Obdachlose im Krankenhaus.
Was benötigen professionell Pflegende in der stationären Versorgung wohnungsloser Patienten?
Eine qualitative Untersuchung.

Homeless people in hospitals.
Which needs do those nurses have who look after homeless inpatients.
A qualitative study.

MASTER-Thesis zur Erlangung des Grades „Master of Arts“

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Masterstudiengang Lehrer/innen Pflege und Gesundheit

Christina Salvini-Plawen
Steinbergerstraße 19
50773 Köln

Matr.-Nr.: 508269

Sabrina Thomauske
Am Möscheberg 21
41199 Mönchengladbach

Matr.-Nr.: 508291

Erstprüfer: Prof. Dr. Cornelia Kahl
Zweitprüfer: Prof. Dr. med. Marcus Siebolds

Abgabetermin: 01.07.2016

Für Paul,
der mein Leben seit einem Jahr jeden einzelnen Tag um so vieles bereichert.
Manchmal sind es die kleinen Dinge, die den größten Raum im Herzen einnehmen.
Für Gerold,
der mich auch dieses Mal auf alle erdenklichen Arten unterstützt hat und mir ein wunderbarer Ehemann und für Paul der beste Vater ist, den ich mir vorstellen kann. Ich liebe euch, Christina

Für meine Eltern,
Ihr habt mir nicht nur Flügel geschenkt. Ihr habt mir beigebracht damit zu fliegen und selber herauszufinden, wohin ich möchte. Das ist von unschätzbarem Wert. Ich danke Euch dafür. In Liebe, Sabrina

Wir danken all unseren Lieben, die für uns nach vorne geschaut, uns ermutigt, uns stets aufgebaut, uns ausgehalten und uns auf die unterschiedlichsten Arten unterstützt haben. Das ist nicht selbstverständlich und wir wissen das zu schätzen.
Danke.
Christina und Sabrina

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der weiblichen oder männlichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

In dieser Arbeit wird zur Beschreibung von Personen ohne eigenen Wohnraum von den Autorinnen die Begrifflichkeit der Wohnungslosen und dazu analoge Bezeichnungen in Anlehnung an die Begriffsdefinition der BAG Wohnunslosenhilfe verwendet. Bewusst wird im eigenen Sprachgebrauch davon Abstand genommen, die Begrifflichkeiten Obdachlose und Nichtsesshafte zu verwenden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract (gemeinsam) 1
Abstract – deutschsprachig 1
Abstract – englischsprachig 4
Abbildungsverzeichnis 6
Tabellenverzeichnis 7
Abkürzungsverzeichnis 8
1. Forschungshintergrund (gemeinsam) 11
2. Ziel (gemeinsam) 13
3. Planung des Reviews in der Scientific Community 15
3.1. Recherchevorgehen/Methodik (Salvini-Plawen) 15
3.1.1. Datenbanken (Salvini-Plawen) 17
3.1.2. Suchbegriffe (Thomauske) 23
3.1.3. Limits (Thomauske) 27
3.1.4. Graphische Darstellung der Treffer (gemeinsam) 30
3.2. Aufbereitung der eingeschlossenen Literatur (Thomauske) 39
3.2.1. Evidenzbewertung (Thomauske) 39
3.2.2. Verwendbarkeit der Literatur (Thomauske) 39
4. Nationale und internationale Ergebnisse der Scientific Community 41
4.1. Gruppe der wohnungslosen Menschen (Thomauske) 42
4.1.1. Definition (Thomauske) 42
4.1.2. Die Gruppe der Wohnungslosen (Thomauske) 47
4.1.3. Erkrankungen wohnungsloser Menschen (Thomauske) 52
4.2. Wohnungslose und pflegerische Versorgung (Thomauske) 57
4.3. Umgang der professionell Pflegenden mit wohnungslosen Patienten (Salvini-Plawen) 63
4.4. Pflegeausbildung und Pflegeberuf (Salvini-Plawen) 80
4.4.1. Darstellung und Vergleich der internationalen Pflegeausbildung (Salvini-Plawen) 80

4.4.2. Pflegeausbildung im Zusammenhang mit wohnungslosen Patienten (Salvini-Plawen) 87
4.4.3. Vergleich der Berufsbezeichnungen (Salvini-Plawen) 98
4.5. Zusammenfassung (gemeinsam) 103
5. Entwicklung der Forschungsfrage (gemeinsam) 104
6. Review der empirischen Methoden 105
6.1. Datenbanken (Salvini-Plawen) 105
6.2. Suchbegriffe (Salvini-Plawen) 105
6.3. Limits (Salvini-Plawen) 106
6.4. Darstellung der Treffer (Salvini-Plawen) 107
6.4.1. Graphische Darstellung der Treffer (gemeinsam) 109
7. Qualitative Untersuchung 111
7.1. Untersuchungsdesign (Salvini-Plawen) 111
7.1.1. Ziele der qualitativen Untersuchung (Salvini-Plawen) 112
7.1.2. Methodologische Perspektive (Salvini-Plawen) 113
7.1.3. Gütekriterien (Salvini-Plawen) 115
7.2. Forschungsdurchführung (Thomauske) 118
7.2.1. Das Experteninterview als Forschungsmethode (Thomauske) 118
7.2.2. Konstruktion des Interviewleitfadens (Thomauske) 119
7.2.3. Pretest (Thomauske) 123
7.2.4. Expertenauswahl und Feldzugang (Thomauske) 125
7.2.5. Stichprobe (Thomauske) 127
7.2.6. Durchführung der Experteninterviews (Thomauske) 129
7.2.7. Transkription (Thomauske) 132
7.2.8. Forschungsethik (Thomauske) 133
7.3. Qualitative Inhaltsanalyse (Salvini-Plawen) 135
7.3.1. Kausalmechanismus (Thomauske) 137
7.3.2. Vorbereitung der Extraktion (gemeinsam) 142
7.3.3. Extraktion (gemeinsam) 150
7.3.4. Aufbereitung (gemeinsam) 161

7.3.5. Auswertung (gemeinsam) 176
7.4. Ergebnisdarstellung (gemeinsam) 209
8. Beantwortung der Forschungsfrage (gemeinsam) 215
9. Diskussion (gemeinsam) 217
10. Methodenkritik (gemeinsam) 228
11. Danksagung 236
Literaturverzeichnis 237
Eingeschlossene Literatur 237
Ausgeschlossene Literatur 245
Verwendete Literatur 273
Gesamtliteratur 279
Internetquellen 315
Appendix 318
Appendix 1 - Interviewleitfaden 319
Appendix 2 – Kurzversion des Interviewleitfadens 321
Appendix 3 – Anschreiben an die Krankenhäuser 322
Appendix 4 – Flyer 323
Appendix 5 – Teilnehmerinformationsbogen 325
Appendix 6 – Einwilligungserklärung 327
Appendix 7 – Postinterviewprotokoll 329
Versicherung selbstständiger Arbeit 330
Einverständniserklärung 331

Abstract (gemeinsam)

Abstract – deutschsprachig

Hintergrund

Aufgrund der Ergebnisse der Bachelorthesis der Autorinnen lässt sich festhalten, dass professionell Pflegende im stationären Berufsalltag Probleme ihrerseits mit der Versorgung wohnungsloser Patienten haben. In der vorliegenden Masterthesis wird untersucht, was die Berufsgruppe benötigt, um diese Patienten versorgen zu können. Durch ihre Arbeit im Bildungswesen haben beide Verfasserinnen die Erfahrung gemacht, dass einige Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege bereits über eine negativ geprägte Haltung gegenüber der Patientengruppe verfügen. Es soll dargestellt werden, wie der Umgang der professionell Pflegenden mit wohnungslosen Patienten ist. Gleichzeitig wird die derzeitige Ausbildungsgestaltung national und international in den Blick genommen. Die Autorinnen vermuten, dass hier der Ursprung der Problematik liegt, da die Auszubildenden nicht entsprechend auf die Versorgung und den Kontakt mit Wohnungslosen vorbereitet werden. Diese vulnerable Bevölkerungsgruppe ist in Großstädten präsent und benötigt vermehrt stationäre pflegerische Versorgung. Somit ist dies ein wichtiger Aspekt für die Pflege.

Methoden

Es handelt sich um eine dyadisch geteilte Qualifikationsarbeit. Aufbauend auf einem systematischen Literaturreview wird eine qualitative Untersuchung durchgeführt. Das Review schließt den nationalen sowie internationalen englischsprachigen Wissensbestand der Scientific Community (S. C.) ein. Insgesamt werden sieben Fachdatenbanken zu der Thematik der wohnungslosen Menschen allgemein sowie der pflegerischen Versorgung derer und die Ausbildungssituation in diesem Kontext durchsucht. Das Review orientiert sich an den Vorgaben der Cochrane Collaboration und verwendet den PRISMA-Standard. Insgesamt konnten so 488 Literaturtreffer generiert werden, davon entstammen 219 der nationalen und 269 der internationalen Recherche. 37 der so erlangten Treffer konnten eingeschlossen werden. Parallel dazu wurde eine Handrecherche durchgeführt, mit deren Hilfe weitere 77 Treffer eingeschlossen werden konnten.

Bei der im Anschluss durchgeführten pflegewissenschaftlichen, qualitativen Untersuchung unter Verwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden

handelt es sich um sieben leitfadengestützte face-to-face Experteninterviews. Befragt wurden professionell Pflegende, die ihre Ausbildung nach der Ausbildungsrichtlinie von 2004 absolviert haben und wohnungslose Patienten in ihrem Berufsalltag versorgen. Die Auswahl der Auswertungsmethode erfolgte nach Durchführung eines Methodenreviews. Entsprechend erfolgte die Interviewauswertung mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel und ihren Forschungsparadigmen.

Ergebnisse

Zur Gruppe der Wohnungslosen können zahlreiche Aussagen gefunden werden. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Beschreibung genereller Fakten diese Gruppe betreffend. Es handelt sich um eine inhomogene und international größtenteils vergleichbare Bevölkerungsgruppe. National wie international lassen sich nur wenige Literaturhinweise identifizieren, welche sich mit dem Erleben der professionell Pflegenden im Umgang mit wohnungslosen Patienten auseinandersetzen. Gleiches gilt für die Ausbildungssituation in diesem Zusammenhang.

Die Experteninterviews liefern Antworten auf die Frage, wie die pflegerische Versorgung wohnungsloser Patienten durch die professionell Pflegenden stattfindet und empfunden wird. Ihre Haltungen/Einstellungen werden deutlich. Sie geben Anregungen für die Ausgestaltung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, um Auszubildenden einen positiven Umgang mit der Patientengruppe der Menschen ohne Wohnung zu ermöglichen.

Schlussfolgerungen

Es lässt sich aussagen, dass die Pflege dieser Patientengruppe als „anders“ und nicht unbedingt negativ beschrieben wird. Als Motiv für die als „anders“ zu bezeichnende Pflege kann u. a. „Helfen wollen“ bezeichnet werden. Weiter scheinen große Teile der Pflegenden durch den körperlichen Zustand (Hygiene, Kleidung) der wohnungslosen Patienten beeinflusst zu werden. Dadurch und durch andere Faktoren wird Handlungsbedarf bei den Pflegenden ausgelöst. Zudem zeigt sich bei der pflegerischen Versorgung wohnungsloser Patienten ein weiter gefasstes Pflegeverständnis, was sich z. B. durch das Anbieten von Gesprächen charakterisiert. Diese Fakten lassen sich auch international bestätigen.

Aus den Aussagen der Experten kann geschlussfolgert werden, dass in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung das Thema Wohnungslosigkeit in

Theorie und Praxis vermittelt werden muss. Einen hohen Stellenwert hat hier die Unterstützung der Auszubildenden bei der Identitätskonstruktion.
Weiterer Forschungsbedarf wird als unerlässlich angesehen, da das Verhalten und die Sicht der professionell Pflegenden sowie der Auszubildenden noch weiter untersucht werden sollten.

Abstract – englischsprachig

Background

Based on the results of the two authors‘ bachelor thesis it can be noted that nurses have problems with the patient-centred care of homeless people in their daily inpatient routine. In the present master thesis the needs of the occupational group looking after these patients will be researched. Their work in the education field has provided both authors with the insight and experience that some nursing trainees already have a negatively influenced attitude towards this group of patients. In this paper the interaction of nurses with homeless patients is to be shown. Simultaneously the current national and international education curricula are moved into focus. This is also where the authors assume that the problem's roots lie as the nursing trainees are not adequately prepared for the care of and contact with homeless people. This vulnerable population group is very much present in large cities and requires increased stationary patient-centred care. As a consequence this aspect might be an important for nursing.

Methods

This paper is a dyadically divided academic qualification paper. Building on a systematic literature review, a qualitative analysis is made. The review contains the Scientific Community's (S.C.) national as well as international English-language states of knowledge. Altogether, seven subject-specific data bases on the topics of homeless people were searched - in general as well as relating to patient-centred care and the nursing education situation. The review focuses on the specifications of the Cochrane Collaboration and uses the PRISMA standard. Altogether, 488 literature hits could be generated – of those 219 came from the national search while 269 hits resulted from the international research. Altogether 37 of those hits were included in this thesis. At the same time the authors undertook a manual search resulting in 77 additional hits to be built into this paper.

The ensuing academic qualitative research in the field of nursing science encompassed seven face-to-face expert interviews according to a manual – thereby using research methods pertaining to social sciences.

The interviewees were professional carers who had finished their education in accordance with the 2004 educational guidelines and were looking after homeless patients in their professional daily routine. The method of analysis was chosen following a method review. Consequently, the interview evaluation was

based on the qualitative content analysis according to Gläser and Laudel and their research paradigms.

Results

Numerous comments can be found on the group of homeless people. The focus is certainly put on the description of general facts relating to this group which is an inhomogeneous and internationally mostly comparable group. Only very few national or international literature references can be identified that look into nurses' experience in the treatment and handling of homeless people. The same can be said in this context for the educational situation.

The expert interviews provide answers to the question how the patient-centred care of homeless people takes place and is felt. Their attitude and approach becomes clear. They give suggestions on the definition of the nursing curriculum in order to ensure the nursing trainees' positive approach and interaction with that specific group of patients.

Conclusion

It can be said that the care of this group of patients is described as "different" whilst not necessarily as negative. One reason for the "different" care can be seen in the "wish to help". Further, large groups of nurses are influenced by the bodily condition (hygiene, clothes) of homeless patients. This and other factors trigger off a need for action within the group of nurses. In addition, a broader understanding of patient-centred care becomes apparent with homeless patients – manifesting itself for example in the offering of conversations/talks. These facts can be internationally confirmed.

From the experts' statements it can be clearly concluded that the nursing education should include the topic of homelessness in theory and practice. Great significance is here also given to the support of nursing trainees in the construction of identity.

Further need for research is considered indispensable as the behaviour and viewpoint of nurses as well as nursing trainees should be further looked into.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Legende der deutschen Recherche 32
Abbildung 2: Deutsche Recherche Livivo 32
Abbildung 3: Deutsche Recherche OPAC 33
Abbildung 4: Deutsche Recherche Psyndex 34
Abbildung 5: Legende der internationalen Recherche 36
Abbildung 6: Internationale Recherche Livivo 36
Abbildung 7: Internationale Recherche Pubmed 37
Abbildung 8: Internationale Recherche Cochrane 37
Abbildung 9: Internationale Recherche Cinahl 38
Abbildung 10: Zusammenfassende Darstellung der nationalen und internationalen Recherche 38
Abbildung 11: "Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung" (ETHOS) 44
Abbildung 12: Definition Wohnungslosigkeit UK 45
Abbildung 13: Unterbringung wohnungsloser Menschen in den USA 49
Abbildung 14: Gründe für Wohnungslosigkeit UK 51
Abbildung 15: Graphische Darstellung der Treffer des Methodenreviews 110
Abbildung 16: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse 136
Abbildung 17: Kausalmechanismus 139
Abbildung 18: Drei-Komponenten-Konzeption 141
Abbildung 19: Modifizierter Kausalmechanismus 224

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Datenbanken 17
Tabelle 2: Auswertung der Datenbankrecherche 1 22
Tabelle 3: Auswertungstabelle der Datenbankrecherche 2 22
Tabelle 4: Suchkombinationen der deutschen Recherche 31
Tabelle 5: Suchkombinationen der internationalen Recherche 35
Tabelle 6: Evidenzklassen nach AHCPR 39
Tabelle 7: Vergleich der europäischen Pflegeausbildungen 85
Tabelle 8: Anzahl und Inhalt der gefundenen Literatur zu Ausbildungsinhalten 91
Tabelle 9: Berufsbezeichnungen im Ländervergleich 102
Tabelle 10: Methodenrecherche Suche 1 107
Tabelle 11: Methodenrecherche Suche 2 107
Tabelle 12: Methodenrecherche Suche 3 107
Tabelle 13: Methodenrecherche Suche 4 108
Tabelle 14: Methodenrecherche Suche 5 108
Tabelle 15: Methodenrecherche Suche 6 108
Tabelle 16: Methodenrecherche Suche 7 108
Tabelle 17: Übersicht der anfänglich vermuteten Kategorien 147
Tabelle 18: Kategorien, Definitionen und Ankerbeispiele Dimension 1 154
Tabelle 19: Kategorien, Definitionen, Ankerbeispiele Dimension 2 158
Tabelle 20: Kategorien, Definitionen und Ankerbeispiele Dimension 3 159
Tabelle 21: Variablen mit Definition und Textbelegen Dimension 1 167
Tabelle 22: Variablen mit Definition und Textbelegen Dimension 2 171
Tabelle 23: Variablen mit Definition und Textbelegen Dimension 3 172
Tabelle 24: Variablenausprägungen Kategorie 5 mit Definition und Textbelegen 174
Tabelle 25: Variablenausprägungen Kategorie 12 mit Definition und Textbelegen 175
Tabelle 26: Auswertungstabelle Dimension 1 181
Tabelle 27: Auswertungstabelle Dimension 2 191
Tabelle 28: Auswertungstabelle Dimension 3 203
Tabelle 29: Vergleichstabelle Stehling 218
Tabelle 30: Vergleichstabelle Crowe 219

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
abzgl.	abzüglich
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
Aufl.	Auflage
B	Befragter
BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V.
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
B. Sc.	Bachelor of Science
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
Cinahl	Datenbank zur Krankenpflege
Cochrane	Datenbank der Cochrane Library
DigiBib	Digitale Bibliothek
d. h.	das heißt
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
d. Verf.	der Verfasser
ebd.	ebenda
EBSCO	Datenbankanbieter
ED	Emergency Departement
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
erw.	erweiterte
etc.	et cetera = und so weiter
ETHOS	Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung
e. V.	eingetragener Verein
evtl.	eventuell
exkl.	Exklusive
f.	folgende
FEANSTA	European Federation of National Association Working with the Homeless
ff.	fortfolgende
FORIS	Forschungsarbeiten in den Sozialwissenschaften

GesinE	Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich
ggf.	gegebenenfalls
G. P.	General Practitioner
Hg.	Herausgeber
Hrsg.	Herausgeber
I	Interviewer
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Erkrankungen und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICN	International Council of Nurses
i. d.	in der, in dem
i. d. R.	in der Regel
insg.	insgesamt
i. S.	im Sinne
ISCED	International Standard Classification of Education
Kap.	Kapitel
Kat.	Kategorie
KatHO	Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
KMK	Kultusministerkonferenz
LIVIVO	Datenbank des Leibniz-Informationszentrums Lebenswissenschaften
Matr.-Nr.	Matrikelnummer
MaxQDA	Software für die qualitative Datenanalyse
MeSH-Terms	Medical Subject Headings
NCBI	National Center for Biotechnology Information
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
o. A.	ohne Autor
o. J.	ohne Jahr
o. S.	ohne Seite
OPAC	Bibliothekskatalog der KatHO
Pat.	Patient(en)
pfl.	pflegerisch
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
Psyndex	Datenbank des ZPID

Pubmed	Datenbank der US National Library of Medicine, National Institutes of Health
RR	Blutdruck nach Riva Rocci
s.	siehe
S.	Seite
S. C.	Scientific Community
sic	sīc erat scriptum = so stand es geschrieben
SOLIS	sozialwissenschaftliches Informationssystem
SOMED	Datenbank für Sozialmedizin
TBC	Tuberkulose
Tbl.	Tabelle
u. a.	und andere
UK	United Kingdom
U. S.	United States
USA	United States of America
überarb.	Überarbeitet
Verl.	Verlag
vgl.	vergleiche
vollst.	vollständig
Wiso	Datenbank für Hochschulen
z. B.	zum Beispiel
ZB MED	Zentralbibliothek für Medizin
zit. n.	zitiert nach
ZPID	Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation

1. Forschungshintergrund (gemeinsam)

> „Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechtes auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Sie wird ohne Unterschied auf das Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, den Glauben, die Hautfarbe, die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status ausgeübt."
>
> (Menche (Hrsg.) 2011: 35)

Mit diesen Worten wird in der Präambel des International Council of Nurses beschrieben, wie professionell Pflegende ihre Tätigkeiten ausüben sollen. Wohnungslose Patienten stellen weltweit eine Patientengruppe mit sehr geringem sozialen Status dar und sollen nach dieser Maxime eine vorurteilsfeie und ganzheitliche Pflege erfahren. Sie begegnen ihren Pflegenden in jedem ambulanten wie auch stationären Setting.

Nach der Professionstheorie Oevermanns sollen Pflegende in der Lage sein:

1. „Die Autonomie der Lebenspraxis der Patienten und Klienten [zu wahren, d. Verf.]"
2. „ Die subjektive Betroffenheit des Patienten [zu erkennen, d. Verf.]"
3. „[Einen, d. Verf.] Zusammenhang von Regelwissen und Fallverstehen [herzustellen, d. Verf.]
4. „[Ein, d. Verf.] begründetes Abweichen von Regeln [durchzuführen, d. Verf.]"
5. „Keine vollständigen Handlungsstandards [zu nutzen und ihr Handeln an den individuellen Patienten anzupassen, d. Verf.]"
6. „Wechselseitigkeit von Begründungs- und Entscheidungszwängen [zu erkennen und danach zu Handeln, d. Verf.]"
7. „[Eine, d. Verf.] analytische Distanz des Professionellen [zu wahren, d. Verf.]"

(vgl. ebd.: 35-37)

Nach den individuellen Erfahrungen der Autorinnen gelingt die Umsetzung dieser Professionstheorie in die Praxis jedoch nur stellenweise und bei der Versorgung von Randgruppen der Gesellschaft, zu denen auch Wohnungslose zählen, zeigen sich Schwächen. Beide Autorinnen dieser Masterarbeit haben diese Divergenz zwischen den Anforderungen der Theorie an das Verhalten der professionellen Pflegekräfte und der tatsächlichen berufspraktischen Realität während ihrer eigenen Tätigkeit erfahren. Eine der Autorinnen war im Bereich der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie tätig. Die zweite Autorin hat Erfahrungen auf einer interdisziplinären Intensivstation in einem Kölner Stadtteil mit hoher Dichte von Menschen ohne Obdach und arbeitet ehrenamtlich in der aufsuchenden Pflege dieser Menschen. Durch ihre Erfahrungen in den Settings lässt sich ein von unterschiedlichen Handlungen und Gefühlen geprägter Umgang mit der Patientengruppe feststellen. Wohnungslose Patienten stellen professionell

Pflegende vor besondere Herausforderungen in ihrer Versorgung, nicht zuletzt durch ihr oftmals als „schwierig“ beschriebenes Verhalten.

Beide Autorinnen arbeiten derzeit in Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens als Lehrkräfte. Auch in den Bildungseinrichtungen lässt sich nach ihren Erfahrungen eine von wenig Wertschätzung geprägte Einstellung der Auszubildenden gegenüber wohnungslosen Menschen erkennen. Diese zeigt sich häufig in abwertenden Aussagen der Auszubildenden.

Es wird vermutet, dass die Einstellungen der professionell Pflegenden, welche ihre Handlungen im Berufsalltag beeinflussen, bereits in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung entstehen. Diese Beobachtungen veranlassen dazu, den Umgang professionell Pflegender mit dieser Patientengruppe als konfliktbehaftet zu betrachten und dessen Ursprung in der Ausbildung zu vermuten.

Durch die berufliche Zukunft der Autorinnen, welche im Bildungswesen zu sehen ist, ist diese heuristische Hypothese von Interesse. Ihr eigenes berufliches Handeln und das anderer Pädagogen können sich an den Ergebnissen der Arbeit orientieren. Definiertes Ziel ist es, die Auszubildenden und künftigen professionellen Pflegekräfte auf den Umgang mit dieser als „schwierig“ geltenden Patientengruppe bestmöglich vorzubereiten (vgl. Salvini-Plawen, Thomauske 2014: 10).

Im Jahr 2014 erstellten die Autorinnen bereits eine Bachelorarbeit in Form eines Critical Appraisals zu dieser Thematik, welche ihre Annahmen für den nationalen Raum auch bestätigten (vgl. ebd.).

Diese Masterthesis stellt eine dyadische Qualifikationsarbeit dar. In einem ersten Literaturteil werden die international vorhandenen Fakten zur Bevölkerungsgruppe der Wohnungslosen dargelegt. Die Sicht- und Handlungsweisen der professionell Pflegenden in Bezug auf die Patientengruppe der Menschen ohne Obdach werden literaturbasiert abgebildet. Ebenfalls werden die international verschiedenen Ausbildungsgänge für professionell Pflegende verglichen, um eine literaturgestützte Basis zur Beantwortung der Forschungsfragen zu schaffen. In einem zweiten Teil schließt sich eine qualitative Untersuchung zum Umgang der professionell Pflegenden mit wohnungslosen Patienten an.

Die Arbeit orientiert sich an den Vorgaben der Cochrane Collaboration (Das deutsche Cochrane Zentrum (Hrsg.) a o. J.: o. S.).

2. Ziel (gemeinsam)

Die Masterarbeit greift die Ergebnisse der vorangegangenen Bachelorarbeit der Autorinnen mit dem Thema „Wohnungslose Menschen im Kontext der professionellen stationären Pflege im Krankenhaus – Beschreibung der IST-Situation aus Sicht der Pflegenden – eine Literaturbeschreibung“ (Salvini-Plawen, Thomauske 2014) auf und nutzt deren Ergebnisse als Grundlage für diese Arbeit. Der Blick wird nun von der nationalen Betrachtung auf einen internationalen Fokus erweitert. Betrachtet werden Länder, welche in der systematischen Literaturrecherche verwertbare Ergebnisse lieferten. Es handelt sich hierbei um Deutschland, die United States of America (USA) sowie einige Länder des Commonwealth of Nations (United Kingdom (UK), Australien, Kanada).
Die Arbeit ist dyadisch aufgebaut und soll mehrere heuristische Hypothesen, welche zum Teil schon die Grundlage für die Bachelorarbeit bildeten, hinterfragen.

Heuristischen Hypothesen der Bachelorarbeit, welche weiter Bestand haben:

- Der Umgang mit Wohnungslosen Patienten ist seitens der professionell Pflegenden konflikt-/problembelastet
- Es besteht die Mutmaßung, dass dieses Verhalten bereits in der Pflegeausbildung mitbegründet wird

Heuristische Hypothesen basierend auf den Ergebnissen der Bachelorarbeit:

- Die Haltung/Einstellung[1] der Pflegenden ist entscheidend für ihren pflegerischen Umgang mit der Gruppe der wohnungslosen Patienten
- Zur Entwicklung positiver Einstellungen bei zukünftig professionell Pflegenden bedarf es der Erlangung praktischer Erfahrungen im Rahmen der Ausbildung mit der Gruppe in ihrer Lebenswelt, begleitet durch positiv eingestellte Schulpädagogen und professionelle Experten aus der Lebenswelt der Wohnungslosen

[1] „Einstellung, die: Meinung, Ansicht, inneres Verhältnis, das jemand besonders zu einer Sache, einem Sachverhalt hat. Synonyme: Annahme, Anschauung, Ansicht, Auffassung, Betrachtungsweise, Denkart […], **Haltung** [d. Verf.].“ (Duden (Hrsg.) o. J.: o. S.) In der vorliegenden Masterthesis werden die Wörter Einstellung und Haltung synonym verwendet. Das Begriffsverständnis der Autorinnen orientiert sich an der „Drei-Komponenten-Konzeption“ der Einstellung, wie sie Nolting und Paulus beschreiben (Nolting, Paulus 2012). Einstellung beinhaltet demnach eine emotionale Komponente (Menschen empfinden innerhalb ihrer sozialen Welt Emotionen wie Zuneigung oder Abneigung), eine kognitive Komponente (Menschen haben eine Ansicht von anderen Menschen) und eine verhaltensbezogene Komponente (Menschen neigen dazu, ihre Handlungen entsprechend ihrer Emotionen und Kognitionen auszurichten) (vgl. ebd.: 132 f.).

- Zusätzlich zu den praktischen Erfahrungen benötigen Auszubildende fundiertes theoretisches Hintergrundwissen
- Wenn dies in der Ausbildung stattgefunden hat, setzen zukünftig Pflegende ihre veränderte Sichtweise bzw. Einstellung/Haltung auch im stationären Arbeitsfeld um

Eine heuristische Hypothese der Bachelorarbeit mit der Aussage, dass es sich bei der Problematik um ein deutsches curriculares Problem in der Pflegeausbildung handelt, wurde im Vorfeld verworfen, da die Ausbildungen international nicht vergleichbar erscheinen. Trotz dieser Tatsache werden in verschiedenen Ländern ähnliche Probleme geschildert und beforscht.
Die heuristischen Hypothesen sollen in einem ersten Teil der Arbeit mit Hilfe des Wissens der internationalen Scientific Community, der verfügbaren wissenschaftlichen Literatur sowie Ergebnissen einer Handrecherche überprüft werden. Themenschwerpunkte bilden das Wissen über die Gruppe der Wohnungslosen, Informationen über die Versorgung von Wohnungslosen aus Sicht professionell Pflegender in verschiedenen Ländern sowie die internationalen Krankenpflegeausbildungen und deren Bezug zur Thematik. Das so erlangte Review soll anschließend in einem zweiten Teil dazu verwendet werden, eine qualitative Untersuchung mittels Befragungen von in Deutschland tätigen professionell Pflegenden durchzuführen.
Das Ziel dieser Qualifikationsarbeit ist somit die Überprüfung von bereits bestehendem, allerdings nicht durchgehend wissenschaftlich fundiertem und von geringer Evidenz geprägtem Wissen zur Thematik sowie die Erlangung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Weiterhin soll der Umgang von professionell Pflegenden mit wohnungslosen Patienten national und international in den Blick genommen werden. Es soll eine Antwort auf die Frage gewonnen werden, was die Pflegenden benötigen um diese Patientengruppe adäquat versorgen zu können.

3. Planung des Reviews in der Scientific Community

In den folgenden Unterkapiteln wird das dem Review zugrundeliegende Recherchevorgehen ausführlich geschildert. Dies stellt nach den Vorgaben der Cochrane Collaboration (Das Deutsche Cochrane Zentrum (Hrsg.) b o. J.: o. S.) ein wichtiges Qualitäts- und Gütekriterium einer wissenschaftlichen Arbeit dar (vgl. ebd.: o. S.)

3.1. Recherchevorgehen/Methodik (Salvini-Plawen)

In den vorangegangenen Kapiteln wurden verschiedene heuristische Hypothesen und Fragestellungen erhoben. Diese gilt es nun mit Hilfe einer internationalen systematischen Datenbankrecherche zu betrachten, zu verifizieren oder gegebenenfalls falsifizieren. Hierfür wird ein Review (vgl. Das Deutsche Cochrane Zentrum (Hrsg.) b o. J.: o. S.) mit den Ergebnissen der internationalen Scientific Community erstellt. Dabei handelt es sich um eine kritische Bewertungsarbeit, welche durch die systematische Recherche in ausgewählten und themenbezogenen Datenbanken relevante Expertenmeinungen abbildet. Ziel einer solchen wissenschaftsbasierten Arbeit ist es, durch die Analyse von Studien und Leitlinien zu ermitteln, ob diese zur Beantwortung einer spezifischen Frage aus der medizinischen Versorgung herangezogen werden können (vgl. ebd.).
In dieser Qualifikationsarbeit soll der Umgang professionell Pflegender mit der Patientengruppe der Menschen ohne Obdach international vergleichend dargestellt werden. Die dazugehörige heuristische Hypothese lautet, dass der Umgang von professionell Pflegenden mit diesen Patienten international konflikt-/problembehaftet ist. Die systematische Literaturrecherche soll folgende Fragen beantworten:

- Welche Informationen gibt es über wohnungslose Menschen in Deutschland sowie den anderen betrachteten Ländern?
- Haben professionell Pflegende in diesen Ländern ein Problem bei der Versorgung wohnungsloser Menschen?
- Handelt es sich um eine international vorhandene Problematik?
- Wenn ja: Ist das Problem in der Berufsausbildung begründet?

Neben der Beantwortung dieser Fragen soll ebenfalls beleuchtet werden, ob und in welcher Form dieses Thema in der internationalen Wissenschaft diskutiert

wird. Für den nationalen Bereich Deutschlands kann als ein Ergebnis der vorangegangenen Bachelorarbeit gesagt werden, dass diese Thematik keine nennenswerte Rolle in der Scientific Community zu spielen scheint (vgl. Salvini-Plawen, Thomauske 2014). Diese Aussage gilt es ergänzend zu dieser Arbeit für den Zeitraum ab 2014 zu überprüfen und eine Kriterien geleitete internationale Recherche zu ergänzen. Es stellt sich die Frage, ob dieses Thema generell wissenschaftlich Anerkennung findet und ob es von Interesse für die weltweite Forschung ist.

Die Suche erstreckt sich sowohl auf wissenschaftliche, elektronische Datenbanken, Fachzeitschriften, Lehr- und Wissenschaftsbücher sowie Hochschulschriften. Im Anschluss an die systematische Datenbankrecherche wird eine zusätzliche Handrecherche durchgeführt, um die Suchergebnisse zu ergänzen und zu vervollständigen. Diese wird detailliert im zugehörigen Addendum ausgewiesen. Als Literatur wird nationale sowie internationale Literatur in deutscher sowie englischer Sprache betrachtet (siehe auch Ein- und Ausschlusskriterien). Da die Qualität der durchgeführten Datenrecherche entscheidend für die Güte der Gesamtarbeit, ihre Evidenz, Vollständigkeit und Wissenschaftlichkeit ist, wird die vorliegende Literaturrecherche angelehnt an die Vorgaben der Cochrane Collaboration zur Erstellung eines Reviews (Das Deutsche Cochrane Zentrum (Hrsg.) b o. J.: o. S.) durchgeführt. Die Inhalte und Ziele dieser Einrichtung werden unter dem Punkt 3.1.1 Datenbanken beschrieben.

Es wird eine systematisch erstellte Selektionstechnik verwendet, die einem Reviewplan/Reviewprotokoll gleicht (vgl. Kahl 2014):

- Ausweisung/Erläuterung der verwendeten Datenbanken
- Ausweisung der verwendeten Suchbegriffe
- Besonderheiten/Ausnahmen bei der Literaturrecherche
- Ein-/Ausschlusskriterien
- Ergebnisse der Scientific Community
- Evidenzbewertung

(vgl. ebd.)

Diese sechs Gliederungspunkte bilden die Eckpunkte der Beschreibung des Recherchevorgehens.

Abweichungen zum Reviewplan/Reviewprotokoll werden ausgewiesen und sind der Lesbarkeit der Arbeit geschuldet. Zur besseren Übersichtlichkeit und

Lesbarkeit werden die detaillierten Ergebnislisten der Literaturrecherche, die Ergebnisse der Scientific Community, sortiert nach Datenbanken und Suchbegriffen, in einem separaten Werk (Addendum) abgedruckt. Auch die Ergebnisse der Handrecherche und die systematische Recherche zu den empirischen Methoden werden dort in identischer Form aufgelistet. Dieses Zusatzwerk kann bei den Autorinnen der Masterarbeit eingesehen werden und liegt den Prüfern zur Bewertung vor.

3.1.1. Datenbanken (Salvini-Plawen)

Für die Erstellung der Masterarbeit werden insgesamt sechs verschiedene Datenbanken nach relevanter themenbezogener Literatur durchsucht. Da bei dieser Arbeit ein nationale sowie internationale Literatur umfassendes Review erstellt wird, findet die Suche in den verschiedenen Datenbanken entweder mit deutschen Suchbegriffen oder, da wo deutsche Suchbegriffe nicht angewandt werden können, mit englischen Suchbegriffen unter Verwendung von Medical Subject Headings (MeSH-Terms) statt. Diese wurden mit Hilfe der Datenbank Pubmed generiert.

Die englischen Suchbegriffe werden, der Vollständigkeit halber, auch ergänzend zu der Suche in den internationalen Datenbanken, mit der deutschen Datenbank LIVIVO abgeglichen. Begründet ist dies dadurch, dass LIVIVO sieben Sprachen umfasst.

Für die internationale (englischsprachige) Recherche und die Suche im deutschen Sprachraum ergibt sich folgende Verteilung in den Datenbanken:

Deutsche Suchstrategie	Internationale Suchstrategie
OPAC KatHO (www.katho-nrw.de) Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen	
LIVIVO (www.livivo.de) ZB MED Leibniz-Informationszentrum Lebenswissenschaften	LIVIVO (www.livivo.de) ZB MED Leibniz-Informationszentrum Lebenswissenschaften
Psyndex (www.zpid.de) Psychologie Information ZPID – Leibniz Institut	
	Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) US National Library of Medicine National Institutes of Health
	Cochrane (www.cochranelibrary.com) Cochrane Library
	Cinahl (www.ebscohost.com) EBSCO

Tabelle 1: Übersicht Datenbanken (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Die Auswahl der deutschen Datenbanken wurde dabei analog zur Bachelorarbeit getroffen, da diese Datenbankauswahl als befriedigend empfunden wurde. Die Auswahl der internationalen Datenbanken erfolgte nach den Themenschwerpunkten der jeweiligen Datenbank. Die Literaturrecherche zur Erstellung der Masterarbeit sollte möglichst breit aufgestellt und in vielen Datenbanken erfolgen, da sich bereits in der Bachelorarbeit für den deutschsprachigen Raum wenig relevante Literatur eruieren ließ und dies auch für den internationalen Raum befürchtet wird. Die Suche konnte aufgrund der fehlenden Zugangsberechtigung nicht in sozialwissenschaftlichen Datenbanken (wiso/Sozialwissenschaften mit SOLIS (sozialwissenschaftliches Informationssystem); FORIS (Forschungsarbeiten in den Sozialwissenschaften)) erfolgen.
Im Folgenden werden die einbezogenen Datenbanken kurz vorgestellt.

Leibniz-Informationszentrum Lebenswissenschaften (LIVIVO)

Bei dieser virtuellen Fachdatenbank für Medizin und Gesundheitswesen sowie Ernährungs-, Umwelt- und Agrarwissenschaften handelt es sich um den Zusammenschluss der seit 2003 existierenden Datenbank Medpilot mit der Datenbank Greenpilot. LIVIVO ist seit April 2015 online und frei verfügbar. Es handelt sich hierbei um eine thematisch suchende Metasuchmaschine. Laut der Website dieser Datenbank sind dort ca. 55 Millionen Nachweise vorhanden. Bei Suchanfragen wird eine indexbasierte Suchmaschine verwendet und es werden verschiedene Datenbanken durchsucht (u. a. Pubmed, ZB MED, SOMED,…).
LIVIVO stellt ein Eingangsportal für weitere Datenbanken dar und liefert einen ersten Überblick über Themen der Medizin und ihr angrenzender Wissenschaften (vgl. Leibniz-Informationszentrum Lebenswissenschaften (Hrsg.) o. J. a: o. S.). Daher erscheint sie als geeignetes Einstiegsportal für ein pflegewissenschaftlich zu bearbeitendes Thema.
In ihr wird mittels einer semantischen Suchstrategie (Morphosaurus) sprachübergreifend (sieben Sprachen) unter der Verwendung Boolescher Operatoren und Trunkierungszeichen gesucht. Laienvokabular wird in Fachsprache übersetzt und Synonyme sowie Abkürzungen werden erkannt. Der Einsatz von Limitierungen zur Eingrenzung der Suchergebnisse (z. B. Jahr, Sprache, …) ist möglich. Die ermittelten Literaturtreffer werden anhand einer einheitlichen Trefferliste ausgewiesen. Die Literatur steht oftmals kostenlos zur Verfügung. In der Kölner Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) kann die nicht

frei zugängliche Literatur kostenpflichtig bestellt oder vor Ort gebührenfrei ausgeliehen werden (vgl. ebd.).
Ihre einfache Handhabbarkeit sowie die geographische Lage der Kölner ZB MED macht diese Datenbank interessant für die Erstellung der Masterarbeit. Nachteilig wirkt sich der zeitlich limitierte Suchzeitraum, wie bei allen Eingangsportalen, und somit die Inkonstanz der Trefferanzeige aus. Daher wird die Suche in weiteren Datenbanken durchgeführt.

Datenbank der Psychologie (Psyndex)

Diese Datenbank stellt eine Referenzdatenbank dar. Sie liefert Hinweise auf elektronische Publikationen des Faches Psychologie. Sie existiert seit 1977 und beherbergt seit ihrem Erscheinungsjahr bis heute ca. 270.000 Literaturnachweise mit ungefähr 10.000 jährlichen Neuergänzungen. In ihr sind keine Volltexte enthalten, sondern ausschließlich Kurzreferate deutschsprachiger Publikationen von Autoren aus deutschsprachigen Ländern. Es werden Hinweise auf Zeitschriftenartikel, Bücher, Sammelwerkseinträge und Hochschulliteratur aus den Themenbereichen der Psychologie, Medizin, Soziologie, psychologierelevante Gebiete der Betriebswirtschaft, Erziehungswissenschaft, Kriminologie, Linguistik, … geliefert (vgl. Psychologie Information (ZPID-Leibniz Institut) (Hrsg.) o. J.: o. S.). Als Zugangsweg dieser Datenbank dient die Digitale Bibliothek mit Zugang zu den Fachdatenbanken (DigiBib) der Katholischen Hochschule Köln.
Ihre thematische Nähe zur Medizin und Psychologie macht diese Datenbank für die Beantwortung der heuristischen Hypothesen interessant. Obwohl für die Bachelorarbeit keine relevante Literatur für die Erstellung innerhalb dieser Datenbank gefunden wurde, wird sie erneut, mit dem Hinblick auf die durch die Datenbank selbst gelieferte Information zu den zahlreichen jährlichen Neuzugängen, durchsucht.

Online Bibliothekskatalog der Katholischen Hochschule (Web-OPAC)

Der Bibliothekskatalog dieser Hochschule beherbergt online die Bibliotheksbestände aller vier deutschen Katholischen Hochschulen (Aachen, Köln, Münster, Paderborn). Dadurch umfasst er nach Aussage der Website ca. 266.000 Medien (Zeitschriften, Hochschulschriften, DVDs, Fachbücher). Innerhalb dieser Medien sind Werke zu den Pflege- und Sozialwissenschaften und anderen Fachgebieten enthalten. Gesucht wird mittels einer Expertensuche unter Anwendung Boolescher Operatoren und Trunkierungszeichen. Die

ermittelten Medien sind am jeweiligen Standort der Hochschule systematisch und nach Themengebieten geordnet. Sie stehen frei und kostenlos zur Verfügung (vgl. Katholischen Hochschule Köln (Hrsg.) o. J.: o. S.). Das bedeutet, eine Zugehörigkeit zur jeweiligen Hochschule ist nicht erforderlich. Durch die interne Vernetzung der Hochschulen besteht die Möglichkeit einer Fernleihe, welche auch zur Literaturbeschaffung genutzt wurde.
Durch die Werke aus der Pflege- und Sozialwissenschaft sowie der Tatsache, dass diese Masterarbeit an der Katholischen Hochschule Köln geschrieben wird, wurde diese Datenbank genutzt.

Cochrane Library

Bei der Cochrane Library handelt es sich um eine Online-Datenbank, welche durch die Cochrane Collaboration unterhalten wird. Dies ist eine internationale allgemeinnützige Organisation, welche sich zur Aufgabe gemacht hat, medizinische sowie therapeutische Fragen evidenzbasiert zu beantworten. Sie basiert auf einem globalen unabhängigen Netzwerk, in welchem nach eigenen Aussagen 300.000 Menschen aus 130 Ländern (klinische Forscher, Ärzte, Gesundheitsfachberufe, …) mitwirken (vgl. Cochrane Library (Hrsg.) o. J.: o. S.). Durch diese Mitarbeiter werden systematische Übersichtsarbeiten (Reviews) zu den verschiedenen Themen erstellt. An einem Review sind immer mehrere Autoren der Cochrane Collaboration beteiligt. Die Werke werden der Allgemeinheit kostenfrei zur Verfügung gestellt. Es soll der gültige Stand der wissenschaftlichen Forschung abgebildet werden und dadurch Medizinern, Pflegenden aber auch Patienten bei ihren Entscheidungen helfen. Das besondere dieser Reviews ist deren besonders hoher Evidenzgrad und Qualitätsstandard. Die Reviews gelten oftmals als Goldstandard. Dieser hohe Güte Grad wird auch durch ein striktes Einhalten einer systematischen Selektionstechnik erlangt (vgl. Kahl, 2014). Die so erstellten Reviews sind vollständig und elektronisch in der Cochrane Library in der Cochrane Database of Systemic Reviews veröffentlicht. Seit 2015 gibt es ein verbessertes Interface. Bei der Recherche innerhalb dieser Datenbank ist die Verwendung von MeSH-Terms unabdingbar. Die Suche findet ausschließlich in englischer Sprache statt (vgl. Cochrane Library (Hrsg.) o. J.: o. S.).
Diese Datenbank wurde wegen ihrer hohen Güte sowie der Beinhaltung von medizinischen und pflegerischen Reviews einbezogen. Dabei war durch die vorangegangene Bachelorarbeit bereits zu vermuten, dass nur wenig Literatur mit einem Evidenzgrad eines Cochrane Reviews gefunden werden wird.

US National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed)

Pubmed ist eine englischsprachige textbasierte Metadatenbank. Sie bezeichnet sich selber als bibliographische Referenzdatenbank. Sie wurde durch das nationale Zentrum für biotechnologische Informationen entwickelt und stellt die national medizinische Bibliothek der Vereinigten Staaten dar. Sie beinhaltet Artikel aus der Medizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin, des öffentlichen Gesundheitswesens, der Psychologie, Biologie, Genetik, Biochemie, etc. Der Zugang zu den Datenbanken MEDLINE, OLDMEDLINE (vor 1966) und Pubmed Central ist kostenfrei und beinhaltet Links auf Volltextzeitschriften. Nach Angaben der Internetpräsenz beinhaltet diese Datenbank mehr als 25 Millionen Zitate und jährlich kommen ca. 500.000 Dokumente hinzu. Die Suchbegriffe für die Literaturrecherche sind verschlagwortet mit so genannten Medical Subject Headings (MeSH-Terms). Die dort generierten MeSH-Terms wurden auch für die Suchanfragen in den anderen englischen Datenbanken verwendet (vgl. US National Library of Medicine National Institute of health (Hrsg.) o. J. a: o. S.).
Aufgrund ihrer internationalen Literatur sowie der Größe der Datenbank und der beinhalteten Thematiken wurde diese Datenbank eingeschlossen.

Datenbank zur Krankenpflege (Cinhal)

Diese Datenbank besteht seit 1982 und wird durch das Cinahl Information System erstellt. Es handelt sich um eine spezielle Datenbank für die Krankenpflege und Pflegewissenschaft. Beinhaltet sind nach eigenen Aussagen über 950 Pflegezeitschriften, Veröffentlichungen der American Nurses Association, der National League for Nursing, Bücher und Dissertationen. Die dort beinhalteten Artikel sind überwiegend in englischer Sprache. Die Suche innerhalb dieser Datenbank findet mittels einer Thesaurus Suche unter der Nutzung einer speziellen Cinhal Subject Heading List statt. Diese enthält MEDLINE Schlagwörter und 1.500 spezielle Begriffe der Krankenpflege (vgl. EBSCO Health a o. J.: o. S.). Ebenso ist das Suchen mittels der in Pubmed generierten MeSH-Terms möglich. Der Zugang zu dieser Datenbank ist generell kostenpflichtig. Über die Katholische Hochschule Köln ist den Studenten der Zugang allerdings kostenfrei via DigiBib möglich.
Diese Datenbank wurde wegen ihrer Fokussierung auf die Krankenpflege ausgewählt. Die Masterarbeit behandelt ein pflegerelevantes Forschungsthema.

Darstellung der einzelnen Datenbankrecherchen

Im Addendum der Masterthesis erfolgt jeweils tabellarisch die Darstellung der Ergebnisse der Suchanfragen mit den verschiedenen Suchbegriffen in den einzelnen Datenbanken mit der jeweiligen Anzahl der erzielten Treffer. Dies gilt für das Review zur Thematik der Wohnungslosen ebenso wie in etwas reduzierter Form für das Methodenreview zur qualitativen Forschung.

Jede Suche/Suchkombination wird mit Hilfe einer solchen Auswertungstabelle dargestellt, so dass die genutzte Datenbank, die Suchkombination, die Treffer und die endgültige Trefferzahl nach Verwendung der Limits auf einen Blick ersichtlich werden.

Institution	
Datenbank	
Suchbegriffe	
Treffer	
Limits	
Treffer	

Tabelle 2: Auswertung der Datenbankrecherche 1

Sind Treffer gesichtet worden, findet sich im Anschluss eine weitere Auswertungstabelle, in der die Treffer dargestellt sind und zusätzlich der Ein- bzw. Ausschluss dieser begründet wird.

Nr.	Autor/Herausgeber	Titel	Jahr	Einschluss/ Ausschluss	Begründung

Tabelle 3: Auswertungstabelle der Datenbankrecherche 2

Aufgrund der Menge der durchgeführten Suchen und ausgewiesenen Treffer, werden diese in einem separaten Anhang zur Masterthesis (Addendum) aufgelistet.

Graphisch werden die einzelnen Suchen in Kapitel 3.1.4. dargestellt.

3.1.2. Suchbegriffe (Thomauske)

Deutsche Recherche

Da die vorliegende Masterarbeit auf der Bachelorarbeit der beiden Autorinnen aufbaut, wird am Gedankengut dieser angeknüpft. Die Bachelorarbeit lieferte überwiegend Erkenntnisse, die aufgrund von grauer, unveröffentlichter Literatur und ausschließlich deutschsprachiger Literatur erlangt werden konnten. Dem entsprechend bleiben heuristische Hypothesen der Bachelorarbeit bestehen (Kapitel 2), die, wie beschrieben, um neue heuristische Hypothesen ergänzt werden, um die Forschungsfrage der vorliegenden qualitativen Untersuchung beantworten zu können. Die Suche der Bachelorarbeit wird weitergeführt und im Rahmen dieser Qualifikationsarbeit lediglich für die bis dahin vergangene Zeit (seit 2014) ergänzt. Die Suchbegriffe und Kombinationen wurden nicht verändert, da diese als sinnhaft und zielführend bewertet werden. An dieser Stelle werden die Suchen der Bachelorarbeit lediglich genannt. Die Generierung dieser kann in der Bachelorarbeit nachgelesen werden (Salvini-Plawen, Thomauske 2014: 18-22).

- Obdachlose
- Definition Obdachlose
- Obdachlose Patienten
- Wohnungslose
- Definition Wohnungslose
- Wohnungslose Patienten
- Nichtsesshafte
- Definition Nichtsesshafte
- Nichtsesshafte Patienten
- Definition professionell Pflegende
- Definition professionell Pflegende AND Krankenhaus
- (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Pflege
- Professionell Pflegende AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Krankenhaus NOT aufsuchende Pflege
- Professionell Pflegende AND Versorgung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Krankenhaus NOT aufsuchende Pflege
- Professionell Pflegende AND Probleme AND Versorgung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)

- Professionell Pflegende AND Versorgungsprobleme AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)
- Professionell Pflegende AND Vorurteil
- Professionell Pflegende AND Vorurteil AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)
- Professionell Pflegende AND Konflikt AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)
- Pflegeausbildung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)
- Pflegeausbildung AND Versorgung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)

Aufgrund der heuristischen Hypothesen und der Forschungsfrage der Masterarbeit wurde die deutsche Suche um vier neue Suchkombinationen ergänzt. Diese Suchen wurden entsprechend der für diese Arbeit festgelegten Limitierungen in den genannten Datenbanken durchgeführt: Eine neue heuristische Hypothese besagt, dass die Haltung/Einstellung der professionell Pflegenden entscheidend ist. Aufgrund dessen entstanden folgende Suchkombinationen:

- Professionell Pflegende AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Haltung AND Krankenhaus NOT aufsuchende Pflege
- Professionell Pflegende AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Einstellung AND Krankenhaus NOT aufsuchende Pflege

Bereits in der Bachelorarbeit wurde vermutet, dass das Verhalten der professionell Pflegenden in der Ausbildung begründet liegt. Diese Hypothese wird in der Masterarbeit um den eben genannten Aspekt der Einstellung/Haltung erweitert und wird an dieser Stelle mit der Ausbildung in Bezug gesetzt, was sich in den weiteren neu aufgestellten heuristischen Hypothesen (Kapitel 2) wiederspiegelt. Somit wurde die deutsche Suche noch um folgende zwei Suchkombinationen ergänzt:

- Pflegeausbildung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Haltung

- Pflegeausbildung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Einstellung

Wie anhand der Suchen ersichtlich, wurde mit den Booleschen Operatoren AND und NOT gearbeitet, um die Suchen zu präzisieren und sinnhaft zu kombinieren bzw. einzugrenzen. Trunkierungszeichen wurden nicht verwendet. Da in der deutschen Suche nicht anwendbar, wurde auf die Verwendung von MeSH-Terms (Medical Subject Headings) verzichtet.

Internationale Recherche

Bei der internationalen Recherche werden ebenfalls Boolesche Operatoren verwendet und Trunkierungszeichen nicht genutzt. Englischsprachig ergibt sich die Möglichkeit mit dem erwähnten Thesaurus der MeSH-Terms zu suchen. Diese Möglichkeit wird auch in allen vier Datenbanken genutzt, da MeSH-Terms ein wissenschaftliches und einheitliches Recherchieren in der Scientific Community (S. C.) ermöglichen und von den Datenbanken weitgehend unterstützt werden. Die MeSH-Terms werden von der U. S. National Library of Medicine entwickelt und jährlich aktualisiert und erweitert. MeSH-Terms können mit Hilfe der Internetseite der Datenbank Pubmed generiert werden (vgl. US National Library of Medicine National Institute of health (Hrsg.) o. J a: o. S). Es bietet sich in den Suchoptionen der Datenbank die Möglichkeit „MeSH“ auszuwählen und mittels der Suchfunktion über die Eingabe des englischen Suchwortes den entsprechend der Suchintention zutreffenden MeSH auszuwählen. Dieser kann anschließend in den Datenbanken über die MeSH-Suche verwendet werden. Das bedeutet, PubMed liefert eine Trefferliste mit jeweiliger Beschreibung der Definition des so benannten MeSH-Terms. Aufgrund dieser Beschreibung kann entschieden werden, ob der MeSH-Term der eigenen Suchintention entspricht. Je nach Komplexität des gesuchten MeSH-Terms öffnen sich Baumstrukturen, so genannte Trees, und man kann weitere Einschränkungen und genauere Definitionen anschauen und entsprechend wählen. Diese Funktionen haben die Autorinnen genutzt und somit die Suchbegriffe (= MeSH-Terms) der internationalen Recherche generiert. Dies geschah in Anlehnung an das deutsche Suchvorgehen entsprechend der heuristischen Hypothesen und der Forschungsfragen. Zuerst wurden die deutschen Begriffe ins Englische übersetzt. Diese wurden dann in den MeSH-Suchschlitz bei PubMed eingegeben und es wurde der entsprechend der Suchintention definierte MeSH-Term ermittelt.

Hier soll exemplarisch das Vorgehen für wohnungslose Menschen angeführt werden. Wohnungslose oder obdachlose Menschen werden englischsprachig als homeless people bezeichnet. Diese Wörter wurden nun in den MeSH-Suchschlitz eingegeben, worauf drei Treffer angezeigt wurden:

1. Homeless Persons
2. Homeless Youth
3. spindle E protein, Drosophila [Supplementary Concept]

Durch Einsichtnahme in die Beschreibung und Definition konnte entschieden werden, dass der MeSH-Term „Homeless Persons“, der wie folgt beschrieben ist, genau passend zur Suchintention der Autorinnen ist und somit verwendet wird: „Persons who have no permanent residence. The concept excludes nomadic peoples.“ (US National Library of Medicine National Institute of health (Hrsg.) o. J. b: o. S.). So wurde mit allen Begriffen vorgegangen. Die daraus generierten MeSH-Terms wurden dann sinnvoll mit Hilfe der Booleschen Operatoren verknüpft. Daraus ergaben sich folgende Suchen:

- homeless persons

Die Suche nach einer entsprechenden Definition der Personengruppe wurde in der englischen Recherche nicht beibehalten, da MeSH-Terms definiert sind. Die Personengruppe soll im Bereich des stationären Settings betrachtet werden, wobei es sich um Akutkrankenhäuser handelt und psychische Erkrankungen ein Ausschlusskriterium darstellen. Und hier soll die pflegerische Versorgung, nicht die medizinische im Fokus stehen. Ebenso wenig soll aufsuchende oder niederschwellige Pflege betrachtet werden. Zudem bestehen die heuristischen Hypothesen, dass der Umgang mit dieser Patientengruppe problem- bzw. konfliktbelastet ist und die Einstellungen/Haltungen der professionell Pflegenden ausschlaggebend sind. Daraus ergeben sich folgende Suchkombinationen:

- inpatients AND homeless persons
- inpatients AND homeless persons NOT mental disorders
- homeless persons AND nursing
- nurse-patient relations AND homeless persons
- nurse-patient relations AND homeless persons AND inpatients

- nursing AND homeless persons AND hospitals NOT (nurses, community health OR ambulatory care)
- nursing AND patient care AND homeless persons AND hospitals NOT (nurses, community health OR ambulatory care)
- nurses AND dissent and disputes AND patient care AND homeless persons
- nurses AND prejudice
- nurses AND prejudice AND homeless persons

Auch die Vermutung, dass die Pflegeausbildung entscheidend ist, darf im Rahmen der Literaturrecherche nicht vergessen werden:

- education, nursing AND homeless persons
- education, nursing AND patient care AND homeless persons
- nurses AND homeless persons AND attitude of health personnel AND hospitals NOT (nurses, community health OR ambulatory care)
- education, nursing AND attitude of health personnel AND homeless persons

Wie im vorangegangen Kapitel beschrieben, wurde in vier Datenbanken international recherchiert. Jede der vier Datenbanken ermöglicht die Recherche mit Hilfe der MeSH-Terms, allerdings funktioniert diese nicht immer genau gleich, sondern dem Aufbau und der Funktion der jeweiligen Datenbank angepasst. Um dieser Herausforderung gewachsen zu sein, haben sich die Autorinnen die Beschreibungen der Datenbanken genau angesehen. Dies wird im Addendum der Masterarbeit, welches die gesamte Literaturrecherche darlegt, näher beschrieben und anhand der Suchtabellen ersichtlich.

3.1.3. Limits (Thomauske)

Mit Hilfe von Limitierungen wird vor Beginn der Suche festgelegt, welche Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche bestehen. Sowohl für die deutsche, wie auch für die internationale Recherche werden folgende Einschlusskriterien beschlossen: Die Texte müssen in deutscher oder englischer Sprache vorliegen, entsprechend den Sprachkenntnissen der Autorinnen. Es werden maximal 60 Treffer pro Suche angesehen. Dies wird von den Verfasserinnen in Anbetracht der Menge der Suchen und Datenbanken und der

zur Verfügung stehenden Zeit als angemessene Größe im Rahmen einer Masterarbeit erachtet. Treffer werden ab dem Jahre 2004 bis heute betrachtet. Dieses Einschlusskriterium wird damit begründet, dass 2004 eine Ausbildungsreform in Deutschland stattgefunden hat und ein neues Krankenpflegegesetz in Kraft getreten ist. Im Zuge dessen, hat sich das Verständnis von Pflege verändert, was sich in der Veränderung der Berufsbezeichnung niederschlägt sowie in der inhaltlichen und strukturellen Gestaltung der Ausbildung. International hat es ebenfalls in allen von den Autorinnen betrachteten Ländern nach 2004 noch Ausbildungsreformen gegeben. Zudem umfasst die Literaturrecherche somit einen Zeitraum von zwölf Jahren, was als wissenschaftlich aktuell erachtet wird und die Generierung von veraltetem Wissen vermeiden soll. Inhaltlich eingeschlossen werden alle Texte, die der Forschungsfrage der Masterarbeit entsprechen. Unsere Zielgruppe stellen alleinstehende und überwiegend ohne Obdach lebende wohnungslose Menschen und die pflegerische Versorgung derer im stationären Setting dar. Dem gegenüber werden folgende inhaltliche Ausschlusskriterien festgelegt:

- Texte, die wohnungslose Kinder und/oder Jugendliche zum Schwerpunkt haben
- Texte, die wohnungslose Frauen zum Schwerpunkte haben
- Texte mit rein medizinischem Schwerpunkt (Texte zu Allgemeinaussagen über Krankheiten wohnungsloser Patienten, die den Pflegebedarf einschließen, können eingeschlossen werden)
- Texte mit psychiatrischem Schwerpunkt
- Texte zum Arbeitsbereich der Sozialen Arbeit
- Texte zum ausschließlichen Arbeitsbereich der aufsuchenden oder niederschwelligen Pflege
- Texte mit völlig fremden Fokus

Zudem gibt es Limitierungen, die sich auf die deutsche bzw. internationale Recherche begrenzen. Diese werden im Folgenden dargelegt.

Deutsche Recherche

Da an die Bachelorarbeit der Autorinnen angeknüpft wird und die Literatursuche zwar ergänzt, aber nicht verändert wird, werden die Suchen der Bachelorarbeit für den bis heute fehlenden Zeitraum nachgeholt. Die Literaturrecherche der Bachelorarbeit wurde im Frühjahr 2014 abgeschlossen. Da bekannt ist, dass

wissenschaftliche Texte nicht immer umgehend publiziert werden, wird die Bachelorsuche ab dem Jahre 2013 wiederholt, um auch Treffer aus diesem Jahre, die evtl. bis zum Frühjahr 2014 noch nicht veröffentlicht waren, nicht zu übersehen. Die vier neu generierten Suchen wurden entsprechend der Einschlusskriterien der Masterarbeit ab dem Jahre 2004 durchgeführt. Es wurden immer alle zur Verfügung stehenden Informationen pro Treffer gesichtet (z. B. Abstract oder Inhaltsverzeichnis). Aufgrund dieser Informationen wurde die Entscheidung über den Ein- bzw. Ausschluss getroffen. Frei verfügbare Texte wurden immer komplett gesichtet, wenn die Entscheidung nicht schon aufgrund eines eindeutigen Titels oder Abstracts getroffen werden konnte. Ein Vorteil bestand darin, dass im Web-OPAC der KatHO gesucht wurde und so gut wie alle Treffer in der Präsenzbibliothek in Köln gesichtet werden konnten. Die örtliche Nähe der ZB MED hat dieses Vorgehen erleichtert.

Internationale Recherche

Wie bereits beschrieben, wurden als Fremdsprache nur englischsprachige Treffer gesichtet. Ein direkter europäischer Vergleich war nicht möglich, da die Autorinnen einer Vielzahl der europäischen Sprachen nicht mächtig sind. Wenige Artikel aus anderssprachigen Ländern liegen dennoch in englischer Sprache vor. Hier musste eine Entscheidung getroffen werden, welche Länder eingeschlossen werden und welche nicht: Die USA wurden eingeschlossen, da diese vorreitend bei der pflegerischen Entwicklung und Forschung sind. Aufgrund dessen haben sich auch die inhaltlichen Einschlusskriterien für Treffer dieses Landes leicht modifiziert. In den USA unterscheidet sich die Art der Wohnungslosigkeit in manchen Aspekten deutlich von der in Deutschland. So gibt es in den USA eine Vielzahl an wohnungslosen Familien und Veteranen und wohnungslosen Menschen, die in einem beruflichen und vergüteten Verhältnis beschäftigt sind. Texte diese Zielgruppe betreffend, wurden ausgeschlossen. Weiter wurden englischsprachige Länder, die dem Commonwealth of Nations angehörig sind, eingeschlossen. Dazu zählen Kanada, das United Kingdom (England) und Australien (The Commonwealth (Hrsg.) o. J.: o. S.). Auch im Rahmen der internationalen Suche wurden pro Treffer alle verfügbaren Informationen gesichtet. Aufgrund der englischen Sprache und der Unerfahrenheit der Autorinnen im Rahmen einer internationalen Recherche, konnte häufig aufgrund des Titels oder Abstracts keine endgültige Entscheidung getroffen werden. Somit wurde eine Vielzahl der Treffer vollständig gesichtet. Dies geschah, indem die Treffer entweder in der ZB MED gesichtet werden konnten, frei im Internet

verfügbar waren oder per Fernleihe gegen eine Geldgebühr erstanden wurden. Teilweise haben sich die Kriterien datenbankspezifisch modifiziert. Exemplarisch soll hier die Nutzung eines Suchfilters in der Datenbank LIVIVO genannt werden, um eine nicht zu bewältigende Treffermenge entsprechend dem Fokus zu reduzieren und somit möglichst viele Treffer erreichen zu können. Diese Besonderheiten werden ausführlich im Addendum der Masterarbeit bei den jeweiligen Datenbanken beschrieben.

3.1.4. Graphische Darstellung der Treffer (gemeinsam)

Die Treffer der einzelnen durchgeführten Suchen in den jeweiligen Datenbanken werden im Folgenden graphisch dargestellt. Um die Mengen an Suchen möglichst anschaulich und prägnant abbilden zu können, wurden diese innerhalb der graphischen Darstellung abgekürzt. Im Rahmen der deutschen Recherche wurden dazu die Zahlen eins bis 25 genutzt, für die internationale Recherche die Buchstaben a bis o. Eine Übersichtstabelle mit der Suchkombination, die sich hinter der jeweiligen Zahl bzw. dem jeweiligen Buchstaben verbirgt, wird voran gestellt. Eine entsprechende Legende der graphischen Darstellung findet sich zu Beginn dieser. Diese wird nicht nach jeder einzelnen Darstellung abgebildet, sondern für die deutsche Recherche und für die internationale Recherche einmalig.
Im Anschluss an die Einzeldarstellung der durchgeführten Suchen in den genutzten Datenbanken, wird die internationale bzw. die nationale Suche zusammenfassend dargestellt.

Deutsche Recherche

Übersichtstabelle der Suchkombinationen der deutschen Recherche

Abkürzung	Genaue Suche
Suche 1	Obdachlose
Suche 2	Definition Obdachlose
Suche 3	Obdachlose Patienten
Suche 4	Wohnungslose
Suche 5	Definition Wohnungslose
Suche 6	Wohnungslose Patienten
Suche 7	Nichtsesshafte
Suche 8	Definition Nichtsesshafte
Suche 9	Nichtsesshafte Patienten
Suche 10	Definition professionell Pflegende

Abkürzung	Genaue Suche
Suche 11	Definition professionell Pflegende AND Krankenhaus
Suche 12	(Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Pflege
Suche 13	Professionell Pflegende AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Krankenhaus NOT aufsuchende Pflege
Suche 14	Professionell Pflegende AND Versorgung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Krankenhaus NOT aufsuchende Pflege
Suche 15	Professionell Pflegende AND Probleme AND Versorgung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)
Suche 16	Professionell Pflegende AND Versorgungsprobleme AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)
Suche 17	Professionell Pflegende AND Vorurteil
Suche 18	Professionell Pflegende AND Vorurteil AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)
Suche 19	Professionell Pflegende AND Konflikt AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)
Suche 20	Pflegeausbildung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)
Suche 21	Pflegeausbildung AND Versorgung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte)
Suche 22 (ab 2004)	Professionell Pflegende AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Haltung AND Krankenhaus NOT aufsuchende Pflege
Suche 23	Professionell Pflegende AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Einstellung AND Krankenhaus NOT aufsuchende Pflege
Suche 24	Pflegeausbildung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Einstellung
Suche 25	Pflegeausbildung AND (Obdachlose OR Wohnungslose OR Nichtsesshafte) AND Haltung

Tabelle 4: Suchkombinationen der deutschen Recherche (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Suchen 22 bis 24 wurden aufgrund der heuristischen Hypothesen und der Weiterentwicklung der Gedanken nach der Bachelorarbeit neu erstellt und für den im Rahmen der Masterthesis gewählten Zeitraum mit den entsprechenden Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt.

