

lichen, gesellschaftlichen Diskurs einzubeziehen. Anders als Palliativstationen, die als Akutstationen zwangsläufig Teil von Kliniken und Krankenhäuser sind, handelt es sich bei Hospizen um eigenständige Einrichtungen. Sie bieten die Möglichkeit, neben der Beherbergung Sterbender und der Integration ambulanter Hospizdienste, zudem eine Verortung des öffentlichen Diskurses über Sterben und Tod zu übernehmen:

«Es geht nicht nur um zielgerichtete Organisationen, die Tod managen, es geht um einen sinnhaft erfüllten gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod – es handelt sich somit um eine Entwicklung, in deren Verlauf sich vielleicht eine kulturelle Neubewertung alles dessen herauskristallisiert, was mit dem Sterben und Tod zusammenhängt.»³⁷

Knoblauch und Zingerle sehen in der Ausprägung eines zunehmend starken Bewusstseins der eigenen Sterblichkeit ein Initial zur Intensivierung des Diskurses über Sterben und Tod. Sie beschreiben diese Entwicklung insofern als integralen Bestandteil des demografischen Wandels der Gesellschaft und der steigenden Lebenserwartung, als dass zunehmend mehr alte und hochbetagte Menschen am öffentlichen Diskurs teilhaben und diesen prägen. Demnach, so Knoblauch und Zingerle, könne «die Todesbewusstheit [...] ein Topos sein, der eine neue generationelle Lebensphase in der Öffentlichkeit verankert, die für immer mehr Menschen, die immer älter werden, im Lebenslauf erwartet werden kann und sich neben das «aktive Alter» stellt». Diese anteilig große Gruppe älterer Menschen «befindet sich aber bei Weitem nicht in der Sterbephase, sondern partizipiert noch aktiv an der öffentlichen Kommunikation – und verändert damit auch die Bedeutung des Todes in der gesamten Gesellschaft».³⁸

Gesetzesgrundlagen und Planungshilfen

Die Bauministerkonferenz für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen der zuständigen Minister und Senatoren der Länder, ARGEBAU, gibt im Rahmen des Netzwerks «Krankenhausbau» im Mai 2011 eine Planungshilfe «Palliativstationen, baulich-funktionale Anforderungen» als Abschlussbericht der Konferenz heraus.³⁹ Darin werden die Grundzüge der medizinischen und pflegerischen Versorgung ebenso beschrieben wie die technischen und funktionalen Anforderungen für Planung und Bau von Palliativstationen. Weiter wird eine differenzierte Unterscheidung palliativmedizinischer und hospizlicher Einrichtungen vorgenommen, wobei die stationäre Versorgung als integraler Bestandteil von Krankenhäusern, also als Teil der medizinischen Akutversorgung, beschrieben wird, während ambulante Dienste ein konsiliarisches Ergänzungsangebot für Pflegeeinrichtungen und im privaten Wohnumfeld darstellen. Palliativstationen sind demnach «als in sich abgeschlossene Einheit in das Krankenhaus

37 Knoblauch, Hubert | Zingerle, Arnold: 2005, S. 25.

38 Ebd., S. 26.

39 Bauministerkonferenz – Konferenz der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (ARGEBAU): Palliativstationen Baulich-funktionale Anforderungen, Abschlussbericht 05|2011.

zu integrieren»,⁴⁰ wobei eine sinnfällige Positionierung innerhalb der übergeordneten Gebäudestruktur entsprechend der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere im Hinblick auf die Fachdisziplinen der Radioonkologie und Intensivmedizin gefordert wird. Hospize sind im Gegensatz dazu als eigenständige Einrichtungen zu konzipieren. Gegenüber dieser medizinischen Ausrichtung sind hier Hospize als spezialisierte Pflegeeinrichtungen definiert.⁴¹ Sie richten ihre Dienste an «Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung bei eng begrenzter Lebenserwartung, die keiner stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, bei denen aber auch keine ambulante Betreuung möglich ist».⁴²

