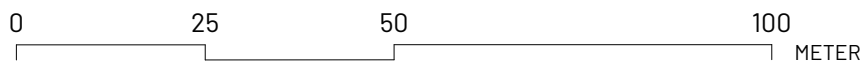


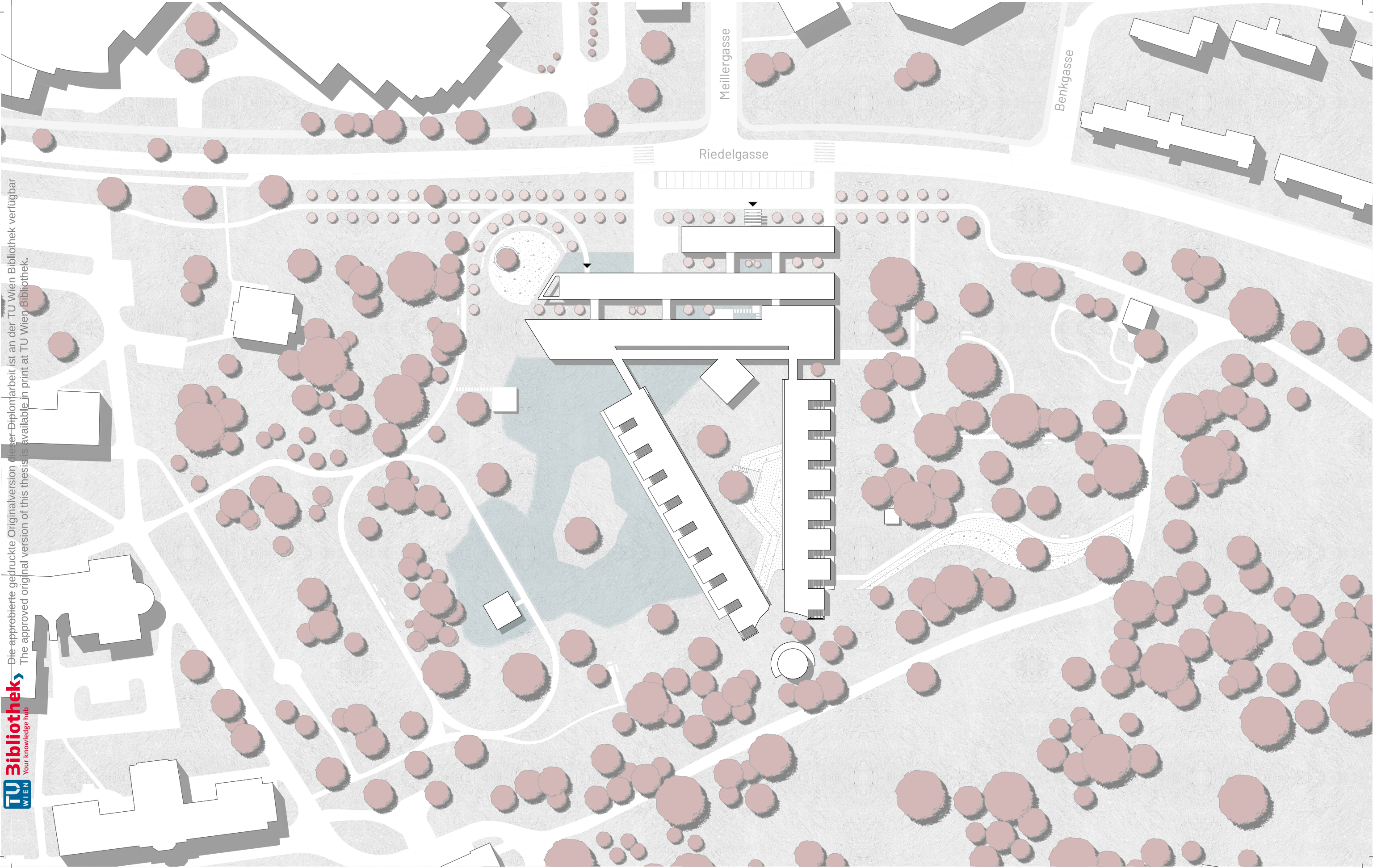
- Schule 
- Kindergarten 
- Arzt 
- Apotheke 
- Krankenhaus 
- Neurologisches  
Rehazentrum 
- Wohn-,Pflege  
heim 
  
- BIM 
- BUS 





Abb. 49 Lageplan M 1:1000

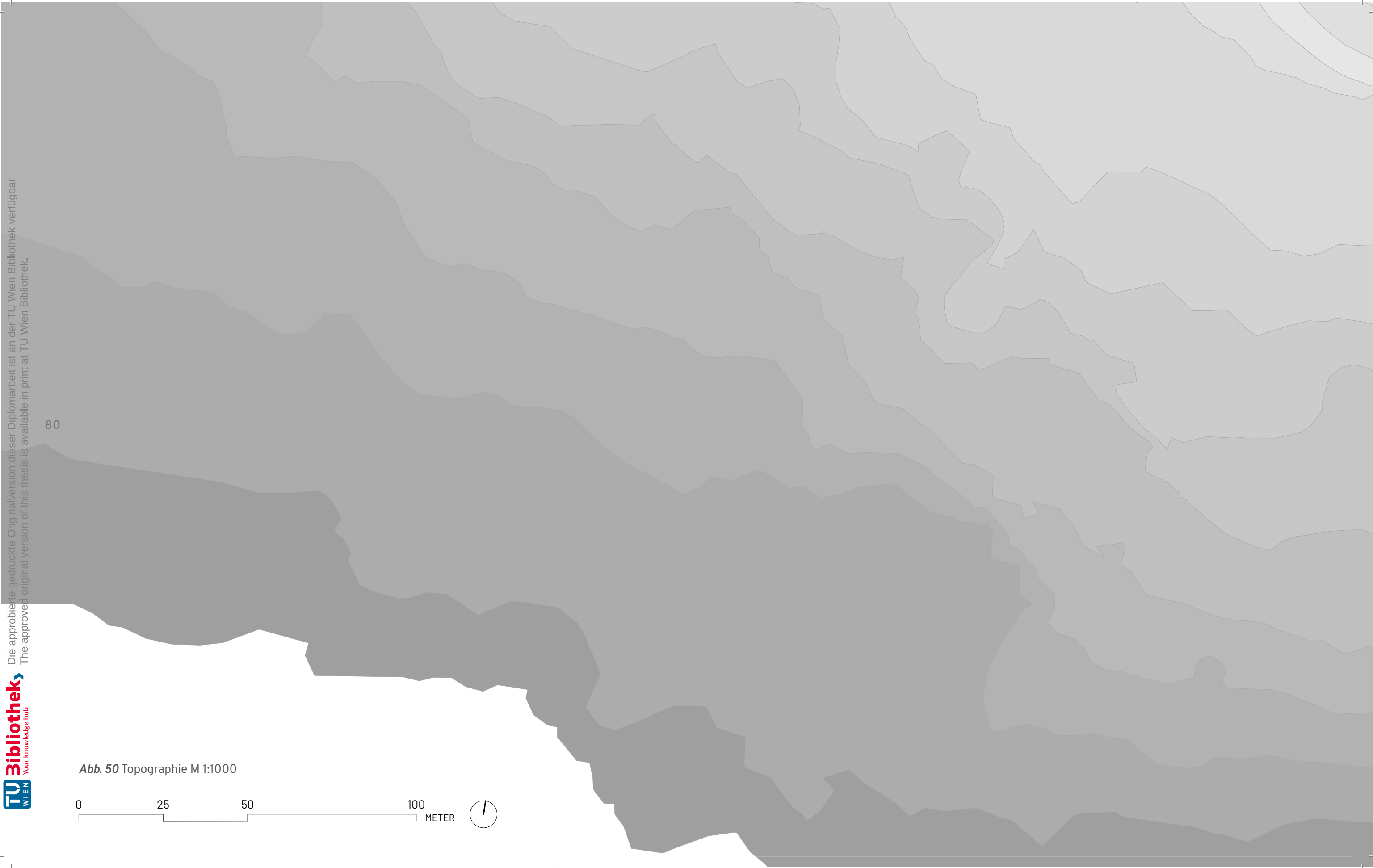




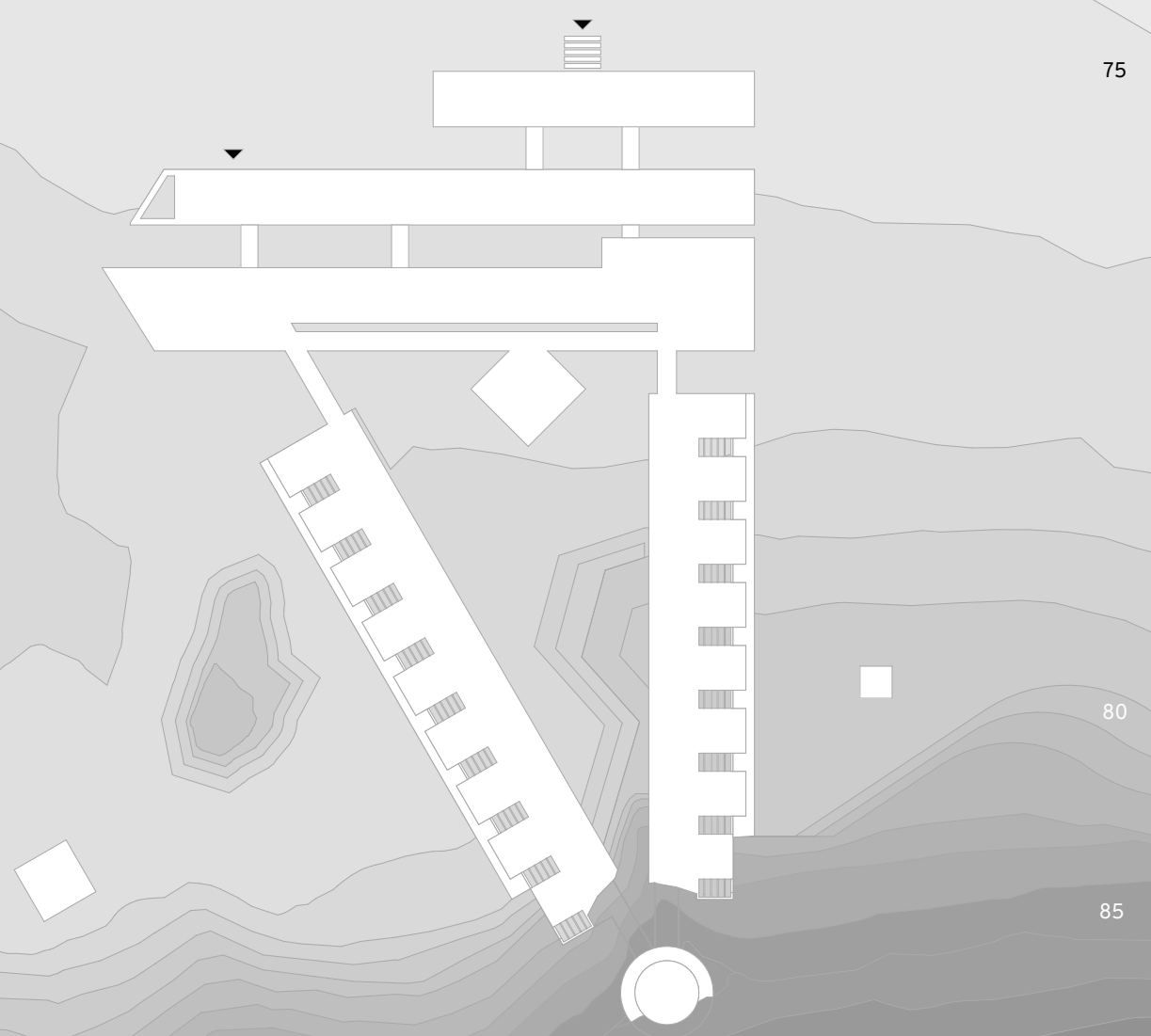
Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar  
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