Legende der deutschen Recherche

Abbildung 1: Legende der deutschen Recherche (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Datenbank LIVIVO

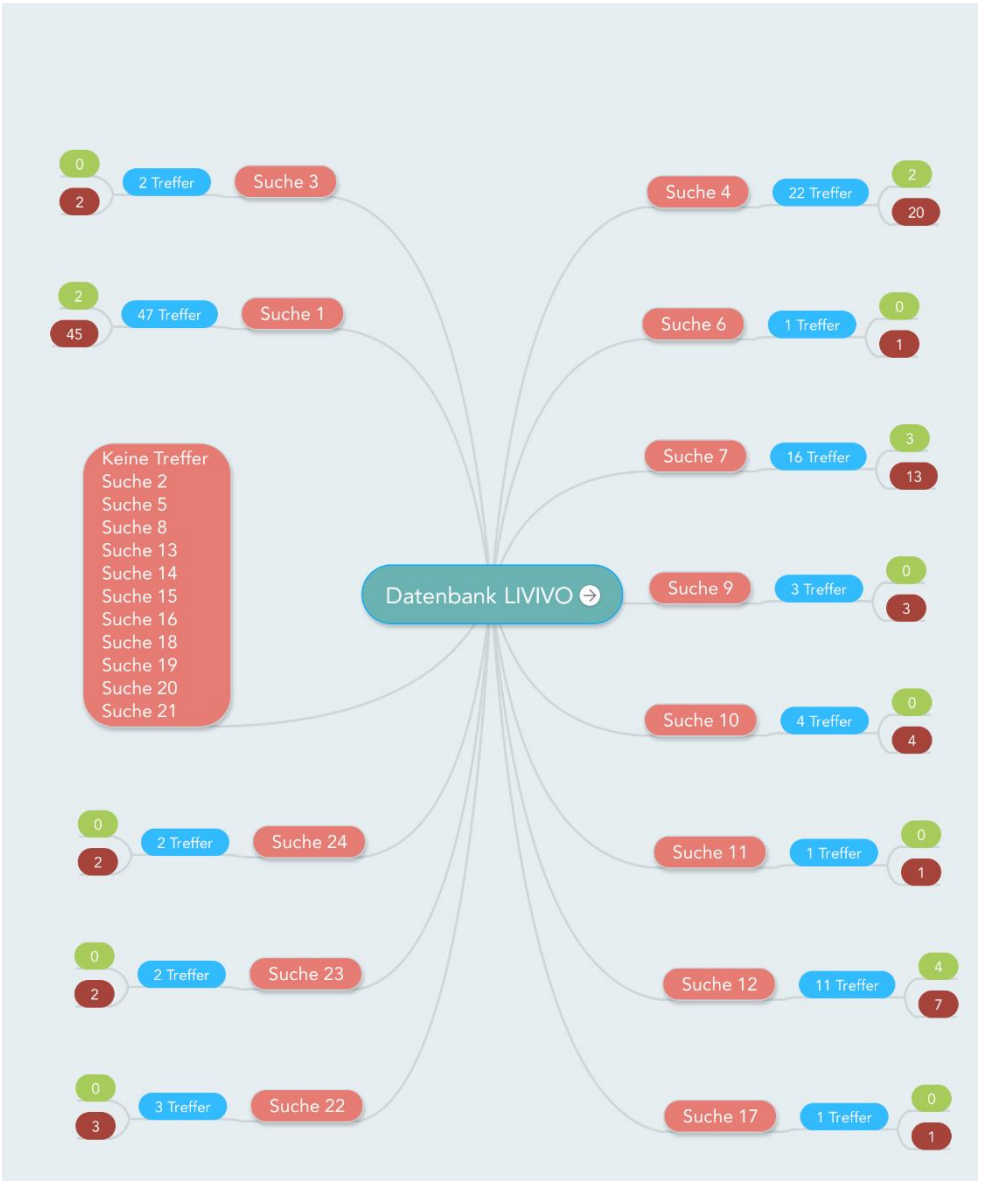


Abbildung 2: Deutsche Recherche Livivo (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Datenbank OPAC

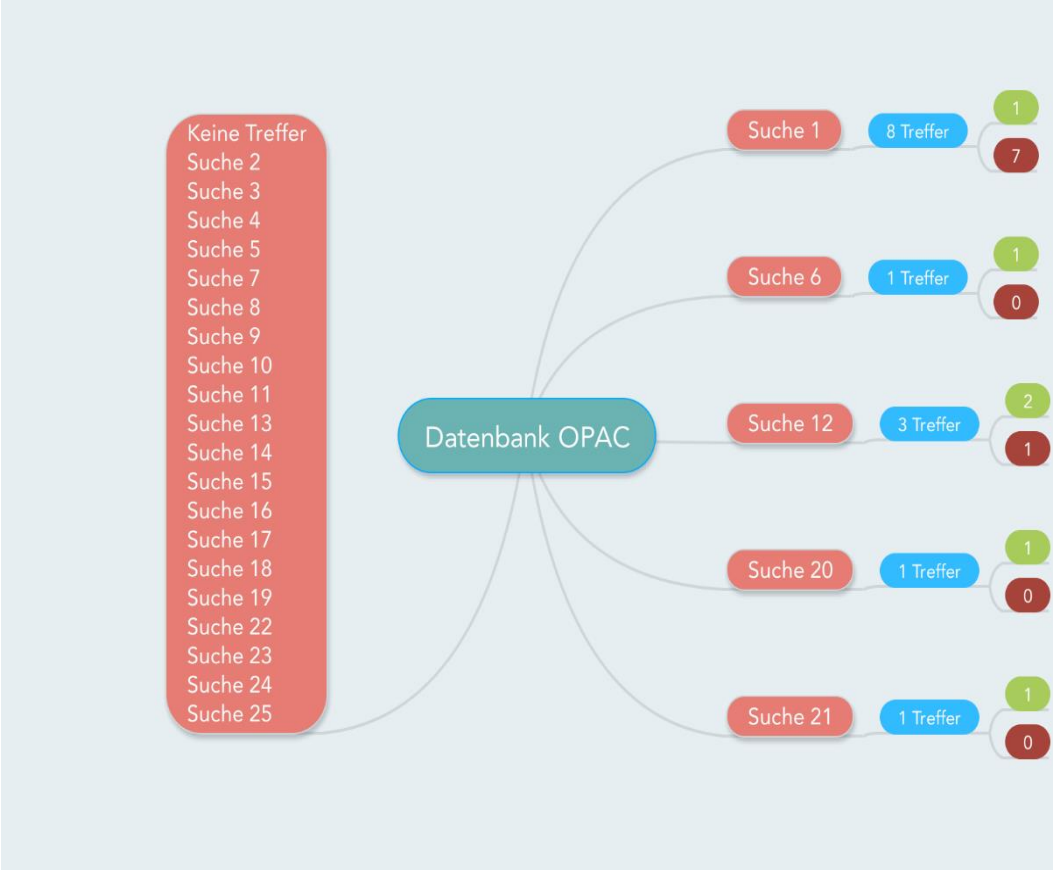


Abbildung 3: Deutsche Recherche OPAC (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Datenbank Psyndex

Abbildung 4: Deutsche Recherche Psyndex (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Internationale Recherche

Übersichtstabelle der Suchkombinationen der internationalen Recherche

Abkürzung	Genaue Suche
Suche a	homeless persons
Suche b	inpatients AND homeless persons
Suche c	inpatients AND homeless persons NOT mental disorders
Suche d	homeless persons AND nursing
Suche e	nurse-patient relations AND homeless persons
Suche f	nurse-patient relations AND homeless persons AND inpatients
Suche g	nursing AND homeless persons AND hospitals NOT (nurses, community health OR ambulatory care) s. o. + NOT mental disorders
Suche h	nursing AND patient care AND homeless persons AND hospitals NOT (nurses, community health OR ambulatory care) s. o. + NOT mental disorders
Suche i	nurses AND dissent and disputes AND patient care AND homeless persons
Suche j	nurses AND prejudice
Suche k	nurses AND prejudice AND homeless persons
Suche l	education, nursing AND homeless persons
Suche m	education, nursing AND patient care AND homeless persons
Suche n	nurses AND homeless persons AND attitude of health personnel AND hospitals NOT (nurses, community health OR ambulatory care)
Suche o	education, nursing AND attitude of health personnel AND homeless persons

Tabelle 5: Suchkombinationen der internationalen Recherche (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Legende der internationalen Recherche

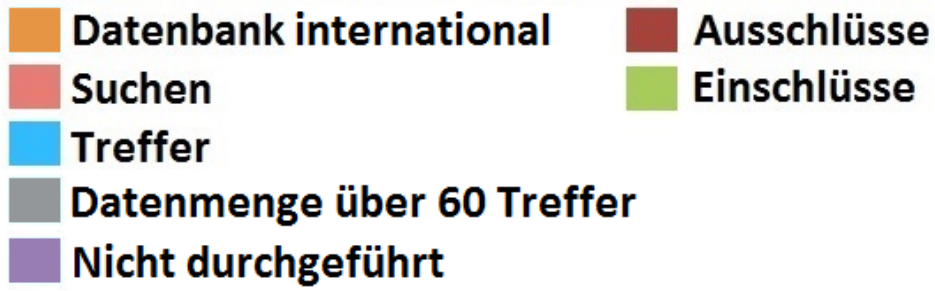


Abbildung 5: Legende der internationalen Recherche (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Datenbank Livivo

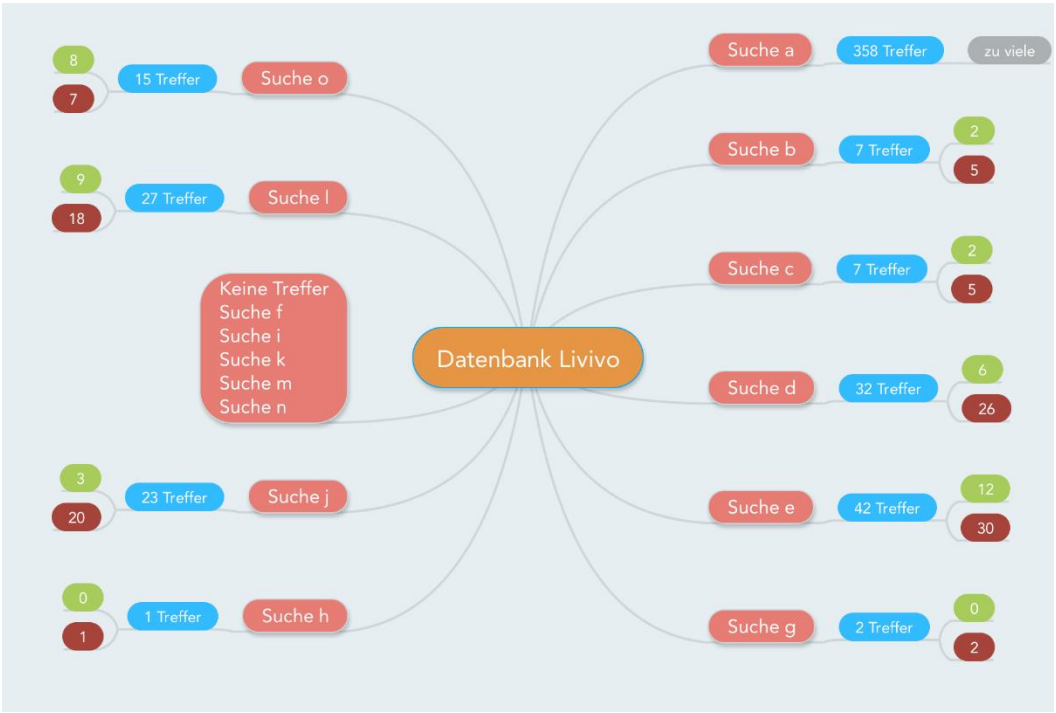


Abbildung 6: Internationale Recherche Livivo (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Datenbank Pubmed

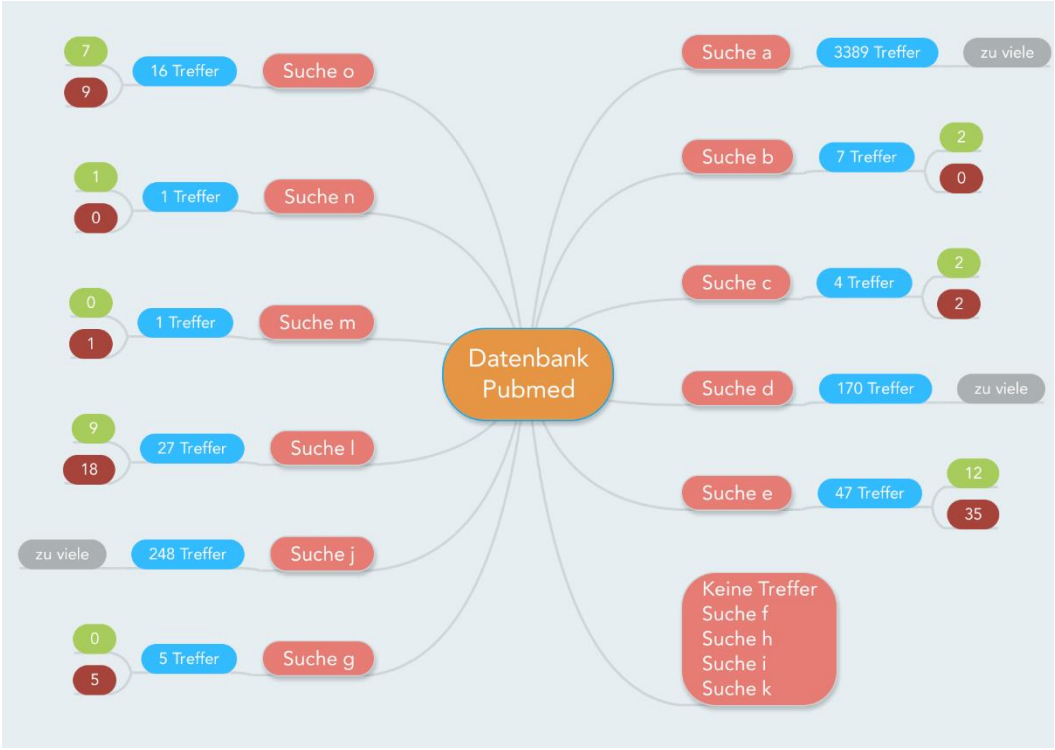


Abbildung 7: Internationale Recherche Pubmed (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Datenbank Cochrane

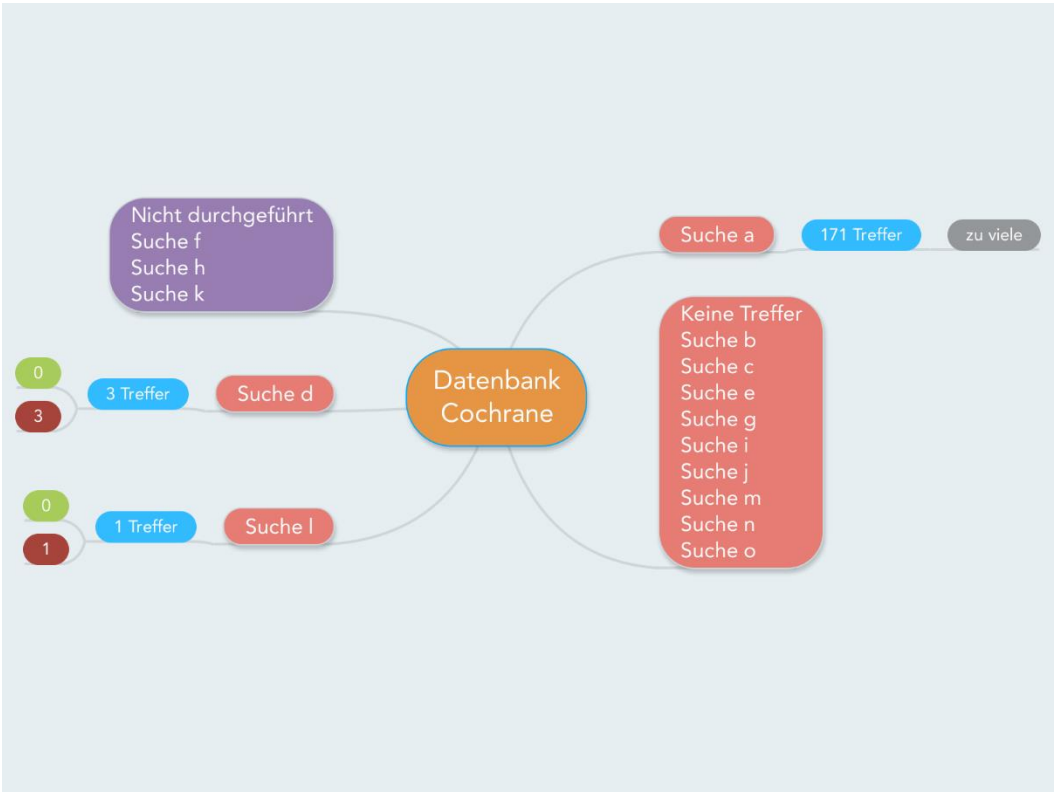


Abbildung 8: Internationale Recherche Cochrane (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Datenbank Cinahl

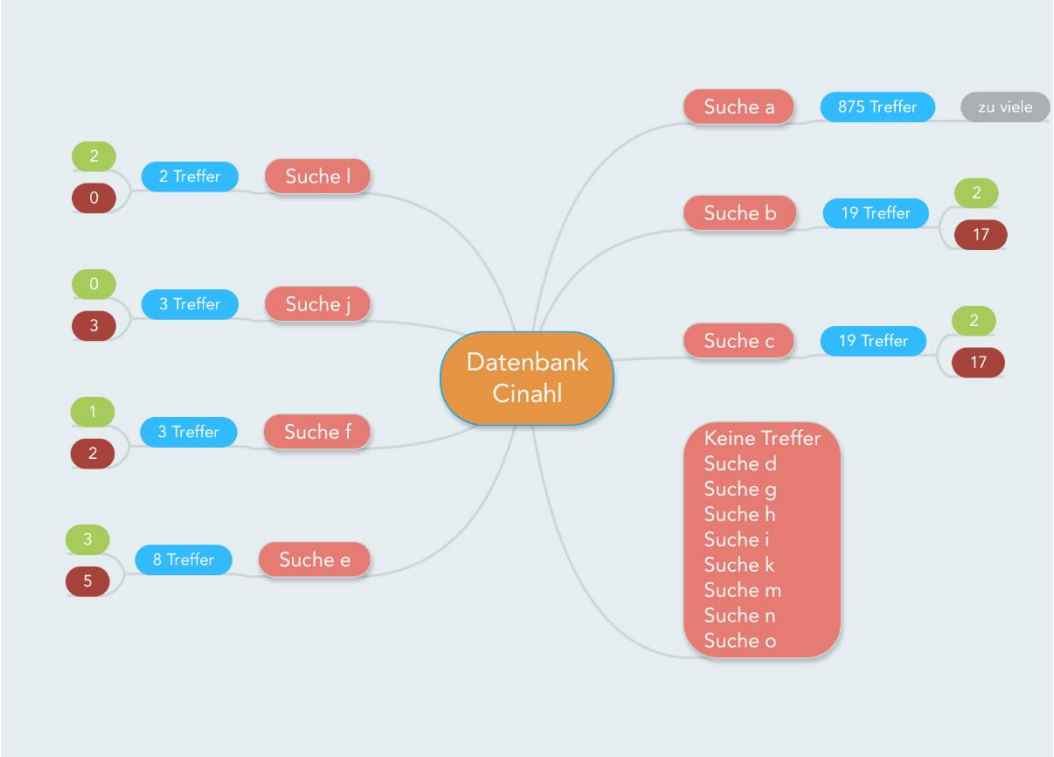


Abbildung 9: Internationale Recherche Cinahl
(Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Zusammenfassende Darstellung der nationalen und internationalen Recherche

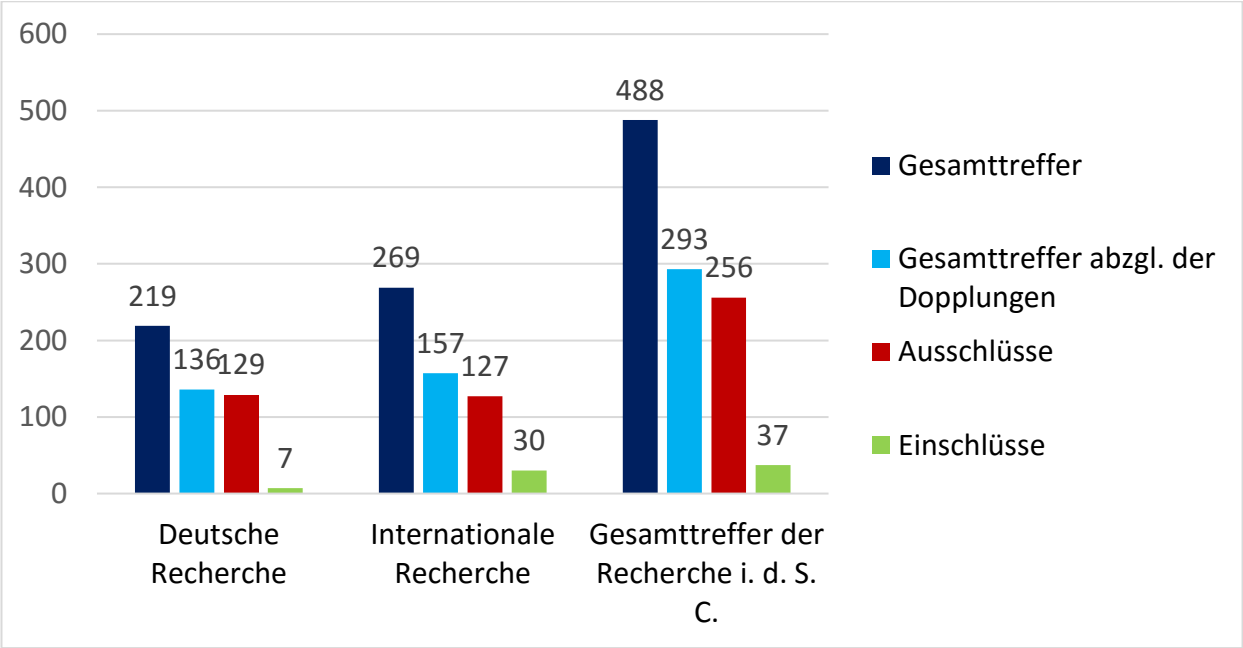


Abbildung 10: Zusammenfassende Darstellung der nationalen und internationalen Recherche
(Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

3.2. Aufbereitung der eingeschlossenen Literatur (Thomauske)

3.2.1. Evidenzbewertung (Thomauske)

Auf eine Limitierung der Treffer aufgrund ihrer Evidenz wird bewusst verzichtet. Diese Entscheidung ist durch die bereits bekannte Literaturgüte der Bachelorarbeit begründet. Die Mutmaßung liegt nahe, dass eine tiefergehende Untersuchung dieser Thematik wenige bis keine Treffer mit hoher Evidenz ermittelt. Trotzdem sollen Treffer, wenn vorhanden, auch gefunden werden, so dass es hinsichtlich der Evidenz keine Eingrenzung gibt. Auch international soll durch diesen Verzicht ermöglicht werden, für das Thema relevante Literatur zu sichten und folglich nicht der Gefahr eines blinden Fleckes zu unterliegen. Zur Beurteilung der gefunden Literatur werden, auch wenn diese nicht als Ein- bzw. Ausschlusskriterien fungieren, die Evidenzklassen nach AHCPR verwendet (vgl. Kahl 2014).

Evidenzklassen nach AHCPR:

A	Ist belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität, die mindestens eine RCT enthält.
B	Ist belegt durch gut durchgeführte, nicht randomisierte, klinische Studien.
C	Ist belegt durch Berichte, Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen, klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten. Weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin.

Tabelle 6: Evidenzklassen nach AHCPR (Kahl 2014)

Die mit Hilfe der deutschen und internationalen systematischen Recherche erhaltene Literatur entspricht zu einem großen Teil der Güte der Evidenzklasse C nach AHCPR. Einige wenige Studien wurden gefunden, die allerdings nicht in allen Fällen der Evidenzklasse B nach AHCPR entsprechen. Bei einigen eingeschlossenen Treffern lässt sich keine Evidenzklasse nach AHCPR zuordnen.

3.2.2. Verwendbarkeit der Literatur (Thomauske)

Auch wenn die recherchierte Literatur keine hohe Evidenz entsprechend der Kriterien nach AHCPR ausweisen kann, wird sie dennoch als durchaus brauchbar bewertet. Die Literatur wurde mit Hilfe eines systematischen Reviews generiert und spiegelt somit den aktuellen Stand der Wissenschaft, also das aktuelle Wissen der S. C. zu dieser Thematik wider. Die durch die Recherche erlangten Erkenntnisse können genutzt werden, um die Thematik aus

wissenschaftlicher Perspektive (aktueller Stand des Wissens der S. C.) darzulegen. Zusätzlich dient es als Grundwissen für die methodische Gestaltung der in dieser Masterthesis durchgeführten qualitativen Untersuchung.

4. Nationale und internationale Ergebnisse der Scientific Community

Die vorliegende Qualifikationsarbeit nutzt eine ausführliche und systematische Recherche innerhalb der S. C. als Grundlage, um die heuristischen Hypothesen und die daraus generierten Forschungsfragen wissenschaftsbasiert beantworten und erforschen zu können. Der Fokus der Masterarbeit liegt auf den professionell Pflegenden und deren Umgang mit der Gruppe der Menschen ohne Wohnung als stationäre Patienten. Nichtsdestotrotz ist die Gruppe der wohnungslosen Menschen von großer Bedeutung zur Bearbeitung der Masterthesis und um herausfinden zu können, was professionell Pflegende zur Versorgung dieser Patientengruppe benötigen. Die Ergebnisse der nationalen und internationalen Recherche in der S. C. und der Handrecherche werden dementsprechend zunächst dargelegt. Hier gilt es, das Wesentliche wiederzugeben und keine allzu tiefe und ausführliche Beschreibung des generierten Wissens, das ein umfassendes ist, zu liefern, da dies lediglich die Grundlage der später durchgeführten qualitativen Untersuchung bildet. Diese ist zwar von großer Bedeutung, allerdings liegt der Schwerpunkt der Masterthesis auf der genannten Untersuchung. Zudem haben die Autorinnen im Rahmen ihrer Bachelorthesis (Salvini-Plawen, Thomauske 2014) eine ausführliche Beschreibung der Wohnungslosen aufgrund einer nationalen Literaturbeschreibung erstellt. Diese kann bei weiterführendem Interesse zur vertiefenden Beschäftigung mit der Gruppe der Wohnungslosen herangezogen werden. Im Folgenden werden also die nationalen und internationalen Erkenntnisse aufgrund des durchgeführten Reviews zusammenfassend dargestellt. Dies ist zusätzlich unerlässlich, da ermittelt werden muss, ob eine internationale Vergleichbarkeit vorliegt. Wäre dies nicht der Fall, wäre das Wissen der internationalen Recherche nicht für die Forschungskonzeption verwertbar.

4.1. Gruppe der wohnungslosen Menschen (Thomauske)

Wohnungslosigkeit ist nicht nur in Deutschland ein Thema, sondern stellt europaweit in allen Ländern eine Problematik dar (vgl. Edgar et al. 2007: iV), sowie Kontinent übergreifend u. a. in Australien, Kanada und den Vereinigten Staaten von Amerika (USA). Dies schlägt sich in der gefundenen Literatur der S. C. nieder. Zunächst ist zu klären, welche Menschen wohnungslos sind.

4.1.1. Definition (Thomauske)

Neben der Problematik einer einheitlichen Definition liegt in Deutschland vor allem eine Begriffsproblematik vor. So wird neben dem gesellschaftlich anerkannten Begriff der Wohnungslosen häufig der Begriff der Obdachlosen und der heute erfreulicher Weise kaum noch genutzte Begriff der Nichtsesshaften verwendet. Schon seit Jahren fordern Autoren die Gesellschaft auf, von diesen, teilweise geschichtlich belasteten, Begriffen Abstand zu nehmen (vgl. Bauer 1984; Holtmannspötter 1982, zit. n. Wolf 2001: 1292). Die Autorinnen verweisen darauf, dass diese gesellschaftlich nicht anerkannten und problematischen Begriffe im eigenen Sprachgebrauch nicht verwendet werden. Um einem blinden Fleck im Rahmen der Beantwortung der Forschungsfragen entgegenzuwirken, werden diese Begrifflichkeiten allerdings im Rahmen der Literaturrecherche und Ausweisung der Ergebnisse verwendet, wohlwissend, dass diese im deutschen Sprachgebrauch Anwendung finden.

In Deutschland existiert keine einheitliche und einzig gültige Definition von Wohnungslosigkeit. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V. (BAG W) (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. o. J. a: o. S.) hat allerdings eine Definition für Wohnungsnotfälle verfasst, die in Deutschland anerkannt ist und im Rahmen der (inter)nationalen Forschung und Berichterstattung genutzt wird. Das Verständnis der Autorinnen der Masterarbeit über Wohnungslosigkeit beruht auf eben dieser Definition:

> „Eine Person ist ein Wohnungsnotfall, wenn sie
>
> - wohnungslos oder
> - von Wohnungslosigkeit bedroht ist oder
> - in unzumutbaren Wohnverhältnissen lebt
>
> Wohnungslos ist, wer nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügt. […]."
>
> (ebd.)

Wohnungsnotfälle werden zudem in den „ordnungsrechtlichen Sektor“, den „sozialrechtlichen Sektor“ und den „Zuwanderersektor“ unterteilt, die jeweils detaillierter beschrieben sind (vgl. ebd.). Im diesjährig erschienenen Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland (Der paritätische Gesamtverband (Hrsg.) 2016) hat die BAG W an einem Kapitel über Wohnungslosigkeit mitgearbeitet und präzisiert dort die Definition wie folgt:

„Zu den Wohnungsnotfällen zählen somit Haushalte und Personen, die
- ➔ **aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen**
- ➔ und **nicht institutionell** untergebracht sind, darunter diejenigen
  - ohne jegliche Unterkunft
  - in Behelfsunterkünften […]
  - vorübergehend bei Freunden, Bekannten und Verwandten untergekommen
  - vorübergehend auf eigene Kosten in Billighotels und –pensionen
- ➔ und **institutionell** untergebracht sind, darunter
  - ordnungsrechtlich untergebrachte Wohnungsnotfälle
  - durch Maßnahmen der Mindestsicherungssysteme bspw. in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe untergebrachte Wohnungsnotfälle
- ➔ **unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht sind, weil**
- ➔ der Verlust der derzeitigen Wohnung unmittelbar bevorsteht wegen Kündigung des Vermieters/der Vermieterin, einer Räumungsklage […] oder einer Zwangsräumung
- ➔ der Verlust der derzeitigen Wohnung aus sonstigen zwingenden Gründen unmittelbar bevorsteht (z. B. aufgrund von eskalierenden sozialen Konflikten, von Gewalt geprägten Lebensumständen oder wegen Abbruch des Hauses).“

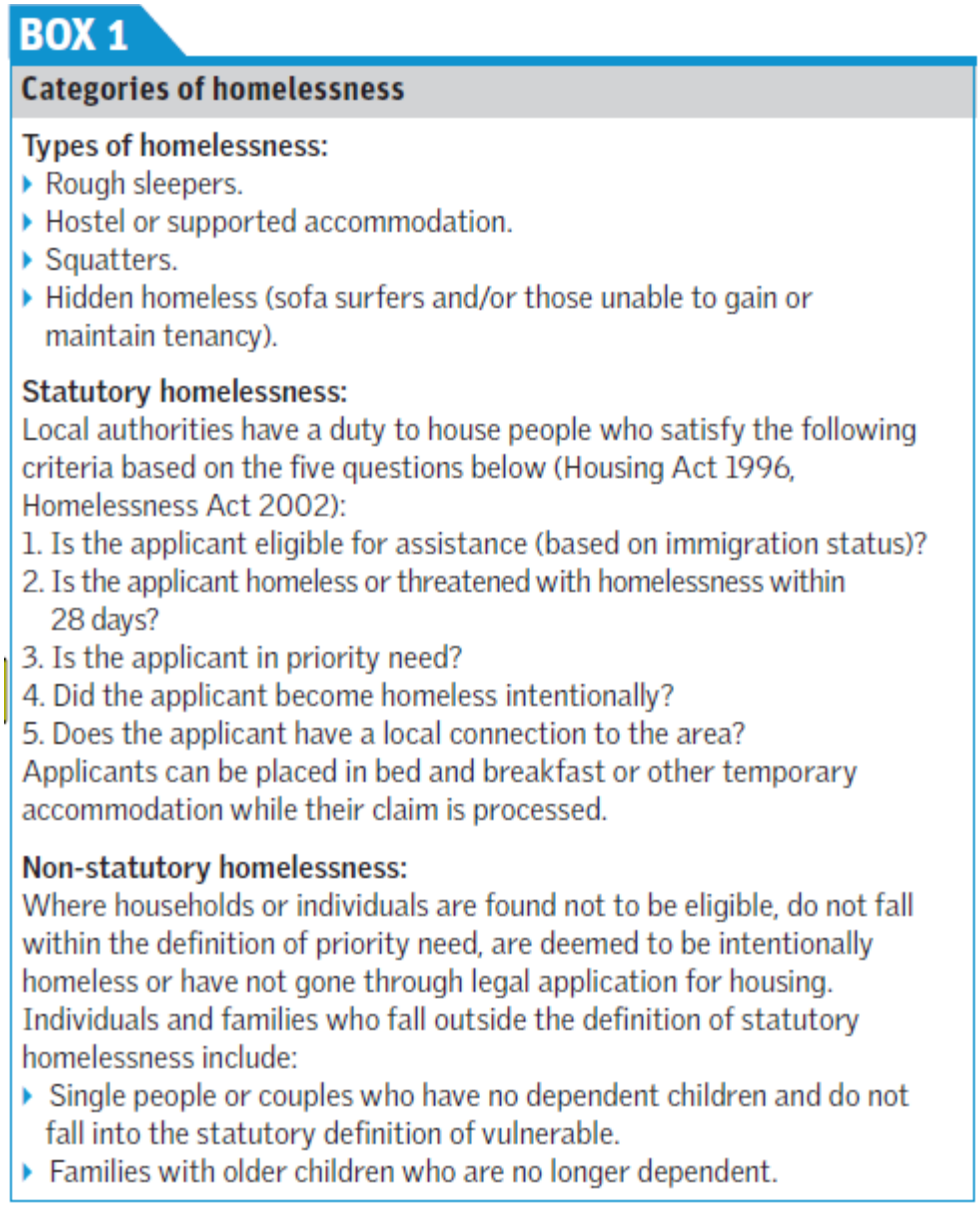
(Rosenke 2016: 83)

Die Zielgruppe der Masterthesis stellen die aktuell von Wohnungslosigkeit betroffenen und nicht institutionell untergebrachten Wohnungslosen dar. Laut der BAG W ist die aufgeführte Definition „[…] in den europäischen Diskurs eingeflossen und hat die ETHOS-Definition […] maßgeblich geprägt.“ (ebd.). Dies deutet an, dass die Problematik einer fehlenden, einheitlichen Definition über die deutschen Grenzen hinausgeht. Europaweit wird diese immer wieder gefordert (vgl. Edgar et al. 2007: Vi). Eine in Europa geltenden Definition von Wohnungslosigkeit ist die gerade genannte und durch die deutsche BAG W beeinflusste „Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung“ (ETHOS). Entwickelt wurde diese vom Europäischen Dachverband der Wohnungslosenhilfe (FEANTSA) (vgl. European Federation of National Association Working with the Homeless o. J.: o. S.). ETHOS unterteilt Wohnungslose in vier Oberkategorien mit jeweils operativen Unterkategorien, die anschließend den genauen Typ von Wohnungslosigkeit definieren (vgl. ebd.):

	Operative Kategorie		Wohnsituation		Definition
OBDACHLOS	1	Obdachlose Menschen	1.1	im öffentlichen Raum, in Verschlägen, unter Brücken etc.	Auf der Straße lebend, an öffentlichen Plätzen wohnend, ohne eine Unterkunft, die als solche bezeichnet werden kann
	2	Menschen in Notunterkünften	2.1	Notschlafstellen, Wärmestuben	Menschen ohne festen Wohnsitz, die in Notschlafstellen und niederschwelligen Einrichtungen übernachten
WOHNUNGSLOS	3	Menschen, die in Wohnungslosenseinrichtungen wohnen	3.1 3.2 3.3	Übergangswohnheime Asyle und Herbergen Übergangswohnungen	Menschen die in Einrichtungen wohnen, in denen die Aufenthaltsdauer begrenzt ist und keine Dauerwohnplätze zur Verfügung stehen
	4	Menschen, die in Frauenhäusern wohnen	4.1	Frauenhäuser	Frauen, die wegen häuslicher Gewalt ihre Wohnung verlassen haben und kurz- bis mittelfristig in einer Schutzeinrichtung beherbergt sind
	5	Menschen, die in Einrichtungen für MigrantInnen/ AsylwerberInnen wohnen	5.1 5.2	Befristete Herbergen, Auffangstellen, Quartiere für Arbeitsmigrantlnnen	MigrantInnen und AsylwerberInnen in Auffangstellen, bis ihr Aufenthaltsstatus geklärt ist Quartiere für nichtösterreichische StaatsbürgerInnen mit befristeter Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis
	6	Menschen, die von Institutionen entlassen werden	6.1 6.2 6.3	Gefängnisse, Strafanstalten Spitäler, Heilanstalten Jugendheime	Nach Haftentlassung kein ordentlicher Wohnsitz vorhanden Bleiben weiter hospitalisiert weil kein Wohnplatz zur Verfügung steht Fallen nicht mehr unter die Jugendwohlfahrt, bleiben aber weiterhin im Heim, weil keine andere Wohnmöglichkeit zur Verfügung steht
	7	Menschen, die in Dauereinrichtungen für Wohnungslose wohnen	7.1 7.2	Langzeitwohnheime für ältere Wohnungslose ambulante Wohnbetreuung in Einzelwohnungen	Dauerwohneinrichtungen mit Betreuungsangeboten für ältere und ehemals obdachlose Menschen
UNGESICHERTES WOHNEN	8	Menschen, die in ungesicherten Wohnverhältnissen wohnen	8.1 8.2 8.3	temporäre Unterkunft bei Freunden / Bekannten / Verwandten wohnen ohne bestandsrechtliche Absicherung Illegale Land/Hausbesetzung	Wohnen ohne einen Hauptwohnsitz zu begründen und vom guten Willen anderer Menschen abhängig Wohnen ohne Rechtstitel Wohnen unter Verletzung von Eigentumsrechten anderer Menschen
	9	Menschen, die von Delogierung bedroht sind	9.1 9.2 9.3	Gerichtliches Verfahren zur Auflösung des Wohnverhältnisses ist eingeleitet mit Delogierungsbeschluss mit Enteignungsbeschluss	Wohnen in einer Wohnung, für die ein Verfahren zur gerichtlichen Auflösung des Wohnverhältnisses eingeleitet ist Wohnen in einer Wohnung, für die bereits ein Gerichtsbeschluss zur Delogierung vorliegt Wohnen in Eigenheimen für die bereits ein Räumungsbefehl an die Exekutionsabteilung ergangen ist
	10	Menschen, die in ihrer Wohnung von Gewalt bedroht sind	10.1	mit Strafanzeige gegen Täter, trotz Wegweisungsbeschluss	Wohnen in Wohnungen, in denen man trotz Polizeischutz nicht vor Gewalt sicher ist
UNGENÜGENDES WOHNEN	11	Menschen, die in Wohnprovisorien hausen	11.1 11.2 11.3	Wohnwägen Garagen, Keller, Dachböden, Abbruchhäuser etc. Zelte	Wohnen in Behausungen, die für konventionelles Wohnen nicht gedacht sind, die notdürftig zusammengebaut oder als Wohnwägen und Zelte gedacht sind
	12	Menschen, die in ungeeigneten Räumen wohnen	12.1	Hausbesetzung von Abbruchgebäuden	Wohnen in Gebäuden, die für Wohnzwecke gesperrt oder ungeeignet sind, die kurz vor einem Abbruch stehen oder die durch die Bauordnung als ungeeignet klassifiziert sind
	13	Menschen die in überfüllten Räumen wohnen	13.1	Unterschreitung der zulässigen Mindestquadratmeter pro Person	Wohnen in Räumen, die entgegen den Mindestanforderungen völlig überbelegt sind und von mehr Menschen als zulässig bewohnt werden

Abbildung 11: "Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung" (ETHOS)
(European Federation of National Association Working with the Homeless o. J.: o. S.)

Die in der Masterarbeit beschriebenen Wohnungslosen entsprechen den operativen Kategorien 1, 2, 3, 11 und 12. Diese Zuordnung hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Typologie ETHOS ist eine bekannte und weit verbreitete Kategorisierung, aber nicht die einzige für den europäischen Raum existierende. Die Europäische Kommission liefert in ihrer Studie „Meassurement of Homelessness at European Union Leven“ (Edgar et al. 2007) u. a. einen breiten Überblick über die in Europa und teilweise anderen Kontinenten herrschenden Definitionen. Im Rahmen dieser Problematik wird die Unterschiedlichkeit der Sprache und ihrer kulturellen Bedeutung als eine Schwierigkeit der einheitlichen Definition betont (vgl. ebd.: 55). Obwohl es die europäische Typisierung ETHOS gibt, haben alle Länder ihre eigenen Definitionen. Für das Vereinigte Königreich Großbritannien (UK) wird hier die Definition bemüht, die Lamb und Joel (Lamb, Joel 2014) in ihrem Fachartikel anschaulich darstellen:



BOX 1

Categories of homelessness

Types of homelessness:

- Rough sleepers.
- Hostel or supported accommodation.
- Squatters.
- Hidden homeless (sofa surfers and/or those unable to gain or maintain tenancy).

Statutory homelessness:

Local authorities have a duty to house people who satisfy the following criteria based on the five questions below (Housing Act 1996, Homelessness Act 2002):

1. Is the applicant eligible for assistance (based on immigration status)?
2. Is the applicant homeless or threatened with homelessness within 28 days?
3. Is the applicant in priority need?
4. Did the applicant become homeless intentionally?
5. Does the applicant have a local connection to the area?

Applicants can be placed in bed and breakfast or other temporary accommodation while their claim is processed.

Non-statutory homelessness:

Where households or individuals are found not to be eligible, do not fall within the definition of priority need, are deemed to be intentionally homeless or have not gone through legal application for housing. Individuals and families who fall outside the definition of statutory homelessness include:

- Single people or couples who have no dependent children and do not fall into the statutory definition of vulnerable.
- Families with older children who are no longer dependent.

Abbildung 12: Definition Wohnungslosigkeit UK
(Lamb, Joel 2014: 46)

Nach Lamb und Joel werden vier Kategorien von Wohnungslosigkeit unterschieden. In der Masterarbeit wird sich vorrangig mit der Pflege von „rough sleepern“ beschäftigt.

Wie bereits angedeutet, beschränkt sich diese Definitionsproblematik nicht auf den europäischen Raum. Die im Rahmen der Masterthesis neben Deutschland und England eingeschlossenen Länder Australien, USA und Kanada berichten ebenfalls von dieser Schwierigkeit, was in der Studie der Europäischen Kommission bestätigt wird (vgl. Edgar et al. 2007: 61 und 63 f.). Die hier für Australien angeführte und verwendete Definition von Wohnungslosigkeit ist in

drei Level unterteilt. Chin, Sullivan und Wilson (Chin, Sullivan, Wilson 2011) definieren diese drei Level unter Bezug auf Chamberlain und MacKenzie wie folgt:

> „[…] primary, secondary and tertiary [level]. Primary homelessness refers to any individual without some form of shelter and is also known as ´sleeping rough´. Secondary homelessness refers to those individuals who reside in temporary and unsecured accomodation, such as in hostels or as the goodwill of friends or relatives. Longterm residents of private boarding houses, without a secure rental lease, fall into the category of tertiary homelessness."
>
> (Chamberlain, MacKenzie 1992, zit. n. Chin, Sullivan, Wilson 2011: 52)

Wohnungslose entsprechend der Fragestellung der Masterarbeit sind dem „primary level" zuzuordnen. Auch in Amerika sind zahlreiche Definitionen vorhanden. Die meisten Autoren der S. C. beziehen sich allerdings auf den „The McKinney-Vento Homeless Assistance Act" (McKinney 2009), der hier aufgrund seiner Länge auszughaft zitiert wird:

> „GENERAL DEFINITION OF HOMELESS INDIVIDUAL. […]
> (1) an individual or family who lacks a fixed, regular, and adequate nighttime residence;
> (2) an individual or family with a primary nighttime residence that is a publico r private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accomodation for human beings, including a car, park, abandoned building, bus or train station, airport or camping ground; […]"
>
> (ebd.: 1)

Auf diesen beziehen sich die Autorinnen für den amerikanischen Bereich. McKinney erwähnt zusätzlich eine mögliche Einteilung in chronische und vorübergehende Wohnungslosigkeit (vgl. ebd.: 4).

Für den kanadischen Bereich ist Stephen W. Hwang einer der vorreitenden Wissenschaftler, was die Pflege wohnungsloser Patienten angeht. Er und seine Kollegen bemängeln das Fehlen einer einheitlichen Definition (vgl. Frankish, Hwang, Quantz 2005: 24). Hwang definiert Wohnungslosigkeit unter Bezugnahme auf die amerikanische Definition (vermutlich angelehnt an den McKinney-Act) und unterteilt diese in absolute und relative Wohnungslosigkeit:

> „According to the United Nations ´absolute homelessness´ describes the condition of people without physical shelter who sleep outdoors, in vehicles, abandoned buildings or other places not intended for human habitation. ´Relative homelessness` describes the condition of those who have a physical shelter, but one that does not meet basic standards of health and safety; […]."
>
> (Hwang 2001: 229).

Dem Verständnis der Masterarbeit entsprechen Menschen mit absoluter Wohnungslosigkeit.

4.1.2. Die Gruppe der Wohnungslosen (Thomauske)

Heinemeyer (Heinemeyer 2013) sagt: „[…] Obdachlosigkeit, Armut, Sucht und psychische Krankheit gehören genauso zu unserer Gesellschaft wie Obdach, Wohlstand und Gesundheit.“ (ebd.: 705). Dies spiegelt sich auch in den Zahlen wieder. Hierbei ist anzumerken, dass es sich lediglich um Schätzungen handelt, da eine genaue Erfassung aller wohnungslosen Menschen nicht möglich ist. Dies liegt daran, dass es „In Deutschland […] keine bundeseinheitliche Wohnungsnotfall-Berichterstattung auf gesetzlicher Grundlage [gibt].“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2013 b: 1). Die BAG W liefert auf ihrer Homepage regelmäßig aktuelle Zahlen zur Thematik. Die letzte Schätzung berichtet, dass im Jahre 2014 335.000 Menschen wohnungslos waren (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. o. J. b: o. S.). Die Zahlen belegen einen drastischen Anstieg der Wohnungslosen um 18 % im Vergleich zum Jahre 2012 (vgl. ebd.). Dieser Anstieg verzeichnet sich auch unter den Wohnungslosen, die im Fokus dieser Masterthesis stehen: „Die Zahl der Menschen, die `Platte machen`, die also ohne jegliche Unterkunft auf der Straße leben, stieg seit 2012 um 50 % auf ca. 39.000 in 2014 (ca. 26.000 in 2012).“ (ebd.). Für das Jahr 2018 prognostiziert die BAG W einen Anstieg der wohnungslosen Menschen auf bis zu 536.000 (vgl. ebd.). Die Schätzung der BAG W gibt nicht nur Auskunft über die Anzahl der betroffenen Menschen, sondern präzisiert dieses weiterführend. „Ca. 239.000 (71 %) der wohnungslosen Menschen sind alleinstehend, 96.000 (29%) leben mit Partnern und/oder Kindern zusammen. […] die BAG W [schätzt] die Zahl der Kinder und minderjährigen Jugendlichen auf 9 % (29.000), die der Erwachsenen auf 91 % (306.000). Der Anteil der erwachsenen Männer liegt bei 72 % (220.000); der Frauenanteil liegt bei 28 % (86.000) […].“ (ebd.) Auch in den übrigen Ländern gibt es keine offiziellen und einheitlichen Statistiken zur Datenerfassung. Dies führt zu einer schweren internationalen Vergleichbarkeit unterstützt noch dadurch, dass die Entstehung von Wohnungslosigkeit prinzipiell individuell und multifaktoriell bedingt ist, worauf im späteren noch eingegangen wird (vgl. Edgar et al. 2007: iV). Für England beschreiben Lamb und Joels (Lamb, Joels 2014) ebenfalls einen Anstieg der wohnungslosen Menschen in den letzten Jahren. Die britischen Zahlen werden ermittelt, indem an einem festgelegt Tag eine nächtliche Zählung der so genannten „Rough Sleeper“ durchgeführt wird. Die Problematik hier besteht darin, dass lediglich die Menschen ohne jedes Obdach erhoben werden und nur in einer Nacht im Jahr, was keine sichere Datenquelle

darstellt. Zusätzlich besteht eine hohe Dunkelziffer derer, die wohnungslos sind, aber nicht draußen nächtigen (vgl. ebd.: 45 f.). Ein Anstieg der Zahlen kann dennoch ermittelt werden. „In London during 2012/13, 6,437 people slept rough. This represents a 62 % increase over two years." (Broadway 2012, 2013, zit. n. Lamb, Joels 2014: 45). Davis (Davis 2012) gibt in ihrem Fachartikel unter Berufung auf gesetzliche Statistiken die Auskunft, dass 2011 48.920 Menschen in vorübergehenden Unterbringungen gemeldet waren und über 2.000 Obdachlose gezählt wurden. Beides stellt eine Erhöhung zum Vorjahr dar (vgl. ebd.: 24). Im Abgleich mit den Zahlen nach Lamb und Joels kann ein weiterer Anstieg prognostiziert werden. In der Literatur finden sich die unterschiedlichsten Zahlen aus diversen Jahren und mehreren Quellen. Eins kann sicher gesagt werden: Wohnungslosigkeit ist auch in UK ein Thema und die Zahl der Wohnungslosen steigt. Menschen ohne jedes Obdach stechen im Stadtbild natürlich am meisten ins Auge, sind aber insgesamt in England, wie in Deutschland auch, eine vergleichsweise kleine Gruppe verglichen mit den Menschen, die den übrigen Arten von Wohnungslosigkeit entsprechen (vgl. Tansley 2008: 38). Vergleichbare Aussagen konnten in der S. C. auch für die nichteuropäischen und in dieser Arbeit betrachteten Länder ermittelt werden. Die meisten Literaturnachweise entspringen den USA, was aufgrund der vorherrschenden Präsenz der Pflegewissenschaft in diesem Lande nicht verwunderlich ist. In zahlreichen Fachartikeln von amerikanischen Autoren wurden Zahlen aus diversen Jahren zur Gruppe der Wohnungslosen wiedergegeben. Das U. S. Departement of Housing and Urban Development hat 2014 einen nationalen Report zur Wohnungslosigkeit veröffentlicht (Henry et al. 2014). Aufgrund der Aktualität der Zahlen und der Quelle wird sich an dieser Stelle ausschließlich auf diese Datenbasis für die USA bezogen. Auch hier werden lediglich Schätzungen bekanntgegeben, die sich aus einer Zählung in einer Nacht im Januar ergeben. Der Unterschied zu UK liegt darin, dass nicht nur die Obdachlosen ohne jede Unterkunft, sondern auch die untergebrachten Wohnungslosen ermittelt bzw. geschätzt werden. „578,424 were homeless in the United States." (ebd.: 6). Im Weiteren wird noch unterschieden, ob diese Menschen untergebracht sind oder nicht:

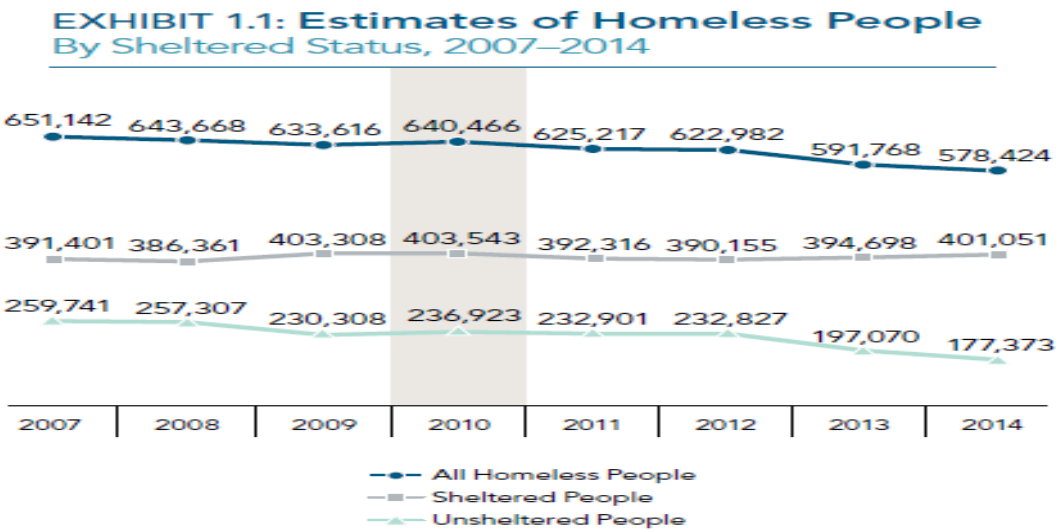


Abbildung 13: Unterbringung wohnungsloser Menschen in den USA (Henry et al. 2014: 6)

Für die USA lässt sich also sagen, dass es insgesamt aktuell einen Abfall an Wohnungslosen gibt, die ohne jede Unterkunft sind (Fokus der Masterarbeit) und einen leichten Anstieg der untergebrachten Wohnungslosen. Im Vergleich dazu, wird für den australischen Raum die Aussage gemacht, dass die Zahlen der Wohnungslosen weiter steigen (vgl. Census for Population and Housing 2009, zit. n. Chin, Sullivan, Wilson 2011: 52). Wieder anknüpfend an den Report der USA werden noch folgende Aussagen zu den Zahlen gemacht:

- „Nearly two-thirds of people experiencing homelessness (63% or 362,163 people) were individuals. Of those, 209,148 were staying in emergency shelters or transitional housing programs and 153,015 were found in unsheltered locations
- The remaining 37 percent, or 216,261 people, were people in homeless families. Most (191,903 people) were sheltered, and 24,358 people in families were counted in unsheltered locations such as under bridges, in cars, or in abandoned buildings.
- Two-thirds of homeless people are over the age of 24. Nearly one-qaurter (24%) were under 18, and the remaining 10 percent were between 18 and 24 years of age.
- The sheltered population is younger than the unsheltered population […].“

(Henry et al. 2014: 6).

An dieser Stelle zeichnet sich die Unterschiedlichkeit der Gruppe der Wohnungslosen in den jeweiligen Ländern ab. So sind in den USA deutlich mehr Familien oder Menschen, die in einem vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen, wohnungslos als in Deutschland. Ebenfalls auffällig sind die Gruppe der wohnungslosen Veteranen in den USA, die es so in Deutschland nicht gibt (vgl. ebd.: 7, 22 f. und 40). In dem Report findet sich neben der detaillierten

Beschreibung der einzelnen Untergruppen auch eine Schätzung und Beschreibung zur chronischen Wohnungslosigkeit. Hier ist auffällig, dass 37 % der chronisch wohnungslosen Menschen dauerhaft untergebracht sind und 63 % ohne Obdach leben (insgesamt sind es 84.291 Menschen) (vgl. ebd.: 50). In Deutschland leben im Vergleich deutlich weniger (11,64 %) dauerhaft ohne jedes Obdach auf der Straße. In Kanada ist die Ermittlung der wohnungslosen Bevölkerung ebenfalls erschwert und wird nicht systematisch durchgeführt. Hwang und Kollegen (Frankish, Hwang, Quantz 2005) berufen sich auf eine statistische Erhebung aus dem Jahre 2001 und führen an, dass in Kanada über 14.000 Personen in diesem Jahr wohnungslos waren (vgl. Statistics Canada 2001, zit. n. Frankish, Hwang, Quantz 2005: 24). In Kanada wird allerdings in Unterkünften gezählt und die Menge der Menschen ohne Obdach wird nicht ermittelt, was eine hohe Dunkelziffer vermuten lässt. Sicher ist allerdings, dass die meisten Wohnungslosen in Toronto anzufinden sind (vgl. Hwang 2001: 229). Kanada hat vergleichbar mit Amerika ebenfalls viele wohnungslose Familien (vgl. ebd.: 230).

Wie sich bereits aufgrund der Daten und der bisher getätigten Aussagen vermuten lässt, ist die Gruppe der Wohnungslosen eine sehr unterschiedliche und die Gründe für die Entstehung einer Wohnungslosigkeit sind mannigfaltig. Beckmann (Beckmann 2014) berichtet in einem Artikel, dass Wohnungslosigkeit häufig aus einer Kombination von inhaltlichen oder formalen Gründen resultiert. Natürlich kann es sein, dass es ausschließlich aus einer Art der Gründe heraus entsteht, was aber nicht der Regelfall ist (vgl. ebd.: 156). Die BAG W liefert fünf Hauptgründe formaler Art als Ursache für die Entstehung von Wohnungslosigkeit:

> - „das **extreme Anziehen der Mietpreise**, ins. [sic!] in den Ballungsgebieten bei gleichzeitig verstärkter **Zunahme der Verarmung** der unteren Einkommensgruppen
> - ein **unzureichendes Angebot an preiswertem Wohnraum** […]
> - **Verarmung der unteren Einkommensgruppen** in engem Zusammenhang mit der Dauerkrise am Arbeitsmarkt […]
> - andauernde **schwerwiegende sozialpolitische Fehlentscheidungen bei Hartz IV** […]
> - **unzureichender Ausbau von Fachstellen zur Verhinderung von Wohnungsverlusten** […]."
>
> (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2013 b: 2)

Neben diesen formalen Gründen gibt es zahlreiche und sehr individuelle inhaltliche Gründe sozialer oder personaler Art, wie z. B. das Auseinanderbrechen von Partnerschaften, Gewalt im täglichen Leben, die bewusste Entscheidung einer anderen Lebensform, Suchterfahrungen bzw. -

erkrankungen und psychische Erkrankungen. Dies ist nur ein beispielhafter minimaler Ausblick an denkbaren Gründen. Beckmann (Beckmann 2014) liefert vergleichbare Beispiele in ihrem Artikel und verweist auf die Häufigkeit von psychischen und chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung, die eine Entstehung begünstigen könnten (vgl. ebd.: 156). Die BAG W weist zusätzlich darauf hin, dass jüngere Menschen häufig Teil des Hilfesystems sind und von Wohnungslosigkeit bedroht bzw. betroffen sind. Ebenso wie es gehäuft Menschen mit Migrationshintergrund betrifft (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2013 a: 160). Lamb und Joels (Lamb, Joels 2014) liefern unter Bezugnahme auf Shelter eine übersichtliche Darstellung der allgemeinen Gründe für Wohnungslosigkeit im Vereinigten Königreich:

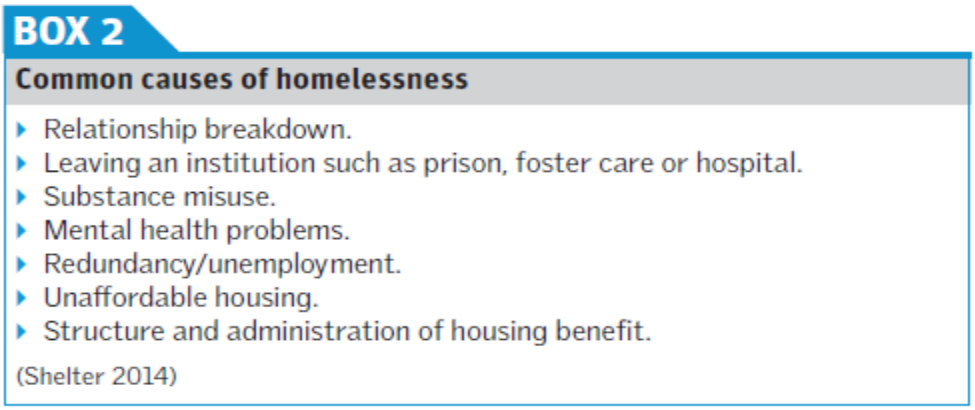


Abbildung 14: Gründe für Wohnungslosigkeit UK
(Shelter 2014, zit. n. Lamb, Joels 2014: 46)

Diese Übersicht liefert sowohl formale wie inhaltliche Gründe für die Entstehung von Wohnungslosigkeit und entspricht den deutschen Gründen. Seiler und Moss (Seiler, Moss 2012) nennen ebenso solche inhaltliche und formale Gründe für die USA. Sie berufen sich in diesem Textabschnitt auf zahlreiche andere Autoren, weswegen davon ausgegangen werden kann, dass die vielen verschiedenen Gründe in allen Ländern anzutreffen sind (vgl. ebd.: 303). Genauso verhält es sich bei Hwang für den kanadischen Raum (vgl. Hwang 2001: 24). Aufgrund der Einschlusskriterien des Reviews wurden keine Aussagen für den australischen Raum ermittelt. Hier gehen die Autorinnen allerdings von einer Vergleichbarkeit mit den anderen Ländern aus, da die Ergebnisse in drei von vier Ländern deckungsgleich sind und sich nicht widersprechen. Dela Cruz und Kollegen (dela Cruz, Harris, Brehm 2004) konnten die allgemeine Meinung der amerikanischen Bevölkerung zur Entstehung von Wohnungslosigkeit ermitteln. Dazu haben sie u. a. eine Skala über Einstellungen wohnungslosen Menschen gegenüber

verwendet (Attitudes Toward Homeless Inventory) (vgl. ebd.: 548). Auch die Bevölkerung geht von einer multifaktoriellen Entstehung von Wohnungslosigkeit aus individuellen und doch ähnlichen Gründen aus. „Nevertheless, the study findings also showed that the American public generally attributes homelessness to a combination of three or four of its six causes–personal choice, work aversion, alcoholism, mental illness, bad luck and structural forces–[…]“ (ebd.: 548). Wohnungslose Menschen werden häufig negativ in den Medien stereotypisiert, was wiederum dazu führen kann, dass die Bevölkerung sich ein solches mediengestütztes und ggf. negatives Bild der Gruppe macht (vgl. Wheatley 2012: 17). Ob dies bei den einzelnen Personen geschieht oder nicht, hängt natürlich von ihren persönlichen Erfahrungen und Einstellungen/Haltungen ab. Dass es sich bei der Gruppe der Wohnungslosen allerdings immer um eine vulnerable Gruppe handelt, bleibt unbestritten.

4.1.3. Erkrankungen wohnungsloser Menschen (Thomauske)

Schwerpunkt dieser Arbeit ist der Umgang professionell Pflegender mit wohnungslosen Patienten im stationären Umfeld – „Obdachlosen im Krankenhaus“. Dies impliziert, dass wohnungslose Menschen häufig im Krankenhaus behandelt werden müssen. Von Interesse sind also die Erkrankungen, an denen diese Menschen leiden. Zusätzlich stellt die Tatsache der Obdachlosigkeit laut WHO und ICD bereits eine Erkrankung dar:

> „**Z59 Probleme mit Bezug auf die Wohnbedingungen oder die wirtschaftlichen Verhältnisse**
> ***Exkl.:*** Unzulängliche Trinkwasserversorgung (Z58)
> **Z59.0 Obdachlosigkeit**“
>
> (DIMDI 2013: o. S.)

Die BAG W berichtet, dass eine Vielzahl an wohnungslosen Menschen keine hausärztliche Betreuung haben (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2013 a: 162), was dazu führt, dass Krankheiten nicht frühzeitig behandelt werden und ein stationärer Krankenhausaufenthalt bei Fortschreiten bzw. Verschlechterung der Gesundheitssituation notwendig wird. Prinzipiell lässt sich sagen, dass „Der Gesundheitszustand wohnungsloser Männer und Frauen […] schlecht [ist]: Häufiger als die wohnende Bevölkerung leiden sie unter Mehrfacherkrankungen.“ (Peters-Steinwachs 2015: 20). In einigen Texten finden sich Aussagen zu Erkrankungen dieser Gruppe. Der Mediziner Gerhard Trabert ist einer der führenden Wissenschaftler und Ärzte, wenn es um die Versorgung und Unterstützung von wohnungslosen bzw.

obdachlosen Patienten in Deutschland geht. Im Folgenden wird sich also fast ausschließlich auf sein durch Forschung und jahrelange praktische Erfahrung erworbenes Fachwissen bezogen, um die Erkrankungen möglichst präzise aufführen zu können. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass das Gesundheitsverhalten der Menschen ohne Wohnung ihre Gesundheit negativ beeinflusst. So ist das Ernährungsverhalten ein ungesundes, häufig besteht ein hoher Zigaretten- und ggf. Alkohol- und/oder Drogenkonsum und das Leben auf der Straße ist ein ungeschütztes und mit vielen Strapazen verbunden (vgl. Trabert 2000: 4 f.). Die Erkrankungen lassen sich in psychische und physische unterteilen. Zu ersteren werden diverse Arten psychischer Erkrankungen (z. B. Schizophrenie) und Abhängigkeiten gezählt. Zu den Abhängigkeiten zählen vorrangig der Nikotinabusus und die Alkoholabhängigkeit. Des Weiteren kommen gehäuft Abhängigkeiten von illegalen Substanzen vor. Jede dieser Abhängigkeiten hat gravierende Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Menschen (vgl. ebd.: 5-8, 11). Zu den physische Erkrankungen zählen neben Verletzungen, z. B. durch Unfälle oder Gewalt durch Mitmenschen, Infektionskrankheiten und Erkrankungen an diversen Organen (vgl. ebd.: 10 f.). Trabert fasst folgende Haupterkrankungen wohnungsloser/obdachloser Menschen zusammen:

- „Erkrankungen der Atmungsorgane
- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
- Hauterkrankungen
- Erkrankungen des Skelettsystems
- Psychiatrische Erkrankungen
- Alkohol assoziierte Erkrankungen
- Zahnerkrankungen“

(ebd.: 11)

Trabert geht weiterführend differenziert auf bestimmte Krankheitsverläufe, genderspezifische Erkrankungen und gehäufte Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ohne Wohnung ein. An dieser Stelle wird erneut auf die Bachelorthesis der Autorinnen verwiesen (Salvini-Plawen, Thomauske 2014), in der dies ausführlicher thematisiert wurde und die das Grundlagenwerk der vorliegenden Arbeit darstellt. Aufgrund des Schwerpunktes der Masterthesis und der Erkenntnisse aus dem internationalen Raum, die neu hinzugekommen und folgend ausgewiesen werden sollen, wird an dieser Stelle darauf verzichtet alle Erkenntnisse der Bachelorarbeit erneut darzustellen. Angeführt werden soll hier allerdings noch der im Rahmen der deutschen Suche der Masterthesis in der S.

C. neu hinzugekommene Artikel von Beckmann (Beckmann, 2014). Sie hat aufgrund einer durchgeführten Untersuchung Erkrankungen obdachloser Patienten erfassen können. Diese Erkrankungen sind deckungsgleich mit der Liste der Haupterkrankungen nach Trabert (vgl. ebd.: 159). Ein Aspekt, der hier noch angeführt werden soll und der sich im späteren auch in der internationalen Recherche wiederspiegeln wird, ist das Gesundheitsverhalten bzw. -bewusstsein dieser Menschengruppe. Aufgrund der Lebensumstände ihres täglichen Lebens sind sie einerseits zusätzlich gesundheitsgefährdet (z. B. durch ungeschütztes Ausgeliefertsein gegenüber der Witterung oder der Beschaffenheit der Schlafumgebung) und haben andererseits einen anderen Lebensschwerpunkt als ihre Gesunderhaltung. So ist die Sicherung der Existenz, der nächsten Mahlzeit, der primären Bedürfnisse und des Schlafplatzes, um einige Beispiele anzuführen, vorrangig und es bleiben keine Reserven, um sich um den eigenen Gesundheitszustand zu kümmern. Dies geschieht erst dann, wenn der Zustand so schlecht ist, dass behandelt werden muss (vgl. Trabert 1995; Behnsen 1995: 209, zit. n. Stehling 2003: 15 f.). Diese Aussage findet sich ebenso für den englischen, amerikanischen und kanadischen Raum im Rahmen der S. C. wieder (vgl. Hwang 2001, zit. n. dela Cruz, Harris, Brehm 2004: 547; vgl. Davis 2012: 26; vgl. Tansley 2008: 38). Aufgrund der Aussagen aus dem australischen Raum kann dies ebenfalls für zutreffend in diesem Land bewertet werden. So beschreiben Chin und Kollegen (Chin, Sullivan, Wilson 2011) unter Berufung auf ihren kanadischen Kollegen Hwang in ihrem Beitrag, dass häufig erst spät eine Diagnose gestellt wird und die Erkrankung somit bereits fortgeschritten ist und es evtl. schon Komplikationen gibt (vgl. Hwang 2000, zit. n. Chin, Sullivan, Wilson 2011: 52). Wie vorab angedeutet, ist es nicht nur in Deutschland so, dass der wohnungslose Lebensstil die Gesundheit beeinflusst. Arangua und Gelberg (Arangua, Gelberg 2013) bestätigen diese Aussage für den amerikanischen Raum (vgl. ebd.: 180), ebenso wie Wise und Phillips (vgl. Wise, Phillips 2013: 360). Der internationale Abgleich der Treffer innerhalb der vier neben Deutschland betrachteten Länder hat gezeigt, dass die Erkrankungen der Gruppe der Wohnungslosen international nahezu identisch sind mit denen in Deutschland. Um diese Aussage tätigen zu können, wurden insgesamt 17 Einschlüsse miteinander verglichen. Dabei ist auffällig, dass sich die einzelnen Autoren häufig auf fremde und innerhalb der Artikel wiederkehrende Quellen beziehen, die teilweise über 30 Jahre alt sind. Überblickend lässt sich festhalten, dass wohnungslose Menschen international ebenfalls häufig an psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen leiden (vgl. z. B. Tansley 2008: 38;

Gerber 2013: 34; Hwang 2001: 231; Lamb, Joels 2014: 46 f. u. a.). Auch die physischen Erkrankungen sind vergleichbar mit den von Trabert aufgeführten. In einigen Artikeln werden die genauen Erkrankungen wie z. B. chronisch obstruktive Lungenerkrankungen benannt, diese lassen sich in die Einteilung nach Trabert einordnen (vgl. z. B. Moy, Sanchez 1992 zit. n. Hwang 2001: 230; Lamb, Joels 2014: 46 f.; Gerber 2013: 34 u. a.). Für den amerikanischen, kanadischen und australischen Bereich wird die Erkrankung Tuberkulose (TBC) gehäuft explizit aufgeführt. Auffällig ist hier, dass die australische Quelle sich häufig auf den kanadischen Kollegen Hwang bezieht (vgl. z. B. Hwang 2001 zit. n. Chin, Sullivan, Wilson 2011: 53; Prevention and control of tuberculosis among homeless persons 1992 zit. n. Hwang 2001: 231; Culhane et al., 2001; Gelberg et al., 1990 zit. n. Fetter 2009: 799 u. a.). Zusätzlich wird international häufig betont, dass wohnungslose Menschen vermehrt gewalttätigen Angriffen ausgesetzt sind, wodurch sie schwerwiegende Verletzungen davontragen und ebenfalls Erkrankungen aufgrund der Witterungsverhältnisse, denen sie ungehindert ausgesetzt sind, erleiden, wie z. B. Erfrierungen (vgl. z. B. Gerber 2013: 34; Frankish, Hwang, Quantz 2005: 25; Wright, Tompkins, 2006 zit. n. Wise; Phillips 2013: 360 u. a.). Arangua und Gelberg (Arangua, Gelberg 2013) führen in ihrem Beitrag das im Vergleich zu Deutschland in Amerika gehäufte Auftreten von wohnungslosen Patienten mit Adipositas an, was sie auf Bewegungsmangel zurückführen (vgl. ebd.: 174).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wohnungslose Menschen unabhängig des Landes, in dem sie leben, die gleichen Arten von Erkrankungen haben, was sich zum einen auf ihren Lebensstil und zum anderen auf ihre Lebensprioritäten zurückführen lässt. Demzufolge sind Menschen ohne jedes Obdach natürlich noch gefährdeter zu erkranken als Menschen, die in irgendeiner Art und Weise untergebracht sind. Arangua und Gelberg (ebd.) führen weiterhin an, dass Menschen ohne jedes Obdach häufiger drogen- oder alkoholabhängig sind, Hauterkrankungen erleiden und Opfer von gewalttätigen Übergriffen werden (vgl. ebd.: 177). Aufgrund der zahlreichen gesundheitlichen Gefahren und Erkrankungen, denen wohnungslose Menschen ausgesetzt sind, liegt es nahe, dass diese Gruppe eine höhere Mortalität im Vergleich zu nicht wohnungslosen Menschen aufweist. Für den deutschsprachigen Raum wurde aufgrund der systematischen Literaturrecherche lediglich eine neue Aussage zum Thema Mortalität gefunden, allerdings wurde auch nicht gezielt danach gesucht, da dies kein Schwerpunkt der Arbeit ist. Trabert bemängelt bereits im Jahre 2000 die fehlende Studienlage zu diesem Thema und beruft sich auf Ferber, der eine

Verbindung zwischen Sozialstatus und Mortalität hergestellt hat (vgl. Ferber 1989 zit. n. Trabert 2000: 24). Peters-Steinwachs (Peters-Steinwachs 2015) beruft sich auf eigene Studien aus dem Jahre 2007 bezüglich des durchschnittlichen Sterbealters wohnungsloser Menschen, das laut diesen zwischen 57 und 62,5 Jahren liegt (vgl. ebd.: 23). Verglichen mit der durchschnittlichen „Normalbevölkerung" Deutschlands ist dies deutlich jünger und belegt damit eine frühere Mortalität, zu einer höheren Mortalitätsrate wird nichts berichtet. Der Aspekt soll an dieser Stelle trotz dem fehlenden Fokus aufgeführt werden, weil im internationalen Bereich einige Aussagen dazu getätigt werden. So führen Hewett und Kollegen (Hewett, Halligan, Boyce 2012) zum Beispiel an, dass ein drogenabhängiger wohnungsloser Mensch häufiger und früher stirbt, als ein drogenabhängiger Mensch mit Wohnung. Sie berufen sich dabei auf eine englische Studie von Morrison (vgl. Morrison 2009 zit. n. Hewett, Halligan, Boyce 2012: 1). Dela Cruz und Kollegen (dela Cruz, Brehm, Harris 2004) legen dar, wie eng der Gesundheitszustand, der Lebensstil und die Mortalität der Menschen ohne Obdach miteinander verbunden sind:

> „Compared to the general population, homeless people have not only higher rates of hospitalization but also higher rates of premature mortality resulting from inadequate diet, lack of sleeping facilities, decreased opportunities for personal hygiene (Jezewski, 1995), and lack of access to basic health care (Hwang, 2001)."
>
> (ebd.: 547).

Gerber (Gerber 2013) beruft sich in seinem Artikel auf Savage und Lee und schreibt: „Their age-adjusted mortality is three to six times higher than for people with housing." (Savage, Lee 2010 zit. n. Gerber 2013: 34). Einige der Autoren der S. C. beziehen sich bei Aussagen über die Mortalität der Gruppe auf den kanadischen Spezialisten Hwang. Jener weist auf, dass die Sterblichkeit wohnungsloser Männer in Kanada niedriger ist als in den USA, was er u. a. darauf zurückführt, dass in Kanada ein anderes Gesundheitssystem praktiziert wird (vgl. Hwang 2000 zit. n. Hwang 2001: 230). Hwang liefert international vergleichende Zahlen in seinen Texten, wobei er sich immer auf die gleiche eigene Quelle bezieht.

Abschließend lässt sich sagen: „Homeless people are at greatly increased risk of death." (Frankish, Hwang, Quantz 2005: 25).

4.2. Wohnungslose und pflegerische Versorgung (Thomauske)

Im diesem Teil soll der Zugang der wohnungslosen Menschen zu pflegerischer bzw. medizinischer Versorgung im stationären Kontext, also im Krankenhaus, betrachtet werden. Zusätzlich wird kurz beleuchtet, welche Zugangswege zum Gesundheitswesen dieser Bevölkerungsgruppe weiterhin zur Verfügung stehen, um pflegerische bzw. medizinische Versorgung erhalten zu können. Pflege und Medizin können an dieser Stelle nicht voneinander getrennt werden, da meistens eine Erkrankung der Grund dafür ist, dass Pflege notwendig wird.

Wie bereits in der Bachelorarbeit der Autorinnen belegt werden konnte, haben Wohnungslose häufig einen erhöhten Bedarf an pflegerischer Unterstützung, der aus ihrer Lebenslage, ihren Lebensumständen und den daraus resultierenden gesundheitlichen Veränderungen/Krankheiten entsteht (vgl. Salvini-Plawen, Thomauske 2014: 63). Die Autorinnen beziehen sich auf Peters und halten fest, dass Wohnungslose häufig bezogen auf fast alle Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL`s) einen individuellen und hohen Pflegebedarf haben, den sie nicht selbstständig bewältigen können (vgl. Peters 2000: 29-31 zit. n. Salvini-Plawen, Thomauske 2014: 64). Ein Problem der Versorgung ist der Mangel an kontinuierlichen hausärztlichen Zugängen und Kontakten der wohnungslosen Menschen. Häufig haben sie keinen Versicherungsschutz oder kümmern sich aus diversen Gründen (wie z. B. der Tatsache, dass andere Bedürfnisbefriedigungen eine höhere Priorität haben, wie bereits in vorangegangenen Kapiteln beschrieben) nicht um ihre Gesundheit. Eine Behandlung in der Notaufnahme, häufig gekoppelt mit der Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthaltes ist nicht selten die Konsequenz, da eine Krankheit soweit fortgeschritten ist, das diese nicht mehr anders behandelbar ist (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2003: 1). Das Krankenhaus stellt also eine Art Notlösung in der medizinischen Versorgung dar, weil eine andere Lösungsmöglichkeit nicht zur Verfügung steht. Laut der BAG W gibt es zusätzliche Faktoren individueller, sozialer und gesetzlicher Art, die eine pflegerische und medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen erschweren:

- „Fehlende bedarfsgerechte medizinische Angebote
- Ungeklärte oder fehlende Versicherungsverhältnisse
- Schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Regelsystem und/oder der institutionellen Hilfe
- Kommunikationsstörungen im Behandlungskontakt
- Aggressives Verhalten
- Selbstverletzendes Verhalten

- Durch Suchtmittel veränderte Bewusstseinslage, dadurch erschwerte Diagnostik und Behandlung
- Schlechte Körper- und Kleiderhygiene
- Begrenzte Krankheitseinsicht und Motivation zur Mitwirkung
- Unzureichende Vernetzung der Versorgungsangebote mit weiterführenden Hilfen“

(ebd.: 2).

Anhand dieser Gründe werden die Komplexität und die Herausforderung der pflegerischen Betreuung und die diversen beeinflussenden Faktoren für das pflegerische Personal wie auch die wohnungslosen Patienten deutlich. Die BAG W hält aufgrund dessen weiterhin fest, dass es Fort- und Weiterbildungen für alle an der Versorgung dieser Patientengruppe beteiligten geben muss, um eine adäquate Versorgung überhaupt gewährleisten zu können (vgl. ebd.: 4). Dieser Aussage schließt sich auch die Medizinerin Peters-Steinwachs (Peters-Steinwachs 2015) an, indem sie sagt, „[…] dass die Zusammenarbeit der drei Professionen Medizin, Pflege und Soziale Arbeit unabdingbar für eine gelingende Versorgung des Personenkreises [der Wohnungslosen, d. Verf.] ist.“ (ebd.: 20). Ein wichtiger Faktor im Rahmen der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist die Finanzierung dessen. Wie bereits bei den oben beschriebenen Gründen aufgeführt, liegt häufig ein unklarer bzw. nicht vorhandener Versicherungsstatus der wohnungslosen Menschen vor, der ihnen den Zugang zum Gesundheitssystem erschwert. In Deutschland ist die Rechtslage so, dass jeder Mensch das Recht auf medizinische Versorgung hat. Hat der Patient keine Krankenversicherung, hat das Krankenhaus die Möglichkeit, seine Ansprüche über die Sozialhilfe geltend zu machen und so seine Bezahlung zu sichern. Grundlage dafür ist das Einhalten der bürokratischen Voraussetzungen und rechtzeitige Übermitteln der Informationen an das Sozialamt (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2010: 1 f.).

Diese und ähnliche Problematiken zeichnen sich auch für den internationalen Vergleichsraum ab. Die Vergleichbarkeit wird dadurch erschwert, dass sich die Gesundheitssysteme der einzelnen Länder teilweise sehr stark voneinander unterscheiden. So hat Kanada zum Beispiel eine universelle Krankenversicherung für alle Kanadier. In Amerika hingegen muss sich jeder selber versichern oder für medizinische und pflegerische Versorgung aus privater Tasche zahlen. Trotzdem lassen sich durch die systematische Recherche in der S. C. einige Parallelen ermitteln, die die Versorgung wohnungsloser Patienten vergleichbar machen. Diese sind allerdings nicht eins zu eins übertragbar, was

unter anderem auch mit den unterschiedlichen Qualifikationen Pflegender in den anderen Ländern erklärt werden kann (Kapitel 4.4.3).

Die Ergebnisse zur Gesundheitsversorgung sollen im Folgenden überblickhaft dargestellt werden. Prinzipiell lässt sich festhalten, dass es in allen Vergleichsländern so ist, dass wohnungslose Menschen häufiger die Notaufnahme aufsuchen und längere Krankenhausaufenthalte haben als die restliche Bevölkerung. Zusätzlich gibt es gehäuft diverse Barrieren, die den Wohnungslosen den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren. Davis (Davis 2012) bestätigt das gehäufte Aufsuchen der Notaufnahme und die längere Dauer der Krankenhausaufenthalte wohnungsloser Patienten für den englischen Raum (vgl. ebd.: 25), was sich in weiteren englischen Beiträgen verifizieren lässt. So berichten Hewett und Kollegen (Hewett, Halligan, Boyce 2012), „Homeless people in England attend emergency departments five times as often as those who are not homeless, are admitted 3.2 times a soften, and stay in hospital three times as long ." (ebd.: 1). Chin und Kollegen bestätigen diese Tatsache für den australischen Raum (vgl. Chin, Sullivan, Wilson 2011: 52) sowie Gee und Kollegen unter Bezugnahme auf diverse Fachartikel für den amerikanischen Raum (vgl. Gee et al. 2005: 297). Auch für den kanadischen Raum ist dies zutreffend, was Hwang unter Angabe verschiedener Quellen darlegt (vgl. Hwang 2001: 231).

In allen betrachteten Ländern gibt es eine Vielzahl von niederschwelligen bzw. aufsuchenden pflegerischen und medizinischen Hilfsangeboten für wohnungslose Menschen. In der vorliegenden Masterarbeit liegt der Fokus allerdings auf der stationären Versorgung wohnungsloser Patienten mit Blick auf den Umgang der Pflegenden mit der Patientengruppe. Der Blick liegt nicht auf den Wohnungslosen. Folglich können diese aufsuchenden und niederschwelligen Angebote nicht näher betrachtet werden, da dies den Fokus der Arbeit verlassen und den Umfang sprengen würde. Nichtsdestotrotz kann aufgrund der hohen Zahl an Ausschlüssen mit dem Fokus der aufsuchenden Pflege innerhalb der systematisch ermittelten Literatur (s. Addendum) bewiesen werden, dass es zahlreiche dieser Versorgungsstrukturen in den Ländern gibt. Dies scheint sinnvoll, da die Wohnungslosen häufig eher Kontakt zu niederschwelligen, nicht verpflichtenden und unbürokratischen Hilfsangeboten suchen, zu dessen Bestätigung erneut die Tatsache angeführt werden kann, dass Wohnungslose den Gang in die Notaufnahme bzw. ins Krankenhaus als letzte Lösung ansehen. Für Deutschland kann detaillierter in der Bachelorarbeit der Autorinnen zu dieser Art der Hilfsangebote nachgelesen werden (vgl. Salvini-

Plawen, Thomauske 2014). Allerdings lassen sich die beiden Versorgungsstrukturen Krankenhaus und aufsuchende/niederschwellige Versorgung im internationalen Bereich nicht immer trennscharf voneinander abgrenzen. So ist es in England beispielhaft so, dass die Bevölkerung üblicherweise erst mal zum Hausarzt „General Practitioner“ geht (wie in Deutschland und den anderen Ländern auch). Um eine Hausarzt zu bekommen, muss man allerdings diverse und teils widersprüchliche Nachweise erbringen, die einem überhaupt erst den Zugang zu jeder Art von Gesundheitsversorgung ermöglichen (vgl. Hewett, Halligan, Boyce 2012: 1). Daran scheitert es sehr oft bei Wohnungslosen, was dann zukünftig dazu führt, dass sie schwer erkrankt Krankenhäuser aufsuchen müssen. Lamb und Joels (Lamb, Joels 2014) zitieren NHS North West London und legen diese Schwierigkeiten in UK übersichtlich dar:

„Homeless people may experience difficulty accessing primary and secondary health services. Common barriers to healthcare access are (NHS North West London 2013):

- Inability to register with a GP due to lack of proof identity or inability to prove residence in the catchment area.
- Fear and denial if ill health.
- Difficulty communicating health needs.
- Stigma, low self-esteem and discrimination.
- Lack of understanding of the system.“

(NHS North West London 2013 zit. n. Lamb, Joels 2014: 47).

