

Gestaltungspotenziale

Die Gestaltungspotenziale für institutionalisierte Sterbeorte offenbaren sich dort, wo sich die Eigenständigkeit der Architekturen für das Lebensende durch eigene Charakteristiken auszeichnet. Das Sterben in einer Institution folgt anderen Rahmenbedingungen und organisatorischen Grundsätzen, als es sich die meisten Menschen mit dem Wunsch, zu Hause sterben zu können, erhoffen. Als anderer Ort gegenüber dem privaten Wohnumfeld obliegen Einrichtungen eigenen Strukturen; ein Hospiz kann als institutioneller Sterbeort den Wünschen und Bedürfnissen, welche Menschen an ein Sterben zu Hause hegen, nicht vollständig entsprechen: Die Vertrautheit der eigenen Wohnung, die Freiheit einer individuellen Lebensführung oder die Möglichkeit, sich uneingeschränkt mit den Dingen des eigenen Lebens zu umgeben, fehlen hier. Andererseits bietet sich jedoch die Gelegenheit, Räume zu gestalten, die explizit für die letzte Lebensphase und entsprechend der Bedürfnisse Sterbender, ihrer Angehörigen und des Personals entworfen werden. Diese Architekturen für das Lebensende bergen das Potenzial, der letzten Lebensphase einen eigenständigen Kontext zu geben und durch die Aussicht auf eine professionelle, kompetente und würdevolle Sterbegleitung Ängste vor dem Sterben abzubauen und gegenseitige Verpflichtungs- und Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Sterbenden und ihren Angehörigen zu verhindern.

In Bezug auf die Menschen, die dort in unmittelbarer Todesnähe leben, ergibt sich erst aus dem Verlegen dieser letzten Lebensphase in spezifisch darauf ausgerichtete Räume das Potenzial, den raumbezogenen Bedürfnissen Sterbender in besonderer Weise zu begegnen. Die Gestaltung der Architektur von Sterbeorten ermöglicht die Konzeption architektonischer Räume, welche diesen Bedürfnissen entsprechen und abstrakten Begriffen wie dem angestrebten «würdevollen» und «guten» Sterben eine konkrete bauliche Fassung geben.

Raumerleben und Wahrnehmungsverschiebung

Mit der Veränderung des Raumerlebens und der Wahrnehmungsverschiebung schwerstkranker und sterbender Menschen ergeben sich andere und erweiterte Bedürfnisse an den Raum. Die Erkenntnisse zu den sich im Sterben vollziehenden Transformationsprozessen bilden eine wertvolle Wissensgrundlage für die sich daraus ergebenden Anforderungen an die konkreten Räumlichkeiten für das Sterben. Monika Renz, seit 1998 Leiterin der Psychoonkologie des Kantonsspitals St. Gallen, hat diese

Prozesse untersucht. Vor dem Hintergrund ihrer langjährigen Erfahrung in der Sterbebegleitung hat sie Gesetzmäßigkeiten und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet, anhand derer sich unterschiedliche Phasen des Sterbeprozesses beschreiben lassen, die jeweils an besondere Spezifika geknüpft sind.

Bereits in den frühen Anfängen der Hospiz- und Palliativbewegung in Deutschland hatte Elisabeth Kübler-Ross begonnen, einzelne Sterbephasen zu differenzieren und arbeitete dabei fünf Sterbephasen heraus: Nicht-wahrhaben-Wollen, Zorn, Feilschen, Depression, Zustimmung. Da diese Phasen als weitgehend chronologische, konsekutive Abfolge gedacht sind und in der Entwicklung des Negierens über die Kapitulation hin zur Einwilligung verlaufen, beschreiben Kritiker «den Ansatz von Kübler-Ross als zu linear und pathologisierend».¹ Anders als Kübler-Ross macht es sich Monika Renz zur Aufgabe, die grundlegenden transformatorischen Prozesse des Sterbens zu beobachten und daraus Erkenntnisse über die Bedeutung des Sterbens für die Sterbenden, die Herausforderungen und die Besonderheiten dieser Erfahrung herauszukristallisieren, um anhand dieses Wissens der Frage nachzugehen, welche Aspekte und Kriterien ein «gutes» und «würdevolles» Sterben auszeichnen. Sie selbst nimmt eine differenzierte Abgrenzung gegenüber der Sichtweise von Kübler-Ross in der Publikation ihrer Erkenntnisse vorweg:

«Der Sterbeprozess scheint nach Kübler-Ross wie der Trauerprozess ein Durchgang durch Aufbäumen und Gefühlsintensität zu sein, bis schließlich so etwas wie Einwilligung geschieht. So viel kann ich aus meiner Erfahrung bestätigen. Darin – wie auch im Mut, mit Sterbenden zu kommunizieren – erkenne ich bleibende Werte in den Werken von Kübler-Ross. Dennoch bleibt eine solche Sicht für mich hinter dem Geheimnis des Sterbens zurück. [...] Kübler-Ross beschreibt nicht das, was spezifisch auf das Sterben hin geschieht, sondern den inneren Weg bis zur Einwilligung, wie er nach jedem Diagnoseschock, schwerwiegenden Verlust und Schicksalsschlag ansteht. Weg und Wandlung sind aber zweierlei. Vor dem Sterben ereignet sich mehr als ein Weg, hier geschieht größtmögliche Wandlung, auch Bewusstseinsveränderung. Während ein Weg für das Ich nachvollziehbar und vom Ich aktiv «begehrbar» ist [linear], ist das Ich inmitten von Wandlung passiv. Vor einer solchen Wandlung und mittendrin stößt das Ich in solchem Ausmaß an Grenzen, dass es aufhören muss zu denken, zu verstehen, zu erwarten, zu lenken.»²