80

Abb. 50 Topographie M 1:1000









*Abb. 51* Schaubild - Blick aus Süd-Osten

# STRUKTUR

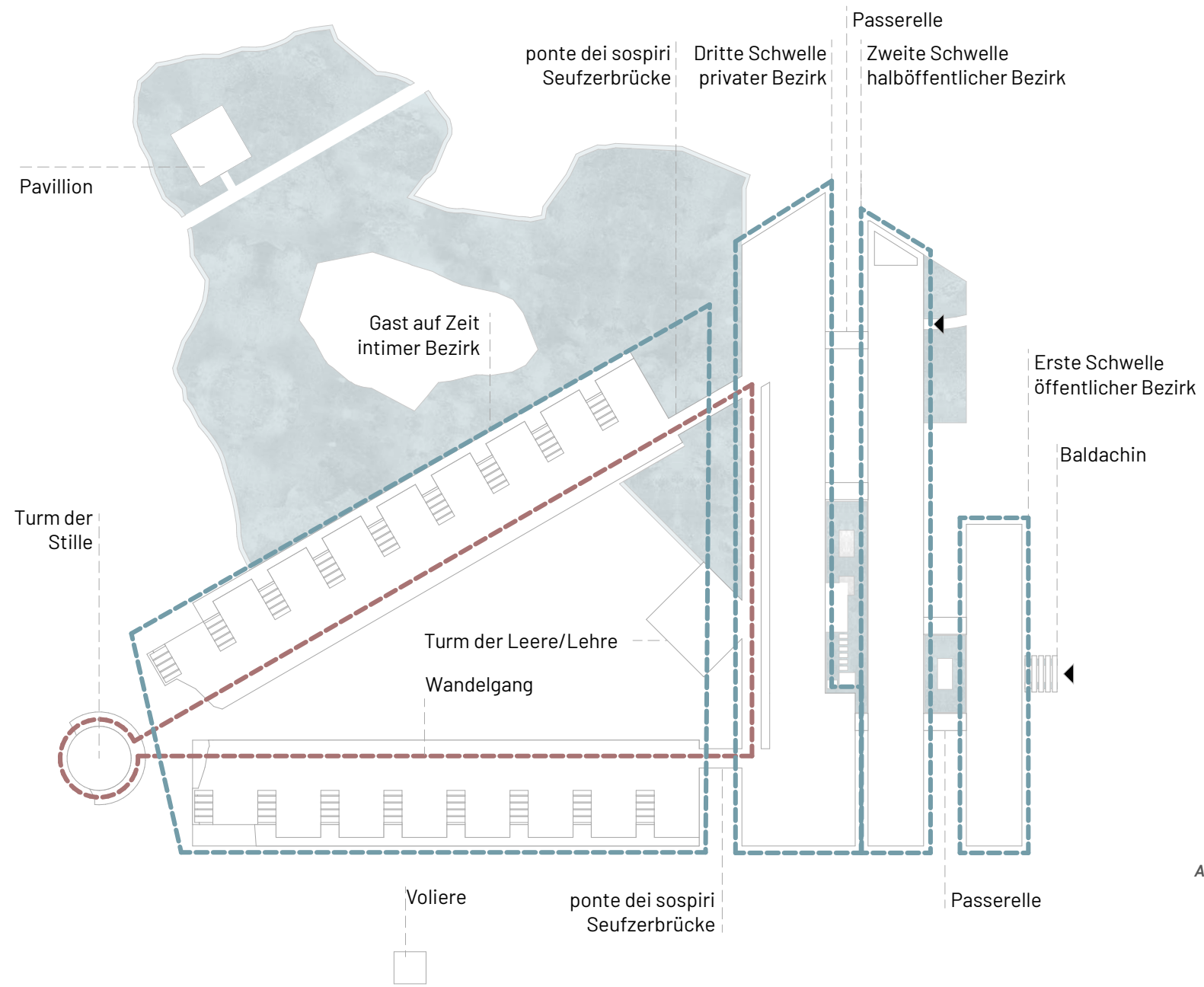


Abb. 52 Strukturübersicht

# ZUM ENTWURF

## DIE ANNÄHERUNG

Von der Riedelgasse im Norden wird die gesamte Anlage erschlossen. Von dieser führen zwei voneinander getrennte Zufahrten zum Hospiz. Östlich gelegen für Besucher und den *Gast auf Zeit*- westlich davon für Personal und die An- und Ablieferung der Bedarfsgüter. Die gärtnerisch gestaltete Vorgartenzone trennt optisch die Eintrittsbereiche ins Haus der letzten Ruhestätte. Signalisiert durch den gefächerten Baldachin betritt der Gast das >Erste Haus<. Dieses Haus steht sinnbildhaft für die Schwelle. Der Schritt über die Schwelle versinnbildlicht den Eintritt in die Transzendenz. Für die: **Erste Schwelle**

Der *öffentliche Bezirk*. Die freie Zone als großzügig angelegtes Foyer. Hier findet das Erstgespräch, die Information, der erste Kontakt mit dem Haus statt. Ein Blick in den ersten kleinen Hof, Seerosen schaukeln sanft auf türkisem Wasser, welches von der Kaskade plätschert. Der Gast betritt die: **Zweite Zeile**

Und ebenso gelangt er zu ihr über die allseits verglaste Passerelle und befindet sich im *halb-*

*öffentlichen* Bezirk dem >Zweiten Haus<. In der Zone mit den bedienenden Funktionen für den Betrieb im Haus. Am Westende gelegen ein *öffentlich* zugängliches Café. Es ist ein öffentlicher Ort, wo der Tod nahe ist. Die eigene Reflexion und das Bewusstwerden kann hier Raum finden. Der Tod als Provokateur zum Gedanken des ewigen Lebens Wieder empfängt den Gast ein freier Ausblick in die Stille des Atriums wo sich nun zwei Übergänge im Wasser spiegeln. Der Gast betritt die: **Dritte Schwelle.**

Die verglasten Übergänge, die Begrenzungen durch die eingeschriebenen Höfe werden nun langsam spürbar. Sie sind lineare Elemente der Trennlinie zwischen den Schwellen. Der Gast hat nun den *privaten* Bezirk erreicht. Hier dominieren die bedienenden Funktionen für den Gast und am Westende, gelegen am kleinen See das **Wohnzimmer** mit einer offenen Küchenlandschaft. Verweilen, essen, kochen, Gemeinschaft, der Blick zum Teich.

## DIE BEGRENZUNG

Der Gast ist angekommen, angekommen an der Begrenzung zum intimen Bezirk. Drei lineare Elemente als Trennlinie signalisieren den Übergang in die Zone der Ruhe. Das spiegelnde Wasser, der lange Korridor, der verglaste Wandelgang und die von Westen – nach Osten ansteigende Rampe trennen den Betrachter noch vom monastisch angelegten Hof.

## DIE WEGMARKEN ALS MERKZEICHEN

Auf quadratischer Basis ruht der **Turm** der >Leere< und >Lehre< als Dominante im Binnenhof. Der Raum der Leere liegt auf Gartenniveau. Der Raum der Lehre verwahrt Bücher auf halbem Weg der Rampe. Das vorherrschende Merkmal des Kubus ist um ca. 45° zur Rampe gedreht und dient mit seiner Nord Ecke dieser als Stützpfiler und statisches Auflager.

Das ungleichschenkelige **Dreieck** mit der Spitze nach Süden orientiert umschließt den Grünraum im Inneren mit einem Wandelgang. Der Dreieck-Schenkel im Westen liegt direkt am

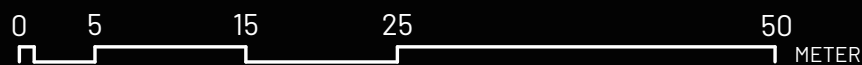
kleinen See mit vorgelagerter Insel. Der Schenkel im Osten ruht auf Piloten mit freiem Blick von erhabener Lage in den ausgedehnten Park. Der Wandelgang des Dreiecks, endet und schneidet sich tief im Hanginneren im Süden in den **Kegelstumpf** ein. Dem Ort der Stille und letzten Ruhestätte überspannt eine Kuppel. Die runde Öffnung am Zenit der Kuppel ist dem Pantheon nachempfunden. Der erhabene Ort. Dem großen Licht von Oben.

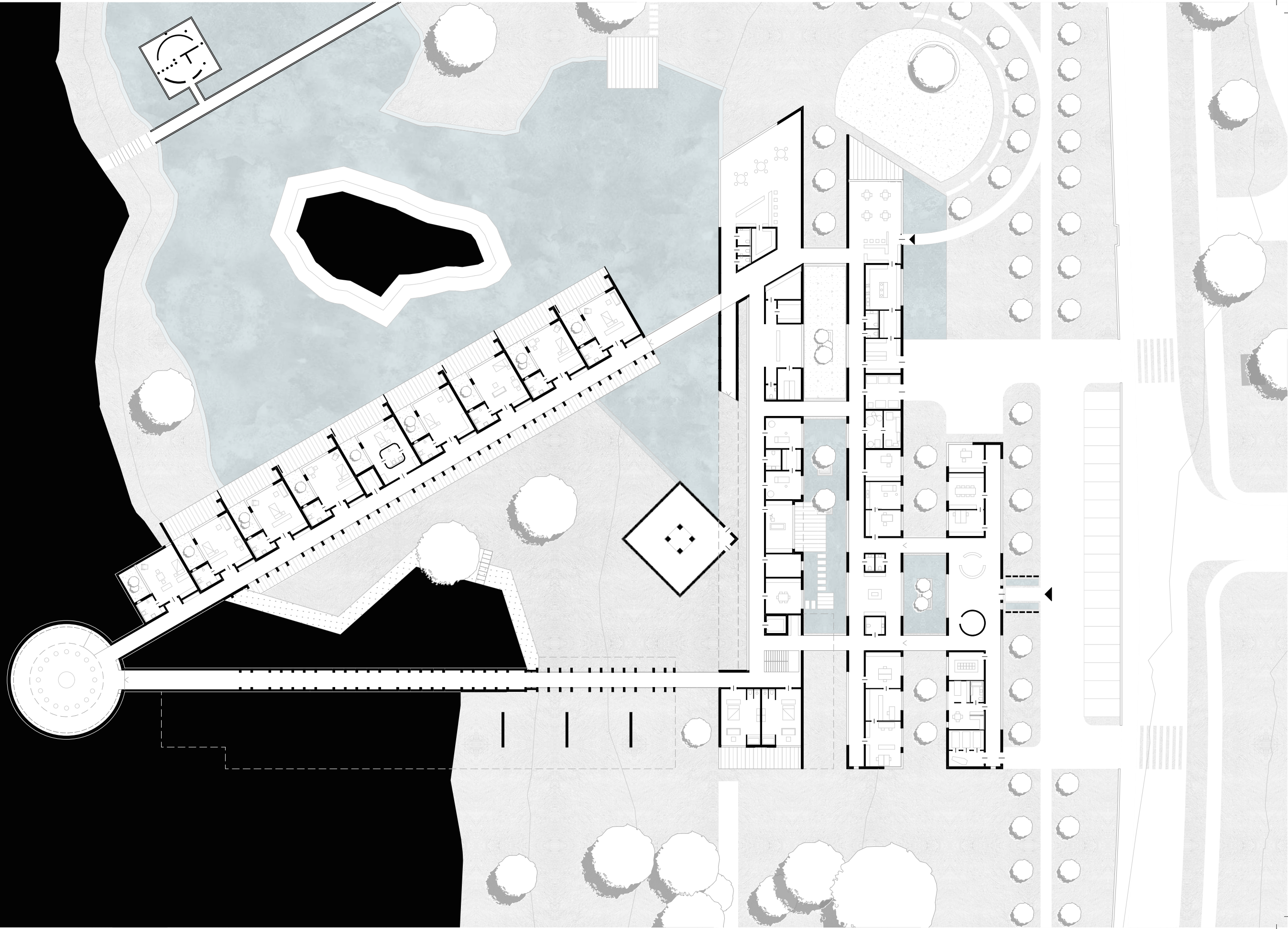
## DER WEG ALS ZIRKULATION

Vorweg ein **Exkurs**: Eine Beobachtung von Menschen die Sterbende begleiten wissen zu berichten, dass die Sprachbilder derer in denen Sie oft am Ende ihres Lebens kommunizieren von ungewöhnlichen Metaphern angereichert sind.

Udo Schlaudraff ist der Meinung: „Symbol-sprache heißt immer, dass der Sterbende auf die Grenze zugeht“ also auf die Grenze seines Lebens, die Grenze seines Todes. Er bedient sich der Sprache lebendigen Lebens obwohl sie doch schon auf anderes hinweist.

Abb. 53 Erdgeschoss M 1:500





Meine Großmutter: Die Rettungsfahrer schieben die Frau mit starken Schmerzen im Rollstuhl zur Haustür hinaus über die Rampe Richtung Rot-Kreuz Wagen. Vor der Hubplattform, „Ich hab den Haustürschlüssel vergessen. Gleich im Nachsatz. Ach was, die brauch ich nicht mehr, über diese Schwelle geh ich ja nicht mehr!“ Sie hatte sich von ihrem angestammten Haus und Zuhause verabschiedet und mich vorgewarnt was auf mich zukommen sollte.

Der Koffer ist gepackt. Die letzte Passerelle schwebt über dem Wasser. In die Bildsprache übertragen – **Seufzerbrücke** – betritt der Gast auf Zeit die Kartause. 17 Zellenhäuser: Acht Zellen der Morgensonne und dem Park, neun Zellen der Abendsonne und dem Wasser zugewandt.