Anhand dieser Auflistung zeigt sich erneut, wie Komplex die Problematik sein kann. Australische Autoren berichten, dass die Erkrankungen, mit denen viele Wohnungslose in die Notaufnahme kommen, durchaus zunächst ambulant behandelt werden könnten. Aufgrund des auch hier fehlenden Zugangs zu ambulanten Versorgungsstrukturen, kommen wohnungslose Patienten in Australien ebenfalls vermehrt mit fortgeschrittenen Erkrankungen in die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Der Status der Wohnungslosigkeit wird dafür als auslösender Faktor gesehen (vgl. Esplin, Mahony, Wilson 2007: 42-47 und Kushel et al. 2006: 71-7 zit. n. Chin, Sullivan, Wilson 2011: 53). Für den kanadischen und amerikanischen Raum kann festgehalten werden, dass Dreiviertel der wohnungslosen Bevölkerung innerhalb eines Jahres irgendeine Form der Gesundheitsversorgung in Anspruch nimmt (vgl. Hwang, Gottlieb 1999 zit. n. Arangua, Gelberg 2013: 176). Hier zeigt sich erneut die Bedeutung des Themas für die Pflege, da es einen hohen Anteil an wohnungslosen Menschen in der Bevölkerung gibt und davon Dreiviertel medizinische und pflegerische

Versorgung benötigen. Die Patienten sind nicht nur häufiger und länger im Krankenhaus sondern die überwiegende Menge der wohnungslosen Menschen hat gesundheitliche Probleme. Trotz der universellen Krankenversicherung in Kanada, gibt es einige wohnungslose Menschen, die dennoch aus bürokratischen Gründen keinen Zugang zum Gesundheitssystem haben. „Although Canada has a system of universal health insurance, many homeless people do not possess proof of coverage because their identification has been lost or stolen.“ (Hwang et al. 2000: 170-1 zit. n. Hwang 2001: 231). An dieser Stelle soll die Wichtigkeit der parallel zum stationären und offiziellen Gesundheitssystem existierenden aufsuchenden und niederschwelligen Versorgungskonzepte betont werden.

Die kanadischen Autoren Runnels et al. (Runnels, McNeil, Guirguis-Younger 2009) berufen sich auf Nyamathi und Kollegen und betonen zusätzlich neben der physischen Versorgung wohnungsloser Patienten ausdrücklich die emotionale Betreuung (vgl. Nyamathi et al., 2008 zit. n. Runnels, McNeil, Guirguis-Younger 2009: 22), die ebenfalls einen sehr hohen Stellenwert in allen Ländern haben muss und die Grundlage für eine funktionierende und adäquate professionelle Beziehung ist. Bei wohnungslosen Patienten kommt diesem Aspekt eine besondere Bedeutung zu, da aufgrund der Lebensweise und Vulnerabilität der Gruppe eine höhere Gewichtung darauf gelegt werden muss. Niederschwellige und aufsuchende Angebote haben in den USA eine besondere Bedeutung. Wie bereits angedeutet, ist das Gesundheitssystem in Amerika ein gänzlich anderes und nicht direkt mit Deutschland vergleichbar. So ist pflegerische und medizinische Versorgung in den Vereinigten Staaten sehr teuer und nicht jeder ist versichert oder hat einen Anspruch auf Leistung. Aufgrund dieses Wissens wurden viele niederschwellige und kostenlose Kliniken und Versorgungsangebote entwickelt (vgl. Wise, Phillips 2013: 360), die an unterschiedlichsten und teils außergewöhnlichen Orten ihre Unterstützung anbieten: „Healthcare for the homeless is provided in various settings– shelters, hospital EDs, store-front clinics, churches, and mobile van units.“ (Gerber 2013: 37). Das führt dazu, dass die Kosten im Gesundheitswesen allgemein gesenkt werden, da Kliniken, die auf solche Patientengruppen spezialisiert sind, anders finanziert werden als das „normale“ Gesundheitssystem. Trotz alledem sind wohnungslose Menschen, wie bereits in diesem Kapitel belegt, auch in Amerika häufiger und länger im Krankenhaus als die Bevölkerung mit Wohnung. Dies liegt unter anderem daran, dass nicht alle Wohnungslosen Zugang zu oder Wissen über niederschwellige Versorgungsangebote haben und/oder diese (aus

bekannten Gründen) nicht kontinuierlich nutzen (vgl. Arangua, Gelberg 2013: 176) und sie sich dauerhafte medizinische Behandlung zum Beispiel in Krankenhausambulanzen nicht leisten können (vgl. Seiler, Moss 2012: 304). Ein Widerspruch und gleichzeitig eine Möglichkeit der Versorgung liegt darin, dass auch in Amerika niemand mit akutem Leiden von Ärzten und Ambulanzpersonal abgewiesen werden darf und eine notwendige Behandlung erhalten muss (vgl. National Public Radio, 2007 zit. n. Drury 2008: 153). Dies gilt allerdings nur, wenn ein sehr dringlicher Handlungsbedarf vorliegt. Ein Faktor, der den Zugang zusätzlich erschweren kann, ist das mangelnde Wissen über Gesundheit und die Unzulänglichkeit von medizinischen Informationen durch neue Technologien. So haben Wohnungslose gehäuft keinen Zugang zum Internet, in den USA wird aber ein Großteil der Informationen über das Internet zugänglich gemacht (vgl. Fetter 2009: 799). Die Barrieren, die in den USA besonders häufig vorliegen, werden von einigen Autoren wiedergegeben. Die in der Literatur beschriebenen Zugangsschwierigkeiten für die USA lassen sich unterteilen in gesetzliche/staatliche und persönliche. Neben der Tatsache einer fehlenden Krankenversicherung hat Gerber (Gerber 2013) unter Berufung auf Kollegen folgende Übersicht erstellt:

„**Barriers and obstacles to treatment**
Keep in mind that a homeless patient may face these hurdles:

- lack of transportation
- lack of telephone service
- alienation from the healthcare system
- lack of preventive care
- literacy difficulties
- poor nutrition
- feelings of stigma
- multiple day-to-day stressors
- disorganization
- difficulty keeping appointments and adhering to medical plans
- immigration issues.“

(Lancaster 2012; Butts, Lundy 2009; Kirby 2011 zit. n. Gerber 2013: 35).

Einige weitere amerikanische Autoren geben Barrieren wohnungsloser Menschen zum Zugang ins Versorgungssystem an, die sich innerhalb der Übersicht Gerbers wiederfinden oder dieser nicht widersprechen, sie höchstens ergänzen (vgl. z. B. Pennington, Kroh, Coast 2010: 700). Zum Beispiel Seiler und Moss (Seiler, Moss 2012), die sich auf Martins Interviews mit wohnungslosen Erwachsenen beziehen, durch die deutlich wird, dass Barrieren auch darin liegen können, wie die Menschen behandelt werden: „[…] faced many barriers such as feeling labeled, sigmatized, disrespected, and invisible.“ (Martins 2008, zit. n.

Seiler, Moss 2012: 304). Diese Auskunft geben einige der Autoren. Arangua und Gelberg (Arangua, Gelberg 2013) belegen, dass dies sogar eine Barriere sein kann, wenn die Versorgung an sich aber gesichert wäre. „Homeless people, even in countries with superior safety nets, do not receive adequate health care because of the stigma of being homeless and the prejudice of health care providers." (ebd.: 180).

Aufgrund der in diesem Kapitel beschriebenen international und wissenschaftlich generierten Aussagen, kann rückgeschlossen werden, dass wohnungslose Menschen im stationären Setting mitunter negativ behandelt werden. Wäre dies nicht der Fall, würden die letztgenannten Barrieren keine sein. Diese Tatsache untermauert die heuristische Hypothese der Autorinnen, dass der Umgang mit wohnungslosen Patienten im stationären Kontext ein konflikt-/problembelasteter von Seiten der Pflegenden ist. Im Weiteren wird ergänzend der internationale Umgang der Pflegenden mit wohnungslosen Patienten beleuchtet.

4.3. Umgang der professionell Pflegenden mit wohnungslosen Patienten (Salvini-Plawen)

In Folgenden werden die Ergebnisse der S. C. zu dem, was professionell Pflegende bei der Versorgung wohnungsloser Patienten empfinden und welche Handlungen sie regelhaft durchführen dargestellt. Diese werden im weiteren Verlauf dieser Masterarbeit zur Generierung des Interviewleitfadens sowie der Auswertung der eigenen qualitativen Forschungsarbeit verwendet und stellen somit ein wichtiges Kapitel dar.

Das Verhalten der professionell Pflegenden als Zugangsbarriere

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel zur medizinisch pflegerischen Versorgung von Wohnungslosen beschrieben, soll zu Beginn dieses Kapitels noch einmal herausgestellt werden, dass die Gruppe der Menschen ohne Obdach sehr häufig die Notfallversorgung der Ambulanzen aufsuchen und im Folgenden häufig stationär behandelt und gepflegt werden müssen. Ihre Verweildauer und die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte liegen über denen der Bevölkerung mit festem Wohnsitz. Dies wird von fast allen Autoren der internationalen Recherche beschrieben (**USA**: vgl. Levy, Sidel 2013: 177; vgl. Lashley 2008: 377; vgl. Gerber 2013: 35; vgl. Seiler, Ashley J.; Moss, Vicky A. 2012: 304 **UK**: vgl. Lamb, Joels 2014: 46; vgl. Hewett, Halligan, Boyce 2012: 1; vgl. Davis 2012; vgl. Tansley 2008: 38 **Australien**: vgl. Fulde 2003: 652 **Kanada**:

Frankish, Hwang, Quantz 2005: 26). Die Gründe wurden im Kapitel 4.1.3. bereits ausführlich beschrieben.

Die S. C. scheint sich, als weiteres Ergebnis des Reviews, einig zu sein, dass Wohnungslose einen erschwerten Zugang zur medizinischen Versorgung haben, siehe auch Kapitel 4.2. und dies nach Meinung vieler Autoren unter anderem im Umgang der professionell Pflegenden mit dieser Gruppe begründet ist. Dieser stellt eine von vielen Zugangsbarrieren zum medizinischen Versorgungssystem dar. Einige Aussagen sollen hier beispielhaft genannt werden:

- „[…] because of the stigma of being homeless and the prejudice of health care providers." (Arangua, Gelberg 2013: 180)
- Accessing health care is typically problematic for homeless people, due of […] experiences of discrematory attitudes by healthcare professionals (Crisis, 2002)"
  (Crisis 202, zit. n. Nuttall 2009: 1)
- „[…] Keep in mind that a homeless patient may face these hurdles: […] feelings of stigma […]" (Gerber 2013: 35)
- „[…] Service users expressed diverse experiences of staff attitudes, but frequently perceived these to be more negative […]"
  (Tansley 2008: 39)

<u>Sicht der Wohnungslosen auf die medizinisch/pflegerische Versorgung</u>

Viele Arbeiten, welche während der Literaturrecherche für diese Review gefunden wurden, beschäftigen sich mit der Perspektive der Wohnungslosen selber. Betrachtet wird ihre individuelle Sicht auf ihren Gesundheitszustand, aber auch, wie sie medizinische und pflegerische Versorgung empfinden. Da dies nicht den Fokus dieser Qualifikationsarbeit darstellt, wurden diese Werke ausgeschlossen (siehe Addendum). Um aber kurz darzustellen, wo sie selber die Problematik in ihrer Versorgung sehen und darüber auf die Verhaltensweisen der Pflegenden zu kommen, sollen einige Aspekte kurz dargestellt werden.

Die amerikanischen Autoren Wise, Phillips und Kenneth (Wise, Phillips, Kenneth 2013) haben durch qualitative Interviews mit Wohnungslosen vier Themenbereiche des Erlebens von Wohnungslosen im Krankenhaus herausgearbeitet:

- „same/different: 'Second Class Citizen' "

Wohnungslose sind "Zweiteklassebürger":
Sie sind anders als die übliche Gesellschaft und werden offenkundig auch so behandelt.

- „fair/unfair: 'On the Back Burner' “

Unfaire Behandlung:
(Bsp.: extrem lange Wartezeiten, mangelnde Hilfe ...)

- „freedom/barriers: Playing the Game' “

Barrieren:
Wohnungslose haben keine Versicherungen, bekommen nicht einfach Zugang zum Gesundheitssystem (können öffentliche Verkehrsmittel nicht nutzen, können Rezepte nicht bezahlen, haben Probleme in der Kommunikation mit Ärzten/Pflegenden, …)

- „Choice/no choice: ' What Kind of Choice is That?' “

Prioritätenentscheidungen:
Wohnungslose können sich nicht für ihre Gesundheit entscheiden, weil sie Prioritäten setzen müssen (Gesundheit ist teuer, bietet kein Essen und keinen Schlafplatz ...)
Deshalb sind Wohnungslose häufiger in der Notaufnahme. Sie sehen eine „normale“ Hausarztbetreuung nicht als zwingend notwendig.
(Wise, Phillips, Kenneth 2013: 359; vgl. Wise, Phillips, Kenneth 2013: 364-366)

Nach den Erfahrungen von Tansley (Tansley 2008) waren die Personen und ihre Verhaltensweisen, mit welchen die Wohnungslosen bei ihrer Behandlung in Kontakt kamen, besonders wichtig für sie. Sie spielen demnach eine bedeutende Rolle bei der Gesundheitsversorgung. Wichtig war für die Wohnungslosen ein respektvoller, toleranter, freundlicher Umgang ohne Grobheit, die Pflege und Mitgefühl (vgl. ebd.: 38).

<u>Probleme bei der Versorgung von wohnungslosen Patienten</u>

Neben den Aussagen darüber, wie sich wohnungslose Patienten im Krankenhaus fühlen wird oftmals beschrieben, welche ihrer Verhaltensweisen für Pflegende als irritierende und negative Gefühle auslösend gesehen werden. Gerber (Gerber 2013) zählt einige dieser Verhaltensweisen auf:

- Betteln
- Unregelmäßige Körperpflege
- Beschaffen von Nahrungsmitteln aus Mülleimern
- Konflikte mit kulturellen Normen

Dabei handelt es sich oftmals um Verhaltensweisen, welche ihnen in „ihrer“ Welt das Überleben sichern, aber von Menschen in der „normalen“ Welt als befremdlich empfunden werden (vgl. ebd. 35).

Neben den Verhaltensweisen dieser Gruppe werden durch Hewett und seine Kollegen (Hewett, Halligan, Boyce 2012) ganz praktische Probleme beim Umgang von Pflegenden mit diesen Patienten benannt:

- Die Beschaffung von neuer Bekleidung und Schuhen
- Kontaktaufnahme zu Streetworkern um einen evtl. bestehenden Schlafplatz zu sichern/behalten
- Aufbringung der Leihgebühr für den Fernseher im Krankenhaus (wichtig für isolierte, wenig besuchte Patienten)
- Entlassmanagement (wohin nach der Entlassung)
- Behandlungsfortführung sicherstellen
- Drogensubstitution und Kontrolle/Reduzierung des Alkoholkonsums
- Nicht ausreichende Analgesie
- Handhabung und Umgang mit dem Gefühl der Wohnungslosen, sie werden nicht wie andere behandelt

(vgl. ebd.: 2)

Sie beschreiben das Entlassmanagement und die möglicherweise notwendige Fortführung einer Behandlung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt als einen besonders problematischen Aspekt bei der Versorgung von Menschen ohne Obdach (vgl. ebd: 3).

„Verhaltensregeln“ für Pflegende

Es gibt international sowohl aus dem niederschwelligen Versorgungsbereich dieser Patientengruppe sowie aus dem stationären Bereich (wenn auch weniger) Literaturfunde mit „Ratschlägen“ und Aussagen dazu, welche Verhaltensweisen auf Seiten der Pflegekräfte zu einer besseren und effektiveren Versorgung von wohnungslosen Patienten führen können. Gerber (Gerber 2013) liefert hierfür eine recht umfassende Aufzählung von Verhaltensweisen:

- Zeit nehmen und Geduld beweisen, um Vertrauen zu entwickeln
- Nicht verurteilen und Respekt übermitteln
- Würde und Wertschätzung
- Die Patienten als Individuen betrachten und Stereotypisierungen vermeiden
- Versprechen einhalten
- Körpersprache deuten und dementsprechend handeln

- Den Patienten die Geschwindigkeit vorgeben lassen und seine Privatsphäre und seinen „Wohlfühl- Sicherheitsabstand“ respektieren
- Ruhig sprechen
- In der Sprache des Patienten mit ihm reden (evtl. Dolmetscher einsetzen)
- Ihre Geschichten anhören (schaffen oft einen Zugang zu den Wohnungslosen) und dadurch Gemeinsamkeiten finden
- Klare Absprachen für den Kontakt (persönliche Grenzen) mit dem wohnungslosen Patienten aufstellen (in Bezug auf Verhalten und Sprache)
- Individualisierte und interdisziplinäre Pflegepläne erstellen

(vgl. ebd.: 35 f.)

Die Anbieter von Gesundheitspflege sollen nach Seiler und Moss (Seiler, Moss 2012) versuchen, dieser Patientengruppe offen und menschlich zu begegnen, um eine Erfahrung des Willkommenseins bei ihnen hervorzurufen. Dieses soll ihnen das Gefühl geben, sie werden gehört und wertgeschätzt. Ihre Versorgung wird dadurch einfacher und Stereotype, welche durch ihre Wohnungslosigkeit hervorgerufen werden, können sich vermindern (ebd.: 304).
Zusammenfassend kann gesagt werden, neben den praktischen Handlungsratschlägen werden ebenfalls Ratschläge für das Verhalten von Pflegenden gegeben. Als einer der wichtigsten Punkte wird immer wieder das Aufbauen einer vertrauensvollen wechselseitigen Beziehung beschrieben.

> „Nurses and client care workers stated that building trust is a necessary step in facilitating
> effective service delivery to marginalized individuals.“
>
> (Runnels, McNeil, Guirguis-Younger 2009: 7)

Runnels und seine Kollegen (ebd.) beschreiben drei Komponenten, welche wichtig für diese Vertrauensbildung sind: Transparenz, die Behandlung in der Geschwindigkeit des Patienten sowie das Aufstellen von Barrieren sowie Konsequenzen mit Respekt zum Verhalten der Wohnungslosen (vgl. ebd. 7)

<u>Handlungsweisen und Sicht der professionell Pflegenden</u>

Betrachtet man diese oben genannten Ergebnisse des Reviews wird deutlich, dass die Pflege von Wohnungslosen für alle Pflegekräfte, besonders für die im stationären Bereich tätigen, eine Herausforderung darstellt. Es werden aber nur sehr wenige Aussagen dazu getroffen, wie professionell Pflegende im stationären Krankenhaussetting ihre pflegerische Arbeit ausüben und mit

welchen Gefühlen sie sich während ihrer Tätigkeit konfrontiert sehen. In einigen Artikeln werden teilweise Andeutungen zu diesem Thema gemacht. So auch bei Gerber (Gerber 2013), welcher sagt: „Nurses may feel powerless and frustrated when caring for homeless patients." (ebd.: 35). Er beschreibt weiter, dass Pflegende oftmals ohne Kenntnis der Lebensumstände die von ihnen versorgten Wohnungslosen pflegen. Die Leben der Wohnungslosen und der Pflegenden können sich unter Umständen so sehr voneinander unterscheiden, dass sie für einander zu „cultural strangers" werden können, welche versuchen nicht miteinander in Kontakt zu kommen (vgl. ebd.: 35). Drury (Drury 2008) beschreibt, dass, wenn man Pflegenden zuhört, klar wird, dass wohnungslose Patienten starke Gefühle bei ihnen hervorrufen (vgl. ebd. 153). Alle diese Aussagen werden jedoch nicht weiter ausgeführt oder die Gruppe der Pflegenden tiefergehend betrachtet. Hewett, Halligan und Boyce (Hewett, Halligan, Boyce 2012) beschreiben in ihrem Artikel aus Großbritannien, dass Pflegende immer noch abgeneigt sind, Wohnungslosigkeit als eine Angelegenheit der Gesundheitsversorgung anzuerkennen. Nach Aussage der Pflegenden liegt die Entstehung von Problemen oder Konflikten während der Behandlung immer auf Seiten des Wohnungslosen und nicht in der dargebotenen Pflege. Gleichzeitig haben sie nur sehr wenig Kenntnis darüber, welche Versorgungsangebote für diese Patientengruppe existieren (vgl. ebd.: 1 f.). Die Autoren Seiler und Moss (Seiler, Moss 2012) verfolgen einen anderen Ansatz. Sie stellen die These auf, dass Pflegende, in diesem Fall Nurse Practitioner, sich unvorbereitet fühlen können mit einer solch vulnerablen Patientengruppe (viele Krankheiten, erschwerter Zugang zum System) umzugehen. Daraus kann für die Autoren resultieren, dass wohnungslose Patienten eine suboptimale Pflege erhalten (vgl. ebd.: 303). Für ein australisches Emergency Department beschreibt Fulde (Fulde 2003), dass auch das Personal in dieser Abteilung manchmal frustriert und aufgebracht auf wohnungslose Patienten reagiert. Insgesamt beschreibt er aber eine positive Beziehung zwischen den Pflegenden und den wohnungslosen Patienten (vgl. ebd.: 652).

> „Maybe it is because EDs are always available and the staff will, with each presentation listen to the homeless person´s issues, talk to them and try to work out something for them, that there develops a caring bond between the homeless and ED staff."
>
> (ebd.)

Die systematische Literatursuche ergab nur zwei Arbeiten, welche ausschließlich die im stationären Kontext des Krankenhauses Pflegenden in den Blick nimmt

und deren Handlungen und Gefühle gegenüber wohnungslosen Patienten beschreiben. Dabei handelt es sich um eine deutsche unveröffentlichte Masterarbeit (Stehling 2006), welche den Autorinnen durch Herrn Stehling zur Verfügung gestellt wurde sowie eine amerikanische Dissertation (Crowe 2012). Diese fand sich nicht in der systematischen Datenrecherche sondern wurde während der Handrecherche durch „Zufall“ gefunden. Die Kernaussagen dieser Arbeiten sollen nun zusammenfassend dargestellt werden.

Die Arbeit des Autors Heiko Stehling:

Die hier dargestellten Aussagen entstammen einer qualitativen Forschung, welche Stehling (Stehling 2006) im Rahmen seiner Masterarbeit durchführte. Er interviewte fünf, im stationären Krankenhausbereich tätige, Pflegekräfte, welche regelmäßig an der Versorgung wohnungsloser Patienten beteiligt waren, zu ihren Tätigkeiten und Gefühlen im Rahmen dieser Versorgung. Er zitiert eingangs seinen Kollegen de Buhr, mit welchem er eine unveröffentlichte Forschungsübung durchführte.

> „[…] die Versorgung wohnungsloser Menschen im Krankenhaus von Pflegekräften als problematisch und Konflikt behaftet wahrgenommen wird.“
> (de Buhr et al. 2003 zit. n. Stehling 2006: 11)

Darstellung der spezifischen stationären Pflege der Wohnungslosen:

Durch Stehling werden vier elementare Themenbereiche der fünf interviewten Pflegenden identifiziert und im Folgenden mit ihren jeweiligen Unterthemen beschrieben:

1. **das stationäre Umfeld organisieren**
   „Zimmerbelegung organisieren“
   „Aufgaben organisieren und verteilen“
2. **Hilfen und Unterstützung für die körperliche Situation geben**
   "Für die Körperpflege sorgen"
   "Für Kleidung sorgen"
3. **Gespräche mit den Wohnungslosen führen**
   Gesprächsbedarf wahrnehmen"
   „sich nicht auf Gespräche einlassen"
   „etwas über den wohnungslosen Menschen erfahren"
4. **Weiterversorgung organisieren**

1. „Das stationäre Umfeld organisieren“

„Zimmerbelegung organisieren“

Wenn Pflegenden die Aufnahme eines wohnungslosen Menschen angekündigt wird, dann assoziieren sie damit automatisch einen extrem ungepflegten körperlichen Zustand. Pflegende sorgen dafür, dass wohnungslose Patienten bei der Aufnahme ein Einzelzimmer bekommen. Sie wollen dadurch häufig die Mitpatienten schützen. Damit einher geht in vielen Fällen die Konsequenz, dass Patienten „umgeschoben“ werden müssen, damit ein Einzelzimmer zur Verfügung steht. Diese Mehrarbeit erzeugt bei einigen Pflegekräften ablehnende Gefühle. Als Begründung wird genannt, dass häufig, trotz aller pflegerischen Bemühungen, kein positiver Verlauf stattfindet Erst, wenn der Patient sich eigenständig sauber hält, sein Auftreten den Erwartungen der Station weitestgehend entspricht und/oder das Einzelzimmer anderweitig benötigt wird, wird der Patient auf ein Mehrbettzimmer verlegt. (vgl. ebd.: 26).

Stehling erhält in seinen Interviews Information darüber, dass Pflegende dafür sorgen, dass keine Diskriminierung der wohnungslosen Patienten von Seiten der Mitpatienten stattfinden. Jeder Patient sollte gleich und wertfrei behandelt werden, auch der wohnungslose Patient. Darauf achten Pflegende (vgl. ebd.: 25-28).

„Aufgaben organisieren und verteilen“

Oftmals, wenn die Befürchtung besteht, ein wohnungsloser Patient könnte sich aggressiv verhalten, werden männliche Pflegekräfte für deren Versorgung herangezogen. Hier wird vermehrt erwähnt, dass diese Art der Organisation der vorhandenen Ressourcen keine Besonderheit darstellt, nur weil ein Patient wohnungslos ist, sondern immer so gehandelt wird (vgl. ebd.: 29-30).

2. "Hilfe und Unterstützung für die körperliche Situation geben"

"Für die Körperpflege sorgen"

Pflegende sorgen dafür, dass die Wohnungslosen sich in einem hygienisch sauberen Zustand befinden. Die Handlungen, die sie ausführen, um dies zu erreichen, verändern sich im Laufe des Krankenhausaufenthaltes des Patienten. Zu Beginn, bei der Aufnahme, teilweise sogar noch vor der Aufnahme in ein Patientenbett, wird der Patient durch die Pflegenden gesäubert. Das bedeutet, wenn er sich in einem verwahrlosten und verdreckten Zustand befindet, ist die Körperwaschung die allererste pflegerische Handlung, noch bevor der Patient

sein Bett erhält und unabhängig davon, was das aktuelle Bedürfnis des Patienten ist. Diese „Zwangshandlungen“ verändern sich im Laufe des Krankenhausaufenthaltes und werden zu motivierenden Aufforderungen. Die Pflegenden möchten die wohnungslosen Patienten dahin führen, für sich selber zu sorgen. Sie sollen die Körperpflege selbstständig und regelmäßig durchführen. Gesteuert werden die Pflegenden dabei häufig von Stationsstrukturen und ihrem Reinlichkeitsverständnis. Das bedeutet, dass die Wohnungslosen zu bestimmten Tageszeiten (z. B. morgens zur Visite) gewaschen sein sollen, unabhängig davon, ob das den Gewohnheiten des wohnungslosen Menschen entspricht. Des Weiteren vermitteln Pflegende "Hygienestandards" ihren Vorstellungen entsprechend. Ursache dafür können Gefühle des Ekels sein, mit denen die Pflegenden, wenn die Patienten nicht gesäubert werden würden, bei jeder pflegerischen Tätigkeit am Patienten neu konfrontiert werden würden. Um dem zu entgehen, sorgen die Pflegenden für einen körperlichen Zustand der Wohnungslosen, der dem entspricht, wie sie ihn gerne vorfinden möchten (vgl. ebd.: 31-37).

> „Das regelmäßige Durchführen der Körperpflege gleicht einer Regel, an die sich die Patienten halten müssen.“
>
> (ebd.: 36)

„Für Kleidung sorgen“

Ein weiterer Bereich, in dem Pflegende Unterstützung anbieten und geben, ist das Sorgen für Kleidung. Wohnungslose Menschen haben oft nur wenig eigene Kleidung. Stationär Pflegende kümmern sich darum, dem Menschen neue Kleidung zu besorgen. Dies ist dadurch erschwert, dass der Wohnungslose keine privaten Ressourcen hat, auf die die Pflegenden zurückgreifen können. Dies stellt Pflegende vor Herausforderungen. Natürlich hat der wohnungslose Patient auch eigene Kleidung. Diese zu waschen ist im Krankenhaus nicht immer möglich. Die Wohnungslosen selber organisieren sich innerhalb ihrer Möglichkeiten, was von den Pflegenden nicht immer gebilligt oder als ausreichend empfunden wird. Stehling beschreibt eine Pflegekraft, die für den Patienten entscheidet, seine Wäsche mit Hilfe ihrer Kontakte auf unübliche Weise durch das Krankenhaus waschen zu lassen, weil sie es nicht mehr ertragen kann, dass er seine Wäsche täglich mit Duschgel wäscht und diese nie richtig sauber und wohlriechend wird (vgl. ebd.: 37-39). Pflegende verspüren manchmal Mitleid mit den wohnungslosen Patienten. Aufgrund dieses Gefühls greifen sie zu

Handlungsalternativen, die sie sonst nicht in Betracht ziehen würden, um dem Wohnungslosen in seiner Situation zu helfen (vgl. ebd.: 39).

3. "Gespräche mit den wohnungslosen Menschen führen"

Da Pflegende im stationären Alltag viele Aufgaben zu erfüllen haben, haben sie häufig zu wenig Zeit, Gespräche mit ihren Patienten zu führen. Das beschreiben auch die durch Stehling befragten Pflegekräfte. Aus der aufsuchenden Pflege ist bekannt, wie wichtig der Beziehungsaufbau zu wohnungsloser Patienten ist. Er ist die Voraussetzung einer gelingenden Pflege und funktioniert nur, indem es zu Gesprächen zwischen Pflege und Wohnungslosem kommt. Im stationären Alltag ist dies durch oben genannte Faktoren erschwert. Pflegende erleben, dass den wohnungslosen Patienten Gespräche sehr wichtig sind und versuchen dem Bedürfnis gerecht zu werden. Häufig nehmen Pflegende den Gesprächsbedarf des wohnungslosen Patienten zwar wahr, müssen ihm aber aus dem Weg gehen ("können sich nicht auf das Gespräch einlassen"), da sie diesen Bedarf nicht befriedigen können, ohne dass sie gleichzeitig mit ihrer Arbeit nicht fertig werden. Eine Interviewte beschreibt sogar, dass sie sich im Schwesterzimmer verstecken muss, um einem Gespräch entgehen zu können und ihre Arbeit erledigen zu können. Wenn Pflegende es schaffen, mit den wohnungslosen Menschen in den Dialog zu treten, möglicherweise im Rahmen von pflegerischen Handlungen, erfahren sie etwas über den wohnungslosen Menschen und seine Geschichte. Das wird von den Pflegenden als „sehr interessant“ beschrieben und „hinterlässt einen bleibenden Eindruck“. Pflegende können sich teilweise noch Jahre nach der Entlassung des Patienten an seine Geschichte erinnern und würden gerne wissen, was aus ihm geworden ist und wie es ihm geht. Dadurch, dass die professionell Pflegenden die wohnungslosen Menschen durch Gespräche besser kennenlernen, verändert sich ihre Einstellung und ihr Verhältnis ihnen gegenüber. (vgl. ebd.: 40-45)

> „Durch das bessere Kennen lernen der Person des Patienten und seiner Geschichte entwickelt die zitierte Pflegekraft Sympathie für den Patienten, hierbei spielt auch ein persönliches Betroffen-Sein eine Rolle.“
>
> (ebd.: 44)

> „Auch andere Interviewpartner berichten, dass sich ihr Verhältnis zu den wohnungslosen Patienten verändert hat oder zumindest beeinflusst wurde, nachdem sie über die körperliche Versorgung hinaus mit ihnen in Kontakt getreten sind.“
>
> (ebd.: 44)

4. „Weiterversorgung organisieren"

Hier beschreibt Stehling die Art und Weise, wie professionell Pflegende die Entlassung und den nachstationären Pflegebedarf wohnungsloser Patienten organisieren und welche Gefühle aufgrund dessen bei ihnen entstehen. Da die Pflegenden keine Sozialarbeiter sind, ist es für sie eine große Herausforderung die nachtstationäre Pflege sicherzustellen. Zu dem mangelnden Wissen kommt die Einstellung und Lebensweise des Wohnungslosen, welcher die organisierten Hilfen oftmals nicht in Anspruch nimmt. Stehling beschreibt, dass, auch wenn das Problem des fehlenden Hausarztes behoben ist, die Sicherstellung der Versorgung nicht gewährleistet ist, da der Patient seine Termine nicht einhält. Häufig brechen wohnungslose Patienten ihre Behandlung vorzeitig ab, auch ohne dies mit den Pflegenden zu kommunizieren, so dass die Pflegenden keine Möglichkeit hatten, ein Hilfesystem für den Menschen zu konstruieren und aktivieren. Weiter arbeitet er heraus, dass die Pflegenden bei der Entlassungsplanung immer davon geleitet werden, das Leben des wohnungslosen Patienten grundlegend zu verändern. So sind sie sehr bemüht, alles in ihrer Macht stehende zu tun, um dieses zu erreichen. Als Grund wird vermutet, dass der wohnungslose Lebensstil als nicht korrekt angesehen wird und sie den Patienten auf den "richtigen Weg" und aus der Wohnungslosigkeit heraus helfen wollen. Dadurch, dass die Wohnungslosen in der Regel nicht in ihre Entlassungsplanung einbezogen werden, entstehen weitere Probleme (Behandlungsabbrüche etc.). Kommt es in der Folge dessen zur Wiederaufnahme des wohnungslosen Patienten, ist das für die Pflegekräfte, die sich um die Entlassungsplanung gekümmert haben, sehr niederschmetternd, frustrierend, enttäuschend und demotivierend. (vgl. ebd.: 46-51)

> „Das Handlungsziel, die Lebenssituation des Patienten zu verändern, entsteht in jedem Fall neu."
>
> (ebd.: 51)

Stehling hat herausgearbeitet, dass Pflegende im Rahmen der Entlassungsplanung, trotz des oftmals negativen Outcomes, immer wieder nach "Schema F" arbeiten (vgl. ebd.: 51).

Negative Aspekte

- Mehrarbeit (z. B. Patienten umschieben, Pflegeaufwand)
- Ekel
- Negativer Verlauf trotz aller Bemühungen

- Bei Wiederaufnahme eines Patienten kann dies als niederschmetternd, frustrierend, enttäuschend und demotivierend empfunden werden

(vgl. ebd.: 26 und 33 und 50)

Positive Aspekte

- Schlüsselelement ist die Kommunikation
- Das Kennenlernen der Wohnungslosen beeinflusst die Haltung positiv
- Die Geschichte des Patienten führt oft zur Sympathie durch persönliches Betroffen-Sein der Pflegekraft
- Mitleid führt zu Zuwendung in der Versorgung und Interesse am Individuum
- Schützen Wohnungslose vor Diskriminierung von Mitpatienten
- Alle Patienten sollen gleich und wertfrei behandelt werden

(vgl. ebd.: 28 und 39 und 44 und 89 f. und 91)

Stehling beschreibt „Die Übernahme von Verantwortung und der Beziehungsaufbau als zentrales Element der Pflege wohnungsloser Menschen […]." (ebd.: 84). Er beschreibt weiter:

> „Das Handeln der Pflegekräfte im Krankenhaus orientiert sich bewusst oder unbewusst an Regeln, Wertvorstellungen und Normen, die in der Organisation existieren und auf gesellschaftlichen Wertvorstellungen begründet sind."
>
> (ebd.: 84)

Pflegenden wie auch Patienten bewegen sich innerhalb des institutionellen Rahmens des Krankenhaus und sind folglich an dessen Bedingungen, Vorgaben und zeitliche Begrenzungen gebunden. Die professionelle Pflege der vulnerablen Patientengruppe der Wohnungslosen muss also unter diesen Vorgaben geplant und durchgeführt werden. Das kann dazu führen, dass sie häufig nicht den individuellen Bedürfnissen entsprechend ablaufen kann (vgl. Stehling 2006: 24).

Die Arbeit der Autorin Lora E. Crowe:

Crowe (Crowe 2012) hat in ihrer Dissertation elf „Medical-Surgical Nurses" in qualitativen Interviews unter anderem nach ihren Einstellungen gegenüber wohnungslosen Patienten befragt. Diese spezielle Gruppe der Pflegenden […] play a fundamenal role in the health care deivery and health outcomes of patients who are homeless." (ebd.: 10) Sie sind oftmals eingesetzt in Medical-surgical units. Diese werden durch Crowe beschrieben als „[…] busy enviroments with a rapid influx of acutely ill patients." (ebd.) Hierbei handelt es sich somit um

Pflegekräfte, welche im Krankenhausbereich tätig sind und somit der Zielgruppe dieser Masterarbeit entsprechen.

Crowes (ebd.) Forschungsfragen an diese Gruppe lauteten:

> „1. What are the attitudes of medical-surgical nurses toward patients who are homeless?
> 2. Do medical [sic!] surgical nurses´ attitudes toward patients who are homeless transform over time? How?
> 3. What experiences seem to be associated with the development and transformation of medical-surgical nurses´ attitudes?“
>
> (ebd.: 9)

Auffallend bei der Arbeit der Autorin ist, das sehr viele der Autoren, welche in ihrer Arbeit Verwendung finden, ebenfalls durch die Autorinnen dieser Qualifikationsarbeit im Rahmen des Reviews identifiziert wurden (u. a. Ajzen; Hatton; Kleffel; Minick; Kee; Cruz; Brehm; Harris; Hung; Daiski; Hunt; Borkat; Cain; Hwang; Zrinyi). Crowe stellt ebenfalls, wie die Autorinnen der Masterarbeit, während ihrer Literaturrecherche fest, dass sich nur sehr wenige Studien (mit geringer Güte) mit den Einstellungen und Gefühlen von professionell Pflegenden gegenüber wohnungslosen Patienten befassen (vgl.: 4 und 12 und 22). Auch sie identifiziert mehrere Arbeiten, welche Studenten und Auszubildende in den Blick nehmen. Hier werden überwiegend niederschwellige Settings und Projekte beschrieben (vgl. ebd.: 12 und 17 und 22). Ihrer Meinung nach können diese aber aufgrund der verschiedenen Studiengänge und Berufsbezeichnungen nur sehr schwer verglichen werden (vgl. ebd.: 22).

Crowe hat in ihrer qualitativen Forschung anhand von Befragungen fünf Themengebiete, welche durch die Pflegenden beschrieben werden, identifiziert:

> - „Discovering homelessness
> - Finding common ground
> - Piecing it together
> - A daily struggle
> - Relationships built in distrust“
>
> (ebd.: 59)

Die Ergebnisse sollen in Anschluss kurz dargestellt werden.

1. „Discovering homelessness“

Hier beschreiben die Pflegenden, wie sie als „neue“ Pflegekräfte beginnen ihre Einstellungen zu verändern und sich mit ihrer neuen Berufsrolle auseinandersetzen, in der sie wohnungslose Patienten versorgen. Sie beginnen

mit ihnen zu interagieren und sie zu pflegen. Dies lässt sie neue Einstellungen gewinnen. Bis zu diesem Zeitpunkt fand der Kontakt zu diesen Patienten nur aus der Ferne statt (vgl. ebd.: 60). Ihre Haltung wandelt sich von wohnungslosen Menschen hin zu Patienten, um die sie sich kümmern müssen. Konnten sie in ihrem Privatleben Wohnungslosigkeit meiden, werden sie nun im neuen Beruf mit Gedanken und Gefühlen zu dieser Gruppe konfrontiert (vgl. ebd.: 67).
Pflegende beschreiben, dass sie beginnen, sich damit auseinanderzusetzen, warum Menschen wohnungslos werden. Es werden Gründe dafür gesucht (vgl. ebd.: 68). Eine Pflegende ist verwundert darüber, dass einem Patienten möglich war, ihre Stereotypen in Bezug auf die Gruppe zu ändern. Bis zu dem Zeitpunkt hielt sie diese für unintelligent, faul und dachte, sie würden die Wohnungslosigkeit selber wählen (vgl. ebd.: 68). Für eine der Befragten war es wichtiger, eine „gute“ Krankenschwester zu sein, als ihre negative Haltung gegenüber den Wohnungslosen aufrecht zu halten (vgl. ebd.: 69). Eine Pflegende berichtet, dass sie vermutet, dass ihre negativen Annahmen darauf fußen, dass sie von Menschen mit derselben negativen Einstellung umgeben war. Außerhalb dieser Gruppe hatte sie wenige Kontakte. Sie stellt fest, dass ihre Einstellung vor dem Berufseintritt vorurteilsbehaftet waren (vgl. ebd.: 69 f.). Ihre Einstellungsänderung schreibt sie der Erlangung einer reife und professionellen Erfahrungen zu (vgl. ebd.: 70). Die Wohnungslosen werden als menschliche Wesen gesehen.

> „She seemed to acknowledge that all patients were not the same and that regardless of the circumstances; the patints were no less than a human beeing.“ (ebd.: 70)

Eine Befragte beschreibt, dass sich ihre Gefühle mit der Aufnahme der Pflege für diese Patienten änderten und begannen, sich von denen zu unterscheiden, welche sie als Kind gelernt hatte (vgl. ebd.: 70). Felicia beschreibt, dass mit dem Eintritt in den Beruf der Krankenschwester Wohnungslosigkeit zu einem reellen Problem wurde (vgl. ebd.: 70). Sie beschreibt ihre Wahrnehmung der Versorgung im Folgenden als frustrierend und ihr Realisieren, die Lebensumstände des wohnungslosen Patienten nicht ändern zu können, als schwierig (vgl. ebd.: 72). Eine andere der Interviewten beschreibt sich rückblickend als naiv vor Beginn ihrer Arbeit als Krankenschwester. Ihr war nicht bewusst, dass nicht jeder Mensch zur Mittelkasse der Gesellschaft gehört und das nicht mal jeder über Unterkunft oder Essen verfügt. Sie beschreibt, dass sie diese Informationen in

ihrem Kopf hatte, diese ihr aber nicht präsent waren, bis sie damit in der Realität konfrontiert wurde (vgl. ebd.: 72).

2. „ Finding common ground“

In dieser Kategorie gelingt es den Pflegenden Gemeinsamkeiten mit den Wohnungslosen zu identifizieren. Die Gemeinsamkeiten, welche identifiziert werden können, fördern die Einstellungsveränderung. Einige der Befragten verbinden mit dieser Thematik das Realisieren der eigenen Verletzlichkeit in Hinblick auf Wohnungslosigkeit. Andere beschreiben in dieser Kategorie, dass es zu einer Veränderung in der Sichtweise kommt. Wohnungslose werden vom Objekt der Pflege zu Patienten, um die man sich kümmert (vgl. ebd.: 60). Es beschreibt die Notwendigkeit der Pflegenden, in eine Beziehung mit ihren Patienten zu kommen. Pflegende, welchen es gelingt einen „gemeinsamen Boden“ zu finden, beschreiben Wohnungslose in einer mitfühlenden und verstehenden Art und Weise (vgl. ebd.: 73). Eine der Pflegenden beschreibt während des Interviews eine Situation in welcher sie ihren Sohn in dem wohnungslosen Patienten sah und sich wünschte, das dieser, sollte er in eine solche Situation kommen, jemanden haben sollte, der sich nett um ihn kümmert. Diese „Humanisierung“ des Patienten und die persönliche Beziehung zu ihm durch die gemeinsame Erfahrung ließ sie erkennen, dass sie und ihre Familie ebenfalls wohnungslos werden könnten. In einem solchen Fall würde sie sich wünschen mit Würde und Respekt behandelt zu werden (vgl. ebd.: 74). Die Möglichkeit selbst wohnungslos zu werden wird mehrmals beschrieben und scheint hier eine Kernaussage zu sein.

„the realization that she was also vulnerbale to becoming homeless.“ (ebd.: 75)

Es gibt aber auch Pflegende, welchen es nicht gelingt, solche Gemeinsamkeiten zu erkennen. Eine Pflegende hatte Probleme damit eine Gemeinsamkeit mit jemandem zu finden, der sich entschieden hat wohnungslos zu sein (vgl. ebd.: 77).

3. „Piecing it together“

Hier werden die Fähigkeiten der Befragten dargestellt, Informationen für die pflegerische Versorgung einerseits und die Veränderung ihrer Ansichten andererseits zu beschaffen.

Pflegende aus diesem Fachbereich „ seem to be open to creating a better understanding, increasing knowledge, and developing specific skills to care for this patient population.“ (ebd.: 77). Eine der Interviewpartnerinnen beschreibt die

Kommunikation mit dieser Patientengruppe als oftmals problematisch. Sie sagt, Wohnungslose seien oft nicht bereit Informationen zu geben und würden einigen Pflegepersonen misstrauen. Diese Tatsache macht es für sie notwendig, auf andere Fertigkeiten wie Beobachtung und kontinuierliches Vergleichen zurückzugreifen, um Daten zu erlangen (vgl. ebd.: 77 f.). Einige Befragte schilderten, dass das Wissen über Wohnungslosigkeit hilfreich sei, um negative Gefühle gegenüber diesen Menschen zu reduzieren. Andere glauben genau das Gegenteil und denken, dass zu viele Informationen zu Voreingenommenheit führen können. Fertigkeiten wie Zuhören, Kommunikation und Beurteilungsfähigkeiten werden als weitere Faktoren für die Reduzierung negativer Gefühle angeführt (vgl. ebd.: 80).

4. „A daily struggle“

Pflegende unterliegen einem kontinuierlichen Prozess der Evaluation und Reevaluation ihrer Einstellungen. Mit Zunahme der Erfahrung in der Pflege von Wohnungslosen wachsen auch ihre Fähigkeiten persönliche Voreingenommenheit zu erkennen und auszublenden. Pflegende versuchen jedem Patienten mit einem Gefühl des Neubeginns entgegenzutreten. Dies soll ihnen helfen, ihre persönliche Voreingenommenheit in der Patientenpflege zu reduzieren. Hier wird die tägliche Mühe der Pflegenden dargestellt, eine urteilsfreie Pflege zu leisten und eine Atmosphäre geprägt von Unterstützung und Akzeptanz im Arbeitsumfeld zu schaffen (vgl. ebd.: 60 f.). Diese Bemühungen implizieren, dass Einstellungen der Pflegenden nicht starr und stagnierend sind, sondern sich mit der Zeit und jeder neuen Erfahrung verändern. Diese täglich zu leistende Arbeit stellt einen wichtigen Faktor bei der Veränderung von Einstellungen in Bezug auf die Patientengruppe der Wohnungslosen dar (vgl. ebd.: 80). Eine Befragte mit zwölf Jahren Berufserfahrung beschreibt, nie frei von einer Voreingenommenheit gewesen zu sein und berichtet von ihrem täglichen Bemühen urteilsfrei zu Handeln. Sie beschreibt, dass die Voraussetzung dafür eine Selbstwahrnehmung und der Wille zur Selbstreflexion sind (vgl. ebd.: 81). Die Änderung der Einstellung wird von einer anderen Teilnehmerin als ein langsamer Prozess beschrieben, welcher täglich stattfand (vgl. ebd.: 83). Pflegende beschrieben auch, dass der Faktor Zeit, Erfahrungen und die Rahmenbedingungen eine Rolle spielten beim Entstehen von negativen Einstellungen gegenüber dieser vulnerablen Patientengruppe (vgl. ebd.: 86).

5. „Relationships built on distrust“

Die Gefühle von Misstrauen und Betrug führen auf Seiten der Pflegenden zu unterschiedlichen Ansätzen in der Pflege von Menschen ohne festen Wohnsitz. Pflegende, welche mehr negative Begegnungen mit Wohnungslosen haben, scheinen eine schützende Distanz zwischen sich und ihnen aufzubauen. Sie fokussieren sich auf die physischen Bedürfnisse dieser Patienten. Sie scheinen emotional losgelöst von ihnen zu sein. Beziehungen, die auf Misstrauen aufbauen, beeinflussen das Verhalten und die angebotene Pflege durch die Pflegekräfte (vgl. ebd.: 86). Eine der interviewten Pflegenden beschreibt, dass sie sich für die Pflege, die sie leistet, unbeachtet und hilflos fühlt, da sie das Ergebnis der Pflege des Patienten nicht beeinflussen kann (vgl. ebd.: 87). Dieselbe Person empfindet das Bedürfnis, sich gegen zukünftige Enttäuschungen abzuschotten. Sie begegnete den Wohnungslosen darauf mit weniger persönlichem Interesse und weniger emotionaler Unterstützung (vgl. ebd.: 87).

> „ Although she continued to provide care she was less trusting and more likely to focus only on the patients´ immediate physical needs rather than longer-term goals […].“
>
> (ebd.: 87)

Eine andere Pflegende beschreibt das Gefühl einer generellen Enttäuschung bei der Versorgung dieser Patienten (vgl. ebd.: 88).

Zusammenfassung

Es konnte überwiegend Literatur gefunden werden, die sich mit den Erkrankungen, dem Verhalten der wohnungslosen Menschen sowie Handlungsempfehlungen für Pflegende in Bezug auf diese Patientengruppe auseinandersetzt. Viele Studien und Berichte stammen aus einem ambulanten bzw. mit dem deutschen niederschwelligen Versorgungssystem vergleichbaren Bereich. Aus der Perspektive der wohnungslosen Patienten selber, auf ihre Versorgung im Krankenhaus und ihre Gefühle und Empfindungen in diesem Zusammenhang, scheint national wie international deutlich mehr Forschung betrieben worden zu sein. Diese wurde aber aufgrund des anders gewählten Fokus dieser Arbeit ausgeschlossen (siehe Addendum). Nur zum besseren Verständnis der Thematik wird zu Beginn dieses Kapitels ein kleiner Überblick über diese Themen gegeben.

Zusammenfassend kann für die Sichtweise der professionell Pflegenden gesagt werden, dass weder national noch international viel Literatur zum Umgang professionell Pflegender mit der Gruppe der wohnungslosen Patienten gefunden werden konnte. Dies gilt für die systematische Recherche in der S. C. ebenso wie für die händische Suche nach grauer Literatur. Es existiert nur wenig Fachexpertise. Die einzigen beiden gefundenen Werke mit diesem Schwerpunkt (Stehling 2006, Crowe 2012) haben jeweils einen anderen Forschungsschwerpunkt. Während es bei Stehling eher um die pflegerischen Tätigkeiten der professionell Pflegenden geht, setzt Crowe ihren Schwerpunkt in der Analyse von verhaltensändernden Faktoren bei Pflegenden mit diesen Patienten.
Weitere Literaturfunde, welche die Pflegeausbildung thematisieren, werden im Kapitel 4.4. beschrieben. Anhand der wenigen gefundenen Literatur kann keine eindeutige Aussage über das Verhalten der professionell Pflegenden im Berufsalltag getroffen werden. Die heuristische Hypothese, dass der Umgang mit Wohnungslosen problembehaftet von Seiten der Pflegenden ist, bleibt nach Sichtung der vorhandenen Literatur bestehen.

4.4. Pflegeausbildung und Pflegeberuf (Salvini-Plawen)

In diesem Kapitel soll zum einen dargestellt werden, wie in den einzelnen Ländern, welche Gegenstand dieser Arbeit sind (Australien, Deutschland, Kanada, UK, USA), professionell Pflegende ausgebildet werden. Zum anderen soll ein Überblick über die einzelnen Berufsbezeichnungen und ihre Tätigkeitsfelder und Befugnisse geliefert werden. In einem dritten Teil wird dann literaturbasiert aufgezeigt, wie die einzelnen Länder aktuell mit der Problematik der Versorgung von Menschen ohne Obdach in der Ausbildung ihrer Schüler bzw. ihrer Studenten umgehen.

4.4.1. Darstellung und Vergleich der internationalen Pflegeausbildung (Salvini-Plawen)

Eine heuristische Hypothese dieser Masterarbeit lautet, dass der Umgang der professionell Pflegenden mit wohnungslosen Menschen in der Krankenpflegeausbildung begründet liegt. Dies und die internationale Betrachtungsweise dieser Arbeit machen es notwendig, die internationalen Krankenpflegeausbildungen in ihren Grundzügen und mit ihren Unterschieden

darzustellen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der deutschen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie einzelnen europäischen und internationalen Ländern. Die betrachteten Länder ergeben sich durch die Rechercheergebnisse des vorangegangenen Reviews.

Die Grundlage für den europäischen Vergleich bildet die „Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“ (GesinE) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) von 2014 (Lehmann et al. 2014). Dieser Bericht schildert neben anderen Gesundheitsfachberufen die Krankenpflegeausbildung in Deutschland, Frankreich, Österreich, Großbritannien und den Niederlanden und liefert einen aktuellen Überblick. Laut diesem Bericht gibt es einen Mangel an Studien und Methodologie zum internationalen Vergleich der Ausbildungen sowie der Berufsbildungsforschung. Dies ist nach Aussage der Autoren durch die Komplexität dieses Themas bedingt (vgl. Ditton 2000: 76; Lauterbach 2006a: 49; Pfau-Effinger et al. 2009: 17 zit. n. Lehmann et al. 2014: 20). Es besteht weiterhin die Schwierigkeit, die verschiedenen Länder auf der Ebene der von den Auszubildenden erworbenen Kompetenzen und Leistungsfähigkeit zu vergleichen. Aus diesem Grund gibt es bisher nur überwiegend separate Länderstudien (vgl. Behringer 2006: 273; Severing 2006: 91; Lauterbach 2006: 289 f., zit. n. Lehmann et al. 2014: 27). Diesen Missstand versucht der GesinE-Bericht zu beheben.

Aus dieser vorbeschriebenen Schwierigkeit heraus werden die verschiedenen Ausbildungen in dieser Masterarbeit gegenübergestellt, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede darzustellen und aufzuzeigen, dass die Ausbildungen für Pflegekräfte weder auf europäischer Ebene noch international vergleichbar sind und keinesfalls gleichgesetzt werden können. Diese Tatsache ist von Bedeutung bei der Betrachtung der internationalen Ergebnisse des Reviews und deren Bezug zum deutschen Ausbildungssystem.

Europäische Ausbildungen

Für den internationalen Bereich werden fünf europäische Länder betrachtet. In den Review Ergebnissen finden sich allerdings nur Beiträge zu Deutschland sowie Großbritannien. Diese Länder und ihre jeweilige Pflegeausbildungen werden genauer beleuchtet. Daten zu den anderen drei Ländern (Frankreich, Niederlande und Österreich) werden hier trotzdem ergänzend tabellarisch dargestellt, um die bereits im europäischen Gebiet bestehenden großen Unterschiede der Ausbildung aufzuzeigen.

Bildung und Beruf

Berufsbildende Bildung wird durch die International Standard Classification of Education (ISCED) beschrieben als Bildung, welche den Schülern primär praktische Fertigkeiten sowie Kenntnisse zur Ausübung eines Berufes oder Berufsfeldes liefern soll (vgl. Krüger-Hemmer, Schmidt 2010: 12 f.; UNESCO 2011: 81, zit. n. Lehmann et al. 2014: 27). Für den deutschen Bereich beschreibt die Handreichungen der Kultusministerkonferenz (KMK) eine bildungstheoretische Begründung und klassifiziert den Beruf dadurch als Bildungsgut. Bildung soll neben der Vermittlung von Fertigkeiten und Fähigkeiten auch auf die Persönlichkeitsentwicklung Bezug nehmen. Das zugrunde liegende Konzept ist das der „Beruflichen Handlungskompetenz". Die in ihr enthaltenen Dimensionen sind: Fach-, Personal-, Sozial- und Methoden-/Lernkompetenz (vgl. KMK 2000, zit. n. Lehmann et al. 2014: 28).

Die Bologna-Erklärung von 1999 forderte bis zum Jahre 2010 die Bildung eines gemeinsamen Hochschulraums, in dem auch die Gesundheitsfachberufe eingeordnet sein sollen. In den europäischen Vergleichsländern wurde begonnen, die vorhandenen Studiengänge dem Bachelor- sowie Masterstudiengang anzugleichen. Innerhalb Deutschlands sowie in Österreich ist dieser Prozess noch nicht abgeschlossen. Für alle europäischen Länder gilt ein gemeinsamer Orientierungsrahmen um die Berufsbildung im sekundären und tertiären Bildungssektor zu klassifizieren. Dieser Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) verfügt über acht hierarchisch aufeinander aufbauende Bildungsniveaus. Er ist lernergebnis- sowie kompetenzorientiert. Zweijährige Berufserstausbildungen sind auf Niveau drei verortet und drei bis dreieinhalbjährige Ausbildungen auf dem Niveau vier. Weiterbildungen werden auf Niveau fünf eingestuft. Niveau sechs entspricht dem Bachelorabschluss und Niveau sieben dem des Masterabschlusses. Die Promotion ist auf Niveau acht angesiedelt (vgl. Lehmann et al. 2014: 39 f.; BMBF 1012: Tab. 3.1.5).

Deutschland

Für Deutschland liegt laut Artikel 7 Absatz 1 des Grundgesetzes die Gestaltung sowie Aufsichtsfunktion des Bildungssystems bei den Bundesländer (vgl. Lehmann et al. 2014: 28). Deutschland nimmt laut des GesinE-Berichtes im europäischen Bereich eine Sonderstellung ein, da die Ausbildung der Gesundheitsberufe hierzulande nicht in den regulären Bildungsstrukturen eigeordnet ist. Diese Ausbildungen können weder dem dualen System auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes, noch bundeseinheitlich zum

Schulberufesystem (Fachschulwesen) zugeordnet werden (vgl. Schneider 2003: 389; Kraus et al. 2004: 66, zit. n. Lehmann et al. 2014: 33). Die deutsche Pflegeausbildung findet überwiegend an Ausbildungsstätten (räumlich, organisatorisch) verbunden mit Krankenhäusern statt. Typisch ist eine enge Kooperation dieser Einrichtungen. Kennzeichnend ist weiterhin ein großer Stundenanteil für die praktische Ausbildung. Die Gesamtverantwortung für die Ausbildung verbleibt in diesem System bei den Schulen als Ausbildungsträger (vgl. Lehmann et al. 2014: 30).

Im Schuljahr 2011/2012 wurden in Deutschland 59.857 Schüler für die Gesundheits- und Krankenpflege ausgebildet (vgl. ebd.: 37). Anders als in Europa wird in Deutschland kein Studium zur Berufszulassung absolviert. Die Ausbildung ist am ehesten dem sekundären Bildungssektor zuzuordnen. Man kann dadurch aber nicht auf Qualifikation und Kompetenz schließen (vgl. ebd.: 15).

Großbritannien

In Großbritannien wird das Bildungssystem durch nationale Gesetze sowie durch Vorgaben der vier Landesteile (Wales, England, Nordirland, Schottland) gesteuert (vgl. Pilz 1999: GB-SC-61; Cuddy, Lenney 2005: 11 zit. n. Lehmann et al. 2014: 31). Es existiert ein nationales Curriculum, das die allgemeine Schulbildung und die Mindestanforderungren an alle Ausbildungsformen bestimmt. Die Pflegeausbildung ist in Großbritannien im tertiären Bildungssektor angesiedelt und der Ausbildungsabschluss liegt auf der Stufe eines Bachelorstudienganges (vgl. Lehmann et al. 2014: 32). Es ist möglich für die Zulassung zu einem Studium außerschulische Lernerfahrungen (Prior learning) anrechnen zu lassen, um eine fehlende/unzureichende formale Qualifikation für ein Hochschulstudium auszugleichen (vgl. Merill, Hill 2003 zit. n. Lehmann et al. 2014: 33). Angerechnet werden können auch mittels eines Anrechnungsverfahrens (Accreditation of Prior Experiental Learning APEL) informell erworbenes Wissen und Fertigkeiten z. B. aus Pflege von Verwandten oder freiwilligem sozialen Engagement.

Europäischer Ländervergleich:

Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
Bezeichnung der einzelnen Berufsausbildungen				
Gesundheits- und Krankenpflege	Les infirmieres	Nursing	verpleegkunde	Gesundheits- und Krankenpflege
Verantwortlichkeit für das Bildungssystem				
Bundesländer	Staat	Individuelle Vorgaben in den 4 Landesteilen: England, Wales, Nordirrland, Schottland	Staat	Bund und Länder
Bildungsbereich				
Sekundär Modellprojekte Tertiär	Tertiär (seit 2009/2010)	Tertiär (seit 2012/2013)	Überwiegend Tertiär (HBO) Sekundär (MBO)	Sekundär Modellprojekte Tertiär
Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung				
Mittlerer Schulabschluss oder abgeschlossene zehnjährige Schulbildung. Alternativ Hauptschul-abschluss und mindestens zweijährige erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung (z. B. Pflegehelfer)	Allgemeine oder fachgebundene Hochschulzugangs-berechtigung nach i. d. R. zwölf Schuljahren oder Hochschulzugangs-prüfung	Allgemeine oder fachgebundene Hochschulzugangs-berechtigung nach i. d. R. zwölf Schuljahren oder Hochschulzugangs-prüfung	Allgemeine oder fachgebundene Hochschulzugangs-berechtigung nach i. d. R. zwölf Schuljahren oder Hochschulzugangs-prüfung	mittlerer Schulabschluss oder abgeschlossene zehnjährige Schulbildung
Ausbildungs-/Studiendauer				
3 Jahre	3 Jahre	3 Jahre teilweise 4 Jahre	4 Jahre an der HBO	3 Jahre an Hochschulen (gilt nicht für alle Gesundheits-berufe)
Abschluss				
		Bachelorgrad	Bachelorgrad Masterstudium an der Universität und Hogeschulen möglich	Bachelorgrad Masterstudien-gänge nur vereinzelt vorhanden

EQR- Niveau				
4	6	6	6	5 für den sekundären Bereich 6 für den tertiären Bereich (3/4 der Gesundheits-berufe)
Registrierungspflicht nach Berufsabschluss				
nein	Ja (ADELI und ONI)	Ja (NMC)	Ja (BIG-Register)	Nein
Aufteilung des Berufes				
3 Berufe: Gesundheits- und Krankenpflege Gesundheits- und Kinder-krankenpflege Altenpflege	1 Beruf: Infirmiere	1 Beruf mit 4 Vertiefungs-richtungen: Nursing Erwachsenenpflege Kinderkrankenpflege Psychiatrische Pflege Lernbehinderten Pflege	2 Berufe (MBO/HBO) Mit 4 bzw. 3 Vertiefungsrichtungen HBO: Allgemeine Pflege Psychiatrische Pflege Public Health	3 Berufe: Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Kinder- und Jugendlichen-pflege psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
Ausbildungsverordnungen				
Krankenpflege-gesetz (KrPflG 2003) Krankenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV 2003)	Code de la sante publique	The Nursing and Midwifery Order 2001 Nursing and Midwifery Council (NMC) 2009 In Kooperation mit dem Berufsverband Royal College of Nursing	Wet Beroepen Individuele Gezondheitszorg (Wet BIG 1993)	Gesundheits- und Krankenpflege-Gesetz 1997 (GuKG 1997/i. d. F. 2009) 2 Gesundheits- Sowie Krankenpflege-Ausbildungs-verordnungen (GuK-AV 1999; FH-GuK-AV 2008)

Tabelle 7: Vergleich der europäischen Pflegeausbildungen (vgl. Lehmann et al. 2014)

Betrachtet man nun die verschiedenen Ausbildungen so wird die erschwerte Vergleichbarkeit der Ausbildungsgänge für Pflegepersonal deutlich. Besonders auffallend ist, dass Deutschland im europäischen Vergleich das einzige Land ist, in dem die Pflegeausbildung nur das EQR Niveau vier bekleidet. Ebenso ist die erforderliche schulische Qualifikation, welche zur Ausbildung ermächtigt, geringer

als in den Vergleichsländern. Neben den Ausbildungsunterschieden liegen auch Unterschiede in den Qualifikationen sowie Weiterbildungsmöglichkeiten auf der Basis der Pflegetätigkeit vor. In Großbritannien wie auch den Niederlanden ist es möglich ein Erweiterungsstudium „Advanced practitioners“ zu absolvieren und dadurch den Titel „(Advanced) Nurse Practitioners“ (NP´s) zu erlangen. Mit dieser Berufsbezeichnung, die auch in weiteren Ländern des Commonwealth (z. B. Australien und Kanada) und auch in den USA existiert, sind auch ein höheres Kompetenzprofil und erweiterte Aufgabengereiche sowie ein weitgehend eigenständiges Handeln verbunden (vgl. ebd.: 69). Eine vergleichbare Weiterqualifizierungsmöglichkeit existiert für Deutschland nicht.

Den Autoren der GesinE-Studie nach sind allen verglichenen Ländern ähnliche Handlungsweisen im Aufgaben- und Verantwortungsbereich gemeinsam. Es können drei Handlungskompetenzbereiche identifiziert werden. Diese werden allerdings nicht explizit so bezeichnet. Es handelt sich um einen:

- eigenverantwortlichen
- mitverantwortlichen
- und interdisziplinären Bereich

(vgl. ebd.: 66).

Internationale Pflegeausbildungen

Betrachtet werden hier ebenfalls, wie im europäischen Bereich, ausschließlich die Länder, die Ergebnisse für das Review liefern. Es handelt sich um Commonwelath of Nations Länder (Australien und Kanada) sowie die USA. Auch für den internationalen Bereich wird beschrieben dass „International […] Pflegende, trotz ihrer gemeinsamen Definition von Kernmerkmalen ihrer Qualifizierung und Aufgaben, eine heterogene Berufsgruppe dar[stellen]“ (ICN 2008: 4; Currie, Hill 2012 zit. n. Lehmann et al. 2014: 143). Für den internationalen Vergleich liegt keine vergleichende Studie ähnlich der GesinE-Studie vor. Die Pflegeausbildung in diesen Ländern ist im tertiären Bildungssektor und somit auf dem EQN Niveau von mindestens sechs verortet. Damit ist auch hier keine direkte Vergleichbarkeit mit dem deutschen Ausbildungssystem für Pflegekräfte möglich.

Zusammenfassung

Ausgelöst durch die schlechte internationale Vergleichbarkeit der verschiedenen Pflegeausbildungen hat der Weltverband der Pflegenden (International Council of Nurses, (ICN)) ein eigenes, einen Überblick vermittelndes, Rahmenpapier

veröffentlicht. Dieses Papier beinhaltet fünf Qualifikationsstufen für Pflegepersonal mit deren Hilfe Pflegende sich anhand von zugeordneten Kompetenzen eingruppieren lassen. Die Pflegeausbildungen der europäischen Vergleichsländer sind laut des ICN auf der dritten von fünf Stufen verortet (vgl. ICN 2010 zit. n. Lehmann et al. 2014: 143).
Sie werden charakterisiert als:

> „i. S. von selbstständig und eigenverantwortlich handelnden Gesundheitsprofessionsangehörigen auf der Basis einer erfolgreich absolvierten, staatlich anerkannten (bzw. ggf. registrierten und/oder akkreditierten) mind. dreijährigen Ausbildung. Ihr Handeln hat sich dabei am ICN-Ethikkodex (vgl. ICN 2006) sowie der Definition professioneller Pflege des ICN (vgl. ICN 2010) auszurichten“
>
> (Lehmann et al. 2014: 144)

Abschließend kann festgehalten werden, dass ein direkter Vergleich der Ausbildungen nur gegenüberstellend, wie bereits in der GesinE-Studie beschrieben, möglich ist. Verursacht wird dies durch „Gesetze, Richtlinien, Standards, Statements sowie Lehrpläne oder Modulbeschreibungen einzelner Ausbildungsprogramme“ (ebd.: 181). Ein tiefergehender Vergleich z. B. der Ausbildungscurricula oder Ausbildungsinhalte in Bezug auf den generellen Aufbau der Ausbildungen oder zur Thematik der wohnungslosen Patienten ist den Autorinnen dieser Qualifikationsarbeit nicht möglich. Dies liegt in der großen Differenz der einzelnen Ausbildungsberufe sowie der nicht zu identifizierenden Literatur zu diesen Themen begründet. Ein letztes Limit stellt die Sprachbarriere dar.

4.4.2. Pflegeausbildung im Zusammenhang mit wohnungslosen Patienten (Salvini-Plawen)

Im Folgenden wird dargestellt, wie die betrachteten Länder ihre Auszubildenden bzw. Studenten auf den Umgang mit wohnungslosen Patienten und die Pflege von ihnen vorzubereiten versuchen. Dafür werden die Ergebnisse der Recherche innerhalb der Scientific Community im Rahmen des Reviews verwendet. Aufgrund der geringen Trefferanzahl können hier keine umfassenden Rückschlüsse auf den genauen Inhalt der verschiedenen Ausbildungen für diesen speziellen Bereich getroffen werden. Innerhalb des Reviews konnten abzüglich der Bachelorarbeit der beiden Autorinnen nur 15 Literaturangaben zu dieser Thematik innerhalb der internationalen Recherche ausfindig gemacht werden. Diese Werke sind oftmals Berichte über Einsätze von Schülern/Studenten außerhalb des Krankenhauses. Es werden keine konkreten

Hinweise zu den Inhalten von Curricula gefunden. Die gefundene Literatur stammt fast ausschließlich aus den USA. Im Anschluss findet sich eine Tabelle mit einer Länderzuweisung und Kurzbeschreibung der relevanten Literatur für die Betrachtung der Ausbildung. Es wird zusätzlich ausgewiesen, welche Schülern/Studenten in der jeweiligen Literatur beschrieben werden. Da für Australien keine Literatur zur Ausbildungssituation in Bezug auf Wohnungslose gefunden wurde, wird dieses Land aus der Tabelle ausgeschlossen.

Anzahl und Inhalt der gefundenen Literatur zu Ausbildungsinhalten

Deutschland	Großbritannien	USA	Kanada
Bachelorarbeit der Autorinnen	**2 Berichte**	**12 Berichte**	**1 Bericht**
Betrachtung der deutschen Ausbildungsrichtlinie sowie dreier Schulcurricula und der gängigen Ausbildungsliteratur (Salvini-Plawen, Thomauske, 2014)	Nursing Students: klinische Erfahrungen für Studenten in einem Krisencenter für Wohnungslose, fragebogengestützte Ermittlung des Vorwissens und daran auch Auswertung, ob Änderung der Einstellung stattfanden (DeLashmutt, Rankin 2005: 143–149)	Nursing Students: Angebot von Schulungen in einem öffentlichen Asyl Kooperation mit Pflegeschulen (Lashley 2008: 367-379)	Baccalaureate Nursing Students: Befragung von 740 Studenten Erfragung der Einstellung von Bachelor Pflege Studenten an drei Universitäten mittels eines Fragebogen mit 59 Items (Sword et al. 2004: 13-19)
	Second Year of Adult Nursing Degree: Studentin der Pflege arbeitet als "Praktikum" niederschwellig (6 Wochen) (Windle 2010: 69)	Community Nursing Students: Bericht darüber, wie Studenten Gemeindepflege kennenlernen. Durch hochtechnisierte Patientensimulatoren können Studenten im geschützten Raum lernen "Mildred" als Simulationsobjekt (Barry et al. 2009:230-237)	
		Doctoral Candidate in Nursing; Senior Baccalaureate Nursing Student; Registered Nurse; Associate Degree in Nursing; Baccalaureate degree; Master Degree in Nursing: 15 Interviews (PP + Studenten) in 2 durch PP geführte und geleitete Kliniken für Wohnungslose (Cain et al. 1998: 356–369)	
		Senior Level Nursing Students: Bericht zum „population focused nursing“ und zum „service-learning“ Aussagen der Studenten selber	

Deutschland	Großbritannien	USA	Kanada
		(Clayton, Dilley, Kathy 2009: 137–139)	
		Family Nurse Practitioner Students: Studenten bieten während der Wintermonate an 1-2 Abenden die Woche für 5 Stunden pfl. Versorgung in versch. Sheltern an (dela Cruz, Harris, Brehm 2004: 547–554)	
		RN-to- MSN Students; Registered Nurse: Studie: Mütter mit Kindern werden von Masterstudenten während 15 Wochen versorgt (Hatton et al. 2006: 317–322)	
		Bericht zum Konzept des „service learnings“ (Hunt 2007: 277–281)	
		Graduate Students; Undergraduate Students; Faculty: Wissen und Einstellungen der Studenten werden dargestellt sowie der Einfluss der Ausbilder auf die Studenten (Kee, Minick, Connor 1999: 3-12)	
		Senior Undergrate Nursing Students: Schüler simulieren innerhalb des Unterrichtes/Studiums Wohnungslose/arme Familien um sich in deren Lebenswelt einzufühlen (Patterson, Hulton 2012: 143–151)	
		Baccalaureate Nursing Students: Projekt: Pflegestudenten der Universität Denver und die Stadt Denver arbeiten zusammen 96 Stunden klinische Erfahrung, 2-3 tägige Rotationen während 4-6 Wochen direkte Pflege von Wohnungslosen und	

Deutschland	Großbritannien	USA	Kanada
		Gemeindeklinik kombiniert (Pennington, Kroh, Coast 2010: 700-703)	
		Nursing Students: 8 Wochen „service learning“ in einem Familien Shelter mittels klinische Rotation (Swiggum, Hunt 2007: 167–174)	
		College of Nursing Senior Class: Projekt: Pflegestudenten helfen in einem Gemeindeprojekt für Wohnungslose im Rahmen der Gemeindepflegeeinheit (Wheatley 2012: 16-17)	

Tabelle 8: Anzahl und Inhalt der gefundenen Literatur zu Ausbildungsinhalten (Salvini-Plawen, Thomauske)

Deutschland

Für Deutschland wurden in der Scientific Community keine Projekte oder andere Berichte zum Inhalt der Krankenpflegeausbildung in Bezug zur Pflege von Wohnungslosen Patienten gefunden. Es scheint keine evidenzbasierte, fachspezifische Literatur zu diesem Thema zu geben. In der vorangegangenen Bachelorarbeit der Autorinnen wurde der Bereich der Berufsausbildung bereits beleuchtet. Die dort erlangten Informationen werden nachstehend kurz beschrieben.

Theoretische Ausbildung

In diesem Rahmen konnten anhand der Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2003) zwei Lerneinheiten ermittelt werden im Rahmen welcher die Pflege von Wohnungslosen vermittelt werden kann und teilweise wird.

Diese Lerneinheiten sind:

- Lerneinheit 25 Ekel und Scham im Lernbereich II (vgl. ebd.: 77)
- Lerneinheit 05 „arme“ und „reiche“ Menschen im Lernbereich III (vgl. ebd.: 82-83)

Die erste Lerneinheit ist innerhalb der Ausbildungsrichtlinie (vgl. ebd.: 77) dem Themenbereich des beruflichen Selbstverständnisses und dem Lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen, zugeordnet. Es wird ein Stundenkontingent von zwölf Stunden empfohlen. Den Schülern wird laut Richtlinie Raum gegeben, über mit Ekel und Scham belegte Pflegesituationen im beruflichen Alltag zu sprechen. Diese oftmals tabuisierten Gefühle sollen ausgesprochen und mit Hilfe von Ergebnissen der Pflegeforschung reflektiert werden. Die Sichtweisen und Reaktionen der „Gepflegten" sollen ebenfalls einbezogen werden. Es herrscht in der Beschreibung der Richtlinie ein starker Bezug zu den eigenen Gefühlen und Empfindungen der Schüler, zu dem was ihnen wichtig ist und was sie aus der Eigenerfahrung heraus thematisieren möchten. In diesem Zusammenhang werden wohnungslose Menschen nicht, aber auch keine anderen Bevölkerungs- oder Patientengruppen, speziell genannt. Es geht im Schwerpunkt um das Erleben der Schüler und im zweiten Schritt um die Empfindungen der Patienten (vgl. Salvini-Plawen, Thomauske 2014: 100)

Die zweite Lerneinheit fällt unter den Themenbereich Pflegehandeln personenbezogen ausrichten (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2003: 82-83). Sie befasst sich mit den nationalen und internationalen Gründen und Auswirkungen dieser beiden Extreme, des Lebens in Armut bzw. in Reichtum. Die Schüler sollen soziale und gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse zu diesen Lebenssituationen erlangen. In der Ausbildungsrichtlinie wird die „Obdachlosigkeit" als ein möglicher Fokus für die Betrachtung der Armut empfohlen. Die Ausbildungsrichtlinie gibt explizit vor, dass die Schüler innerhalb dieser Lerneinheit berufsbezogene Problemthematiken im Umgang mit dieser Patientengruppe besprechen sollen. Diese Lerneinheit wird mit einem Unterrichtsumfang von 16 Stunden angedacht. Die Ausbildungsrichtlinie empfiehlt nur Menschen ohne Obdach zur Verdeutlichung der Thematik Armut zu thematisieren, dies ist nicht bindend (vgl. ebd.: 82-83).

Fachliteratur für die theoretische Ausbildung

Im Rahmen der Bachelorarbeit wurden drei Fachbücher für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung betrachtet. Das Standardwerk „Pflege heute" (Menche (Hrsg.) 2011) liefert allerdings keine Informationen zur Gruppe der Wohnungslosen. In einem weiteren Lehrbuch „Thiemes Pflege" (Schewior-Popp (Hrsg.) 2011), wird dieser Patientengruppe lediglich eine viertel Seite gewidmet.

