

die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender sowie die Unterstützung von Trauer- und Bewältigungsarbeit der Angehörigen und Nahestehenden.

Die Bezugnahme auf christliche und biblische Grundsätze ist insofern prägend für Saunders Tun und Werk, als dass sich ihre Arbeit einerseits aus diesem Kontext heraus entwickelt hat und sie andererseits ihre Tätigkeit vor diesem Hintergrund reflektiert. Das grundlegende Bestreben der Hospizbewegung beschreibt Saunders unter Bezugnahme auf die biblische Erzählung zum Garten Gethsemane:

«I am sure the most important foundation stone we could have [for St. Christopher's] comes from the summing up of all needs of the dying which was made for us in the Garden of Gethsemane in the simple words «watch with me». I think the one word «watch» says many things on different levels, all of importance to us. In the first place it demands that all work at St. Christopher's should stem from respect for the patient and very close attention to his distress. It means really looking at him, learning what this kind of pain is like, what these symptoms are like, and from this knowledge finding out how best to relieve them.»¹⁷

Saunders definiert die Beherbergung, die spirituelle Begleitung und die palliativmedizinische Versorgung der Bewohner als Hauptaufgabenfelder für das Hospiz.¹⁸ Demnach sind Hospize Wohnorte am Lebensende, die im Kontext einer Institution eine möglichst selbstbestimmte und individuelle Gestaltung der letzten Lebensphase und des Sterbens gewährleisten. Als Orte des Wohnens unterscheiden sie sich grundlegend von Palliativstationen, welche die akute schmerztherapeutische Versorgung Schwerstkranker praktizieren und die bestrebt sind, «durch die dort angebotene schmerzlinziernde Behandlung die Lebensqualität schwerstkranker Menschen zu verbessern, um sie bald entweder nach Hause oder auch in ein Hospiz zu entlassen».¹⁹

Genese der Hospiztypologie

Wenngleich es sich bei dem von Saunders gegründeten St. Christopher's Hospice um das erste explizit zum Zweck der Beherbergung und Pflege Sterbender errichtete Hospiz handelt, steht auch dieses in der Tradition von Vorgängerinstitutionen, auf deren Erfahrungen und raumtypologische Ausgestaltung es in seiner Konzeption durchaus Bezug nimmt. Vorangegangen waren Einrichtungen, die in der Tradition christlich geprägter karitativer Fürsorge die Begleitung Sterbender zum Gegenstand der pflegerischen Praxis machen. Eine Vorgängereinrichtung des St. Christopher's Hospice war das in mehreren Stadthäusern mit gemeinsamem Garten untergebrachte St. Joseph's Hospice, das von Ordensschwestern der Sisters of Charity geleitet wurde, die ihr Wirken wiederum an Mary Aikenhead orientierten, die ihrerseits erstmals den Begriff des «hospice» in Bezug auf die Beherbergung Sterbender für das in ihrem Wohnhaus in Dublin gegründete Our Lady's Hospice verwandte.

¹⁷ Saunders, Cicely: 2005, S. 1 (engl. Orig. 1965).

¹⁸ Vgl. hierzu Jankowiak, Tanja: 2010, S. 188.

¹⁹ Ebd., S. 188.

«In der Literatur wird dieser Einrichtung die erstmalige Verwendung des [...] Begriffs ›hospice‹ im Sinne eines Hauses zugeschrieben, in dem ausschließlich Sterbende aufgenommen und gepflegt wurden. Anderen Quellen zufolge geht der Begriff auf ein 1842 in Lyon gegründetes Haus für Sterbende zurück, welches Aikenhead möglicherweise in Frankreich kennengelernt hatte. Gemeinsam war diesen Einrichtungen das Angebot der Beherbergung Sterbender und einer christlich ausgerichteten Begleitung Sterbender, die dem christlichen Begriff der ›caritas‹ folgte.»²⁰