Die **Wegführungen** durch den Trakt der Zellen sind so angelegt, dass das **Zirkulieren** ohne das Umzukehren möglich ist. Die kreisrunde Halle, der Raum der Stille im Süden verbindet mittels der spiralförmig angelegten Rampe den Westtrakt mit dem höher gelegten Zellentrakt im Osten. In der Rotunde ist sowohl das symbolische Aufsteigen wie das bildhafte Absteigen

durch die Rampe versinnbildlicht. Im Raum der Stille findet die Verabschiedung statt, wenn sie gewünscht wird. Die trauernden Angehörigen, die anteilnehmenden Freunde und alle die sich offiziell Verabschieden möchten, betreten auf direktem Wege über die Passerellen durch die Drei Schwellen den longitudinalen Tunnel.

Der **Tunnel**: Aus Erzählungen von Menschen mit Nahtoderfahrungen, ist das Auffallende dabei, dass die Grundmuster immer wieder ähnlich sind. Der Körperaustritt im Tunnel und die Begegnung mit dem Großen Licht. Die Begleitung durch einen Seelenführer. Der Verlust von Zeit- und Raumgrenzen. Und der Auftrag oder freie Entscheid zur Umkehr und Wiederkehr ins Leben. Der lange Tunnel im Osten unter dem Zellentakt kommt aus dem Licht, taucht in die Finsternis und gelangt aus ihr ans große Licht der Rotunde.

Der **Knick**: Nach dem linearen Durchqueren von Schwellen und Passerellen der störende Knick im Bewegungsfluß? Beinahe bildhaft ein Halt! Ein Stopp! Kein weiter vor! Die Analogie im Entwurf: In asiatischen Kulturen zum Beispiel kön-

nen böse Geister und Dämonen keinen rechten Winkel beschreiten. In der Japanischen Mythologie wiederum können Geister ihre Füße nicht heben und keine rechten Winkel bilden.

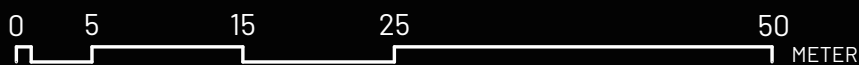
### DIE BAUSTRUKTUR

Die Primärkonstruktion in Stahlbeton ist geteilt in Massivbau- und Skelettbauweise. Massiv ausgebildet sind die Schotten. Wo der freie Grundriss gewünscht ist, finden Säulen Verwendung. Die Sekundär-Konstruktion bildet die Raum- und Funktionstrennenden Bauteile. Teilweise wird die Konstruktion als raumverbindendes Element eingesetzt. Die Bau-Struktur bot die Möglichkeit und war Teil Instrument zur Formfindung. Das natürliche Tageslicht als raumplastisches Element wird gezielt eingesetzt. Wie auch das Spiel von Licht und Schatten mittels inszenierter konstruktiver Bauelemente. Einblicke und Ausblicke bestimmen die Lage, Höhe und Proportion der Öffnungen in die Natur, in die Innenhöfe und den Zen Garten im Binnenhof.

### DAS MATERIAL

Ausschlaggebend für die Wahl der Materialien ist das haptische Erlebnis. Primär reduziert sich der Materialeinsatz auf Sichtbeton, Lehm, Holz, Stein, Keramik und Glas. Oberflächen an Wänden sind je nach Raumfunktion mit Textilien Stoffen und dezenten mineralischen Farben gestaltet.

Abb. 54 Obergeschoss M 1:500



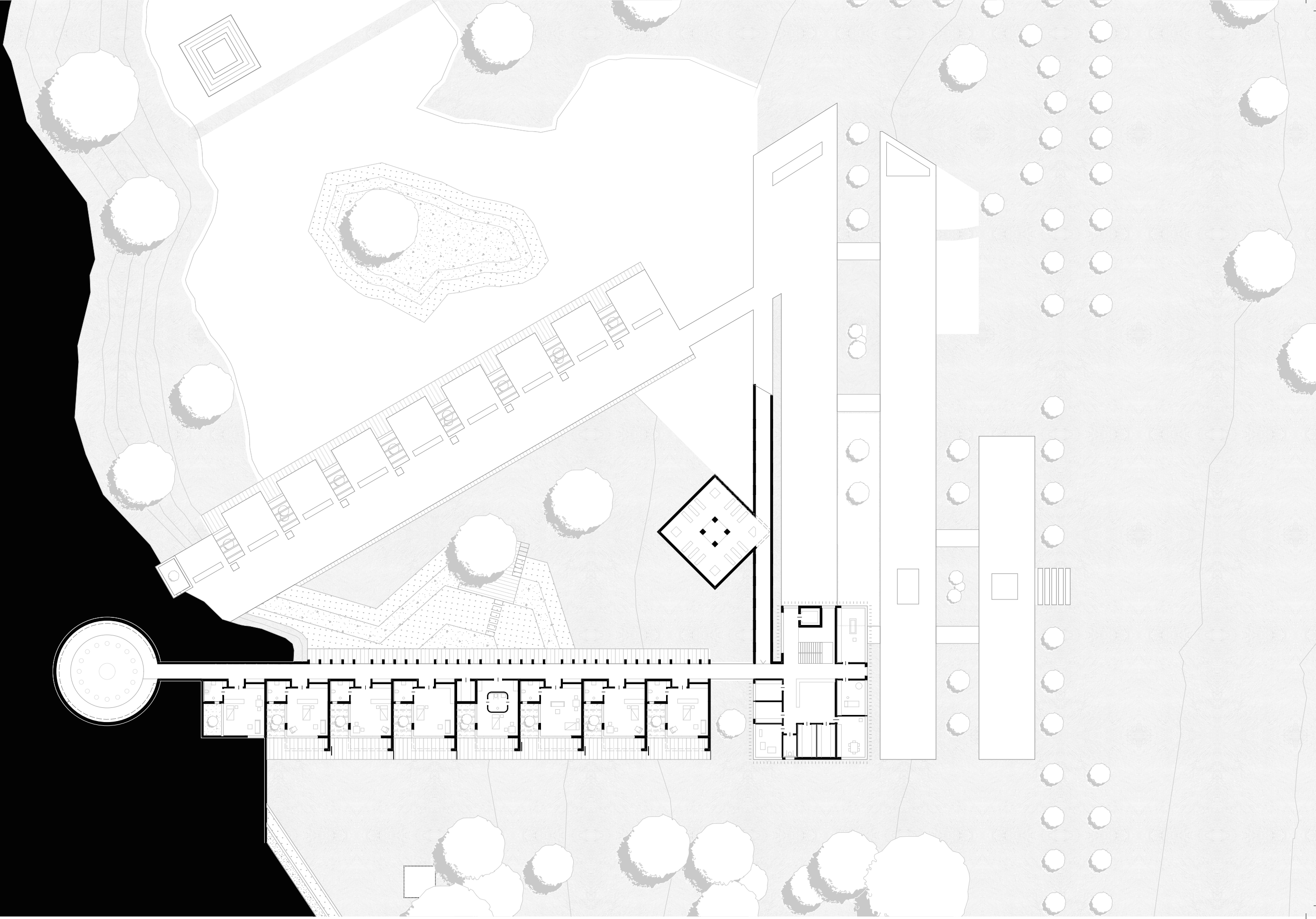
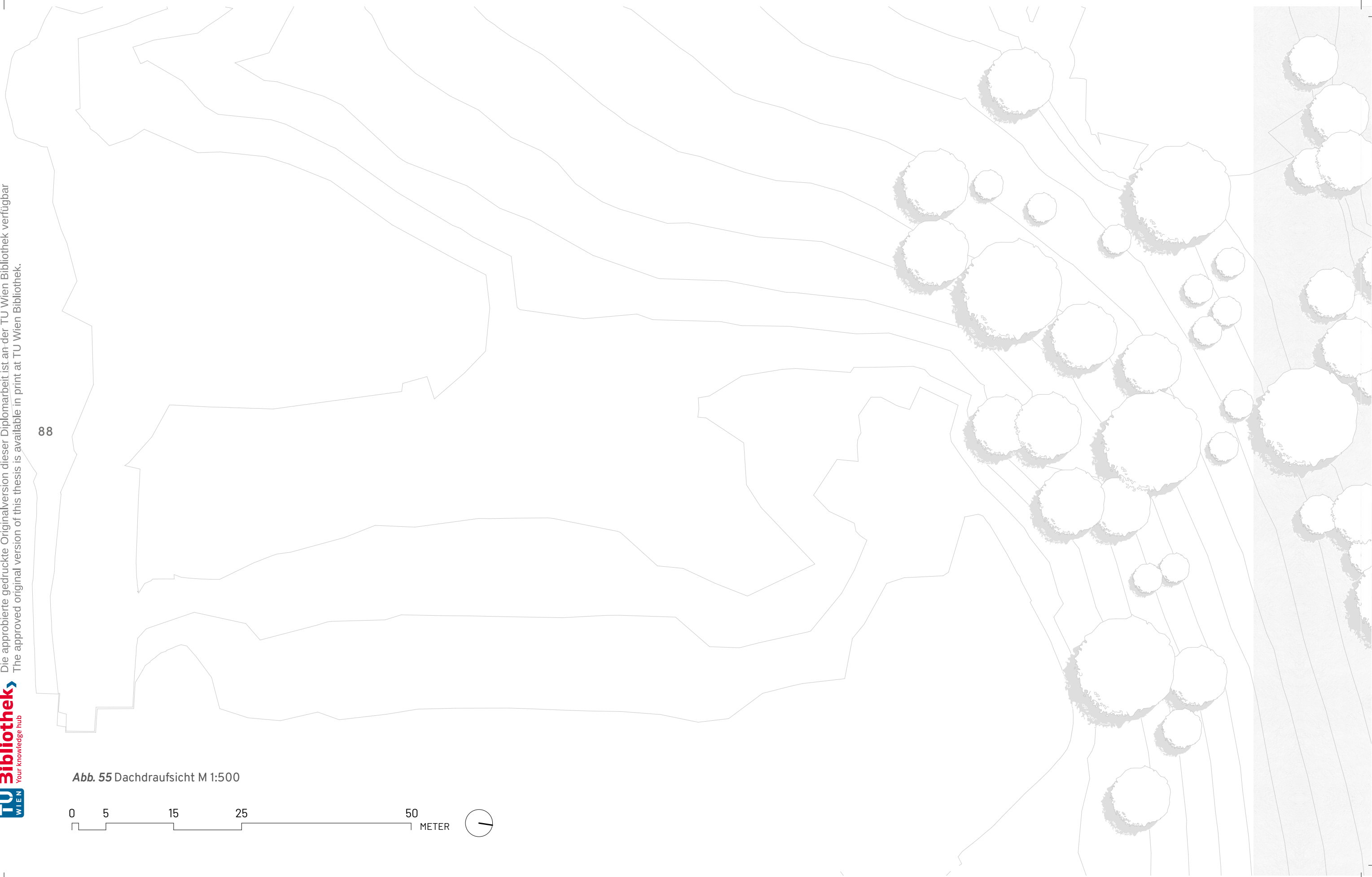
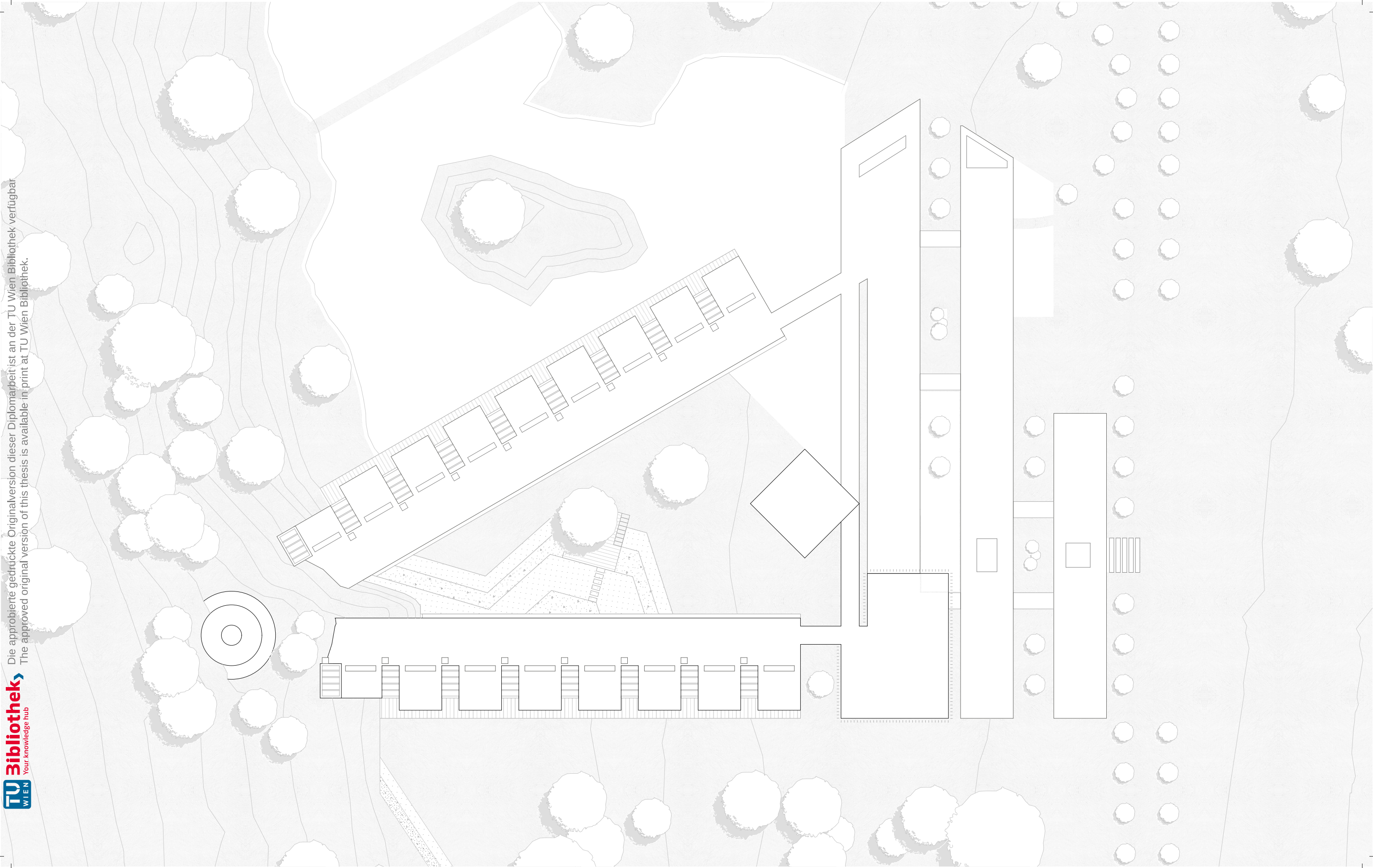