In Bezug auf die funktionale und bauliche Gliederung von Palliativstationen ist der Planungshilfe ein differenziertes Raumprogramm zu entnehmen. Entsprechend des darin beschriebenen Stationsschemas ergibt sich im Wesentlichen eine Gliederung in drei primäre Nutzungsbereiche: Räume des Personals, einschließlich des Raumbedarfs der therapeutischen Begleitung und Verwaltung, Räume der funktionalen Versorgung sowie Neben- und Ergänzungsräume, Räume des Gemeinschafts- und Individuallebens der Patienten und ihrer Angehörigen. Diese Teilbereiche sind miteinander insofern sinnvoll zu verknüpfen, als dass an Stellen wesentlicher inhaltlicher Schnittstellen räumliche Zusammenhänge vorgesehen werden; so sollte beispielsweise der Empfang unmittelbar an den Wohntrakt der Individual- und Gemeinschaftsräume anschließen und Anlaufstelle für Gäste und Besucher sein, während Personalbesprechung und Pflegestützpunkt die räumlich-funktionale Verbindung zwischen den Individualzimmern der Stationspatienten und dem Personal bilden. Die Dimension einer Palliativstation konstituiert sich aus deren Anzahl. Vorgeschlagen wird die Aufnahme von acht bis zwölf Personen, wobei zehn bis zwölf Betten aus Gründen der Wirtschaftlichkeit bevorzugt werden, während acht bis zehn Betten ein den Bedürfnissen der Patienten entsprechendes Arbeiten erleichtern.⁴³ Weiter wird in Bezug auf die räumlichen Zusammenhänge ausgeführt, dass eine Palliativstation kompakt zu planen sei, damit die Wege für Patienten und Personal möglichst kurz sind und sich die unterschiedlichen Funktionsbereiche anhand der Gliederung der Architektur abzeichnen. Entsprechend sei der belebte Teil der des Empfangs und es gelte «Arzträume, Seminarraum, Personal- und Technikräume [...] vom ruhigeren Bereich mit den Patientenzimmern, Behandlungsräumen und dem Raum der Stille räumlich zu trennen».⁴⁴

Über die Vorgaben zu den Raumzusammenhängen hinaus werden Anforderungen an die Gestaltung formuliert. Es wird beschrieben, dass einerseits die Möglichkeiten eines Krankenhauses vorzuhalten sind, während andererseits «die räumliche Gestaltung wohnlicher und die Atmosphäre ruhiger auszubilden»⁴⁵ ist als ansonsten im Krankenhausbau üblich. Es wird hervorgehoben, dass die Hygienestandards medizinischer Einrichtungen einzuhalten sind, jedoch insbesondere im Hinblick auf Materialität, Farbigkeit und Mobiliar der typischen Anmutung eines Krankenhauses entgegenzuwirken sei. Wenngleich die Angaben zu Materialwahl, Möblierung und

40 Ebd., S. 12.

41 Ebd., S. 12 f.

42 Ebd., S. 13.

43 Ebd., S. 17.

44 Ebd., S. 17.

45 Ebd., S. 18.

Ausstattung der Räume sehr detailliert dargestellt sind, wird keine Aussage zur architektonischen Qualität der Räume selbst getroffen. Vielmehr wird hier eine oberflächliche gestalterische Intervention in ansonsten standardisierten Räumen des Krankenhausbaus eingefordert. Einzig anhand der Beschreibung der Innen- und Außenbezüge wird insofern auf das architektonische Gefüge der Station eingegangen, als dass darin der Bedarf nach einem aus dem Bett möglichen Ausblick, der Zuordnung separater Freisitze zu den einzelnen Zimmern und die Nähe zu einem Patientengarten formuliert wird. Des Weiteren sind im Abschlussbericht der Bauministerkonferenz spezifische Ausstattungs- und Gestaltungsanforderungen sowie der jeweils funktionale Bedarf für die einzelnen Raumtypologien beschrieben.⁴⁶