Saunders war selbst einige Zeit im St. Joseph's Hospice tätig und schöpfte ihre Kenntnis für die Konzeption des St. Christopher's Hospice unter anderem aus dieser Erfahrung. Sie ergänzte die Pflege jedoch um die Einbindung moderner medizinischer Praxis und Schmerztherapie. Damit basiert ihr Konzept für ein Hospiz nicht länger ausschließlich auf Beherbergung und spiritueller Begleitung im Sinne der christlichen Caritas, wie es bei den Vorgängereinrichtungen der Fall war, sondern wird um eine spezialisierte medizinische Praxis ergänzt.²¹ Hinsichtlich des Raumprogramms, der Struktur und der funktionalen Anforderungen hat sich das Hospiz von der Ausrichtung auf Reisende und Pilger hin zur Beherbergung Schwerstkranker und Sterbender im Grundsatz nur wenig verändert. Allerdings geht der Nutzungswandel mit Gestaltungs- und Planungsanforderungen entsprechend eines auf Normierung ausgelegten modernen Medizin- und Versorgungswesens einher. Das Raumprogramm historischer Hospize setzt sich aus einem Gemeinschafts- und Speiseraum, der entsprechend der Architektur des Alpenraums der Stube entspricht, einer Küche, den entsprechenden Lagerräumen, Schlafräumen und dem Sakralraum der Kapelle zusammen und entspricht damit weitgehend dem von Cicely Saunders vorgegebenen Programm für das St. Christopher's Hospice. Dieses umfasst das Dayroom als Gemeinschaftsraum, Speisesaal, Küche, Hauswirtschafts- und Lagerräume, die Zimmer der Bewohner, eine Kapelle sowie ergänzend und in Entsprechung der neuen Nutzung ein Aufbahrungsraum. Darüber hinaus werden – entsprechend Saunders' Intention, einige Menschen über einen längeren Zeitraum hinweg als Bewohner der Einrichtung zu gewinnen – Altenwohnungen für pensionierte Mitarbeiter des Hospizes und ein Kindergarten für die Kinder des Personals geplant.

Das von Saunders Geforderte entspricht nicht nur den alpinen Hospizen, sondern auch der Struktur monastischer Architekturen: Räume des Zusammenlebens in der lebenspraktischen, psychosozialen und spirituellen Gemeinschaft bilden die großräumliche Struktur. Demgegenüber steht im Kloster die Kleinteiligkeit der Zellen, welche als Individualräume die Sphäre des Privaten fassen. Dem Zeitgeist entsprechend sieht Saunders jedoch keine vorrangige Beherbergung der Hospizgäste in Einzelzimmern vor, sondern plant eine zu Wohntrakten zusammengefasste Struktur von Mehrbettzimmern. Nur für die terminale Sterbephase sollen die Bewohner in Einzelzimmer verlegt werden. Damit entsprechen die Zimmer vielmehr dem Krankenhausbau dieser Zeit oder der gemeinschaftlichen Unterbringung Pflegebedürftiger in den historischen Spitalsälen, als dass sie in der Tradition klösterlicher Zellen der Klausur und des individuellen Rückzugs stehen. Saunders Vorschlag für die Raumtypologie der Zimmer ist von der Vorstellung geprägt, die Einbindung jedes Einzelnen in den

²⁰ Ebd., S. 192.

²¹ Vgl. hierzu ebd., S. 192 f.

gemeinschaftlichen Kontext des Hospizes zu stärken und darüber hinaus möglichst viele Berührungspunkte mit der Welt jenseits des Hospizes zu fördern. Hier sei darauf hingewiesen, dass Saunders von mehrwöchigen oder mehrmonatigen Aufenthalten der Gäste im Hospiz ausging, welche durch eine graduelle Veränderung der Teilhabe an der Gemeinschaft und dem schrittweisen Rückzug in die Privatheit des Einzelzimmers chronologisch strukturiert werden. Sie differenziert zwischen dem Bedarf jener, welche die Kapazität haben, an dieser Gemeinschaft Anteil zu nehmen und derer, denen im Sterben oder auf Wunsch jederzeit die Möglichkeit zum privaträumlichen Rückzug gegeben wird, wie ihn die Zelle eines Klosters bietet:

«Terminal Units about 60 beds: These would be planned in three wards of about 20 each. There would be a ward of 16 beds, possibly divided by half glass screens into two six-bedded cubicles, and one with 4 beds, all planned so that patients can see the life of the world outside and yet not have the light directly in directly in their eyes. The rest of the beds should be in single rooms so that other patients need not see anyone dying in the ward, and so that those who love and need privacy may have it.»²²

Diese Separation der Sterbenden von den Lebenden, die auch in anderen stationären medizinischen und pflegerischen Einrichtungen lange üblich war, wirft die Frage auf, ob nicht vielmehr der Bedarf der Sterbenden nach der Privatheit eines Individualzimmers argumentativ im Vordergrund stehen sollte als der Schutz der Lebenden vor dem Anblick Sterbender. In hospizlichen und palliativmedizinischen Einrichtungen der Gegenwart wird dem mit der ausschließlichen Vorhaltung von Einzelzimmern, welche lediglich um die ergänzende Unterbringung von Angehörigen und Nahestehenden erweitert werden können, entgegengewirkt.

Der von Saunders betonte Anspruch an eine spirituelle Begleitung und Fürsorge findet insofern eine unmittelbare Übertragung in die Architektur, als dass in Entsprechung einer Klostertypologie die Kapelle und der Garten deren Zentrum bilden. Markant ist jedoch, dass – anders als für den Kreuzgang als allseitig umschlossene Hoftypologie – eine Öffnung des Gartens zur Stadt gefordert wird. Diese Öffnung wird zudem im Hinblick auf die Zimmer formuliert und in Bezug auf eine möglichst intensive Einbindung der Hospizgäste in die Gemeinschaft und Gesellschaft des Hauses sowie darüber hinaus argumentiert. Anders als im Fall angestrebter Abgeschlossenheit eines Klosters strebt Saunders einen Garten als Schnittstelle zur umliegenden Stadt an:

«The building should be grouped around a courtyard, with one side open to the road. There must be a fountain, some trees if possible, and flowers ad lib.»²³

Damit fordert sie zwar eine nach monastischen Grundsätzen strukturierte und geprägte Typologie, welche jedoch «anders als im Kloster [...] keine geschlossene Klausur ausbildet, sondern sich mit einem Hof zum Straßenraum, und damit zur Öffentlichkeit außerhalb des Hospizes hin öffnet».²⁴ Neben Sichtbezügen, Aus- und Einblicken

22 Saunders, Cicely: 1959, S. 1, zit. n. Jankowiak, Tanja: 2010, S. 197.

23 Ebd., S. 196.

24 Jankowiak, Tanja: 2010, S. 196.

sowie der räumlichen Öffnung der Anlage zur Stadt schlägt sich das Bestreben nach Einbindung der Bewohner des Hospizes in die «Welt außerhalb des Zimmers und auch außerhalb des Hospizes»²⁵ zudem in der alltäglichen Praxis der Fürsorge und in vorgeschlagenen Handlungsroutinen nieder: «Eine wesentliche Rolle kam in dieser Beziehung [...] der geplanten Architektur zu, die es den zumeist bettlägerigen oder auf Rollstühle angewiesenen Bewohnern ermöglichen sollte, sich leicht»²⁶ und möglichst eigenständig im Haus und nach draußen bewegen zu können.