Abb. 55 Dachdraufsicht M 1:500







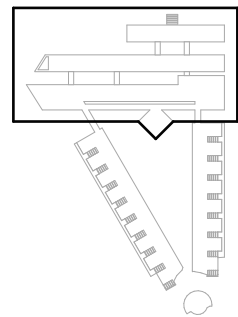
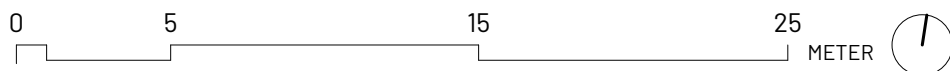


Abb. 56 Erdgeschoss - Funktionstrakt M 1:250



- 1. Hospizleitung
- 2. Konferenzraum
- 3. Backoffice
- 4. Empfang
- 5. Vestibül
- 6. Umkleide Besucher:innen
- 7. Umkleide Personal
- 8. Hausmeister
- 9. Leichenraum

**A. Passerelle**

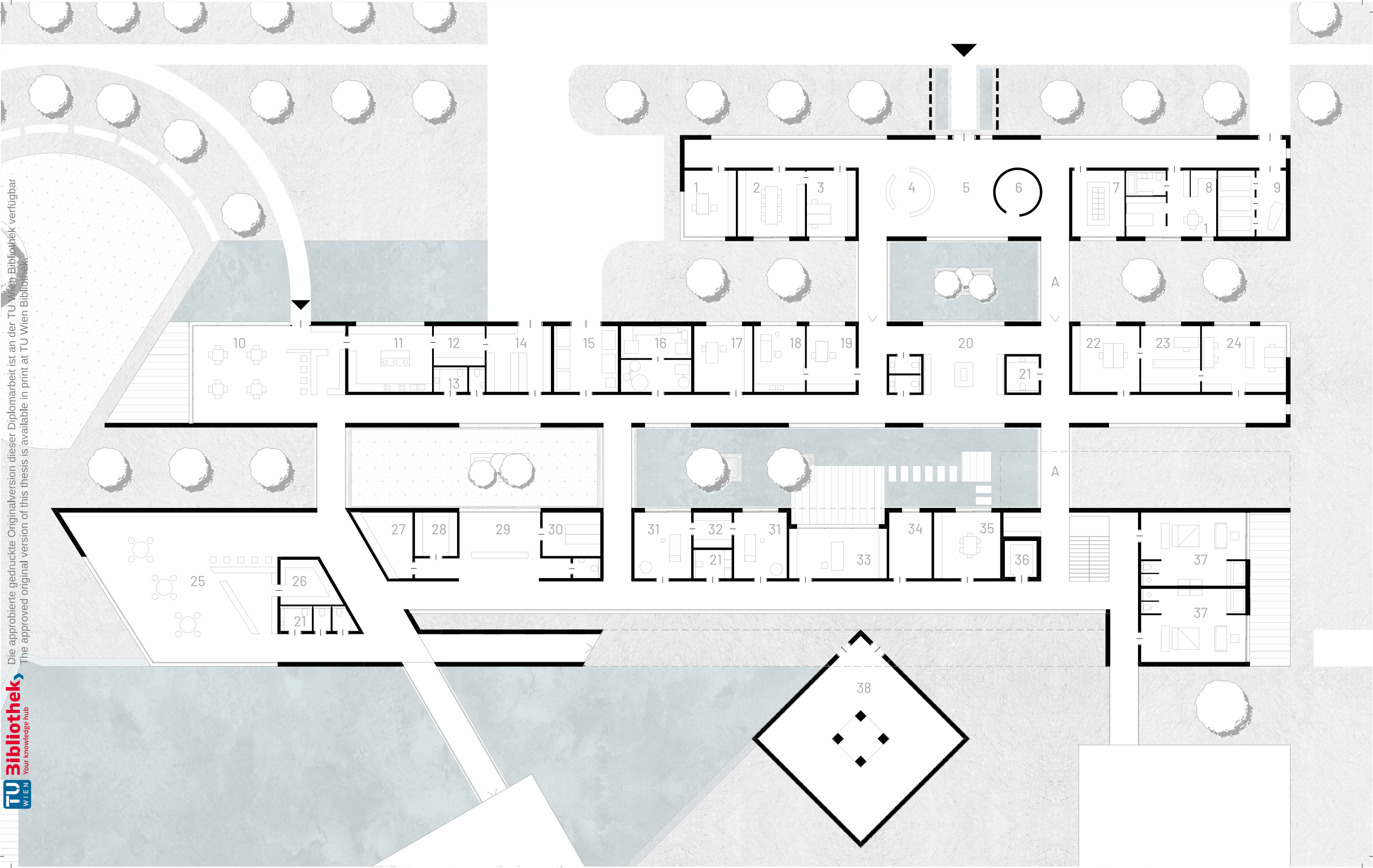
- 10. öffentliches Cafe/Bar
- 11. Küche
- 12. Lager
- 13. Behinderten WC
- 14. Großes Lager
- 15. Entsorgung
- 16. Technik
- 17. Psychotherapie/Sozialraum
- 18. Behandlungszimmer
- 19. Arzt
- 20. Wartebereich
- 21. Behinderten WC
- 22. Mobiler Dienst
- 23. Ehrenamt

**A. Passerelle**

- 25. Wohnraum mit Küche
- 26. Lager
- 27. Arbeitsraum Unrein
- 28. Arbeitsraum Rein
- 29. Pflegestützpunkt
- 30. Apotheke
- 31. Therapieraum 1
- 32. Lager
- 33. Pflegebad
- 34. Multifunktionsraum
- 35. Aufenthaltsraum P.
- 36. Aufzug
- 37. Angehörigenzimmer
- 38. Raum der Leere

**W**

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar  
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek



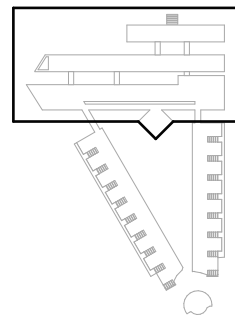
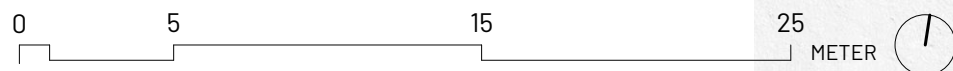
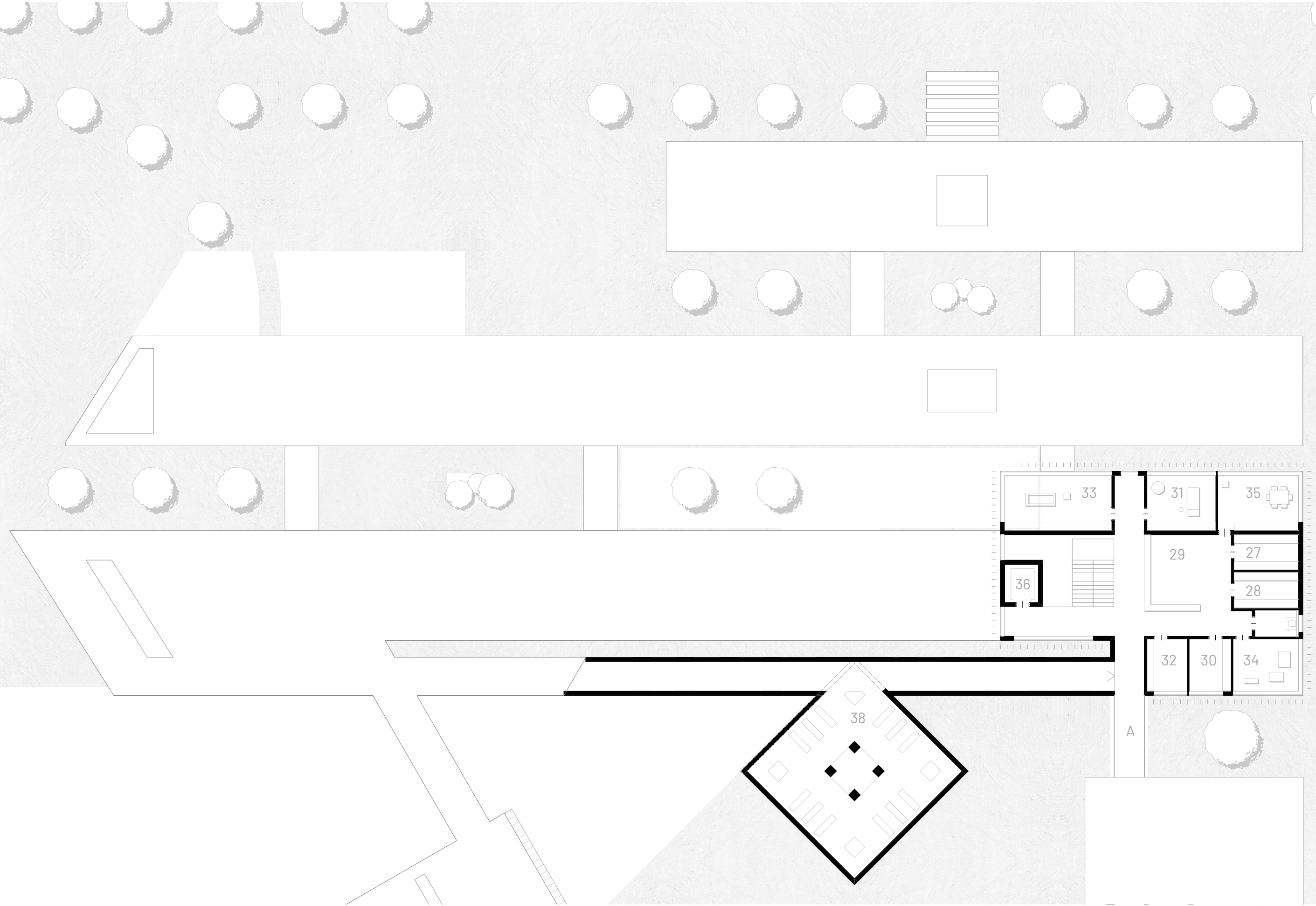


Abb. 57 Obergeschoss- Funktionstrakt M 1:250



- 27.** Arbeitsraum Unrein
- 28.** Arbeitsraum Rein
- 29.** Pflegestützpunkt
- 30.** Apotheke
- 31.** Therapieraum
- 32.** Lager
- 33.** Pflegebad
- 34.** Multifunktionsraum
- 35.** Aufenthaltsraum P.
- 36.** Aufzug
- 38.** Turm der Lehre
- A.** Ponte dei Sospiri



# DAS ZIMMER ALS ZELLE

Einmal mehr stehen die Kartäuser, das Kartäuserleben auch im Wohngebrauch, also dem Zimmer, Pate. Verbringt der Mönch seine meiste Zeit in der Zelle, verbringt der Gast auf Zeit, seine Zeit vorwiegend im Zimmer. Diese kleinen aber komfortablen Einsiedeleien sind durch den **Großen Kreuzgang** untereinander verbunden.