Dort wird sie als sozial benachteiligt, von Erkrankungen betroffen und in der pflegerischen Behandlung als schwierig beschrieben. Mögliche Konflikte werden genannt, z. B. die Körperhygiene und Probleme mit Mitpatienten. Aus Sicht der Wohnungslosen wird erwähnt, dass der Krankenhausaufenthalt ein einschneidendes Erlebnis für sie darstellt. Mehr Informationen ergeben sich nicht (vgl. ebd.: 563). Als letzte Literatur wird das Lehrbuch „In guten Händen“ (Altmeppen, Oelke 2010), welches aus eigener Erfahrung von vielen Lehrkräften zur Unterrichtsvorbereitung genutzt wird, einer Betrachtung unterzogen. Hier findet sich ein längeres Kapitel zur Wohnungslosigkeit (vgl. ebd.: 185-189). Es werden viele der bereits in der nationalen Literaturreche gefundenen Fakten zu dieser Patientengruppe beschrieben. Die Sichtweise und der Umgangs professioneller Pflegender sowie ihre Gefühle in Bezug auf diese Patientengruppe fehlen. Im Abschnitt zur Lerneinheit Ekel und Scham werden Wohnungslose nicht im Kontext der gemachten Erfahrungen erwähnt (vgl. ebd.: 714-722). (vgl. Salvini-Plawen, Thomauske 2014: 100-101)

Praktische Ausbildung

Für die praktische Berufsausbildung kann keine Vorgabe oder Empfehlung gefunden werden. Es werden weder praktische Einsätze im Rahmen der Pflegeausbildung in Einrichtungen für wohnungslose Menschen noch Hospitationen in solchen Einrichtungen empfohlen. Solch eine Hospitation wird lediglich durch eine Autorin der Masterarbeit beschrieben. Diese besucht mit ihren Auszubildenden im Rahmen der Lerneinheit: „arme“ und „reiche“ Menschen eine solche Einrichtung. Dort können die Auszubildenden mit den vor Ort arbeitenden Streetworkern in einen Erfahrungsaustausch kommen. Dieses Vorgehen ist aber nicht an allen Pflegeschulen üblich. So auch nicht an der Bildungseinrichtung der zweiten Autorin.

Vergleichsländer

Vorweg ist anzumerken dass für die Vergleichsländer (USA, Großbritannien, Australien, Kanada) fast ausschließlich Berichte aus der praktischen Ausbildung gefunden werden. Dabei handelt es sich überwiegend um Beschreibungen von kurzen Einsätzen in niederschwelligen Hilfseinrichtungen für wohnungslose und arme Menschen (vgl. DeLashmutt, Rankin 2005; Lashley 2008; Windle 2010; Cain et al. 1998; dela Cruz, Harris, Brehm 2004; Hatton et al. 2006; Pennington, Kroh, Coast 2010; Swiggum, Hunt 2007; Wheatley 2012). Lediglich zweimal werden Methoden aus der theoretischen Ausbildung beschrieben. Eine auf eine

Patientensimulation mittels eines Simulators namens „Mildred“ gestützte Unterrichtseinheit (vgl. Barry et al. 2009) und ein Rollenspiel, welches die Studenten absolvieren (vgl. Patterson, Hulton 2012). Ergänzend konnten vier Treffer mit Befragungen oder Berichten, losgelöst von der Praxis, zu diesem Thema identifiziert und betrachtet werden (vgl. Sword et al. 2004; Clayton, Dilley, Kathy 2009; Kee, Minick, Conor 1999; Hunt 2007).

Während Australien zu diesem Thema keinerlei Treffer in der Literatur aufweist, liefern Kanada und Großbritannien mit einem bzw. zwei Treffern auch nur sehr geringe Daten. Die USA sind mit zwölf Treffern überproportional stark vertreten, wenn auch, betrachtet man die Größe des Suchraumes und den Suchzeitraum von zwölf Jahren, ebenfalls mit eher wenigen Treffern. Nach der Sichtung aller Treffer wird klar, dass es sich bei den beschriebenen praktischen Einsätzen bzw. Projekten immer um Einzelprojekte oder Modellprojekte einzelner Universitäten handelt. Keines der betrachteten Länder scheint diese regelhaft in ihren Curricula aufgenommen zu haben. Es werden auch keine relevanten oder wissenschaftlich fundierte Studien geliefert/ermittelt, warum diese Einsätze nötig sind. Allen Literaturfunden ist allerdings gemein, dass die praktische Erfahrung mit wohnungslosen Menschen bei der überwiegenden Zahl der Studenten positive Effekte zu haben scheint (vgl. u. a. Sword et al. 2004; DeLashmutt, Rankin 2005; Hunt 2007; Patterson, Hulton 2012). Auch bei dieser Thematik werden häufig, wie bereits in anderen Teilen des Reviews, die gleichen Autoren zitiert. Sie scheinen sich teilweise gegenseitig zu zitieren. Es folgt eine auszugsweise und überblicksgenerierende Darstellung der Review Ergebnisse.

Ergebnisdarstellung:

Die Autoren Sword et al. (Sword et al. 2004) führten eine Befragung innerhalb Kanadas von 740 Bachelorstudenten anhand eines Fragebogens zu Armut, von Armut betroffenen Patienten und dem Bezug zur Krankheit durch. Sie beschreiben, das sie keine aktuellen Studien zu dieser Thematik ausfindig machen konnten (vgl. ebd.: 14). Dies geben auch die Autoren Patterson und Hulton (Patterson, Hulton 2012: 144) wieder. Wohnungslose Patienten sind in der Regel von einem größtmöglichen Ausmaß an Armut betroffen. Kernaussagen der umfangreichen Befragung dieses Autorenpaares sind, dass die meisten Studenten positive oder neutrale Einstellungen gegenüber dieser Patientengruppe haben (vgl. Sword et al. 2004: 13). Dies bestätigen Kee, Minick et al. (vgl. Kee, Minick, Connor 1999: 1). Es sind aber auch negative Ansichten und Einstellungen gegenüber dieser Patientengruppe vorhanden.

Der interpersonale Kontakt der Schüler zu diesen Patienten wird als Möglichkeit zur Einstellungsänderung gesehen. „[…] interpersonal contact may be effective strategies to foster attitude change.“ (Sword et al. 2004: 13) Sie zitieren Fishbein und Ajzen mit den Worten „attitudes are learned through experience and are a means by which we judge individuals in a consistently positive or negative way.“ (Fishbein, Ajzen 1975 zit. n. Sword et al. 2004: 14). Auch Patterson und Hulton (Patterson, Hulton 2012) beschreiben, dass eine Einstellungsänderung bei den mit praktischen Erfahrungen geschulten Studenten erkennbar ist (vgl. ebd.: 147). Weiter wird durch Sword und Kollegen die Erlangung eigener persönlicher Erfahrungen mit diesen Menschen als Möglichkeit eingestuft, positive und wünschenswerte Einstellungen ihnen gegenüber auszubilden (vgl. Sword et al. 2004: 13). Eine Modifikation der bestehenden Ausbildungscurricula, weg vom ausschließlichen theoretischen Unterricht, hin zu ergänzenden, praktisch erworbenen Erfahrungen wird empfohlen und von den Schülern erwünscht (vgl. ebd.: 13, 19). Die Autoren DeLashmutt und Rankin (DeLashmutt, Rankin 2005) beschreiben für Großbritannien die Schwierigkeit, das Thema der sozialen Verantwortung in der Ausbildung bei den thematisch bereits sehr „vollen“ Curricula unterzubringen. Sie finden dieser Aspekt kommt derzeit zu kurz (vgl. ebd.: 148). Auch Hatton und seine Kollegen (vgl. Hatton et al. 2006: 317) empfehlen curriculare Veränderungen.

DeLashmutt und sein Team stellen weiter fest, dass Schüler fast keine Erfahrung mit Menschen in Armut haben. Ein Unterricht zum Thema Armut muss nach ihnen bereits zu Beginn des Studiums stattfinden (vgl. DeLashmutt, Rankin 2005: 143). Diese Aussage zitieren auch Patterson und Hulton (Patterson, Hulton 2012) in ihrer Arbeit. Durch ihre praktischen Erfahrungen, wie sie DeLashmutt et al. während des Einsatzes in einem Krisencenter für Wohnungslose beschreiben, lernen die Studenten diese Menschen näher kennen und sind darüber, wie sie „wirklich“ sind überrascht „[…] they were most affected by the positive behaviors oft he clients, using words like 'trusting, grateful, respectful, determined and motivated' […]“ (DeLashmutt, Rankin 2005: 146). Ähnliches berichtet die Autorin Lashley (Lashley 2008). DeLashmutt und Kollegen beschreiben diesen klinischen Einsatz der Studenten als „eye opening experience“ (DeLashmutt, Rankin 2005: 148). Diese Beschreibung wird von weiteren Autoren verwendet (vgl. u. a. Swiggum, Hunt 2007: 169; Hunt 2007).

Als besonders bemerkenswert wird von DeLashmutt und Rankin auch die Verknüpfung von theoretischem Wissen (in den Vorlesungen vermittelt) und der Praxis (Einsatz im Krisencenter) benannt (vgl. DeLashmutt, Rankin 2005: 148).

Abschließend stellen sie fest, dass es bei den Studenten durch die gemachten Erfahrungen zu einem „personal and professional growth“ kommt (vgl. ebd.: 148). Eine solche Aussage treffen auch die amerikanischen Autoren Swiggum und Hunt (Swiggum, Hunt 2007) für die Lernerfahrungen, welche durch das Konzept des „service-learning“ auf diesem Gebiet erlangt werden können (vgl. ebd.: 168). In ihrem Bericht zu einem Praktikum in der niederschwelligen Pflege von Wohnungslosen, beschreibt die im dritten Studienjahr befindliche Pflegestudentin Claire Windle aus Großbritannien, wie diese Art der Arbeit mit Menschen ohne Wohnsitz ihre Fähigkeiten mit sensiblen Situationen umzugehen geschärft hat (vgl. Windle 2010: 69). Sie hat nach eigenen Aussagen ein besseres Verständnis dieser Patienten erlangt und eine holistische Pflege erlernt mit Hilfe derer sie den ganzen Menschen sehen und pflegen kann. Sie gibt an „ equally important are skills in understanding and emphathy“. (ebd.: 69). Für die USA wird die Lehrmethode des „service-learning“ durch verschiedene Autoren (Swiggum, Hunt 2007; Clayton, Dilley, Kathy 2009; Hunt 2007) für diesen Lernbereich empfohlen. Nach Swiggum und Hunt, welche Seifer zitieren, handelt es sich um eine „structured learning experiences that combines community service with explicit learning objectives , preparation and reflection.“ (Seifer 1998: 274 zit. n. Swiggum, Hunt 2007: 168). So kann die persönlich erlangte praktische Erfahrung mit dem im Ausbildungskontext erlangten Wissen verbunden werden. Swiggum und Hunt benennen verschiedene Themen, die für Studenten eine Relevanz haben:

- „Eye Opening to See the Impact That Homelessness Has on Families
- Feeling Intense Emotions That Are Sometimes Hard to Put Into Words
    - Beeing in another world
    - We are different
    - We are similar
    - Providing care fort he other
    - It is the lack oft he draw“

(Swiggum, Hunt 2007: 169 und 170 und 171)

In ihrer Zusammenfassung beschreiben diese beiden Autoren, dass die Studenten mit einem Gefühl, einer Perspektive des „anders seins“ als die Wohnungslosen in den praktischen Einsatz starten. Sie glauben, diese leben in einer anderen Welt. Wenn sie dann aber einen Beziehungsaufbau mit ihnen zulassen, können sie Gemeinsamkeiten feststellen. An diesem Punkt kommt es nach Swiggum und Hunt durch angewandtes „service-learning“ zu der Veränderung, welche es den Studenten möglich macht, gute therapeutische Pflege zu leisten (vgl. ebd.: 173). Clayton und Dilley und Kathy (Clayton, Dilley, Kathy 2009) beschreiben, dass das Outcome von „service-learning“ für

Studenten im Einsatz mit Wohnungslosen oder ähnlichen Patientengruppen in der Literatur mehrfach beschrieben wird. Es kommt nach ihnen unter Anderem zu:

- Empathie Entwicklung
- Überdenken von Stereotypen
- Ausbilden von Fähigkeiten in der Zusammenarbeit
- kultureller Sensibilität

Es wird „nonjudgemental provision of care“ erlernt (vgl. ebd.: 137). Zusammenfassend stellen sie, ähnlich der anderen Autoren, fest: „Students´ preconceived judgements about homelessness are challenged, forever chainging their understanding and ability to care for this population.“ (ebd.: 139).
Patterson und Hulton (Patterson, Hulton 2012) beschreiben eine Simulationseinheit für Studenten innerhalb der theoretischen Ausbildung, in welcher diese sich in Menschen ohne festen Wohnsitz mit ihren Problemen einfühlen und problemlösend handeln sollen. Mittels Fragebögen ermitteln die Autoren, dass nur zum Aspekt der Stigmatisierung eine signifikante Einstellungsänderung bei den Studenten nachgewiesen werden kann (vgl. ebd.: 146). Die Rückmeldungen der Studenten zu dieser Simulation werden als durchweg positiv beschrieben. Die Studenten beginnen zu „[…] think, reflect and theorize about their own practise, behaviours and situations.“ (ebd.: 148) Am Ende ihrer Arbeit zitieren die Autoren Gupta mit seinem Statement „Students readily engage in learning when it is meaningful, purposeful, contextual and empowering.“ (Gupta 2006 zit. n. Patterson, Hulton 2012: 149) Kee, Minick und Connor (Kee, Minick, Connor 1999) beschreiben in ihrer Arbeit, dass bedeutungsvolle Begegnungen mit den Wohnungslosen Studenten deren Einzigartigkeit als Individuum erkennen lässt (vgl. ebd.: 9).
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die im internationalen Bereich erlangten praktischen Erfahrungen mit der Gruppe der Wohnungslosen als durchweg positiv seitens der jeweiligen Autoren und auch Studenten beschrieben werden. Die Aussage „eye opening experience“ zieht sich wie ein roter Faden durch die gefundene Literatur. Es wird durch einige Autoren empfohlen, die bestehenden Ausbildungscurricula zu überarbeiten und um praktische Erfahrungen mit vulnerablen Patientengruppen (z. B. Arme aber auch Wohnungslose) zu ergänzen/erweitern. Aufgrund der insgesamt geringen Literatur sowie den sehr inhomogenen Gruppen der jeweils beschriebenen

Studentengruppen (s. Tbl. 8) ist es allerdings schwierig vergleichende und universal gültige Aussagen zu treffen.

4.4.3. Vergleich der Berufsbezeichnungen (Salvini-Plawen)

Nachfolgend werden verschiedene grundlegende Berufszweige der Pflege länderbezogen mit ihren jeweiligen Ausbildungsgängen und Tätigkeitsfeldern tabellarisch dargestellt. Diese Berufsgruppen sind allesamt Teil der identifizierten Literatur zum Umgang professionell Pflegender mit wohnungslosen Patienten oder zur Ausbildungssituation in diesem Themenbereich. Die Schwierigkeit liegt darin, dass fast immer verschiedene oder anders qualifizierte Berufsgruppen als Grundlage der jeweiligen Literaturfunde verwendet werden. Dies gilt sogar für die Literatur innerhalb der einzelnen Länder. Bei den möglichen Fortbildungen/Spezialisierungen werden in der nachfolgenden Tabelle nur jene aufgeführt, welche in der identifizierten und eingeschlossenen Literatur vorkommen, dass bedeutet, dass in der anschließenden Tabelle nicht alle vorhandenen Berufsbezeichnungen dargestellt werden. Somit ergeben sich nicht ausgefüllte Felder. Dies bedeutet nicht automatisch, dass eine entsprechende Berufsbezeichnung für das jeweilige Land nicht existent ist. Generell legt diese Liste keinen Wert auf Vollständigkeit in Bezug auf alle Berufsbezeichnungen, mögliche Qualifizierungen und Tätigkeiten. Die Thematik ist viel umfangreicher und komplexer als hier dargestellt. Die verschiedenen Ausbildungsgänge und Berufsbezeichnungen sind nicht Thema dieser Masterarbeit. Jedoch ist es wichtig für die Ergebnisse des Reviews, die Unterschiede der einzelnen Länder und ihre Vergleichbarkeit mit dem deutschen Pflegeberuf darzustellen. Dies expliziert die Schwierigkeit der Autorinnen die gefundenen Aussagen der Fachliteratur miteinander zu vergleichen und einheitliche evidente Aussagen zu generieren. Die Ausbildungen, Berufsbezeichnungen sowie Tätigkeitsfelder, wie sie international existieren, sind überwiegend nicht miteinander und mit der deutschen Pflegeausbildung vergleichbar. Dies wurde bereits in einem früheren Kapitel (4.1.1) näher erläutert. Ebenfalls war es sehr zeitintensiv und teilweise nicht möglich die einzelnen Berufe vollumfänglich darzustellen, da es keine vergleichenden Übersichtsarbeiten zu dieser Thematik zu geben scheint. Die in der Tabelle dargestellten Fakten wurden alle einzeln und aus verschiedenen Quellen zusammengetragen.

Berufsbezeichnungen im Ländervergleich

UK	USA	Canada	Australien	Deutschland
Healthcare Assistant (HCAs) Ausbildung/ Studium Care Certificate nicht festgelegt, variiert je nach Einsatzgebiet Tätigkeiten Grundpflege Ankleiden Vitalzeichen-kontrolle Bettenmachen Nahrungs-anreichung Gespräche führen	**Certified Nursing Assistant (CNA)** Ausbildung/ Studium 75 Stunden Schulung Tätigkeiten Vitalzeichen-kontrolle Verabreichung verordneter Medikamente Körperpflege durchführen Patientenlagerung Patiententransport		**Assistant in Nursing (AIN)** Tätigkeiten Tätigkeiten des tgl. Lebens Hygiene-maßnahmen Patienten-überwachung (RR, Temperatur)	
State enrolled nurse (SENs) Seit der Implementierung von Project 2000 nicht mehr vorhanden!	**licensed practical nurse (LPN)** Ausbildung /Studium 1 Jahr (Beruf-) Schulung Tätigkeiten Injektionen verabreichen Durchführung von Massagen Vorbereitung von Patienten zur Operation Verbandswechsel Infusionstherapien durchführen	**Registered practical nurse (RPNs)** **Licensed practical nurse (LPNs)** **Licensed vocational nurse (LVN)** Ausbildung/ Studium 2 Jahre Diplom in practical nursing College country programm Tätigkeiten Versorgung weniger aufwändigerer Patienten Pflegen Vitalzeichen-kontrolle Nahrungs-verabreichung Durchführung hygienischer Maßnahmen Patientenlagerung	**Enrolled nurses (ENs)** Ausbildung/ Studium Diploma of Nursing + 24 Monate praktische Erfahrung Tätigkeiten Verabreichung einiger Medikamente teilweise intravenöse Medikamenten-gabe Intramuskuläre + subkutane Medikamenten-gabe	**Gesundheits-und Krankenpflege-assistent (GesKrPflass)** Ausbildung/ Studium 1 Jahr Tätigkeiten Medikamenten-gabe Patienten-überwachung Nahrungs-verabreichung Grundpflege
Registered Nurse (RN) Ausbildung/ Studium Absolvierung nursing programm of education an einer approved educational institution (AEIs)/university Minimum 3 Jahre danach Registrierung durch	**Registered nurse (RN)** Ausbildung/ Studium Associate of Science (A.S.) in Nursing 2-3 Jahre college level Studium or Bachelor of Science (B.S.) in Nursing 4-5 Jahre Studium an einer Universität Danach	**Registered nurse (RN)** Ausbildung/ Studium BScN in nursing 4 Jahre Universitäts-studium Danach Absolvierung des NCLEX (National Council Licensure Examination)	**Registered nurse (RN)** Ausbildung/ Studium BScN in nursing 2-4 Jahre Universitäts-studium danach Erfüllung der Standards der NMBA	**Staatlich examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger (GKP)** Ausbildung/ Studium 3 Jahre An staatlich anerkannten Ausbildungs-instituten

UK	USA	Canada	Australien	Deutschland
nursing & midwifery council (MMC) **Mögliche Spezialisierung:** **Mental Health Nurse**	Absolvierung des NCLEX (National Council Licensure Examination) zur Registrierung Tätigkeiten Erstellen von Pflegediagnosen Koordination und Überwachung der Arbeit von CNA´s und LPN´s teilweise direkte Pflege **Mögliche Spezialisierung:** **Medical surgical nurse** Ausbildung/Studium RN + 2 Jahre Berufspraxis als RN + 2000 Std. Tätigkeit in 3 Jahren in einem medical surgical setting Danach Absolvierung eines Tests an einer speziellen Akademie Tätigkeiten Durchführen von Assessments Verwaltung Behandlung Medikation Dokumentation Lehren Arbeiten in allen pfleg. Bereichen **Certified Emergency Nurse (CEN)** **Ausbildung/ Studium** Nachweis von Fachexpertise im Bereich der Notfallversorgung Absolvierung eines computergesteuerten Examens durch das Board of Certification for Emergency Nursing (BCEN)	**Mögliche Spezialisierung:** **Certified Emergency Nurse (CEN)** **Ausbildung/ Studium** Nachweis von Fachexpertise im Bereich der Notfallversorgung Absolvierung eines computergesteuerten Examens durch das Board of Certification for Emergency Nursing (BCEN)		Tätigkeiten Pflegeanamnese Pflegediagnose Pflegeplanung Pflegemaßnahmen Pflegeevaluation Dokumentation
Advanced Practise nurse (ANP) Ausbildung/Studium postgraduate education in specialized aspect of nursing and RN licensure Master in Advanced Nursing Practise	**Advanced Practise Nurse (ANP)** Ausbildung/Studium postgraduate education in specialized aspect of nursing and RN licensure Master in Advanced Nursing Practise	**Advanced Practise Nurse (ANP)**	**Advanced Practise Nurse (ANP)**	

UK	USA	Canada	Australien	Deutschland
Tätigkeiten Unabhängiges Arbeiten Medikamenten-verschreibung und Therapie-überwachung Planung und Durchführung von Pflege Diagnosestellung				
Nurse practitioner (APRN/NP) Ausbildung/ Studium Ausbildung oberhalb des Bachelor's degree level Tätigkeiten sind denen der Ärzte vergleichbar **Mögliche Spezialisierung** **Emergency nurse practitioner (ENP)** Tätigkeiten Oftmals im präklinischen Setting tätig Arbeiten oftmals ohne Kontakt zum Arzt Diagnostizieren + Behandeln einer Vielzahl von allgemeinen Erkrankungen und Unfallfolgen **Family nurse practitioner (FNP)** Ausbildung/Studium RN + Master of Science in Nursing + weitere Schulungen + Zertifikation in family practise Tätigkeiten Oft tätig in eigenen	**Nurse practitioner (APRN/NP)** Ausbildung/ Studium ANP + graduate level education (Master-) oder Doktor Tätigkeiten Medikamente verschreiben Lehren/Ausbilden Eigenständig, unabhängig vom Arzt (je nach Bundesstaat) **Mögliche Spezialisierung** **Emergency Nurse Practitioner (ENP)** Ausbildung/Studium: Scheint je nach Organisation Universität unterschiedlich Tätigkeiten Interpretation von Röntgenbildern Durchführung von Regionalanästhesie-verfahren Nähen von Wunden Abszess Eröffnungen Diagnostizieren + Behandeln einer Vielzahl von allgemeinen Erkrankungen und Unfallfolgen **Community Helath Nurse CHN)** **Public Health nurse (PHN)** Ausbildung/Studium RN + Berufspraxis + Master in community or public health Tätigkeiten Versorgung von	**Nurse Practitioner (APRN/NP)** Ausbildung/ Studium RN + zusätzliche Ausbildung und Zertifizierung Tätigkeiten Anordnen und Auswertungen von Diagnoseverfahren Verschreibung von Medikamenten	**Nurse Practitioner (APRN/NP)** Ausbildung/ Studium RN + Masterabschluss	

UK	USA	Canada	Australien	Deutschland
Praxen Begleiten Familien durch das Leben Ähnlich einem Hausarzt Medikamenten-verschreibung Diagnostizieren Lehren/Ausbilden	Gemeinde-mitgliedern Arbeiten in Einrichtungen des Gesundheits-dienstes			

Tabelle 9: Berufsbezeichnungen im Ländervergleich
(vgl. Wikipedia o. J. a: o. S.; Wikipedia o. J. b: o. S.; Wikipedia o. J. c: o. S.; everynurse.org. o. J.: o. S.; Academy of Medical-Sugical Nurses (Hrsg.) o. J.: o. S.; American Academy of Emergency Nurse Practitioners (Hrsg.) o. J.: o. S.; Baileff 2015: o. S.; NSW Goverment Health (Hrsg.) o. J.: o. S.)

Bei der Betrachtung der Tabelle wird erneut, wie bereits beim Ausbildungsvergleich in Kapitel 4.4.1., deutlich, wie unterschiedlich und vielschichtig die einzelnen Pflegeausbildungen sind. Deutschland ist hier das einzige Land, in dem die Pflegeausbildung im sekundären Bildungsbereich verortet ist. In den anderen Ländern wird sie im tertiären Bildungsbereich angesiedelt. Auch auffallend ist die Bandbreite der Spezialisierungsmöglichkeiten und Erweiterungsstudiengänge für Pflegende in den Vergleichsländern. Diese Bandbreite bietet das deutsche System nicht. Auch die jeweiligen Tätigkeitsprofile und damit verbundenen Kompetenzen machen einen direkten Vergleich der Berufe sehr schwer. Auch hier scheint Deutschland den Vergleichsländern in Bezug auf die Befugnisse der Pflege unterlegen zu sein. Dies spiegelt sich auch im deutschen EQR- Niveau von vier wieder.

Auch innerhalb dieser Arbeit wirft dieser Punkt Fragen auf. Inwieweit können Aussagen über einzelne Berufsgruppen und deren Zusammenhang mit der Pflege von wohnungslosen Menschen miteinander, aber speziell auch mit den Ergebnissen der Forschung in Deutschland, verglichen und analogisiert werden? Dies gilt auch für die im späteren Verlauf dargelegte eigene qualitative Forschung der Autorinnen.

4.5. Zusammenfassung (gemeinsam)

Ähnlich wie in der systematischen Literaturrecherche der Bachelorthesis der Autorinnen (Salvini-Plawen, Thomauske 2014), konnten für den internationalen wie auch nationalen Bereich viele Daten zur generellen Situation der Wohnungslosen (Erkrankungen, Zahlen, Gründe für Wohnungslosigkeit etc.) ermittelt werden. National wie international zeigt sich die Definitionsproblematik. Es existieren zahlreiche Definitionsversuche für diese Bevölkerungsgruppe, jedoch keine global umfassende (Kapitel 4.1.1.). Je nach Einschlussland divergiert die Gruppe der Wohnungslosen. So haben z. B. die USA einen hohen Anteil an wohnungslosen Veteranen und Familien (Kapitel. 4.1.2.). Trotz der geographischen sowie kulturellen Unterschiede der Vergleichsländer, leiden wohnungslose Menschen in diesen Ländern überwiegend an identischen Erkrankungen. Vereinzelt konnten Besonderheiten einzelner Länder aufgezeigt werden, u. a. TBC-Erkrankungen (Kapitel 4.1.3). Zusätzlich wurden viele Literaturtreffer gefunden, die die Sicht der wohnungslosen Menschen selber schildern. Diese wurden aufgrund der Intention der Masterarbeit ausgeschlossen, genauso wie Treffer, den niederschwelligen Versorgungssektor betreffend (s. Addendum). In der S. C. zeigt sich der Umgang professionell Pflegender mit wohnungslosen Patienten im stationären Umfeld als wenig beforscht. Es existieren Hinweise auf Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, Handlungsempfehlungen für Pflegende, aber es konnten lediglich zwei Studien (graue Literatur) identifiziert werden, welche sich ausschließlich mit der pflegerischen Perspektive beschäftigen. Die Arbeit Stehlings (Stehling 2006) legt einen Schwerpunkt auf pflegerische Handlungen und deren Begründung. In der Dissertation Crowes (Crowe 2012) geht es um die Einstellungen und Einstellungsentwicklung professionell Pflegender innerhalb der Berufspraxis wohnungslosen Patienten gegenüber (Kapitel 4.1.2 und 4.3.). Nur wenige Daten konnten zur Thematik der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege für diesen speziellen Bereich generiert werden. Auffällig ist, dass die Ausbildungsinhalte international im Vergleich zu Deutschland eher den praktischen Ausbildungsbereich betreffen. Hier lassen sich zahlreiche, wenn auch im Vergleich zum Umfang der Datenrecherche wenige Treffer, zu Praxiseinsätzen in niederschwelligen Einrichtungen identifizieren (Kapitel 4.4.).

Die innerhalb des Reviews systematisch ermittelte Literatur spiegelt den aktuellen Wissensstand der S. C. und gilt als Grundlage für den im Folgenden dargestellten zweiten Teil der dyadisch konzipierten Masterthesis.

5. Entwicklung der Forschungsfrage (gemeinsam)

Im Anschluss an die Darstellung der Review Ergebnisse schließt sich in den folgenden Kapiteln die qualitative Untersuchung als zweiter Teil der dyadischen Masterthesis an.
Die im Vorfeld konstruierten und im Forschungshintergrund (Kapitel 1.) dargelegten heuristischen Hypothesen haben auch nach der Sichtung der Ergebnisse der S. C. weiterhin Bestand. Aufgrund dieser sowie der Review Ergebnisse können drei Forschungsfragen für die qualitative Untersuchung ermittelt werden:

- Welche Einstellungen haben professionell Pflegende gegenüber wohnungslosen Menschen?
- Wie beschreiben professionell Pflegende ihren eigenen berufspraktischen Umgang mit wohnungslosen Patienten?
- Wie beurteilen professionell Pflegende ihre Ausbildung hinsichtlich der berufspraktischen Versorgung wohnungsloser Patienten im stationären Kontext?

Diese gilt es nun methodengestützt und mit Hilfe von Expertenmeinungen zu beantworten.
Zur Auswahl der dem Gegenstand angemessener Methoden, wird eine systematische Literaturrecherche im hochschuleigenen Bibliothekskatalog durchgeführt (Kapitel 6.).

6. Review der empirischen Methoden

Den zweiten Teil dieser dyadischen Masterarbeit soll eine qualitative Untersuchung mittels Experteninterviews bilden. Im Sinne des Review Protokolls der Cochrane Collaboration muss die hierfür verwendete Literatur ebenfalls durch eine systematische Literaturrecherche ermittelt und kann anhand des PRISMA Standard (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) ausgewiesen werden (vgl. Das Deutsche Cochrane Zentrum (Hrsg.) o. J. b: o. S.).

6.1. Datenbanken (Salvini-Plawen)

Die Datenbankrecherche zu den empirischen Methoden, nach deren Vorgaben diese Masterarbeit erstellt wird, erfolgte ausschließlich im Online Bibliothekskatalog der katholischen Hochschule (Web-OPAC) (Katholische Hochschule Köln (Hrsg.) o. J.: o. S.). Eine ausführliche Beschreibung dieser Datenbank findet sich in Kapitel 3.1.1. Die Entscheidung für dieses Recherchevorgehen resultiert aus der Tatsache, dass diese Qualifikationsarbeit an der Katholischen Hochschule Köln erstellt wird. Im Rahmen des Bachelorstudienganges (Pflegewissenschaft mit pädagogischem Schwerpunkt) sowie Masterstudienganges (Lehrer_in für Pflege und Gesundheit) wurde diese Datenbank bereits zur Erstellung von Referaten etc. unter Einbeziehung empirischer Methoden genutzt. Ein weiterer Entscheidungspunkt stellt die einfache Erreichbarkeit und Zugänglichkeit dieser Datenbank dar. Ihr Wissensbestand umfängt die gängigen methodischen Werke, welche auch für diese Arbeit in Betracht gezogen werden.

6.2. Suchbegriffe (Salvini-Plawen)

Nach den ersten Vorüberlegungen und Besprechung bezüglich dieser Arbeit wurden fünf Suchbegriffe zur Ermittlung relevanter Literatur, unter der methodologischen Perspektive eines qualitativen Paradigmas, zur Identifizierung geeigneter Literatur verwendet.

Suchbegriffe:

- Methoden
- Interview
- Qualitative Forschung
- Qualitative Inhaltsanalyse
- Auswertung

Diese Suchbegriffe werden nach ihrer Identifizierung innerhalb der Expertensuche des Web-OPAC unter Verwendung von Schlagworten mittels Boolescher Operatoren miteinander kombiniert.

Suchkombinationen:

- Auswertung AND Interview
- Interview AND qualitative Forschung
- Qualitative Forschung AND Auswertung
- Qualitative Inhaltsanalyse
- Qualitative Inhaltsanalyse AND Interview
- Experteninterview
- Qualitative Sozialforschung AND Methoden

6.3. Limits (Salvini-Plawen)

Ein Limit dieser Literaturrecherche stellt die Verfügbarkeit der identifizierten Literatur dar. Hierbei wird die Möglichkeit der Fernleihe über die Katholische Hochschule einbezogen und wenn nötig auch genutzt. Gesucht wird nach methodologischen Werken, welche nicht älter als zehn Jahre sind, um den aktuellen Stand der Forschung auf diesem Gebiet zu berücksichtigen. Bei der identifizierten und einbezogenen Literatur wird jeweils die aktuellste Auflage gesucht. Ist diese nicht über die Katholische Hochschule verfügbar, wird diese privat angeschafft. Dies traf auf zwei Werke zu (Mayring 2015, Gläser, Laudel 2010).

6.4. Darstellung der Treffer (Salvini-Plawen)

Im Folgenden werden die Ergebnistreffer der jeweiligen Suchkombinationen in tabellarischer Form mit den jeweiligen Besonderheiten der Suchen dargestellt. Die detaillierte Trefferliste mit den jeweiligen Ein- bzw. Ausschlussbegründungen kann im Addendum zu dieser Masterarbeit eingesehen werden. Um die Menge an aufgetretenen Dopplungen zu verdeutlichen wird an dieser Stelle von der tabellarischen Darstellung, wie sie im ersten Teil des Reviews vorliegt, geringfügig abgewichen.

Auswertung AND Interview	
Gesamtmenge	6
Einschluss	1
Ausschluss	5
Dopplungen	Gläser und Laudel: 3 x
Besonderheiten	Bei den Dopplungen handelt es sich um ein Werk mit verschiedenen Auflagen. Die neueste Auflage dieses Buches (Gläser und Laudel) wird verwendet.

Tabelle 10: Methodenrecherche Suche 1

Interview AND qualitative Forschung	
Gesamtmenge	5
Einschluss	0
Ausschluss	5
Dopplungen	Reinders: 2 x
Besonderheiten	Auch hier sind die Dopplungen verschiedene Auflagen.

Tabelle 11: Methodenrecherche Suche 2

Qualitative Forschung AND Auswertung	
Gesamtmenge	1
Einschluss	0
Ausschluss	1
Dopplungen	/
Besonderheiten	Dieses Werk wurde bereits bei der Suche davor ermittelt, aber aufgrund des Erscheinungsjahres (1992) ausgeschlossen.

Tabelle 12: Methodenrecherche Suche 3

Qualitative Inhaltsanalyse	
Gesamtmenge	19
Einschluss	2
Ausschluss	17
Dopplungen	Gläser und Laudel: 3 x Kuckartz: 2 x Mayring: 11x
Besonderheiten	Auch hier sind die Dopplungen den verschieden Auflagen der Werke geschuldet. Die neueste Auflage eines Buches (Gläser und Laudel) wird verwendet.

Tabelle 13: Methodenrecherche Suche 4

Qualitative Inhaltsanalyse AND Interview	
Gesamtmenge	3
Einschluss	0
Ausschluss	3
Dopplungen	Gläser und Laudel: 3 x
Besonderheiten	Alle 3 Treffer sind ein identisches Werk mit verschiedenen Auflagen. Die neueste Auflage dieses Buches (Gläser und Laudel) wird verwendet.

Tabelle 14: Methodenrecherche Suche 5

Experteninterview	
Gesamtmenge	22
Einschluss	1
Ausschluss	21
Dopplungen	Gläser und Laudel: 3 x
Besonderheiten	Alle 3 Treffer sind ein identisches Werk mit verschiedenen Auflagen. Die neueste Auflage dieses Buches (Gläser und Laudel) wird verwendet. In den Treffern befinden sich 5 Werke, die sich nicht auf die Methodik des Experteninterviews beziehen. Es sind Werke mit Experteninterviews als Inhalt.

Tabelle 15: Methodenrecherche Suche 6

Qualitative Sozialforschung AND Methoden	
Gesamtmenge	2
Einschluss	0
Ausschluss	2
Dopplungen	/
Besonderheiten	Einer der beiden Treffer wurde bereits zuvor gefunden und ausgeschlossen.

Tabelle 16: Methodenrecherche Suche 7

Betrachtet man die Ergebnisse dieses Reviews zu den empirischen Methoden, so zeigt sich, dass zwar eine gewisse Menge an Treffern im Bibliothekskatalog der Katholischen Hochschule Köln ermittelt werden konnten. Bei einer genaueren Betrachtung zeigt sich eine sehr hohe Menge an Dopplungen. Diese beruht auf dem Vorhandensein von diversen älteren Auflagen der jeweiligen Autoren. Es werden zur Bearbeitung allerdings nur die jeweils neuesten Auflagen verwendet (siehe Limits). Für die Erstellung dieser Masterarbeit wurden verschiedene Treffer gesichtet und miteinander verglichen. Als methodologische Grundlage zur Erstellung werden überwiegend die Aussagen von Jochen Gläser und Grit Laudel (Gläser, Laudel 2010) in ihrem Werk „Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen“ dienen. Diese Monographie wird wegen ihrer Verständlichkeit sowie der guten Anwendbarkeit auf die Qualifikationsarbeit und ihr Ziel verwendet. Es handelt sich zusätzlich um eines der Standardwerke, welches im vorangegangenen Studienprozess Anwendung gefunden hat. Innerhalb eines Kolloquiums zu dieser Masterarbeit kann mit Hilfe der betreuenden Professorin zusätzlich ein Artikel gesichtet und eingeschlossen werden, welcher sich mit der Methodik und Durchführung von Pretests beschäftigt. In diesem werden die Autoren Prüfer & Rexroth zitiert (vgl. Porst 1998: 34-40). Deren Ausführungen werden später die Grundlage für den Pretest der angeschlossenen qualitativen Forschung bilden.
Das genaue methodische Vorgehen und die angewandten empirischen Methoden werden im späteren Verlauf unter dem Gliederungspunkt 7. Qualitative Untersuchung näher dargestellt.

6.4.1. Graphische Darstellung der Treffer (gemeinsam)

Zur Verdeutlichung der durchgeführten Suchen werden diese in einem übersichtlichen Säulendiagramm dargestellt. Die einzelnen Suchen sind deutlich ersichtlich in den oben aufgeführten Suchtabellen der Methodenrecherche. Diese geben auf einen Blick Auskunft über die Trefferzahl, die getätigten Ein- bzw. Ausschlüsse und zusätzlich über die vorliegenden Dopplungen und Besonderheiten. Auf eine weitere graphische Darstellung, wie sie im Rahmen der (inter)nationalen Recherche (Kapitel 3.1.4.) getätigt wurde, wird aus den eben diesen Gründen verzichtet.

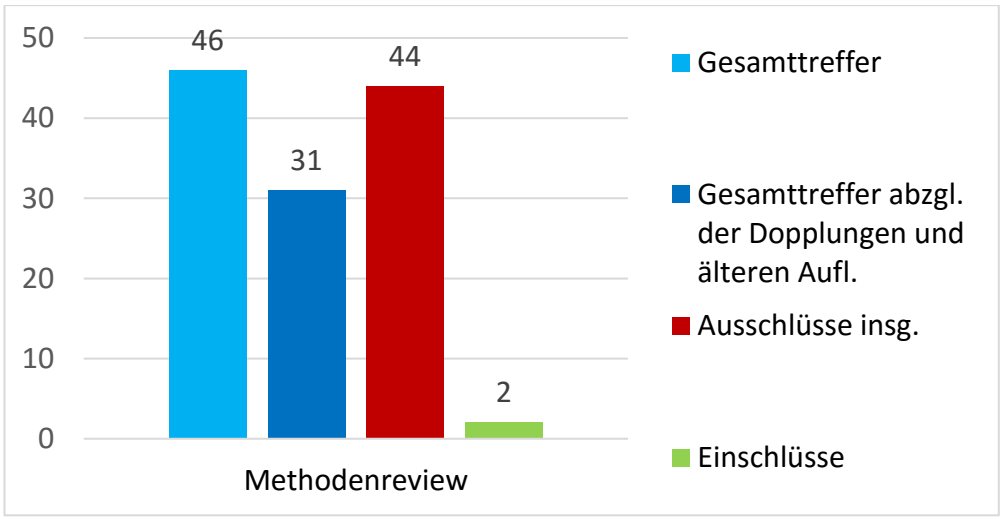


Abbildung 15: Graphische Darstellung der Treffer des Methodenreviews (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

7. Qualitative Untersuchung

Nachdem im vorangegangenen Kapitel das Review zur Methodenauswahl für diese pflegewissenschaftliche Arbeit unter Nutzung von sozialwissenschaftlicher Methoden dargestellt wurde, soll in diesem Kapitel nun das auf dieser Literatur basierende Untersuchungsdesign der qualitativen Untersuchung dargestellt werden. Die Grundlage soll hier die Literatur von Gläser und Laudel (Gläser, Laudel 2010) sowie Literatur von Mayring (Mayring 2002, 2015) sein. Beide Autoren wurden einerseits anhand der Literaturrecherche ermittelt und sind andererseits auch während des gesamten Studienverlaufs als Standardliteratur verwendet worden. Ein dritter Punkt zur Wahl dieser beiden Autoren ist, dass Gläser und Laudel ihre Methodik auf der von Mayring aufbauen, diese allerdings erweitern bzw. verändern. Das Werk Mayrings (Mayring 2002) „Einführung in die qualitative Sozialforschung“ wurde nicht in der systematischen Literaturrecherche ermittelt. Es wird aber aufgrund eines Hinweises des Autors (Mayring 2015: 125) selber in dem eingeschlossenen Methodenwerk „Qualitative Inhaltsanalyse“ mit in die verwendete Literatur aufgenommen. Gütekriterien qualitativer Forschung werden grundlegend einbezogen.

7.1. Untersuchungsdesign (Salvini-Plawen)

Um zu erforschen, wie professionell Pflegende im Krankenhaus mit der Gruppe der wohnungslosen Patienten verfahren, erachten es die Autorinnen für sinnvoll, sich mit ihrer pflegewissenschaftlichen Untersuchung auf der methodischen Ebene der qualitativen sozialwissenschaftlichen Forschung zu bewegen. Denn wie auch in der Sozialwissenschaft soll es bei dieser Arbeit um den Umgang von Menschen miteinander, in diesem Falle den der professionell Pflegenden mit wohnungslosen Menschen, gehen. Die Methodik der sozialwissenschaftlichen Forschung wird durch die Autoren Gläser und Laudel hinreichend beschrieben und ihre Durchführung für unerfahrene Forscher, wie die Autorinnen dieser Masterarbeit, verständlich und „kleinschrittig“ dargestellt. Gläser und Laudel zitieren zu dieser Art der Forschung Weber: „Soziologie … soll heißen: eine Wissenschaft, die soziales Handeln deutend verstehen und dadurch in seinem Ablauf und in seinen Wirkungen ursächlich erklären will.“ (Weber 1976: 1 zit. n. Gläser, Laudel 2010: 24). Gläser und Laudel führen hierzu weiter aus:

> „- der Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung: soziales Handeln,
> - das Ziel der Forschung: Handeln in seinem Ablauf und in seinen Wirkungen ursächlich zu erklären und
> - die besondere, gegenstandsadäquate Vorgehensweise: Handeln deutend zu verstehen."
>
> (Gläser, Laudel 2010: 24)

Die qualitative empirische Untersuchung soll sich zudem auf Experteninterviews (Kapitel 7.2.1.) stützen und diese anhand der durch Gläser und Laudel beschriebenen qualitativen Inhaltsanalyse bewerten. Das angestrebte Vorgehen ist ein induktives und somit qualitatives, da nicht von bestehenden Theorien ausgegangen wird und diese deduktiv evaluiert werden, sondern aufgrund des durch die Forschung erhaltenen Wissens neue theoretische Erkenntnisse zur Beantwortung der beschriebenen Forschungsfragen generiert werden (vgl. Gläser, Laudel 2010: 26 f.). Damit dies gelingt, werden Einzelfälle genau untersucht. „Die Suche nach Kausalmechanismen beruht auf der detaillierten Analyse eines oder weniger Fälle." (ebd.: 26). Für dieses Vorgehen bieten sich Interviews mit Experten an. Die für diese Masterarbeit durchgeführte qualitative Untersuchung verfolgt zudem einerseits die methodologische Perspektive des qualitativen Paradigmas, berücksichtigt andererseits aber auch allgemeine Prinzipien dieses Forschungs- und Denkstils. Es werden beispielsweise Gütekriterien, wie sie Mayring (Mayring 2002: 144-148) für qualitative Forschungen ausführt, beachtet.

7.1.1. Ziele der qualitativen Untersuchung (Salvini-Plawen)

Wie in Kapitel 5. dargelegt, sollen soziale Sachverhalte (Einstellungen/Haltungen, berufspraktischer Umgang, Ausbildung) professionell Pflegender wohnungslosen Patienten gegenüber wiedergegeben und im Folgenden interpretiert werden. Durch das Mitteilen von Handlungen, Eindrücken, Erlebnissen und Empfindungen können die beschriebenen sozialen Sachverhalte rekonstruiert und im späteren analysiert und interpretiert werden. Gläser und Laudel bezeichnen diese Art von Untersuchung (Experteninterviews) als rekonstruierende Untersuchungen: „Es handelt sich um Untersuchungen, *in denen soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen*, um eine sozialwissenschaftliche Erklärung zu finden." (ebd.: 13).

Das Ziel der qualitativen Untersuchung liegt in eben diesen Aspekten. Die Forschungsfragen sollen mit Hilfe des gewählten Designs beantwortet werden, mit dem weiterführenden Ziel, dass soziale Sachverhalte verstanden werden. Nur wenn dies gelingt, können weiterführende adäquate Veränderungen oder

Entwicklungen vorgenommen werden, weil das Erschließen dieser Sachverhalte grundlegend dafür ist.
Im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel wurde zur Beantwortung der Forschungsfragen ein grundlegender Kausalmechanismus, beruhend auf den heuristischen Hypothesen und den im Review generierten Erkenntnissen der S. C., vermutet (Kapitel 7.3.1.).

7.1.2. Methodologische Perspektive (Salvini-Plawen)

Diese Forschungsarbeit folgt nach der vorangegangenen Beschreibung des Forschungsparadigmas, den von Gläser und Laudel beschriebenen allgemeinen Prinzipien, damit „[…] das produzierte Wissen auch zum gemeinsamen Wissenskorpus passt und sich die anderen Wissenschaftler auf die Ergebnisse verlassen können." (ebd. 29). Es ist unabdingbar, für die Forschungsgemeinschaft verlässliche sowie intersubjektiv nachvollziehbare Vorgehensweisen und Entscheidungen zu treffen und diese ebenso wie die generierten Ergebnisse zu veröffentlichen.
Die Forscher benennen vier methodologische Prinzipien:

- Offenheit
- Theoriegeleitetes Vorgehen
- Regelgeleitetes Vorgehen
- Prinzip vom Verstehen als Basishandlung sozialwissenschaftlicher Forschung

(vgl. ebd.: 30-33).

Diese grundlegenden Prinzipien werden im Folgenden mit ihrem Bezug zur durchgeführten qualitativen Untersuchung dargestellt.

Prinzip der Offenheit

Dieses Prinzip fordert von den Forschern „[…] dass der empirische Forschungsprozess offen sein muss für unerwartete Informationen." (ebd.: 30).
Dies bedeutet für die Untersuchung, dass die ihr zugrundeliegende Methodik so gewählt werden muss, dass sie der Komplexität des Gegenstandes gerecht wird. Es wird aber auch gefordert, die Forschung nicht durch Vorüberlegungen zu beeinflussen. So soll ausschließlich das empirisch ermittelte Material die Forschung strukturieren (vgl. ebd.: 30 f.). Dieser Forderung kann generell in fast keiner, so auch nicht in dieser, Forschung entsprochen werden (vgl. ebd.). Die

Forscherinnen besitzen durch die vorangegangene Bachelorarbeit und das Review zum Thema mannigfaltige Vorinformationen. Dieser Tatsache sind sie sich bewusst und versuchen das Prinzip dennoch durch die gewählten Methoden in Abstimmung mit dem Untersuchungsziel zu realisieren.

Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens

Hier wird „[…] die Notwendigkeit [beschrieben, d. Verf.], an vorhandenes theoretisches Wissen über den Untersuchungsgegenstand anzuschließen, da nur so auch zu diesem Wissen beigetragen werden kann." (Hopf, 1995; Meinefeld 1997; Mayring 2007 zit. n. Gläser, Laudel 2010: 31). Nach Aussage Mayrings (Mayring 2015) bedeutet dieses Prinzip, „[…] das der Stand der Forschung zum Gegenstand und vergleichbaren Gegenstandsbereichen systematisch bei allen Verfahrensentscheidungen herangezogen wird." (ebd.: 53).

Diesem Prinzip wird innerhalb dieser Qualifikationsarbeit durch das vorangegangene Review zum Untersuchungsgegenstand und den heuristischen Hypothesen Rechnung getragen. Dabei konnte nur wenig theoriegeneriertes Wissen identifiziert werden. Gläser und Laudel zitieren Meinefeld, in dessen Sinne es wichtig ist, das eigene Vorverständnis „[…] zu explizieren und fixieren, um es auf diese Weise systematisch in die Untersuchung einbeziehen zu können." (Meinefeld 1997 zit. n. Gläser, Laudel 2010: 31). Dadurch wird es möglich, ein theoriegeleitetes Vorgehen unter Berücksichtigung des bestehenden Wissensbestandes beizubehalten. Das eigene Vorverständnis wird hier durch die Ergebnisse der vorangegangenen Bachelorarbeit (Salvini-Plawen, Thomauske 2014) sowie die Benennung der heuristischen Hypothesen dargestellt.

Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens

Dieses Prinzip „[…] fordert, dass die Wissensproduktion expliziten (intersubjektiv kommunizierbaren) Regeln folgen muss." (Gläser, Laudel 2010: 32).

Dies gibt vor, alle Entscheidungen sowie die Vorgehensweise beginnend mit der Forschungsfrage bis hin zur Ergebnisdarstellung transparent und nachvollziehbar sowie so exakt wie möglich zu beschreiben. Es gilt die befolgten „Regeln" darzustellen. Dadurch wird es möglich, eine öffentliche Diskussion über die Ergebnisse zu führen. Die Wissenschaft wird befähigt die Forschung auf ihre Angemessenheit der Vorgehensweise und die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse hin zu bewerten (vgl. ebd.: 32). Die genaue Vorgehensweise

innerhalb dieser Untersuchung soll diesem Prinzip folgend so exakt wie möglich beschrieben werden.

Prinzip vom Verstehen als Basishandlung sozialwissenschaftlicher Forschung

Nach Gläser und Laudel ist das Verstehen „[…] eine für jeden sozialwissenschaftlichen Forschungsprozess konstitutive Leistung des Forschers." (ebd.: 33).

Das bedeutet, dass das Verstehen und das Interpretieren durch den Forscher ein „unverzichtbares Mittel" im Forschungsprozess darstellt (vgl. ebd.: 33). Durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel soll dieser Prozess innerhalb dieser Untersuchung regelgeleitet stattfinden.

7.1.3. Gütekriterien (Salvini-Plawen)

Neben den eben beschriebenen allgemeingültigen Forschungsprinzipien soll Forschung sich auch durch Gütekriterien bewerten lassen. Dies gilt für quantitative ebenso wie für qualitative Forschungen. Innerhalb dieser Qualifikationsarbeit werden die Gütekriterien, wie sie von Mayring (Mayring 2002) für qualitative Forschungen aufgestellt wurden, berücksichtigt.

Sie lauten:

- Verfahrensdokumentation
- Argumentative Interpretationsabsicherung
- Regelgeleitetheit
- Nähe zum Gegenstand
- Kommunikative Validierung
- Triangulation

(vgl. ebd: 144-148)

Ebenso wie die allgemeingültigen Forschungsprinzipien werden die Gütekriterien im Folgenden mit ihrer Bedeutung sowie der Entsprechung innerhalb der vorliegenden Untersuchung dargelegt.

Verfahrensdokumentation

Für eine wissenschaftliche Bewertung der Forschungsergebnisse ist es unabdingbar das Untersuchungsverfahren, mit dessen Hilfe die Erkenntnisse gewonnen werden, auszuweisen. Mayrings Meinung nach gilt dies besonders für

qualitative Forschungen. Für diese Art der Studien wird das Vorgehen speziell auf den Untersuchungsgegenstand zugeschnitten (vgl. ebd. 144 f.).
Innerhalb dieser Untersuchung wird dieser Forderung entsprochen, indem die heuristischen Hypothesen sowie das Vorverständnis der Autorinnen dargelegt werden. Das Analyseinstrumentarium sowie die Durchführung der Untersuchung und Auswertung werden in den folgenden Kapiteln offengelegt und beschrieben.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Dem interpretativen Paradigma folgend stellt jede gewonnene Erkenntnis im Forschungsverlauf eine Interpretation durch den jeweiligen Forscher dar (vgl. Matthes 1973: 202 zit. n. Mayring 2002: 145). Da die gewonnenen Interpretationen aber subjektiv und somit nicht ohne Explikation und Beschreibung für jedermann nachvollziehbar sind, müssen sie nach Mayring theoriegeleitet ermittelt und argumentativ begründet werden. Alternative Deutungen müssen zugelassen, und Wiedersprüche offengelegt werden (vgl. Mayring 2002 145).
Innerhalb dieser Untersuchung werten zwei Forscherinnen das gewonnene Material aus. Somit findet bereits im Forschungsprozess eine Interpretationsüberprüfung statt. Die Dokumentation des Interpretationsprozesses unterstützt dieses Gütekriterium zusätzlich.

Regelgeleitetheit

Neben der geforderten Offenheit der qualitativen Forschung muss auch sie sich, trotz aller geforderten Offenheit, an Verfahrensregeln halten und eine systematische Bearbeitung und Analyse des Datenmaterials gewährleisten. Durch eine schrittweise Auswertung der Daten wird diese Forderung nach Mayring erfüllt und somit die Qualität der Forschung gewährleistet (vgl. ebd.: 145 f.).
Die Forschung dieser Masterarbeit wird anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse in den Schritten, wie sie von Gläser und Laudel (Gläser, Laudel 2010) beschreiben, ausgewertet.

Nähe zum Gegenstand

Die Nähe zum Gegenstand kann in einer qualitativen Sozialforschung dadurch hergestellt werden, dass die Forscher sich in die Lebenswirklichkeit der zu „Beforschten“ begeben. Angestrebt wird eine möglichst natürliche Untersuchungssituation. Als Ziel formuliert Mayring eine

Interessensübereinstimmung mit den zu Untersuchenden anzustreben und diese als „Partner“ anzusehen (vgl. Mayring 2002: 146).
Es werden für diese Forschung Experten in einer von ihnen gewählten Umgebung befragt. Sie sind alle noch in der Versorgung der wohnungslosen Patienten aktiv beteiligt. Dadurch ergibt sich die angestrebte Nähe.

Kommunikative Validierung

Im Anschluss an die Auswertung durch die Forscher soll in einem Gespräch mit den Interviewpartnern eruiert werden, ob die ermittelten Ergebnisse der Forscher auch den Aussagen, wie die Befragten sie gemeint haben, entsprechen. Dies schreibt den Befragten einerseits Kompetenz zu und bindet sie in den Forschungsprozess ein, andererseits kann dadurch eine Ergebnisüberprüfung stattfinden (vgl. ebd.: 147).
Innerhalb dieser Untersuchung findet aufgrund des zeitlichen Rahmens der Masterarbeit und des mangelnden Interesses der Teilnehmer keine solche Validierung statt.

Triangulation

Im Sinne einer Triangulation werden für eine Fragestellung verschiedene Lösungswege angestrebt. Mayring bedient sich Denzins Aussage, dass es sich hierbei um verschiedene Methoden, Theorien, Forscher oder Datenquellen handeln kann (vgl. Denzin 1978: 295-304 zit. n. Mayring 2002: 147 f.). Angestrebt wird dadurch das Nutzen der verschiedenen Lösungswege in Hinblick auf ihre jeweiligen Stärken, um zu evidenten Ergebnissen zu gelangen (vgl. Mayring 2002: 147 f.).
Eine Triangulation findet innerhalb der hier beschriebenen Untersuchung statt, indem zwei Forscherinnen an der Forschung beteiligt sind und im Vorfeld der Forschung ein Review zur Thematik durchgeführt wurde, um möglichst viele Informationen zu erlangen.

7.2. Forschungsdurchführung (Thomauske)

Das theoretische Grundkonstrukt und die Vorgehensweise der Durchführung der qualitativen Untersuchung werden im Folgenden ausführlich beschrieben. Dies dient der Nachvollziehbarkeit und Transparenz und folgt dem methodologischen Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens (vgl. Gläser, Laudel 2010: 31 f.).
Da im späteren Verlauf eine qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (Gläser, Laudel 2010) geplant ist, wird sich durchgehend an dem Fachbuch der beiden Autoren orientiert. Wie sich im methodischen Review gezeigt hat, entspricht dieses Vorgehen dem Ziel der vorliegenden Masterarbeit.

7.2.1. Das Experteninterview als Forschungsmethode (Thomauske)

Experteninterviews gehören zu den nichtstandardisierten Interviews, da sie keinen festen Vorgaben unterliegen. Dadurch und durch das damit einhergehende methodologische Prinzip der Offenheit wird das qualitative Forschungsparadigma in die Realität umgesetzt. Indem es keine festen Vorgaben und kein standardisiertes Vorgehen im Rahmen der Interviews mit den Experten gibt, bleibt der Forschungsprozess offen und jede Art von Information kann mitgeteilt werden, um den sozialen Sachverhalt bzw. den Kausalmechanismus realistisch erfassen zu können (vgl. ebd.: 30, 41). Gläser und Laudel teilen ebendiese Experteninterviews weiter ein und unterscheiden zwischen Leitfadeninterviews, offenen Interviews und narrativen Interviews (vgl. ebd.: 42). Für die vorliegende Qualifikationsarbeit wählen die Autorinnen das Experteninterview als Leitfadeninterview[2] aus. Ein solcher Leitfaden ermöglicht den unerfahrenen Forscherinnen ein gezieltes und sicherheitsgebendes Vorgehen, indem es eine Übersicht, eine Gedächtnisstütze und ein Hilfsmittel durch den Leitfaden beinhaltet und gleichzeitig ein flexibles, an den Bedürfnissen der Interviewpartner orientiertes Vorgehen ermöglicht. Zudem gibt es keine Einschränkung durch den Leitfaden und spontan auftretende Fragen im Sinne der Forschungsintention können jederzeit ergänzt werden (vgl. ebd.: 42). Diese Vorgehensweise entspricht der Empfehlung Gläser und Laudels: „Unter den nichtstandardisierten Interviews ist das Leitfadeninterview aus verschiedenen Gründen vorzuziehen. Da es um die Rekonstruktion von sozialen Sachverhalten geht, ist es zweckmäßig, über eine Fragenliste sicherzustellen, dass der

[2] Im nächsten Kapitel (Kapitel 7.2.2.) wird die Leitfadenkonstruktion detailliert beschrieben.

Gesprächspartner zu allen wichtigen Aspekten Informationen gibt.“ (ebd.: 43). Die Gesprächspartner kennzeichnen sich dadurch als Experten aus, dass nur sie das Wissen zu ihren Einstellungen/Haltungen, zu ihrem berufspraktischen Umgang und zu ihrer Ausbildung haben.
Im Rahmen der Masterarbeit sollen mehrere heuristische Hypothesen und drei Forschungsfragen überprüft werden. Das bedeutet, dass im Rahmen der Experteninterviews ein umfängliches Wissen und mehrere Themenschwerpunkte erfragt werden sollen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es laut Gläser und Laudel sinnvoll, einen Leitfaden als Interviewgrundlage einzusetzen (vgl. ebd.: 111).

7.2.2. Konstruktion des Interviewleitfadens (Thomauske)

Gläser und Laudel zufolge gibt es keine einheitlichen Regeln zur Konstruktion eines Interviewleitfadens. Umso bedeutender ist es laut den Autoren, die einzelnen Schritte der Erstellung darzulegen, um den Prozess und die Konzeption für die Fachwelt nachvollziehbar zu machen (vgl. ebd.: 115). Wie im vorangegangenen Kapitel bereits angedeutet, stellt der Leitfaden keinen Standard dar und ist auch nicht verpflichtend. Er dient als Hilfsmittel, damit alle Aspekte des zu beforschenden sozialen Sachverhaltes im Interviewgeschehen erfragt werden. Er ist eine Unterstützung für die Forscher und kann flexibel gehandhabt werden, solange während der Gesamtdauer des Interviews die Gesamtzahl der im Leitfaden enthaltenen Aspekte, die sich aus den theoretischen Vorüberlegungen, heuristischen Hypothesen und der/den Forschungsfrage/n zusammensetzen, abgefragt werden (vgl. ebd.: 143).
Das Führen qualitativer Interviews stellt für die Forscherinnen aufgrund fehlender (praktischer) Vorerfahrung Neuland dar, so dass dem Interviewleitfaden eine besondere Bedeutung zukommt. Aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit von Interviewpartnern, wie in Kapitel 7.2.4. erläutert, bieten sich keine realistischen Übungsmöglichkeiten, so dass jedes Interview in den Forschungsprozess einbezogen wird und möglichst, trotz der Unerfahrenheit der Forscherinnen, Informationen zu den Forschungsfragen liefern soll. Obwohl es keine festgeschriebenen Regeln zur Leitfadenkonzeption gibt, tätigen Gläser und Laudel einige allgemeine Empfehlungen (vgl. ebd.: 144): So sollte zu Beginn des Kontaktes mit dem Interviewpartner, mittels eines unverfänglichen Gespräches, eine entspannte Atmosphäre hergestellt werden. Natürlich muss der Interviewpartner erneut in die Befragung einwilligen und über die Intention der Forschung aufgeklärt werden (Kapitel 7.2.6. und 7.2.8.). Notizen bzw.

Erinnerungen für die Interviewer können sinnvoll zu Beginn des Leitfadens aufgeführt werden, damit nichts vergessen wird. Die Anzahl der Fragen richtet sich nach der Komplexität des zu beforschenden Inhaltes. Gläser und Laudel zufolge können acht bis 15 Fragen innerhalb von einer Stunde gestellt werden (vgl. ebd.: 144). Hier wird allerdings keine Aussage dazu getroffen, ob damit nur Fragenschwerpunkte gemeint sind, oder in dieser numerischen Empfehlung bereits Unterfragen oder konkretes Nachfragen enthalten ist. Ein weiterer Vorteil des leitfadengestützten Interviews liegt darin, dass die Fragen in schwierigen Interviewsituation Halt und Orientierung bieten und den Forscher daran erinnern, den Fokus des Interviews im Blick zu halten (vgl. ebd.: 144). Aufgrund dieser Empfehlung und dem Sammeln vieler Informationen über die Erstellung eines Interviewleitfadens für ein Experteninterview sind die Forscherinnen wie folgt vorgegangen.

Zunächst wurde das Gesamtwissen, dass durch die systematische Recherche in der S. C. ermittelt wurde, vergegenwärtigt (s. Review Teil dieser Arbeit). Darauf aufbauend wurden die heuristischen Hypothesen erneut überprüft und festgestellt, dass diese fortbestehen. Anschließend wurden die drei Forschungsfragen entwickelt (Kapitel 5.). Diese müssen sich nun innerhalb des Interviewleitfadens wiederfinden, da das Wissen der Experten benötigt wird, um die Forschungsfragen beantworten zu können. Um im Interview sicher aufzutreten und nichts zu vergessen, werden zunächst einige stichpunktartige Notizen (z. B. der Hinweis auf das Anbieten von Getränken) festgehalten und der nur durch die Forscherinnen nachvollziehbare Interviewcode notiert, an den ein vorgefertigtes Feld erinnert. Entsprechend der drei Forschungsfragen erscheint es sinnvoll, drei Themenschwerpunkte im Interviewleitfaden abzubilden. Im Rahmen dieser qualitativen Untersuchungen geht es als erstes um die Einstellungen/Haltungen der professionell Pflegenden. Da diese aufgrund der Lebenserfahrung und Sozialisation entstehen und in das berufliche Selbstbild einfließen, wird zunächst nach persönlichen Erfahrungen mit wohnungslosen Menschen gefragt. Anschließend geht es um den berufspraktischen Umgang der Pflegenden mit der Gruppe der wohnungslosen Patienten. Entsprechend des national und international ermittelten Wissens über wohnungslose Patienten wird an dieser Stelle nach Erkrankungen und der durchschnittlichen Verweildauer dieser Patienten im Krankenhaus gefragt. Nur wenn sich dieses Wissen im späteren Abgleich mit dem der S. C. deckt, besteht eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Im Weiteren wird gezielt die pflegerische Versorgung angesprochen und nach positiven und negativen Erlebnissen gefragt. Dieser Aspekt bezieht

sich auf die erste und zweite Forschungsfrage. Den dritten und letzten Themenschwerpunkt stellt die Ausbildung dar, womit sich die dritte Forschungsfrage im Leitfaden wiederfindet. Um die Ausbildung hinsichtlich der berufspraktischen Versorgung wohnungsloser Patienten im stationären Kontext beurteilen zu können, wird Expertenwissen dazu benötigt, ob theoretischer Unterricht zu dieser Patientengruppe stattgefunden hat und was die Experten für Auszubildende in Vorbereitung auf die Versorgung der wohnungslosen Patienten für sinnvoll erachten. Gezielt wird nach der Bewertung praktischer Erfahrungen gefragt, was aus der hohen internationalen Datenmenge, die praktische Projekte mit wohnungslosen Menschen im Rahmen des Studiums/der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege beschreibt (Kapitel 4.4.2.), resultiert. Um keinem blinden Fleck zu unterliegen, sollte dem Interviewpartner zum Ende hin die Möglichkeit eröffnet werden, Aspekte zu benennen, die sich aus dem Gespräch nicht ergeben haben, die er trotzdem als sinnvoll und wichtig erachtet. Im Rahmen der Konzeption des Leitfadens stand dieses theoretisch untermauerte Gedankenkonstrukt im Vordergrund. Zur Überführung in einen Leitfaden wurden die Fragen verschriftlicht und sich gegenseitig gestellt. Einige Male wurden Fragen verändert, herausgenommen und ergänzt, bis letztendlich die endgültige Version des Interviewleitfadens vorlag (Appendix 1[3]). Gläser und Laudel unterscheiden Fragen in verschiedene Arten: Einleitungsfragen, Filterfragen, Hauptfragen und Nachfragen (vgl. ebd.: 127 f.). Die oben beschriebenen drei Themenschwerpunkte sind diesem Verständnis zu Folge die Hauptfragen, wobei diese teilweise gleichzeitig auch Einleitungsfragen sind, weil durch sie eine Überleitung auf einen neuen Aspekt der Forschung oder der Einstieg in das Interview getätigt wird (vgl. ebd.: 127). Aufgrund der Unerfahrenheit und auch Unsicherheit der Forscherinnen wurden zu jeder Frage gezielte Nachfragemöglichkeiten in den Leitfaden mit aufgenommen. Zusätzlich können vereinzelt getroffene Aussagen des Teilnehmerinformationsbogens, auf den im späteren eingegangen wird, dazu genutzt werden, einen neuen Themenschwerpunkt anzuschneiden. Dies ist entsprechend im Leitfaden formuliert. Insgesamt finden sich sieben Hauptfragen zu denen jeweils unterschiedlich viele Nachfragen festgehalten sind. Damit wurde den Interviewpartnern die Möglichkeit eröffnet, den Gesprächsfluss zu bestimmen und sich ihren Bedürfnissen entsprechend mitzuteilen. Um an den Kern der Aussagen gelangen zu können, wurden dem Interviewer gleichzeitig

[3] Der im Anhang befindliche Leitfaden entspricht der endgültigen Version nach Abschluss des Pretests (Kapitel 7.2.3.) und dem Kolloquium mit der Erstprüferin.

Erinnerungsstützen geliefert sowie ein Überblick über die Gesamtthematik und Unterstützungsangebote, falls der Interviewpartner nicht von selber die einzelnen Aspekte wiedergibt. In einem qualitativen Interview sollte der Hauptredeanteil beim Experten liegen. Diesem Aspekt wird dadurch Rechnung getragen, dass auf dichotome Fragen verzichtet wird und erzählungsgenerierende Fragen gestellt werden. Manchmal sind zur Anregung des Redeflusses allerdings gezielte Nachfragen vonnöten. Die Fragen des Leitfadens sind ausformuliert, dies bedeutet allerdings nicht, dass sie in dieser Art gestellt werden müssen. Um im Gespräch flexibel reagieren zu können, wurde der Leitfaden optisch so aufgebaut, dass in einer linken Spalte die Fragenschwerpunkte farblich voneinander abgesetzt sind, die Foki unterstrichen wurden und die Fragen verschriftlicht sind. Dann folgt eine kleine mittlere Spalte, in der abgestrichen werden kann, wenn der Interviewpartner sein Expertenwissen zu diesem Aspekt mitgeteilt hat. In einer rechten Spalte ist genügend Platz für Notizen, damit die Interviewer die Partner bei aufkommenden Fragen oder Gedanken nicht unterbrechen müssen und sie zu einem späteren Zeitpunkt an angebrachter Stelle gezielt nachholen können. Jede Art von Notiz kann dort getätigt werden. In dieser Version beläuft sich der Fragebogen auf zwei Seiten. Da die Forscherinnen bei der Konzeption nicht wussten, ob es ihnen eher liegt, mit Hilfe eines ausführlichen Leitfadens zu interviewen, oder ob es ihnen besser gelingt, wenn sie nur eine prägnante Seite als Erinnerungsstütze haben, wurde zusätzlich eine Kurzversion des Leitfadens erstellt (Appendix 2). Optisch wurde die gleiche Formatvorlage verwendet, so dass die Versionen einheitlich sind und ein hoher Wiedererkennungswert vorliegt. Die Kurzversion ist genauso anzuwenden, wie die ausführlichere Version. So kann jede Forscherin in Vorbereitung auf die einzelnen Interviews, die für sie angemessene Version wählen.

Auch wenn ein Interviewleitfaden im Rahmen einer qualitativen Untersuchung jederzeit entsprechend der neu erworbenen Erkenntnisse modifiziert werden kann (vgl. ebd.: 149 f.), so sollte er vor Beginn der Interviews dennoch evaluiert werden. Laut Gläser und Laudel geschieht dies dadurch, dass für jede Frage nach Fertigstellung des Leitfadens erneut geklärt wird,

- ob sie theoretisch relevant ist,
- welcher Inhalt durch sie ermittelt werden kann,
- ob der Fragentyp für sie adäquat ist und
- ob die Frage an der richtigen Stelle steht (vgl. ebd.: 149).

Diese Aussagen haben die Forscherinnen in der gemeinsamen Konzeption des Leitfadens bedacht und nach erster Fertigstellung eine Kontrolle dessen auf diese Aspekte hin durchgeführt. Eine Anpassung des Leitfadens ist zu jedem Zeitpunkt der qualitativen Untersuchung möglich. Rückblickend lässt sich festhalten, dass dies nicht nötig war. Nach jedem Interview fand eine gemeinsame Evaluation der Fragetechnik und der Interviewführung, weil eben dieses absolutes Neuland für die Forscherinnen war, statt. Hierauf bezogen haben einige Modifikationen stattgefunden.
Was die Forscherinnen nach einer ersten Konzeption des Fragebogens durchgeführt haben, war ein Pretest, auf den im nächsten Unterkapitel eingegangen wird.

7.2.3. Pretest (Thomauske)

Das Durchführen eines Pretests gilt allgemein als unerlässlich zur Evaluation einer Forschungsmethode innerhalb der Pflegewissenschaft. Die Erstprüferin dieser Masterarbeit hat dazu im Rahmen eines Kolloquiums eine Literaturempfehlung (Porst 1998) ausgesprochen, an deren Anlehnung der Pretest im Rahmen der Masterthesis durchgeführt wurde. Es lässt sich festhalten, dass ein Pretest eine „[…] unabdingbare Voraussetzung für die erfolgreiche Entwicklung eines Fragebogens." (ebd.: 34) ist. Eine Problematik liegt darin, dass es keine festgelegte Vorgehensweise für die Durchführung eines Pretests gibt (vgl. ebd.: 35). Porst liefert in seinem Text eine eigene Definition des Pretests: „Pretests sind nichts anderes als die Miniaturausgabe einer beliebigen Form sozialwissenschaftlicher Datenerhebung, wobei sich in der Regel die Konzentration auf die Qualität des Erhebungsinstrumentes richtet." (ebd.: 35). Dies entspricht der Intention der Forscherinnen, den Leitfaden für das Experteninterview zu testen, bevor die tatsächliche Forschung beginnt. Nur so kann er entsprechend der Forschungsintention modifiziert werden. In seinem Artikel beschreibt Porst eine Vielzahl von unterschiedlichen Pretestverfahren, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen wird, da dies irrelevant für die Masterthesis ist. Das im Rahmen dieser ausgewählte Pretestverfahren ist das von Prüfer und Rexroth modifizierte: „Die Modifikation besteht in einer Verbindung zwischen traditionellem Behaviour Coding und Beobachtungspretest." (vgl. Prüfer & Rexroth 1985, zit. n. Porst 1998: 40). Bei diesem Verfahren beobachtet der Interviewer selber das Verhalten des Interviewpartners. Während des Interviews muss der Interviewer erstrangig

seiner Rolle als eben diesem gerecht werden und kann somit keine Vielzahl von Verhaltensweisen beim Interviewpartner beobachten. So konzentriert er sich ausschließlich darauf, ob das Verhalten des (im vorliegenden Falle) Experten adäquat zu der gestellten Frage passt. Auffälligkeiten und Inkongruenzen werden anschließend dokumentiert. In einem nächsten Schritt werden diese Beobachtungen dann evaluiert und der Leitfaden entsprechend verändert (vgl. Porst 1998: 40). Auch Gläser und Laudel (Gläser, Laudel 2010) thematisieren Pretests in ihrem Fachbuch. Sie berichten ebenfalls davon, dass diese zur Evaluation des Erhebungsinstrumentes durchgeführt werden können (vgl. ebd.: 107). Die Autorinnen der Masterarbeit entscheiden sich für ein solches Vorgehen, da (wie im vorangegangen Unterkapitel beschrieben) das Gelingen der Interviews trotz der bisherigen Unerfahrenheit der Forscherinnen von großer Bedeutung ist. Damit keine der Forscherinnen ohne jegliche praktische Erfahrung in die Interviews startet, führt jede einen Pretest nach Prüfer und Rexroth durch. Aufgrund der bereits erwähnten und in Kapitel 7.2.4. näher beschriebenen Problematik der Akquirierung geeigneter Interviewpartner werden die Pretests mit Experten, die nicht den Einschlusskriterien der Stichprobe der qualitativen Untersuchung entsprechen, durchgeführt. So haben diese Experten Erfahrungen mit der Pflege wohnungsloser Patienten im stationären Umfeld, allerdings haben sie ihre Ausbildung nach dem veralteten Krankenpflegeausbildungsgesetz von vor 2004 absolviert, was für die Forschung als Ausschlusskriterium gilt. Trotzdem sind die beiden Interviewpartner als geeignet für das Pretesting anzusehen und der Interviewleitfaden konnte aufgrund dieser beiden Pretests sinnhaft modifiziert werden. Dazu wurden die Interviews unter realistischen Bedingungen, wie sie im Rahmen der Forschung geplant sind, durchgeführt. Sie wurden aufgezeichnet und im Anschluss hat jeder Interviewer seine Beobachtungen bezüglich des Antwortverhaltens der Interviewpartner verschriftlicht. Dies wurde dann gemeinsam besprochen und der Leitfaden konnte entsprechend verändert werden. Zudem konnten die Studentinnen erste Erfahrungen als Forscherinnen sammeln, wodurch sie für die spätere Durchführung Sicherheit erwerben konnten.

Zusätzlich wurde der fertiggestellte Interviewleitfaden in einem Kolloquium mit der Erstprüferin besprochen. Dazu wurde die Vorgehensweise dargelegt und es wurden vereinzelt Denkanstöße bezüglich einiger Formulierungen und der Fragenintention gegeben. Auch diese wurden in einer letzten Revision teilweise umgesetzt und durchgehend bedacht.

7.2.4. Expertenauswahl und Feldzugang (Thomauske)

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, werden Experten der Gesundheits- und Krankenpflege gesucht, die im Rahmen ihrer berufspraktischen Tätigkeit im Krankenhaus Kontakt zu wohnungslosen Patienten haben und diese pflegerisch versorgen. Ein Ausschlusskriterium für Experten im Sinne der Forschungsfragen stellt eine Ausbildung nach dem früheren und heute veralteten Gesetz der Krankenpflegeausbildung von 1985 oder früher dar. Dies resultiert aus der Tatsache, dass sich das Verständnis von Pflege und Gesundheit im Zuge der Novellierung der Krankenpflegeausbildung grundlegend verändert hat. So wurde mit dem neuen Gesetz von 2004 nicht nur die Berufsbezeichnung in Gesundheits- und Krankenpflege geändert, sondern auch die Ausbildungsstruktur und damit verbunden die Ausbildungsinhalte. Die Pflegenden, die nach diesem Gesetz ausgebildet worden sind, sind die Zukunft der Krankenhäuser. Zudem findet die aktuelle Ausbildung nach diesem Gesetz statt und eine der Forschungsfragen bezieht sich konkret auf die Bewertung der Ausbildung in Hinblick auf die Versorgung von wohnungslosen Patienten. Die Masterarbeit wird in der ersten Jahreshälfte des Jahres 2016 erstellt, so dass theoretisch auf Experten mit berufspraktischer Pflegeerfahrung in einem Zeitraum von „frisch“ examiniert bis hin zu zwölf Jahren Tätigkeit im Krankenhaus zurückgegriffen werden kann. Als eingeschlossene Arbeitsbereiche werden die Normalstationen, die Intensivstationen und die Notfallambulanzen festgelegt. Funktionsabteilungen werden wegen der kurzen Kontaktzeit von Pflegenden und Patienten ausgeschlossen.