Monika Renz macht es sich zur Aufgabe, eben dieser Wandlung auf den Grund zu gehen, indem sie hinterfragt, welche prozedurale Veränderung der Sterbeprozess für das Ich und für das Selbstverständnis Sterbender zur Folge hat. Sie beobachtet, inwiefern sich diese Wandlung im Sterben vollzieht und wie sie von Sterbenden erlebt wird. Sie folgt damit dem Anliegen, die unterschiedlichen Stadien dieses Übergangs hinsichtlich der jeweils spezifischen Erfahrung von Würde zu untersuchen und aus den situativen Beschreibungen Sterbender Erkenntnisse für die Sterbebegleitung abzuleiten. In mehreren phänomenologischen Studien der Befragung von mehr als tausend Menschen im Sterben arbeitet sie im Wesentlichen drei Stadien heraus, die

1 Renz, Monika: 2015, 9. Aufl. 2016, S. 29; vgl. hierzu Samarel, Nelda: 1995.

2 Renz, Monika: 2015, 9. Aufl. 2016, S. 29 f.

an bestimmte Charakteristiken gebunden sind und als universelle geteilte Erfahrung Sterbender beschrieben werden können:

«Das Prioritäre ist die Wandlung vom Ich zum Sein, und dies in jener Radikalität, die dem Ende unseres Daseins als Ich innewohnt. Der Körper als Verkörperung dieses ich-bezogenen Subjekts stirbt! Mit diesem Sterben – und dies auch einleitend – verliert sich die Wahrnehmung im Ich und das Erleben als ein Ich. Sterben ist gekennzeichnet durch das sich verändernde menschliche Bewusstsein rund um dieses Ende herum. Der Sterbeprozess, wie ich ihn modellhaft verstehe, kann gegliedert werden in drei Stadien. Der Mensch durchläuft im Übergang dreierlei Zustände oder Befindlichkeiten, und dies nicht selten mehrfach. Ich spreche von einem Davor – vor einer inneren Bewusstseinschwelle –, einem Hindurch – über diese Schwelle – und einem Danach – nach dieser Schwelle –, welches aber nicht als ›Jenseits‹ zu begreifen ist, sondern als äußerster Zustand im Diesseits.

Monika Renz arbeitet heraus, was sie als «Geheimnis des Sterbens» beschreibt, analysiert die sich im Sterben vollziehende Wandlung, untersucht die auftretenden Phänomene und die sich vollziehenden Prozesse. Dabei betont sie, dass ihr Blick ausschließlich auf das phänomenologisch untersuchbare Diesseits des Sterbens gerichtet sei, wenngleich sie die in Religion und Kultur überlieferten Vorstellungen eines ›Jenseits‹ insofern in ihre Arbeit einbezieht, als dass sie die darin elaborierten Sichtweisen als Archebilder versteht, die unsere Weltsicht konstituierend prägen. Wenngleich Jenseitsvorstellung stets Teil des ›Glaubens‹ und damit explizit als Nichtwissen identifizierbar ist, handelt es sich hierbei doch um im kollektiven Bewusstsein verankerte Überlieferungen, welche die Sterbe- und Todesvorstellungen einer Gesellschaft konstitutiv prägen. Renz forscht in diesem Spannungsfeld «zwischen dem radikalen Ernstnehmen der Zeugnisse Sterbender und den metaphorischen Aussagen von Religionen über Eschatologie – Lehre von den letzten Dingen – einerseits und dem Wissen, dass ich nichts weiß andererseits».³

Dieser Zugang ist insofern wertvoll für die Frage nach einem angemessenen Raumgeben für ein würdevolles Sterben, als dass sich daraus ein profundes Wissen der Erlebnisprozesse Sterbender ergibt, welches die kulturpraktische Dimension religiöser Vorstellungen und archetypischer Bilder in die Überlegungen zum Sterben integriert. Die von Monika Renz beschriebenen Sterbestadien sind an das Verständnis von «Todesnähe als Schwellensituation» geknüpft.⁴ In Bezug auf diese Schwellensituation sowie in der Benennung als ›Davor‹, ›Hindurch‹ und ›Danach‹ erscheint diese Betrachtung als zutiefst räumlich und erlaubt damit konkrete Rückschlüsse auf die architektonische Räumlichkeit der Sterbeorte.

Für die drei unterschiedlichen, sich im Sterbeprozess alternierend vollziehenden Stadien erarbeitet Monika Renz jeweils spezifische Fallbeispiele und sich daraus ergebende, universell anmutende übergeordnete Tendenzen. Der besondere Wert dieser Forschung liegt in der Fokussierung des Blicks auf die «Innenperspektive der Sterbenden selbst», indem die Frage gestellt wird, «was muss losgelassen, was will gefunden werden?» und damit nach den «Wesenszügen und Wahrnehmungen der Sterbenden,

3 Ebd., S. 31.

4 Ebd., S. 31.

ihren Ungelöstheiten, Verzweiflungen, ihrem Reifungsprozess, sowie ihrem für uns unvorstellbaren Glücklichein» gefragt wird. Gefordert wird damit ein «über die gängige bedürfnisorientierte Sterbebegleitung [hinausreichender], indikationsorientierter Ansatz, sei das im Rahmen eines Hospizes, einer Palliativ- oder Akutstation, eines Pflegeheimes oder zu Hause».⁵