Die Tage sind gezählt. In asiatischen, aber auch zum Teil in Europäischen Sterbehäusern ist die Aufenthaltsdauer als Gast auf 21 Tage beschränkt. Das Konzept und die Funktion des Sterbehauses am Rosenhügel sind auf eine Reisevorbereitungszeit von 90 Tagen ausgelegt.

Die bauliche Gliederung ist der Intention nach wieder der Kartause verwandt. Der Zimmertrakt entspricht der Einsiedelei, die Besucherzimmer oder Speiseraum mit Cafe gleichen den Gemeinschaftsräumen im Kloster. So sind im Trakt der **Dritten Schwelle** separate Wohneinheiten für Angehörige der Familie oder Freunde als Wegbegleiter vorgesehen. Oder auf Wunsch des gefassten Menschen bietet das Zimmer genügend Platz für das Bett der Begleitperson. Das Bett kann sehr wohl in Doppelbettstellung,

wie auch durch mobile Raumteiler unsichtbar für den Sterbenden aufgestellt werden.

## ZONEN IM ZIMMER

Vom **Kreuzgang** aus - dem breiten Wandelgang mit vertikalen Brise Soleil in Sichtbeton rhythmisch gefächert an der Fassade zum Binnenhof, die Türe gefasst in einer signifikanten Nische zum Vorzimmer. Die Kartäuser nennen diese Zone, das **Vorzimmer** - *Ave Maria*. Sie verweilen kurz um in Meditation zu versinken in Gedanken an die Mutter Gottes. Den eigenen Geist loslassen. Loslassen! Es fällt schwer, und macht oft große Mühe loszulassen. So üben die Mönche am Berg Athos ihr Leben lang ein Gebet für die Sterbestunde. Im Vorzimmer bleibt zurück was mich bisher begleitet hat. Die Angst. Die Verzweiflung. Der Trotz. Der Ärger. Der Zorn. Die Verneinung. Am Ende bleibt die Schwäche.

- 39.** Turm der Stille
- 40.** Badeeinheit
- 41.** Atrium/Zengarten
- 42.** Gast auf Zeit
- 43.** Terasse

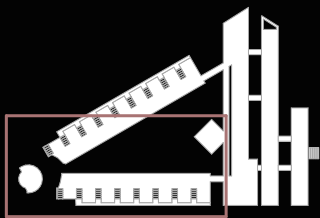
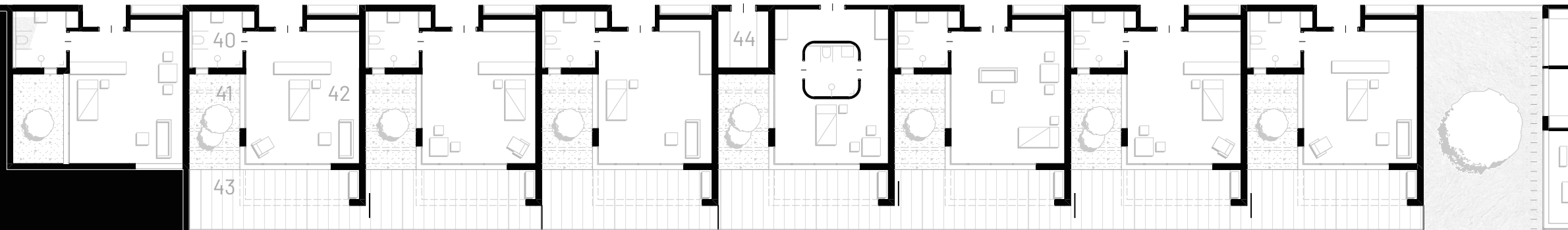
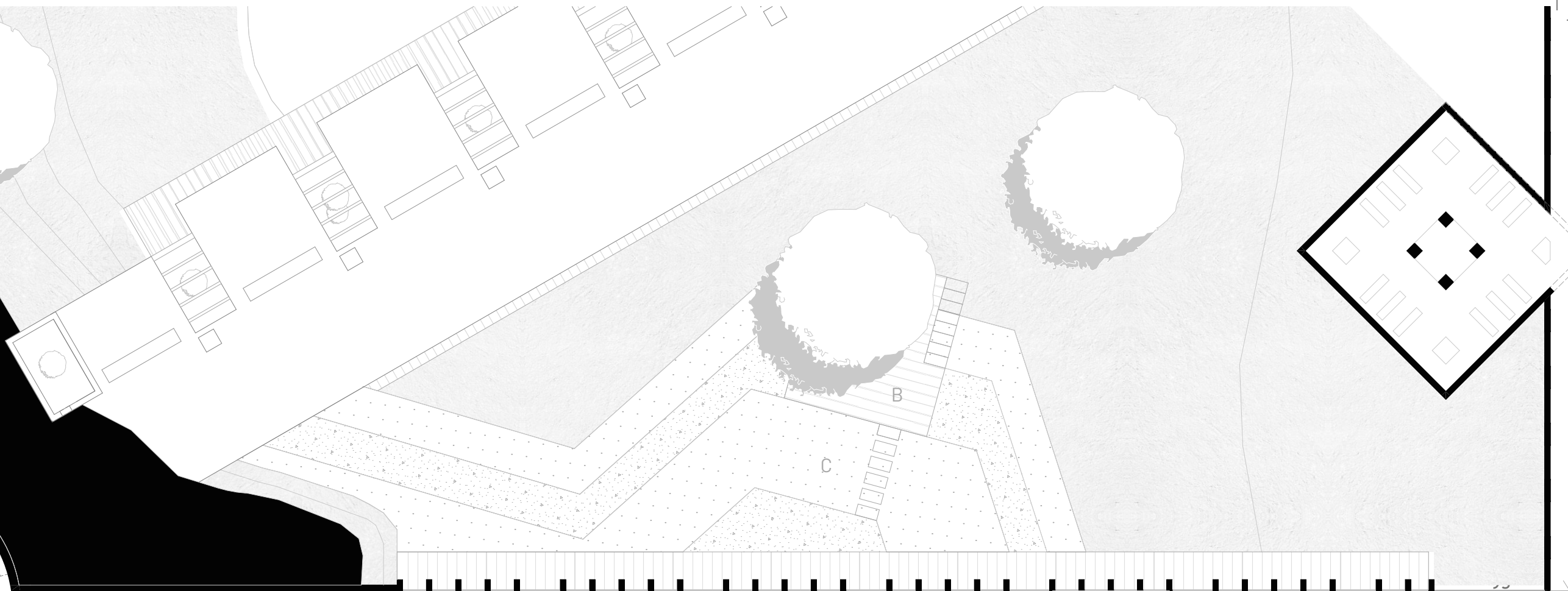
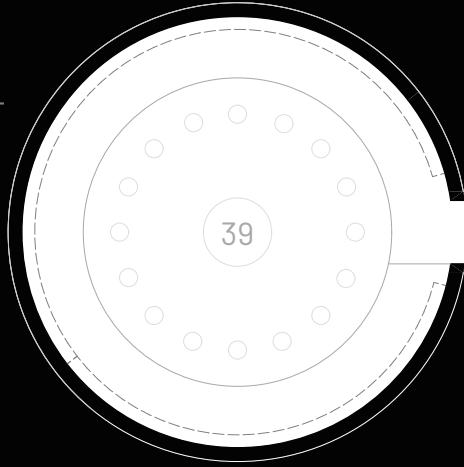


Abb. 58 Obergeschoss - Wohntrakt M 1:250







*Abb. 59* Schaubild - Blick aus dem Zimmer richtung Teich und Atrium



Die Zone des **Wohn-** und **Schlafbereichs** ist Licht durchflutet und zum Park hin weit geöffnet. Eingerichtet ist das Zimmer karg, nur das Wesentliche an beweglichen Mobiliar ist vorhanden. Bett. Tisch. Stuhl. Sofa. Beistelltischchen. Schrank. Paravent. Vorbereitet zum individuellen Gebrauch. Auch der Wunsch nach dem eigenen Stahlbett, dem runden Holztisch, dem ledernen Kanapee wird erfüllt und ist möglich. Wenn das Licht zu grell, der Blick auf den Weiher zu dunkel, die Bäume des Parks zu kahl und leer, schaffen mobile Faltelemente aus Holz Abhilfe und schließen die weite Glasfront. Sind die Wände aus Lehm Putz zu karg, zu nüchtern, schaffen samtige Stoffschirme für das behagliche warme Raumklima. Dem Blick zur Decke aus dem Bett empfangen eine sichtbare Tragstruktur aus Beton und ein quadratisches Oberlichtfenster.

Die Zone der **Nasszelle**. Die Körperpflege ist auch im und mit dem Rollstuhl möglich. Das kleine Bad ist mit allen technischen Hilfsmitteln ausgestattet, die in der Zeit der Schwäche die Körperpflege noch alleine ermöglicht. Als Ausgleich dieser technoiden Atmosphäre dient der

schmale, elegante Glasschlitz in der Ecke zum Zen Gärtchen. Die vertikale Glasfront geht in ein horizontales Oberlicht über. Je nach Tageszeit strahlt die Sonne einmal in das Bad.

Übrig bleibt die Zone mit intimer Aussicht in den kleinen mit einer Pergola überdachten **Laubenhof**. Nachempfunden einem buddhistischen Zen Gärtchens, das rein der Kontemplation dient und nicht betreten wird. Und die vorgelagerte **Terrasse** belegt mit Brettern aus Eiche. Schutz vor Sonne und allzu freien Einblicken aus dem Park bieten bunte Stoffbahnen. Eingearbeitet sind die Vertikal-Markisen in der horizontalen Bügelkonstruktion der Pergola. So ist es auch möglich den Tag und auch die Nacht unter freiem Himmel zu verbringen.

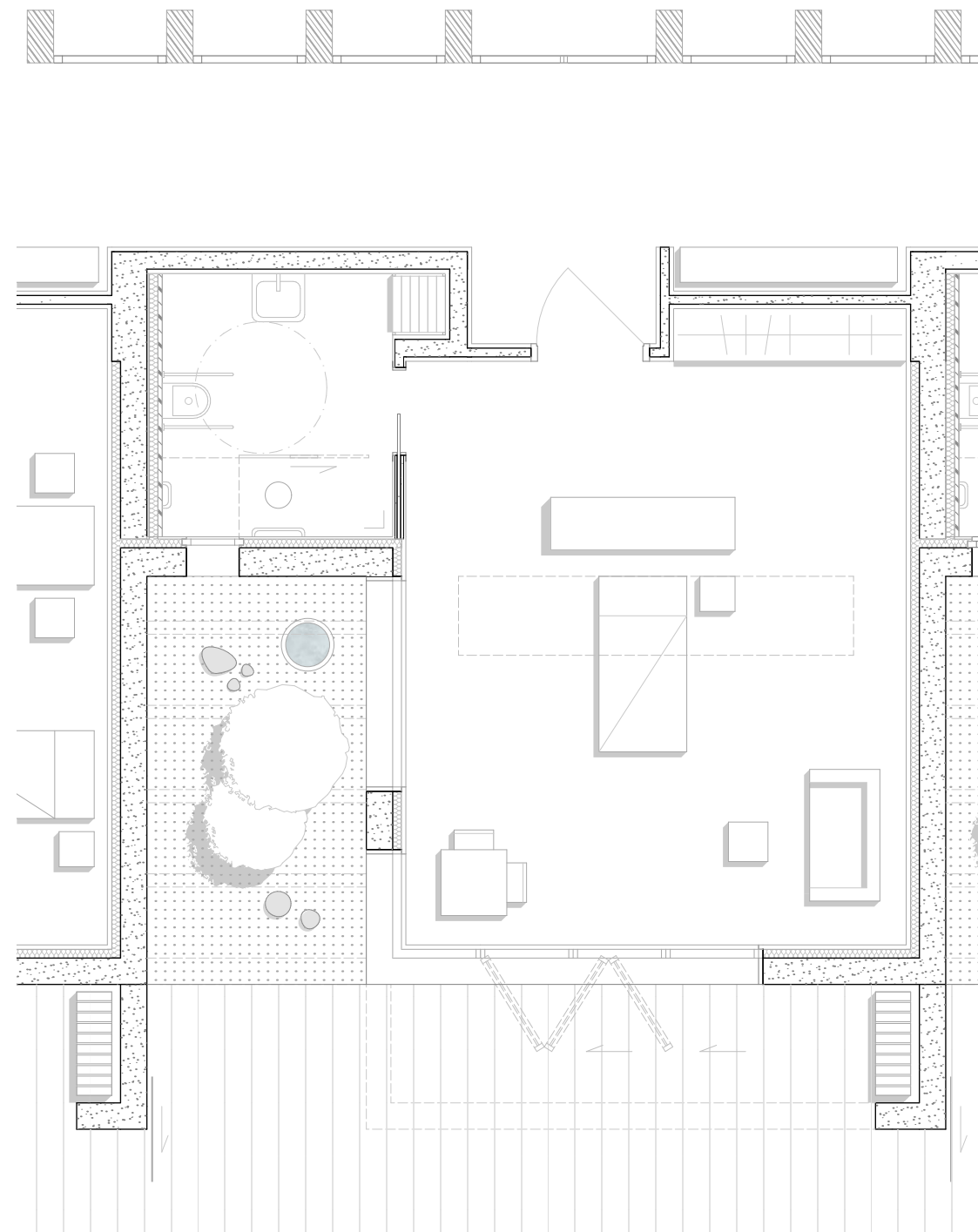
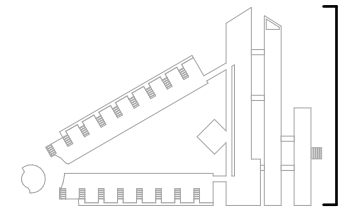
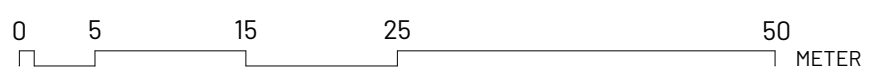