Im Zuge theoretischer Vorüberlegungen wurde der Feldzugang zu den Experten diskutiert. Aufgrund der Tatsache, dass wohnungslose Patienten gehäuft im (groß)städtischen Umkreis leben und eher nicht in ländlichen Regionen, wird überlegt, welche Städte einbezogen werden. Begründet durch die zur Verfügung stehenden Zeitressourcen und die Wohnorte der Studentinnen und den Studienort wurde in Absprache mit der Erstprüferin festgelegt, dass sich der Feldzugang repräsentativ auf die Städte Köln und Mönchengladbach beschränkt. Köln zum einen wegen der Lage der Katholischen Hochschule mit Standort in dieser Stadt und der somit örtlichen Nähe für beide Studentinnen und zum anderen deswegen, weil eine der Autorinnen in Köln lebt. In Mönchengladbach lebt die andere Autorin und die Stadt ist mittels einer Direktverbindung mit dem Zug von Köln aus zu erreichen. In beiden Städten sind wohnungslose Menschen im Stadtbild präsent und als Patienten in den Krankenhäusern anzutreffen. Nach

Festlegung der Städte wurden insgesamt zehn Krankenhäuser, konkreter die jeweiligen Pflegedienstleitungen dieser Krankenhäuser, auf postalischem Wege angeschrieben und um Unterstützung bei der Masterthesis gebeten. Für den Mönchengladbacher Raum beläuft sich das auf die drei in dieser Stadt existierenden Häuser. Eine Besonderheit liegt hier darin, dass eine der Autorinnen in einer Ausbildungseinrichtung tätig ist, die für zwei dieser Krankenhäuser ausbildet. Aus diesem Grund wurde der Kontakt zu diesen Einrichtungen nicht auf postalischem Wege hergestellt, sondern persönlich bzw. telefonisch mit der Pflegedienstleitung gesprochen und die Anschreiben dann mittels der Hauspost zugestellt. In Köln existieren mehr als sieben Krankenhäuser, allerdings konnte hier im Vorfeld eine Auswahl der Krankenhäuser aufgrund der örtlichen Lage getroffen werden. Die in Köln lebende Autorin konnte die zentrumsferneren Krankenhäuser ausschließen, da die wohnungslosen Kölner i. d. R. in den zentral liegenden Krankenhäusern versorgt werden.

Im Rahmen der Kontaktaufnahme haben die Autorinnen den Pflegedienstleitungen ein persönlich unterzeichnetes Anschreiben (Appendix 3) zukommen lassen, in dem eine kurze Beschreibung der Studentinnen sowie die eigens für die Masterthesis eingerichtete Kontakt-Email-Adresse (saltho@gmx.de), das Forschungsziel, die Einschlusskriterien für ein Interview und die Bitte um Unterstützung geschrieben stehen. Zusätzlich wurde ein doppelseitig bedruckter und gefalteter Flyer (Appendix 4) erstellt, der jedem Krankenhaus in zehnfacher Ausfertigung mitgeschickt wurde, um diesen auf den Stationen verteilen zu können. So sollte vermieden werden, dass die Krankenhäuser zusätzliche Kosten oder Mehrarbeit haben. Sollten die Krankenhäuser mehr Flyer benötigen, hatten sie die Information, dass jederzeit eine beliebige Anzahl nachgereicht werden kann. Die Kontaktaufnahme erfolgte frühzeitig, so dass mögliche Interviewpartner genügend Zeit hatten, sich die Teilnahme zu überlegen, sich zu melden und einen Wunschtermin mit den Studentinnen abstimmen zu können. Außer einem Krankenhaus in Mönchengladbach hat kein Krankenhaus auf die Anfrage reagiert und die Verteilung der Flyer bleibt unbestätigt. Besagtes Krankenhaus in Mönchengladbach (eines dem Arbeitgeber der Mönchengladbacher Studentin angehöriges) hat die Zustimmung zur Teilnahme an der Masterarbeit durch den Betriebsrat eingeholt und danach die Freigabe für die eigenständige Verteilung der Flyer auf den Stationen erteilt.

Wie im Voraus bereits befürchtet, hat es nahezu keinen Rücklauf gegeben. Lediglich eine Pflegeperson hat sich auf der zu diesem Zwecke eingerichteten Email-Adresse gemeldet. Bei konkreter Rückfrage, hat diese nicht mehr geantwortet. Eine zweite Pflegeperson hat sich kurz vor Ende der Interviewzeit bei einer der Autorinnen über ihre bekannte dienstliche Rufnummer gemeldet und sich für ein Interview zur Verfügung gestellt.
Die Schwierigkeit des Feldzuganges wurde bereits aufgrund der nicht vorhandenen nationalen Datenlage befürchtet, so dass frühzeitig gemeinsam mit der Erstprüferin ein alternativer Feldzugang besprochen wurde. Es wurde ein Zeitraum von vier Wochen nach Versendung der Anschreiben und Flyer an die Krankenhäuser abgewartet. Danach wurden private berufliche Kontakte mobilisiert. Da die Studentinnen aus dem stationären Pflegesektor der beiden eingeschlossenen Städte kommen und im Rahmen des Studiums zusätzlich eine Vielzahl an Pflegekontakten geknüpft haben, wurden persönlich Pflegende entsprechend der Einschlusskriterien angeschrieben. Gläser und Laudel warnen davor, persönlich bekannte Interviewpartner zu rekrutieren, weil dies der leichteste Zugang ist. Sie befürchten Einschlüsse, die methodologisch nicht passend zur Forschung sind (vgl. ebd.: 118). Im vorliegenden Falle war dies nicht der leichteste Zugangsweg und zusätzlich die einzige Möglichkeit, Interviewpartner innerhalb des sehr kurzen zur Verfügung stehenden Zeitraumes gewinnen zu können. Zudem bestanden zwischen den Interviewteilnehmern und Forscherinnen keine engen Freundschaften und die möglichen Bias wurden zu zweit diskutiert und vorgebeugt. Inklusive dem über den offiziellen Anfrageweg akquiriertem Interviewpartner konnten auf diesem Wege zusätzlich sechs weitere gewonnen werden, so dass insgesamt sieben qualitative leitfadengestützte Experteninterviews für die qualitative Untersuchung geführt werden konnten.

7.2.5. Stichprobe (Thomauske)

Die Stichprobe der qualitativen Untersuchung setzt sich aus den oben erwähnten sieben Experten zusammen. Bis auf ein Interviewpartner, den keine der Studentinnen kannte und der über eine private Kontaktperson vermittelt werden konnte, kannten die Studentinnen ihre Interviewpartner aus dem (früheren) beruflichen Tätigkeitsfeld. Somit bestanden in fast allen Fällen keine wechselseitige Anonymität und ein ungezwungenes und gleichzeitig professionelles Miteinander war gegeben, wodurch die Interviewsituationen insgesamt erleichtert wurden. In dem einzigen Interview, in dem eine

beiderseitige Anonymität vorlag, waren sich die Teilnehmer auf den ersten Blick sympathisch und nach kurzem Smalltalk wurde das Interview unmittelbar in einer entspannten und wertschätzenden sowie offenen Atmosphäre gestartet.

Alle geführten Interviews können für die Masterthesis genutzt werden. Laut Gläser und Laudel wird die Entscheidung, über die Anzahl der geführten Interviews (der „Fälle“) von drei Faktoren beeinflusst. Erstens von geeigneten Interviewpartnern, die den Einschlusskriterien entsprechen. Zweitens davon, ob das im Interview Erfahrene der Beantwortung der Forschungsfrage nützlich ist. Sollte dies nicht der Fall sein, ist das Interview nicht brauchbar und neue Kandidaten müssen gefunden werden. Im Falle der Masterthesis sind alle geführten Interviews nützlich und es liegt im Ansatz eine Datensättigung vor, da sich die Inhalte in den einzelnen Interviews wiederholen. Der dritte Faktor nach Gläser und Laudel sind forschungspraktische Gründe. Die Menge der erhobenen Daten muss in dem vorgegebenen Zeitraum ausgewertet werden können. Je mehr Interviews geführt werden, desto zeitaufwendiger wird die Forschung (vgl. ebd.: 100 f.). Im Rahmen der Masterthesis steht den Autorinnen zur gesamten Erstellung dieser ein Zeitraum von fünf Monaten zur Verfügung. Mehr Interviews konnten aus diesem Grunde nicht geführt werden. Dies liegt u. a. daran, dass der Feldzugang, wie in Kapitel 7.2.4. beschrieben, erschwert ist.

Die Interviewpartner wurden direkt zu Beginn des Interviewtermins, nach wiederholter (in schriftlicher Form) eingeholter Einwilligung (Kapitel 7.2.6.) gebeten, einen Teilnehmerinformationsbogen (Appendix 5) auszufüllen. Mit diesem haben die Studentinnen drei Ziele verfolgt: Zum einen kann ein Überblick über die Stichprobe erlangt werden, der in diesem Kapitel dargelegt wird. Weiterhin können zwei Aspekte des Fragebogens (die Frage danach, ob Wohnungslosigkeit in der Ausbildung thematisiert wurde und die Frage nach der Häufigkeit des Kontaktes mit wohnungslosen Patienten) während des Interviews als Anker benutzt werden, um einen neuen Themenschwerpunkt anzusprechen (s. Interviewleitfaden (Appendix 1)). Das dritte Ziel liegt in der Möglichkeit, eine kurze Zeitreserve zur gedanklichen Vorbereitung auf das anschließend startende Interview zu erlangen. Während der Interviewpartner den Teilnehmerinformationsbogen ausfüllt, kann der Interviewer sich gedanklich auf die Interviewsituation vorbereiten und ggf. Vorbereitungen treffen.

Die Stichprobe der Masterthesis setzt sich aus sieben Interviewpartnern zusammen, von denen sechs weiblich sind. Das Alter der Stichprobe beläuft sich auf eine Altersspanne zwischen 25 und 30 Jahren und keiner hat Wohnungslosigkeit im privaten näheren Umfeld erfahren. Alle Interviewpartner

sind Gesundheits- und Krankenpfleger, die ihre Ausbildung in einem städtischen Umfeld absolviert haben. Einige haben eine bis mehrere Zusatzqualifikationen (Fachkrankenpflege, Praxisanleitung, Stationsleitung, Bachelorstudium). Lediglich bei einem Interviewpartner wurde die Pflege von wohnungslosen Menschen in der Ausbildung thematisiert. Die übrigen Experten verneinen dies. Manche betonen dabei, dass sie sich nicht daran erinnern können, so dass sie es nicht mit absoluter Sicherheit verneinen können. Zwei der Interviewpartner haben eine Berufserfahrung von zwei bis drei Jahren als examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger. Die Übrigen sind zwischen fünf und zehn Jahren im Beruf. Aktuell arbeiten vier der Interviewpartner auf Intensivstationen, zwei auf Normalstationen (Innere Medizin und Chirurgie) und einer in einer Notfallambulanz. Die Häufigkeit des Kontaktes liegt bei wöchentlichem (zwei Interviewpartner) oder monatlichem (drei Interviewpartner) Kontakten, bzw. Kontakten, die halbjährlich stattfinden (zwei Interviewpartner).

7.2.6. Durchführung der Experteninterviews (Thomauske)

Die Kontaktaufnahme erfolgte, wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, in allen Fällen bis auf einen, über persönliche Kontakte via Mobiltelefon, Email oder soziale Netzwerke. Der Interviewpartner, der sich über den Flyer und die dienstliche Telefonnummer der Autorin gemeldet hat, hat seine private Email-Adresse und seine Mobilnummer mitgeteilt, so dass der weitere Kontakt ebenfalls über diesen Weg stattfand. Die angeschriebenen Bekannten haben die gleichen Informationen erhalten wie die Krankenhäuser, allerdings nicht das Anschreiben oder den Flyer. Nach Zusage zum Interview wurden die Interviewpartner nach Wunschterminen und -orten befragt. Die Forscher haben sich allumfassend den Wünschen und Bedürfnissen der Interviewpartner angepasst, um die für alle unbekannte Situation so angenehm wie möglich zu gestalten. In einigen Fällen wollten die Interviewpartner zu den Forschern nach Hause kommen oder es wurden die beruflichen Räumlichkeiten nach der Arbeitszeit genutzt. In einem Fall ist eine der Forscherinnen zum Interviewpartner nach Hause gefahren. Öffentliche Räume wie Cafés oder die Hochschule wurden abgelehnt. Nach Terminierung wurden die Experten gefragt, ob sie noch Fragen oder Wünsche haben. Wenn dies der Fall war, wurden diese beantwortet bzw. erfüllt. Die Experten bekamen den Hinweis, dass sie sich nicht auf das Interview vorbereiten brauchen. Da in sechs von sieben Fällen eine Bekanntheit vorlag, wurde den Interviewpartnern angeboten, dass die ihm unbekannte Studentin das Interview

übernehmen kann, wenn gewünscht. Dies wurde durchweg abgelehnt. Die Experten wollten ihr Wissen lieber der ihnen bekannten Person weitergeben.
Pro Tag wurde maximal ein Interview pro Forscherin durchgeführt, um sicherzustellen, dass dieses konzentriert und nicht unter Zeitdruck geführt wird. Für Interviewtage wurden keine weiteren Verpflichtungen geplant.
Vor Interviewbeginn wurden die Experten freundlich begrüßt und es hat eine individuelle Zeit lang Smalltalk stattgefunden. Dazu wurden Getränke angeboten. In dem Fall, in dem die Studentin in die Wohnung des Interviewpartners eingeladen worden ist, hat dieser etwas zu trinken angeboten, der restliche Ablauf blieb gleich. Die Experten haben zu Beginn der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Thema eine Einwilligungserklärung (Appendix 6) erhalten, die nach forschungsethischen Prinzipien (Kapitel 7.2.8.) verfasst wurde. Auf Wunsch haben sie eine Kopie der Einwilligung erhalten. Aufkommende Fragen wurden an dieser Stelle geklärt. Als nächstes wurden die Teilnehmer gebeten, den Teilnehmerinformationsbogen auszufüllen. Währenddessen hat der Interviewer sich detaillierter auf das individuelle Interview vorbereitet, seinen Leitfaden hervorgeholt, den nur den Forschern bekannten Interviewcode notiert und die Audioaufzeichnung vorbereitet. Bevor das Interview gestartet wurde, wurde die Vorgehensweise beschrieben und noch einmal darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig ist, keine der Fragen beantwortet werden muss und der Teilnehmer das Interview jederzeit beenden kann.
Das genutzte digitale Aufzeichnungsgerät hat zusätzliche eine Kamerafunktion. Diese wurde vor jedem Interview abgeschaltet und die Kamera wurde von den Teilnehmern weg gedreht. Das Aufnahmegerät wurde dann so platziert dass es nicht im Blickfeld lag und, wie erhofft, nach kurzer Zeit vergessen wurde. Zu Beginn des Interviews wurden Datum, Uhrzeit, der Interviewcode und die Bestätigung der Einwilligung benannt und dann inhaltlich gestartet.
Die Interviewführung ist eine komplexe und herausfordernde Angelegenheit, die Übung erfordert. Gläser und Laudel geben allgemeine Regeln bzw. Empfehlungen dafür. Sie weisen auf die Wichtigkeit hin, dass der Interviewer professionell auftritt, diese Rolle allerdings nicht zu stark ausleben sollte, weil dies dazu führen kann, dass der Experte sich unwohl fühlt (vgl. ebd.: 172). „Die Gesprächssituation muss deshalb so natürlich wie möglich bleiben. Dieses Ziel hat Priorität vor allem gegenüber einem sturen Abarbeiten des Leitfadens […].“ (ebd.: 172). Während der gesamten Situation soll eine wertschätzende und zugewandte sowie offene Atmosphäre herrschen. Aufgabe des Interviewers ist es, gezielte, Narrationen anregende Fragen zu stellen, um so das

Expertenwissen mitgeteilt zu bekommen. Dabei sollte aktiv zugehört werden und der Experte nicht unterbrochen werden. Fragen können zu einem späteren Zeitpunkt aufgegriffen werden. Je nach Experte, sind mehr oder weniger sowie gezieltere Nachfragen vonnöten. Darauf muss sich der Interviewer individuell einstellen (vgl. ebd.: 172 f.). Diese Grundhaltung sehen die Autorinnen als selbstverständlich innerhalb professioneller Gesprächsführung an. Wie sich aufgrund der Postinterviewprotokolle, die im späteren noch beschrieben werden, wiedergeben lässt, bestand in allen Gesprächen eine solche Atmosphäre.

Nach Beendigung der Interviews (die sich auf Zeiträume von 20 bis 50 Minuten belaufen), haben alle Experten großes Interesse an den Ergebnissen geäußert. Diese werden ihnen nach Fertigstellung der Masterthesis kostenfrei und digital zur Verfügung gestellt. Jeder Interviewpartner hat bei Verabschiedung ein kleines Dankeschön in Form von Schokolade erhalten.

Im Anschluss an die Interviews haben die Interviewer ein selbstentwickeltes Postinterviewprotokoll (Appendix 7) ausgefüllt, in dem die Interviewsituation reflektiert wurde. Mit Hilfe dessen soll das Interview zum einen auf seine Brauchbarkeit hin bewertet werden. Wäre ein Interviewpartner z. B. inkongruent in seinen Verhaltensweisen gewesen oder hätte es eine starke Antipathie gegeben, so hätte das Interview ggf. nicht verwendet werden können. Dies war nicht der Fall. Zum anderen findet eine Selbstreflexion des Interviewers statt und er kann sich gezielt verändern. Aufgrund der Postinterviewprotokolle kann retrospektiv gesagt werden, dass die Interviewsituationen insgesamt als sehr angenehm beschrieben werden. Mit der Zeit werden die Forscherinnen sicherer im Fragen und können sich mehr vom Leitfaden lösen, da sie diesen verinnerlicht haben. Eine Forscherin beschreibt, dass sie in einem der Interviews das Gefühl hatte, nicht an den Kern der Gedanken des Experten vordringen zu könne. Sie fragte gezielter nach, aber auch so gelingt es ihr ihrem Gefühl nach nicht. Weiterhin hört sich der Forscher, der das Interview nicht geführt hat, die Interviewaufzeichnung zeitnah unter der Prämisse an, dass er Hinweise zur Fragetechnik oder anderen Auffälligkeiten seitens des Interviewers geben kann. Dies soll der Tatsache Rechnung tragen, dass die Studentinnen keinerlei Erfahrung im Führen von qualitativen und leitfadengestützten Experteninterviews haben und nach drei bzw. vier Interviews nur minimal davon gesprochen werden kann.

7.2.7. Transkription (Thomauske)

Wie vorweg beschrieben, werden die Interviews digital aufgezeichnet, um dann im weiteren Verlauf transkribiert zu werden, was die Grundvoraussetzung für die folgende computergestützte Inhaltsanalyse ist. Die Interviewpartner sind über dieses Vorgehen schriftlich (Einwilligungserklärung, s. Appendix 6) sowie mündlich informiert worden und haben dem zugestimmt. Das Aufnahmegerät hat es ermöglicht, die Interviewaufzeichnung mittels einer integrierten Speicherkarte als MP4-Datei zu sichern. Die Datei wurde entsprechend des Interviewcodes, der für keinen, abgesehen von den Forscherinnen, nachvollziehbar ist, benannt.
Die Transkription wurde in professionelle Hände übergeben. Dieses Vorgehen ist zum einen der Tatsache geschuldet, dass der zur Verfügung stehende Zeitraum zur Erstellung der Masterthesis keine Zeitreserve für die eigenständige Transkription beinhaltet. Zum anderen haben die Studentinnen dies nie zuvor getan und hätten sich das Vorgehen erst aneignen müssen. Somit wurde die Ressource der Transkription durch Dritte genutzt. Da die computergestützte Inhaltsanalyse unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA für qualitative Datenanalyse durchgeführt werden wird, wurden die Interviews auch mit Hilfe dieser transkribiert. Der Vorteil liegt darin, dass die Transkription direkt in einem MAXQDA-Projekt vorhanden ist. Zudem bietet die Software die Möglichkeit, die Transkripte in eine Word-Datei zu überführen.
Die Transkription muss nach vorab festgelegten und der Forschungsintention entsprechend sinnvollen Regeln ablaufen. Aufgrund dessen, das die Verfasserinnen der Masterthesis Pflegewissenschaftlerinnen sind, sind ihnen Transkriptionsregeln bekannt und sie wählen die nach Kuckartz (Kuckartz 2016) aus. Dieser Autor beruft sich auf Dresing und Pehl und ergänzt deren Regeln, so dass er folgende Transkriptionsregeln für die computergestützte Datenauswertung empfiehlt:

1. „Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. […] Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (…) markiert. […]
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichung gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6. Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Personen nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.

8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden durch ein `I:`, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z. B. `B4;` [sic!], gekennzeichnet.
10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert […].
12. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert […]."

(Dresing, Pehl 2011: 19 ff. zit. n. Kuckartz 2016: 136).

Diese Transkriptionsregeln wurden in kompletter Form an die transkribierende dritte Person übergeben. Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurden bei dem hier angeführten Zitat einige Auslassungen gewählt. Die Anonymität der Interviewpartner wurde durchgehend gewährleistet und die Regeln des Datenschutzes wurden eingehalten.

7.2.8. Forschungsethik (Thomauske)

Die vorliegende pflegewissenschaftliche und qualitative Untersuchung ist darauf angewiesen, dass sich Experten befragen lassen und ihr Wissen, aber auch ihre Gefühle und Empfindungen darlegen. Bei einem solchen Vorgehen ist es von großer Bedeutung, dass dabei kein Schaden entsteht. Prinzipiell sollte jede Art der Forschung daraufhin geplant werden und ggf. ist es notwendig, diese Planung von einer Ethikkommission absegnen zu lassen. In Deutschland ist dies laut Gläser und Laudel nicht zwingend notwendig, sollte aber dennoch bedacht werden (vgl. Gläser, Laudel 2010: 56). Die Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit wissen um diese Problematik und haben bei der Konzeption ihrer qualitativen Untersuchung forschungsethische Prinzipien bedacht und diese mit der Erstprüferin besprochen.

Gläser und Laudel unterscheiden zwei Sichtweisen der Forschungsethik, nämlich die bezogen auf die Beforschten und die bezogen auf den Umgang der Forscher mit der Fachwelt (vgl. ebd.: 50). Innerhalb der S. C. müssen die Vorgehensweise, die bestehenden Bedingungen und die Entscheidungsfindung der Forscher offengelegt werden sowie evtl. beeinflussende Tatsachen, wie es beispielsweise eine Finanzierungsquelle oder eine persönliche Betroffenheit der Forscher sein könnten (vgl. ebd.: 50). Die vorliegende Arbeit wird diesem Aspekt durchgehend gerecht, da die Vorgehensweise äußerst ausführlich vom ersten Gedanken an (heuristische Hypothesen) bis zum Ergebnis der qualitativen Untersuchung dargelegt wird. Dies gilt ebenso für die Einhaltung forschungsethischer Gebote bezogen auf die befragten Experten. Da diese über die Forschungsinhalte soweit

wie möglich informiert wurden, konnten sie selber die Entscheidung über die Teilnahme treffen und es ist nicht von einer möglichen Schädigung auszugehen. Eine solche sollte im Voraus trotzdem bedacht werden, weil die Pflege einer vulnerablen Randgruppe beforscht wird. Zudem besteht immer die Gefahr, dass es zu Schuldgefühlen oder ähnlichem bei den Befragten kommen kann, weil ihnen z. B. im Interview auffallen könnte, dass sie Patienten nicht adäquat gepflegt haben oder ihnen nicht so geholfen haben, wie diese es benötigt hätten. Eine solche Problematik geben auch Gläser und Laudel unter Berufung auf Warwick zu bedenken (vgl. Warwick 1982:104-110 zit. n. Gläser, Laudel 2010: 51). In diesem Zusammenhang ist es von großer Bedeutung, dass die Forschungsteilnehmer, wie oben angeführt, soweit wie möglich informiert sind. Dies nennt sich „das Prinzip der informierten Einwilligung“ (vgl. Gläser, Laudel 2010: 52-55). Es ist nicht immer möglich und sinnvoll, die Teilnehmer vollumfänglich zu informieren. Einerseits wissen die Forscher häufig selber nicht, welches Ergebnis zu erwarten ist und können über dieses folglich vorab nicht informieren. Andererseits möchte man die Forschungsteilnehmer im Voraus nicht zu sehr beeinflussen, was zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen könnte (vgl. ebd.: 54). Im Rahmen von Experteninterviews, wie sie in der vorliegenden Masterthesis durchgeführt wurden, ist das Informieren Voraussetzung, um das Expertenwissen mitgeteilt zu bekommen, somit wurde dieses forschungsethische Prinzip befolgt. Fraglich bleibt laut Gläser und Laudel allerdings immer, ob die gegebenen Informationen ausreichend sind, um von einer informierten Einwilligung sprechen zu können (vgl. ebd: 54). Im vorliegenden Falle wird davon ausgegangen. Weiterhin muss eine Forschungsteilnahme immer auf freiwilliger Basis erfolgen (vgl. ebd.: 50), was für die Studentinnen selbstverständlich ist. Alle Experten haben sich aus freien und informierten Stücken für die Teilnahme an der qualitativen Untersuchung im Rahmen der Masterarbeit entschieden.

7.3. Qualitative Inhaltsanalyse (Salvini-Plawen)

In den folgenden Kapiteln soll zum einen die qualitative Inhaltsanalyse mit ihren Charakteristika dargestellt werden, zum anderen wird das methodenorientierte Vorgehen der beiden Forscherinnen detailliert expliziert, um durch eine Regelgeleitetheit die Nachvollziehbarkeit der Untersuchung und der durch sie generierten Ergebnisse zu ermöglichen. Das hier beschriebene und angewandte Forschungsdesign orientiert sich, wie bereits beschrieben, an der qualitativen Inhaltsanalyse mit ihren vier Hauptschritten: Vorbereitung der Extraktion, Extraktion, Aufbereitung der Daten sowie deren Auswertung nach Gläser und Laudel (Gläser, Laudel 2010).
Ziel der quantitativen Inhaltsanalyse ist es „[…] Texten inhaltliche Informationen zu entnehmen, diese Informationen in ein geeignetes Format umzuwandeln und sie in diesem Format, das heißt getrennt vom ursprünglichen Text, weiterzuverarbeiten […]." (ebd.: 197).

> Vorausgesetzte Operationen bei der quantitativen Inhaltsanalyse:
> „- das Aufbauen eines geschlossenen Kategoriensystems vor der Analyse,
> - das Zerlegen des Textes in Analyseeinheiten,
> - das Durchsuchen des Textes auf relevante Informationen und
> - die Zuordnung dieser Informationen zu den Kategorien (das sogenannte Verkoden des Textes)."
>
> (ebd.: 197 f.)

Durch dieses methodische Vorgehen im Sinne eines quantitativen Verfahrens entsteht eine Quantifizierung der gefundenen Ergebnisse in Bezug auf die zuvor erstellten Kategorien. Nach Gläser und Laudel kann ein Zusammenhang zwischen der Auftretenshäufigkeit der einzelnen Kategorien und der Bedeutung des durch sie beschriebenen Sachverhaltes hergestellt werden (vgl. ebd.: 198). Die qualitative Inhaltsanalyse nutzt dieses Vorgehen und wird um die Komponenten der Orientierung an der „Komplexität der Informationen" und dem „Verstehen" dieser erweitert (ebd.). Gläser und Laudel, welche für die qualitative Inhaltsanalyse dieser Masterarbeit als methodische Grundlage gewählt werden, haben das durch Mayring in den 80er Jahren entwickelte Konstrukt der qualitativen Inhaltsanalyse ihren Überlegungen zugrunde gelegt. Sie erweitern das starre, ihrer Meinung nach sehr eng an der quantitativen Vorgehensweise orientierte, Kategoriensystem um die Möglichkeit, während des gesamten Analyseverfahrens offen für unvorhergesehene Informationen zu sein. Damit ist eine Ergänzung um neue Kategorien, welche sich durch die Textanalyse ergeben mögen, jederzeit möglich. Es wird somit dem methodologischen Prinzip der

Offenheit Rechnung getragen (vgl. ebd.: 199). Offenheit in diesem Bereich bedeutet auch, dass die Merkmalsausprägungen der Kategorien nicht im Vorfeld festgelegt werden. Durch die Tatsache, dass keine Kategorien nachträglich entfernt werden, werden auch alle theoretischen Vorüberlegungen beibehalten und in die Auswertung einbezogen (vgl. ebd.: 205). Qualitative Inhaltsanalyse bedeutet, dass man auf vorhandene Texte zugreift und „[…] man extrahiert Rohdaten, bereitet diese Daten auf und wertet sie aus.“ (ebd.: 199).

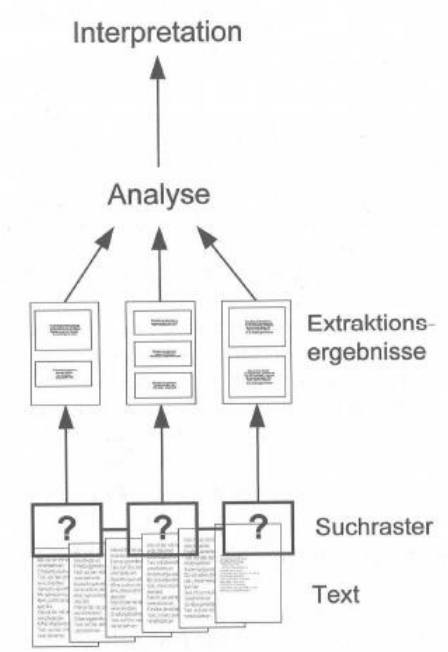


Abbildung 16: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse (Gläser, Laudel 2010: 200)

Diese Methode berücksichtigt nach der Extraktion von Daten aus den Ursprungstexten nur noch jene, welche in das zu Beginn der Forschung erstellte Suchraster passen und somit der Beantwortung der Forschungsfrage dienen. Das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse im Sinne der beiden Autoren ist ihrer Meinung nach das einzige der qualitativen Textanalysen, welches sich „[…] frühzeitig und konsequent vom Ursprungstext trennt und versucht, die Informationsfülle systematisch zu reduzieren sowie entsprechend dem Untersuchungsziel zu strukturieren.“ (ebd.: 200). Wichtigstes Element der qualitativen Inhaltsanalyse ist die Extraktion der identifizierten Informationen aus den vorhandenen Texten, in diesem Falle den sieben Interviews. Dafür muss ein, auf theoretischen Vorüberlegungen, hier den heuristischen Hypothesen der Autorinnen sowie den Ergebnissen ihrer Bachelorarbeit (Salvini-Plawen, Thomauske 2014) und den Ergebnissen des zu Beginn der Masterarbeit

durchgeführten Reviews, erstelltes Suchraster verwendet werden. Das zugrundeliegende Suchraster, das Kategoriensystem, wird durch diese Vorüberlegungen sowie Hypothesen zum zugrundeliegenden Kausalmechanismus (Kapitel 7.3.1.), generiert (vgl. Gläser, Laudel 2010: 201).
Die Extraktion der Daten aus dem Text stellt einen wichtigen Handlungsschritt der Analyse der erlangten Informationen dar. Innerhalb dieses Vorgehens kommt es zur Zuordnung von Informationen zu einzelnen Kategorien sowie zu Beschreibungen der identifizierten Informationen durch den jeweiligen Forscher. Trotz einer Regelgeleitetheit sind die Ergebnisse der Extraktion durch den jeweiligen Forscher beeinflusst und individuell. Im Falle dieser Untersuchung werden die Daten durch zwei Forscherinnen extrahiert und miteinander besprochen. Dies hebt die Subjektivität der Ergebnisse teilweise auf. Nach Abschluss der Extraktion werden die gewonnenen Informationen methodengeleitet weiterverarbeitet. Sie werden als Rohdaten aufbereitet, zusammengefasst und auf Wiederholungen und Widersprüchlichkeiten untersucht und sortiert (vgl. ebd.: 202). Die so strukturierten Informationen innerhalb des Kategoriensystems umfassen die „[…] empirischen Informationen über die zu rekonstruierenden Fälle […].“ (ebd.). Mithilfe dieser Daten wird es nach Gläser und Laudel möglich „[…] die untersuchten Fälle zu rekonstruieren und nach den interessierenden Kausalmechanismen zu suchen.“ (ebd.) Die qualitative Inhaltsanalyse kann manuell oder, so ist es aufgrund der Datenmenge gebräuchlicher und praktikabler, computergesteuert durchgeführt werden. Im Falle der Masterthesis wird die Auswertungssoftware MaxQDA verwendet, da diese als geeignet erscheint und durch die Hochschule kostenfrei zur Verfügung gestellt wird.

7.3.1. Kausalmechanismus (Thomauske)

Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist das Beantworten der Forschungsfragen. In der vorliegenden pflegewissenschaftlichen qualitativen Untersuchung wurden zu diesem Zwecke Experteninterviews geführt. Zur Erreichung dieses Zieles und bereits für die methodische Gestaltung der Experteninterviews (Kapitel 7.2.1. und 7.2.2.) waren die theoretischen Vorüberlegungen (heuristische Hypothesen) und das Erfassen des vorhandenen Wissens der S. C. grundlegend. Dementsprechend hat sich eine Vorstellung dessen manifestiert, was benötigt wird, um die Forschungsfragen beantworten zu können (vgl. Gläser, Laudel

2010: 78). Zu diesem Zwecke wurde ein Kausalmechanismus dem Verständnis Gläser und Laudels entsprechend generiert:

> „Deshalb ist es ratsam, die theoretischen Vorüberlegungen auf die interessierenden Ursachen und Effekte, intervenierende Einflüsse und die gesuchten Kausalmechanismen zuzuspitzen. Das heißt, Sie brauchen ein hypothetisches Modell des gesuchten Kausalmechanismus`. Dieses Modell wird in der Untersuchung nicht getestet – es geht nicht darum, ob es `richtig` oder `falsch` ist. Es hat vielmehr die Aufgabe, Ihre Untersuchung zu orientieren, indem es Ihre Aufmerksamkeit auf empirische Sachverhalte lenkt, von denen Sie aus theoretischen Gründen annehmen können, dass Sie für die Beantwortung der Untersuchungsfrage wichtig sind."
>
> (ebd.: 78)

Dieser beruht, wie in Kapitel 7.1.1. ausgeführt, auf den heuristischen Hypothesen der Masterthesis und den erworbenen Review Erkenntnissen. Das Wort „Kausalmechanismus" impliziert bereits, dass soziale Sachverhalte zugrunde liegen, die einander bedingen, aufeinander aufbauen und sich gegenseitig begründen. Gläser und Laudel berufen sich zur Erklärung auf Mayntz: „[…] eine Sequenz von kausal miteinander verbundenen Ereignissen, die unter bestimmten Bedingungen wahrscheinlich auftritt und von spezifischen Ausgangsbedingungen zu einem spezifischen Ergebnis führt. Da diese Definition die kausale Verknüpfung von Ausgangsbedingungen, Ereignissequenz und Ergebnis betong [sic], sprechen wir im weiteren [sic! von Kausalmechanismus." (Mayntz 2004: 241 zit. n. Gläser, Laudel 2010: 26).

Gläser und Laudel beschreiben weiterhin, dass Forschungsfragen immer Kausalzusammenhänge zugrunde legen, diese aber drei verschiedene Ziele verfolgen können und somit eine Unterscheidung vorgenommen werden kann, da sie jeweils andersartige Intentionen verfolgen (vgl. Gläser, Laudel 2010: 69 f.). Der hier vorliegende Untersuchungstyp verfolgt das Ziel „[…] Kausalmechanismen [zu, d. Verf.] identifizieren, die zwischen dem Erleben der sozialen Welt einerseits und den Deutungen, Sichtweisen und Einstellungen von Menschen andererseits vermitteln […]." (ebd.: 69).

Dementsprechend haben die Autorinnen folgenden Kausalmechanismus als Grundlage der durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse entwickelt.

Es folgt eine bildliche Darstellung mit anschließender Beschreibung und Erläuterung.

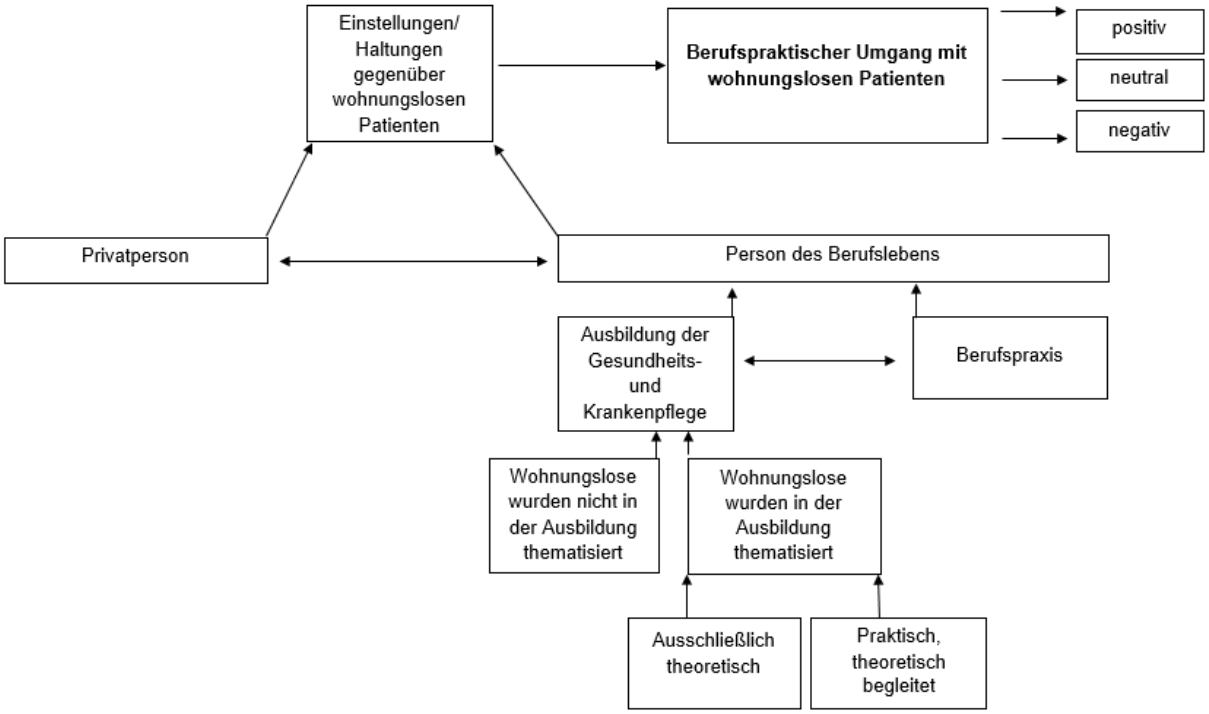


Abbildung 17: Kausalmechanismus (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Ein Mensch besteht immer aus der Gesamtsumme seiner Teile, seiner (sozialen) Rollen und kann diese nicht voneinander trennen. Es ist möglich, eine Rolle konsequent im dafür vorgesehen Rahmen zu leben, allerdings bleiben die weiteren Rollen währenddessen intrinsisch immer parallel präsent. Somit bedingen sich die Rollen. Demzufolge wird davon ausgegangen, dass professionell Pflegende nicht nur als solche „Personen des Berufslebens“ gesehen werden können, sondern immer auch als „Privatperson“ existieren und handeln. Dies kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Sicher ist, dass beide Aspekte das Individuum ausmachen und nicht strikt voneinander getrennt betrachtet werden können. Dem Verständnis der Autorinnen entsprechend, entwickelt sich eine Person immer im Rahmen ihrer individuellen Sozialisation, wobei sich hierzu auf Nolting und Paulus bezogen wird (Nolting, Paulus 2012). Die Psychologen unterteilen Sozialisation, die ihrer Ansicht nach das gesamte Leben über stattfindet und einhergeht mit der allgemeinen Entwicklung, in drei Bereiche:

- „primäre Sozialisation“ innerhalb der Familie
- „sekundäre Sozialisation“ innerhalb der Schule und der Peer-Groups
- „tertiäre Sozialisation“ innerhalb des Berufs- und Arbeitslebens

(vgl. ebd.: 129 f.)

Die primäre und sekundäre Sozialisation werden der „Privatperson“ zugeordnet und die tertiäre findet sich im obenstehenden Schaubild bei der „Person des Berufslebens“ wieder. Hier zeigt sich diese Untrennbarkeit deutlich. Dieser Tatsache wird z. B. innerhalb der Experteninterviews Rechnung getragen, da nach allgemeinen Begegnungen der Experten mit wohnungslosen Menschen außerhalb des Krankenhauses, also als „Privatperson“ gefragt wird (Kapitel 7.2.2.). Aufgrund der notwendigen inhaltlichen Eingrenzung der Forschungsfrage, wird dies allerdings nicht ausführlicher beleuchtet. Der Fokus liegt auf den professionell Pflegenden, deren berufliche Sozialisation zwei Säulen hat. Zum einen die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zu Beginn des beruflichen Werdeganges und zum anderen die erlebte Berufspraxis. Letztere läuft bereits parallel zur Ausbildung ab, da die beruflichen Erfahrungen der Auszubildenden nicht durchgehend unter der Obhut und Einflussnahme der Ausbildungsverantwortlichen stattfinden[4], und nach Abschluss der Ausbildung durch die Berufsausübung als Gesundheits- und Krankenpfleger. Im Fokus der Masterthesis stehen die Ausbildung und deren Bedeutung für den späteren „Berufspraktischen Umgang mit wohnungslosen Patienten“. Aufgrund der heuristischen Hypothesen und der generierten Wissensbestände des Reviews soll betrachtet werden, ob Wohnungslosigkeit in der Ausbildung thematisiert wurde und welchen Einfluss dies auf den „Berufspraktischen Umgang mit wohnungslosen Patienten“ hat. Hat Unterricht zu dieser Thematik stattgefunden, ist es von Interesse, ob dieser ausschließlich theoretisch oder auch praktisch, untermauert von theoretischer Begleitung, stattgefunden hat. Letzteres ist erst durch die Ergebnisse der S. C. ins Blickfeld gerückt, da im international betrachteten Raum zahlreiche Projekte dieser Art beschrieben werden (Kapitel 4.4.2.). Die „Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege“, im Kontext derer Wohnungslosigkeit auf unterschiedliche Art oder gar nicht thematisiert worden sein kann, und die „Berufspraxis“ haben folglich darauf Einfluss, wie sich die „Person des Berufslebens“ entwickelt, wie sie in diesem Bereich sozialisiert wird, was untersucht werden soll. An dieser Stelle wird der Begriff der Sozialisation zum besseren Verständnis unter Berufung auf Nolting und Paulus definiert: „[…] [Es] geht […] um die Entstehung und Veränderung sozialen Verhaltens und sozialer Einstellungen, die für die Mitgliedschaft in einer Gesellschaft von Bedeutung sind. […] es [geht, d. Verf.] bei der Sozialisation um das Erlernen sozialer Dispositionen, also um relativ andauernde Veränderungen einer Person.“

[4] Prägend sind in diesem Kontext auch Kollegen und andere Mitglieder des therapeutischen Teams sowie Patienten und Angehörige.

(ebd.: 134). Nolting und Paulus greifen in ihrer Definition den Begriff der „sozialen Einstellung“ auf. Die Autorinnen verwenden den Begriff der Einstellung synonym mit dem Begriff der Haltung (s. dazu Fußnote Kapitel 2.) und verstehen dies, wie in eben dieser Fußnote beschrieben, im Sinne der „Drei-Komponenten-Konzeption“, die sowohl Nolting und Paulus (vgl. ebd.: 132 f.) wie auch Bierbrauer (Bierbrauer 2005) in ihren Werken aufführen. Letzterer führt diese auf Rosenberg und Hovland zurück und liefert eine anschauliche Abbildung:

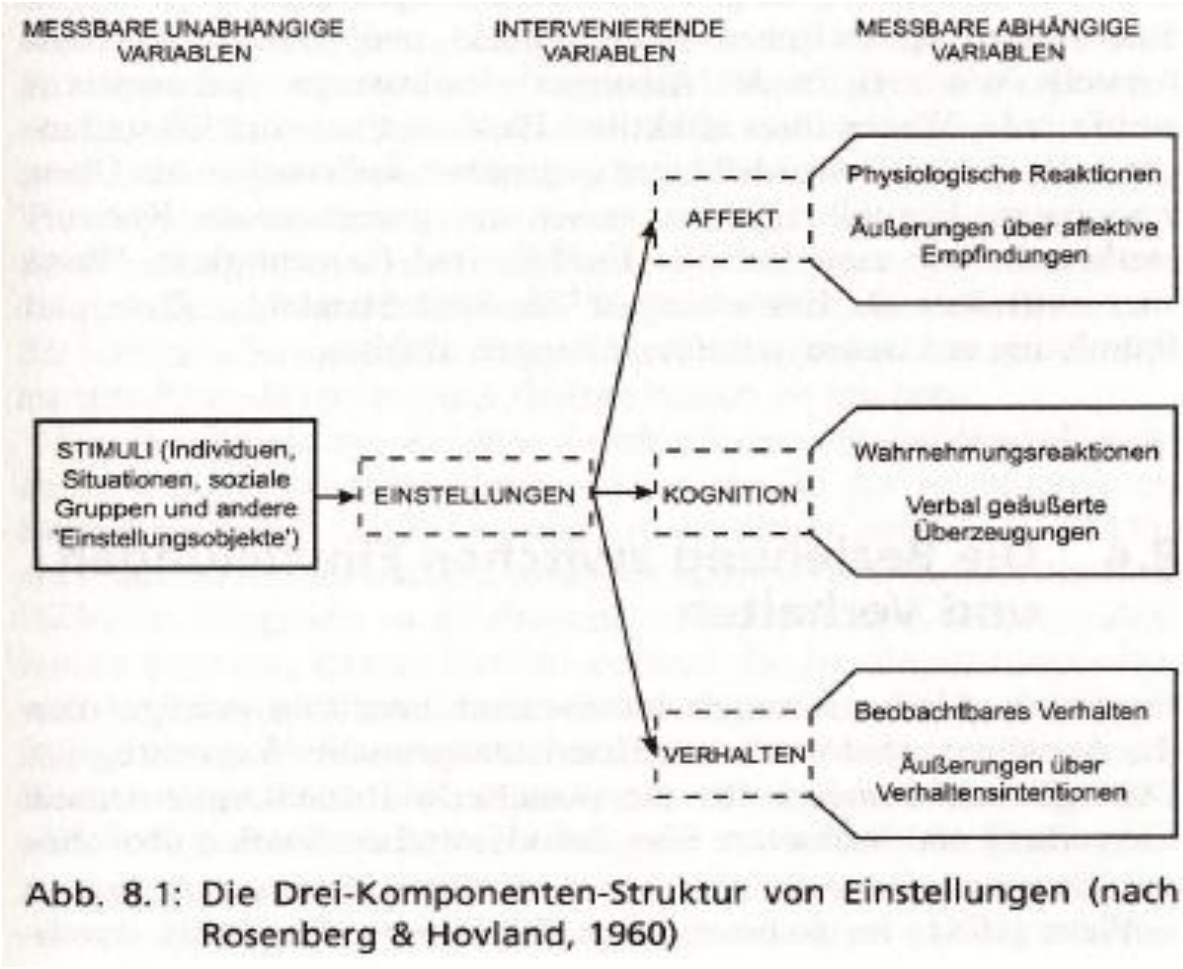


Abbildung 18: Drei-Komponenten-Konzeption
(Rosenberg, Hovland 1960 zit. n. Bierbrauer 2005: 141)

Deutlich wird hier, dass Einstellungen von unterschiedlichen Aspekten bzw. Personen wie z. B. sozialen Gruppen, wie die Gruppe der Menschen ohne Wohnung eine darstellt, stimuliert werden. Dies beeinflusst die Einstellung/Haltung der Menschen, was sich wiederum über drei Komponenten äußern kann. Bierbrauer verwendet den Begriff des Affektes, Nolting und Paulus sprechen an dieser Stelle von Emotion. Welche Haltung bzw. Einstellung ein Mensch hat, beeinflusst sein soziales Auftreten und sein soziales Miteinander,

also wie er mit anderen Menschen umgeht und wird wiederum, wie oben beschrieben, von seiner umfänglichen Sozialisation beeinflusst. Die Autorinnen vermuten also einen Kausalzusammenhang zwischen den im Falle der Masterthesis „Einstellungen/Haltungen gegenüber wohnungslosen Patienten“ und dem durchgeführten „Berufspraktischen Umgang mit wohnungslosen Patienten“. Es wird vermutet, dass dieser sowohl „positiv“ wie „neutral“ oder „negativ“ sein kann.

Der hier beschriebene Kausalmechanismus beinhaltet alle heuristischen Hypothesen und Forschungsfragen und ist handlungsleitend für die Konzeption des Auswertungsrasters als Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse (Kapitel 7.3.2.). Hier soll nochmal darauf hingewiesen werden, dass ein solcher Kausalmechanismus hypothetisch ist und der Orientierung dient. Es geht nicht darum, diesen zu veri- bzw. falsifizieren, sondern darum, die zu untersuchenden Inhalte entsprechend der Vorannahmen und des Vorwissens zu fokussieren (vgl. Gläser, Laudel 2010: 78). Dies schließt ein Überprüfen der Sinnhaftigkeit des Kausalmechanismus allerdings nicht aus (vgl. ebd.: 207). Durch das gemeinsame Erstellen und Durchdenken dieses Mechanismus durch die zwei Verfasserinnen dieser Qualifikationsarbeit und der Besprechung dessen innerhalb eines Kolloquiums wird er als sinnhaft erachtet, so dass er als Grundlage für die Konzeption des Auswertungsrasters genutzt werden kann.

7.3.2. Vorbereitung der Extraktion (gemeinsam)

Im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse stellt die Vorbereitung der Extraktion einen wichtigen Handlungsschritt dar. Hier gilt es, das weitere Vorgehen, vor allem die Extraktion methodisch und regelgeleitet zu planen und zu explizieren. Dies dient der Nachvollziehbarkeit der Untersuchungsschritte durch Dritte und letztendlich der Absicherung der Ergebnisse vor der Scientific Community.
Gläser und Laudel beschreiben in Ihrem Werk eine Dreiteilung dieses Handlungsschrittes:

- Inhaltliche Vorbereitung
- Methodische Vorbereitung
- Technische Vorbereitung

(vgl. Gläser, Laudel 2010, 206-211)

Inhaltliche Vorbereitung

Im Sinne Gläser und Laudels dient die inhaltliche Vorbereitung der Extraktion der Vergegenwärtigung des bestehenden Gesamtwissens bezüglich der Forschung/Untersuchung (vgl. ebd.: 208). In der hier durchgeführten Untersuchung sind die Erkenntnisse der vorangegangenen Bachelorarbeit (Salvini-Plawen, Thomauske, 2014) sowie die Ergebnisse des vorab durchgeführten Reviews zu beachten. Da auch theoretische Vorüberlegungen einbezogen werden sollen, können die im Vorfeld generierten heuristischen Hypothesen (Kapitel 2.) verwendet werden (vgl. Gläser, Laudel 2010, 206). Einige der im Vorfeld getätigten Überlegungen können sich im Verlauf der Extraktion möglicherweise als falsch erweisen. Diese sind aber trotzdem zur Generation eines theoretischen Modells für die Extraktion im Vorfeld nötig, um im späteren Forschungsverlauf keine großen und vermeidbaren Veränderungen vornehmen zu müssen (vgl. ebd.: 208).

Für die geplante Datenauswertung wird ein Suchraster benötigt, welches bei der Identifizierung und Beschaffung der Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage helfen soll. An dieser Stelle soll wiederholt darauf hingewiesen werden, dass im Sinne der Offenheit der qualitativen Forschung das erstellte Suchraster zu jeder Zeit im Extraktionsverlauf offen sein muss für die Aufnahme neuer Kategorien oder deren Ausprägung, welche nicht unter bereits definierte Aspekte des Rasters subsumiert werden können (vgl. ebd.: 206). Das Raster ermöglicht es, die vorliegenden relevanten, für die Beantwortung der Forschungsfragen wichtigen Informationen von den unwichtigen zu trennen. Um diesen Prozess zu unterstützen, müssen sich an diesem Punkt der Untersuchung die zugrundeliegenden Forschungsfragen und Problemfelder erneut vergegenwärtigt werden. Innerhalb dieser empirischen Untersuchung wurden im Vorfeld der Experteninterviews Vorüberlegungen (heuristische Hypothesen) angestellt (Kapitel 2.) und diese im Verlauf zu einem theoretischen Modell verarbeitet. Dieser nach Gläser und Laudel benannte Kausalmechanismus mit Variablen bzw. Einflussfaktoren (Kapitel 7.3.1.) repräsentiert die Forschungsfrage (vgl. Gläser, Laudel 2010, 206). Aufbauend auf den individuellen und subjektiven Annahmen der Forscherinnen sowie den Ergebnissen der gesamten Literaturrecherche und ihrem jeweiligen Vorwissen, lässt sich dann ein Suchraster konstruieren, welches die gewünschten Ergebnisse liefern soll.

Zusammenfassend bedeutet das nach Gläser und Laudel, dass die Forschungsfrage und der auf dieser beruhende Kausalmechanismus die

Grundlage für die Erstellung des Extraktionssuchrasters und die sich anschließende Auswertung bilden (vgl. ebd.).

Für diese Qualifikationsarbeit und ihre Forschungsfragen lassen sich in diesem Sinne drei Dimensionen, aufbauend auf dem bereits dargelegten Kausalmechanismus, ausmachen. Diese werden nun kurz mit ihrem jeweiligen Inhalt dargestellt. Im weiteren Verlauf gilt es, diesen Dimensionen im Rahmen des zu generierenden Suchrasters Kategorien zuzuordnen. Die Variablen, welche die Kategorien beschreiben, ergeben sich im Späteren durch die Informationen aus den einzelnen Experteninterviews.

1. Dimension:

Die **Haltungen und Einstellungen** der professionell Pflegenden gegenüber der Gruppe der wohnungslosen Menschen und Patienten soll erforscht werden.

Inhalt:

- das durch Sozialisation und persönliche Erfahrungen erlangte Vorwissen
- die Sicht auf die Wohnungslosen außerhalb der Arbeitsstelle (Privatperson)
- Die Sicht auf die Wohnungslosen innerhalb des Krankenhauses (Person des Berufslebens)

Soll bei der Beantwortung der 1. Forschungsfrage helfen:

- Welche Einstellungen haben professionell Pflegende gegenüber wohnungslosen Menschen?

Dazu existierende heuristische Hypothese der Forscherinnen:

- Die Haltung/Einstellung der Pflegenden ist entscheidend für ihren Umgang und die Versorgung von Wohnungslosen.

2. Dimension:

Das Thema ist hier der **berufspraktische Umgang** der professionell Pflegenden im Krankenhaus mit der Gruppe der wohnungslosen Patienten.

Inhalt:

- Erkrankungen des Patientenklientels
- Pflegerische Tätigkeiten des Pflegepersonals bei der Versorgung der Wohnungslosen
- Positive sowie negative Erfahrungen
- Informationen, zu den die pflegerische Versorgung beeinflussenden Rahmenbedingungen

Soll bei der Beantwortung der 2. Forschungsfrage helfen:

- Wie beschreiben professionell Pflegende ihren eigenen berufspraktischen Umgang mit wohnungslosen Patienten?

Dazu existierende heuristische Hypothese der Forscherinnen:

- Der Umgang mit Wohnungslosen im stationären Kontext ist konflikt-/problembelastet von Seiten der Pflegenden.

3. Dimension:

Betrachtung der **Ausbildung in Bezug auf die Gruppe** der Patienten ohne festen Wohnsitz.

Inhalt:

- Wurde diese Patientengruppe in der Ausbildung thematisieret?
- Ist es den Pflegenden wichtig, erscheint es notwendig diese Gruppe zu thematisieren?
- Wie sollte das Thema in der Ausbildung behandelt werden?

Soll bei der Beantwortung der 3. Forschungsfrage helfen:

- Wie beurteilen professionell Pflegende ihre Ausbildung hinsichtlich der berufspraktischen Versorgung wohnungsloser Patienten im stationären Kontext?

Dazu existierende heuristische Hypothesen der Forscherinnen:

- Der konflikt-/problembelastete Umgang der Pflegenden ist in der Pflegeausbildung mitbegründet.
- Zur Ausbildung positiver Einstellungen bei zukünftig professionell Pflegenden bedarf es der Erlangung praktischer Erfahrung im Rahmen der Ausbildung mit der Gruppe in ihrer Lebenswelt, begleitet durch positiv

eingestellte Schulpädagogen und professionelle Experten aus der Lebenswelt der Wohnungslosen

- Auszubildende benötigen ergänzend fundiertes theoretisches Hintergrundwissen.
- Wenn dies in der Ausbildung stattgefunden hat, setzen zukünftige Pflegende ihre veränderte Sicht/Haltung auch im stationären Arbeitsfeld um.

Im weiteren Verlauf geht es darum, die Expertenantworten aus den Interviews systematisch zu bearbeiten und durch Zusammenfassungen und Schlagwörter den untersuchungsrelevanten, im Vorfeld generierten, Kategorien der einzelnen Dimensionen zuzuweisen. Dies gelingt durch theoriegeleitete Kategorien und Indikatoren, welche die Identifizierung von Sinneinheiten ermöglichen. Ein Interviewabsatz kann hierbei mehrere Sinneinheiten enthalten. All dies (Zuordnung und Kategorienwahl) muss dabei nachvollziehbar sein. Beides darf nicht auf willkürlichen Entscheidungen und intuitiv geschehen. Die gewählten Kategorien benötigen eine eindeutige und klare Definition, um eine scharfe Abgrenzung der Kategorien untereinander zu gewährleisten und keine Zuordnungsprobleme während des Extraktionsprozesses zu entwickeln.
Hat man das Suchraster im Sinne Gläser und Laudels konstruiert, empfehlen diese, die gefundenen Dimensionen und Kategorien erneut vor ihrer Anwendung innerhalb der Extraktion auf die folgenden Punkte hin zu überprüfen:

- Sind sie in ihrer gewählten Form anwendbar?
- Wurde ein Aspekt nicht in die Vorüberlegungen einbezogen, der wichtig für die Auswertung ist?
- Sind die gewählten Definitionen eindeutig?

(vgl. ebd.: 206 f.)

Ausgehend von diesen Überlegungen konnten im Vorfeld der Extraktion einige Kategorien erstellt werden, welche die oben genannten Dimensionen erläutern und durch Informationen der Interviewpartner beschreiben sollen. Somit dienen sie der Beantwortung der Forschungsfragen.

Kat. Nr.	Kategorie
1. Dimension	
K 1	Vorwissen der professionell Pflegenden in Bezug auf wohnungslose Patienten
K 2	Haltung/Einstellung der Pflegenden gegenüber wohnungslosen Menschen
K 3	Haltung/Einstellung der Pflegenden gegenüber wohnungslosen Patienten
2. Dimension	
K4	Erkrankungen der Wohnungslosen
K5	Tätigkeiten der professionell Pflegenden in der Versorgung wohnungsloser Patienten
K6	Positive Erlebnisse der Pflegenden mit wohnungslosen Patienten
K7	Negative Erlebnisse der Pflegenden mit wohnungslosen Patienten
K8	Rahmenbedingungen der jeweiligen Institution, welche die Versorgung beeinträchtigen
3. Dimension	
K9	Wohnungslosigkeit als Ausbildungsinhalt
K10	Wohnungslosigkeit als festgelegter Inhalt der Ausbildung
K11	Ausbildungsgestaltung

Tabelle 17: Übersicht der anfänglich vermuteten Kategorien (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Die ersten drei Kategorien werden der ersten Dimension zugeordnet, die Kategorien vier bis acht der zweiten und die letzten drei Kategorien gehören zu der dritten Dimension.

Die Prüfung des Suchrasters auf seine Tauglichkeit muss an dieser Stelle auf das ursprüngliche Modell bezogen werden, da zu dieser Zeit die eigentliche Auswertung des Materials im Sinne der Extraktion noch aussteht. Diese Überprüfung ist daher wichtig und sinnvoll, als eine Ausgrenzung oder Streichung von Faktoren aus der Analyse aufgrund der empirischen Erhebung als nicht

zulässig zu betrachten ist (vgl. ebd.: 207). Auch muss hier das Prinzip der Offenheit für den gesamten Extraktionsverlauf gelten.
Die Güte der gewählten Definitionen der Kategorien lässt sich daran messen, ob sie es zustande bringen, die untersuchungsrelevanten Phänomene zu identifizieren und eine theoretische sowie empirische Abgrenzung derer voneinander zu ermöglichen. Praktisch wird dieser Aspekt in der Durchführung der Extraktion deutlich. Es würden sich Zuordnungsprobleme oder unklare Abgrenzungen voneinander schnell als praktisches Problem im Untersuchungsprozess zeigen (vgl. ebd.). Hier wird aber durch ein trennscharfes Kategoriensystem erhofft, die jeweiligen Textabschnitte zweifelsfrei zuordnen zu können. Die erstellten Definitionen zu den einzelnen Kategorien werden im folgenden Kapitel beschrieben.

Methodische Vorbereitung

Die methodischen Vorbereitungen sind nach Gläser und Laudel eher praktischer Natur. Sie beschreiben und planen das untersuchungspraktische Vorgehen.
Hier gilt es:

- Das auszuwertende Material zu fixieren
- Eine Festlegung der Analyseeinheit zu treffen
- Eine Festlegung methodischer Überlegungen zum konkreten Vorgehen bei der Extraktion durch mehrere Personen, in diesem Fall zwei Forscherinnen, zu treffen

(vgl. ebd.: 209)

Das auszuwertende Material beinhaltet alle sieben durch die beiden Forscherinnen geführten Interviews. Also konkret die durch Dritte erstellten Transkripte der Interviews (vgl. ebd.). Keines der geführten Interviews musste im Vorfeld von der Analyse ausgeschlossen werden. Weitere Texte wurden nicht für die Extraktion innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse verwendet, waren jedoch im Vorfeld nötig als Basis der Hypothesen- und Forschungsfragengeneration.
Zur Extraktion von Informationen aus Texten, hier aus Interviewtranskripten, muss laut Gläser und Laudel im Vorfeld eine Analyseeinheit festgelegt werden, um Daten regelgeleitet extrahieren zu können und Sinneinheiten innerhalb der Aussagen der Interviewpartner zu schaffen (vgl. ebd.: 210). In den vorliegenden Transkripten wurde aufgrund der besseren Lesbarkeit und der Transkription durch Dritte, nicht an der Untersuchung Beteiligten, davon Abstand genommen, Themenwechsel durch Absätze kenntlich zu machen. Ein Absatz wurde bei

jedem Sprecherwechsel vollzogen. Somit kann ein Absatz mehrere Sinneinheiten enthalten, die es gezielt zu extrahieren und zuzuordnen gilt. Das genutzte Auswertungsprogramm MaxQDA beziffert die Absätze entsprechend.

Weiterhin ist es von entscheidender Bedeutung für die Güte einer Forschungsarbeit, dass die basierend auf dem Interviewmaterial getätigten Aussagen jederzeit den Originalquellen zuzuordnen sein müssen. Dies garantiert, dass es sich um nachweisbare Fakten/Aussagen und nicht um Ideen und Ausschmückungen der Forscher handelt. Weiterhin können die Forscherinnen anhand dieser Zuweisung jederzeit auf die Originalquelle zurückgreifen, um ihre Extraktion zu überprüfen (vgl. ebd.: 218).

Eine Besonderheit dieser Untersuchung stellt die Durchführung durch zwei Forscherinnen dar. In die Extraktion fließen, wie bereits beschrieben, ihre jeweiligen individuellen Verstehens- und Interpretationsansätze ein. Auch für die qualitative Forschung wird eine hohe „Interkoder-Reliabilität“, das bedeutet ein Mindestmaß an Übereinstimmung bei der Ergebniserhebung zwischen verschiedenen Forschern, welche identische Regeln für die Extraktion anwenden, gefordert. Abweichende Interpretationsansätze unter den verschiedenen Forschern können im Sinne Gläser und Laudels aber auch hilfreich sein, um das Verständnis der Forschungsfragen zu vergrößern. Da die Interpretation in der qualitativen Inhaltsanalyse in verbal beschreibender Form stattfindet, ist ihrer Meinung nach eine vollständige, regelgeleitete Übereinstimmung im Sinne der „Interkoder-Reliabilität“ nicht zu erreichen (vgl. ebd.: 210). Um eine hohe Interkoder-Übereinstimmung bei der Extraktion der Informationen zu erreichen, empfehlen Gläser und Laudel die Auswertungskategorien mit allen an der Auswertung Beteiligten gemeinsam zu erstellen (vgl. ebd.). Diese Empfehlung haben die Autorinnen dieser Qualifikationsarbeit konsequent beachtet und das Suchraster gemeinsam erarbeitet.

Weiter sagen Gläser und Laudel, dass, um Zuordnungsprobleme oder ein voneinander abweichendes Vorgehen verhindern zu können, vorformulierte „Extraktionsregeln“ hilfreich sind (vgl. ebd.: 208). Es werden im Vorfeld einige Extraktionsregeln für diese Untersuchung formuliert. Die Extraktionsregeln beziehen sich an dieser Stelle auf das Vorgehen von zwei Forscherinnen.

Extraktionsregeln:

- Einzelnes Lesen des gesamten Textes (Interviewtranskript)
- Eigenständiges, theoriegeleitetes Zuordnen der jeweiligen Gesprächsinhalte zu den erstellten Kategorien (anhand der Definitionen dieser)
- Markierung „neuer" Aspekte

Danach:

- Gemeinsamer Abgleich der Zuordnungen
- Gemeinsame Besprechung von Redundanzen, Abweichungen und „neuer" Kategorien sowie Formulierung zugehöriger Variablen

Technische Vorbereitung

Für die Extraktion genutzt wird die Auswertungssoftware MaxQDA. Sie ermöglicht es, Kategorien als Codings und ihre zugehörigen Variablen als Subcodings anzulegen. Dadurch gelingen eine systematische Bündelung der Informationen aus den Interviews und eine Informationsauswertung anhand des im Vorfeld erstellten Suchrasters. Zusätzlich werden durch die Software alle Codings und Subcodings mit der genauen Beschreibung ihrer Fundstelle versehen. Dies dient der Nachvollziehbarkeit der Aussagen und ist wichtig im Sinne des qualitativen Forschungsparadigmas und der Tatsache, dass es den Forschern innerhalb dieses nicht erlaubt ist, Informationen für das Suchraster zu verwenden, welche nicht innerhalb der Originalquellen gefunden werden.

7.3.3. Extraktion (gemeinsam)

Bei der Extraktion von Daten handelt es sich um ein organisiertes und regelgeleitetes Reduzieren der vorliegenden Datenmenge. Gläser und Laudel beschreiben dies wie folgt:

> „Wir lesen einen Textabsatz, interpretieren ihn und entscheiden auf dieser Grundlage, welcher Auswertungskategorie die Informationen zuzuordnen sind und wie wir Informationen am besten zusammengefasst wiedergeben. Extrahieren bedeutet also, ununterbrochen Entscheidungen zu treffen."
> (Gläser, Laudel 2010: 218).

Im Falle dieser Masterarbeit handelt es sich bei der zu analysierenden Datenmenge um die Informationen aus den sieben vorangegangenen Interviews. Die selbst geführten Interviews wurden zunächst von den Autorinnen gemäß den im Vorkapitel festgelegten Extraktionsregeln gelesen und aufbereitet.

Extraktionsregeln ermöglichen eine intersubjektive Überprüfbarkeit der Vorgehensweise (vgl. Gläser, Laudel 2010: 220). Diese erste Aufbereitung wurde methodisch aus der Überlegung heraus so geplant, da man sich in die Gesprächssituation der eigenen Interviews gut hineinversetzen, die Aussagen im Kontext des Interviews nachvollziehen und somit die Informationen gut den Kategorien zuordnen konnte.

Die Aufbereitung der Texte geschah anhand farblicher Markierungen in jeweils einer Kopie des Originaltranskriptes (Word Dokument). Das bedeutet, dass beide Untersucherinnen jeweils die von ihnen geführten drei bzw. vier Interviews in einem ersten Schritt für sich alleine bearbeitet haben. Informationen, welche zur Beantwortung der drei Forschungsfragen dienen, werden identifiziert und dem Suchraster zugeordnet (vgl. ebd.: 212). Das Suchraster beruht, wie bereit beschrieben, auf dem Vorwissen und den Vorannahmen der Untersucherinnen. Wichtig war im Vorfeld dieses ersten Extraktionsschrittes eine gemeinsame Festlegung von Farbzuordnungen zu den einzelnen Kategorien. Dadurch wurde eine schnelle und eindeutige Zuordnungsbarkeit ermöglicht. Neue Informationen oder Unstimmigkeiten wurden ebenfalls gekennzeichnet. Dieses Vorgehen erschien deshalb sinnhaft, da bei sieben Interviews mit einer Durchschnittslänge von ca. 30 Minuten eine überschaubare Datenmenge vorlag. Durch dieses Vorgehen wurde die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevante Literatur von solchen Aussagen, welche nicht die Thematik betrafen, getrennt. Qualitative Interviews liefern eine Fülle an Informationen, auch solche, welche keine Relevanz für die eigentliche Untersuchung haben. Das ist den Interviewpartnern, hier den Experten der professionell Pflegenden im Krankenhaus, und ihrem jeweiligen Redefluss sowie ihrem Mitteilungsbedürfnis/ihrer Mitteilungsbereitschaft geschuldet.

An diesen ersten Schritt anschließend wurden die markierten und vorbearbeiteten Interviews durch die jeweils andere Forscherin gelesen und sich mit den Markierungen und Gedankengängen ihrer Kollegin vertraut gemacht. Die eigentliche, finale Extraktion der Informationen wurde dann wiederum gemeinsam durch beide Forscherinnen anhand der Auswertungssoftware MaxQDA und im gemeinsamen Dialog vorgenommen. Dabei wurden kontinuierlich die Anmerkungen und Zuordnungen der einzelnen Forscherinnen in ihren Kopien der Transkripte (Word Dokumente) miteinander abgeglichen. Dies ließ sich durch die unterschiedliche farbliche Codierung der einzelnen Kategorien und dadurch einfache Visualisierung effektiv durchführen.

Bei der gemeinsamen Überprüfung der zugeordneten Informationen zeigten sich überwiegend Übereinstimmungen bei der Identifizierung der Themenwechsel der Interviewpartner im Interviewverlauf. Abweichungen bei der Zuordnung wurden gemeinsam besprochen und sich auf eine Sinneinheit geeinigt, indem der Kontext des jeweiligen Textabschnittes im vorliegenden Transkript sowie die Gesprächssituation, in welcher die Aussage getätigt wurde, miteinbezogen wurden. Dadurch ergeben sich die im Folgenden tabellarisch dargestellten Kategorien mit ihren Definitionen, wie sie bereits im Vorfeld der Extraktion erstellt wurden. Kategorie neun (K 9: Prägende Erlebnisse/Begegnungen/Erkenntnisse) wurde erst im Laufe der Extraktion hinzugenommen, sie wurden aus den Aussagen der Interviewpartner generiert. Einige (vier von sieben) der Interviewten schilderten besonders einschneidende/beeindruckende Erlebnisse mit wohnungslosen Patienten, welche sie teilweise noch Jahre später erinnerten. Dieser Aspekt wurde so im Vorfeld nicht erwartet und stellt eine neue eigenständige Kategorie der zweiten Dimension dar. Dadurch hat sich die Bezifferung der danach folgenden Kategorien geändert. Die Kategorien werden in der nachfolgenden Tabelle definiert und mit Ankerbeispielen belegt. Im Rahmen der ersten Kategorie (K 1: Vorwissen) kam es ebenfalls zu einer inhaltlichen Ergänzung. Das durch Medien beeinflusste Vorwissen war den Forscherinnen im Vorfeld nicht bewusst.