Eine vergleichbare Planungsgrundlage für Hospize bildet die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Dezember 2004 herausgegebene Planungshilfe «Leben und Sterben im Hospiz», welche im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe erarbeitet wurde.⁴⁷ Diese bildet die bisher einzige explizite Planungsgrundlage für Hospize. Wenngleich seither zahlreiche Gesetzesänderungen mit Folgen für die Handlungs- und Gestaltungspraxis von Hospizen vollzogen wurden, welche auch Auswirkungen auf deren bauliche Umsetzung haben, wurden diese nicht weiter spezifiziert. Zur Sicherung der Qualität der Begleitung am Lebensende wird im September 2010 die «Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland» von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V. und der Bundesärztekammer veröffentlicht, die seit 2008 gemeinsam die Trägerschaft des Prozesses zur Konkretisierung der Charta in Deutschland übernommen haben. Die Initiative zur Gründung einer Charta geht auf eine anlässlich des zehnten Kongresses der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care im Jahr 2007 in Budapest zurück.⁴⁸ Die Charta formuliert in fünf Leitsätzen grundlegende Qualitäten palliativmedizinischer und hospizlicher Begleitung:

«Leitsatz 1: Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation. Leitsatz 2: Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen. Leitsatz 3: Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung. Leitsatz 4: Entwicklungsperspektiven und Forschung. Leitsatz 5: Die europäische und internationale Dimension.»⁴⁹

Im Einzelnen werden in der Charta Grundsätze für ein würdevolles und bestmöglich begleitetes Sterben formuliert, welche die medizinische Versorgung ebenso betreffen wie die räumliche Gestaltung und die soziale und gesellschaftliche Einbindung Sterbender. Hierin wird die Wechselwirkung äußerer Rahmenbedingungen und individueller Lebensqualität am Lebensende besonders hervorgehoben. «Ein Sterben in Würde hängt wesentlich von den Rahmenbedingungen ab, unter denen Menschen miteinander

46 Ebd., S. 20 ff.

47 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): 2004.

48 Vgl. hierzu Charta zur Betreuung Sterbender: charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_entstehung.html, abgerufen am 05.03.2020.

49 Ebd.

der leben», heißt es im ersten Leitsatz der Charta.⁵⁰ Im Zentrum dieses Anliegens steht das Bestreben, dem Sterben eine etablierte Position im öffentlichen Diskurs zuzuweisen und mit der Verbreitung der Charta die Kommunikation über das Sterben und die Unterstützung einer qualitätsvollen Sterbebegleitung zu fördern und zu intensivieren. «Dem Sterben als Teil des Lebens ist gebührende Aufmerksamkeit zu schenken»,⁵¹ lautet die übergeordnete Zielsetzung, welche zur Handlungsgrundlage für die Konzeption der Charta erklärt wird. Die Charta hat einen wertvollen Beitrag für die vermehrte Thematisierung des Sterbens in der Gesellschaft und zunehmende Aufmerksamkeit für Aufgaben, Ziele und Handlungsbedarf der palliativmedizinischen und hospizlichen Sterbebegleitung geleistet. Während ihres zehnjährigen Bestehens hat sie die bundesweite Unterstützung von 2.312 Organisationen und Institutionen sowie 27.121 Einzelpersonen gefunden.⁵²

Im November 2015 wurde im Bundestag das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland mit Zustimmung von Union, SPD und Grünen beschlossen, welches als Hospiz- und Palliativgesetz HPG seit Dezember 2015 in Kraft ist.⁵³ Darin werden insbesondere die Kostenübernahme und Beratung durch die Krankenkassen, Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität sowie die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase festgelegt.⁵⁴ Gemäß der Zusammenfassung der wesentlich durch das Gesetz veränderten oder erneuerten Regelungen des Bundesministeriums für Gesundheit umfassen diese im Wesentlichen die ausdrückliche Anerkennung der Palliativversorgung als Bestandteil der Regelversorgung gesetzlicher Krankenkassen, die verstärkte Einbindung ambulanter, palliativmedizinischer Versorgung in die häusliche und institutionelle Alten- und Krankenpflege sowie den erweiterten Ausbau einer Infrastruktur spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, SAPV, insbesondere in ländlichen Regionen. Des Weiteren wird insgesamt der Finanzierungsrahmen stationärer und ambulanter Hospiz- und Palliativversorgung erhöht:

«Die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize wird verbessert. Hierfür wird der Mindestzuschuss der Krankenkassen erhöht. [...] Bei den Zuschüssen für ambulante Hospizdienste werden künftig neben den Personalkosten auch die Sachkosten berücksichtigt. [...] Der steigende Zuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung trägt insgesamt dazu bei, dass Hospizdienste mehr finanziellen Spielraum erhalten, auch um die Trauerbegleitung der Angehörigen mit zu unterstützen. Außerdem soll die ambulante Hospizarbeit in Pflegeheimen stärker berücksichtigt

50 Ebd., Leitsatz 1.

51 Ebd., Leitsatz 1.

52 Charta zur Betreuung Sterbender: Stand März 2020, die Aktualisierung erfolgt einmal im Quartal, [charta-zur-betreuung-sterbender.de](https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de), abgerufen am 05.03.2020.