Die Vision des Zusammenlebens in der Gemeinschaft des Hospizes folgt dem Ziel, die Bewohner «konkret aus der Abgeschiedenheit ihres Zimmers und im übertragenen Sinne aus dem eng eingrenzenden Raum ihrer schweren Erkrankung möglichst selbstbestimmt heraustreten»²⁷ zu lassen. Das Eingebundensein in die Gemeinschaft und die Möglichkeit zu Rückzug und Individualität entsprechend der eigenen Bedürfnisse sind gleichwertige Aspekte des Lebens und Sterbens im Hospiz, die sich ebenso in dessen Architektur wie in dessen Praxis niederschlagen, welche konkret räumlich und im übertragenen Sinne gültig sind:

«Die dem Zusammenleben in der Gemeinschaft zugeordneten Räume wie zum Beispiel die Kapelle, der Tagesraum, der Balkon oder auch der Garten bilden [...] zugleich einen offeneren und öffentlicheren «Gegenraum» zu den Begrenzungen, die ein Eingeschlossensein in den Raum der Krankheit, den Raum des eigenen Körpers oder des eigenen Zimmers bedeutet. In diesen Überlegungen spiegelt sich ein Bewusstsein für das Angewiesensein der Hospizbewohner auf andere wider sowie das Bemühen, die Autonomie des Einzelnen zu respektieren und zu unterstützen.»²⁸

Als «Gegenraum» bildet die Gemeinschaft der Hospizbewohner, ihrer Angehörigen und des Personals eine Heterotopie gegenüber der mit Foucault gesprochen «gnadenlosen Topie»²⁹ des eigenen Körpers. Das Hospiz ermöglicht die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft der Einrichtung und es ist Saunders erklärtes Ziel, mit der Öffnung der baulichen Anlage zum Stadtraum darüber hinaus auch die Anknüpfung an die Öffentlichkeit der umgebenden Stadt zu gewährleisten. Nach Saunders Konzeption ergibt sich ein Hospiztypus als Ort des Zusammenlebens, welcher die Bewohner für einige Wochen oder Monate beherbergt. Ein Anliegen, das mit den heute wesentlich kürzeren Liegezeiten von wenigen Tagen bis Wochen nur schwer zu realisieren ist.

Die Vorstellung einer schützenden Gemeinschaft, in welcher sowohl die Versorgung derer, die der Fürsorge bedürfen, wie der Austausch mit Menschen in einer vergleichbaren Lebenssituation – für Hospizgäste ebenso wie für deren Angehörige – ermöglicht wird, ist in der weiteren Adaption von Saunders Ursprungskonzeption zu den Hospizkonzepten unserer Gegenwart häufig mit Assoziationen familiären Zusammenlebens in der Großfamilie und Mehrgenerationenhaushalten gleichgesetzt worden. Diese Sichtweise führt in der weiteren Adaption dazu, dass die von Saunders ursprünglich angestrebte Analogie zwischen Kloster und Hospiz zunehmend aufgege-

25 Ebd., S. 198.

26 Ebd.

27 Ebd., S. 198 f.

28 Ebd., S. 199.

29 Foucault, Michel: 2005, S. 25 (frz. Orig. 2004).

ben und durch die Anlehnung an Formen des Wohnens in der Gemeinschaft abgelöst wird. Im Zuge dieser Veränderung wird der Typus der Villa als beispielhaft für die Gestaltung von Hospizarchitekturen herangezogen. Die Eigenständigkeit und Lesbarkeit der Hospiztypologie, wie das St. Christopher's Hospice sie an der Schnittstelle zwischen Klosterarchitektur und Krankenhausbau anstrebte, wird in eine Architektursprache des Wohnens überführt, welche das Ablesen der institutionellen Struktur der Nutzung anhand des Gebäudes negiert. Dass Hospize sich dem Villentypus annähern und als Wohnhäuser erscheinen, liegt in Deutschland zudem in einer maßgeblichen Verkleinerung der Anlagen gegenüber der britischen Ursprungskonzeption begründet.