Die herausgearbeiteten Stadien charakterisiert Renz als entwicklungspsychologische Etappen, welche dem frühkindlichen Ausbilden des Selbstbewusstseins den Reifungsprozess eines nicht lokalen Bewusstseins entgegenstellen, das – ausgehend vom Ich – die Teilhabe an einer übergeordneten Ganzheit anstrebt. Die modellhafte Darstellung der Bewusstseinszustände zeigt, dass sich mit Überschreiten der Bewusstseinschwelle des «Hindurch» eine Wandlung des Bewusstseins vollzieht. Diese Wandlung kehrt in Richtung des «Danach», also als ein «in Richtung Ganzheit» wirksamer Prozess, die sich zu Beginn des Lebens vollziehende Schärfung des Selbst gegenüber dem anderen um. Sie steht der Selbst-Aktivierung und dem Bewusstsein darüber «Ich» zu sein konträr gegenüber. Diese Betrachtung ist für das Nachdenken über die architektonische Form der Räume am Lebensende insofern von immanenter Bedeutung, als dass dadurch auch das im Laufe eines Lebens konstituierte Erfahrungsrepertoire von Körper- und Raumwissen zur Disposition gestellt wird:

«Am Beginn menschlichen Lebens bildet sich auf einer ersten, der sogenannten Wahrnehmungsebene der «Sensomotorische Raum» heraus. Er ist an die parallele Entwicklung von Wahrnehmung über die Sinne auf der einen sowie die Motorik, also die eigene Bewegung im Raum, auf der anderen Seite gebunden. [...] Wir verstehen heute unter haptischer Wahrnehmung das aktive Erfühlen von Größen, Konturen, Oberflächentextur und Gewicht eines Objektes durch Integration aller Hautsinne, die beim Menschen die Oberflächensensibilität – taktile Wahrnehmung – und Tiefensensibilität – kinästhetische Wahrnehmung –, die Temperaturwahrnehmung sowie die Schmerz Wahrnehmung bedingen. [...] Helmholtz⁶ [ging] bereits davon aus, dass jeder Mensch nach seiner Geburt, vielleicht auch schon davor, mit seinen Bewegungen experimentiert und erst damit zu Wahrnehmungen, das heißt Deutungen von Empfindungen als Zeichen räumlicher Objekte gebracht wird.»⁷

Mit der Auflösung der Selbstbezogenheit von Wahrnehmung, und damit einhergehend dem Auflösen der leiblichen Verankerung des Erlebens architektonischer Räume, verändert der Sterbeprozess nicht nur die Selbstwahrnehmung, sondern auch den Bezug zur umgebenden Lebenswelt grundlegend. Alle auf der Erfahrung des bisherigen Lebens basierende Kenntnis über den Bezug zum eigenen Selbst, dessen Relation zu anderen und zur Welt, wird umgekehrt und im Grenzbereich des «Hindurch» fundamental erschüttert. So müssen neben einer intensiven Begleitung der empfundenen Verunsicherung, die mit dieser Veränderung einhergeht, auch räumliche Antworten auf ein vollständig verändertes Verhältnis zu Raum und Zeit gefunden werden. Monika Renz entwickelt eine differenzierte Übersicht über die Spezifika der unterschiedlichen Bewusstseinsstadien im Sterben. Bei aller Präzision der Beobachtung

5 Ebd., S. 15.

6 Vgl. hierzu Helmholtz, Hermann von: 1856, in ders.: 1962.

7 Koppen, Gemma | Vollmer, Tanja C.: 2010, S. 18 f.

können diese schematischen Gliederungen des Sterbeprozesses jedoch stets nur als Modelle und Hilfestellungen verstanden werden, da Sterben, wie Renz selbst schreibt, zutiefst individuell ist und sich ›Davor‹, ›Hindurch‹ und ›Danach‹ nur selten so schemagetreu ereignen.⁸

›Davor‹

Das ›Davor‹ beschreibt Renz als eine ›Katastrophe‹, ebenso im ursprünglichen Wort-sinn einer Umwendung wie im Sinn einer Konfrontation mit dem Unausweichlichen. In diesem Stadium ist es an den Menschen, sich dem Sterben zu stellen; es sind Prozesse des Loslassens und des Abschiednehmens, die sich hier vollziehen, sodass dem Ich in diesem Stadium «alles genommen [wird], was ihm gehörte, alles, was Ich war, alle Identität und Erwartung im Ich». Für die Sterbenden bedeutet diese Zeit ein bewusstes Erleben zahlreicher Verluste, sie haben den Eindruck, «als rücke der Tod Tag um Tag näher» und sie kämpfen gegen «Ohnmacht, abnehmende Mobilität und zwischendurch Schmerzen, Juckreiz, Durst, Übelkeit» an und sind darin «Mal um Mal Demütigung» preisgegeben, die zwangsläufig mit dem zunehmenden Verlust der Eigenständigkeit des Ichs einhergeht. «Noch erleben die Sterbenden ganz in der räumlichen und zeitlichen Beschränktheit des menschlichen Körpers. Sie leiden daran, wie der Körper abgibt und sehen nicht darüber hinaus», so Monika Renz, wenngleich das ›Davor‹ den Zustand beschreibt, in dem «der Mensch an diese Schwelle heranschaut», die als Bereich des ›Hindurch‹ beschrieben wird. Das ›Davor‹ umreißt einen Zustand intensiver Verunsicherung, die durch das Erfahren zahlreicher Verluste und die Enttäuschung, die sich aus dem (noch) an den Körper Gebundensein im Zustand von dessen zunehmend schwindenden Kräften ergibt.⁹