1. Dimension:

Kat. Nr.	Kategorie	Definition der Kategorie	Ankerbeispiele
K 1	Vorwissen	Das im Rahmen der individuellen Sozialisation und aufgrund persönlicher Erfahrungen erlangte Vorwissen/erlangte Annahmen gegenüber der Gruppe der wohnungslosen Menschen. Ergänzt: durch Medien erlangtes Vorwissen	„[…] als mal vermehrt Obdachlose im Winter verstorben sind so ein relativ großes Medieninteresse daran, mal kurzzeitig, und das habe ich verfolgt und da habe ich schon relativ viel darüber auch erfahren was es da für unterschiedliche Gründe für Obdachlosigkeit z. B. gibt. Oder auch ob die alle Alkoholiker sind oder auch nicht, oder auch welche Nationalität die haben. Das habe ich halt verfolgt […].“ (B1-A7)
K 2	Haltung/Einstellung gegenüber wohnungslosen Menschen	Emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Komponenten der der sozialen Einstellung der Privatpersonen (vgl. „Drei-Komponenten-Konzeption, Kapitel 7.3.1.) in Bezug auf Menschen ohne jegliches Obdach.	„Ja irgendwie war das für mich immer ein ganz interessantes Thema und einfach genauso ein Mensch wie jeder andere auch.“ (B6-A79) „Also ich bin eigentlich glaube ich von Natur aus eher ein Mensch der jeden erst mal so akzeptiert wie er ist. Wenn er sich für den Weg einer Obdachlosigkeit oder Wohnungslosigkeit entscheidet, soll er das machen.“ (B2-A76) „[…]weswegen ich da vielleicht auch absolut überhaupt gar kein Verständnis habe, weswegen man da so abrutschen kann.“ (B5-A59) „Also nichts, nichts, kein negatives Gefühl. Natürlich auch kein positives Gefühl ich kenne die Leute ja nicht. Mich persönlich stört das auch nicht im, im Stadtbild, also seit dem ich da wohne sind die auch da. Also die gehören im Prinzip dazu.“ (B3-A17)

Kat. Nr.	Kategorie	Definition der Kategorie	Ankerbeispiele
K 3	Haltung/Einstellung gegenüber den wohnungslosen Patienten	Emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Komponenten der der sozialen Einstellung der Personen im Berufsleben (vgl. „Drei-Komponenten-Konzeption, Kapitel 7.3.1.) in Bezug auf Patienten ohne jegliches Obdach.	„Also ich finde das eigentlich immer interessant was die so zu erzählen haben.“ (B1-A27) „Und ich mag dass echt total gerne, so dieses entspannte, lockere, von mir aus können die mich auch duzen.“ (B6-A63) „Aber prinzipiell versuche ich erst mal jeden so hinzu, anzunehmen wie die halt vor mir stehen. Ohne mir da von vornherein ein Vorurteil zu machen.“ (B2-A63) „Also in erster Linie denkt man erst mal (stöhnen) nicht schon wieder einer, das ist so der erste Gedanke den sich die Patienten vorstellen. Wenn man halt weiß ja halt genau die sind meistens anstrengend und will nicht alle über einen Hut kehren aber die meisten sind auch irgendwie anstrengend, weil meistens nicht so furchtbar viel Intellekt einfach da ist, dann ist die Kommunikation schwierig, weil die nie, wenig Verständnis für die Krankheit ja auch da ist und .. dann wollen die immer auch relativ viel haben, medizinisch gesehen und wir sind halt auch nicht immer ein Hotel.“ (B2-A61)

Tabelle 18: Kategorien, Definitionen und Ankerbeispiele Dimension 1 (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

2. Dimension:

Kat. Nr.	Kategorie	Definition der Kategorie	Ankerbeispiele
K 4	Erkrankungen	Krankheitsbilder der wohnungslosen Patienten.	„Also die können von einer Appendizitis bis ne CA Geschichte, weil sie irgendwo umgekippt sind oder sonst irgendwas, einen Zufallsbefund haben kommen die, die kommen aber eher weniger mit Lappalien. Also wenn sie kommen, dann kommen sie weil sie krank sind und nicht weil sie jetzt ein Magengrummeln sag ich mal haben. Also das ist, wenn sie was, wenn sie kommen dann sind die auch krank. Also dann haben die auch wirklich etwas, was zumindest stationär behandelt werden muss. Ja und bei Drogenabhängigen ist es dann doch eher Spritzenabszess oder so womit sie dann kommen, was sie halt selber nicht mehr draußen behandelt kriegen.“ (B4-A19)
K 5	Tätigkeiten	Handlungen im Rahmen pflegerischer Versorgung (Grund- und Behandlungspflege) der Patientengruppe im stationären Setting durch professionell Pflegende.	„Das kommt immer darauf an ob die jetzt wach sind oder z. B. so massiv erkrankt, dass die intubiert sind und man im Grunde pflegerisch mit denen mehr oder weniger machen kann was man möchte. Wenn die wach sind hat man auch oft das Bedürfnis massive körperpflegerische Maßnahmen durchzuführen, weil die da oft wirklich schmutzig sind, verfilzte Haare z. B. oder einfach auch dreckige Füße und die dann gerne waschen möchte.“ (B1-A21) „[…] aber pflegerisch was sie brauchen, was sie aufgrund ihrer Erkrankung brauchen ist die Behandlung immer gleich.“ (B4-A23) „[…] man da irgendwie ne ganz anderen, ganz andere

Kat. Nr.	Kategorie	Definition der Kategorie	Ankerbeispiele
			Herangehensweise benutzen muss als bei anderen Patientengruppen.“ (B1-A23) „[…] und ich habe dann auch schon jemanden unter die Dusche gesteckt, weil es einfach für mich auch nicht erträglich war […].“ (B2-A39) „[…] wenn die auch wirklich nach irgendwelchen Hilfsangeboten fragen, nach Übernachtungsmöglichkeiten oder einem Entzug oder irgendwie so was, dann da natürlich auch drauf eingehen zu können. Ist auch wichtig aber ich denke mal das ist auch möglich.“ (B1-A33)
K 6	Positive Erlebnisse	Berichte der professionell Pflegenden, die durch positive Verhaltensweisen der wohnungslosen Patienten gekennzeichnet sind.	„Also so man, man fühlt sich ja selber auch gut, dass man jetzt mal was Gutes gemacht hat.“ (B2-A89) „Also ich fand es halt sehr positiv das er in dem Moment scheinbar ja auch das Vertrauen in mich gehabt hat mit mir darüber zu sprechen, weil ich bin ja trotzdem eine fremde Person für ihn. Das fand ich halt vor allen Dingen positiv.“ (B2-A55) „Gepflegte Kleidung, gepflegtes Äußeres. Also das war, das ist das was mir spontan eingefallen ist. Der hat sehr auf sich geachtet.“ (B3-A39) „[…]hier haben sie ein Paar Handtücher, Waschlappen, Zahnbürsten, ein Kamm. Da sind die eigentlich immer sehr freundlich und sagen, ach das ist aber nett das sie mir das geben. Wo andere Patienten dann sagen, ja

Kat. Nr.	Kategorie	Definition der Kategorie	Ankerbeispiele
			das ist ja das Mindeste das sie mir das geben. Also da habe ich eher die Erfahrung das sie sehr dankbar dafür sind, dass sie doch noch was kriegen […]“ (B4-A29)
K 7	Negative Erlebnisse	Berichte der professionell Pflegenden, die durch negative Verhaltensweisen der wohnungslosen Patienten gekennzeichnet sind.	„[…]wenig Verständnis für die Krankheit ja auch da ist und .. dann wollen die immer auch relativ viel haben […].“ (B2-A61) „Wenn man dann natürlich jemanden hat der dann immer wieder meckert und äh will ich nicht und mach ich nicht und brauch ich nicht. Man ist ja da um denen zu helfen und wenn man dann da irgendwie nicht so wirklich seinen Job erledigen darf, das ist dann schade.“ (B7-A55) „Ich mein keiner freut sich darüber wenn man jetzt ins Zimmer kommt und es riecht bis was weiß ich wohin nach allen möglichen Körperflüssigkeiten oder alles was der Körper ausscheiden kann. Das ist natürlich für keinen angenehm […].“ (B7-A51)
K 8	Rahmenbedingungen	Institutionelle Rahmenbedingungen, welche das pflegerische Handeln in Bezug zu dieser Patientengruppe beeinflussen.	„[…] ich glaub Zeit spielt da eine große Rolle mit und wie viel Zeit man sich auch einfach nehmen möchte.“ (B6-A47) „[…] fand ich gut, dass es da die Möglichkeit im (Auslassung Krankenhausname) gab. Das es da eine Waschmaschine gab, weil in (Auslassung Krankenhausname) wüsste ich jetzt nicht wie ich den Leuten da mal saubere Sachen geben kann. Da haben wir so Papierkleidung, das kann ich den geben, ja das war es dann aber auch.“ (B2-A87)

Kat. Nr.	Kategorie	Definition der Kategorie	Ankerbeispiele
K 9	Prägende Erlebnisse/ Begegnungen/ Erkenntnisse	Besondere Einzelbegegnungen mit wohnungslosen Patienten, welche von professionell Pflegenden als herausstechend und lange im Gedächtnis verbleibend beschrieben werden.	„[…]ich hab den so bewundert weil ich das Gefühl hatte obwohl er in der Situation steckt in der er nun mal steckt, ruht er so in sich. Das hätte ich halt nie gedacht, der war so, der saß da und der schien ja damit irgendwie im Reinen zu sein und diese Erfahrung zu machen fand ich sehr positiv und lehrreich. Also das machen, also manchmal da gibt es so was ist auch sehr heilsam für sich selbst, gerade wenn man noch ja relativ jung ist irgendwie man so auf dem Schirm hat, ey Mädl, gibt halt auch Leute die müssen unter ganz, was heißt die müssen, aber die Leben unter ganz anderen Bedingungen und dieser Mann ist mir so nachhaltig irgendwie in Erinnerung geblieben und dann hat die Kollegin ihm auch noch Brötchen eingepackt hinterher als der gegangen ist und so und das war für den wunderbar und das ist mir so. Ich weiß noch genau in welchem Zimmer das war und wie der aussah und so, weil der so was ausgestrahlt hat was ich niemals mit obdachlosen Patienten in Verbindung bringen würde und die sind ja häufig verbittert und irgendwie so resigniert und das war bei dem überhaupt nicht so und das fand ich so... wirklich beeindruckend.“ (B5-A47) „Ja und ich hatte das Gefühl der Mann hat mir jetzt gerade in fünf Minuten so viel beigebracht was mir keiner sonst so durch Worte, und sei doch zufrieden mit dem was du hast, ja klar. Aber wenn dann jemand da sitzt und das so und du denkst hä, hallo was willst du eigentlich, das war so heilsam […].“ (B5-A51)

Tabelle 19: Kategorien, Definitionen, Ankerbeispiele Dimension 2 (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

3.Dimension:

Kat. Nr.	Kategorie	Definition der Kategorie	Ankerbeispiele
K 10	Wohnungslosigkeit als Ausbildungsinhalt	Praktische und theoretische Ausbildungsinhalte bezogen auf diese Patientengruppe innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung nach der Ausbildungsrichtlinie aus dem Jahre 2004.	„Also in der theoretischen Ausbildung auf gar keinen Fall.“ (B1-A47) „[…] wirklich in einer großen Gruppe in dieses Haus und sind dadurch gelaufen. Uns wurden Räume gezeigt, der Aufenthaltsraum gezeigt. Es waren Obdachlose da […].“ (B6-A65)
K 11	Wohnungslosigkeit als festgelegter Inhalt der Ausbildung	Meinung und Empfehlung professionell Pflegender bezüglich curricular verankerter Inhalte zu wohnungslosen Patienten im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.	„Was bräuchten die? Nen Einsatz.“ (B6-A87) „Ich denke so Einsätze sollte man eigentlich verpflichten, dass es nicht nur die, heile Welt im Krankenhaus gibt, die saubere Welt, sondern dass da auch was anderes kommen kann.“ (B6-A87) „Ich finde generell, dass man Input dazu braucht.“ (B4-A41)
K 12	Ausbildungsgestaltung	Meinung und Empfehlung professionell Pflegender bezüglich der Ausgestaltung des Unterrichtes zu wohnungslosen Patienten im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.	„Wo man, ich glaube ich fänd wichtig das es irgendwie so stattfindet das die Auszubildenden positiven Kontakt zu den Leuten knüpfen. Wenn die Leute irgendwo hingehen und sagen okay ich möchte jetzt Hilfe, dann sind die ja auch, dann kann man mal positiv ins Gespräch kommen und ich glaube das ist wichtig um dann hinterher ein Verständnis aufbauen zu können um dann auch guten Kontakt mal im Krankenhaus zu haben.“ (B5-A73)

Tabelle 20: Kategorien, Definitionen und Ankerbeispiele Dimension 3 (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Extrahiert werden dürfen nach Gläser und Laudel nur Informationen, die sich im Text finden lassen. Eigene Vermutungen etc. dürfen aufgenommen, müssen aber als solche kenntlich gemacht werden (vgl. ebd.: 217). Durch die Verwendung der Interpretationssoftware ist es den Untersucherinnen jederzeit möglich, die jeweilige Extraktion der Originalfundstelle im Text zuzuweisen. Dadurch kann zu jedem Zeitpunkt der Inhaltsanalyse auf die Fundstelle und ihren Kontext zurückgegriffen werden, um Interpretationen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten. Dabei wurde die entsprechende Sinneinheit markiert und dem zugehörigen Coding (Kategorie) und im späteren Subcoding (Variable) zugewiesen.

Ergänzend muss hier angemerkt werden, dass die Interviewpartner in den Transkripten durchnummeriert wurden (B1 - B7). Dies ermöglicht eine Zuordnung einzelner Aussagen/Zitate etc. zum jeweiligen Interview, gewährleistet aber ebenso die Anonymität der Interviewpartner. Weiter wird der jeweilige Absatz, der das Zitat/die Aussage des Interviewpartners enthält, ebenfalls gekennzeichnet (Beispiel B2 – A5 = Zweites Interview, 5. Absatz). Die enthaltenen Sinneinheiten sind dadurch nicht direkt ersichtlich. Die vollständigen Extraktionstabellen mit den exakt ausgewiesenen Sinneinheiten werden aus datenschutzrechtlichen Gründen in einem separaten Beiwerk abgedruckt und durch die Erstprüferin archiviert.

Im Laufe der Extraktion gewannen die Untersucherinnen zunehmend Sicherheit im Umgang mit der Software und auch in der kommunikativen Auseinandersetzung mit dem vorliegenden Material. Hilfreich waren hier die erstaunliche Präsenz der Interviewsituationen bei den jeweiligen Untersucherinnen und die Betrachtung der Postinterviewprotokolle. So konnten Hinweise auf Aussagen, Verhaltensweisen und die subjektive Wahrnehmung der Interviewpartner in der jeweiligen Situation gewonnen werden. Auch das Kontextwissen zu der Thematik nahm ergänzend zu den Vorannahmen und dem Vorwissen zu. Dies erwies sich als hilfreich für die Interpretation einiger Aussagen, durfte diese aber auf der anderen Seite nicht beeinflussen im Sinne ergänzter, nicht im Text vorhandener Aussagen.

7.3.4. Aufbereitung (gemeinsam)

Gläser und Laudel beschreiben den Arbeitsschritt, welcher sich der Extraktion der Daten anschließen muss, wie folgt:

> „Die Aufbereitung der Daten soll vor allem deren Qualität verbessern, indem verstreute Informationen zusammengefasst, Redundanzen beseitigt und Fehler korrigiert werden. Damit wird der Umfang des Rohmaterials reduziert, und die Daten werden nach inhaltlichen Gesichtspunkten strukturiert."
>
> (Gläser, Laudel 2010: 229).

Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, dass die Informationen zu den einzelnen Kategorien (s. 7.3.4.), welche über die durchgeführten sieben Interviews verstreut und auch innerhalb dieser Interviews an verschiedenen Stellen aufzufinden sind, in diesem Arbeitsgang gebündelt und somit systematisch strukturiert werden. Auch hierbei ist es von immenser Bedeutung, dass die gewonnenen Informationen sich durch Textnachweise eindeutig dem Originaltext zuordnen lassen. Dadurch kann, wenn erforderlich, der Kontext, in dem eine Information zu finden ist, in die Analyse einbezogen werden. Gläser und Laudel merken an, dass für die Datenaufbereitung als solcher nur sehr wenige allgemeingültige Regeln existieren. Sie nennen insgesamt vier:

> 1. „Verstreute Informationen werden zusammengefasst. […]
> 2. Bedeutungsgleiche Informationen werden zusammengefasst. […]
> 3. Offensichtliche Fehler werden korrigiert. […]
> 4. Verschiedenartige Informationen werden beibehalten. […]"
>
> (ebd.: 230).

Im Sinne dieser Autoren führt dies zu einer Reduktion der Datenmenge und zu einer Verdichtung der Informationen. Sie werden durch diesen Schritt handhabbarer im Sinne der Auswertung und Ergebnisdarstellung. Für diese Qualifikationsarbeit bedeutet das konkret, dass den vorhandenen zwölf Kategorien nun jeweils induktiv eine bestimmte Anzahl an Variablen sowie, falls vorhanden, Variablenausprägungen, welche sich durch die Aufbereitung der sieben Interviews ergeben, zugeordnet werden können.

Mit Fehlern sind unter Punkt drei jene Informationen gemeint, bei denen sich aus dem Vergleich mit anderen Extraktionsergebnissen eindeutig ihre Falschheit nachweisen lässt. Ist dies nicht gegeben, so sind diese Informationen beizubehalten und als solche Widersprüche kenntlich zu machen. Inhaltliche Widersprüche müssen nach Gläser und Laudel ebenso bis zur „Synthese" mitgeführt werden, da sie einer inhaltlichen Auseinandersetzung bedürfen. Durch die geringe Regelvorgabe in diesem schwierigen Stadium der Untersuchung ist

nach Gläser und Laudel „[…] Ihre Kreativität gefragt.“ (ebd.: 231) und „Sie müssen hier experimentieren und Ihre eigenen Erfahrungen machen.“ (ebd.). Sie empfehlen für die Aufbereitung der Daten die bereits in einem früheren Arbeitsschritt erstellten Extraktionstabellen in Kopie zu nutzen. Somit werden durchgeführte Handlungsschritte nachvollziehbar und sichtbar gemacht (vgl. ebd.: 230). Im vorliegenden Falle können die Tabellen bzw. das eigenständig erstellte Codesystem der Software MaxQDA genutzt werden. Am Ende ergibt sich eine Informationssammlung, „Informationsbasis“, welche in methodisch aufbereiteter und strukturierter Form all jene Informationen enthält, die zur Beantwortung der drei Forschungsfragen benötigt werden. Die Struktur und Methodik ergibt sich durch die theoretischen Vorüberlegungen zu Untersuchungsbeginn (u. a. Erstellung heuristischer Hypothesen), in Kombination mit der Vorbereitung der Extraktion (Entwicklung des Suchrasters) sowie der eigentlichen Extraktion (Füllung des Suchrasters mit Informationen aus den Interviews) (vgl. ebd.: 231).

Methodisch sind die Autorinnen dieser Untersuchung so vorgegangen, dass sie sich, den Empfehlungen folgend, die erstellten Kategorien mit ihren extrahierten Daten angesehen haben. Dies geschah zu Beginn getrennt voneinander, ebenso wie bei der Zuweisung der Informationen zu den einzelnen Kategorien (Kapitel 7.3.3.). Im Anschluss wurden die Einzelergebnisse dann kommunikativ miteinander abgeglichen. Hier zeigte sich ebenfalls eine hohe Übereinstimmung zwischen den beiden Untersucherinnen. Bei der gemeinsamen Betrachtung der gefundenen Informationen und unter Berücksichtigung der Forschungsfragen, konnte übereinstimmend festgestellt werden, dass die vierte Kategorie „Erkrankungen“ keine Informationen zur Beantwortung dieser Fragen liefert. Sie wurde aber bei der Leitfadenkonzeption für die Interviews aus zwei Gründen aufgenommen. Zum einen lässt sich durch sie eine internationale Vergleichbarkeit herstellen und nachweisen (Kapitel 4.1.3.), zum anderen sollte so eine Überleitung hin zur pflegerischen Tätigkeit der professionell Pflegenden im Krankenhaus geschaffen werden. An dieser Stelle wird die Kategorie aus der weiteren Aufbereitung der Daten in Bezug auf die Forschungsfrage herausgenommen.

Nach der Aufbereitung der Daten ergibt sich folgende Darstellung der Kategorien mit ihren identifizierten Variablen:

1. Dimension

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
K1	Vorwissen aus Medien	Das aufgrund von Medieninteresse erlangte Wissen über wohnungslose Menschen.	B1-A53, B1-A7 B2-A13 B6-A15 B7-A73
	Gründe für Wohnungslosigkeit	Von den Experten vermutete Ursachen für die Entstehung von Wohnungslosigkeit.	B1-A9, B1-A9, B1-A9, B1-A9, B1-A9, B1-A9, B1-A9, B1-A89, B2-A11, B2-A11, B2-A11, B2-A11, B2-A11, B2-A11, B2-A11 B3-A13, B3-A13 B4-A9, B4-A9, B4-A11, B4-A11, B4-A11,B4-A7 B5-A49, B5-A19, B5-A19 B6-A83, B6-A83, B6-A83, B6-A79, B6-A63, B6-A9, B6-A9, B6-A7 B7-A9, B7-A9, B7-A9, B7-A9
	Übernachtungsmöglichkeiten	Von den Experten vermutete Möglichkeiten der Übernachtung für Wohnungslose bzw. Arten der Wohnungslosigkeit.	B1-A5 B2-A9, B2-A9 B3-A9, B3-A9 B4-A5 B5-A13, B5-A11, B5-A5 B6-A13, B6-A13
	Alter der Wohnungslosen	Das angenommene Alter der wahrgenommenen wohnungslosen Menschen.	B1-A11, B1-A11 B2-A5, B2-A5 B3-A11, B3-A11 B4-A7, B4-A7 B5-A9, B5-A9 B6-A81, B6-A83 B7-A13, B7-A13

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
	Lebensstil	Beschreibungen des vermuteten Lebensstils, der Tagesgestaltung wohnungsloser Menschen.	B1-A5 B2-A7 B4-A13 B6-A11
K 2	Neutrale Haltung	Aussagen, die wohnungslosen Menschen betreffend, die auf eine neutrale Haltung rückschließen lassen. Neutral in dem Sinne, dass diese Menschengruppe bei den Experten keine Emotionen auslösen, weder Sympathien noch Abneigungen.	B2-67, B2-A67 B3-A17 B6-A17, B6-A5, B6-91 B7-73
	Positive Haltung	Aussagen, die wohnungslosen Menschen betreffend, die auf eine positive Haltung rückschließen lassen. Positiv in dem Sinne, dass sie den wohnungslosen Menschen gegenüber offen und zugewandt sind, Interesse an ihnen haben und keine negativen Emotionen, wie z. B. Abneigungen, mit ihnen verbinden.	B1-A13, B1-A59 B2-A3 B5-A17, B5-A63, B5-A7 B6-A17, B6-A79, B6-A79
	Negative Haltung	Aussagen, die wohnungslosen Menschen betreffend, die auf eine negative Haltung rückschließen lassen. Negativ in dem Sinne, dass keine Sympathie, kein Verständnis für diese Menschengruppe bzw. deren Lebensart vorhanden ist, im Weiteren eine gewisse Abneigung empfunden wird.	B2-A17, B2-A5, B2-A15, B2-A59

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
	Mitleid mit wohnungslosen Menschen	Es wird Mitleid mit den Menschen, ihrem Lebensstil und ihren Lebensbedingungen empfunden.	B4-A15 B5-A21 B7-A19, B7-A15
	Möglichkeit der eigener Wohnungslosigkeit	Bewusstsein darüber, dass jeder Mensch wohnungslos werden kann.	B1-A59, B1-A51 B4-A15 B7-A63
	Vulnerable Gruppe schützen	Die Gruppe der wohnungslosen Menschen wird als schützenswert betrachtet.	B3-A79, B3-A77 B6-A71
	Prägung durch den Beruf	Die vorhandene Einstellung/Haltung wird von beruflichen Erfahrungen/Erlebnissen mit beeinflusst. Privates und berufliches lassen sich nicht strikt voneinander trennen.	B1-A7, B1-A13 B2-A5 B4-A3 B5-A3
K 3	Positive Haltung	Aussagen, die wohnungslosen Patienten betreffend, die auf eine positive Haltung rückschließen lassen. Positiv in dem Sinne, dass sie den wohnungslosen Patienten gegenüber offen und zugewandt sind, Interesse an ihnen haben und keine negativen Emotionen, wie z. B. Abneigungen, mit ihnen verbinden.	B1-A27 B2-A51, B2-A63 B3-A65, B3-A39, B4-A47, B4-A55, B4-A55, B4-A55 B5-A33, B5-A33 B6-A63, B6-A63, B6-A37 B7-A35, B7-A35, B7-A35, B7-A35, B7-A51, B7-A51, B7-A47
	Neutrale Haltung	Aussagen, die wohnungslosen Patienten betreffend, die auf eine neutrale Haltung rückschließen lassen. Neutral in dem Sinne, dass diese Patientengruppe bei den Experten keine Emotionen auslösen, weder Sympathien	B3-A47 B5-A59 B6-A37

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
		noch Abneigungen.	
	Negative Haltung	Aussagen, die wohnungslosen Patienten betreffend, die auf eine negative Haltung rückschließen lassen. Negativ in dem Sinne, dass keine Sympathie, kein Verständnis für diese Patientengruppe bzw. deren Versorgung vorhanden ist, im Weiteren eine gewisse Abneigung empfunden wird.	B2-A63,B2-A61 B1-A27, B1-A27
	Professionelle Haltung	Die Pflegenden nehmen bei der Versorgung der wohnungslosen Patienten eine professionelle Haltung ein.	B1-A41, B1-A39 B5-A39
	Mitleid mit wohnungslosen Patienten	Es wird Mitleid mit den Patienten, ihrem Lebensstil und ihren Lebensbedingungen empfunden.	B1-A45, B1-A31 B3-A55 B4-A39 B7-A55
	Selbstschutz der Pflegenden	Die Pflegenden schützen sich vor Ekelempfindungen und der eigenen Verletzlichkeit bei der Pflege von wohnungslosen Patienten.	B2-A45, B2-A39 B3-A61 B6-A37 B7-A33
	Bedürfniswahrnehmung der wohnungslosen Patienten	Bedürfnisse der wohnungslosen Patienten werden von den Pflegenden wahrgenommen und die Pflege daran ausgerichtet.	B1-A25 B4-A27 B5-A63, B5-A39, B5-A35, B5-A33, B5-A33 B7-A45, B7-A39
	Wahrnehmung der eigenen Kollegen	Der Umgang mit dieser Patientengruppe und die Äußerungen der Kollegen werden bei	B1-A51 B2-A71

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
		wohnungslosen Patienten als anders bzw. abweichend wahrgenommen.	B5-A81 B6-A49, B6-A33, B6-A31 B7-A51, B7-A51, B7-A53, B7-A47, B7-A47, B7-A35, B7-A35, B7-A45, B7-A43

Tabelle 21: Variablen mit Definition und Textbelegen Dimension 1 (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

2. Dimension

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
K 4	Kategorie aus der weiteren Betrachtung ausgenommen.		B1-A17, B1-A17, B1-A17, B1-A17, B1-A23, B1-A19, B1-A37 B2-A31, B2-A31, B2-A27, B2-A27, B2-A27, B2-A23, B2-A23, B2-A23 B2-A25, B2-A19 B3-A19, B3-A13, B3-A27, B3-A39, B3-A25, B3-A25, B4-A19, B4-A19, B4-A19, B4-A19, B4-A19, B4-A17 B5-A29, B5-A27, B5-A25, B5-A25, B5-A25 B6-A77, B6-A75, B6-A75, B6-A19, B6-A19, B6-A57, B6-A25, B6-A57, B6-A57, B6-A45, B6-A45, B6-A25, B6-A25, B6-A25 B7-A11, B7-A11, B7-A23, B7-A23, B7-A21, B7-A27, B7-A27, B7-A21,
K 5	Pflege unabhängig vom Wohnstatus	Handlungen professionell Pflegender im Rahmen pflegerischer Versorgung, die unabhängig vom Wohnstatus der Patienten durchgeführt werden und somit bei allen Patienten gleich sind. Die durchgeführten Handlungen richten sich nach dem individuellen Pflege- bzw. Behandlungsbedarf der Patienten.	B3-A29, B3-A21, B3-A27 B4-A23, B4-A23 B5-A33 B6-A29, B6-A29

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
	Besondere Tätigkeiten bei wohnungslosen Patienten	Handlungen professionell Pflegender im Rahmen pflegerischer Versorgung, die aufgrund der Wohnungslosigkeit der Patienten durchgeführt werden.	B1-A31, B1-A23, B1-A23, B1-A33, B1-A21, B1-A21 B2-A87, B2-A83, B2-A37 B3-A65, B3-A33, B3-A73, B3-A69 B4-A23, B4-A23, B4-A35, B4-A35, B4-A51, B4-A51, B4-A11 B5-A47 B6-A43, B6-A43, B6-A39, B6-A39, B6-A37, B6-A33, B6-A35 B7-A33, B7-A51
K 6	Erhaltene Selbstpflege	Wohnungslose Patienten, die trotz der Wohnungslosigkeit auf ihre Körperpflege und ihr Erscheinungsbild achten, sich selber pflegen.	B3-A39, B3-A39
	Kooperationsbereitschaft	Wohnungslose Patienten zeigen sich kooperativ während ihres Krankenhausaufenthaltes.	B3-A41 B4-A29 B7-A55, B7-A35
	Freundlichkeit	Die wohnungslosen Patienten begegnen dem Pflegepersonal freundlich.	B4-A29, B4-A17 B6-A19
	Dankbarkeit	Die wohnungslosen Patienten bedanken sich für geleistete Pflege und entgegengebrachte Unterstützung.	B4-A51, B4-A29 B5-A47, B5-A33 B6-A53, B6-A51
	Genügsamkeit	Wohnungslose Patienten werden als sehr genügsam erlebt, mit den kleinsten Dingen bereits zufrieden. Sie fordern nicht.	B2-A57 B4-A31, B4-A17 B6-A63
	Pflegerische Beziehung	Erlebte Offenheit, die von Seiten der wohnungslosen Patienten den Pflegenden entgegengebracht wird. Entstehung eines Vertrauensverhältnisses und eines vertrauten	B2-A55, B2-A53 B5-A39 B6-A63 B7-A35, B7-A37

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
		Umgangs miteinander.	
	Helfen können	Professionell Pflegende können die wohnungslosen Patienten unterstützen, ihnen helfen. Dies löst ein positives Gefühl in ihnen selbst aus.	B1-A37 B2-A89, B2-A89, B2-A83
K 7	Unehrlichkeit in Bezug auf die Beschwerden	Wohnungslose Patienten täuschen Beschwerden vor, um aufgenommen zu werden oder vorübergehend ein Obdach zu bekommen.	B2-A33, B2-A25, B2-A19
	Fehlendes Vertrauen der Pflegenden	Wohnungslose Patienten sind nicht einschätzbar, nicht ehrlich.	B3-A43 B6-A61
	Körpergeruch	Die wohnungslosen Menschen und ihre Kleidung verbreiten einen unangenehmen Geruch.	B2-A39 B3-A41 B4-A33 B6-A21 B7-A51, B7-A35, B7-A33
	Reaktionen von Mitpatienten	Mitpatienten beschweren sich über die wohnungslosen Patienten.	B4-A33
	Undankbarkeit	Die wohnungslosen Patienten zeigen sich nicht dankbar für die angebotene Unterstützung bzw. die geleistete Pflege.	B1-A39 B6-A51
	Gewaltbereitschaft	Wohnungslose Patienten sind aggressiv und gewaltbereit.	B2-A57 B3-A41 B6-A55 B7-A41
	Fehlende	Wohnungslose Patienten sind nicht kooperativ	B1-A39

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
	Kooperationsbereitschaft	während ihres Krankenhausaufenthaltes. Sie nehmen Unterstützungsangebote nicht an.	B5-A35 B7-A55
	Unangepasstes Patientenverhalten	Die wohnungslosen Patienten verhalten sich nicht so, wie es von Patienten im Krankenhaus erwartet wird.	B1-A39 B2-A61, B2-A61, B2-A57 B5-A53
K 8	Zeit	Der Faktor Zeit beeinflusst die Art und Gestaltung der Pflege von wohnungslosen Patienten.	B1-A27 B2-A51, B2-A45 B3-A65, B3-A35 B5-A43, B5-A43 B6-A47, B6-A47
	Material	Die Verfügbarkeit von Materialien beeinflusst die Art und Gestaltung der Pflege von wohnungslosen Patienten.	B1-A31, B1-A31 B2-A87, B2-A87, B2-A83, B2-A45 B4-A23
	Interdisziplinare Zusammenarbeit	Die Möglichkeit der interdisziplinaren Zusammenarbeit beeinflusst die Pflege wohnungsloser Patienten.	B5-A43, B5-A43
K 9	Es kann einen selber treffen	Dem Pflegenden wird bewusst, dass er selber in eine solche Lage geraten kann.	B7-A49, B7-A49
	Soziale Ignoranz	Das Verhalten der Mitmenschen auf wohnungslose Menschen wird als erschreckend und prägend beschrieben.	B1-A65, B1-A63
	Erhaltene Selbstpflege	Offenheit und Verhalten eines wohnungslosen Patienten bezüglich seiner Prioritätensetzung und erhaltenen Selbstpflege werden bewundert.	B2-A53
	Positive Wohnungslosigkeit	Der wohnungslose Mensch wird als in sich	B5-A51, B5-A49, B5-A47, B5-A51

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
		ruhend und zufrieden beschrieben, was die eigene Weltansicht beeinflusst.	
	Unvorbereiteter pflegerischer Kontakt in der Ausbildung	Der unvorbereitete Kontakt mit Wohnungslosen in ihrem Lebensumfeld wird als erschreckend beschrieben.	B5-A77

Tabelle 22: Variablen mit Definition und Textbelegen Dimension 2 (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

3. Dimension

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
K 10	War kein Inhalt	Die Experten beschreiben, dass Wohnungslose in ihrer Ausbildung in der Theorie nicht behandelt wurden. Es fanden keine geplanten Einsätze/Hospitationen für diese Patientengruppe statt. Es ist ebenso möglich, dass keine Erinnerung an Ausbildungsinhalte zu dieser Patientengruppe mehr vorhanden ist.	B1-A47 B2-A65 B3-A56-57 B4-A40 B5-A60 B7-A57
	War Inhalt	Die Experten beschreiben, dass Wohnungslose in ihrer Ausbildung entweder in der Theorie behandelt wurden oder geplante Einsätze/Hospitationen für diese Patientengruppe stattgefunden haben.	B6-A75, B6-A65, B6-A75, B6-A65, B6-65, B6-A67
K11	befürwortet	Die Experten befürworten curricular verankerte Inhalte zu wohnungslosen Patienten im Rahmen	B1-A51 B4-A41

Kat.	Variablen	Definition der Variablen	Textstellen
		der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Sie begründen ihre Meinung.	B5-A61 B6-A87, B6-A87, B6-A87, B6-A87, B6-A87, B6-A89 B7-A61, B7-A61
	abgelehnt	Die Experten lehnen curricular verankerte Inhalte zu wohnungslosen Patienten im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ab. Sie begründen ihre Meinung.	B3-A91
	Keine Aussage	Im Interview wird keine Aussage zu diesem Thema getroffen.	B2
K12	Theoretischer Unterricht in Verbindung mit praktischem Einsatz	Meinungen und Empfehlungen professionell Pflegender bezüglich der Ausgestaltung des Unterrichtes zu wohnungslosen Patienten im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung . Die Experten schildern mögliche theoretische Inhalte in Verbindung mit praktischen Einsätzen.	B1-A59, B1-A59, B1-A59, B1-A59, B1-A61, B1-A51 B2-A71, B2-A67, B2-A77, B2-A69, B2-A69, B2-A79, B2-A79, B2-A81 B3-A59, B3-A61 B4-A43, B4-A43, B4-A41, B4-A41 B5-A57, B5-A39, B5-A73, B5-A73, B5-A63, B5-A63, B5-A63, B5-A63, B5-A63, B5-A63, B5-A66-67, B5-A67, B5-A75, B5-A43, B6-A87, B6- A87, B6-A87, B6-A89, B7-A71, B7-A69, B7-A69, B7- A75, B7-A75, B7-A63, B7-A63, B7-A43, B7-A43
	Interview B3 hierzu nicht verwertbar, da Frage missverstanden.		

Tabelle 23: Variablen mit Definition und Textbelegen Dimension 3 (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Während der Aufbereitung der Kategorien mit ihren dazugehörigen Variablen stellten die Autorinnen der Arbeit fest, dass für die Kategorien:

- K 5: pflegerische Handlungen/Besondere Tätigkeiten bei Wohnungslosen sowie
- K 12: Ausbildungsgestaltung/Inhalte

zusätzlich zu den Variablen weitere Variablenausprägungen gefunden werden konnten. Diese spiegeln verschiedene Fassetten der ermittelten Variablen wieder. Diese Fassetten ergeben sich ebenfalls aus den Aussagen der sieben Interviewpartner.

Da es sich bei diesen beiden Kategorien um wichtige Kategorien zur Beantwortung der Forschungsfrage handelt, werden im Anschluss diese erneut tabellarisch mit den Variablenausprägungen sowie den dazugehörigen Textnachweisen dargestellt. Die Variablenausprägungen werden, ebenso wie die Kategorien und Variablen zuvor, definiert.

Kat.	Variable	Variablenausprägung	Definition der Variablenausprägung	Textstellen
K 5	Pflege unabhängig vom Wohnstatus	Nicht vorhanden.		B3-A29, B3-A21, B3-A27 B4-A23, B4-A23 B5-A33 B6-A29, B6-A29
	Besondere Tätigkeiten bei WL	Umgang mit Bekleidung	Pflegende waschen die Patientenbekleidung und unterstützen bei der Kleidungsbeschaffung.	B1-A31 B2-A87, B2-A83 B4-A23
		Gespräche führen	Die psychosoziale Betreuung, das Führen von Gesprächen hat bei wohnungslosen Patienten einen höheren Stellenwert, es wird mehr Zeit dafür aufgewendet.	B1-A23, B1-A23 B3-A65, B3-A33
		Soziale Hilfestellung	Wohnungslose Menschen benötigen eine besondere Art von sozialer Hilfestellung.	B1-A33 B3-A73, B3-A69 B4-A35

Kat.	Variable	Variablenausprägung	Definition der Variablenausprägung	Textstellen
		Umfängliche Körperpflege	Bei wohnungslosen Patienten wird eine umfängliche Körperpflege durchgeführt, die in dieser Häufigkeit und in diesem Ausmaß im Vergleich zur übrigen Patientenversorgung unüblich ist.	B1-A21 B2-A37 B4-A51, B4-A51 B6-A43, B6-A39, B6-A39, B6-A37
		„Umschieben“ der Pat.	Wohnungslose Patienten werden aufgrund der Reaktionen von Mitpatienten umgeschoben und auf andere Zimmer verlegt. Es besteht keine pflegerische oder medizinische Indikation dafür.	B4-A35
		Handlungen gegen den Willen der Pat.	Pflegerische Handlungen werden ohne Zustimmung und gegen den Patientenwillen durchgeführt.	B1-A21 B4-A11 B6-A43 B7-A33
		Wahrnehmung der Handlungen der eigenen Kollegen	Das pflegerische Handeln der Kollegen wird bei wohnungslosen Patienten als anders bzw. abweichend wahrgenommen.	B5-A47 B6-A33, B6-A35 B7-A51

Tabelle 24: Variablenausprägungen Kategorie 5 mit Definition und Textbelegen (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Kat.	Variable	Variablenausprägung	Definition der Variablenausprägung	Textstellen
K12	Theoretischer Unterricht in Verbindung mit praktischem Einsatz	Identität	Die Experten fordern eine durch die Ausbildung geförderte Identitätskonstruktion der Auszubildenden, welche ihre pflegerischen Handlungen in Bezug auf wohnungslose Patienten positiv unterstützt.	B1-A59 B2-A71, B2-A67 B3-A59, B3-A61 B5-A57, B5-A39 B6-A87 B7-A71, B7-A69

Kat.	Variable	Variablenausprägung	Definition der Variablenausprägung	Textstellen
		Praktischer Einsatz	Die Experten benennen praktische Einsätze in unterschiedlicher Form als Möglichkeit das Thema Wohnungslosigkeit aufzubereiten.	B2-A77, B2-A69, B2-A69 B5-A73 B6- A87, B6-A87 B7- A75
		Theoretischer Input	Durch die Experten empfohlene theoretische Inhalte (Erkrankungen, etc.) für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, welche zur Versorgung wohnungsloser Patienten als hilfreich erachtet werden.	B1-A61, B1-A59, B1-A59, B1-A59, B1-A51 B4-A43, B4-A43, B4-A41, B4-A41 B5-A63, B5-A66-67 B7-A75, B7-A63
		Beziehungsaufbau	Verschiedene Aspekte, welche die Experten im Rahmen des Beziehungsaufbaus benennen, die es den Krankenpflegeschülern und späteren professionell Pflegenden ermöglichen sollen einen positiven Umgang mit diesen Patienten zu pflegen.	B2-A79, B2-A79 B5-A63, B5-A63, B5-A63, B5-A63, B5-A75, B5-A73, B5-A43, B5-A67 B6-A89 B7-A69, B7-A63, B7-A43, B7-A43
		Vorurteilsfreier Umgang	In der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege muss ein vorurteilsfreier Umgang mit wohnungslosen Menschen vermittelt werden.	B2-A81 B5-A63
	Interview B3 hierzu nicht verwertbar, da die Frage vom Interviewpartner missverstanden wurde.			

Tabelle 25: Variablenausprägungen Kategorie 12 mit Definition und Textbelegen (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Es konnten keine weiteren Kategorien oder forschungsfragenrelevanten Variablen anhand der Interviews gewonnen werden. Somit stellt die oben dargestellte Tabelle die Basis für die Auswertung der gesammelten Informationen dar, wie sie im nächsten Kapitel dargelegt wird.

7.3.5. Auswertung (gemeinsam)

Nach Gläser und Laudel dient die Auswertung der qualitativen Inhaltsanalyse dem Ziel „[…] die empirische Frage zu beantworten, die Bestandteil der Untersuchung war." (Gläser, Laudel 2010: 246). Hierbei ist es wichtig, dass sich diese auf die zugrundeliegende Forschungsfrage, hier drei Forschungsfragen, und die Untersuchungsstrategie bezieht. Beides gilt es bei der Auswertung nicht aus den Augen zu verlieren. Die Autoren beschreiben für diesen Abschnitt weiter, dass sich die Vorgehensweise bei der Auswertung kaum noch in Regeln fassen lässt und der Kreativität der auswertenden Personen bedarf (vgl. ebd.: 246). Für die Auswertung im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse werden die durch die Forscher anhand der Interviewtranskripte erstellten Extraktionstabellen und ebenso erstellte graphische Übersichten (Kapitel 7.3.2., 7.3.3., 7.3.4. und in diesem Kapitel) genutzt. Gläser und Laudel beschreiben, dass

> „[…] die Informationsbasis, auf der sie Ihre Auswertungsstrategie anwenden, eine spezifische Form hat. Sie besteht aus einer Vielzahl von Tabellen (und eventuell aus graphischen Übersichten), die die für die Beantwortung der Forschungsfrage notwendigen Informationen enthalten."
>
> (Gläser, Laudel 2010: 247).

Die ausführlichen Extraktionstabellen zu den jeweiligen Variablen liegen aus datenschutzrechtlichen Gründen der Erstprüferin in einem separat gedruckten Beiwerk vor und werden archiviert. Durch eine solche Aufbereitung des Materials wird es möglich, sich der gebündelten, strukturierten und aufbereiteten Form der Interviewaussagen zu bedienen. Die Autorinnen der Masterthesis stellten bei ihrer gemeinsamen Aufbereitung des Datenmaterials fest, dass teilweise ein fließender Übergang zwischen der Datenaufbereitung und der Auswertung dieser vorliegt.

Bei der Sichtung der erstellten Kategorien und ihrer Inhalte zeigte sich erneut, dass die Kategorie vier „Erkrankungen" keine Relevanz für die Beantwortung der Forschungsfragen hat. Sie wird nach Diskussion der beiden Forscherinnen übereinstimmend aus der weiteren Analyse und Auswertung herausgenommen. Sie dient innerhalb der Untersuchung einem anderen Zweck.

Die in diesem Kapitel dargestellten Tabellen enthalten die Kategorien eins bis zwölf mit ihren jeweiligen Variablen und, wenn vorhanden, Variablenausprägungen (Kategorie 5, 12). Weiterhin sind die Aussagen der sieben Interviewpartner in verschlagworteter Form mit ihren Fundorten dargestellt. Die Ergebnisse der durchgeführten pflegewissenschaftlichen qualitativen Untersuchung werden im Folgenden zugeordnet zu den drei Dimensionen und Forschungsfragen beschrieben.

1. Dimension:

Die **Haltungen und Einstellungen** der professionell Pflegenden gegenüber der Gruppe der wohnungslosen Menschen und Patienten soll erforscht werden.

Soll bei der Beantwortung der 1. Forschungsfrage helfen:

- Welche Einstellungen haben professionell Pflegende gegenüber wohnungslosen Menschen?

Dazu existierende heuristische Hypothese der Forscherinnen:

- Die Haltung/Einstellung der Pflegenden ist entscheidend für ihren Umgang und die Versorgung von wohnungslosen Patienten.

Diese Dimension teilt sich ein in drei Kategorien, die jeweils das Ziel verfolgen, die beschriebene Forschungsfrage und damit verbundenen heuristischen Hypothesen zu beantworten. Die Kategorien beinhalten unterschiedlich viele Variablen. Im Rahmen der ersten Dimension sind keine Variablenausprägungen entstanden.
Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Dimension und den eben dieser zugeordneten Kategorien und Variablen. Zusätzlich weist sie die Ergebnisse in zusammengefasster Form inklusive der jeweiligen Textstellen, aus denen diese in den Transkripten entnommen sind, aus.

Kategorie	**Variablen**	**Variablen-ausprägungen** (wenn verschiedene für die Variable vorhanden sind)	**Ergebnisse und Textstellen**
K1 Vorwissen	Vorwissen aus Medien		B7-A73, B1-A53, B1-A7, B2-A13, B6-A15
	Gründe für Wohnungslosigkeit		• **Verlust/Aufgabe familiärer Kontakte** B4-A9, B4-A11, B6-A83, B1-A9, B2-A11, B4-A7, B6-A79, B7-A9 • **Fehlendes Wissen über soziale Hilfsangebote** B4-A9, B3-A13 • **Bewusste Lebensentscheidung** B5-A49, B6-A63, B1-A9, B6-A7 • **Arbeitslosigkeit** B4-A11, B6-A9, B6-A83, B1-A89, B2-A11, B3-A13, B7-A9 • **Schamgefühl bezüglich der Hilfsangebote** B4-A11, B2-A11 • **Scheidung/Trennung** B6-A9, B1-A9, B2-A11, B5-A19 • **Wohnungsverlust** B6-A83, B2-A11, B3-A13 • **Abhängigkeit** B1-A9 • **Verschuldung** B1-A9, B2-A11 • **Selbstmitleid/Selbstaufgabe** B2-A11, B7-A9 • **Psychische Erkrankungen** B1-A9, • **Erkrankungen** B7-A9 • **Flüchtlinge** B1-A9 • **„klassischer" sozialer Abstieg /Abwärtsspirale** B5-A19
	Übernachtungs-möglichkeiten		• **Tageswohnungslosigkeit** B3-A9, B4-A5 • **„Platte" machen/ohne jedes Obdach** B2-A9, B5-A13, B1-A5, B6-A13, B5-A11,

Kategorie	**Variablen**	**Variablen-ausprägungen** (wenn verschiedene für die Variable vorhanden sind)	**Ergebnisse und Textstellen**
			B5-A5 • **Obdachlosenunterkünfte** B6-A13, B3-A9, B2-A9
	Alter der Wohnungslosen		• **Jugendliche** B4-A7, B6-A81, B2-A5, B1-A11 • **Erwachsene 25+** B7-A13, B3-A11, B5-A9 • **Erwachsene 50+** B4-A7, B7-A13, B3-A11, B5-A9, B1-A11 • **Durchschnittsalter 30-45 Jahre** B2-A5 • **Alle Altersklassen** B6-A83
	Lebensstil		• **Tagesgestaltung** B4-A13 (ungeregelt), B2-A7 • **„Betteln“** B6-A11,B1-A5
K 2 Haltung/ Einstellung gegenüber wohnungs-losen Menschen	Neutrale Haltung		• **eigenverantwortliche Individuen** B6-91 • **Akzeptanz des Lebensstils/der Person** B2-67, B7-73, B2-A67, B3-A17, B6-A17, B6-A5
	Positive Haltung		• **Interesse an der Gruppe/Aktive Beschäftigung** B6-A17, B1-A13, B6-A79 • **Gleichwertige Mitmenschen** B1-A59, B6-A79 • **Sich möglicher eigener Vorurteile bewusst sein** B5-A17, B5-A63, B5-A7, B2-A3
	Negative Haltung		• **Unverständnis für den Lebensstil** B2-A17, B2-A5, B2-A15, B2-A59
	Mitleid mit wohnungslosen Menschen		B7-A19, B4-A15, B7-A15, B5-A21
	Möglichkeit der eigener Wohnungslosigkeit		B1-A59, B1-A51, B4-A15, B7-A63
	Vulnerable Gruppe schützen		B3-A79, B3-A77, B6-A71

Kategorie	**Variablen**	**Variablen-ausprägungen** (wenn verschiedene für die Variable vorhanden sind)	**Ergebnisse und Textstellen**
	Prägung durch den Beruf		B5-A3, B1-A7, B1-A13, B2-A5, B4-A3
K 3 Haltung/ Einstellung gegenüber den wohnungs-losen Patienten	Positive Haltung		• **Interesse an den Patienten** B3-A65, B2-A51, B3-A39, B7-A35, B1-A27, B4-A47 • **Offener/freundlicher Umgang** B6-A63, B6-A63, B7-A51, B6-A37, B7-A35, B7-A35 • **Sich möglicher eigener Vorurteile bewusst sein** B2-A63, B5-A33 • **Gleichwertige Mitmenschen** B4-A55, B4-A55, B4-A55, B7-A51, B7-A35, B5-A33 • **Vulnerable Gruppe schützen** B7-A47
	Neutrale Haltung		• **Toleranz der Patientengruppe** B5-A59, B3-A47, B6-A37
	Negative Haltung		• **Patientengruppe nicht versorgen wollen** B2-A63,B2-A61 • **Unterstellte Unehrlichkeit** B1-A27 • **Enttäuschung** B1-A27
	Professionelle Haltung		• **Helfen wollen und Anerkennung der Hilfe** B1-A41 • **Professionsgedanke** B1-A39, B5-A39
	Mitleid mit wohnungslosen Patienten		B3-A55, B7-A55, B1-A45, B4-A39, B1-A31
	Selbstschutz der Pflegenden		• **Nicht an sich heran lassen wollen** B3-A61 • **Ekel** B2-A45, B2-A39, B6-A37, B7-A33

Kategorie	Variablen	Variablen-ausprägungen (wenn verschiedene für die Variable vorhanden sind)	Ergebnisse und Textstellen
	Bedürfniswahrnehmung der wohnungslosen Patienten		B5-A63, B7-A45, B7-A39, B5-A39, B5-A35, B5-A33, B4-A27, B1-A25, B5-A33
	Wahrnehmung der eigenen Kollegen		• **Negative Äußerungen** B2-A71, B7-A51, B5-A81 • **Schlechter Umgang mit wohnungslosen Patienten** B7-A53, B7-A47, B7-A35, B7-A35 • **Vorurteile** B1-A51, B6-A49, B7-A47, B6-A33, B6-A31 • **Positive Beziehungen** • B7-A45, B7-A43, B7-A51

Tabelle 26: Auswertungstabelle Dimension 1 (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

K 1: Vorwissen

Die erste Kategorie beinhaltet fünf Variablen (Vorwissen aus Medien, Gründe für Wohnungslosigkeit, Übernachtungsmöglichkeiten, Alter der Wohnungslosen und Lebensstil).

Da das vorhandene Vorwissen über eine Menschengruppe die Einstellungen/Haltungen eines Menschen ihnen gegenüber beeinflussen, ist dieser Aspekt bedeutend für die Beantwortung der ersten Forschungsfrage. Die kognitive Komponente ist ein Teil der beschriebenen „Drei-Komponenten-Konzeption“ der sozialen Einstellung und spiegelt die Meinung bzw. das Bild wieder, dass eine Person von einer anderen hat (vgl. Nolting, Paulus 2012: 132 f.) (Kapitel 7.3.1.).

Variable: Vorwissen aus Medien: Die Experten beschreiben, dass sie ihr Wissen über die Menschengruppe u. a. aus den Medien haben. Hier werden überwiegend Reportagen zur Gruppe der Wohnungslosen benannt. Eine Expertin beschreibt, dass sie ihr Wissen aus (amerikanischen) Spielfilmen bezieht.

Variable: Gründe für Wohnungslosigkeit: Die von den Experten benannten möglichen Gründe für die Entstehung von Wohnungslosigkeit lassen sich unter

entsprechenden Schlagwörtern zusammenfassen, wie sie in der oben abgebildeten Ergebnistabelle (Tbl. 26) aufgeführt werden. Der Interviewpartner B 5 bedient sich der Wörter „klassischer sozialer Abstieg“ und „Abwärtsspirale“, um seine Aussage über die mögliche Entstehung von Wohnungslosigkeit zu untermauern:

> „[…] wenn man jetzt keine allzu hohe Ausbildung hat und relativ schlecht verdient und dann irgendwie ne, so so klassischen sozialen Abstieg irgendwie man wird geschieden, dann brauchst will die Frau, jetzt ist ein bisschen ne, muss man Unterhalt zahlen für Ehepartner, Kinder und dann hat man irgendwie am Ende nicht mehr viel und das ist aus so einer, so einer Abwärtsspirale gibt kann ich mir schon vorstellen.“ (B5-A19)

Die Aussagen der Experten lassen sich den in der Ergebnistabelle (Tbl. 26) ermittelten Schlagwörtern zuordnen, wobei alle mehrere mögliche Gründe benennen. Sie beschreiben, dass es selten nur einen Grund für die Entstehung von Wohnungslosigkeit gibt, sondern meistens mehrere Schicksalsschläge zusammenkommen, die von den Menschen nicht mehr anders bewältigt werden können. Insgesamt konnten die möglichen Ursachen unter folgenden Schlagwörtern gruppiert werden:

- Verlust/Aufgabe familiärer Kontakte
- Fehlendes Wissen über soziale Hilfsangebote
- Bewusste Lebensentscheidung
- Arbeitslosigkeit
- Schamgefühl bezüglich der Hilfsangebote
- Scheidung/Trennung
- Wohnungsverlust
- Abhängigkeit
- Verschuldung
- Selbstmitleid/Selbstaufgabe
- Psychische Erkrankungen
- Erkrankungen
- Flüchtlinge
- „klassischer“ sozialer Abstieg /Abwärtsspirale

<u>Variable: Übernachtungsmöglichkeiten:</u> Den Experten sind mehrere Möglichkeiten der Übernachtung bekannt. Es wird zwischen wohnungslosen Menschen unterschieden, die ein Obdach für die Nacht haben und diesen, die völlig im freien schlafen (ohne jedes Obdach „Platte machen“). Letztere übernachten nach Beobachtungen der Experten bevorzugt in Hauseingängen,

UBahn-Schächten oder ähnlichem. Unterkünfte für die Nacht werden unterteilt in Einrichtungen für Menschen ohne Wohnung, z. B. Obdachlosenheime (hier wird angemerkt, dass häufig eine begrenzte Platzzahl zur Verfügung steht) und Menschen, die einen festen Schlafplatz, z. B. eine Wohnung, haben oder dauerhaft bei einem Freund nächtigen. Diese Menschen lassen sich den so genannten Tageswohnungslosen zuordnen.

Variable: Alter der Wohnungslosen: Insgesamt lässt sich festhalten, dass wohnungslose Menschen vom Jugendalter bis ins hohe Erwachsenenalter hinein wahrgenommen werden.

> „[…] sowohl junge Menschen so um die 18 vielleicht aber halt auch viele wirklich alte über 60-jährige. Also da ist glaube ich alles dabei.“ (B1-A11)

Es wird beschrieben, dass Wohnungslosigkeit bereits im Jugendalter beginnen kann und dann durchweg in jeder Altersgruppe vertreten ist. Ebenfalls wird festgehalten, dass das tatsächliche Alter schwer einzuschätzen ist.

Variable: Lebensstil: Die Frage nach dem Lebensstil beantworten die Experten bezüglich der Tagesgestaltung und der Handlungen („Betteln“) an einem Tag. Wohnungslose werden als in den Tag hineinlebend wahrgenommen:

> „Also die Leben einfach nur, okay jetzt ist das so und morgen schaue ich mal was dann so kommt.“ (B4-A13).

Zusätzlich wird festgestellt, dass diese Personengruppe gehäuft andere Menschen um Geld anfragt („Betteln“), was als anstrengend beschrieben wird.

> „Anstrengend. Ich glaub, dass ist auf jeden Fall nicht einfach, Leute oder dann fremde Leute auf der Straße um Hilfe zu bitten, um Geld zu bitte, um Suchtmittel zu bitten, Zigaretten, Alkohol, was weiß ich, was man halt so, was leider ja viele konsumieren.“ (B6-A11)

Als Ursache dafür wird bei dieser Menschengruppe der als häufig beobachtete Suchtmittelkonsum benannt, der den Lebensstil beeinflusst.

K 2: Haltung/Einstellung gegenüber wohnungslosen Menschen

Die zweite Kategorie beinhaltet sieben Variablen ohne Variablenausprägungen (neutrale Haltung, positive Haltung, negative Haltung, Mitleid mit wohnungslosen Patienten, Möglichkeit der eigener Wohnungslosigkeit, vulnerable Gruppe schützen und Prägung durch den Beruf).

Die Einstellung professionell Pflegender ist mit deren Einstellung als Privatperson verknüpft, was in Kapitel 7.3.1. unter Bezugnahme auf die Sozialisation eines Menschen näher erläutert wird. Der Aspekt der Einstellung der Menschengruppe

gegenüber ist folglich unabdingbar für die Beantwortung der ersten Forschungsfrage.

Variable: Neutrale Haltung: Die Experten tätigen mehrere Aussagen, die auf eine neutrale Haltung dieser Menschengruppe gegenüber rückschließen lassen. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass sie diese als eigenverantwortliche Individuen anerkennen und/oder die Person bzw. ihren Lebensstil akzeptieren.

> „Akzeptiere ich, ist ja seine Einstellung, sein sein Lebensstil." (B2-A67)

Beispielhaft soll bzgl. der Anerkennung als eigenverantwortliche Individuen folgende Expertenaussage angeführt werden:

> „Dann sage ich die sind drei mal sieben alt und wenn ich dann wirklich unfreundlich angepampt werde und sach, ne ich brauch deine Hilfe nicht, dann geh ich auch. Dann ist das so. Dann mach ich mir da weiter keine Gedanken drüber." (B6-A91).

Der Experte möchte dem wohnungslosen Menschen helfen. Dieser lehnt dies ab und ist zudem unfreundlich. Es ist möglich, dass der Experte dies selber nicht nachvollziehen kann, dennoch akzeptiert er es und beschäftigt sich im Nachhinein nicht weiter mit dem Erlebten, was eine neutrale Haltung untermauert.

Variable: Positive Haltung: Insgesamt können neun Aussagen von vier der Experten einer positiven Haltung dieser Menschengruppe gegenüber zugeordnet werden. Einige von ihnen beschäftigen sich mit wohnungslosen Menschen, zeigen aktives Interesse an ihnen.

> „Ja irgendwie war das für mich immer ein ganz interessantes Thema und einfach genauso ein Mensch wie jeder andere auch." (B6-A79)

Zudem werden sie als gleichwertige Mitmenschen angesehen.

> „Das die halt auch sehen, das sind im Grunde Menschen wie sie selbst auch […]." (B1-A59)

Zwei der Experten sind sich eigener möglicher Vorurteile bewusst und reflektieren dies, was sich auf eine positive Grundhaltung den Menschen gegenüber zurückführen lässt.

> „Dass das dann schwierig ist aber was wollte ich, genau und ich glaube das man, das keinem Menschen oder keine Charaktere oder Mentalitäten die man in irgendeine Schublade oder in irgendein Raster einfügen kann." (B5-A63)

Variable: Negative Haltung: Ein Experte beschreibt in mehreren Sinnabschnitten ein Unverständnis für den Lebensstil der Menschengruppe der Wohnungslosen, was eine negative Haltung unterstützt.

> „Also eigentlich muss ich ehrlich sagen (lachen), ignoriere ich das immer so ein bisschen, weil ich auch die Einstellung habe ich bezahle genügend Steuern und die Leute müssen nicht auf der Straße liegen leben. Also sie haben sich ihr Schicksal selber gewählt und deswegen denke ich da nicht wirklich nach, sondern geh da eigentlich immer ziemlich schräg dran vorbei ohne das ich mir da großartig Gedanken zu mache.“ (B2-A17)

Variable: Mitleid mit wohnungslosen Menschen: Drei der befragten Experten beschreiben, dass sie Mitleid mit wohnungslosen Menschen haben.

Variable: Möglichkeit der eigenen Wohnungslosigkeit: Die Möglichkeit der eigenen Wohnungslosigkeit wird von drei Experten beschrieben. Sie berichten, dass dies jedem passieren kann, unabhängig von der aktuellen Lebenssituation.

Variable: Vulnerable Gruppe schützen: Zwei Experten beschreiben die Gruppe der wohnungslosen Menschen als vulnerabel und möchten diese schützen. Dies wird in Verbindung mit Exkursionen genannt, bei denen z. B. Pflegeschüler ein Obdachlosenwohnheim besichtigen. Die Experten halten dies nicht für eine adäquate Begegnung und möchten die Wohnungslosen schützen.

> „Ich finde moralisch kann man das nicht vertreten, weil man dann auf denen dann noch mal irgendwie den Fokus legt, wie schlecht es denen geht und das fände ich nicht in Ordnung.“ (B3-A79)

Variable: Prägung durch den Beruf: Fünf Aussagen von insgesamt vier Experten belegen, dass das beruflich Erlebte ihre private Einstellung beeinflusst und teilweise verändert/prägt.

K 3: Haltung/Einstellung gegenüber den wohnungslosen Patienten

Diese Kategorie setzt sich aus acht Variablen zusammen (positive Haltung, neutrale Haltung, negative Haltung, professionelle Haltung, Mitleid mit wohnungslosen Patienten, Selbstschutz der Pflegenden, Bedürfniswahrnehmung der wohnungslosen Patienten, Wahrnehmung der eigenen Kollegen). Variablenausprägungen liegen nicht vor.

Die Kategorie spiegelt die erste Forschungsfrage wieder und soll die heuristische Hypothese, dass die Haltung/Einstellung der Pflegenden entscheidend für ihren Umgang und die Versorgung von wohnungslosen Patienten ist, hinterfragen.

Variable: Positive Haltung: Alle Experten tätigen Aussagen, die auf eine positive Haltung den wohnungslosen Patienten gegenüber schließen lassen. Auch bezogen auf die positive Haltung den Patienten gegenüber bezogen, lässt sich diese u. a. am Interesse an den Patienten, der Betrachtung dieser als gleichwertige Mitmenschen und dem Bewusstsein über eigene mögliche Vorurteile festmachen.

> „Also ich finde das eigentlich immer interessant was die so zu erzählen haben." (B1-A27)
>
> „Ne, also generell würde ich halt gern nur an alle appellieren, dass das halt ganz normale Menschen sind, die man halt auch ganz normal versorgt." (B4-A55)
>
> „Aber prinzipiell versuche ich erst mal jeden so hinzu, anzunehmen wie die halt vor mir stehen. Ohne mir da von vornherein ein Vorurteil zu machen." (B2-A63)

Zwei der Experten beschreiben, dass sie einen offenen und freundlichen Umgang mit diesen Patienten pflegen, was ebenfalls eine positive Haltung belegt. Ebenso wie das Bedürfnis, diese Patienten als vulnerable Patientengruppe zu schützen, was ein Experte berichtet.

Variable: Neutrale Haltung: Drei Experten berichten, dass sie die wohnungslose Patientengruppe tolerieren, was eine neutrale Haltung ausmacht. Sie assoziieren mit ihnen weder Zuneigung noch Abneigung.

> „Also ich bin da ganz locker ihm gegenüber und es ist auch ok wenn er sonst unangenehm riechen möchte und nicht gepflegt sein möchte." (B6-A37)

Variable: Negative Haltung: Aufgrund der Tatsache, diese Patientengruppe nicht versorgen zu wollen, des Infrage stellens der Aussagen der Patienten und vorangegangener Enttäuschung durch die Patienten, lässt sich bei zwei der Experten eine negative Haltung feststellen.

> „Manchmal denkt man dann ohhhhh schon wieder so einer." (B2-A63)
>
> „Ob das, andererseits stell ich dann auch manchmal die Frage ob das alles so stimmt was die mir erzählen ob die da vielleicht sich entweder selber irgendwie was schön reden oder einfach bewusst mir irgendwelche Unwahrheiten erzählen." (B1-A27)
>
> „Und wenn die irgendwelche Hilfsangebote suchen dann freut mich das im ersten Moment auch aber, ja ich weiß nicht ob es Realismus ist oder Zynismus aber ich glaube dann auch nicht direkt daran, dass die jetzt das annehmen und dann gerettet sind und nachher in einer vier Zimmer Wohnung wohnen. Also ich weiß auch aus Erfahrung, dass die durchaus Hilfsangebote erfragen und dann aber trotzdem irgendwelche Therapien abbrechen oder so was." (B1-A27)

Variable: Professionelle Haltung: Ein Experte berichtet, dass er aufgrund seines Pfleger-Daseins helfen möchte und entsprechende Anerkennung für diese Hilfe erwartet.

> „[…] man hat glaube ich in der Krankenpflege immer so diesen Anspruch, ich will jetzt helfen und deshalb und darüber muss sich jetzt jeder freuen." (B1-A41)

Dieser und ein weiterer Experte tätigen eine Aussage, die auf eine eingenommene professionelle Haltung rückschließen lassen.

> „[…] man muss sich immer wieder daran erinnern, dass man jetzt Verständnis für den Jenigen aufbringen muss." (B1-A39)

Variable: Mitleid mit wohnungslosen Patienten: Vier Experten beschreiben, dass sie Mitleid mit wohnungslosen Patienten haben.

Variable: Selbstschutz von Pflegenden: Ein Experte berichtet, dass das Auseinandersetzen mit wohnungslosen Patienten schwierig für Pflegende ist und diese sich selber schützen wollen. Für ihn selber ist dies keine angemessene Einstellung:

> „Man versucht sich dann selber zu schützen um sich, um das dann nicht selber an sich heranzulassen. Das ist natürlich ein Weg damit umzugehen aber ich finde das ist ja nicht irgendwie, man kann sich ja auf eine gewisse Art und Weise ja schon darauf einlassen und versuchen wirklich Hilfe anzubieten und nicht einfach zu sagen, das wird schon wieder." (B3-A61).

Drei Experten berichten von Gefühlen des Ekels, vor denen sie sich schützen müssen.

> „Aber ich hab ganz klar gesagt, so, ich steh jetzt hier den ganzen Tag neben die am Bett, dann möchte ich auch das für mich ein bisschen angenehmer haben." (B6-A37)

Variable: Bedürfniswahrnehmung der wohnungslosen Patienten: Einige Expertenaussagen schildern, dass diese die Bedürfnisse der wohnungslosen Patienten wahrnehmen.

> „Ja also manchmal reagieren diese Patienten sehr ablehnend und wollen halt wirklich einfach nur in Ruhe gelassen werden, möchten nicht reden, möchten einfach bloß z. B. ihren Rausch ausschlafen und wieder gehen. Und andere haben aber ein sehr starkes Redebedürfnis möchten einem erzählen wie es dazu gekommen ist das sie z. B. obdachlos wurden, erzählen dann da ihr ganzes Leben oder äußern dann auch, dass sie gerne irgendwelche Hilfsangebote in Anspruch nehmen möchten. Fragen ob sie irgendwie einen Entzug machen dürfen oder ob man ihnen irgendwie saubere Sachen besorgen könnte oder so was." (B1-A25)

Variable: Wahrnehmung der eigenen Kollegen: Fünf Experten schildern unterschiedliche Wahrnehmungen, die sie bei ihren Kollegen gemacht haben und

aufgrund derer Rückschlüsse zur Haltung der Kollegen wohnungslosen Patienten gegenüber gemacht werden können. Neben negativen Äußerungen über die Gruppe, einem wahrgenommenen schlechten Umgang mit diesen und wahrgenommenen Vorurteilen diesen gegenüber, wird auch von positiven Beziehungen berichtet.

2. Dimension:

Das Thema ist hier der **berufspraktische Umgang** der professionell Pflegenden im Krankenhaus mit der Gruppe der wohnungslosen Patienten.

Soll bei der Beantwortung der 2. Forschungsfrage helfen:

- Wie beschreiben professionell Pflegende ihren eigenen berufspraktischen Umgang mit wohnungslosen Patienten?

Dazu existierende heuristische Hypothese der Forscherinnen:

- Der Umgang mit Wohnungslosen im stationären Kontext ist konflikt-/problembelastet von Seiten der Pflegenden.

Diese Dimension teilt sich ein in fünf Kategorien, nachdem die Kategorie vier: Erkrankungen, wie beschrieben, entfernt wurde. Sie dient der Beantwortung der zweiten Forschungsfrage. Die Kategorien beinhalten unterschiedlich viele Variablen. Für die Kategorie fünf, welche einen großen Stellenwert für die Beantwortung der Frage nach dem Umgang der professionell Pflegenden mit den wohnungslosen Patienten hat, konnten sieben Variablenausprägungen für die Variable „Besondere Tätigkeiten bei wohnungslosen Patienten“ ermittelt werden. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Dimension und den eben dieser zugeordneten Kategorien, Variablen und Variablenausprägungen. Zusätzlich weist sie die Ergebnisse in zusammengefasster Form, inklusive der jeweiligen Textstellen, aus.

Kategorie	**Variablen**	**Variablen-ausprägung** (wenn verschiedene für die Variable vorhanden sind)	**Ergebnisse und Textstellen**
K 5 Tätigkeiten	Pflege unabhängig vom Wohnstatus		B5-A33, B3-A29, B6-A29, B6-A29, B3-A27, B4-A23, B4-A23, B3-A21
	Besondere Tätigkeiten bei Wohnungslosigkeit	Umgang mit Bekleidung	• **Reinigung** B2-A87, B2-A83, B4-A23 • **Neue Kleidung beschaffen** B1-A31, B4-A23
		Gespräche führen	B3-A65, B3-A33, B1-A23, B1-A23
		Soziale Hilfestellung	• **Interdisziplinarität mit Sozialdienst** B3-A73, B3-A69, B4-A35, • **Wissen um Hilfsmöglichkeiten** B1-A33
		Umfängliche Körperpflege	B4-A51, B4-A51, B6-A43, B6-A39, B6-A39, B6-A37, B2-A37, B1-A21
		„Umschieben“ der Pat.	B4-A35
		Handlungen gegen den Willen der Pat.	• **Pflege ohne Zustimmung** B6-A43, B7-A33, B1-A21 • **Soziale Hilfestellung gegen Patientenwillen** B4-A11
		Wahrnehmung der Handlungen der eigenen Kollegen	• **Versuch der Erziehung** B7-A51 • **Empathischer Umgang** B5-A47, B6-A33 • **Pflege nur wenn nötig** B6-A35
K 6 Positive Erlebnisse mit wohnungs-losen Patienten	Erhaltene Selbstpflege		B3-A39, B3-A39
	Kooperations-bereitschaft		B7-A55, B3-A41, B7-A35, B4-A29
	Freundlichkeit		B4-A29, B6-A19, B4-A17
	Dankbarkeit		B6-A53, B4-A51, B6-A51, B5-A47, B5-A33, B4-A29,
	Genügsamkeit		B6-A63, B2-A57, B4-A31, B4-A17
	Pflegerische Beziehung		• **Interpersonelles Miteinander** B6-A63, B5-A39, B7-A35 • **Vertrauen entgegengebracht bekommen**

Kategorie	**Variablen**	**Variablen-ausprägung** (wenn verschiedene für die Variable vorhanden sind)	**Ergebnisse und Textstellen**
			B2-A55, B2-A53, B7-A37
	Helfen können		• **Sich gut fühlen** B2-A89, B2-A89, B2-A83 • **Etwas für die wohnungslosen Patienten tun** B1-A37
K 7 Negative Erlebnisse	Unehrlichkeit in Bezug auf die Beschwerden		B2-A33, B2-A25, B2-A19
	Fehlendes Vertrauen der Pflegenden		B6-A61, B3-A43
	Körpergeruch		B7-A51, B2-A39, B7-A35, B4-A33, B7-A33, B6-A21, B3-A41
	Reaktionen von Mitpatienten		B4-A33
	Undankbarkeit		B6-A51, B1-A39
	Gewaltbereitschaft		B2-A57, B6-A55, B7-A41, B3-A41
	Fehlende Kooperations-bereitschaft		B7-A55, B1-A39, B5-A35
	Unangepasstes Patientenverhalten		• **Keine Krankheitseinsicht** B2-A61, B2-A57 • **Anspruchshaltung** B2-A61, B5-A53 • **inadäquates Verhalten** B1-A39
K 8 Rahmen-bedingungen	Zeit		• B3-A65, B2-A51, B6.A47, B6-A47, B2-A45, B5-A43, B5-A43, B3-A35, B1-A27
	Material		• **Waschmöglichkeit** B2-A87, B2-A83, B1-A31 • **Ersatzkleidung** B2-A87, B1-A31 • **Pflegemittel** B2-A45, B4-A23
	Interdisziplinare Zusammenarbeit		B5-A43, B5-A43
K 9 Prägende Erlebnisse/	Es kann einen selber treffen		B7-A49, B7-A49
	Soziale Ignoranz		B1-A65, B1-A63

Kategorie	Variablen	Variablen-ausprägung (wenn verschiedene für die Variable vorhanden sind)	Ergebnisse und Textstellen
Begegnungen	Erhaltene Selbstpflege		B2-A53
	Positive Wohnungslosigkeit		B5-A51, B5-A49, B5-A47, B5-A51
	Unvorbereiteter pflegerischer Kontakt in der Ausbildung		B5-A77

Tabelle 27: Auswertungstabelle Dimension 2 (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

K 5: Tätigkeiten

Diese Kategorie umfasst zwei Variablen (Pflege unabhängig vom Wohnstatus, besondere Tätigkeiten bei wohnungslosen Patienten), wobei die zweite Variable über sieben, diese Tätigkeiten näher beschreibende Variablenausprägungen, verfügt.

In dieser Kategorie beschreiben die Experten ganz konkret ihren berufspraktischen Umgang mit der Patientengruppe. Dies ist Inhalt der zweiten Forschungsfrage und dient der Erforschung der heuristischen Hypothese, dass der Umgang der Pflegenden konflikt- bzw. problembelastet von Seiten der Pflegenden ist.

Variable: Pflege unabhängig vom Wohnstatus: Vier der sieben befragten Experten beschreiben, dass sich ihr beruflicher Umgang mit wohnungslosen Patienten nicht von dem gegenüber Patienten mit festem Wohnsitz unterscheidet.

Variable: Besondere Tätigkeiten bei wohnungslosen Patienten: Hier beschreiben alle der sieben Befragten, dass sie im Zusammenhang mit dieser Patientengruppe verschiedene pflegerische Tätigkeiten, welche sich in ihrer Art oder ihrem Umfang als unüblich bei der Versorgung der „normalen“ Patienten darstellen, durchführen.

Es lassen sich sieben Variablenausprägungen identifizieren, welche diese Tätigkeiten näher beschreiben:

- Umgang mit Bekleidung

- Gespräche führen
- soziale Hilfestellung
- umfängliche Körperpflege
- „Umschieben“ der Patienten
- Handlungen gegen den Willen der Patienten
- Wahrnehmung der Handlungen der eigenen Kollegen

Diese werden im Folgenden erläutert.

Umgang mit Bekleidung:

Hier beschreiben drei der Experten den Umgang mit der Bekleidung wohnungsloser Patienten. Der Fokus liegt auf der Reinigung sowie der Beschaffung neuer Bekleidung. Das ist bei der pflegerischen Versorgung von Patienten im Krankenhaus in der Regel kein Fokus der Pflege. Bei dieser speziellen Patientengruppe sehen sich die Pflegenden veranlasst, die Bekleidungssituation der Wohnungslosen positiv zu verändern.

> „Da ist halt nur oft die Frage wie kriegen wir jetzt die Sachen gewaschen, das wissen wir halt ganz oft nicht. So das man vielleicht auch schon mal eher dazu neigt das vielleicht doch noch privat zu machen, weil irgendwie keine Anschlussmöglichkeit da ist oder man nicht weiß an wen man sich wenden soll oder man bringt doch noch mal irgendwie von zu Hause alte Sachen mit die man nicht braucht.“ (B4-A23)

Gespräche führen:

Zwei der Interviewpartner beschreiben, dass sie im Umgang mit den wohnungslosen Patienten einen Redebedarf dieser wahrnehmen und diesem auch nachgehen. Sie beschreiben eine andere Herangehensweise in Bezug auf die Patientengruppe.

> „[…] ich mitbekomme das der Jenige einen Redebedarf hat, da gucke ich schon das ich mir da vielleicht ne halbe Stunde oder 20 Minuten reichen ja oftmals schon Zeit nehme um mal kurz, was heißt kurz aber um mal zu hören warum der Jenige jetzt auf der Straße wohnt. Man kann ja auch klar sagen, er muss mir jetzt die ganze Lebensgeschichte nicht erzählen.“ (B3-A65)

> „[…] und man da irgendwie ne ganz anderen, ganz andere Herangehensweise benutzen muss als bei anderen Patientengruppen. (B5-A23)

Soziale Hilfestellung:

Soziale Hilfestellung wird hier im Sinne einer interdisziplinaren Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und dem Wissen um Hilfsangebote und -möglichkeiten durch drei der Befragten verstanden. Ihnen erscheint es wichtig, Hilfsangebote zu kennen und Anlaufstellen für Betroffene nennen zu können, um dem

Wohnungslosen, wenn dieser es wünscht, eine Anschlussversorgung zu ermöglichen.

Umfängliche Körperpflege:

Vier der sieben Experten beschreiben während ihres Interviews, dass sie bei wohnungslosen Patienten andere bzw. umfangreichere Pflegemaßnahmen durchführen als bei anderen Patientengruppen. Hier werden exemplarisch Haare waschen/schneiden, Nagel- und Fußpflege sowie die Bartpflege beschrieben. Auffällig sind nicht die Tätigkeiten selber, sondern deren Umfang und die Beschreibung durch die Befragten. Es wird beschrieben, dass diese Pflege zeitintensiver ist als bei anderen Patienten und die Pflege in manchen Fällen innerhalb der ersten Tage durch die Pflegenden übernommen wird.

> „Wenns jetzt ein Pflegepatient ist, also der entweder Hilfestellung braucht oder Vollpflege, ist das schon so dass die pflegerische Versorgung zumindest an dem ersten und meist auch an dem zweiten Tag deutlich länger dauert, weil wir halt schon versuchen komplett alles zu machen. Ob es dann mit Haarwäsche ist, gegebenenfalls auch Haare schneiden, Bart schneiden viele haben ja keine Rasierer oder so und dann bieten wir denen das an.“ (B4-A51)

„Umschieben“ der Patienten:

Ein Interviewpartner beschreibt, dass durch ihn und sein Team wohnungslose Patienten von einem in ein anderes Zimmer verlegt werden. Als Auslöser hierfür werden Beschwerden von Mitpatienten angegeben.

Handlungen gegen den Willen der Patienten:

Als weitere spezielle Pflegehandlungen beschreiben vier der Experten pflegerische Handlungen, die gegen den Willen der wohnungslosen Patienten vollzogen werden. Diese Handlungen werden einmal in Zusammenhang mit der Körperpflege beschrieben. Es kommt auch zu ihnen, wenn Pflegende versuchen, die Lebensumstände dieser Patienten zu ändern.

> „Aber da war er nicht mehr ganz so glücklich darüber, aber er hat das dann einfach über sich ergehen lassen und dann wars auch okay. Über sich ergehen lassen hört sich jetzt so böse an aber es war schon in Ordnung.“ (B6-A43)

> „Wir haben einen Fall erlebt der wollte gar keine Wohnung. Also da haben wir alles gemacht, also was wir zumindest wissen was man tun kann und der wollte das gar nicht.“ (B4-A11)

Wahrnehmung der Handlungen der eigenen Kollegen:

Durch die Experten werden neben den eigenen Handlungen auch jene Handlungen beschrieben, die an den eigenen Kollegen wahrgenommen werden. Zwei der Befragten schildern, dass ihre Kollegen einen „negativen“ Umgang mit

den Wohnungslosen pflegen. Sie scheinen diese Patienten nicht gerne versorgen zu wollen (Körperpflege) und sich generell weniger patientenorientiert zu verhalten. Ein Befragter schildert eine Kollegin mit einem besonders empathischen und zugewandten Verhalten.

K 6: Positive Erlebnisse mit wohnungslosen Patienten

Diese Kategorie umfasst sieben Variablen (erhaltene Selbstpflege, Kooperationsbereitschaft, Freundlichkeit, Dankbarkeit, Genügsamkeit, pflegerische Beziehung, helfen können). Variablenausprägungen liegen nicht vor. Die Kategorie beschreibt, welche positiven Erlebnisse professionell Pflegende mit wohnungslosen Patienten haben. Diese beschriebenen positiven Erlebnisse, die teilweise auch Eigenschaften beschreiben, beeinflussen im weiteren Verlauf die Handlungen der Pflegenden.