Die Maßstäblichkeit der Einrichtungen ergibt sich hier aus der Formulierung des Gesetzestextes, welcher die Rahmenbedingungen für stationäre Hospize mit § 39a SGB V als Zusatz des Sozialgesetzbuchs seit 1998 regelt,³⁰ wonach Hospize «kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens acht und höchstens sechzehn Plätzen» sind.³¹ Vor Einführung der Mindestplatzzahl in Hospizen waren sogar Einrichtungen mit weniger als acht Plätzen gegründet worden, deren Fortbestehen ist mit einer als Fußnote im Gesetz angemerkten Ergänzung gesichert, die besagt, dass «vor dem 14.04.2010 bestehende Verträge mit Hospizen [...] von dieser Regelung zur Mindestplatzzahl unberührt»³² bleiben. Damit gibt die Rahmenvereinbarung aus dem Jahr 1998 – bis in ihre aktuell gültige Fassung aus dem Jahr 2017 – in Deutschland eine Begrenzung der Einrichtungen auf eine Dimension vor, die der einer Wohngruppe oder Hausgemeinschaft entspricht und sich an der Struktur von Mehrgenerationenhaushalten und einem Wohnumfeld privaten Charakters orientiert. Darin kommt einerseits das Bestreben zum Ausdruck, einen möglichst guten Betreuungsschlüssel sowie eine in ihrer Kleinheit übersichtliche und familiäre Einrichtung zu realisieren. Es wird aber auch der besonders am Beginn einer deutschen Hospizbewegung deutliche Vorbehalt gegenüber sich explizit an Sterbende richtende institutionellen Einrichtungen deutlich, welche so in ihrer typologischen Entsprechung zu Wohnarchitekturen stilisiert und in ihrer Eigenheit der spezifischen Funktion und Nutzung der Sterbebegleitung unsichtbar werden.

Die Kleinheit hospizlicher Einrichtungen ergibt sich – neben der inhaltlichen Orientierung an Wohnformen familiären Zusammenlebens – außerdem aus der wirtschaftlichen Eigenständigkeit von Hospizen, dem Beruhen großer Teile der Hospizarbeit auf ehrenamtlicher Tätigkeit und der Beschränktheit finanzieller Mittel zur Gründung dieser Einrichtungen.³³ Aus gleichem Grund war es in Deutschland lange üblich, dass Hospize als Folgenutzungen in vormalige Wohngebäude einziehen, um so die Baukosten eines Neubaus zu sparen. Der Einzug hospizlicher Einrichtungen in bestehende Wohntypologien hat jedoch maßgeblich deren architektonische Unsichtbarkeit befördert, da das Fehlen einer lesbaren, eigenständigen Hospiztypologie einer Sichtbarkeit dieser Einrichtungen in der Architektur der Stadt entgegensteht.

30 Vgl. hierzu Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998.

31 Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 31.03.2017, § 1 Satz 1.

32 Ebd.

33 Vgl. hierzu Ebd., § 1 Satz 3.

Jenseits ökonomischer Zwänge wird bis heute der Typus der Villa für den Neubau von Hospizen favorisiert als Referenz herangezogen, um den Sterbenden einen Wohnort zu bieten, welcher mit den sonstigen Wohntypologien unserer Lebenswelt identisch ist. Dieses Bestreben erscheint zunächst als dem Anliegen, ein Leben und Wohnen schwerstkranker Menschen bis zuletzt zu ermöglichen, entsprechend. Mit dem von Cicely Saunders für das Gebäude eines Hospizes beschriebenen Konzept decken sich die Qualitäten eines Villentypus jedoch nicht, da sie der von Saunders angestrebten Öffnung des Gebäudes zur Stadt, des damit einhergehenden öffentlichen Charakters und der großmaßstäblichen Gemeinschaft des Zusammenlebens widersprechen.