Die Unsicherheit und die damit einhergehenden Ängste vor dem, was kommt, haben zur Folge, dass die Sterbenden in diesem Bewusstseinszustand insbesondere auf Unterstützung durch zugewandte Menschen sowie ein kundiges pflegerisches und medizinisches Team angewiesen sind, wobei insbesondere erstere selbst der Konfrontation der Todesnähe ausgesetzt sind. Das ›Davor‹ markiert einen Zustand des Kampfes und der Frustration. Hier stoßen die Sterbenden an die eigenen Grenzen des Erträglichen, sind mit den eigenen Ängsten und Abgründen konfrontiert und erleben sich selbst als ihnen ausgesetzt. Es stellt damit eine Herausforderung für alle Beteiligten dar:

«Diese Stunden beängstigen und sind auch für die Umgebung schwer auszuhalten. Angehörige sind herausgefordert, sich selbst auszuhalten, innerlich mitzugehen und dem geliebten Menschen zuzumuten, was das Schicksal ihm ohnehin zumutet. Im ›Davor‹ braucht es bestmögliche Palliativmedizin und Palliativpflege, gute, mutige und sorgfältige Medikation ebenso wie zuverlässige Betreuung. Darüber hinaus hilft das Erfahrungswissen, dass diese schwer zu ertragenden Zustände nur Durchgangsrealitäten sind und dass es – noch im Hier und Jetzt – ganz anders wird.»¹⁰

8 Renz, Monika: 2015, 9. Aufl. 2016, S. 55.

9 Ebd., S. 32 f.

10 Ebd., S. 33.

Die Gelegenheit einer solch intensiven und kundigen Begleitung wird gegenwärtig nur den Menschen zuteil, die eine spezialisierte hospizliche oder palliative Betreuung in Anspruch nehmen und in diesem Kontext auf ein entsprechendes Erfahrungswissen vertrauen können. Für Menschen, die ohne eine ergänzende ambulante palliativmedizinische Begleitung in Pflegeheimen oder zu Hause sterben, sowie für diejenigen, deren Bedarf intensiver und kurzfristiger ist, als es von einer ambulanten spezialisierten Palliativversorgung geleistet werden kann, fehlt eine solche fachkundige Begleitung. Sie vermittelt insofern Sicherheit, als dass in dieser Situation Unterstützung dort geboten wird, wo «die Patienten sich und ihr Leben nicht mehr unter Kontrolle haben».¹¹ Integraler Bestandteil der Wandlung im «Davor» ist die Kapitulation; eine Öffnung für die gegebene Situation, die insofern schwer fällt, als dass «der Mensch im Davor [...] nicht über seine Situation hinaus[sieht], er kann nur einwilligen, loslassen, aufgeben». In der Unsicherheit, die aus dem Verlust der eigenen Kräfte und dem Empfinden von Demütigung im «Davor» erlebt wird, ist dieser Zustand dem Leiden in der Krankheit sehr ähnlich, sodass «die Frage nach der Würde im Davor [...] identisch [ist] mit der bekannten Frage der Würde des seiner selbst bewussten Menschen mitten im Leid».¹²

Für den gegebenen Rahmen – in Bezug auf Versorgung, Räumlichkeit und Begegnung – gilt, dass Würde unmittelbar erfahrbar sein muss, weil sie ansonsten nicht von den Patienten erlebt werden kann. Wesentliche Bestandteile dieser Erfahrbarkeit sind das Gefühl, ernstgenommen und würdig behandelt zu werden und die Möglichkeit, aus sich heraus Kraft und Selbstwert schöpfen zu können.

«Würde im Leiden hat zu tun mit jener inneren Größe, die standhält, innerlich aufrecht bleibt [...] Würde ist dann ein Reifekriterium und zeichnet jenen Menschen aus, der sich nicht völlig mit seinem Leiden und seinen widrigen Umständen identifiziert, sondern sich innerlich nochmals dazu verhalten kann.»¹³

Schließlich sind es die Würde und der «unantastbare Wert des Wesens und Individuums Mensch»¹⁴, den es in dieser Phase äußerster Fragilität besonders zu schützen gilt. Architektur kann hier insofern unterstützend wirksam sein, als dass sie das Potenzial birgt, die Empfindung von Geborgensein, Schutz und Sicherheit direkt zu vermitteln. Sterbeorte, die dem «Davor» unterstützend Raum geben, sind Refugien, deren bergender Charakter vor einer Intensivierung der Empfindung des Ausgeliefert- oder Exponiertseins schützt, die jedoch genügend Raum lassen, um der «räumlichen und zeitlichen Beschränktheit des menschlichen Körpers»¹⁵ eine ausgedehnte Dimension als Resonanzraum gegenüberzustellen.

Es obliegt der Architektur, die intimen Rückzugsräume, die Zimmer der Menschen am Lebensende, in institutionellen Sterbeorten so zu gestalten, dass sie den Bedürfnissen schwerstkranker und sterbender Menschen gerecht werden und ihnen mit räumlichen Antworten begegnen. Es ist Teil dieser Architekturaufgabe, den Unsicherheiten, existenziellen Fragen und der Kapitulation schwerstkranker und sterben-

¹¹ Ebd., S. 34.

¹² Ebd.

¹³ Ebd., S. 35.

¹⁴ Ebd.