Abb. 60 Zimmer Gast auf Zeit M 1:75

0 .5 1 2 5  
METER

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar  
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

Abb. 61 Ansicht Nord M 1:500



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar  
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

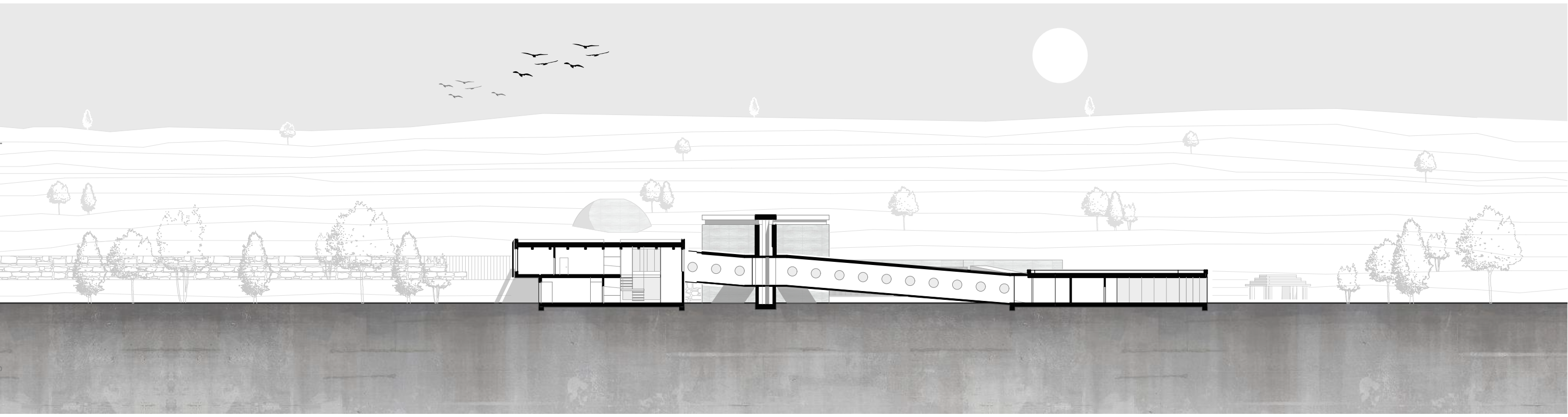
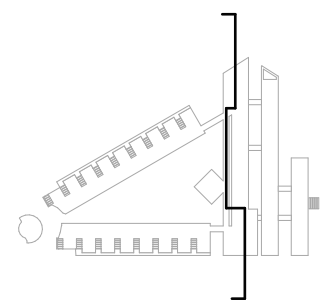
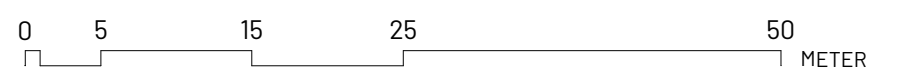


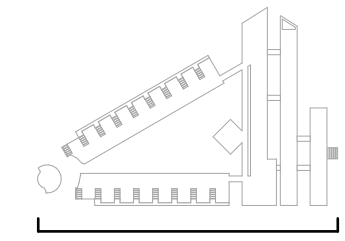
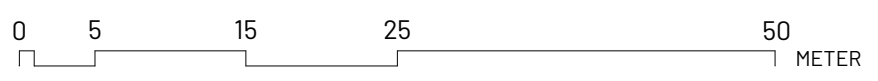
Abb. 62 Schnitt A-A M 1:500



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar  
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



Abb. 63 Ansicht Ost M 1:500



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar  
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

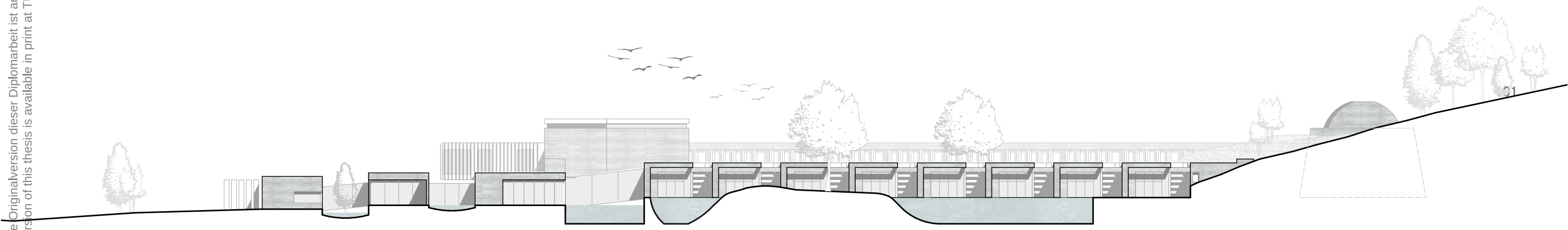
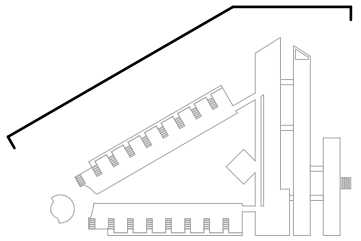
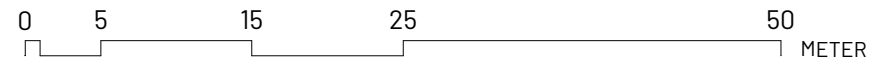


Abb. 64 Ansicht West M 1:500



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar  
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

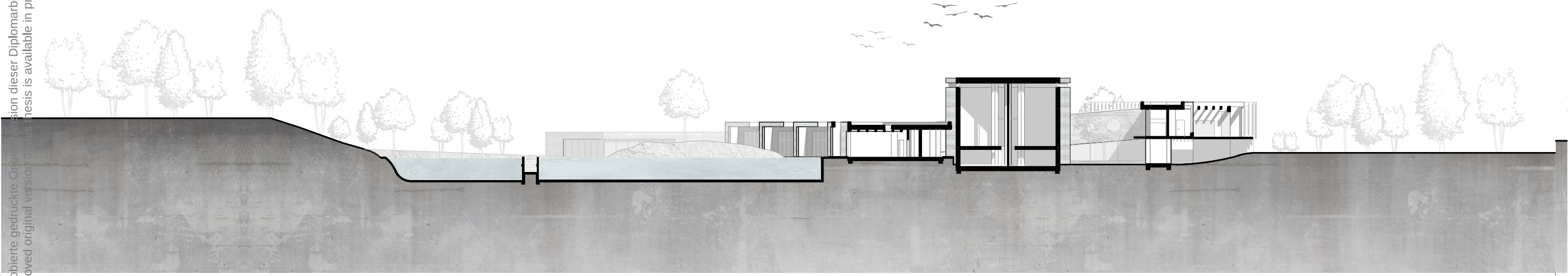
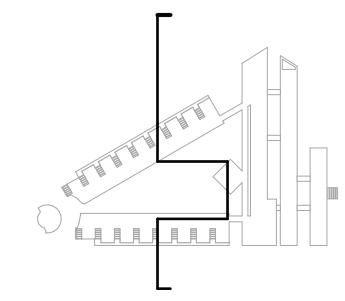
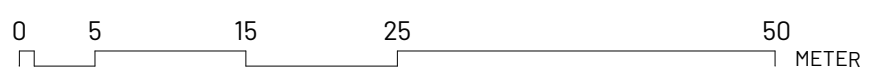


Abb. 65 Schnitt C-C M 1:500



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar  
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

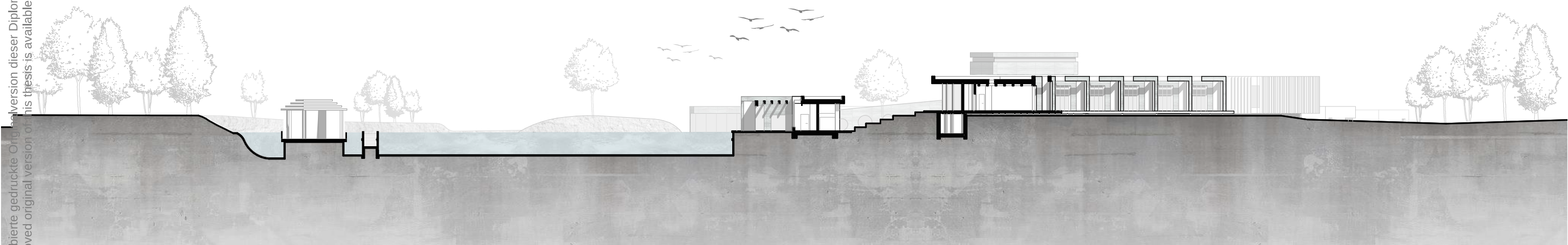
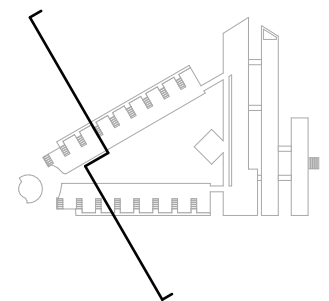
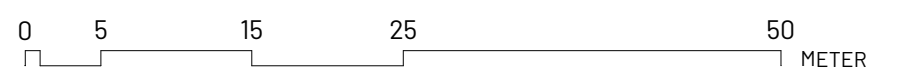


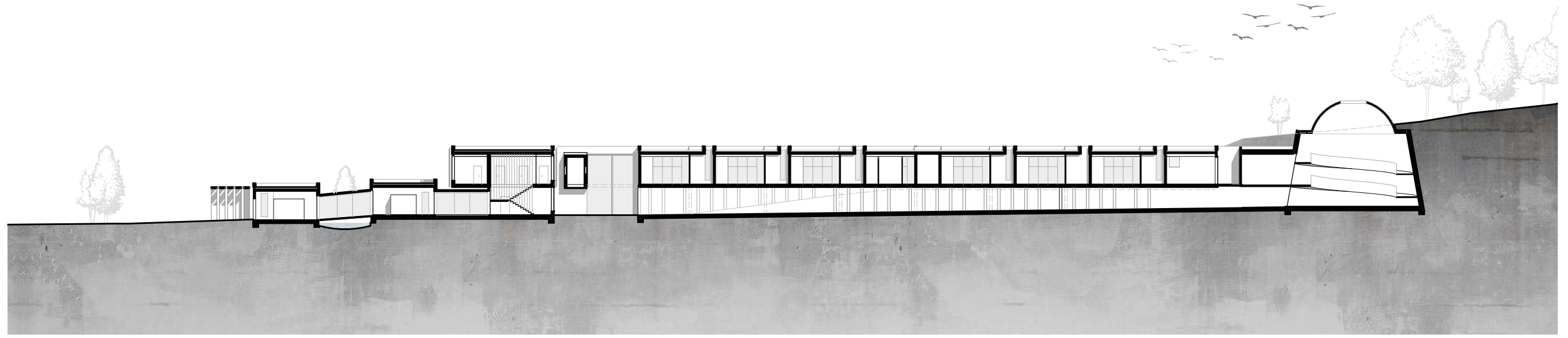
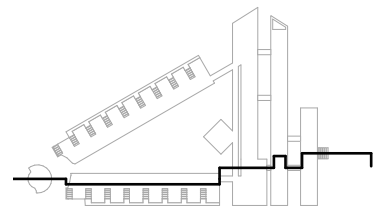
Abb. 66 Schnitt D-D M 1:500