53 Vgl. hierzu Bundesgesundheitsministerium: 2. und 3. Lesung des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung, 05.11.2015, [bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/hpg-bt-23-lesung](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/hpg-bt-23-lesung), abgerufen am 05.03.2020.

54 Vgl. hierzu Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, Hospiz- und Palliativgesetz HPG, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 7.12.2015.

werden. Auch Krankenhäuser können Hospizdienste künftig mit Sterbebegleitungen beauftragen.»⁵⁵

Diese Finanzierungsanpassung findet jedoch keine Übertragung in eine Erneuerung der architektonischen Konzeption, sondern nimmt vielmehr Einfluss auf handlungspraktische Aspekte und Fragen des Managements, die pflegerische Versorgung, den Betreuungsschlüssel in stationären Hospizen und die zusätzliche Berücksichtigung sächlicher Ausstattung von ambulanten Versorgungsstrukturen. Die aus der Gesetzesänderung resultierende Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen hat eine zunehmende Einbindung ambulanter Dienste in stationäre pflegerische Einrichtungen zur Folge und ermöglicht die verstärkte professionelle Begleitung Sterbender in Altenpflegeeinrichtungen⁵⁶ und für die Versorgung zu Hause.

Es ist davon auszugehen, dass die aktuelle Gesetzesänderung vom 26. Februar 2020 insofern Folgen für die Architektur und Gestaltung sterbebegleitender Einrichtungen haben wird, als dass künftig der Bedarf besteht, neben den Institutionen einer palliativmedizinischen und hospizlichen Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen auch den Einrichtungen aktiver Sterbehilfe eine räumliche Fassung zu geben.

Raumprogramm und Flächenzuweisung

Für die Planung stationärer Hospize sind in der Planungshilfe «Leben und Sterben im Hospiz»⁵⁷ raumprogrammatische und nutzungsspezifische konzeptionelle Vorgaben formuliert. Weiter werden darin Orientierungsgrößen für die Dimensionierung der Räumlichkeiten stationärer Hospize vorgegeben. Im Hinblick auf Gliederung, Struktur und Funktion entsprechen diese im Jahr 2017 weitgehend den bereits 2004 in der Planungshilfe «Leben und Sterben im Hospiz» angegebenen Forderungen. Im Hinblick auf die bauliche Realisierung von Hospizprojekten ergibt sich aus der Erweiterung und Überarbeitung geltender Gesetze und deren Ergänzung durch gesonderte Rahmenvereinbarungen eine Verbesserung des Finanzierungsrahmens für Investitions- und Betriebskosten durch die Erhöhung von Beitragssätzen und die zusätzliche Berücksichtigung von Sachkosten, insbesondere für ambulante Hospizdienste, was für die Planung stationärer Hospize einen erweiterten Flächenansatz zur Folge hat.

In der Planungshilfe von 2004 wird eine Hospizeinheit mit acht Plätzen mit einem rechnerischen Ansatz von 280 m² angegeben, wobei der Zusammenschluss zweier hospizlicher Hausgemeinschaften mit einer Gesamtnutzfläche von 578 m² empfohlen wird, was zwei Hausgemeinschaften à 280 m² zuzüglich eines geteilten Pflegebads mit einer Größe von 18 m² entspricht. Daraus ergibt sich ein Nutzflächenansatz von etwa 36 m² pro Person, welcher inklusive eines Verkehrs- und Funktionsflächenansatz

55 Zit. n. Bundesministerium für Gesundheit: Hospiz- und Palliativgesetz, Wesentliche Regelungen im Überblick, 05.11.2015, bundesgesundheitsministerium.de, abgerufen am 08.03.2020.

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

57 Vgl. hierzu Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Köln, 2004.