¹⁵ Ebd., S. 32.

der Menschen Räume gegenüberzustellen, deren bergende und schützende räumliche Gestik diesen maßgeblich entgegenwirkt und den Menschen eine stabile architektonische Fassung der Beherbergung bietet. Demgegenüber zeigt sich aus Sicht der Zugehörigen, die das Ringen um Würde und Weiterleben sowie schließlich die Kapitulation der Sterbenden begleiten, der Bedarf nach Räumen, in denen sie aufatmen können und die es ihnen erlauben, sich kurzfristig aus der Situation intensiver Sterbegleitung herauszunehmen, für sich zu sein oder ins Freie zu treten. Das kann eine Loggia oder ein Balkon am Zimmer, ein Hof oder ein Dachgarten ebenso sein, wie ein Rückzugsraum im Gefüge gemeinschaftlich genutzter Flächen oder eine Nische im Flur. Die Herausforderung in der Begleitung sterbender Menschen im Bewusstseinszustand des ›Davor‹ liegt im Wesentlichen darin begründet, dass es sich hierbei um einen inneren Transformationsprozess handelt, welchen jeder Mensch in seinem Sterben selbst vollziehen muss. Sich im Sterben auf diesen Prozess einzulassen bedarf der Fähigkeit zu einem eigenen und eigenständigen Umgang mit dieser Kapitulation, worin sich persönliche Würde besonders deutlich ausdrückt:

«So verständlich Rebellion bisweilen ist, um im Leiden authentisch zu bleiben, so unerlässlich ist irgendwann das Loslassen und Sich-Anheimgeben. Die Frage der Würde im Leiden ist nicht nur abhängig von einem würdigen Umfeld, sondern auch von der eigenen Einstellung. Würde charakterisiert jenen reifen Menschen, der sich trotz aller widrigen Umstände nicht völlig determiniert sieht, sondern noch fähig ist, sich innerlich dazu zu verhalten und dies auf eine würdige – sachgerechte, prozessadäquate, dem Kulturwesen Mensch entsprechende – Weise. In dieser – hauchdünnen – geistigen Freiheit kommt innere Unabhängigkeit vom Schicksal zum Ausdruck [...] Die Erfahrung von Würde im Leid ist tiefste Identitätserfahrung zwischen akzeptierter Abhängigkeit und Freiheit [...] Würde ist ein Beziehungswort ebenso wie Ausdruck von Autonomie, von einem positiven konstitutiven ›Trotzdem‹, was nicht identisch ist mit Trotz.»¹⁶

Die Kürze der im Hospiz verbleibenden Zeit verkürzt auch die Dauer der Bewusstseinszustände des ›Davor‹, ›Hindurch‹ und ›Danach‹. Chronologisch betrachtet fällt das ›Davor‹ häufig mit der Zeit des Ankommens und Sicheinrichtens in der neuen Umgebung zusammen, woraus sich eine doppelte Unsicherheit ergibt; die Befremdlichkeit der eigenen Situation wird durch die Fremdheit des veränderten ortsräumlichen Kontexts gesteigert. Hier liegt das Potenzial architektonischer Gestaltung, durch Anmutung, Ausdruck und Charakter der Hospizarchitektur diese doppelte Unsicherheit zumindest teilweise zu kompensieren, einen Raumeindruck von Schutz und Sicherheit zu gestalten und so das Loslassen zu erleichtern. Trotz zeitlicher und räumlicher Begrenztheit gilt es Spielräume für die vorbeschriebene geistige Freiheit zur inneren Unabhängigkeit zu eröffnen. Überlegungen zur Wahrnehmungspsychologie in der Architektur offenbaren den unmittelbaren reziproken Zusammenhang zwischen eigenem Befinden und dem Erleben architektonischer Situationen:

«Der Standpunkt des Erlebens ist ein absoluter Ort. Die subjektive Erlebniswirklichkeit richtet sich an diesem Nullpunkt aus. Der so gezeugte ›prädimensionale Raum‹, so Schmitz, dehnt sich vom Nullpunkt des eigenen Leibes in unumkehrbaren Richtungen

16 Ebd., S. 37.

aus. [...] Die Leiblichkeit des Menschen stellt sich demnach als Brücke dar, die das Individuum auf wechselnde Weise mit seiner Umgebung verbindet. Sozialpsychologische Studien zeigen, dass die brückenhafte Kopplung bidirektional wirksam werden kann. Menschen, die sich «in ihrer Haut nicht wohlfühlen», ein eher niedriges Selbstbewusstsein besitzen, wählen in einem Restaurant kleine Nischen als Sitzplatz aus. Sie erleben den engen Platz als völlig ausreichend für ihre Person. Menschen mit hoher Selbstüberzeugtheit hingegen wählen wie selbstverständlich die Raummitte, in der ihr Körper – ist dieser auch noch so schlank – den nötigen Platz einnehmen kann.»¹⁷

So trivial das angeführte Beispiel erscheinen mag, so deutlich zeigt es den Bedarf, sich in Situationen leiblicher Verunsicherung durch den Gestus architektonischer Räume geborgen zu wissen. Entsprechend der individuell unterschiedlichen Bedürfnisse der Menschen und im Hinblick auf die sich im Sterben wandelnden Bewusstseinszustände weist ein Zimmer als Rückzugsraum im Kontext institutioneller Sterbeorte idealerweise beide Qualitäten auf.