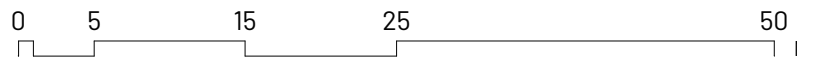
**Abb. 67** Schaubild - Blick via Ponte dei sospiri richtung privater Bezirk





105

Abb. 68 Schnitt B-B M 1:500



### 1. DACHAUFBAU [VON OBEN NACH UNTEN]

- » Vegetation | kriechende Stauden und Steingartenpflanzen
- » 100mm Substrat | Lehm-Sand-Lavagranulat Gemisch
- » Filtervlies
- » 40mm Pflanzmatte
- » 20mm Drainmatte
- » Filtervlies
- » Abdichtung | zweilagig mit Wurzelschutz
- » 200mm Wärmedämmung | Schilfrohmatten Gefälle 2%
- » Dampfsperre

- » 150mm Holzdecke | Brettsper Holz

### 2. ISOLIERVERGLASUNG | VSG 2X 8MM MIT SONNENSCHUTZBESCHICHTUNG

### 3. SONNENSEGEL | AUFROLLBAR

### 4. RINGANKER | STAHLBETON 200MM X 300MM

### 5. WANDAUFBAU [VON INNEN NACH AUSSEN]

- » 20 mm Putz | Lehmputz
- » 150mm Dämmung | Schilfrohmatten
- » 420mm Stampflehm | Witterungsschutz Schlammziegel gebrannt

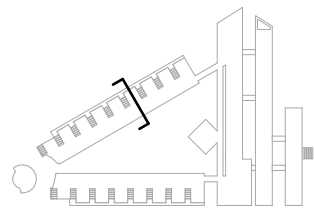
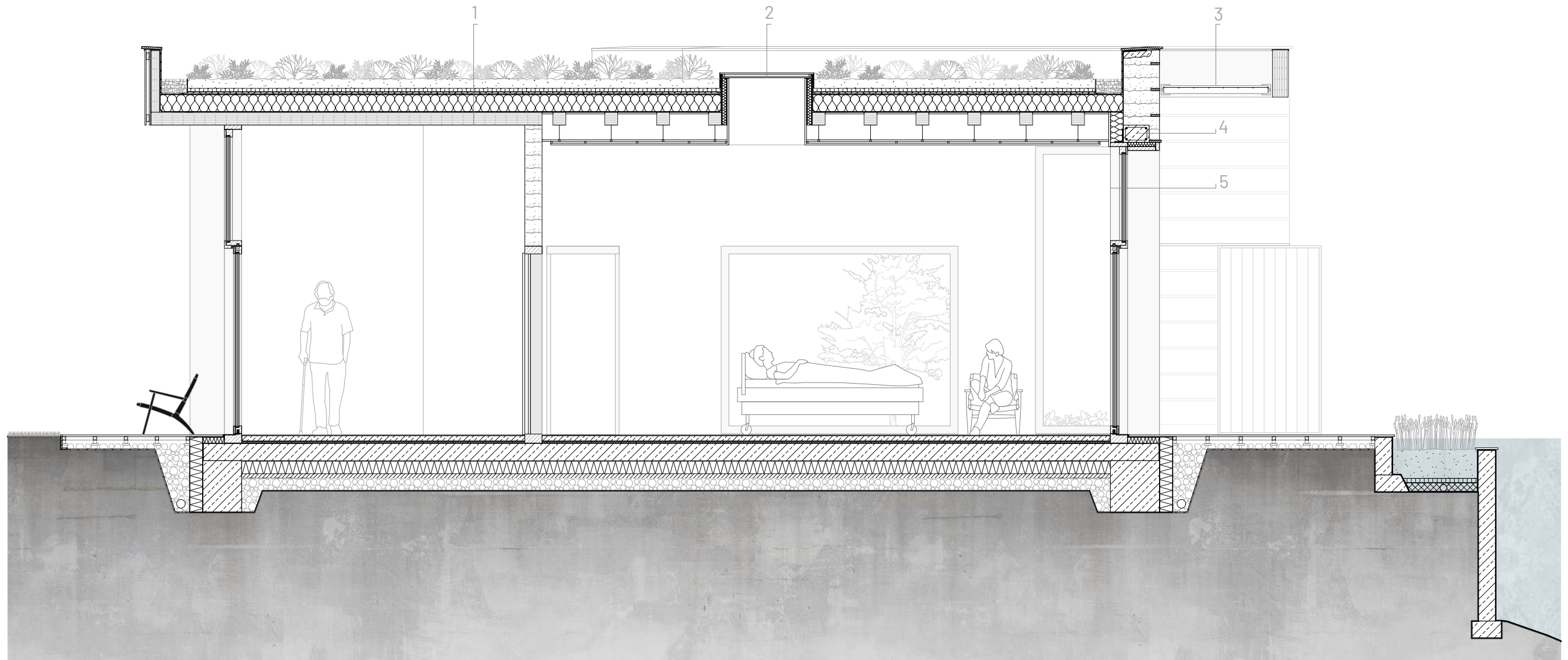


Abb. 69 Detailschnitt durch Zimmer M 1:50



## 6. DACHAUFBAU [VON OBEN NACH UNTEN]

- » Vegetation | kriechende Stauden und Steingartenpfl.
- » 100mm Substrat | Lehm-Sand-Lavagranulat Gemisch
- » Filtervlies
- » 40mm Pflanzmatte
- » 20mm Drainmatte
- » Filtervlies
- » Abdichtung | zweilagig mit Wurzelschutz
- » 200mm Wärmedämmung | Schilfrohmatten Gefälle 2%
- » Dampfsperre
- » 20mm Platte | OSB
- » Holzbalken | Brettsperrholz 150mm x 150mm
- » Abgehängte Decke | Unterkonstruktion - Gipskartonplatten - Putz

## 7. BODENAUFBAU [VON OBEN NACH UNTEN]

- » 20mm Bodenbelag | Massivholz Dielen
- » 80mm Estrich | beheiz
- » Tennlage
- » 30mm Trittschalldämmung | EPS
- » Abdichtung
- » 200mm Fundamentplatte | Stahlbeton
- » Trennlage
- » 150mm Perimeterdämmung | XPS
- » 50mm Sauberkeitsschicht | Magerbeton
- » Filtervlies
- » 150mm Kapilarbrechende Schicht | Sand-Kies Gemisch

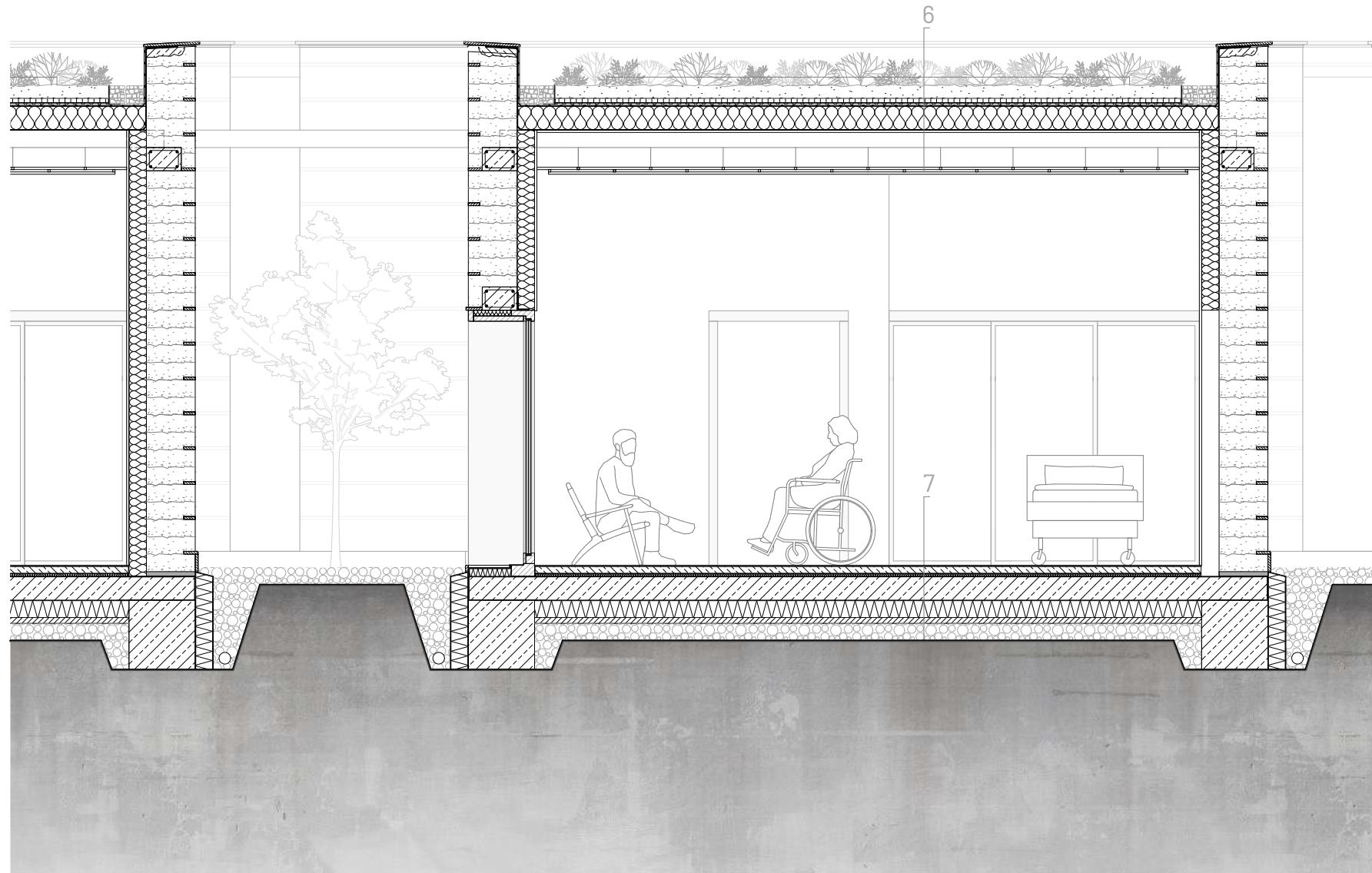
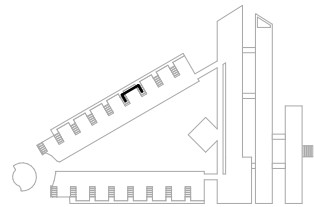


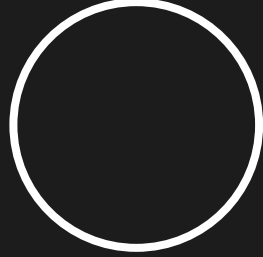
Abb. 70 Detailschnitt durch Zimmer M 1:50





**Abb. 71** Schaubild - Blick aus Süd -Westen







# QUELLEN

**Chesshire**, Charles, *Japanische Gärten: Planen, gestalten, anlegen*, Christian Jund [Hrsg], Verlagsgruppe, München 2020

**Hammer**, Renate, *Hospiz*, Diplomarbeit, Technische Universität Wien 1994.

**Hennezel**, Marie de, **Leloup**, Jean, *Die Kunst des Sterbens, Der Tod und wie wir mit ihm umgehen können*, Krüger Verlag, 2020.

**Krug**, Andrea, **Krug**, Christian, *Kommen und Gehen. Ein Geburtshaus und ein Sterbehaus*, Diplomarbeit, Universität Graz 2001.

**Kübler-Ross**, Elisabeth, *Interviews mit Sterbenden*, Kreuz Verlag, Stuttgart 1971.

**Kübler-Ross**, Elisabeth, **Kessler**, David, *Dem Leben neu vertrauen. Den Sinn des Trauerns durch die fünf Stadien des Verlusts finden*, Kreuz-Verlag, Stuttgart 2006.

**Schüle**, Christian, *Wie wir sterben lernen, Ein Essay*, Pattloch Verlag, München 2013

**Student**, Johann-Christoph, *Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende*, Herder Verlag, Freiburg 2006.

**Tausch-Flammer**, Daniela, **Bickel**, Lis, *Spiritualität der Sterbebegleitung. Wege und Erfahrungen*, Verlag Herder, Freiburg 1999.