Variable: Erhaltene Selbstpflege: Ein Befragter schildert, dass es für ihn ein positives Erlebnis ist, wenn ein wohnungsloser Patient gepflegt und sauber ist.

> „Gepflegte Kleidung, gepflegtes Äußeres. Also das war, das ist das was mir spontan eingefallen ist. Der hat sehr auf sich geachtet." (B3-A39)

Er fand daran positiv, dass der Patient aufgrund seines Erscheinungsbildes nicht als wohnungslos identifiziert werden konnte.

Variable: Kooperationsbereitschaft: Drei Experten beschreiben als sehr positiv, wenn die Patienten sich als kooperativ erweisen und in die Behandlung sowie Pflege einwilligen. Auch das Annehmen der angebotenen Hilfe gehört hier dazu.

> „[…] positiv halt in dem Sinne dass die Patienten jetzt nicht quer schießen." (B4-A29)

Variable: Freundlichkeit: Durch zwei Befragte wird Freundlichkeit als positives Erlebnis beschrieben. So beschreibt ein Befragter:

> „Die Patienten selber erlebe ich eigentlich als sehr freundlich und zugewandt. Das ist selten, dass da mal einer anders tickt in Anführungsstrichen. Aber eigentlich sind die immer sehr freundlich und zugewandt […]" (B4-A17)

Variable: Dankbarkeit: Dankbarkeit wird durch vier der Interviewten als positives Erlebnis dargestellt. Sie beschreiben, dass die Dankbarkeit der Wohnungslosen ihnen die Gewissheit gibt, ihre Arbeit gut getan zu haben. Die Dankbarkeit dieser Menschen wird in Zusammenhang mit erbrachten Leistungen der Pflegenden, aber auch mit einem unvoreingenommenen Umgang dieser genannt.

Wohnungslose Patienten werden mit nicht wohnungslosen Patienten verglichen und oftmals als dankbarer beschrieben.

> „Ja da habe ich meinen Teil der Arbeit auf jeden Fall, habe ich meinen Teil der Arbeit auf jeden Fall gut gemacht. Die haben sich wohl gefühlt. Bei mir, würde ich jetzt mal sagen. Ich glaub nicht das sie jedem Danke sagen." (B6-A53)

> „[…] hier haben sie ein paar Handtücher, Waschlappen, Zahnbürsten, ein Kamm. Da sind die eigentlich immer sehr freundlich und sagen, ach das ist aber nett dass sie mir das geben. Wo andere Patienten dann sagen, ja das ist ja das Mindeste das sie mir das geben. Also da habe ich eher die Erfahrung das sie sehr dankbar dafür sind, dass sie doch noch was kriegen." (B4-A29)

Variable: Genügsamkeit: Zu der Variable lassen sich Aussagen von drei Interviewpartnern finden. Diese geben an, dass die Wohnungslosen oftmals mit wenig zufrieden sind. Sie fordern ihrerseits wenig ein. Diese Variable wird oft in Verbindung mit der Variable Dankbarkeit verwendet.

> „[…] gefühlt sind die meisten wirklich schon relativ genügsam, weil man schon den Eindruck hat das sie wirklich froh sind mal ein Bett zu haben, essen zu bekommen und überhaupt." (B2-A57)

Variable: Pflegerische Beziehung: In dieser Variable lassen sich Aussagen von vier Teilnehmern zusammenfassen. Die pflegerische Beziehung zwischen dem wohnungslosen Patienten und dem Pflegepersonal wird dann als positiv beschrieben, wenn es zum einen ein interpersonales Miteinander gibt und zum anderen die Wohnungslosen den Pflegenden Vertrauen entgegenbringen. Letzteres äußert sich oftmals darin, dass sie den Pflegenden private Informationen liefern und sie somit an ihrem Leben teilhaben lassen.

> „Und ich mag dass echt total gerne, so dieses entspannte, lockere, von mir aus können die mich auch duzen." (B6-A63)

> „[…] fand es halt sehr positiv dass er in dem Moment scheinbar ja auch das Vertrauen in mich gehabt hat mit mir darüber zu sprechen, weil ich bin ja trotzdem eine fremde Person für ihn. Das fand ich halt vor allen Dingen positiv." (B2-A55)

Das interpersonale Miteinander wird als losgelöst von Tätigkeiten beschrieben. Hier geht es um den Umgang und um die Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient.

> „[…] und man halt so irgendwie dann so eine Bindung zu dem gehabt […]." (B7-A35)

Variable: Helfen können: Zwei der Interviewten beschreiben als positives Erlebnis, den Patienten helfen zu können. Dies wird in Bezug mit der Variable Umgang mit Bekleidung gesetzt und weiterhin damit ihnen Essen gegeben zu haben.

> „[…] so kurze Erfolge kann man dann vielleicht dann sehen, wenn man den Leuten halt wirklich irgendwie mal was weiß ich mal was Vernünftiges zu Essen geben kann oder denen halt mal die Sachen waschen kann oder so. Das sind dann halt dann immer so kurze Momente wo man gedacht hat, vielleicht hat es jetzt was gebracht.“ (B1-A37)

Beides lässt in den Pflegenden ein gutes Gefühl entstehen.

K 7: Negative Erlebnisse mit wohnungslosen Patienten

Diese Kategorie umfasst insgesamt acht Variablen (Unehrlichkeit in Bezug auf die Beschwerden, fehlendes Vertrauen der Pflegenden, Körpergeruch, Reaktionen von Mitpatienten, Undankbarkeit, Gewaltbereitschaft, Fehlende Kooperationsbereitschaft, Unangepasstes Patientenverhalten) und keine Variablenausprägungen.
Die professionell Pflegenden nennen hier negative Erlebnisse, die sie im Umgang mit der wohnungslosen Patientengruppe gemacht haben. Ebenso wie die vorangegangenen positiven Erlebnisse, können die negativen Erlebnisse und Eindrücke die Pflegenden im weiteren Verlauf bei ihren pflegerischen Handlungen gegenüber dieser vulnerablen Patientengruppe beeinflussen.

Variable: Unehrlichkeit in Bezug auf die Beschwerden: Dies ist hier im Sinne von falschen Aussagen in Bezug auf ihren Gesundheitszustand zu verstehen. Eine Teilnehmerin beschreibt diesen Sachverhalt als negativ erlebtes. Die Wohnungslosen „erfinden“ Erkrankungen, um weiterhin im Krankenhaus, hier in der Notaufnahme, bleiben zu können und ein Dach über dem Kopf zu haben.

> „[…] die wissen ja auch was die sagen müssen, sagen sie sie haben Brustschmerzen. Denn mit Brustschmerzen liegen die halt einige Stunden in der Ambulanz haben ihre trockene Trage, so das ist das eigentliche. Die meisten sind, das ist so mein Gefühl sind eigentlich froh mal für eine Nacht Ruhe zu haben und mal von der Straße wegzukommen, das ist so mein Eindruck weswegen sie sich was einfallen lassen in Anführungsstrichen.“ (B2-A19)

Variable: Fehlendes Vertrauen der Pflegenden: Zwei der Befragten schildern als negatives Erlebnis, dass sie diesen Patienten kein Vertrauen entgegenbringen können. Ein Befragter beschreibt, nicht zu wissen, wie die „Ticken“ (B6-A61). Der andere benennt sein Misstrauen in Zusammenhang mit Alkohol und Drogenkonsum der wohnungslosen Patienten.

Variable: Körpergeruch: Der Körpergeruch der Patienten ohne Obdach, welcher als nicht angenehm beschrieben wird, wird von fünf Interviewpartnern als negatives Erlebnis beschrieben. Sie wollen sich selber vor dem Geruch schützen.

> „Ich selber versuch schon auch manchmal an meine Nase zu denken.“ (B2- A39)

Es wird im Weiteren beschrieben, dass dieser Geruch oftmals auch nach der Körperpflege aufgrund der Bekleidung der Patienten weiterbesteht. Das wird als sehr unangenehm empfunden.

Variable: Reaktion von Mitpatienten: Ein Befragter schildert es als negativ und schwierig für ihn, mit Beschwerden von Mitpatienten über wohnungslose Patienten, umzugehen.

Variable: Undankbarkeit: So wie Dankbarkeit zuvor als positives Erlebnis empfunden wurde, beschreiben zwei Teilnehmer der Untersuchung die empfundene Undankbarkeit der Wohnungslosen als negatives Erlebnis. Undankbarkeit wird hier in Verbindung mit dem Ablehnen angebotener Hilfe durch die Befragten verstanden.

> „Also viele wissen das nicht zu schätzen, war einfach glaube ich so, dass die dann gesagt haben, boah ne das ist ja eher wie im Knast hier, ich hau wieder ab.“ (B6-A51)

Variable: Gewaltbereitschaft: Gewaltbereitschaft von Seiten der Wohnungslosen wird durch vier Pflegepersonen geschildert. Hier wird vor allem eine Fremdaggressivität in Zusammenhang mit Alkoholkonsum und Substanzmissbrauch geschildert.

Variable: Fehlende Kooperationsbereitschaft: Drei Befragte schildern negative Erlebnisse, indem sie beschreiben, dass sie von Seiten der Wohnungslosen wenig Willen zur Kooperation wahrnehmen. Angebotene Behandlungen und Pflegemaßnahmen werden abgelehnt und Behandlungen abgebrochen. Dies löst in den Pflegenden Unverständnis und Enttäuschung aus.

> „Wenn man dann natürlich jemanden hat der dann immer wieder meckert und äh will ich nicht und mach ich nicht und brauch ich nicht. Man ist ja da um denen zu helfen und wenn man dann da irgendwie nicht so wirklich seinen Job erledigen darf, das ist dann schade.“ (B7-A55)

Variable: Unangepasstes Patientenverhalten: Hier können drei Teilaspekte unterschieden werden. Ein Befragter empfindet die fehlende Krankheitseinsicht der Wohnungslosen als negativ. Zwei Befragte nennen deren Anspruchshaltung. Diese beschreiben sie als unverhältnismäßig. Ein weiterer Befragter thematisiert, dass in seinen Augen inadäquate Patientenverhalten, welches er als sehr negativ empfindet.

> „[…] auch immer mal wieder Patienten die haben sich einfach .. den Verstand weggesoffen möchte ich es mal positiv oder negativ formulieren. Und die haben da nicht immer so das Verständnis zu ihrem Krankheitsbild und werden ja auch schon mal schneller aggressiv und da habe ich immer nicht so furchtbar viel Verständnis für muss ich ehrlich sagen.“ (B2-A57)

> „[…] Aber diese Anspruchshaltung die dann im Gegenzug irgendwie an, manchmal an uns oder auch an die ärztlichen Kollegen gestellt werden die halt dann so unverhältnismäßig sind.“ (B5-A53)

> „Beleidigt das Personal, uriniert in irgendwelche Ecken oder andere Geschichten. Da kommt halt oft schon mal an die Grenzen seiner Toleranz. Da fällt es einem schwer.“ (B1-A39)

Kategorie 8: Rahmenbedingungen

Diese Kategorie beinhaltet drei Variablen (interdisziplinare Zusammenarbeit, Material, Zeit).

Institutionelle Rahmenbedingungen, wie sie in unterschiedlicher Ausprägung in jeder Einrichtung des Gesundheitswesens, so auch dem Krankenhaus, vorherrschen, beeinflussen das Verhalten und die Tätigkeiten der professionell Pflegenden positiv oder negativ und wurden daher im Interview untersucht.

Variable: Interdisziplinare Zusammenarbeit: Ein Teilnehmer beschreibt als eine seine Tätigkeiten beeinflussende Rahmenbedingung das Vorhandensein und die Arbeitszeiten des Sozialdienstes. Positiv gesehen wird die Existenz einer solchen Mitarbeitergruppe. Bemängelt wird, dass dieser nur zu den üblichen Bürozeiten erreichbar ist und man außerhalb der Zeiten als Pflegender auf sich selbst gestellt ist. Der Befragte schildert weiterhin, dass ihn solche Situationen aufgrund seines fehlenden Hintergrundwissens dann oftmals überfordern.

> „[…] klar kann ich dann unter der Woche den Sozialdienst anrufen und sagen, hör mal hier ist jemand der möchte das ändern und der fragt, und ich frag dich jetzt bitte kannst du kommen oder dich kümmern. Aber das ist ja auch nur unter der Woche und auch nur bis zu einer gewissen Uhrzeit möglich.“ (B5-A43)

Variable: Zeit: Der Zeitfaktor wird von fünf Interviewpartnern als relevant bei der Versorgung Wohnungsloser beschrieben. Sie schildern, dass diese oftmals zeitintensiv ist und Zeitressourcen für eine umfängliche Versorgung nicht immer vorhanden sind. Es spielt aber nicht nur das Vorhandensein von Zeit eine Rolle, sondern auch die Bereitschaft, diese zu investieren.

> „Wenn ich das Gefühl habe ich hätte Zeit, dann würde ich mir aber auch die Zeit dann nehmen. Also habe ich auch schon gemacht.“ (B2-A51)

Variable: Material: In Bezug auf die Rahmenbedingung Material schildern zwei Untersuchungsteilnehmer, dass es für sie hilfreich ist, in einer Einrichtung tätig zu sein oder gewesen zu sein, in welcher die Möglichkeit zur Aufbereitung der Bekleidung der Wohnungslosen besteht. Ersatzkleidung wird ebenso als wichtige Ressource gesehen. Ein Teilnehmer schildert, dass das Fehlen dieser auf seiner neuen Arbeitsstelle als Verlust empfunden wird.

> „[…] fand ich gut dass es da die Möglichkeit im (Auslassung Krankenhausname) gab. Das es da eine Waschmaschine gab, weil in (Auslassung Krankenhausname) wüsste ich jetzt nicht wie ich den Leuten da mal saubere Sachen geben kann. Da haben wir so Papierkleidung, das kann ich den geben, ja das war es dann aber auch." (B2-A87)

Neben den materiellen Voraussetzungen werden durch zwei weitere Befragte Pflegemittel als hilfreich und nötig in der Versorgung dieser Patienten gesehen.

> „[…] Handtücher, Waschlappen oder sonstiges sind Zahnbürste, Kamm das kriegen die alles gestellt." (B4-A23)

Kategorie 9: Prägende Erlebnisse

Innerhalb der Kategorie werden insgesamt fünf Variablen (es kann einen selber treffen, soziale Ignoranz, erhaltene Selbstpflege, positive Wohnungslosigkeit und unvorbereiteter pflegerischer Kontakt in der Ausbildung) abgebildet, die sich jeweils auf ein prägendes Erlebnis einer professionellen Pflegeperson aus dem Interview beziehen.

Hierbei handelt es sich um geschilderte Einzelerlebnisse, welche die Pflegenden auch nach einer langen Zeit erinnern können und die sie nachhaltig geprägt haben. Diese Erlebnisse wirken sich ebenfalls auf den Umgang der jeweiligen Pflegeperson mit den wohnungslosen Patienten aus und zeichnen sich durch ihre Individualität aus.

Variable: Es kann einen selber treffen: Der Experte schildert, wie er es empfindet, dass in seiner Einrichtung wohnungslose Patienten in der Notaufnahme oftmals länger auf dem Flur auf Tragen liegen müssen. Er selbst reflektiert für sich, dass er so nicht versorgt werden möchte, falls ihn das gleiche Schicksal ereilen sollte.

> „Also ich würde es selber auch nicht wollen, weil ich denke wer weiß wer da kommt und wer mich dann da sieht oder mich muss auch einfach niemand in so einer Situation dann so sehen." (B7-A49)

Variable: Soziale Ignoranz: Dieser Interviewteilnehmer beschreibt, dass er einen wohnungslosen Mann pflegerisch versorgte, welcher für ca. eine Woche unbeachtet in einem Hauseingang gelegen hat und massive Verletzungen dadurch erlitt. Er ist bestürzt darüber, dass keiner der Menschen oder Passanten

sich Gedanken um diesen Mann zu machen schien. Er bemerkt, dass es bei einem „Anzugträger“ nicht zu so einer Situation gekommen wäre.

> „Völliges Unverständnis. Also wenn das jemand anders gewesen wäre, wenn das jetzt irgendwie so ein Anzugträger da gelegen hätte dann, dann hätte nach 5 Minuten schon da ein kompletter Löschzug gestanden ungefähr und bei diesen Leuten guckt da halt einfach kein Mensch und jeder denkt sich, das ist halt normal das die da in der Ecke liegen, das machen die ja den ganzen Tag.“ (B1-A65)

Variable: Erhaltene Selbstpflege: Hier wird durch einen Befragten dargestellt, wie positiv ein wohnungsloser Patient empfunden wird, der sich trotz jahrelanger Wohnungslosigkeit noch pflegt, regelmäßig von seinem „erbettelten“ Geld duscht. Die erhaltene Selbstpflege wird von dem Wohnungslosen als selbstverständlich beschrieben und diese Einstellung wird als etwas sehr positives empfunden.

> „[...] naja man kann halt auf der Straße leben aber man kann trotzdem sich saubermachen. Und der geht halt regelmäßig für einen Euro am Bahnhof in eine Dusche und duscht sich wenigstens. Er hat halt gesagt, wenn ich Geld für Alkohol habe dann habe ich auch Geld für (lachen) mich zu pflegen. Das fand ich total interessant wie offen er da auch drüber gesprochen hat und er da auch überhaupt keine Hemmungen hatte. Fand ich sehr positiv irgendwie, fand ich auch irgendwie cool die Einstellung (lachen).“ (B2-A53)

Variable: Positive Wohnungslosigkeit: In einem der Interviews schildert der Experte, wie er einen älteren wohnungslosen Patienten auf seiner Station erlebt hat. Dieser Patient wird insgesamt als genügsam und dankbar und „in sich ruhend“ beschrieben. Der Pflegende zeigt sich beeindruckt dadurch, dass jemand in einer vermeintlich schlechten Lebenssituation trotzdem Zufriedenheit und Glück ausstrahlen kann. Diese Begegnung wird als heilsam und lehrreich empfunden.

> „[…] ich war einfach so überrascht das Leute, dass er so zufrieden wirkte und so ja in sich ruhte. Das ist entzieht sich ja unserer ganzen Vorstellungskraft das Leute mit so so zufrieden und irgendwie in sich ruhend sein können in so einer Situation. Da würd man ja nie drauf kommen und halt gerade weil man häufig so das Gegenteil erlebt fand ich das Wahnsinn.“ (B5-A49)

Variable: Unvorbereiteter pflegerischer Kontakt in der Ausbildung: Der Befragte schildert hier eine Situation seiner praktischen Ausbildung. Während seines Einsatzes im ambulanten Pflegedienst wurde er unvorbereitet mit der Versorgung eines Wohnungslosen in einem Obdachlosenheim konfrontiert. Die Begegnung wird als überfordernd und schockierend empfunden.

> „[…] und dann war ich einfach total unvorbereitet und schockiert, so auch auch sowohl über die Reaktion die der Krankenschwester entgegen gebracht werden, als auch über die Umstände. Also das ist ja, das ist ja kein Wohnheim, das ist ein, da hausen Leute das ist furchtbar.“ (B5-A77)

3. Dimension:

Betrachtung der **Ausbildung in Bezug auf die Gruppe** der Patienten ohne festen Wohnsitz.

Soll bei der Beantwortung der 3. Forschungsfrage helfen:

- Wie beurteilen professionell Pflegende ihre Ausbildung hinsichtlich der berufspraktischen Versorgung wohnungsloser Patienten im stationären Kontext?

Dazu existierende heuristische Hypothesen der Forscherinnen:

- Der konflikt-/problembelastete Umgang der Pflegenden ist in der Pflegeausbildung mitbegründet.
- Zur Ausbildung positiver Einstellungen bei zukünftig professionell Pflegenden bedarf es der Erlangung praktischer Erfahrung im Rahmen der Ausbildung mit der Gruppe in ihrer Lebenswelt, begleitet durch positiv eingestellte Schulpädagogen und professionelle Experten aus der Lebenswelt der Wohnungslosen.
- Auszubildende benötigen ergänzend fundiertes theoretisches Hintergrundwissen.
- Wenn dies in der Ausbildung stattgefunden hat, setzen zukünftige Pflegende ihre veränderte Sicht/Haltung auch im stationären Arbeitsfeld um.

Die Dimension teilt sich ein in drei Kategorien, die jeweils das Ziel verfolgen, die beschriebene Forschungsfrage und damit verbundenen heuristischen Hypothesen zu beantworten. Die Kategorien beinhalten unterschiedlich viele Variablen. Innerhalb der Kategorie zwölf (K 12) finden sich zusätzlich Variablenausprägungen. Eine Besonderheit innerhalb dieser Dimension ist, dass das Interview mit dem Experten B 3 für die zwölfte Kategorie nicht verwertbar ist, da dieser die Frage missverstanden hat.
Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Dimension und den eben dieser zugeordneten Kategorien und Variablen. Zusätzlich weist sie die Ergebnisse in zusammengefasster Form inklusive der jeweiligen Textstellen, aus denen diese in den Transkripten entnommen sind, aus.

Kategorie	**Variablen**	**Variablen-ausprägung** (wenn verschiedene für die Variable vorhanden sind)	**Ergebnisse und Textstellen**
K 10 Wohnungs-losigkeit als Ausbildungs-inhalt	War kein Inhalt		• **Keine Erinnerung vorhanden** B2-A65, B7-A57, B5-A60 • **Kein Inhalt gewesen** B3-A56-57, B1-A47, B4-A40
	War Inhalt		• **War Inhalt** B6-A75, B6-A65 • **Exkursion** B6-A75, B6-A65, B6-65 • **Theoretischer Unterricht** • B6-A67
K11 Wohnungs-losigkeit als festgelegter Inhalt der Ausbildung	befürwortet		• **Befürwortet** B6-A87, B6-A87, B6-A87, B7-A61, B5-A61, B1-A51, B4-A41 • **Begründung** B6-A89, B6-A87, B6-A87, B7-A61
	abgelehnt		• **Abgelehnt** B3-A91
	Keine Aussage		B2
K12 Ausbildungs-gestaltung	Theoretischer Unterricht in Verbindung mit praktischem Einsatz	Identität	• **Weltoffenheit** B6-A87 • **Menschlichkeit** B7-A71 • **Sozialisation** B2-A71, B7-A69, B2-A67, B5-A57 • **Professionelle Identität** B1-A59, B5-A39, B3-A59, B3-A61
		Praktischer Einsatz	B6- A87, B6-A87, B2-A77, B7- A75, B5-A73, B2-A69, B2-A69
		Theoretischer Input	• **Thema Wohnungslose** B7-A75, B1-A61, B1-A59, B1-A59, B1-A51, B4-A43, B4-A41 • **Hilfssysteme** B5-A63, B4-A43, B4-A41, B5-A66-67 • **Erkrankungen und Pflege in Zusammenhang mit Wohnungslosen** B7-A63, B1-A59

Kategorie	Variablen	Variablen-ausprägung (wenn verschiedene für die Variable vorhanden sind)	Ergebnisse und Textstellen
		Beziehungsaufbau	• **Umgang mit Ablehnung** • B6-A89 • **Verständnis/Empathie** • B2-A79, B2-A79, B7-A69, B7-A63, B7-A43, B5-A63, B5-A75 • **Positiven Kontakt herstellen** • B5-A73, B5-A63, B5-A43, B7-A43, B5-A63 • **Bedürfnisse erkennen** • B5-A67, B5-A63
		Vorurteilsfreier Umgang	B2-A81, B5-A63
	Interview B3 hierzu nicht verwertbar, da Frage missverstanden wurde		

Tabelle 28: Auswertungstabelle Dimension 3
(Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

K 10: Wohnungslosigkeit als Ausbildungsinhalt

Die zehnte Kategorie teilt sich in zwei Variablen (war kein Inhalt und war Inhalt) ohne Variablenausprägungen auf.

Um klären zu können, wie professionell Pflegende ihre Ausbildung in Hinblick auf die berufspraktische Versorgung wohnungsloser Patienten beurteilen, muss zunächst geklärt werden, ob diese Thematik als Inhalt ihrer Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung existent war.

Variable: War kein Inhalt: Bei sechs von sieben Interviewpartnern war das Thema innerhalb der Ausbildung kein Inhalt. Diese Aussage muss dahingehend eingegrenzt werden, dass sich die Hälfte der Experten nicht mehr daran erinnern können. Somit können sie es nicht mit Sicherheit ausschließen. Tatsache ist, dass keine Erinnerung daran vorhanden ist.

Variable: War Inhalt: Im Rahmen der Ausbildung eines der sieben Experten wurde das Thema Wohnungslosigkeit thematisiert. Der Experte beschreibt, dass

es theoretischen Input zu dieser Patienten-/Menschengruppe gab und eine Exkursion zu einem Obdachlosenheim gemacht wurde.

K 11: Wohnungslosigkeit als festgelegter Inhalt der Ausbildung

Diese Kategorie beinhaltet drei Variablen (befürwortet, abgelehnt und keine Aussage). Es liegen keine Variablenausprägungen vor.

Zur Klärung der dritten Forschungsfrage und der damit einhergehenden heuristischen Hypothesen ist es von Bedeutung, wie die Experten das Thema Wohnungslosigkeit als Ausbildungsinhalt bewerten.

Variable: Befürwortet: Fünf der sieben Experten befürworten das Aufnehmen des Themas Wohnungslosigkeit als festen Bestandteil der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Begründet wird dies damit, dass die Problematik der Wohnungslosigkeit weiter fortschreitet und die Auszubildenden zum Umgang mit wohnungslosen Patienten befähigt werden sollten.

> „Weil das glaube ich nicht weniger wird. Weil man immer damit konfrontiert wird, denke ich und grade auch in so einer großen Stadt, wie jetzt hier in (Auslassung Ort), ist das ja leider tagtäglich so das, dass man viele Leute auf der Straße sieht und das auch immer wieder Situationen gibt, wo die dann auch Hilfe brauchen.“ (B6-A89)

> „Ich finde schon, dass das so prinzipiell eigentlich schon angebracht wäre das so was in der Ausbildung unterrichtet wird, weil man dann halt diese, ja wie hier jetzt dann z. B. meine Kollegin mit dieser negativen Grundeinstellung den Patienten vielleicht auch nicht so gegenüber treten können und wissen und vielleicht auch ein bisschen verstehen warum ist das so. Also finde ich schon nicht verkehrt wenn das in der Ausbildung unterrichtet werden würde.“ (B7-A61)

Variable: Abgelehnt: Ein Experte der sieben Befragten lehnt das Thema als festgelegten Ausbildungsinhalt ab. Dies wird von ihm nicht weiter begründet.

Variable: Keine Aussage: Der Experte B 2 hat keine Aussage dazu im Interview gemacht.

K 12: Ausbildungsgestaltung

Diese Kategorie enthält die Variable „Theoretischer Unterricht in Verbindung mit praktischem Einsatz“, die fünf Variablenausprägungen impliziert (Identität, praktischer Einsatz, theoretischer Input, Beziehungsaufbau und vorurteilsfreier Umgang). Wie bereits zu Beginn der dritten Dimension beschrieben, ist das Interview des Experten B 3 für diese Kategorie nicht verwertbar, da er die Frage missverstanden hat.

Mit Hilfe dieser Kategorie soll ermittelt werden, was im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung notwendig wäre, um Auszubildende auf den berufspraktischen Umgang mit der Patientengruppe der wohnungslosen Patienten vorbereiten zu können. Dadurch sollen die oben für die dritte Dimension beschriebenen heuristischen Hypothesen geklärt werden.

Variable: Theoretischer Unterricht in Verbindung mit praktischem Einsatz: Die Experten tätigen hier aufgrund ihrer Erfahrungen, Erlebnissen und Fachexpertise Aussagen bzw. Empfehlungen zur möglichen Gestaltung des Unterrichts bezogen auf wohnungslose Menschen. Die von ihnen angemerkten Aspekte lassen sich in die oben beschriebenen fünf Variablenausprägungen aufteilen und werden im Folgenden dargelegt.

Identität:

Insgesamt beziehen sich die Aussagen von fünf Experten auf diese Variablenausprägung.

Zwei Experten schildern, dass Auszubildende allgemeine Eigenschaften benötigen, die sich unter den Schlagwörtern Weltoffenheit und Menschlichkeit zusammenfassen lassen.

> „Was bräuchten die? Ja die müssten sowieso erst mal komplett, ich glaub weltoffen sein.“ (B6-A87)

> „[…] viel Menschlichkeit auf jeden Fall mitbringen, dass man da auch nett und gut mit denen umgehen kann […].“ (B7-A71)

Diese Aussagen beziehen sich nicht auf konkret vermittelbare und fassbare Inhalte einer theoretischen oder praktischen Ausbildung, sondern auf die Person des Gesundheits- und Krankenpflegeschülers, auf das, was ihn ausmacht, was er mitbringt, auf seine Identität. Dies entspricht den weiterhin getätigten Aussagen, die sich unter den Schlagwörtern Sozialisation und professionelle Identität summieren lassen. Der Interviewpartner B 2 berichtet:

> „Aber eigentlich finde ich, ist es halt auch schon Erziehungssache. Also ich bin erzogen worden, dass ich Menschen nicht böse oder wie auch immer gegenübertrete (lachen).“ (B2-A71),

was darauf hindeutet, dass es entscheidend ist, wie der Mensch aufwächst, was er in der Familie beigebracht bekommt, wie er sozialisiert ist. Die Aussage von Interviewpartner B 7 baut darauf auf. Dieser beschreibt, dass das berufliche Umfeld entscheidend dafür ist, wie ein Mensch sich entwickelt und verhält, was ebenfalls der Sozialisation zugehörig ist.

> „[…] das Personal was da arbeitet hat eine ganz andere Einstellung und arbeitet täglich mit diesen Menschen zusammen und da können die Auszubildenden auch von lernen.“ (B7-A69)

Es werden noch zwei weitere Aussagen dahingehend identifiziert. Drei Experten berichten, dass es von Bedeutung ist, eine professionelle Haltung einnehmen zu können, was im Rahmen der Ausbildung erlernt werden sollte, sich somit als professionelle Identität betiteln lässt.

> „Vielleicht so Mechanismen zu lernen oder sich anzueignen um das halt jetzt nicht direkt an sich heranzulassen.“ (B3-A61)

Praktischer Einsatz:

Vier Experten empfehlen bzw. befürworten das Erlangen von praktischer Erfahrung bei der Versorgung dieser Patientengruppe. Dies sollte nicht zufällig geschehen, sondern gezielt gesteuert, ermöglicht und begleitet werden.

> „Ne ich hätte jetzt auch mir gewünscht, dass du vielleicht dann halt irgendwann später auch mit den Auszubildenden dieses Thema Obdachlose dann auch mal wenn das geht unterrichten würdest oder die dann halt so ein bisschen aufklärst und das ihr diese Einsätze auch ermöglicht, das ist eine gute Idee.“ (B7-A75)

> „Wo man, ich glaube ich fänd wichtig das es irgendwie so stattfindet das die Auszubildenden positiven Kontakt zu den Leuten knüpfen. Wenn die Leute irgendwo hingehen und sagen okay ich möchte jetzt Hilfe, dann sind die ja auch, dann kann man mal positiv ins Gespräch kommen und ich glaube das ist wichtig um dann hinterher ein Verständnis aufbauen zu können um dann auch guten Kontakt mal im Krankenhaus zu haben.“ (B5-A73)

> „[…] in erster Linie brauchen die Praxisanleiter die eine gewisse Empathie auch für solche Leute aufbringen. Weil wenn du einen Praxisanleiter hast der auch selber sehr despektierlich über die Leute redet glaube ich eignet man sich das auch als Auszubildender so ein bisschen an.“ (B2-A69)

> „Also man kann den Obdachlosen glaube ich nicht theoretisch erklären, das, also die Kombination von beidem ist sicher wichtig […].“ (B1-A61)

Theoretischer Input:

Der theoretische Unterricht wird von den meisten Experten als absolut notwendig angesehen. Die Empfehlungen zur inhaltlichen Gestaltung lassen sich unter drei Oberpunkten zusammenfassen.

Als erstes benötigen die Auszubildenden Wissen zum Thema Wohnungslose.

> „[…] das kann man in der Ausbildung abbauen in dem man den Schülern vielleicht nahebringt, wie man in so einer Situation geraten kann wie schnell auch und was das für die Leute eigentlich bedeutet obdachlos zu sein.“ (B1-A51)

Zweitens brauchen sie Informationen zu den zur Verfügung stehenden Hilfesystemen für wohnungslose Patienten/Menschen.

> „[…] das man dann entweder weiß wo man fragt oder so ein bisschen Hintergrundwissen hat, das man den Leuten zumindest auch wenn es nachts um zwei ist ne beruhigende Antwort geben kann so oder das man sagt, ich weiss wo

> wir sie hinschicken könne oder wo ich für sie anrufen kann, das mache ich morgen und so.“ (B5-A63)

Als drittes wird theoretisches Wissen zu Erkrankungen und Pflege in Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit benötigt.

> „[…] spezieller auf die Krankheitsbilder eingehen, die diese Patienten mitbringen, halt wie z. B. Alkoholismus, Leberzirrhose und solche Geschichten um halt […].“ (B1-A59)

> „[…] die müssen erst mal dieses Krankheitsbild sage ich jetzt mal wenn die jetzt noch einen Alkoholkonsum, also wenn die alkoholabhängig sind noch das halt das sie dieses von Null, also von Grund auf verstehen warum das so ist. Auch diese Psyche des Menschen dann halt auch mal kennenlernen.“ (B7-A63)

Beziehungsaufbau:

Vier Experten schildern, dass der Beziehungsaufbau bei dieser Patientengruppe von Bedeutung ist und das Auszubildende dazu befähigt werden müssen, einen solchen aktiv gestalten zu können. Dazu sind laut den Experten unterschiedliche Aspekte von Bedeutung.

Zum einen, sollte der Umgang mit Ablehnung seitens der Patienten trainiert werden. Damit müssen Pflegende umgehen können.

> „Obwohl sich viele dann nicht helfen lassen wollen, die Erfahrung habe ich gemacht aber, wenn man dann auch einfach son bisschen lernt dann damit umzugehen.“ (B6-A89)

Verständnis und Empathie zu vermitteln, spielt laut den Experten eine Rolle, da dies einen Beziehungsaufbau ermöglicht.

> „[…] wenn man das in der Ausbildung einfach vorher schon mal gesehen hat, dann hat man ja auch mit den Leuten gesprochen, hat dann wahrscheinlich auch mehr Empathie für die Leute könnte ich mir vorstellen. So halt.“ (B2-A79)
> „[…] damit die halt einfach dieses Verständnis bekommen und die Menschen näher kennen lernen und die lernen die ja auf einer ganz anderen Basis oder auch Ebene kennen.“ (B7-A69)

Zweien der Experten ist es wichtig, dass die Auszubildenden vermittelt bekommen, wie sie positiven Kontakt zu wohnungslosen Patienten herstellen können, um diese adäquat versorgen zu können. Dies scheint eine besondere Herausforderung zu sein, bei der es erst gilt zu lernen, wie diese bewältigt werden kann.

> „Ja weil man halt noch nicht so wirklich den, man hat ja nicht jeden Tag mit denen dann zu tun und weil man ja irgendwie auch erst mal lernen muss wie man mit diesen Menschen umgeht und das war dann irgendwie schwierig da einen Weg zu, finde ich.“ (B7-A43)

Zu einem gelungenen Beziehungsaufbau gehört es laut einem Experten, die Bedürfnisse des Patienten erkennen zu können und seine Pflege entsprechend

dieser auszurichten. Wohnungslose Patienten haben häufig andere Bedürfnisse. Damit umzugehen muss erst erlernt werden.

> „Sondern ich glaube wichtig ist da Flexibilität und .. ja so ein, die brauchen was anderes als wie du, also klar tut den eine Dusche sicherlich nicht schlecht aber .. das Pflege dann nicht nur Pflege im Sinne von körperlicher Pflege bedeutet sondern vor allem auch Sprechen und Leute lassen können.“ (B5-A63)

Vorurteilsfreier Umgang:

Zwei Experten stellen die Wichtigkeit eines vorurteilsfreien Umgangs mit dieser Patientengruppe heraus, der im Rahmen der Ausbildung erlernt werden sollte.

> „[…] wie wichtig das eigentlich ist, dass man versucht unvoreingenommen mit den Leuten umzugehen […].“ (B5-A63)

7.4. Ergebnisdarstellung (gemeinsam)

Das vorliegende Kapitel dient der zusammenfassenden Ergebnisdarstellung der qualitativen pflegewissenschaftlichen Forschung. Im Anschluss an dieses Kapitel werden separat (Kapitel 8.) und aufbauend auf den hier dargestellten Ergebnissen die Forschungsfragen beantwortet.
Im vorangegangenen Kapitel 7.3.5. wurden die zwölf ermittelten Kategorien mit ihren Variablen und, wenn vorhanden, Variablenausprägungen den jeweiligen Dimensionen zugeordnet und beschrieben. In diesem Kapitel folgt nun eine Synopse der ermittelten Ergebnisse, losgelöst von den Extraktionstabellen. Die Grundlage bilden weiterhin die sieben Experteninterviews, die die Basis der qualitativen Forschung darstellen. Das durch sie ermittelte Wissen führt zu Ergebnissen, die im späteren zur Beantwortung der Forschungsfragen führen.

Ergebnisse Dimension 1

Diese Dimension dient der Klärung der ersten Forschungsfrage und der dazugehörigen heuristischen Hypothese. Das vorhandene Vorwissen eines Menschen beeinflusst seine Haltung einem Menschen bzw. einer Menschengruppe gegenüber und ist somit ein bedeutender Aspekt zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage. Dies ist der kognitiven Komponente der „Drei-Komponenten-Konzeption“ der sozialen Einstellung zuzuordnen. Ebenso kann dies die emotionale und verhaltensbezogene Komponente bestimmen. Letztere beeinflusst das aufgrund der Einstellung zustande kommende Handeln, da der Mensch dies auf der Tatsache seiner emotionalen und kognitiven Komponenten vollzieht (vgl. Nolting, Paulus 2012: 132 f.). Die Experten beschreiben ein weit gefächertes Wissensspektrum, wobei es sich in den meisten Fällen um Annahmen oder u. a. durch Medien gestützte Informationen handelt. Dennoch ist dies deckungsgleich mit den in der Literatur ermittelten Wissensbeständen.
Um die Frage nach der Einstellung der professionell Pflegenden den wohnungslosen Menschen gegenüber beantworten zu können, muss diese aufgrund getätigter Aussagen der Experten ermittelt werden. Wie bereits beschrieben (Kapitel 7.3.1. und 7.3.5.), lassen sich private und berufliche Einstellungen nicht strikt voneinander trennen. Wie die Privatperson der Gruppe der wohnungslosen Menschen gegenüber eingestellt ist, beeinflusst folglich die Einstellung der Person des Berufslebens und im Weiteren ihr Handeln und ihren berufspraktischen Umgang (zweite Forschungsfrage). Die Experten haben

Aussagen getätigt, die sich entsprechend der Einstellungsbeschreibungen positiv, neutral oder negativ zuordnen lassen und weitere, die unter anderen Schlagwörtern zusammengefasst werden können (Mitleid, Selbstschutz etc.) (siehe dazu Ergebnistabelle Dimension 1, Kapitel 7.3.5.). Bei genauer Betrachtung können diese einer Einstellungsbeschreibung zugeordnet werden und deuten somit ebenfalls auf die Art der Einstellung hin. Hier ist es wichtig hervorzuheben, dass sich dies nicht verallgemeinern lässt, sondern die genaue Einstellung nur individuell ermittelt werden kann. Zudem tätigen alle Experten Aussagen, die sich mindestens zweien, häufig auch den dreien der Einstellungsbeschreibungen (positiv, negativ, neutral) zuordnen lassen. Es lassen sich folglich keine klaren Einstellungen abgrenzen. Zwei Experten beziehen sich zudem auf das Einnehmen einer professionellen Haltung, was die eigene Haltung steuert. Fünf Experten beschreiben, wie sie die eigenen Kollegen und deren Haltung wahrnehmen. Dies lässt sich sowohl negativen (Äußerungen, Umgang, Vorurteile) wie auch positiven (Beziehung) Aspekten zuordnen. Aufgrund der Beschreibungen lässt sich feststellen, dass eigene Haltungen von den im Umfeld wahrgenommenen beeinflusst und verändert werden können. Dies hat Auswirkungen auf die Entwicklung, Sozialisation der professionell Pflegenden (Kapitel 7.3.5.), was wiederum Einfluss auf die soziale Einstellung hat.

Ergebnisse Dimension 2

Die zweite Dimension der vorliegenden qualitativen Forschung beschäftigt sich mit der Frage, wie professionell Pflegende ihren eigenen berufspraktischen Umgang mit wohnungslosen Patienten beschreiben. Die heuristische Hypothese dazu lautet, dass dieser problembehaftet von Seiten der Pflegenden ist.

Alle sieben befragten Experten treffen in ihren Interviews Aussagen zu ihrem pflegerischen Umgang mit der Patientengruppe der Wohnungslosen. Vier der Befragten (B3, B4, B5, B6) berichten, dass sie ihre Pflege unabhängig vom Wohnstatus der Patienten durchführen. Auf weitere Fragen der Interviewerinnen beschreiben allerdings all diese Experten Tätigkeiten, die sie durchführen, welche sich als besondere Tätigkeiten bei wohnungslosen Patienten (Kategorie 5) darstellen. Lediglich drei Befragte (B1, B2, B7) scheinen zu erkennen, dass ihre Handlungen spezieller Natur sind. Die besonderen Tätigkeiten, die durch die Pflegenden ausgeführt werden, beziehen sich nicht ausschließlich auf die Grund- oder Behandlungspflege im engeren Sinne. Als Komponente der Grundpflege wird eine umfänglichere Körperpflege, die etwas mehr als die Hälfte der

befragten Pflegenden den Wohnungslosen zukommen lassen, beschrieben. Diese dient in erster Linie der Reinigung der Patienten, aber auch dem Selbstschutz der Pflegenden. Diese beschreiben als besondere negative Erlebnisse (K 7) den unangenehmen Körpergeruch wohnungsloser Patienten. Es scheint, als würde ein unausgesprochenes Ekelgefühl bei fast allen Befragten vorherrschen. Darüber hinaus beziehen sich die Tätigkeiten eher auf Handlungen einem weiter gefassten Pflegeverständnis entsprechend. Hier geht es darum, Gespräche zu führen und soziale Hilfestellungen durch einerseits interdisziplinare Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der Einrichtungen und andererseits eigenes Wissen über mögliche Hilfsangebote zu leisten. Die Befragten beschreiben in großer Zahl, dass der Umgang mit der Bekleidung der Wohnungslosen für sie einen hohen Stellenwert einnimmt. Hier geht es in erster Linie darum, diese zu reinigen oder neue Kleidung zu beschaffen. Es gibt einen Bezug zur Variable „helfen können“ (K 6). Durch die Versorgung der Patienten mit neuer, adäquater Kleidung erlangen die Pflegenden ein Gefühl von „etwas Gutem getan zu haben“. Das entspricht dem von zwei Interviewpartnern beschriebenen Wunsch, etwas für die Wohnungslosen tun zu können. Eine weitere Verknüpfung ist mit der Variable „Material“ (K 8) möglich. Hier beschreiben die Befragten, dass die Möglichkeit der Aufbereitung der Kleidung in einer hausinternen Waschmaschine als sehr positiv und ein Fehlen dieser Möglichkeit als ein Mangel empfunden wird. Ebenso ist es mit dem Vorhandensein von Ersatzkleidung. Einer der Experten beschreibt, dass er wohnungslose Patienten in ein anderes Zimmer verlegt, wenn sich die Mitpatienten über ihn und seinen Gesamtzustand beschweren. Seiner Aussage lässt sich entnehmen, dass dies eine teaminterne, gängige Verhaltensweise ist. Möglicherweise dient sie dem Selbstschutz der Pflegenden vor dauernden Beschwerden durch Mitpatienten. Es kann aber auch bedeuten, dass versucht wird, die Wohnungslosen oder die Mitpatienten vor dem Verhalten des jeweiligen anderen zu schützen.

Neben dem abweichenden pflegerischen Verhalten, wird durch die Befragten auch beschrieben, dass es zu Handlungen gegen den Patientenwillen kommt. Diese finden, so sie stattfinden, in Bezug auf die Körperpflege statt, welche dem Patienten aufgedrängt oder über seinen Kopf hinweg durchgeführt wird. Dies beschreiben drei der Experten. Als zweite Komponente werden Hilfsangebote genannt, welche ohne die Zustimmung des Patienten geplant werden. Auch bei letzterem kann eine Parallele zur Variable „helfen können“ (s. o.) gezogen werden. Wie bereits in der Dimension eins beschreiben die Experten auch hier

pflegerische Handlungen ihrer Kollegen. Sie schildern aus ihrer subjektiven Sicht, wie diese mit der Gruppe der Patienten ohne Obdach umgehen. Hier überwiegen die negativen Eindrücke. Die Kollegen werden als wenig patientenorientiert und desinteressiert an der Patientengruppe und ihrer Versorgung dargestellt. Lediglich eine von drei Befragten, die hierzu Stellung nehmen, schildert eine Kollegin mit besonders positivem Umgang.

Bei ihren pflegerischen Handlungen in Bezug auf die Patientengruppe ohne festen Wohnsitz werden die professionell Pflegenden durch institutionelle Rahmenbedingungen (K 8), wie sie in jeder Institution präsent sind, beeinflusst. Der Faktor Zeit und Zeitmangel sowie die Bereitschaft sich Zeit zu nehmen wird durch fünf der Experten beschrieben. Die Experten signalisieren die Bereitschaft vorhandene Zeitressourcen in die Versorgung (Grundpflege, Kommunikation) des Wohnungslosen zu investieren. Die Ressource Material wurde bereits weiter oben thematisiert, ebenso die interdisziplinare Zusammenarbeit.

Bei ihren pflegerischen Handlungen werden die Pflegenden durch im Vorfeld gemachte positive sowie negative Erfahrungen und Erlebnisse mit verschiedenen Patientengruppen positiv oder negativ beeinflusst. Dies gilt auch für den Umgang mit der hier thematisierten Patientengruppe. Alle der sieben Befragten können positive sowie negative Erlebnisse mit den Patienten schildern. Einige berichten, dass es in ihrem Alltag häufiger zu negativen als zu positiven Erlebnissen kommt Als negativ wird übereinstimmend die häufig durch Alkohol- und Substanzmissbrauch herrschende Aggressivität einiger wohnungsloser Patienten und ihr unangenehmer Körpergeruch (s. o.) beschrieben. Ein weiterer wichtiger Punkt scheint eine teilweise vorherrschende Undankbarkeit der Gruppe zu sein. Das beschreiben zwei Befragte. Drei Befragte schildern als positives Erlebnis die Dankbarkeit dieser Menschen. Das lässt Rückschlüsse darauf zu, dass nicht alle wohnungslosen Patienten als Undankbar bezeichnet werden dürfen, aber das Dankbarkeit und Anerkennung für die geleisteten Arbeit den Experten wichtig erscheint. Positiv werden überwiegend Erlebnisse beschrieben, die einen „einfachen“ und unkomplizierten Umgang mit diesen Menschen kennzeichnen (u. a. Dankbarkeit, Genügsamkeit, Freundlichkeit, Kooperationsbereitschaft). Alles abweichende davon wird als negativ beschrieben (Undankbarkeit, fehlende Kooperationsbereitschaft, Gewaltbereitschaft). Einen besonderen Stellenwert scheint auch die pflegerische Beziehung, u. a. das Vertrauen, zu haben, welches diese Patienten Pflegenden gelegentlich entgegenbringen. Fünf der Befragten tätigen Aussagen zur Patientenbeziehung und freuen sich, wenn ihnen Vertrauen entgegengebracht wird. Auf der anderen Seite wird auch Misstrauen von Seiten

der Pflegenden gegenüber diesen Patienten geäußert. Dieses wird in Zusammenhang mit Drogenersatzmitteln und dem Wahrheitsgehalt der Aussagen der Wohnungslosen zu ihrer Vergangenheit gesetzt. Ebenso wie die gemachten Erfahrungen und Erlebnisse der Pflegenden, sind einzelne prägende Erlebnisse (K 9) mitverantwortlich für den Umgang der Berufsgruppe mit dieser vulnerablen Patientengruppe. Die Kategorie entstand, wie bereits im Vorfeld beschrieben, überraschend aus den Aussagen der Experten und wurde so nicht erwartet. Vier der Interviewpartner schildern ein bzw. ein Teilnehmer sogar zwei solcher Erlebnisse. Hier geht es um individuelle und nicht verallgemeinerbare Situationen, die von den Pflegenden selber als prägend erlebt werden und Rückschlüsse auf ihre Haltung gegenüber Wohnungslosen zulassen. Es wird u. a. beschrieben, wie lehrsam und hilfreich es empfunden wurde, wie zufrieden die Patienten trotz ihrer Situation sein können. Der Befragte schildert, dass er das Erlebte zur Reflexion seines eigenen Lebens/seiner Situation genutzt hat und zufriedener sein kann mit dem, was er hat. Derselbe Teilnehmer schildert auch, wie er als Schüler unvorbereitet in eine Versorgungssituation mit wohnungslosen Patienten „geworfen“ wurde. Dies beschäftigt ihn bis heute und lässt ihn dadurch geprägte Aussagen zum Ausbildungsverlauf tätigen.

Ergebnisse Dimension 3

Es soll die dritte Forschungsfrage mit den dazugehörigen vier heuristischen Hypothesen beantwortet werden. Zur Beurteilung der eigenen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung hinsichtlich der berufspraktischen Versorgung wohnungsloser Menschen ist zunächst zu klären gewesen, ob diese Thematik Bestandteil der Ausbildung der Experten war und wenn ja, wie dies umgesetzt wurde. Lediglich bei einem der Experten wurde dieses Thema mit Sicherheit in der Ausbildung thematisiert. Er hat theoretisches Wissen vermittelt bekommen, an dessen Anschluss eine Exkursion in ein Obdachlosenheim stattgefunden hat. Bei den übrigen sechs Experten wurde dieser Inhalt nicht thematisiert bzw. drei der sechs Befragten können sich nicht bewusst daran erinnern. Daraus lässt sich rückschließen, dass das Thema gar nicht bis minimal und nicht nachhaltig in der Ausbildung behandelt wurde.

Aufgrund der erlangten Expertise machen die Experten Empfehlungen dazu, was Gesundheits- und Krankenpflegeschüler in der Ausbildung benötigen, um die Patientengruppe der Menschen ohne festen Wohnsitz adäquat versorgen zu können. So befürworten fünf Experten das Aufnehmen der Thematik als festgelegten Inhalt der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Ein Experte

lehnt dies ab und einer tätigt keine Aussage dazu. Die Experten sind sich einig, dass theoretischer Input in Verbindung mit einem praktischen Einsatz die Auszubildenden am besten auf die Versorgung wohnungsloser Patienten vorbereiten würde. Es wird erneut angemerkt, dass das Interview des Befragten B 3 für die zwölfte Kategorie nicht genutzt werden konnte. Vier der Experten halten einen praktischen Einsatz für sinnvoll, wobei dieser pädagogisch begleitet werden sollte und der Einstellung bzw. dem Verhalten der Praxisanleiter ein besonderer Stellenwert zugeschrieben wird. Der theoretische Input sollte umfänglich sein und vom allgemeinen Wissen über die Gruppe der Wohnungslosen über Informationen bezüglich der Hilfesysteme bis zu umfänglichem Fachwissen zu den Erkrankungen und der damit verbundenen Pflege wohnungsloser Patienten alles abdecken. Auffällig ist, dass eine Vielzahl der Empfehlungen sich nicht auf konkret vermittelbare Inhalte bezieht, sondern auf Aspekte der Beziehungsgestaltung (Umgang mit Ablehnung, Verständnis/Empathie, positiven Kontakt herstellen und Bedürfnisse erkennen) und, was vorher nicht erwartet wurde, auf das Ausräumen von Vorurteilen und die Identität der Auszubildenden (s. dazu Variablenausprägungsbeschreibung Kapitel 7.3.5.).

8. Beantwortung der Forschungsfrage (gemeinsam)

Die drei der qualitativen Forschung zugrunde liegenden Forschungsfragen werden im Folgenden beantwortet. Abschließend wird eine Synopse aller Untersuchungsergebnisse dargestellt.

Welche Einstellungen haben professionell Pflegende gegenüber wohnungslosen Menschen?

Die Frage nach der Einstellung professionell Pflegender gegenüber wohnungslosen Menschen und somit auch den durch sie versorgten wohnungslosen Patienten lässt sich nicht allgemein beantworten. Durch die vorliegende qualitative Untersuchung konnte ermittelt werden, dass professionell Pflegende situationsspezifisch verschiedene Haltungsbeschreibungen innehaben. So können sie je nach Situation positiv, neutral und/oder negativ eingestellt sein.

Dies scheint abhängig von ihrer individuellen Sozialisation, im Rahmen derer die Haltung der Privatperson Einfluss nimmt auf die der Person des Berufslebens und umgekehrt. Wie in Kapitel 7.3.1. dargestellt, teilt sich die Sozialisation in drei Bereiche ein (Familie, Privatleben und Berufsleben), die auf die individuelle Haltungsentwicklung einwirken (vgl. Nolting, Paulus 2012: 129 f.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die positiven Einstellungsbeschreibungen wohnungslosen Menschen/Patienten gegenüber zu überwiegen scheinen. Die negativen Haltungsaspekte dagegen ließen sich am wenigsten nachweisen. Die heuristische Hypothese, dass die Haltung entscheidend für den pflegerischen Umgang mit wohnungslosen Patienten ist, hat Fortbestand.

Wie beschreiben professionell Pflegende ihren eigenen berufspraktischen Umgang mit wohnungslosen Patienten?

Der berufspraktische Umgang der professionell Pflegenden mit wohnungslosen Patienten stellt sich unterschiedlich dar. Entgegen der heuristischen Hypothese, der Umgang sei konflikt- bzw. problembehaftet, lässt sich feststellen, dass er sich eher als von besonderen Tätigkeiten geprägt beschreiben lässt. Die Pflegenden scheinen dies selber nicht wahrzunehmen. Für sie weist die Versorgung keinen Unterschied zu der anderer Patientengruppen auf. Nur in der Beschreibung des Umgangs der eigenen Kollegen mit wohnungslosen Patienten beobachten sie abweichende, überwiegend negativ geprägte Handlungen.

Es lässt sich feststellen, dass die Pflege wohnungsloser Patienten auf ein erweitertes Pflegeverständnis ausgelegt zu sein scheint. Abgesehen von der „normalen“ Grundpflege, spielen weitere Tätigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich eine bedeutende Rolle. Zusätzlich werden bei den Experten positive wie negative Verhaltensweisen und Empfindungen in Bezug auf diese Patientengruppe identifiziert.

Wie beurteilen professionell Pflegende ihre Ausbildung hinsichtlich der berufspraktischen Versorgung wohnungsloser Patienten im stationären Kontext?
Zu dieser Forschungsfrage kann aufgrund der geführten Interviews keine klare Antwort gegeben werden. Es zeigte sich, dass wohnungslose Patienten in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung der Experten überwiegend nicht thematisiert oder nicht erinnert wurden. Es können lediglich Rückschlüsse durch die Expertenantworten getätigt werden. Diese geben Empfehlungen zu Ausbildungsinhalten und deren Gestaltung. So werden theoretische Inhalte verknüpft mit praktischen Einsätzen durch die überwiegende Anzahl der Experten favorisiert. Dieses Ergebnis entspricht den vorab vermuteten heuristischen Hypothesen der Autorinnen.

Die qualitative Untersuchung eruiert, was professionell Pflegende zur stationären Versorgung wohnungsloser Patienten benötigen. Der Grundstein dazu muss in der Ausbildung gelegt werden. Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass durch die theoretisch zu vermittelnden und praktisch zu erlangenden Fähig- und Fertigkeiten Auszubildende innerhalb ihres Ausbildungsprozesses in ihrer Identitätskonstruktion unterstützt werden sollen. Dies kann sie dazu befähigen, eine professionelle Haltung, die eine adäquate Versorgung wohnungsloser Patienten ermöglicht, zu erlangen. Dadurch kann eine durch Professionalität und positive Haltung geprägte Versorgungssituation geschaffen werden.

9. Diskussion (gemeinsam)

Im Laufe des Literaturreviews zeigte sich, dass zum Thema des Umgangs professionell Pflegender mit wohnungslosen Patienten nur sehr wenig Literatur (zwei Werke) ausfindig gemacht werden konnten. Empfehlungen für die Ausbildungsgestaltung in Form von Projekten konnten international in geringem Umfang, aber nicht für den deutschsprachigen Raum gefunden werden. Dieser weiße Fleck in der Forschungslandschaft wird von mehreren Autoren bemängelt (vgl. u. a. Crowe 2012; Stehling 2006). Die hier vorliegende Untersuchung soll helfen, diese Thematik ein Stück weit zu analysieren. Der zu Beginn der Untersuchung erstellte Kausalmechanismus (Abb. 17), in welchem eine direkte wechselseitige Beziehung zwischen der Privatperson und der Person des Berufslebens hergestellt wurde, hat sich bewahrheitet und konnte entsprechend der Forschungsergebnisse weiterentwickelt werden. Der modifizierte Kausalmechanismus wird zum Ende des Kapitels abgebildet (Abb. 19).

Betrachtet man die durch die systematische Literaturrecherche gefundene Literatur, so fällt auf, dass viele Werke aus dem amerikanischen Raum stammen. Das kann der Tatsache geschuldet sein, dass der angloamerikanische Raum in Sachen Pflegeforschung sehr engagiert ist. Für den direkten internationalen Vergleich der Wohnungslosigkeit gilt es zu beachten, dass in den USA eine große Zahl der Wohnungslosen aus Familien und Kriegsveteranen besteht. Ebenfalls abweichend von der deutschen Wohnungslosigkeit ist die Tatsache, dass dortige Menschen ohne Obdach oftmals, trotz ihres Wohnstatus, beschäftigt sind und einer Arbeit nachgehen. Andere Lebensumstände, wie Übernachtungsmöglichkeiten, Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, können dagegen sehr gut verglichen werden und sind nahezu deckungsgleich. Dadurch können die Forschung von Crowe (Crowe 2012) aus den USA sowie die gefundenen internationalen Ausbildungsprojekte betrachtet und zum Vergleich mit Deutschland herangezogen werden. Durch das Review konnte weiter ermittelt werden, dass ein internationaler Vergleich der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb des Pflegeberufes nicht zu 100 Prozent möglich ist. Da in allen fünf betrachteten Ländern unterschiedliche Berufsgruppen mit sehr unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen und Kompetenzen an der Versorgung der wohnungslosen Patienten beteiligt sind (Tbl. 9). Ein Vergleich kann hier somit nur annähernd und anhand einiger Ähnlichkeiten der Berufsbilder stattfinden. Von

der Betrachtung der Ausbildungsinhalte der eingeschlossenen Länder zur Thematik der Wohnungslosigkeit wurde daher Abstand genommen.

Die vorliegende Untersuchung liefert analog zur Forschungsfrage Informationen darüber, wie die sieben befragten Experten ihren Umgang mit wohnungslosen Patienten beschreiben. Diese Ergebnisse konnten aufgrund nicht vorhandener Literatur nur mit zwei Studien (Crowe 2012; Stehling 2006) verglichen werden, wovon eine nicht veröffentlicht ist (Stehling 2006). Es folgt ein tabellarischer Vergleich der übereinstimmenden Ergebnisse mit beiden Vergleichsuntersuchungen.
Stehling (Stehling 2006: 26-51) beschreibt in seiner Forschung vier elementare Themenbereiche der Pflegenden (Kapitel 4.3.). In der nachfolgenden Tabelle wird ausgewiesen, wie viele der Befragten der durchgeführten Untersuchung sich in ähnlicher Weise geäußert haben.

Stehling 2006	Salvini-Plawen, Thomauske 2016
1. Das stationäre Umfeld organisieren:	
a. Zimmerbelegung organisieren	a. 0 Befragte
b. Aufgaben organisieren und verteilen	b. 1 Befragter
2. Hilfen und Unterstützung für die körperliche Situation geben:	
a. Für Körperpflege sorgen	a. 5 Befragte
b. Für Kleidung sorgen	b. 3 Befragte
3. Gespräche mit Wohnungslosen führen	
a. Gesprächsbedarf wahrnehmen	a. 2 Befragte
b. Sich nicht auf Gespräche einlassen	b. 0 Befragte
c. Etwas über den wohnungslosen Menschen erfahren	c. 4 Befragte
4. Weiterversorgung organisieren	3 x Befragte

Tabelle 29: Vergleichstabelle Stehling (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Es zeigt sich, dass bei der Unterstützung der körperlichen Situation innerhalb beider Forschungen Aussagen der Interviewpartner gefunden werden können. Ähnlich verhält es sich mit dem Punkt der Kommunikation sowie der Organisation der Weiterversorgung. Lediglich die Organisation des stationären Umfeldes spielte in der vorliegenden Untersuchung eine geringe Rolle. Die hier Befragten schilderten analog zu den Ergebnissen Stehlings, dass sie durch die körperliche Verfassung der Wohnungslosen, besonders ihren Körpergeruch sowie den Zustand ihrer Bekleidung, zur pflegerischen Handlung bewegt werden. Das lässt

auf ein vorhandenes Ekelgefühl bei ihnen schließen. Stehling konnte, wie die Autorinnen dieser Arbeit, herausarbeiten, dass es zu „Zwangshandlungen“ von Seiten der Pflegenden kommt. Diese stehen hier in Verbindung mit der Körperpflege oder Hilfsangeboten, welche nicht erwünscht werden. Einige der professionellen Pflegekräfte (vier) der vorliegenden Untersuchung ließen erkennen, dass sie darüber hinaus durchaus fähig sind, die Bedürfnisse ihrer wohnungslosen Patienten wahrzunehmen. Es kann gesagt werden, dass zwischen den beiden Forschungen durchaus Parallelen bestehen. Stehling beschreibt „Die Übernahme von Verantwortung und […] Beziehungsaufbau als zentrales Element der Pflege wohnungsloser Menschen […].“ (ebd.: 84). So sehen es auch die Autorinnen der Masterthesis.

Crowe (Crowe 2012: 59-61) beschreibt als Kernelemente ihrer Forschung fünf Themengebiete (Kapitel 4.3.). Aufgrund ihrer etwas anderen Fragestellung, kann hier kein direkter Vergleich, wie bei den Ergebnissen Stehlings, mit der vorliegenden Untersuchung erfolgen.

Crowe	Salvini-Plawen, Thomauske
Discovering homelessness	• Einige Befragte der Untersuchung schildern, dass sie durch ihren beruflichen Umgang mit Wohnungslosen geprägt werden (4 Befragte) • Einige lassen die Bereitschaft, etwas über diese Gruppe zu erfahren, erkennen (5 Befragte)
Finding common ground	• Gemeinsamkeiten im eigentlichen Sinne werden nicht erkannt. • Es wird aber durch einige Befragte festgestellt, dass man selber in diese Situation gelangen kann (3 Befragte) • Der Beziehungsaufbau wird von einigen Experten als wichtig eingeschätzt (4 Befragte)
Piecing it together	• Von manchen Interviewpartnern werden kommunikative Fähigkeiten erwähnt (2 Befragte)
A daily struggle	• Ein vorurteilsfreier Umgang wird von einigen gefordert (2 Befragte) • Sie scheinen sich der eigenen Voreingenommenheit teilweise bewusst zu sein • Selbstreflexion klingt hier als Punkt mit an
Relationships based on distrust	• Ein Misstrauen seitens der Pflegekräfte wird beschrieben (2 Befragte)

Tabelle 30: Vergleichstabelle Crowe (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Hier lassen sich erneut Übereinstimmungen finden. Die Ergebnisse sind aber durch die bereits erwähnte andersartige Forschungsfrage nicht in allen Punkten vergleichbar. Dies kann mit dem Forschungsland USA und seinen anderen Aufgabenfeldern der beforschten medical-surgical nurses (Tbl. 9) zusammenhängen.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der vorliegenden Masterthesis Parallelen zu den Vergleichsstudien aufweisen und somit validiert sind.

Interessant ist, dass die einzigen auffallend negativen Aussagen über die Gruppe dieser Patienten durch den Teilnehmer aus der Notfallambulanz getätigt wurden. Es lässt sich an dieser Stelle aber nicht bewerten, ob der Grund hierfür die persönliche Einstellung des Teilnehmers oder evtl. der häufige Kontakt der Mitarbeiter einer Ambulanz mit diesen Patienten ist. Die Tatsache gilt es in späteren Forschungen zu untersuchen. Für alle Interviewpartner kann die Aussage getroffen werden, dass positiv und negativ Erlebtes sie in ihren Handlungen prägt. Besonders hervorzuheben ist hier die Dankbarkeit oder fehlende Dankbarkeit der Wohnungslosen für geleistete Pflege. Diesen Aspekt beschreiben auch Cain und Kollegen (Cain et al. 1998: 366) in ihrer Forschung. Die Gruppe der Wohnungslosen scheint durch professionell Pflegende dann positiv erlebt zu werden, wenn sie sich an die unausgesprochenen Verhaltensregeln, welche im Krankenhaus gelten, halten. Abweichendes Verhalten (Unkooperativität, Undankbarkeit, etc.) führt zu negativen Gefühlen seitens der Pflegenden. Die BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2003) empfiehlt, um das Verhältnis Pflegender und Wohnungsloser zu verbessern, „[…] kooperative Fort- und Weiterbildungsangebote für Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräfte und die sozialen Fachkräfte unter Beteiligung erfahrener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter […]." (ebd.: 4).

Betrachtet man die Ergebnisse der Untersuchung und den zu Grunde gelegten Kausalmechanismus, so wird deutlich, dass die Haltung und Einstellung der professionell Pflegenden (privat wie beruflich) Einfluss auf ihre Handlungen im Berufsalltag haben. Kee und seine Kollegen (Kee et. al. 1999) sagen hierzu:

> „Little is known about the attitudes of nurses toward people who are homeless, yet attitudes have a powerful influence on the ways in which care is delivered. Although attitudes can be modified, they tend to persist over time and frame our actions."
>
> (ebd.: 4)

Diese Meinung teilen auch Cain und seine Kollegen (Cain et al. 1998: 361 ff.). Wichtig sind nach Meinung der Autorinnen dieser Qualifikationsarbeit die prägenden Erlebnisse, welche Pflegepersonen mit wohnungslosen Patienten haben und der Kontakt, den sie mit ihnen herstellen. Der Aspekt der prägenden Erlebnisse wurde zu Beginn der Untersuchung so nicht vermutet und erst in der qualitativen Inhaltsanalyse offenbart. Besonders der Teilaspekt „Wohnungslosigkeit kann einen selber treffen“ war unerwartet. Die Forscherinnen vermuteten, dass aufgrund des deutschen Sozialsystems und der in Deutschland anderen Zusammensetzung der Gruppe der Wohnungslosen die Befragten diese Möglichkeit nicht für sich in Betracht ziehen würden. In den USA wurde diese Möglichkeit häufig genannt. Das war aufgrund der geringen sozialen Absicherung dort auch zu erwarten. Es scheint den befragten Pflegenden, welche diese Aussage getätigt haben, also durchaus möglich zu sein, sich mit den Wohnungslosen zu identifizieren. Die Haltung der professionell Pflegenden innerhalb der Untersuchung ist geprägt durch Mitleid, die Erkenntnis selber wohnungslos werden zu können, ihre professionelle Haltung als Pflegende, Selbstschutz, einer Bedürfniswahrnehmung und den Handlungen von Kollegen, die sie wahrnehmen. Sechs der Befragten schilderten überwiegend eine positive Einstellung gegenüber dieser Patientengruppe. Trotzdem konnten sich bei allen, auch dem Befragten mit der überwiegend negativen Einstellung, andere (positive, neutrale, negative) Haltungsbeschreibungen identifizieren lassen. Verschiedene Haltungen können anscheinend durch eine Person situationsabhängig vertreten werden. Cain und Forschungskollegen (ebd. 1998) beschreiben dies ebenfalls in ihrer Arbeit:

> „Each of the participants described positive changes in his or her perceptions yet had negative or angry feelings as well.“
>
> (ebd.: 366)

Diese Ambivalenz beobachtet er oftmals in Zusammenhang mit nicht erfüllten Vorstellungen der Pflegekräfte. So wird es auch in der aktuellen Untersuchung beobachtet.

Nicht alle Teilnehmer der qualitativen Untersuchung sind sich ihrer unterschiedlichen Pflege bzw. Versorgung der wohnungslosen Patienten bewusst. Sie glauben, sie pflegen Wohnungslose wie andere Patientengruppen auch. Die Autorinnen vermuten hier eine altruistisch geprägte professionelle

Haltung als Auslöser. Der Gedanke, dass Pflege alle Patienten gleich behandeln muss, kann hinter diesem Phänomen stecken.
Im positiven Fall sind die Pflegenden in der Lage, die individuellen Bedürfnisse der vulnerablen Gruppe zu erkennen und ihre Handlungen auf diese auszurichten. Der Grundstein hierfür kann und muss, der Mehrheit der befragten Experten zufolge, in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung gelegt werden.

Innerhalb des Reviews wurde ein internationaler Vergleich der Krankenpflegeausbildungen angestrebt. Ein solcher kann aber nicht einmal für den europäischen Ausbildungsverlauf angestellt werden. Dies wird in Kapitel 4.4.1. näher beleuchtet. Hier kann nur eine Gegenüberstellung erfolgen. Dies wird durch „[…] Gesetze, Richtlinien, Standards, Statements sowie Lehrpläne oder Modulbeschreibungen einzelner Ausbildungsprogramme […]." (Lehmann et al. 2014: 181) verursacht.
Ebenfalls, wie bei den Handlungen und dem Erleben professionell Pflegender, gibt es nur wenige Studien, welche sich mit den Erfahrungen der Schüler in der Versorgung wohnungsloser Patienten befassen. Barry und seine Kollegen bemerken, „[…] student experience of caring for persons who are homeless is noticeably absent." (Barry et al. 2009: 230 f.). Die überwiegende Zahl der gefundenen Projekte für Schüler, die sich auf diesen Bereich beziehen (Tbl. 8), sind erneut in den USA durchgeführt worden. Der Grund hierfür wurde bereits beschrieben. Die international gefundenen Projekte beschreiben Kurzeinsätze/Hospitationen in Einrichtungen für Wohnungslose und verschiedene Rollenspiele zu der Thematik. All diese Projekte werden durch die jeweiligen Forscher und Teilnehmer (Schüler/Studenten) als sehr positiv und hilfreich beschrieben.
Fünf der hier befragten Experten befürworten die Verortung der Pflege Wohnungsloser in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege. Lediglich ein Teilnehmer lehnt dies ab und ein weiterer tätigt keine Aussage. Die Befürworter beschreiben, dass die Pflegewissenschaft alleine nicht ausreichend sei, um die Patientengruppe zu versorgen. Ihrer Meinung nach bedarf es einer Interdisziplinarität. Das Einbringen von Elementen der Sozialen Arbeit könnte hier hilfreich sein.

Ein durch die Verfasserinnen mit Hilfe der Experteninterviews identifizierter zentraler Aspekt bei der Versorgung der wohnungslosen Patienten ist neben der

Beziehungsgestaltung die **Identität** der Pflegenden und die Unterstützung der **Identitätskonstruktion** der Auszubildenden.

Die Identitätskonstruktion nach Keupp (Keupp 1999), wie sie von den Autorinnen verstanden und wie sie im Rahmen des Masterstudienganges vermittelt wurde, wird im Folgenden kurz dargelegt:

> „Es geht bei der Identität immer um die Herstellung einer Passung zwischen dem subjektiven `Innen` und dem gesellschaftlichen `Außen`, also zur Produktion einer individuellen sozialen Verortung […]."
>
> (ebd.: 28).

Die Identitätskonstruktion stellt keine Entwicklungsaufgabe der Erwachsenen dar. Vielmehr handelt es sich um einen biographisch offenen, sich ständig verändernden Prozess. Die vorhandenen Identitätsentwürfe können laufend geändert und „überarbeitet" werden. Die Identität hat somit einen Arbeitscharakter (vgl. ebd.: 30, 82). Beeinflusst wird die Identität der Berufsgruppe Pflege durch das berufliche Selbstverständnis. Dieses wird wiederum beeinflusst durch:

- das Berufsverständnis
  (u. a. historisches Zeitgeschehen, Definition der Pflege)
- das Pflegeverständnis
  (individuelles, institutionelles, gesetzliches, wissenschaftliches)
- die Gesellschaft, deren Teil man ist (Sozialisation)

Da es sich hierbei um einen offenen Entwicklungsprozess handelt, kann während der Ausbildung die Konstruktion einer positiv geprägten beruflichen Identität bei den Auszubildenden unterstützt werden. Sie kann durch die Ausbilder allerdings nur unterstützt und angeregt werden, die eigentliche Konstruktion geschieht im „Inneren" des Auszubildenden selber und entzieht sich einer direkten Einflussnahme. In diesem Sinne sollen die Auszubildenden in der Erlangung einer beruflichen Identität unterstützt werden, welche einen, von positiver Haltung gegenüber der vulnerablen Patientengruppe der Wohnungslosen geprägten professionellen Umgang ermöglicht. Wichtig sind nach Meinung der Autorinnen und Experten ein vorurteilsfreier oder Vorurteile reflektierender Umgang und die Beziehungsgestaltung, welche eine bedürfnisgerechte pflegerische Versorgung erst ermöglicht. Für die Beziehungsgestaltung sowie Identitätskonstruktion eignen sich in diesem Sinne Rollenspiele sowie praktische Einsätze innerhalb derer Kontakt zur Gruppe und somit ein Verständnis für diese entwickelt werden kann. Es geht hier um die vermittelte Haltung für die Schüler. Die

Kultusministerkonferenz (KMK) beschreibt, dass Bildung neben Fertig- und Fähigkeiten auch die Persönlichkeitsentwicklung in den Blick nehmen soll (vgl. KMK 2000 zit. n. Lehmann et al. 2014: 28).

In Zusammenhang mit der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung wird durch die Befragten gewünscht, die Theorie mit der Praxis zu verbinden und für beides Zeitreserven zu schaffen. Die Forscherinnen hatten allerdings nicht erwartet, dass die Befragten sich einen theoretischen Input zu dieser eher kleinen Patientengruppe wünschen würden. Für die praktischen Einsätze scheint es wichtig zu sein, dass diese durch die Lehrenden kompetent begleitet und die gemachten Erfahrungen (positive wie negative) aufgearbeitet werden können, damit es nicht zu einer Verunsicherung und Überforderung seitens der Schüler kommt, wie einer der Befragten es in seinem Interview als prägendes Erlebnis schildert.

Wie oben beschrieben, konnte der Kausalmechanismus (Abb. 17) aufgrund der erlangten Erkenntnisse entsprechend modifiziert werden:

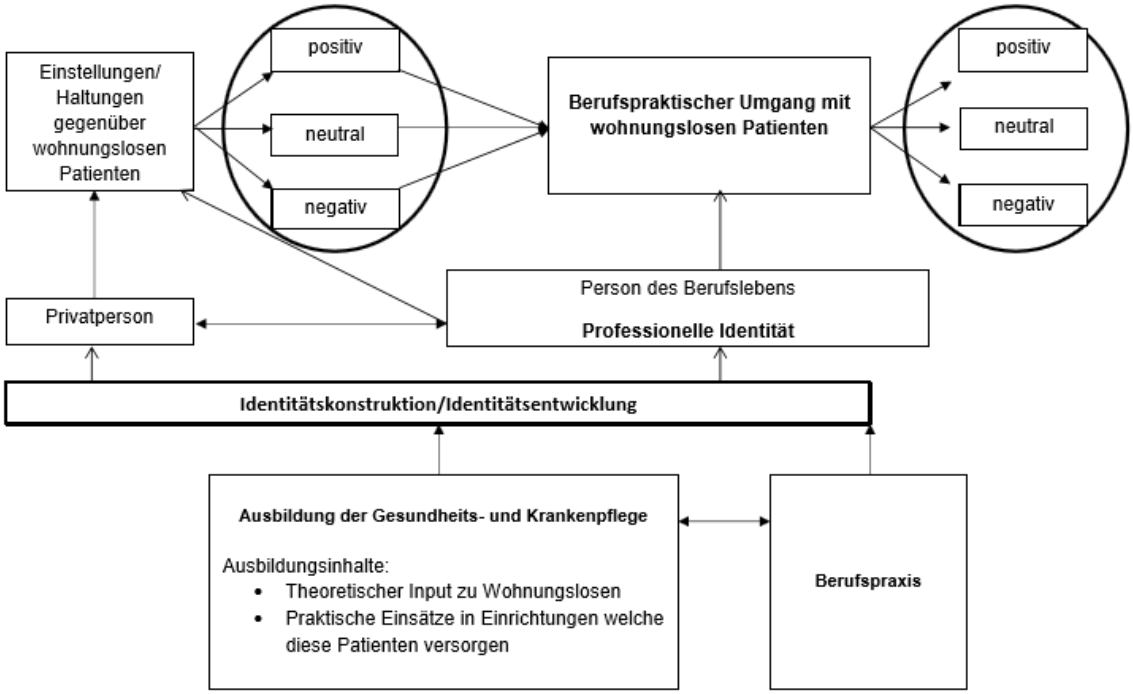


Abbildung 19: Modifizierter Kausalmechanismus (Salvini-Plawen, Thomauske 2016)

Für die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege gilt, die zukünftig professionell Pflegenden bedürfen theoretische sowie praktische Unterrichtsinhalte, um wohnungslose Patienten versorgen zu können. Dies soll eine positive „Identitätskonstruktion“ fördern.