«Hindurch»

Das «Hindurch» markiert die Schwelle des Sterbens, in welcher das Ich in den Hintergrund zu treten beginnt. Dieser Zustand wird von Sterbenden häufig als beengend und bedrohlich erlebt, geht mit Widerständen, Ängsten und tiefer Verunsicherung einher. Im «Hindurch» wird eine Bewusstseinschwelle erfahren, welche die Zustände des «Davor» und des «Danach» voneinander trennt. Hier vollzieht sich die Transformation der Sterbenden, aus einer den Lebenden vertrauten, an das leibliche Spüren geknüpften Erlebniswelt hin zu einer Erfahrung der Transzendenz. Monika Renz beschreibt diese Erfahrung als einen Schwellenübertritt, der an Urängste geknüpft und auf Bewältigungsmuster angewiesen ist. Aus den Gesprächen mit Sterbenden geht hervor, dass die Schwelle des «Hindurch» als Widerstand erlebt wird, dem Menschen nicht selten mit Aufbäumen und Kampf begegnen. Zentraler Gegenstand dieses Bewusstseinszustands ist das Loslassen und insbesondere das Aufgeben bisher vertrauter Wahrnehmungserfahrungen. Renz zufolge sind im «Hindurch» «alle vertrauten Strukturen, alle Gesetzmäßigkeiten unserer Wahrnehmung, oben-unten, hell-dunkel, Ich-Du – zumindest zwischendurch – wie verloren»; ein Zustand, der aufgrund seiner Fremdartigkeit verunsichert. Die bisher geläufigen und vertrauten Wahrnehmungserfahrungen des Lebens werden obsolet, sodass dieses Stadium «als Inbegriff von Prozess, innerer Bewegung, Transformation, aber auch als nackte Angst» beschrieben werden kann. Beim «Hindurch» handelt es sich vordergründig um Körperreaktionen, die zwar mit bildhaften Assoziationen einhergehen können, aber nicht zwingend daran gebunden sind.¹⁸

«Weitaus am häufigsten wird das «Hindurch» erlebt als reine Körperreaktion: ein Schauern, Schwitzen, Frieren, Schmerzen. Urangst! Das Ich ist zugleich überwältigt und wil-

¹⁷ Koppen, Gemma | Vollmer, Tanja C.: 2010, S. 64.

¹⁸ Ebd., S. 41 ff.

ligt doch ein – bisweilen kommt es dann fast augenblicklich zu einer Wendung, andere Male geschieht es ganz langsam als Erschlaffung, Erlösung.»¹⁹

Dieses Bewusstseinsstadium stellt insofern eine Herausforderung dar, als dass es Behandelnden und Angehörigen schwerfällt, die Sterbenden in diesem Prozess zu begleiten. Der Blick der Lebenden auf diesen Zustand weckt Assoziationen an Leiden, Schmerz und Kampf – welche zweifelsohne Teil der inneren Transformation der Sterbenden sind. Aus lebensweltlicher Sicht ist deren Dimension schwer einzuschätzen, zumal es sich dabei häufig um innerliche Prozesse handelt, die aus Sicht der Lebenden jedoch unmittelbar an physisches Befinden geknüpft sind. Wenngleich es durchaus positiv konnotierte Deutungen von Sterbenden für das ›Hindurch‹ gibt, so dominiert doch zumeist die Verzweiflung – «jedenfalls für unser Auge», also für den Blick der Lebenden, wie Monika Renz schreibt. Sie charakterisiert das ›Hindurch‹ als Schwelensituation, es sei der «Durchgang schlechthin und vergleichbar mit der Geburt».²⁰ Die in der Palliativmedizin vielfach gezogene Parallele zwischen Geburt und Sterben wird auch hier herangezogen, um das ›Hindurch‹ zu umreißen und um dem sich darin zum Teil vollziehenden Kampf eine Entsprechung zu geben.

«Es dauert meist Stunden, Minuten, aber nicht viele Tage. Anders als bei der Geburt wird der Durchgang vor dem Sterben oft mehrfach erlebt – weil Patienten über diese Bewusstseinschwelle hin- und hergehen. [...] Um hindurchführen zu können, muss man selbst erahnen können, um was es hier geht. Und selbst dann gelingt Hilfe nur bruchstückhaft. Im Gegenüber von solchermaßen leidenden und kämpfenden Sterbenden versuche ich mir zu vergegenwärtigen, wie sich wohl eine Wandlung der Wahrnehmung anfühlt.»²¹

Empathie, Einfühlungsvermögen und das Sicheinlassen auf eine Resonanzbeziehung mit den Sterbenden offenbaren im ›Hindurch‹ häufig den einzigen Zugang zu deren gegenwärtiger Erfahrungswelt. Es stellt sich die Frage, wie es wäre, wenn der Boden ins Wanken geriete, die Wände den Eindruck erweckten einzustürzen oder die Anwesenheit einer Person zwar wahrgenommen, diese jedoch als Fremde erlebt würde.²² Diese und ähnliche Fragen machen die Reaktionen und das Verhalten sterbender Menschen im ›Hindurch‹ nachvollziehbar und plausibel. Das ›Hindurch‹ bildet einen Ausnahmezustand existenzieller Bedrohung im Sterben. Die Exponiertheit gegenüber dem fortschreitenden Sterbeprozess kommt selten deutlicher zum Ausdruck, der Eindruck des Ausgeliefertseins, der Nacktheit sowie das Schaudern, Erstarren oder Aufbäumen in existenzieller Angst prägen diese Erfahrung. Sie werfen die Frage nach einer «Würde im Scheitern, Würde inmitten von existenzieller Angst, Würde im vollständigen Loslassen und Zulassen» auf. Die intensive Wahrnehmungsveränderung verlangt laut Renz nach Ermutigung. In Bezug auf die Gestaltung von Sterbeorten gilt es also Räume zu schaffen, deren bergender und schützender Charakter so unmittelbar spürbar wird, dass er nicht verstanden oder aktiv erfasst werden muss. Es handelt