In ihrer Ursprungskonzeption definiert Saunders das Hospiz als ein in sich schlüssiges Gefüge, in welchem sowohl die interne Raum- und Funktionsstruktur differenziert bedacht wird wie auch die Schnittstelle zur Stadt. Hospize beherbergen die Gemeinschaft der Bewohner und Besucher, die mittels Kommunikation und Interaktion nach außen tritt, jedoch vorrangig intern funktioniert und nach Saunders Beschreibung vielmehr an eine Ordensgemeinschaft denn eine Wohnform des Zusammenlebens denken lässt. Anders als die private und repräsentative Wohnhauskonnotation des Villentypus schließt die Analogie zur Klosterarchitektur die Gestaltung unterschiedlicher Grade der Öffentlichkeit sowie deren differenzierte Schwellen und Übergänge explizit mit ein. Durch liturgische und rituelle Folgen geprägt, kommt den jeweiligen Schwellenräumen zwischen unterschiedlichen Bereichen des Klosters eine bedeutsame Rolle zu. Saunders strebt eine sakrale Prägung des Hauses durch eine Kapelle, als einen kontemplativen Ort im Gebäude an und fordert darüber hinaus sogar eine liturgische Strukturierung des Tagesablaufes der Bewohner, wenngleich diese Praxis heute zumeist transkonfessionellen oder konfessionsunabhängigen Konzepten der Spiritualität gewichen ist. Des Weiteren beschreibt Saunders Anforderungen für die Ausblicke aus den Zimmern und deren Bezugnahme auf den Außenraum. Die Verwandtschaft zwischen dem historischen Hospiz und dem, was mit der Wiedereinführung des Begriffes bezeichnet wird, scheint neben raumprogrammatischen Parallelen auch eine metaphorische Ebene zu betreffen. Betrachtet man das Sterben als eine Schwellensituation zwischen Leben und Tod, ergibt sich gar in der Definition der Hospize als Transitorie an ursprünglich topografisch markanten Grenzpassagen eine Kongruenz zwischen historischer und neu gesetzter Bedeutung: Als Schwellenräume zwischen Leben und Tod beherbergen sie Menschen in existenziellen persönlichen Krisensituationen am Lebensende, geben ihrem Sterben Raum und bieten Fürsorge, Begleitung und Bewältigungshilfe für ihre Angehörigen und Nahestehenden an.

Das Austarieren von Rückzug und Gemeinschaft, Kontemplation und Lebensführung hat spezifische Raumkonstellationen zur Folge, welche unmittelbar an die Architektur- und Bautraditionen von Fremden- und Passhospizen, Hospitälern und Klöstern anschließen. Sterbehospize bilden eine Sonderform institutionalisierter Sterbeorte, welche sich explizit an die Bedürfnisse Sterbender, ihrer Angehörigen und den ihnen nahestehenden Menschen richten. Darin unterscheiden sie sich insofern von anderen Einrichtungen am Lebensende, als dass Sterben und Tod hier explizit thematisiert und gestaltet werden, obgleich im Zentrum zunächst einmal das Gewähren einer möglichst qualitätsvollen, selbstbestimmten und eigenständigen Lebensführung, also das Leben der Sterbenden, steht. Hospize sind Wohnort und Herberge für die Gemeinschaft der Bewohner und ihrer Angehörigen sowie Arbeitsstätte des

Personals. Eben darin liegt die Ambivalenz dieser Einrichtungen, die es strukturell, handlungspraktisch und räumlich zu lösen gilt. Hospizliche und palliativmedizinische Einrichtungen sind jedoch keineswegs ausschließlich als konkret räumliche Phänomene zu denken, sondern fungieren global, indem sie einerseits Maßstäbe für eine angemessene und würdige Versorgung und Begleitung Sterbender setzen und andererseits als ambulante und beratende Versorgungsstrukturen weit über den Kontext ihres Standortes hinauswirken.