**Zwettler**, Sabine, *Wieviele Etagen hat der Tod?. Eine ethnographische Studie über das Sterben in Altenheimen*, Universitätsverlag Rudolf Trauner, Linz 2001.

Diverse Autoren, *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch*, De Gruyter Verlag, Berlin 2020.

# LITERATURLISTE

## ONLINE PAPERS

**Bürger**, Marit [u.a.], *Berufsbild der Musiktherapie in der Onkologie/Hämatologie. Palliativversorgung und Hospizarbeit mit Erwachsenen*, 2014, URL: [http://www.musiktherapie-onkologie.net/pdf/Berufsbild\\_MT\\_in\\_der\\_Onkologie.pdf](http://www.musiktherapie-onkologie.net/pdf/Berufsbild_MT_in_der_Onkologie.pdf) (07.02.2021).

**Doppelfeld**, Silke, *Psychische Belastung von Pflegekräften. Supervision gegen das Ausbrennen auf der Intensivstation*, URL: <https://www.dgsf.org/service/wissensportal/psychische-belastung-von-pflegekraeften> (02.02.2021).

**Franz**, Bianka, *Physiotherapie in der häuslichen „Palliative Care“*, Bildungshaus Batschuns, Vorarlberg 2017, URL: [http://bildungshaus-batschuns.at/downloads/deutsch/Nachlese/Palliativsymposium\\_2018/Franz\\_Physiotherapie\\_in\\_der\\_haeuslichen\\_Palliative\\_Care.pdf](http://bildungshaus-batschuns.at/downloads/deutsch/Nachlese/Palliativsymposium_2018/Franz_Physiotherapie_in_der_haeuslichen_Palliative_Care.pdf) (07.01.2021).

**Goudinoudis**, Katja, *Von Palliativmedizin zu Palliativversorgung. Welche Rolle spielen nicht-ärztliche Begleiter*, Berlin 2018, URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12312-018-0419-y#Sec4> (23.04.2021).

**Höfler**, Anne Elisabeth, *Die Geschichte der Hospizbewegung. Zukunft braucht Vergangenheit, kursbuch palliativ care*, Wien 2001, URL: [http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/2008\\_Brosch\\_%C3%BCre\\_hoefler\\_text.pdf](http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/2008_Brosch_%C3%BCre_hoefler_text.pdf) (03.01.2021).

**Lübbe**, Andreas S., *Die Begleitung von Sterbenden am Lebensende*, Lippspringe 2015, URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s15015-015-1740-2> (28.12.2020).

**Stegemann**, Barbara, *Palliativ Care. Kunst und Kreativität, Hausarbeit*, Universitätsklinikum Münster 2013/14, URL: [https://gohrbandt.files.wordpress.com/2019/07/palliative\\_care\\_-\\_kunst\\_und\\_kreativitaet.pdf](https://gohrbandt.files.wordpress.com/2019/07/palliative_care_-_kunst_und_kreativitaet.pdf) (20.01.2021).

**Wechselberger, Christina**, *Entstehung und Entwicklung von Hospiz- und Palliative Care in Österreich. Aus der Perspektive der PionierInnen*, Diplomarbeit, Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg 2017, URL: <https://www.hospiz-tirol.at/wp-content/uploads/2018/01/Masterarbeit-Christina-S.-Wechselberger.pdf> (09.02.2021).

Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin [Hrsg.], *Regeln der Durchführung der ärztlichen Leichenschau*, AWMF, Münster 2017, URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/054-002L\\_S1\\_Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau\\_2018-02\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002L_S1_Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf) (03.01.2021).

## INTERNETQUELLEN

**Ballhausen, Niels**, *Hospize planen und bauen. Chancen und Herausforderungen*, 2020, URL: <https://www.dabonline.de/2020/03/30/hospize-planen-und-bauen-chancen-und-herausforderungen-palliativ/> (25.03.2021).

**Brückner, Ekkehart**, *Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Hilfen auf dem Weg des Abschieds und der Trauer*, 2019, URL: <https://www.huntington-info.at/tod/> (03.01.2021).

**Hofer, Sebastian**, *Sterbehilfe. Dürfen Pflegefälle beim Freitod unterstützt werden?*, 2015, URL: <https://www.profil.at/wissenschaft/sterbehilfe-duerfen-pflegefaelle-freitod-5946216> (03.01.2021).

**Hospiz Österreich**, *Begleiten bis zuletzt. Hospiz- und Palliativbetreuung in Österreich*, URL: <https://www.hospiz.at/> (12.10.2020).

Institut für Pflegewissenschaft Universität Wien, *Sterbewelten Endbericht*, URL: [https://www.uni-klu.ac.at/pallorg/downloads/Sterbewelten\\_Endbericht\\_und\\_Anhaenge\\_gesamt\\_final.pdf](https://www.uni-klu.ac.at/pallorg/downloads/Sterbewelten_Endbericht_und_Anhaenge_gesamt_final.pdf) (06.01.2021).

Medhost, *Tod. Klinischer Tod, Hirntod und biologischer Tod*, URL: <https://www.medhost.de/pflege-demenz/tod.html> (06.01.2021).

**Medizinische Universität Wien**, *Feststellung des Todes*, URL: <https://www.meduniwien.ac.at/hp/gerichtsmedizin/allgemeine-informationen/einfuehrung/feststellung-des-todes/> (03.01.2021).

**ORF**, *25 Jahre Dachverband Hospiz. Rechtsanspruch gefordert*, 2018, URL: <https://religion.orf.at/v3/stories/2948223/> (10.01.2021).

**Stadt Wien**, *Stadtplan Wien*, URL: <https://www.wien.gv.at/stadtplan/> (16.01.2021).

**Statistik Austria**, *Gestorbene*, URL: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html) (26.04.2021).



# ABBILDUNGSVERZEICHNIS

**Abb. 1.** Grafik Laurenz Greger, 2021.

**Abb. 2.** Ferdinand Hodler, Bildnis der sterbenden Valentine Godé-Darel, 1915.

**Abb. 3.** Walter Rivius, Speisung der kranken und gebrechlichen Personen im Hospital, 1945.

**Abb. 4.** Christopher Saunders, Graduation Photograph of Cicely Saunders, 1944.

**Abb. 5-14.** Grafik Laurenz Greger, Quelle: <https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/abgestufte-hospiz-und-palliativversorgung/> (20.03.2021)

**Abb. 15.** Valdas Misevicius, Moderate, 2013.

**Abb. 16.** Grafik Laurenz Greger.

**Abb. 17.** Yuri Pysar, Touching the Air, 2018.

**Abb. 18.** Isaac Erhabor Emokpae, The Expressionist, 2013.

**Abb. 19.** Erhabor Emokpae, Struggle Between Life and Death, 1963.

**Abb. 20.** Grafik Laurenz Greger

**Abb. 21-23.** Wolfgang Reiher, Hospiz Berlin-Köpenick, URL: <https://www.competitionline.com/de/projekte/69946/per/post/174352> (15.01.2021).

**Abb. 24-26.** C.F. Møller, Hospiz Djursland, URL: <https://www.cfmoller.com/p/-de/Hospiz-Djursland-i2176.html> (15.01.2021).

**Abb. 27-29.** Adam Mørk, Urban Hospice, URL: <https://www.archdaily.com/867628/urban-hospice-nord-architects> (15.01.2021).

**Abb. 30.** NASA/Aubrey Gemignani, Total Solar Eclipse, 2017.

**Abb. 31-33.** Karten, Laurenz Greger

**Abb. 34.** Bauplatz, Flächenwidmungsplan Rosenhügel, URL: <https://www.wien.gv.at/flaechenwidmung/public/> (16.04.2021).

**Abb. 35.** Bauplatz, Orthobild Rosenhügel, URL: <https://www.wien.gv.at/ma41datenviewer/public/> (16.04.2021).

## *DIE FOLGENDEN PLÄNE UND GRAFIKEN WURDEN VOM VERFASSER SELBST ERSTELLT*

**Abb. 36.** Blick auf den Teich im Park der Klinik Hietzing

**Abb. 37.** Parklandschaft der Klinik Hietzing

**Abb. 38.** Parklandschaft der Klinik Hietzing

**Abb. 339.** Neurologische Abteilung Klinik Hietzing

**Abb. 40.** Blick in den Park der Klinik Hietzing

**Abb. 41.** Bundesinstitut für Gehörlosenbildung

**Abb. 42.** Raumprogramm

**Abb. 43.** Funktionsschema und Formstudien

**Abb. 44.** Piktogramme zur Formfindung

**Abb. 45.** Piktogramme zur Formfindung

**Abb. 46.** Schwarzplan M 1: 3500

**Abb. 47.** Straßennetz M 1: 3500

**Abb. 48.** Umgebung M 1:3500

**Abb. 49.** Lageplan M 1:1000

**Abb. 50.** Topographie M 1:1000

**Abb. 51.** Schaubild- Blick aus Süd-Osten

**Abb. 52.** Strukturübersicht

**Abb. 53.** Erdgeschoss M 1:500

**Abb. 54.** Obergeschoss M 1:500

**Abb. 55.** Dachdraufsicht M 1:500

**Abb. 56.** Erdgeschoss M 1:250

**Abb. 57.** Obergeschoss M 1:250

**Abb. 58.** Obergeschoss M 1:250

**Abb. 59.** Schaubild- Blick aus dem Zimmer richtung Teich und Atrium

**Abb. 60.** Gast auf Zeit M 1: 75

**Abb. 61.** Ansicht Nord M 1:500

**Abb. 62.** Schnitt A-A M 1:500

**Abb. 63.** Ansicht Ost M 1:500

**Abb. 64.** Ansicht West M 1:500

**Abb. 65.** Schnitt C-C M 1:500

**Abb. 66.** Schnitt D-D M 1:500

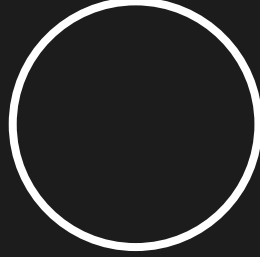
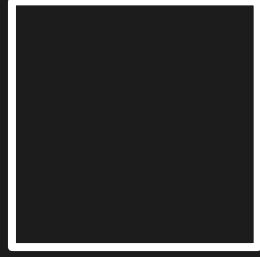
**Abb. 67.** Schaubild- Blick via ponte dei sospiri

**Abb. 68.** Schnitt B-B M 1:500

**Abb. 69.** Detailschnitt M 1: 50

**Abb. 70.** Detailschnitt M 1: 50

**Abb. 71.** WSchaubild - Blick aus Süd-Westen



# SCHLUSSWORT





# DANKE

Ein langer Weg geht zu Ende. Ich habe viele Menschen in dieser Zeit kennenlernen dürfen und möchte mich bei all jenen bedanken die ihn mit mir gegangen sind.

**mein herzlichster Dank geht an..**

**OR Dipl.-Ing. Dr. techn. Herbert Keck** für die Betreuung meiner Arbeit, die investierte Zeit und den wertvollen Austausch.

alle meine Freunde die mir geholfen haben diese Arbeit fertigzustellen. Besonders **Philipp, Paul, Olli** und natürlich **Johannes** der immer darauf geachtet hat das ich nicht dehydriere.

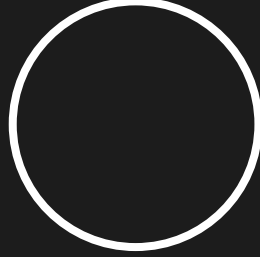
**Andrea** die meinen Text Korrektur gelesen hat.

**Erich Borovnyak** vom Kinderhospiz MOMO der mich mit Informationen versorgt hat.

**DR. Ellen Üblagger** die sich die Zeit genommen hat und mir die Hospizwelt nähergebracht hat.

**Valerie** danke für dein offenes Ohr, deine Geduld mit mir (manchmal kann ich anstrengend sein), deine Ratschläge und einfach nur der Tatsache, dass du für mich da bist.... Danke für alles.

Besonders danke ich meinen **Eltern** deren Geduld ich auf eine harte Probe gestellt habe. Sie haben mich dennoch immer bedingungslos unterstützt, mir Rückhalt in jeder Lebenslage gegeben und ihre Erfahrungen mit mir geteilt. Ich wäre nicht da wo ich jetzt bin, wenn sie nicht wären! DANKE



# AUS DEM TOTENBUCH DER TIBETER STATT EINES EPILOGS

*„Wenn du jetzt im Dunklen bist und nicht mehr weißt, wie weiter, dann halte Ausschau nach einem Lichtstrahl. Und wenn du einen gefunden hast, dann gehe ihm nach, unbeirrt davon, was um dich herum sonst noch passiert, immer diesem Licht nach, bis du ans große Licht kommst“.*

*Das Tibetische Buch vom Leben und vom Sterben. Barth, 1994.*