19 Ebd., S. 43.

20 Ebd.

21 Ebd.

22 Vgl. hierzu ebd., S. 44.

sich im ›Hindurch‹ um einen inneren Transformationsprozess, der sich weitgehend unabhängig von den konkret räumlichen und zeitlichen Bedingungen ereignet. Dennoch ist davon auszugehen, dass – ähnlich wie verbaler Zuspruch und Ermutigung – auch die atmosphärischen Qualitäten der Architektur die Sterbenden als vage Empfindungen erreichen. Wenngleich die Wahrnehmungsbeziehung zur äußeren Welt im ›Hindurch‹ vollständig ins Wanken gerät, so bleibt die Umgebung doch als Gegenüber und Kontext erhalten. Anhand eines eindrücklichen Beispiels beschreibt Monika Renz, wie die Gegebenheiten des Raumes in diesem Bewusstseinszustand erfahren werden und dass Sterbende in diesen mitunter wie gefangen sind:

«[Ein Patient] liegt vor seinem Sterben zwei Tage lang wie in einem Koma, aber mit offenen Augen. Immer in Richtung Wand starrend. Kein Ton kommt über seine Lippen, keine Regung aus seinem Körper. Angehörige und Pflegende sind ratlos: Warum dieses Starren? [...] Ich nehme eine ähnliche Position ein wie er und setze mich dem Erlebnis ›Wand‹ und meinem eigenen Starren aus. Ich starre an die Wand. Mit der Zeit erfasst mich ein Grauen: Die Wand ist grau, Konturen lösen sich auf, ich sehe mehr und mehr nur noch ein atmosphärisches Gegenüber.»²³

Die empathische Antizipation der Erfahrung Sterbender und die phänomenologische Untersuchung des eigenen Erlebens ermöglicht es, Räume zu gestalten, die den genuinen Prozessen der Wahrnehmungsveränderung im Sterben entsprechend sind. Der Architektur das Potenzial zuzusprechen, solche Situationen verhindern oder lindern zu können, wäre vermessen; doch es besteht die Möglichkeit, mit architektonischen Mitteln, der Wahl eines differenzierten Material- und Farbkanons und einer gezielten Konditionierung des Tageslichts mittels direktem und indirektem Einfall Räume zu gestalten, die Anhaltspunkte für ein Aufbrechen der Monotonie der diffusen Bedrohung im ›Hindurch‹ bieten.

›Danach‹

Das ›Danach‹ beschreibt einen Bewusstseinszustand, der mit lebensweltlichen Kategorien und in unseren vertrauten raum-zeitlichen Dimensionen schwer zu fassen ist. Die Transformation dieses Zustands vollzieht sich meist im Stillen, geht mit Ruhe und einer eigentümlichen Anmutung des Friedens einher: «Irgendwann und zugleich unvermittelt ist es, als wäre selbst die Angst losgelassen. Sterbende treten ein in einen Zustand von Ruhe»,²⁴ die Kämpfe und Widerstände der beiden vorbeschriebenen Stadien scheinen überwunden zu sein. Dieser Zustand entspricht am ehesten dem, was mit der eigentümlichen Stimmung in einem Sterbezimmer beschrieben wird, denn «auch wenn das ›Danach‹ bisweilen nur Momente oder Minuten, andere Male vielleicht Stunden und in Einzelfällen Tage dauert, ist wesentlich, dass hier eine völlig andere Atmosphäre herrscht».²⁵ Das ›Danach‹ eröffnet insbesondere den Angehörigen einen neuen Zugang zur Teilhabe an der Erfahrung des Sterbeprozesses – obwohl in diesem Zustand das lebensweltliche Erleben und die Wahrnehmung Sterbender stark

23 Ebd., S. 44.

24 Ebd., S. 49 f.

25 Ebd., S. 50.

auseinandergehen. Auch den Nahestehenden bietet der Eindruck des einkehrenden Friedens gegenüber den sich im ›Davor‹ und im ›Hindurch‹ mitunter vollziehenden Kämpfen eine andersartige Möglichkeit, um ihrerseits loszulassen; «einige Angehörige schaffen erst jetzt überhaupt wieder, ans Sterbebett zu kommen, andere erlauben sich erst jetzt, nicht mehr ständig da zu sein».²⁶

Die Architektur tritt hier in den Hintergrund. Sie ist nicht länger imstande, die räumliche Situation zu prägen, da die Anmutung des Sterbenden die Dominanz im Raum übernimmt und dessen Gestimmtheit maßgeblich prägt. Und doch offenbart sich ein weiteres Gestaltungspotenzial für die Räume am Lebensende darin, dieser besonderen Ausstrahlung Sterbender angemessenen Raum zu geben. Es sind Architekturen gefordert, die diese oft mit dem Sterben assoziierte eigenartige Stimmung in ein übergeordnetes räumliches Gefüge einbetten, welches dieser standhält und die Erfahrung des gesamten Gebäudes ohne eine atmosphärische Zersplitterung und Brüche ermöglicht. Das ›Danach‹ bildet aus Sicht der Lebenden insofern eine besondere Herausforderung, als dass hier die vertrauten Kategorien der Lebenswelt an ihre Grenzen stoßen. Für die psychologische Persönlichkeitsstruktur Sterbender beschreibt Monika Renz insbesondere für das ›Danach‹: «das Ich stirbt in ein Du hinein»²⁷ und benennt damit eine Wahrnehmungsverschiebung und Auflösung des Selbst-Bewusstseins im Sterben, welche die uns vertrauten Erfahrungen von Eigen- und Weltwahrnehmung negieren. Es ist eben diese Dimension des aus lebensweltlicher Sicht Unvorstellbaren, die es für die Gestaltung von Sterbeorten zu bedenken gilt.