Hospize richten ihre Dienste an Menschen, die an den Folgen schwerer Krankheiten sterben. Da der Bedarf nach einer spezialisierten psychosozialen und spirituellen Begleitung im Sterben jedoch auch für Menschen besteht, die in hohem Alter eines natürlichen Todes sterben, ist die Hospiz- und Palliativarbeit auch für die Begleitung Sterbender in Alten- und Pflegeheimen als beispielhaft anzusehen und als ambulantes Ergänzungsangebot dort zu integrieren.³⁴ Einen weiteren institutionellen Sterbeort bilden Krankenhäuser, wo Menschen ebenso auf Normal- und Intensivstationen versterben, ohne dass ihnen eine spezialisierte palliativmedizinische Versorgung zuteilwird. In diesem Kontext einer am Lebenserhalt orientierten Medizin stellt das Sterben insofern eine besondere Herausforderung dar, als dass hier vermehrt in den Sterbeprozess eingegriffen wird. Die lebenserhaltenden Bestrebungen der modernen Medizin und das palliativmedizinische Anliegen, einzig zum Zweck der Beschwerdelinderung im Sterbeprozess zu intervenieren, widersprechen einander.³⁵ Gian Domenico Borasio führt in diesem Zusammenhang die ausgeprägten Parallelen zwischen Geburts- und Sterbevorgang an und betont, beide seien evolutionär bewährte Prozesse, die alle Lebewesen gemeinsam haben, «physiologische Vorgänge, für welche die Natur Vorkehrungen getroffen» habe. Weiter betont er, «beide laufen in den meisten Fällen am besten ab, wenn sie durch ärztliche Eingriffe möglichst wenig gestört werden», wobei die moderne Medizin die Tendenz habe, «zunehmend häufiger, zunehmend invasiver und teilweise unnötiger» in diese einzugreifen.³⁶ Dem invasiven Eingreifen in den Sterbeprozess stellt er ein Wiederentdecken «dessen, was man das »liebevolle Unterlassen« am Lebensende nennen könnte», entgegen, wozu wie er anmerkt »gelegentlich mehr Mut gehört, als zum Tun«. Anliegen der Palliativmedizin sei also »das Wiederzulassen des natürlichen Todes«.³⁷ Ein Bestreben, welches die Verfahren der Palliativstationen grundlegend von den Handlungsrouتين der Normal- und Intensivstationen unterscheidet.

Die verschiedene Kontextualisierung des Sterbens in stationären Einrichtungen geht also mit grundlegend anderen Zugängen zur Sterbebegleitung einher. Auch die Unterschiedlichkeit der Bezeichnung als Patient, Gast oder Bewohner in den unterschiedlichen Institutionen am Lebensende hat verschiedene Rollenzuweisungen zur Folge: Während ein Patient eingebunden bleibt in den medizinischen Kontext eines Krankenhauses, beschreibt das Zugastsein im Hospiz einerseits die temporäre Begrenzung des Aufenthalts, wie sie beispielsweise auf Hotels zutrifft und umfasst andererseits das In-Anspruch-Nehmen von Gastlichkeit und Fürsorge. Als Bewohner – eine Bezeichnung, die im Kontext von Pflegeeinrichtungen gebräuchlich ist – wird

34 Vgl. hierzu Sauer, Peter | Xyländer, Margret: 2019.

35 Vgl. hierzu Borasio, Gian Domenico: 2011, 10. Aufl. 2013, S. 26 f.

36 Ebd., S. 24.

37 Ebd., S. 116.

das Verlegen des privaträumlichen Wohnumfeldes in einen institutionalisierten Kontext der Einrichtung benannt. Die Bewohnerzimmer werden hier am Lebensende zu Sterbezimmern, wobei sich diese Wandlung zumeist passiv und ohne explizite Thematisierung vollzieht.

Eine Sonderform des Sterbehospizes, auf welche in diesem Zusammenhang aufgrund ihrer Spezialisierung und Eigenständigkeit nicht weiter eingegangen werden kann, bilden Kinder- und Jugendhospize. Neben ihrer expliziten Ausrichtung auf die Bedürfnisse von Kindern, Jugendlichen und deren Familien unterscheiden sich diese auch insofern von Sterbehospizen für Erwachsene, als dass die Begleitung hier eine wesentlich längere Zeitspanne umfasst, intensiver in den gesamten Diagnostik- und Behandlungsverlauf schwerer und zum Tod führender Erkrankungen eingebunden ist und die spezialisierte Begleitung der Kinder und Jugendlichen sowie der gesamten Familie während der gesamten Krankheitsdauer einschließt.³⁸

38 Vgl. hierzu Worpole, Ken: 2009, S. 9.