Die sich im Sterben vollziehenden Veränderungen der Wahrnehmung und des Bewusstseins nehmen unmittelbar Einfluss auf das Erleben der Sterbenden. Sie zu kennen kann eine wertvolle Wissensgrundlage für die Gestaltung angemessener Sterbeorte und explizit für schwerkranke und sterbende Menschen geschaffene Räume sein. Insbesondere die zunehmende Verschiebung des Raum- und Zeitgefühls im Sterben bietet Anhaltspunkte für die architektonische Gestaltung, «das Raumgefühl – beispielsweise das Gefühl für Nähe und Distanz – verändert sich auf den Tod hin»²⁸ und auch die akustische Dimension des Raumerlebens wird dominant:

«Die musikalischen Extreme von Lärm, das Zuviel an Schwingung, einerseits und Monotonie, das Zuwenig, andererseits rauben Sterbenden manchmal fast den Atem, auch wenn da eigentlich ›nichts‹ ist – nichts Gegenständliches, nichts Sichtbares. Ob Sterbende wollen oder nicht, Schwingungen sind dasjenige, was sie trägt oder bedroht; wofür sie sich ganz und gar öffnen oder wogegen sie sich unbemerkt stemmen [müssen], was dann Verspannungen, Schmerzen und Gefühle von Ohnmacht nach sich ziehen kann.»²⁹

Das intensivierte Klangerleben und die veränderte Raumwahrnehmung sind in der Konzeption von Architekturen am Lebensende besonders zu bedenken. Die verstärkte Sensibilität für klangliche Reize im Sterben offenbart, dass die ohnehin bestehende Resonanzbeziehung zwischen Mensch und Welt in der Sterbephase zunehmend deut-

26 Ebd., S. 51.

27 Ebd., S. 57 ff.

28 Ebd., S. 78.

29 Ebd., S. 78 f.

licher ausgeprägt ist. Das Berücksichtigen des Architekturentwurfs als Resonanzraum für die Erfahrung räumlicher Situationen bildet eine wertvolle Grundlage für die Gestaltung von Sterbeorten.

Resonanz

Die Resonanzbeziehung zwischen Körper und Raum ist insofern konstitutiv, als dass diese einander wechselseitig bedingen: «Es gibt den Menschen nicht außer dem Raum»,³⁰ wie es Heidegger formuliert und umgekehrt gilt, dass «sich der Zusammenhang von Körper und Raum in der phänomenologischen Soziologie aus der Annahme [ergibt], dass der Raum ohne Körper gar nicht erfahrbar wäre».³¹ Da «mein Körper nicht ein Gegenstand im Raum [ist], sondern die Bedingung für alle meine Erfahrung der räumlichen Gliederung der Lebenswelt»,³² geht mit der sich im Sterben vollziehenden Veränderung der Selbstwahrnehmung zwangsläufig ein verändertes Erleben des lebensweltlichen Kontexts einher. Umgekehrt betrachtet birgt das Einwirken des Raumes auf den sich verändernden Körper das Potenzial, im Sterben Halt und Konturen zu geben, wenngleich die eigene Wahrnehmung zunehmend diffuser wird.

Markus Schroer arbeitet für die Genese kulturgeschichtlicher Entwicklung des Raumbegriffs heraus, dass dieser insbesondere dann in soziologische Beobachtungen einbezogen wird, wenn Eingrenzungen, Differenzierungen oder Separationen unterschiedlicher Raum-, Körper- und Gesellschaftsbilder voneinander unterschieden werden sollen, sodass räumliche Bezugnahmen dann verstärkt auftreten, «wenn in eine noch ungeordnete, flüchtige Gegenwart Ordnung und Übersicht gebracht werden soll. Jenseits der Frage, was Raum und Zeit sind, ist entscheidend, wie Raum und Zeit behandelt werden».³³ Was Schroer hier bezogen auf räumliche Metaphern und Analogien in Bezug auf Globalisierungs- und Digitalisierungsthematiken beschreibt, gilt gleichermaßen für das Raum- und Zeiterleben Sterbender, da die Bezugnahme auf die konkreten Gegebenheiten des Raumes aufgrund der Verschiebung der Wahrnehmung zunehmend in den Hintergrund treten. Franz Xaver Baier führt diesbezüglich aus, dass Raumwahrnehmung stets Wahrnehmung mit der gesamten Existenz sei,³⁴ sodass sich das Erleben architektonischer Räume als dynamischer Prozess des Involviertseins offenbart:

«Wir sind gewohnt, Wahrnehmung als einen Akt zu begreifen, durch den etwas von «draußen» zu uns nach innen kommt, in uns abgebildet und gespeichert wird. Dabei setzen wir voraus, daß das Draußen, die Außenwelt auch ohne uns so ist wie sie uns erscheint. Zugleich übersehen wir, daß dieser Zustand bereits aus einer Verhaltensweise entstanden ist, die nicht ohne uns geschehen ist. [...] Unsere gesamte räumliche Verfassung ändert sich. [...] Wir sind nicht unbeteiligt an der Wahrnehmung. Die Umgebung

30 Heidegger, Martin: 1927, zit. n. Koppen, Gemma | Vollmer, Tanja C.: 2010, S. 39.

31 Schoer, Markus: 2005, S. 277.

32 Luckmann, Thomas | Schütz, Alfred: 2003, S. 152; zit. n. Schoer, Markus: 2005, S. 277.

33 Schoer, Markus: 2005, S. 180.

34 Vgl. hierzu Baier, Franz Xaver: 2000, S. 25 ff.