Die „professionelle Identität“ wird durch die Ausbildung, aber auch im weiteren Verlauf durch die „Berufspraxis“ während des kontinuierlichen Arbeitsprozesses der „Identitätskonstruktion“ erlangt und bearbeitet. Diese ermöglicht den Auszubildenden sowie professionell Pflegenden eine Bedürfniswahrnehmung ihrer Patienten und folgend eine, als wichtig beschriebene, positive Beziehungsgestaltung.
Bestand hat ebenfalls die Tatsache, dass die „Person des Berufslebens“ und die „Privatperson“ aufeinander Einfluss nehmen, wenn es um die Haltung gegenüber wohnungslosen Patienten bzw. wohnungslosen Menschen geht. Die vorliegende Untersuchung lässt ergänzen, dass beide Teile einer Person nicht nur eine Haltung (positiv, neutral, negativ) gegenüber dieser Bevölkerungsgruppe haben, sondern alle Haltungsbeschreibungen in situationsabhängig unterschiedlicher Ausprägung existieren. Ebenso verhält es sich mit dem aus der Haltung resultierenden „berufspraktischen Umgang mit wohnungslosen Patienten“.

Verwertbarkeit und Anwendbarkeit der Untersuchungsergebnisse

Betrachtet man nun die Verwertbarkeit und Anwendbarkeit dieser Forschungsarbeit für die eigene berufliche Praxis, so kann gesagt werden, dass eine Verwertbarkeit der Ergebnisse gegeben ist. Beide Autorinnen arbeiten an Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens und haben täglichen Kontakt zu Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege. Der Wunsch, die Empfehlung der befragten Experten nach der Einbindung der Thematik der Wohnungslosigkeit in die Ausbildung, kann durch sie gefördert werden. Auf den ersten Blick scheint es so, als wäre das Thema nur für den städtischen Bereich interessant, in welchem sich wohnungslose Menschen oftmals aufhalten. Betrachtet man aber die Tatsache, dass Pflegende heutzutage nicht mehr bis zum Renteneintritt in einer Einrichtung tätig bleiben und Wohnortswechsel sehr häufig sind, kann dieses Thema als für alle Ausbildungseinrichtungen relevant betrachtet werden. Der theoretische Input zur Patientengruppe ohne festen Wohnsitz lässt sich, wie bereits in manchen Bildungseinrichtungen üblich, in der Lerneinheit III. 5 „arme und reiche Menschen pflegen“ verorten. Wichtig wären hier auch die Gefühle und die Sichtweisen der Pflegenden und Schüler ergänzend zu denen der Wohnungslosen in den Blick zu nehmen. Hierfür würden sich Rollenspiele oder Planspiele, wie sie in der internationalen Literatur beschrieben werden, anbieten. Sie dienen zusätzlich der Identitätsentwicklung (s.o.). Die Lehrenden müssen sich in diesem Zusammenhang darüber bewusst sein, dass sie selber indirekt, ohne es zu beabsichtigen, neben dem

Unterrichtsinhalt auch Haltungen und Einstellungen vermitteln. Sie müssen ihre eigene Sichtweise auf die Gruppe der Wohnungslosen kennen und reflektieren. Dies beschreiben auch Kee und seine Mitautoren: „[…] attitudes are conveyed by educators to students in accompaniment with formal class material.“ (Kee et al. 1999: 3). Sie müssen sich ihrer Vorbildfunktion bewusst sein. Gleiches gilt auch für Praxisanleiter der einzelnen Stationen der praktischen Einsätze. Einer der Befragten geht in seinem Interview auf diesen Aspekt näher ein. Für die Praxis könnten kurze, wenige Tage andauernde Hospitationen in Einrichtungen geplant werden, die wohnungslose Menschen versorgen. Dadurch würde den Auszubildenden ein Einblick in deren Leben ermöglicht und die Chance gegeben werden, Kontakt herzustellen. Patterson und Hulton (Patterson, Hulton 2012) zitieren im Zusammenhang mit der Ausbildung von Schülern Gupta:

> „Students readily engage in learning when it is meaningful, purposeful, contextual, and empowering.“
>
> (Gupta 2006 zit. n. Patterson, Hulton 2012).

Die Autorinnen finden, dies sollte die Maßgabe bei der Gestaltung allen Unterrichts und so auch für den in Bezug auf wohnungslose Menschen sein.

Forschungsbedarf

Die Masterthesis liefert Hinweise darauf, wie professionell Pflegende die Versorgung der Gruppe der wohnungslosen Menschen sehen. Den Autorinnen ist bewusst, dass ihre Untersuchung nur einen kleinen Einblick in die Gesamtthematik vermitteln kann. Um das Thema vollumfänglich zu betrachten, bedarf es weiterer und tiefergehender Forschung. Zum einen wäre eine größer angelegte Forschung mit mehr als sieben Interviewpartnern sinnvoll. Denn auch die beiden Vergleichsstudien Stehling (Stehling 2006) und Crowe (Crowe 2012) befragen nur fünf bzw. zwölf Pflegende. Das ergibt eine Gesamtzahl von international 24 befragten professionell Pflegenden zur Thematik und lässt keine allgemeingültigen Aussagen zu. Zum anderen wäre es sinnvoll, mehrere Beschäftigte einer Fachabteilung zu befragen. So kann u. a. der Frage nachgegangen werden, ob ein Großteil des Personals in Notaufnahmen negative Einstellungen zu dieser Patientengruppe haben.

Innerhalb der vorliegenden Untersuchung werden nur jene Pflegenden befragt, die ihre Ausbildung nach der Ausbildungsrichtlinie von 2004 absolviert haben. Nach älteren Ausbildungsrichtlinien ausgebildete Pflegende könnten ebenso zur

Thematik befragt und ihre Aussagen in Relation zu denen, der nach neuer Ausbildungsrichtlinie ausgebildeten Pflegekräfte, gesetzt werden.
Interessant und sinnvoll erscheint es auch, die Auszubildenden selber zu befragen. Einmal hinsichtlich ihrer Wünsche bezüglich der Ausbildungsinhalte in Bezug auf wohnungslose Patienten und zu ihren bereits vorhandenen Einstellungen und Haltungen gegenüber dieser Gruppe. Es kann beforscht werden, ob, und wenn ja wie, diese sich über den Ausbildungszeitraum hin verändern, also ob die Ausbildung wirklich Einfluss nehmen kann. Ebenso kann die Identitätskonstruktion nach Keupp (Keupp 1999) im Zusammenhang mit der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und der Versorgung wohnungsloser Patienten im Krankenhaus beforscht werden.

Abschließend kann gesagt werden, dass in den nächsten Jahren die Zahl der wohnungslosen Menschen noch weiter ansteigen wird. Ursachen hierfür können im demographischen Wandel, der Zunahme der Altersarmut sowie der stark steigenden Zahl der Asylsuchenden gesehen werden. Eine Zunahme der Wohnungslosenzahlen prognostiziert auch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2013: 1 f.): Sie prognostiziert für das Jahr 2016 ca. 380.000 wohnungslose Bürger in Deutschland. Das bedeutet ein Plus von 33% seit dem Jahre 2012.
Für die Ausbilder im Gesundheitswesen kann mit den Worten von Hunt (Hunt 2007) gesagt werden:

> „This highlights the importance of preparing students for the emotional aspects of working in a multicultural community."
>
> (ebd. 4).

Die kommende Generalistik der Krankenpflegeausbildung ist hier gefordert eine Brücke zwischen den zukünftig professionell Pflegenden und den verschiedenen Bevölkerungsgruppen, einschließlich der der wohnungslosen Menschen in diesem Land, zu schlagen. Diese Masterthesis kann dazu einen Beitrag liefern.

10. Methodenkritik (gemeinsam)

Den Abschluss einer gelungenen Qualifikationsarbeit stellt die kritische Reflexion des eigenen Handels und der eigenen Vorgehensweise dar. Diesem Aspekt wird im vorliegenden Kapitel Rechnung getragen.

Als erster Teil der dyadischen Masterthesis wurde ein nationales und internationales Literaturreview entsprechend den Vorgaben der Cochrane Collaboration und dem von dieser empfohlenen PRISMA-Standard durchgeführt. Das Review kann als sehr umfänglich beschrieben werden, da es für den nationalen Raum in drei und für den internationalen Raum in vier pflegewissenschaftlichen Datenbanken vollzogen wurde und so eine Vielzahl an Treffern generiert werden konnte (s. Addendum und Abb. 10 in Kapitel 3.1.4.). Aufgrund der Thematik wäre es sinnvoll gewesen, ebenfalls in sozialwissenschaftlichen Datenbanken zu recherchieren. Diese Möglichkeit blieb den Autorinnen wegen der mangelnden Zugänglichkeit verwehrt. Die für die nationale Recherche gewählte Datenbank OPAC und das Einstiegsportal LIVIVO waren zielführend, da innerhalb dieser Treffer eingeschlossen werden konnten. Die Datenbank Psyndex hat keine Einschlüsse entsprechend der Suchkombinationen geliefert, weswegen sie für die Thematik als nicht weiter empfehlenswert angesehen wird. Die Literaturrecherche der Bachelorthesis (Salvini-Plawen, Thomauske 2014) wurde um den Zeitraum der letzten zwei Jahre ergänzt. Hier hätten nicht zwingend alle Suchen durchgeführt werden müssen, da z. B. bei der Suche nach der Definition professionell Pflegender nicht mit neuen Erkenntnissen zu rechnen war. Um der Gefahr eines blinden Fleckes entgegenzuwirken, wurden diese Suchen der Vollständigkeit halber trotzdem durchgeführt. Für die deutschsprachigen Recherche können keine MeSH-Terms verwendet werden, da diese nicht existieren, so dass mit den deutschen Begriffen und der entsprechend der Forschungsfrage als sinnvoll erachteten Kombinationen dieser Suchbegriffe recherchiert werden musste. International konnten in den vier gewählten Datenbanken (LIVIVO (Einstiegsportal), Pubmed, Cochrane und Cinahl) MeSH-Terms genutzt werden, was die wissenschaftliche Vorgehensweise unterstützt und gefördert hat. Die Auswahl der Datenbanken wird als sinnvoll bewertet, da Treffer entsprechend der heuristischen Hypothesen und der Forschungsfragen eingeschlossen werden konnten. Diese Tatsache trifft nicht für die Datenbank Cochrane zu. Innerhalb dieser konnten eine generell geringe Trefferzahl erreicht und keine Einschlüsse getätigt werden. Trotzdem wird sie als sinnvoll betrachtet, da sie evidenzbasierte Wissensbestände

beinhaltet. Hätten solche zur Thematik der Pflege wohnungsloser Patienten vorgelegen, hätten sie auf keinen Fall übersehen werden dürfen. Die Tatsache, dass keine Treffer generiert werden konnten, bestätigt die Annahme der Autorinnen, dass das Thema wenig bis gar nicht wissenschaftlich beforscht ist. Für die Datenbank Cinahl lässt sich kritisch anmerken, dass in dieser die zusätzliche Möglichkeit besteht, mit so genannten Cinahl Headings zu recherchieren. Dies wurde nur vergleichsweise durchgeführt (Kapitel 2.2. im Addendum), um einen möglichen blinden Fleck zu offenbaren. Die Überprüfung ergab, dass es durchaus sinnvoll ist, auch in dieser Datenbank mit den festgelegten MeSH-Terms zu recherchieren, da sie von Cinahl unterstützt werden und Treffer inklusive Einschlüsse ermittelt werden konnten.

Um die Entscheidung über einen Ein- bzw. Ausschluss treffen zu können, wurden immer alle verfügbaren Informationen gesichtet. Lag kein Abstract vor und konnte aufgrund des Titels nicht sicher entschieden werden, wurde der vollständige Treffer gesichtet. Dies geschah entweder über das Internet, den Besuch der ZB MED oder per kostenpflichtiger Fernleihe. In einigen Fällen führte keine der drei Möglichkeiten zur Volltexteinsicht, so dass aufgrund des Titels entschieden werden musste. Zudem wurden wenige internationale Treffer ausgeschlossen, da sie nicht verfügbar waren und bereits mehrere Einschlüsse diesen Fokus betreffend vorlagen. Hier besteht die Gefahr eines blinden Fleckes. Aufgrund der Sprachkenntnisse der Autorinnen, kann es zu Ausschlüssen oder unbemerkten Missverständnissen gekommen sein, die bei deutschsprachiger Literatur so nicht entstanden wären. Es hätten weitere Suchen durchgeführt werden können. In Anbetracht des zur Verfügung stehenden Zeitraumes wurde allerdings sinnvoll im Sinne der Forschungsfrage fokussiert und aufgrund der Durchführung von 25 Suchkombinationen in drei deutschsprachigen Datenbanken und 15 in vier internationalen Datenbanken, kann das Review als gelungen und umfänglich beschrieben werden. Basierend auf den zahlreich ermittelten Dopplungen kann von einer Datensättigung ausgegangen werden.

Es gelingt, die Suchen innerhalb der Datenbanken mit ermittelten Treffern und Ein-/Ausschlüssen visuell ansprechend und auf einen Blick deutlich ersichtlich darzustellen (Kapitel 3.1.4.). Des Weiteren wird ein übersichtliches Säulendiagramm (Abb. 10) zur zusammenfassenden Darstellung der Gesamtrecherche erstellt, wodurch auf einen Blick deutlich wird, wie viele Treffer in der nationalen sowie internationalen Recherche und insgesamt erzielt wurden, wie viele Dopplungen vorliegen und wie viele Ein- bzw. Ausschlüsse bestehen.

Die Güte der ermittelten Literatur muss insgesamt als niedrig bewertet werden, da es sich vorrangig um Expertenmeinungen und Projekt- bzw. Modellbeschreibungen handelt. Sie entspricht demzufolge größtenteils der Evidenzklasse C nach AHCPR (vgl. Kahl 2014). Es bleibt fraglich, wieso keine wissenschaftlichen Studien zu dieser Thematik bestehen. Liegt dies am mangelnden Interesse der S. C. oder wurden die Brisanz und Wichtigkeit des Themas bisher nicht erkannt?
Vergleicht man die Menge der Treffer innerhalb der S. C. wurden nur wenige davon eingeschlossen (Abb. 10). Diese alleine reichen nicht aus, um die Forschungsfrage beantworten und die im zweiten Teil durchgeführte qualitative Untersuchung vorbereiten zu können. Im Rahmen einer Handrecherche konnten zahlreiche (77) graue Literaturnachweise ermittelt werden. Einige davon wurden durch das Schneeballsystem innerhalb der Treffer der S. C. ermittelt. Hierbei ist auffällig, dass diese Quellen teilweise dem groben Zeitraum um das Jahr 2000 herum entspringen. Folglich konnten sie wegen der zeitlichen Limitierung der durchgeführten Suchen (ab 2004) nicht innerhalb dieser ermittelt werden. Eingeschlossen wurden solche dann, wenn sie inhaltlich besonders wichtig erschienen. Somit wurde die stringente Struktur der Einschlusskriterien nicht durchgehend eingehalten, ein Abweichen war jedoch in diesen Fällen sinnvoll. Der Suchzeitraum hätte ausgeweitet werden können, um mehr Treffer zu erzielen. Trotzdem wird die Entscheidung bezüglich des Zeitlimits weiterhin als sinnvoll und nachvollziehbar begründet betrachtet (Kapitel 3.1.3.). Hätte ein größerer zeitlicher Erstellungsrahmen zur Verfügung gestanden, wäre die Suche nachträglich erweitert worden.

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung (Kapitel 4.) fällt auf, dass sich die einzelnen Autoren vermehrt gegenseitig zitieren, teilweise ohne dies explizit auszuweisen, und ihre Inhalte untereinander weitergeben. Gehäuft beziehen sich die unterschiedlichen Autoren auf ein Grundlagenwerk oder einen vorreitenden Experten, so dass vermehrt davon Gebrauch gemacht werden muss, aus zweiter Hand zu zitieren. Dies birgt immer die Möglichkeit eines Fehlers, da nicht selber nachrecherchiert wurde. Aufgrund des zeitlichen Rahmens und des Umfangs des Reviews und der Masterthesis war dies nicht möglich.
Das im Rahmen des systematischen Reviews und der Handrecherche ermittelte Wissen ist hilfreich und kann gezielt zur Klärung und Beantwortung der heuristischen Hypothesen und der Forschungsfragen sowie zur Forschungskonzeption genutzt werden. Innerhalb der Ergebnisdarstellung wurde

ursprünglich eine Vergleichbarkeit der Thematik innerhalb Europas und Kontinente übergreifend angestrebt. Der europäische Vergleich wurde zum einen aufgrund der sprachlichen Barrieren[5] und zum anderen aufgrund ausbleibender Ergebnisse erschwert. Unter Verwendung der deutschen GesinE-Studie (Lehmann et al. 2014) konnte dennoch ein Überblick über die Ausbildungssituationen der einzelnen europäischen Länder gegeben werden (Kapitel 4.4.1.). Zusätzlich hat sich herausgestellt, dass die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege international nicht vergleichbar ist. Um festzustellen, ob die innerhalb des Reviews ermittelten Literaturnachweise dennoch genutzt werden können, hatte die Erlangung eines Überblickes über die internationalen Ausbildungen einen hohen Stellenwert (Kapitel 4.4.). Demzufolge sind die ermittelten Ergebnisse trotz der fehlenden Vergleichbarkeit der Ausbildung inhaltlich verwert- und stellenweise übertragbar. Den Autorinnen ist es gut gelungen, die umfänglichen Ergebnisse aus in fünf Ländern (Deutschland, England, USA, Kanada und Australien) ermittelten Literaturnachweisen zusammenfassend darzustellen (Kapitel 4.). Das erarbeitete breite Wissensspektrum wird entsprechend abgebildet.

Zu Beginn des zweiten Teils der dyadischen Masterthesis wurde ein Methodenreview durchgeführt (Kapitel 6.). Dieses wurde lediglich in einer, der Hochschule der Studentinnen zugehörigen Datenbank (OPAC), absolviert, was kritisch angemerkt werden kann. Die Entscheidung wird nachvollziehbar gerechtfertigt, indem hervorgehoben wird, dass die Methode der qualitativen Untersuchung bekannt und nahe liegend war. Zusätzlich besteht die Tatsache, dass beide Autorinnen Pflegewissenschaftlerinnen (B. Sc.) sind und u. a. die qualitativen Forschungsmethoden theoretisch im Bachelorstudium vermittelt bekommen haben. Dies wurde zusätzlich im Masterstudiengang aufgegriffen und vertieft. Eine weitere Begründung liegt in dem zur Verfügung stehenden Zeitrahmen zur Erstellung der Masterthesis (fünf Monate) und dem Umfang dieser (nationales und internationales Literaturreview und qualitative Untersuchung).
In dem beschriebenen Kapitel (Kapitel 6.) wurde von der vorher verwendeten Trefferdarstellung abgewichen, was entsprechend der Übersichtlichkeit als sinnvoll erachtet wird. Die explizite Ausweisung der Treffer findet sich im Addendum und unterscheidet sich nicht von der festgelegten Vorgehensweise.

[5] Englisch ist nur in wenigen europäischen Ländern die Landessprache.

Es wurde sich für qualitative Experteninterviews mit anschließender Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (Gläser, Laudel 2010) als Forschungsmethode entschieden. Aufgrund des fünfmonatigen zur Verfügung stehenden Zeitrahmens konnte die Chronologie des Ablaufes einer qualitativen Untersuchung nicht vollumfänglich eingehalten werden. Im Rahmen der Möglichkeiten der Autorinnen kann die Untersuchung zusammenfassend dennoch als gut gelungen bewertet werden.

Die Forscherinnen wurden mit dem Problem des ausbleibenden Rücklaufes auf ihre Interviewanfragen konfrontiert, welches die Untersuchung zusätzlich erschwert hat. An dieser Stelle wäre es sinnvoller gewesen, mehr Krankenhäuser in unterschiedlichen Städten anzuschreiben, wodurch die Rücklaufchance erhöht worden wäre. Zusätzlich hätten evtl. mehr Interviews mit Pflegenden aus weiteren Krankenhausbereichen geführt werden können. Im vorliegenden Falle waren vier der Pflegenden von Intensivstationen, zwei von Normalstationen (Chirurgie und Innere Medizin) und einer aus der Notfallambulanz. Besonders für die Aussagen des Letzteren wäre eine Vergleichsmöglichkeit von Vorteil gewesen, da dieser eine ganz andere Art und Dauer des Kontaktes mit wohnungslosen Patienten erlebt, als die stationär Pflegenden. Zudem wäre es interessant gewesen, auch Pflegende aus ländlichen Bereichen zu befragen und die Ergebnisse miteinander abzugleichen. Dies hätte allerdings den Rahmen der Thesis gesprengt. Eine Besonderheit ist ebenfalls die Tatsache, dass lediglich ein männlicher Pfleger an der Untersuchung teilgenommen hat. Dieser hat eine positive bzw. neutrale Haltung wohnungslosen Menschen gegenüber und versorgt sie entsprechend. Interessant wäre, herauszufinden, ob dies bei allen männlichen Pflegenden der Fall ist, also eine Genderthematik vorliegt, oder ob er eine Ausnahme darstellt.

Fraglich bleibt, womit der ausbleibende Rücklauf zu begründen ist. Es wurde nicht bei den Pflegedienstleitungen erfragt, ob die Flyer auf den Stationen verteilt worden sind. Somit kann keine zutreffende Aussage dazu getätigt werden. Die Annahme besteht, dass innerhalb der Pflegewelt kein Forschungsinteresse zu dieser Thematik vorhanden ist. Worauf dieses fußt, bleibt ebenfalls nur zu vermuten. Ist dies kein gern gesehenes Thema? Soll darüber geschwiegen werden? Oder ist diese Patientengruppe nicht häufig genug, um sich mit ihr und ihrer Versorgung auseinandersetzen zu wollen?

Um die Untersuchung verwirklichen zu können, greifen die Forscherinnen auf private berufliche Kontakte zurück. Dies birgt Vor- und Nachteile. Es ist möglich, dass die Experten teilnehmen, um der ihnen bekannten Forscherin einen

Gefallen zu tun. Die Bekanntheit kann sich im Weiteren negativ auswirken, indem der Befragte ggf. nicht berichtet, was er wirklich empfindet, da er sich z. B. schämt. Gleichzeitig kann aber auch in diesem Aspekt der Vorteil liegen, da sich der Befragte eher bei jemandem öffnet, der ihm bekannt ist, zu dem ein gewisses Vertrauensverhältnis besteht. Aufgrund der erlebten Interviewsituationen wird letzteres vermutet.

Mittels der Inhaltsanalyse konnte herausgestellt werden, dass die Befragten positive, negative und neutrale Haltungen den wohnungslosen Patienten gegenüber haben können (Kapitel 7.3.4, 7.3.5, 7.4, 8. und 9.). Zusammenfassend gesagt, sind die einzelnen befragten Pflegenden eher positiv eingestellt, keiner zeigt eine durchweg negative Haltung und einen ausschließlich problem-/konfliktbelasteten Umgang, wie es die Autorinnen heuristisch vermutet hatten. Es bleibt fraglich, ob diese Hypothese wirklich falsifiziert werden kann, oder ob das positive Ergebnis daran liegt, dass die Interviewpartner freiwillig an der Forschung teilgenommen haben. Die Forscherinnen vermuten hier, dass Pflegende mit negativ geprägtem Umgang gegenüber wohnungslosen Patienten sich eher ungern für ein freiwilliges Interview zur Verfügung stellen würden. Ein alternatives Forschungsdesign wäre eine anonyme schriftliche oder online Befragung. Die Verfasserinnen sehen hierin einen zusätzlichen Forschungsbedarf, um die eigenen Ergebnisse zu ergänzen und zu validieren. Eine andere zu überprüfende Mutmaßung könnte sein, dass die eher positive Haltung (wie die der Interviewpartner) in der veränderten Ausbildung von 2004 begründet liegt. Pflegende mit einer Ausbildung entsprechend der Ausbildungsrichtlinie von 1985 sollten ebenfalls beforscht werden.

Das Führen von weiteren Interviews wäre zusätzlich sinnvoll gewesen. Dies war aufgrund des fehlenden Rücklaufs, wie oben beschrieben, nicht möglich. Zudem war der Zeitrahmen ein geringer. Trotzdem kann ansatzweise von einer Datensättigung ausgegangen werden, da viele Aspekte von mehreren, manchmal sogar von allen Experten beschrieben werden.

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurde der Aspekt der Erkrankungen wohnungsloser Menschen mitaufgenommen. Dies wurde auch im Rahmen der Pretests nicht verändert. Im Laufe der Forschung fiel auf, dass die Erkrankungen für die Beantwortung der Forschungsfragen irrelevant sind. Nichtsdestotrotz wird die Frage als sinnvoll in den Interviews beibehalten, da sie den Redefluss der Befragten anregt und die internationale Vergleichbarkeit unterstützt. So konnte ermittelt werden, dass die Gruppe der wohnungslosen Patienten, wie sie die

befragten professionell Pflegenden erleben, deckungsgleich ist mit der, die national und international beschrieben wird. Somit können die im Review erlangten Ergebnisse auf die vorliegende Arbeit übertragen werden.

Die Transkription der Interviews wurde in die Hände einer dritten, professionellen Person übergeben. Dies kann nachteilig in dem Sinne gesehen werden, dass die Forscherinnen sich nicht aktiv mit der Transkription und dem Interview auseinandergesetzt haben. Aufgrund der Zeit und der Empfehlung anderer Pflegewissenschaftler wurde sich dennoch dafür entschieden. Des Weiteren haben die Forscherinnen die jeweiligen Interviewsituationen während des Ausfüllens des Postinterviewprotokolls, der Reflexion der Interviews mit der anderen Forscherin, dem Hören der von der Anderen geführten Interviews und während der einzelnen Schritte der Inhaltsanalyse ausführlich rekapituliert.

Als Basis der Inhaltsanalyse wurde ein Kausalmechanismus entsprechend der heuristischen Hypothesen und der Forschungsintention generiert, den es zu überprüfen galt (Kapitel 7.3.1. und Abb. 17). Dieser wurde genutzt, um die Inhaltsanalyse theoriegeleitet durchführen zu können. Anhand der ermittelten Ergebnisse hat sich der Kausalmechanismus bewahrheitet. Mit dem heutigen Wissensstand konnte dieser visuell optimiert werden (Abb. 19).

Die Extraktion kann als detailliert und ausführlich und, trotz der fehlenden praktischen Erfahrung der Studentinnen, gelungen bezeichnet werden. Aufgefallen ist, dass die befragten Experten nur bei wenigen Stellen vom Fokus des Gefragten abgewichen sind. Diese Interviewabschnitte waren somit nicht für die Inhaltsanalyse geeignet. Den Interviewerinnen ist es in diesen Fällen nicht immer gelungen, die Befragten wieder zu fokussieren, was ebenfalls der mangelnden Erfahrung zuzuschreiben ist. Entsprechend dieser Problematik kann das Interview eines Befragten (B 3) nicht für die zwölfte Kategorie verwendet werden. Alle anderen Interviews sind vollumfänglich verwertbar.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage (Kapitel 8.) wird eine vergleichsweise kurze Darstellung gewählt, mit der eine präzise und auf den Punkt bringende Beantwortung gewährleistet ist. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass die Forschungsergebnisse vorab (Kapitel 7.3.5 und 7.4) ausführlich dargelegt wurden.

Im Rahmen der Diskussion (Kapitel 9.) kann ein möglicher Forschungsbedarf aufgedeckt und Empfehlungen getroffen werden. Die Anwendbar- und Verwertbarkeit der Ergebnisse der Masterthesis für das eigene berufliche handeln können positiv festgehalten werden. Anzumerken ist an dieser Stelle,

dass es sich um eine qualitative Untersuchung mit sieben Experteninterviews handelt. Die Ergebnisse lassen sich also nicht verallgemeinern und die Verfasserinnen empfehlen die Überprüfung der Forschungsergebnisse und weiterführende Forschung.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Herausforderung der gemeinsamen Erstellung einer Masterthesis mit Erfolg gemeistert wurde. Die positive Zusammenarbeit zeigt sich nicht zuletzt an der hohen interpersonalen Übereinstimmung bei der Interviewauswertung. Die Forscherinnen haben durchgehend eng zusammengearbeitet, was sich darin wiederspiegelt, dass kein Arbeitsschritt und demzufolge kein Kapitel nur von einer Person bearbeitet und erstellt wurde. Gerade bei der Durchführung der Inhaltsanalyse, Beantwortung der Forschungsfrage, Diskussion der Ergebnisse und Methodenkritik wurde ausschließlich gemeinsam gearbeitet. So wurde eine gute Kommunikation, Auseinandersetzung und Reflexion mit dem Forschungsgegenstand sichergestellt.

Abschließend soll vermerkt werden, dass die Ergebnisdarstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

11. Danksagung

Unser Dank gilt Frau Professor Dr. Cornelia Kahl für die Unterstützung und die positive, immer ermutigende Betreuung der Masterarbeit.

Wir bedanken uns bei Herrn Professor Dr. Marcus Siebolds für das Lesen und Bewerten der Masterarbeit als Zweitprüfer.

Großer Dank gilt ebenfalls Frau Anna Penner für die kompetente, zuverlässige und zeitnahe Transkription der sieben Interviews.

Des Weiteren möchten wir den sieben Interviewpartnern danken, die sich bereit erklärt haben, uns in ihren Berufsalltag, ihre Gefühle und Gedanken Einblick nehmen zu lassen und diese Untersuchung erst möglich gemacht haben.

Dank gilt ebenfalls Frau Verena Salvini-Plawen für die kompetente Übersetzung des Titels sowie Abstracts in die englische Sprache.

Literaturverzeichnis

Eingeschlossene Literatur

1. **Altmaier, F. R.** (2013): Obdachlose in der Gesellschaft zwischen Inklusion und Exklusion. Bachelorthesis. Katholische Hochschule NRW, Köln.
2. **Altmeppen, S.; Oelke, U.** (2010): Klientel und Rahmenbedingungen. Berufliche und persönliche Situation der Pflegenden]. 1. Auflage, 2. Druck. Berlin: Cornelsen (In guten Händen, ; [1],3).
3. **Barry, C. D.; Blum, C. A.; Palmer-Hickman, C. L.; Mosley, R.; Eggenberger, T. L.** (2009): Understanding homelessness using a simulated nursing experience. In: *Holistic nursing practice* 23 (4), S. 230–237.
4. **Beckmann, S.** (2014): Viele haben chronifizierte psychische und körperliche Leiden. Die Lebens- und Gesundheitssituation älterer wohnungsloser Menschen - Ergebnisse aus einer Befragung in Münster. In: *Pflege Zeitschrift* 67 (3), S. 156–160.
5. **Bierbrauer, G.** (2005): Sozialpsychologie. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer (Urban-Taschenbücher, 564).
6. **Boutain, D. M.** (2005): Social Justice as a Framework for Professional Nursing. In: *Journal of nursing education* 44 (9), S. 404–408.
7. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V.** (2010): Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e. V. zu Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung. Hg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BNBF). Bielefeld.
8. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V.** (2013): Zahl der Wohnungslosen in Deutschland weiter gestiegen. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V. Bielefeld.
9. **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.** (2003): Sicherstellung der medizinisches Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen. Positionspapier. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V. Bielefeld.

10. **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.** (2013): Aktuelle Daten zur Lebenslage wohnungsloser und von der Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen. Ausgewählte Ergebnisse der Jahreserhebung 2012. In: *Wohnungslos* 55 (4), S. 160–162.

11. **Büscher, A.; Bauer, U.** (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Gesundheit und Gesellschaft).

12. **Cain, T.; Borkat, L.; Minick, P.; Oparah-Iwobi, T.; Kee, C. C.** (1998): Nurses' perceptions of people who are homeless. In: *Western journal of nursing research* 20 (3), S. 356–369.

13. **Chin, C. N.; Sullivan, K.; Wilson, S. F.** (2011): A 'snap shot' of the health of homeless people in inner Sydney. St Vincent's Hospital. In: *Aust. Health Review* 35 (1), S. 52–56.

14. **Clayton, L. H.; Dilley, K. B.** (2009): Service learning. population-focused nursing for the homeless at a soup kitchen. In: *Nurse educator* 34 (3), S. 137–139.

15. **Crowe, L. E.** (2012): Medical-surgical nurses` attitudes toward patients who are homeless: How attitudes develop and transform. Disseratation. Georgia State University, USA.

16. **Daiski, I.** (2007): Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. In: *Journal of advanced nursing* 58 (3), S. 273–281.

17. **Davis, C.**(2012): Health care for homeless people. the role of emergency nurses. In: *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association* 20 (2), S. 7–24.

18. **dela Cruz, F. A.; Harris, J.; Brehm, C.** (2004): Transformation in family nurse practitioner students' attitudes toward homeless individuals after participation in a homeless outreach clinic. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 16 (12), S. 547–554.

19. **DeLashmutt, M. B.; Rankin, E. A.** (2005): A different kind of clinical experience. poverty up close and personal. In: *Nurse educator* 30 (4), S. 143–149.

20. **Der paritätische Gesamtverband** (Hg.) (2016): Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. 1. Auflage. Berlin.

21. **Drury, L. J.** (2008): Increasing competency in the care of homeless patients. In: *Journal of continuing education in nursing* 39 (4), S. 153–154.

22. **Edgar, B.; Harrison, M.; Watson, P.; Busch-Geertsema, V.** (2007): Messurement of homelessness at eurpean union level. Scotland, United Kingdom: European Commission.

23. **Elsbernd, A.** (1994): Zum Verhältnis von pflegerischem Wissen, pflegerischer Handlungsfreiheit und des Gehorsams der individuellen Pflegeperson. In: *Pflege* 7 (2), S. 105–116.

24. **European Federation of National Association Working with the Homelessness** (o. J.): ETHOS Europäische Typologie für Wohnungslosigkeit. Hg. v. European Federation of National Association Working with the Homelessness. Brüssel.

25. **Fetter, M. S.** (2009): Promoting health literacy with vulnerable behavioral health clients. In: *Issues in mental health nursing* 30 (12), S. 798–802.

26. **Fitzpatrick, S.** (2013): Nachhaltige Konzepte zur Vermeidung von Obdachlosigkeit. Hg. v. Europäische Komission. Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration. Dändemark (Peer Review zu Sozialschutz und sozialer Eingliederung).

27. **Frankish, J. C.; Hwang, S. W.; Quantz, D.** (2005): Homelessness and Health in Canada. Research Lessons and Priority. In: *Canadian Journal of Public Health* 96 (2), S. 23–29.

28. **Fulde, G.** (2003): The homeless and the emergency department: a special relationship. In: *Medical journal of Australia* 179 (11-12), S. 651–652.

29. **Gee, L.; Kushel, M.; Weintraub, R.; Tsai, M.** (2005): Identifying homelessness at an urban public hospital. a moving target? In: *Journal of health care for the poor and underserved* 16 (2), S. 297–307.

30. **Gerber, L.** (2013): Bringing home effective nursing care for the homeless. In: *Nursing* 43 (3), S. 32–38.

31. **Gläser, J.; Laudel, G.** (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Lehrbuch).

32. **Gostomzyk, J. G.** (Hg.) (2000): Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis. Landsberg/Lech: ecomed.

33. **Hatton, D.; Kleffel, D.; Robinson, L.; Chung-Park, M.** (2006): RN-to-MSN students' attitudes toward women experiencing homelessness. A focus group study. In: *The journal of nursing education* 45 (8), S. 317–322.

34. **Heinemeyer, C.** (2013): Inmitten der Gesellschaft. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 705.

35. **Henriksen Hellyer, J. M.; Nelson, J.** (2011): The patient's responsibility. In: *The American journal of nursing* 111 (2), S. 11.

36. **Henry, M.; Cortes, A.; Shivji, A.; Buck, K.** (2014): The 2014 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) To Congress. Hg. v. The U.S. Department of Housing and Urban Development. Office of Community Planning and Development.

37. **Hewett, N.; Halligan, A.; Boyce, T.** (2012): A general practitioner and nurse led approach to improving hospital care for homeless people. In: *BMJ* (345), S. 5999–6005.

38. **Holtz, C.** (2010): Chapter 1. Global Health Issues. In: *Journal of transcultural nursing* 21 (4).

39. **Hunt, R.** (2007): Service-learning. an eye-opening experience that provokes emotion and challenges stereotypes. In: *The journal of nursing education* 46 (6), S. 277–281.

40. **Hwang, S. W.** (2001): Homelessness and health. In: *Canadian Medical Association Journal* (164), S. 229–233.

41. **Josten, S.** (2013): Auf der Strasse und pflegebedürftig. Pflegende als Streetworker. In: *Die Schwester, der Pfleger* 52 (7), S. 652–656.

42. **Kahl, C.** (2014): Seminarunterlagen "Methodenwerkstatt". Erstellung eines Rechercheprotokolls. 3.5 Evidenzbeurteilung.

43. **Kee, C. C.; Minick, P.; Connor, A.** (1999): Nursing Student and Faculty Attitudes Toward People Who Are Homeless. In: *American Journal of Health Behavior* 23 (1), S. 3–12.

44. **Keupp, H.** (1999): Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rowohlts Enzyklopädie, 55634).

45. **Kuckartz, U.** (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

46. **Kulbe, A.** (2009): Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Kohlhammer Pflege: Aus- und Weiterbildung).

47. **Lamb, V.; Joels, C.** (2014): Improving access to health care for homeless people. In: *Nursing standard* 29 (6), S. 45–51.

48. **Lashley, M.** (2008): Promoting oral health among the inner city homeless. a community-academic partnership. In: *The Nursing clinics of North America* 43 (3), S. 367–379.

49. **Lauber, A.** (Hg.) (2012): Grundlagen beruflicher Pflege. Professionelle Pflege in allen Altersstufen. 3., überarb. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG (Verstehen & pflegen, 1).

50. **Lehmann, Y.; Ayerle, G. M.; Beutner, K.; Behrens, J.; Landenberger, M.** (2014): Pflegeausbildung: Was machen die Nachbarn? International vergleichende Studie. In: *Die Schwester, der Pfleger* 53 (8), S. 819–823.

51. **Lehmann, Y.; Beutner, K.; Karge, K.; Ayerle, G.; Behrens, J.; Landenberger, M.** (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Hg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BNBF). Bonn (Berufsbildungsforschung, Band 15).

52. **Levy, B. S.; Sidel, V. W.** (2013): Social injustice and public health. 2. Auflage. Oxford [u.a.]: Oxford University Press USA.

53. **Mayring, P.** (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. Weinheim: Beltz.

54. **Mayring, P.** (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).

55. **Maze, C. D. M.** (2006): Registered Nurses` Willingness to Serve Populations on the Periphery of Society. In: *Journal of Nursing Scholarship* 38 (3), S. 301–306.

56. **Menche, N.** (Hg.) (2011): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe ; [www.pflegeheute.de ; mit dem Plus im Web ; Zugangscode im Buch]. 5., vollst. überarb. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.

57. **Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen** (2003): Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW, vom Überarbeitung 2003.

58. **Montgomery Sklar, E.; Messer, K.** (2005): Barriers to reducing health disparities in a primary care curriculum for the underserved, 2005.

59. **Myhrvold, T.** (2006): The different other--towards an including ethics of care. In: *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals* 7 (3), S. 125–136.

60. **Nolting, H.-P.; Paulus, P.** (2011): Psychologie lernen. Eine Einführung und Anleitung. 11.,Aufl. Weinheim, Basel: Beltz (Beltz-Taschenbuch, 914).

61. **Nuttall, R.** (2009): Holistic care of a drug-related wound: a case study from a clinic for homeless people. In: *Nursing times* 105 (27), S. 18–21.

62. **Otto, H.-U.; Thiersch, H.; Böllert, K. (**Hg.) (2001): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 2., völlig überarb. Aufl. Neuwied: Luchterhand.

63. **Patterson, N.; Hulton, L. J.** (2012): Enhanching Nursing Student`s Understanding of Poverty Through Simulation. In: *Public health nursing* 29 (2), S. 143–151.

64. **Pennington, K.; Kroh, M.; Coast, M. J.** (2010): Health care for the homeless. a partnership between a city and a school of nursing. In: *The journal of nursing education* 49 (12), S. 700–703.

65. **Peters-Steinwachs, B.** (2015): Jeder Mensch hat ein Recht auf Gesundheit. Die BAG W will Wohnungslosen gesundheitliche Leistungen besser erschließen. In: *Forum Sozialarbeit + Gesundheit* (3), S. 20–23.

66. **Porst, R.** (1998): Im Vorfeld der Befragung:Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting. ZUMA-Arbeitsbericht 98/02. Mannheim.

67. **Rosenke, W.** (2016): Die Lebenssituation von Menschen in Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot. In: Der paritätische

Gesamtverband (Hg.): Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. Berlin, S. 82–92.

68. **Runnels, V.; McNeil, R.; Guirguis-Younger, M.** (2009): Learning and knowledge-integration strategies of nurses and client care workers serving homeless persons. In: *The Canadian journal of nursing research* 41 (2), S. 21–34.

69. **Salvini-Plawen, C.; Thomauske, S.** (2014): Wohnungslose Menschen im Kontext der professionellen stationären Pflege im Krankenhaus. Beschreibung der IST-Situation aus Sicht der Pflegenden; eine Literaturbeschreibung. Bachelorthesis. Katholische Hochschule NRW, Köln.

70. **Schewior-Popp, S.** (Hg.) (2009): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung ; 300 Tabellen. 11., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart, New York, NY: Thieme.

71. **Seiler, A. J.; Moss, V. A.** (2012): The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 24 (5), S. 303–312.

72. **Stehling, H.** (2003): Welche Erfahrungen machen wohnungslose Menschen mit krankenpflegerischer Versorgung? unveröffentlichte Diplomarbeit, Osnabrück.

73. **Stehling, H.**(2006): Pflege und Wohnungslosigkeit: Pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der Aufsuchenden Hilfe. unveröffentlichte Masterarbeit, Osnabrück/Witten.

74. **Stehling, H.** (2008): Pflege und Wohnungslosigkeit - Pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der aufsuchenden Hilfe. In: Andreas Büscher und Ullrich Bauer (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Gesundheit und Gesellschaft).

75. **Stemmer, R.** (2001): Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 57).

76. **Swiggum, P.; Hunt, R. J.** (2007): Being in another world. transcultural student experiences using service learning with families who are homeless. In: *Journal of transcultural nursing* 18 (2), S. 167–174.

77. **Sword, W.; Reutter, L.; Meagher-Stewart, D.; Rideout, E.** (2004): Baccelaureate Nursing Student`s Attitudes toward Powerty: Implications for Nursing Curricula. In: *Journal of nursing education* 43 (1), S. 13–19.

78. **Tansley, K.** (2008): Health without a home. In: *Community practitioner* 81 (10), S. 38–39.

79. **Trabert, G.** (1995): Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Bielefeld: VSH-Verl. Soziale Hilfe.

80. **Trabert, G.** (2000): Obdachlosenmedizin - sozialmedizinische Aspekte. In: Johannes G. Gostomzyk (Hg.): Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis. Landsberg/Lech: ecomed, S. IX - 11, S. 3-46.

81. **Trabert, G.** (2002): Sozialmedizinische Forschung zum Thema: Wohnungslosigkeit und Gesundheit. In: *Wohnungslos* (01/02), S. 15–18.

82. **Veit, A.** (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Nürnberg, Univ., Diss.--Erlangen, 2002. 1. Aufl. Bern: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).

83. **Wheatley, C.** (2012): Learning on the streets. experiencing homelessness. In: *Nursing* 42 (12), S. 16–17.

84. **Windle, C.**(2010): Holistic care in practice. In: *Nursing standard* 24 (45), S. 69.

85. **Wise, C.; Phillips, K.** (2013): Hearing the silent voices. narratives of health care and homelessness. In: *Issues in mental health nursing* 34 (5), S. 359–367.

86. **Wolf, A.**(2001): Obdachlosigkeit. In: Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch und Karin Böllert (Hg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 2., völlig überarb. Aufl. Neuwied: Luchterhand.

87. **Wright, S.** (2005): Hidden tension. In: *Nursing standard* 19 (20), S. 25.

88. **Wright, S.** (2006): Hidden hatreds. In: *Nursing standard* 20 (40), S. 32–33.

Ausgeschlossene Literatur

1. **O. A.** (o. J.): EEO Enzyklopädie Erziehungswissenschaft online. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
2. **O. A.** (o. J.): Spielplätze der Verweigerung.
3. **O. A.** (2013): "Zu uns kommen nicht nur Obdachlose". Die Pflegezeitschrift hat zwei Mitarbeiterinnen vom MedMobil getroffen, das medizinische Versorgung für notleidende Menschen anbietet. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 712–714.
4. **O. A.** (2014): Abhängigkeit, Sucht und Obdachlosigkeit. Bericht eines Psychiatrie-Erfahrenen. In: *Praxiswissen psychosozial* (17), S. 16–19.
5. **O. A.** (2014): Mobile van drives up to screen TB. In: *Nursing standard* 29 (1), S. 12.
6. **O. A.** (2015): Frauen und Medizin. Dr. Jenny De la Torre Castro stiftet Gesundheit, Wärme und Vertrauen. Ärztin behandelt Obdachlose in einem einmaligen Projekt. In: *Der niedergelassene Arzt* 64 (3), S. 38.
7. **O. A.** (2015): Menschenrechte und Frauenrechte in der Wohnungslosenhilfe. In: *Wohnungslos* 57 (1), S. 1–28.
8. **Adams, J.; Rosenheck, R.; Gee, L.; Seibyl, C. L.; Kushel, M.** (2007): Hospitalized younger: a comparison of a national sample of homeless and housed inpatient veterans. In: *Journal of health care for the poor and underserved* 18 (1), S. 173–184.
9. **Adamshick, P.; August-Brady, M.** (2013): Oh, the things you will learn. taking undergraduate research to the homeless shelter. In: *The journal of nursing education* 52 (6), S. 342–345.
10. **Alber, J.; Schulze, G. C.; Zieger, A.** (2015): Kooperation von Pflege und Neurorehabilitationspädagogik in der Rehabilitation nach einem Schlaganfall. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (3), S. 227–241.
11. **Allmer, F.; Eberl, J.; Hansmann, R.; Jedelsky, E.; Pandzic, R.; Schalek, K. et al.** (Hg.) (2013): POP - PraxisOrientierte Pflegediagnostik. 2. Auflage. Vienna: Springer.
12. **Althammer, B.; Gerstenmayer, C.; Schmidt, S.** (2013): Bettler und Vaganten in der Neuzeit (1500 - 1933). eine kommentierte Quellenedition. 1. Auflage. Essen: Klartext-Verl.

13. **Altmann, T.** (2014): Mit Empathie arbeiten - gewaltfrei kommunizieren. Praxistraining für Pflege, Soziale Arbeit und Erziehung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

14. **Anderheiden, M.; Eckart, W. U.** (Hg.) (2012): Handbuch Sterben und Menschenwürde. 1. 3 Bände. Berlin: de Gruyter (1).

15. **Anderheiden, M.; Eckart, W. U.** (Hg.) (2012): Handbuch Sterben und Menschenwürde. 2. Berlin: de Gruyter.

16. **Anderheiden, M.; Eckart, W. U.** (Hg.) (2012): Handbuch Sterben und Menschenwürde. 3. Berlin: de Gruyter.

17. **Appelt, G.; Kalinowski, S.** (2013): Die Einstellungen gegenüber adipösen Menschen - eine Herausforderung für professionell Pflegende. In: *Unterricht Pflege* 18 (4), S. 10–14.

18. Arif, Z. (2007): Challenge the bullies. In: *Nursing standard* 21 (23), S. 26–27.

19. **Armbruster, J.; Dieterich, A.; Hahn, D.; Ratzke, K.** (Hg.) (2015): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.

20. **Ayaß, W** (2013): "Vagabunden, Wanderer, Obdachlose und Nichtsesshafte". Eine kleine Begriffsgeschichte der Hilfe für Wohnungslose. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 44 (1), S. 90–102.

21. **Bachion, M. M.; Pereira, S. V. M.; Souza, A. G. C. de; Vieira, S. M. S.** (2008): Avaliação da Hanseníase. relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. In: *Revista brasileira de enfermagem* 61, S. 774–780.

22. **Badger, F.; Clarke, L.; Pumphrey, R.; Clifford, C.** (2012): A survey of issues of ethnicity and culture in nursing homes in an English region. Nurse managers' perspectives. In: *Journal of Clinical Nursing* 21 (11/12), S. 1726–1735.

23. **Bauer, S.** (2013): Wohnen für Jugendliche und junge Erwachsene. Wohnungssuche, Umzugstipps, Mieterberatung, finanzielle Hilfen, Jugendwohnung, Beratung bei Wohnungslosigkeit und viele Tipps mehr. Hamburg: Behörde für Schule und Berufsbildung.

24. **Becker, S.; Brandenburg, H.; Bartholomeyczik, S.** (Hg.) (2014): Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und

Sozialberufe ;– eine interdisziplinäre Aufgabe. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

25. **Beer, T.; Bleses, H.; Ziegler, S.** (2015): Personen mit Demenz und robotische Assistenzsysteme. Ethnografische Erkundungen zu Randakteuren in der Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (1), S. 20–36.
26. **Behse-Bartels, G.; Brand, H.** (Hg.) (2009): Subjektivität in der qualitativen Forschung. Der Forschungsprozess als Reflexionsgegenstand. Subjektorientierte Forschungswege: Herausforderungen, Prozesse und Ergebnisse qualitativen Forschens. Opladen: Budrich (Studien zur qualitativen Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung).
27. **Beijer, U.; Andréasson, S.** (2010): Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. In: *European Journal of Public Health* 20 (5), S. 511–516.
28. **Bergold, J. B.** (2014): Partizipation in hierarchischen Strukturen - Chancen und Möglichkeiten von Partizipation in psychosozialen Einrichtungen. Ein Essay. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 46 (1), S. 59–70.
29. **Berman, H.; Poland, B.; Forchuk, C.; Ward-Griffin, C.; Oudshoorn, A.** (2013): Client-provider relationships in a community health clinic for people who are experiencing homelessness. In: *Nursing inquiry* 20 (4), S. 317-238.
30. **Berthold, J.** (2009): Experteninterviews und das Ergründen grenzüberschreitender Kooperationsbeziehungen im sächsisch-böhmischen Grenzraum. einige Anregungen zur Weiterentwicklung der Methode. In: Grit Behse-Bartels und Heike Brand (Hg.): Subjektivität in der qualitativen Forschung. Der Forschungsprozess als Reflexionsgegenstand. Opladen: Budrich (Studien zur qualitativen Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung), S. S. 103–118.
31. **Bestla, G.** (2015): „Eine Dusche und einen Arzt, bitte“. Praxiseinsatz ambulant. In: *Heilberufe* 67 (5), S. 56–58.
32. **Biedrzycki, B.** (2006): Emergency preparedness. what can oncology nurses do? In: *ONS news / Oncology Nursing Society* 21 (3), S. 9–10.

33. **Birkenstädt, S.; Huddy, D.; Sutton, E.** (2015): Der Weihnachtsbaum. 1. Auflage. Hamburg: Aladin-Verl.

34. **Bogner, A.** (Hg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

35. **Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W.** (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

36. **Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W.** (Hg.) (2009): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

37. **Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W.** (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS (Qualitative Sozialforschung).

38. **Bongard, K.** (2013): Subway Sound. 1. Auflage. Hamburg: Pink, Oetinger-Taschenbuch.

39. **Bonugli, R.** (2014): Psychiatric nursing faculty partner with residents of a homeless shelter to address medication safety. In: *Issues in mental health nursing* 35 (3), S. 220–223.

40. **Borel, D.** (2009): [Rewards of the emergency nurse's role in Cayenne]. In: *Revue de l'infirmière* 152, S. 26–27.

41. **Bouakkaz, M.** (2009): [Nurse at a homeless shelter]. In: *Revue de l'infirmière* 152, S. 23–25.

42. **Boutain, D. M.** (2008): Social justice as a framework for undergraduate community health clinical experiences in the United States. In: *International journal of nursing education scholarship* (5), S. 35.

43. **Bowera, L.; Titus, S.** (2015): Reflecting on Carlos. Unique and Homeless. In: *Imprint* 62 (3), S. 42–43.

44. **Bowker, D.; Hansen, E.; Weg, B.** (2013): Nontraditional clinical sites. working with those who are homeless. In: *Nurse educator* 38 (4), S. 139–140.

45. **Brinkmann, T.** (2013): Stadt ohne Land. »Das war mal unsere Heimat…« : jüdische Geschichte im preußischen Osten. In: *Begleitband zur Internationalen Tagung am 2. und 3. November 2011 in Berlin*, S. 94–100.

46. **Browning, S.; Waite, R.** (2010): The gift of listening. JUST listening strategies. In: *Nursing forum* 45 (3), S. 150–158.

47. **Brück, C.** (2015): Die psychotische Parallelwelt. Zum Substanzkonsum und Leben von psychisch kranken wohnungslosen Männern. Berlin: LIT (Schriftenreihe zur angewandten Suchtforschung, Bd. 1).

48. **Brush, B. L.; Kirk, K.; Gultekin, L.; Baiardi, J. M.** (2011): Overcoming. A Concept Analysis. In: *Nursing forum* 46 (3), S. 160–168.

49. **Bryant, S.** (2007): How do I respond to a chronically ill patient who's suicidal? In: *Nursing* 37 (2), S. 24.

50. **Bullock, Q.; Rennells, R.; Wilde, M. H.; Albanese, E. P**. (2004): Development of a student nurses' clinic for homeless men. In: *Public health nursing* 21 (4), S. 354–360.

51. **Busen, N. H.; Engebretson, J. C.** (2008): Facilitating risk reduction among homeless and street-involved youth. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20 (11), S. 567–575.

52. **Caritasverband für Hamburg e. V.** (2013 a): Ein Netzwerk der Menschlichkeit. Hamburg.

53. **Caritasverband für Hamburg e. V.** (2013 b): Ein Ort der Menschlichkeit. Hamburg.

54. **Caritasverband für Hamburg e. V.** (2013 c): Rat und Tat in der City. Hamburg.

55. **Carlisle, D.** (2004): The right to care. In: *Nursing standard* 18 (43), S. 20–21.

56. **Carrière, G. L.** (2008): Linking women to health and wellness. Street Outreach takes a population health approach. In: *International Journal of Drug Policy* 19 (3), S. 205–210.

57. **Catterfeld, P.** (Hg.) (2015): Flaschensammeln. Überleben in der Stadt. Konstanz: UVK.

58. **Chambers, C.; Katic, M.; Chiu, S.; Redelmeier, D. A.; Levinson, W.; Kiss, A.; Hwang, S. W.** (2013): Predictors of Medical or Surgical and Psychiatric Hospitalizations Among a Population-Based Cohort of Homeless Adults. In: *American Journal of Public Health* 103 (2), S. 380–388.

59. **Chang, B.-H.; Sommers, E.; Herz, L.** (2010): Acupuncture and relaxation response for substance use disorder recovery. In: *Journal of Substance Use* 15 (6), S. 390–401.

60. **Chinn, P. L.** (2008): Lesbian nurses. what's the big deal? In: *Issues in mental health nursing* 29 (6), S. 551–554.

61. **Christian, C.** (2013): Bibliografie Architektur & Stadtentwicklung, Wohnen, Wohnungsnot & Obdachlosigkeit in Hamburg. Bremen: Paegelow.

62. **Clavagnier, I.** (2013): Treatment of a patient with tuberculosis. In: *Revue de l'infirmière* (191), S. 45–46.

63. **Cobb-Clark, D. A.; Hérault, N.; Scutella, R.; Tseng, Y.-p.** (2014): A journey home. what drives how long people are homeless? Parkville, Vic (Melbourne Institute working paper series, 1420).

64. **Cook, S.** (2007): The signature. In: *Journal of emergency nursing: JEN* 33 (4), S. 372–374.

65. **Cooper, A. B.** (2014): "Wear the world like a loose garment…a request for help from psychiatric nurses". In: *Archives of psychiatric nursing* 28 (3), S. 159.

66. **Courson, C. de** (2006): [When homeless persons age…]. In: *Soins, Gerontology* 60, S. 30–32.

67. **Croghan, E.** (2005): Supporting vulnerable groups during behaviour change. In: *Nursing standard* 19 (36), S. 48–49.

68. **Dameron, C. M.** (2011): Our calling. loving God in nursing (Part 2). In: *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship* 28 (4), S. 189.

69. **Davies, A.** (2005): Nursing a patient with frostbite. In: *Nursing times* 101 (46), S. 52–54.

70. **Davies, P.** (2004): Haven of hope. In: *The Canadian nurse* 100 (1), S. 20–22.

71. **Denkins, B. A.** (2005): Are we really helping? The problem of dual diagnoses, homelessness, & hospital-hopping. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 43 (11), S. 48–50.

72. **Deutscher Caritasverband** (2013): Armut darf sich nicht vererben. Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes zum 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Freiburg: Neue Caritas (Neue Caritas, 20131).

73. **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege** (Hg.) (2014): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher und Petra Blumenberg. Sonderdruck. Osnabrück: DNQP an der Fachhochsch. Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

74. **Diakonie H.** (2014): Der Mitternachtsbus. Hamburg.

75. **Diakonie Hilfswerk Hamburg** (2015): Tagesaufenthaltsstätte für wohnungslose Menschen. Hamburg.

76. **Diakonie-Hilfswerk Hamburg** (2014): Straßensozialarbeit für obdachlose Menschen in der Hamburger City. Hamburg.

77. **Diaz-Bone, R.; Weischer, C.** (Hg.) (2015): Methoden-Lexikon für die Sozialwissenschaften. Wiesbaden: Springer VS.

78. **Dingerkus, G.** (2014): Pflege am Ende?! In: *Report Psychologie* 39, S. 434–436.

79. **Dlugosch, G. E.; Dahl, C.** (2013): Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Menschen: Die Rolle der Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 45 (2), S. 369–379.

80. **Drake, D.** (2005): Washing dirty feet. In: *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship* 22 (4), S. 38.

81. **Driver, E.** (2006): Responses show nurses' prejudices. In: *Nursing New Zealand* 12 (7), S. 5.

82. **Duff, D.** (2005): Ageism, elitism, and anti-intellectualism in nursing. In: *Axone* 26 (3), S. 4–5.

83. **Duffin, C.** (2006): Will you still need me? In: *Nursing standard* 21 (4), S. 14–15.

84. **Duffy, N.; Gaillard, S.; Hudson, C. E.** (2011): Developing a community health clinical practicum service-learning model. an academic and VA Medical Center partnership. In: *Nurse educator* 36 (1), S. 7–8.

85. **Dunford, J. V.; Castillo, E. M.; Vilke, G. M.; Lindsay, S. P.; Jenson, P.; Chan, T. C.** (2006): Impact of the San Diego Serial Inebriate Program on use of emergency medical resources. In: *Annals of emergency medicine* 47 (4), S. 328–336.

86. **Eckert, M.** (2014): Werbung mit Behinderung. Eine umstrittene Kommunikationsstrategie zwischen Provokation und Desensibilisierung. Thesis (doctoral)--Universität, Trier, 2012. Bielefeld: Transcript (Edition Medienwissenschaft).

87. **Egerter, B.** (2005): Obdachlose und alleinstehende wohnungslose Männer in Tübingen - eine Interventionsstudie. Prävalenz psychischer Störungen und Hilfesuchverhalten. Dissertation. Universität Tübingen, Tübingen.

88. **Everard, N.** (2006): Royal District Nursing Service providing holistic health care for the marginalised. In: *Australian nursing journal* 14 (4), S. 37.

89. **Faragher, M. E.; Hayes, K.** (2007): Cases of note. Homeless patient with tuberculosis in the emergency department. In: *Advanced Emergency Nursing Journal* 29 (4), S. 321–330.

90. **Feser, H.** (2005): Sucht oder Sinn. 1. Aufl. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverl. Sabo (Reihe "Blickpunkt Gesundheit", 7).

91. **Fischer, R.** (2013): Kontrolliertes Trinken. ein Ansatz in der Wohnungslosenhilfe. In: *Praxiswissen psychosozial* (13), S. 21–23.

92. **Fiske, C. A.; Forseth, S. D.; Beagan, B. L.; Myers, M. R.; Chiasson, A.; Hosein, A. C.; Stang, J. E.** (2013): Working with transgender clients. learning from physicians and nurses to improve occupational therapy practice. In: *Canadian journal of occupational therapy* 80 (2), S. 82–91.

93. **Flaker, V., Schmid, T.** [Hrsg.] (Hg.) (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien: Böhlau (Böhlau-Studien-Bücher Grundlagen des Studiums).

94. **Flick, U.; Roehnsch, G.** (2006): "Ich vertrau der anderen Person eigentlich …". Armut und Obdachlosigkeit als Kontexte sexuellen Risiko-

und Schutzverhaltens von JUgendlichen. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 26 (2), S. 171–187.

95. **Fordham, M.** (2015): The lived experience of homeless women: insights gained as a specialist practitioner. In: *Community practitioner* 88 (4), S. 32–37.

96. **Fraley, H.; Theissen, E. J.; Jiwanlal, S.** (2014): Spiritual Care in a Crisis. What is enough? In: *Journal of Christian Nursing* 31 (3), S. 161–165.

97. **Fredericq, A.; Staudacher, D.; Spirig, R.** (2015): Damit der Funke überspringt. professionelle Berufsbildung in der Praxis. In: *Krankenpflege SBK* 108 (11), S. 21–23.

98. **Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration.** (Hg.) (2013): Das soziale Hilfesystem für wohnungslose Menschen. Unter Mitarbeit von Vanessa Orth. Hamburg.

99. **Friebertshäuser, B.; Prengel, A.** (Hg.) (1997): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa-Verl.

100. **Füchtjohann, M. A.; Nitschke, P.; Bödege-Wolf, J.; Gerlach, I.** (2012): Zwischen Markt und Nächstenliebe. Zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die deutschen Wohlfahrtsverbände im Bereich der ambulanten Krankenpflege unter Berücksichtigung der Pflegeanbieter in der Stadt Paderborn. Univ., Diss.--Vechta, 2012. 1. Aufl. Magdeburg: Meine.

101. **Gallagher, J.; Hagler, D.; Jarrell, K.; Hagler, A.; Ozymy, J.; Corral, C.** (2014): Constructing the foundations for compassionate care. how service-learning affects nursing students' attitudes towards the poor. In: *Nurse education in practice* 14 (3), S. 299–303.

102. **Garms-Homolová, V.; Flick, U.** (Hg.) (2013): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen: Hogrefe (Organisation und Medizin).

103. **Giebeler, C.; Henke, T.** (2011): Die erste Fremde. Kleinstkinder im Übergang von der Familie in die Kindertagesstätte ; [Ausstellung im Bielefelder Kunstverein vom 27. bis 29. August 2011]. Opladen: Budrich (Rekonstruktive Forschung in der sozialen Arbeit, 12).

104. **Gillich, S.; Keicher, R.** (Hg.) (2014): Wenn Würde zur Ware verkommt. soziale Ungleichheit, Teilhabe und Verwirklichung eines Rechts auf Wohnraum ; [… Bundeskongress der Evangelischen Obdachlosenhilfe, der vom 17. bis 19. November 2012 in Nürnberg mit dem Titel "Wohnung gut - alles gut?" stattgefunden hat.]. Wiesbaden: Springer VS.

105. **Gläser, J.; Laudel, G.** (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 2., durchges. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Lehrbuch).

106. **Gläser, J.; Laudel, G.** (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3., überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Lehrbuch).

107. **Goertz, L.; Sieger, M.** (2014): Selbstbestimmtes Lernen über 50: Tablets und Apps für Pflegekräfte. In: *Wirtschaftspsychologie aktuell* 21 (3), S. 54–57.

108. **Gogl, A.** (2004): Das "Ich" von "verwahrlosten" Menschen stärken. In: *Krankenpflege. Soins infirmiers* 97 (6), S. 20–24.

109. **Gorman, A.; Moravac, C.; Dzendoletas, D.; Little, M.** (2007): Caring for the most vulnerable. a collaborative approach to supporting pregnant homeless youth. In: *Nursing for women's health* 11 (5), S. 458–466.

110. **Greenberg, G. A.; Hoblyn, J.; Seibyl, C.; Rosenheck, R. A.** (2006): Housing outcomes for hospitalized homeless veterans. In: *Journal of health care for the poor and underserved* 17 (2), S. 425–440.

111. **Greysen, S. R.; Allen, R.; Rosenthal, M. S.; Lucas, Georgina l.; Wang, E. A.** (2013): Improving the Quality of Discharge Care for the Homeless. A Patient-centered Approach. In: *Journal of health care for the poor and underserved* 24 (2), S. 444–455.

112. **Hadley, C.; Vogenthaler, N. S.; Lewis, S. J.; del Rio, C.; Rodriguez, A. E.; Metsch, L. R.** (2010): Food insufficiency among HIV-infected crack-cocaine users in Atlanta and Miami. In: *Public health nutrition* 13 (9), S. 1478–1484.

113. **Haffner, E.** (2013): Blutsbrüder. 1. Auflage. Berlin: Walde Graf bei Metrolit.

114. **Hagler, D.; Gallagher, J.; Jarrell, K.; Hagler, A.; Ozymy, J.; Corral, C.** (2014): Constructing the foundations for compassionate care. how service-learning affects nursing students' attitudes towards the poor. In: *Nurse education in practice* 14 (3), S. 299–303.

115. **Hargrave, T.; Pfitzer, F.** (2013): "Sandwich-Eltern". Burn-Out durch doppelte Verantwortung sowohl für die Kinder der "Generation Praktikum" als auch für die Pflege hochbetagter Eltern. Optical Disc. Mülheim.

116. **Harpaz-Rotem, I.; Rosenheck, R. A.; Desai, R.** (2011): Residential treatment for homeless female veterans with psychiatric and substance use disorders. Effect on 1-year clinical outcomes. In: *The Journal of Rehabilitation Research and Development* 48 (8), S. 891–899.

117. **Heibrock, R.; Lenz, M.** (Hg.) (2014): Gesamtkonzept Wohnungslosenhilfe '97. Dokumentation der Sachstandsberichte 2009 - 2013. 1. Auflage. Göttingen: Cuvillier (Karlsruher Schriftenreihe Wohnungssicherung am angespannten Wohnungsmarkt, 4).

118. **Heidenblut, S.; Schacke, C.; Zank, S.** (2013): Früherkennung und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege. Die Entwicklung der PURFAM-Assessments. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (5), S. 431–440.

119. **Henninger, S.; Alex, S.** (2013): Junge Wohnungslose zwischen dem Hilfesystemen - Erfahrungen aus einer Beratungsstelle. In: *Forum Erziehungshilfen* 19 (1), S. 26–30.

120. **Hermann, M.** (2013): "… die Wärme, die fehlt". persönliche Beziehungen im Milieu weiblicher Wohnungslosigkeit. Dissertation, Hamburg.

121. **Heugel, H.** (2014): Bewerber sind Ressourcen für Kinder. Was brauchen Pflege- und Adoptiveltern in der Vorbereitung für die Aufnahme eines Kindes? In: *PFAD* 28 (2), S. 17–18.

122. **Hinding, B.; Kastner, M.** (Hg.) (2013): Produzentenstolz durch Wertschätzung. Ansatzpunkte zur Förderung von Gesundheit und

Leistungsfähigkeit in Pflegeberufen. Lengerich, Westf: Pabst Science Publishers.

123. **Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P.** (1992): Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (ZUMA-Publikationen).

124. **Horsfall, J.; Escott, P.; Cleary, M.** (2014): Marginalization and associated concepts and processes in relation to mental health/illness. In: *Issues in mental health nursing* 35 (3), S. 224–226.

125. **Huang, M.-C.; Yeh, S.-H.** (2005): [Quality of life of a hospitalized vagrant with type 2 diabetic mellitus. applying Parse practice methodology]. In: *Hu li za zhi The journal of nursing* 52 (5), S. 86–92.

126. **Hunt, R. J.; Loewenson, K. M.** (2011): Transforming attitudes of nursing students. evaluating a service-learning experience. In: *The journal of nursing education* 50 (6), S. 345–349.

127. **IBA Hamburg GmbH** (Hg.) (2014): Nordquartier Fischbeker Heidbrook. Konzeptausschreibung in vier Losen ; Geschosswohnungsbauten und Terassenhäuser. Unter Mitarbeit von Karen Pein. Hamburg (Fischbeker Heidbrook - naturverbunden wohnen).

128. **Ireland, J.** (2006): Taking it to the streets. In: *Australian nursing journal* 13 (9), S. 23.

129. **Jabelot, C.; Khénifer, F.; Voisin, V.; Le Gal, D.; Masson, T.** (2011): Des équipes au coeur de la précarité. In: *Soins; la revue de référence infirmière* (755), S. 43–45.

130. **Jakobsen, T.** (2014): Abhängigkeitsdynamik, Konflikt und Struktur in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2). In: *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie* 18 (2), S. 75–87.

131. **Johansson, P.; Haisfield-Wolfe, M. E.; Watkins, C. C.; Jones, D. E.; Gaston-Johansson, F.** (2011): Physicians' and nurses' experiences of the influence of race and ethnicity on the quality of healthcare provided to minority patients, and on their own professional careers. In: *Journal of National Black Nurses' Association* 22 (1), S. 43–56.

132. **Kainz, M.** (2013): Matroschka - oder wie ich lernte, über die Bombe hinauszuschauen. Trauma und Konflikt. In: *Imagination* 35 (1), S. 25–40.

133. **Kaiser, R.** (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).

134. **Kamps, M.** (2013): Menschen mit türkischem Migrationshintergrund und Demenzerkrankung. Wege zur Integration in das Pflege- und Betreuungssystem. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 44 (3), S. 86–90.

135. **Kane, C.** (2013): Hiding a tender soul. In: *The American journal of nursing* 113 (12), S. 72.

136. **Kilty, J. M.** (Hg.) (2014): Demarginalizing voices. commitment, emotion, and action in qualitative research. Vancouver [u.a.]: UBC Press.

137. **Kirk, K.; Brush, B. L.; Baiardi, J. M.; Gultekin, L.** (2011): Overcoming. a concept analysis. In: *Nursing forum* 46 (3), S. 160–168.

138. **Kirkpatrick, H.; Tweedell, D.; Semogas, D.** (2011): Transformative learning through a research practicum for undergraduate nursing students. In: *The International journal on drug policy* 50 (10), S. 595–598.

139. **Klein, F.** (2015): Obdachlos und psychisch krank – Versorgungsmodell erhöht Stabilität der Wohnsituation. In: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 83 (8), S. 419.

140. **Klinkhammer, G.** (2013): Versorgung von Wohnungslosen. Vorstellung eines Projekts in Hannover. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (23/24), S. 1141.

141. **Kobayashi, N.; Nasu, A.** (2004): [Nursing of tuberculosis patients--quality nursing to support patient's compliance to treatment]. In: *Kekkaku : [Tuberculosis* 79 (12), S. 743–746.

142. **Koch, G.; Warneken, B. J.** (2014): Über Selbstpräsentationen von Obdachlosen in verschiedenen Medien. In: *Hamburger Journal für Kulturanthropologie* 1 (1), S. 51–62.

143. **Kohls, C.** (2015): Inwieweit ist Bourdieus Begriff des Habitus auf Städte übertragbar? eine Auseinandersetzung mit einem neuen Ansatz in der Stadtsoziologie. Hamburg: Diplomica-Verl.

144. **Kraus, A.** (2011): Sterben in der Obdachlosigkeit. "Nett, dass Du zu mir kommst"! In: *Pflege Zeitschrift* 64 (11), S. 662–664.

145. **Krausz, M.; Stehlau, V.; Schuetz, C.; Torchalla, I.** (2013): Frühe Traumatisierung bei Menschen in Wohnungslosigkeit und Armut. Ergebnisse aus einer kanadischen Studie. In: *Trauma & Gewalt* 7 (4), S. 290–300.

146. **Kreddig, N.; Karimi, Z.** (2013): Psychologie für Pflege- und Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).

147. **Kruse, J.; Schmieder, C.** (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

148. **Kuckartz, U.** (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz-Juventa.

149. **Kuckartz, U.** (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchges. Aufl. Weinheim: Beltz-Juventa (Grundlagentexte Methoden).

150. **Kühne, H.** (2014): Supervision und Soziale Arbeit. Berlin: Frank & Timme (Pädagogik, 10).

151. **Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen / Geschäftsbereich Statistik** (2008 (2009)): Statistische Berichte. F / 1. Düsseldorf: Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik.

152. **Lashley, M.** (2007): Nurses on a mission. a professional service learning experience with the inner-city homeless. In: *Nursing education perspectives* 28 (1), S. 24–28.

153. **Lathan, C.; Bartholomay, M.; Gordon-Rowe, L.; Lynch, T.; Chabner, B.; Schapira, L. et al.** (2008): Racism in the chemotherapy infusion unit. a nurse's story. In: *The oncologist* 13 (11), S. 1177–1180.

154. **Lautenschlaeger, S.** (2014): OPS-Ziffer 8.552: Therapeutische Pflege durch besonders geschultes Fachpersonal. Was ist das

Therapeutische an der Pflege? In: *Neurologie & Rehabilitation* 20 (3), S. 142–152.

155. **Lautenschlaeger, S.; Mueller, C.; Immerschuh, U.; Muser, J.; Behrens, J.** (2014): Therapeutische Pflege und Rehabilitation: Eine systematische Literaturübersicht. In: *Die Rehabilitation* 53 (4), S. 237–244.

156. **Laux, G.; Dietmaier, O.** (2013): Psychopharmaka. Übersichtlich und verständlich ; für Patienten, Angehörige und Profis in der Pflege. 9., vollst. überarb. Aufl. Berlin: Springer.

157. **Lawrence, J.; Hicks, N.** (2004): Should patients choose the sex of their nurses? In: *Nursing times* 100 (9), S. 18.

158. **Lean, S.; Ernst, A.** (2014): Ein Geschenk aus dem Himmel. Hamburg: Carlsen (Carlsen, 1336).

159. **Leipersberger, T.** (2012): Obdachlos, psychisch krank und doch dabei - Entwicklung einer Fortbildungskonzeption zur Begleitung dieses Personenkreises auf der Grundlage von Interviews mit obdachlosen Psychiatrieerfahrenen in Hamburg und Columbus, Ohio. Dissertation. Leuphana Universität, Lüneburg.

160. **LePage, J. P.; Mogge, N. L.; Garcia-Rea, E. A.** (2009): Detecting random responding using the Assessment of Depression Inventory. a brief screening measure of depression. In: *Depression and anxiety* 26 (6), S. 592–595.

161. **Lin, W.-C.; Bharel, M.; Zhang, J.; O'Connell, E.; Clark, R. E.** (2015): Frequent Emergency Department Visits and Hospitalizations Among Homeless People With Medicaid. Implications for Medicaid Expansion. In: *American Journal of Public Health* 105 (5), S. 716–722.

162. **Linz, S.; Pearson, G. S**. (2011): Linking homelessness with mental illness. In: *Perspectives in psychiatric care* 47 (4), S. 165–166.

163. **Lippmann, E. D.** (2013): Intervision. Kollegiales Coaching professionell gestalten. 3., überarb. Aufl. 2013. Berlin: Springer.

164. **Littig, B.** (o. J.): Interviews mit Experten und Expertinnen. In: EEO Enzyklopädie Erziehungswissenschaft online. Weinheim, München: Juventa-Verlag.

165. **Loshny, H.; Patton, C.** (2008): Negotiating "home" and "care" among the HIV homeless. an ethnographic case study of home care nursing habitus. In: *The Canadian journal of nursing research* 40 (2), S. 172–188.

166. **Lowe, J. M.; Knapp, M. L.; Beal, J.; Teeley, K. H.** (2006): Incorporating quality improvement concepts and practice into a community health nursing course. In: *The journal of nursing education* 45 (2), S. 86–90.

167. **Lutz, T.** (2010): Soziale Arbeit im Kontrolldiskurs. Jugendhilfe und ihre Akteure in postwohlfahrtstaatlichen Gesellschaften. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, 9).

168. **Mac Williams, J.; Bramwell, M.; Brown, S.; O`Connor, M.** (2014): Reaching out to Ray: delivering palliative care services to a homeless person in Melbourne, Australia. In: *International Journal of Palliative Nursing* 20 (2), S. 83–88.

169. **MacDonald, J. M.** (2005): Combination model of care for community nurse practitioners. In: *British journal of nursing* 14 (21), S. 1144–1148.

170. **Makowsky, K.; Roebers, S.** (2014): Entlastung und Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern durch Patenschaften: Ein Handlungsfeld auch für die psychiatrische Pflege? In: *Pflege & Gesellschaft* 19 (3), S. 223–236.

171. **Manchester, A.** (2011): Health checks for the homeless. In: *Nursing New Zealand* 17 (11), S. 11.

172. **Mansel, J.; Endrikat, K.** (2007): Die Abwertung von "Überflüssigen" und "Nutzlosen" als Folge der Ökonomisierung der Lebenswelt. Langzeitarbeitslose, Behinderte und Obdachlose als Störfaktor. In: *Soziale Probleme* 18 (2), S. 163–185.

173. **Masson, T.; Le Gal, D.; Jabelot, C.; Khénifer, F.; Voisin, V.** (2011): Des équipes au coeur de la précarité. In: *Soins; la revue de référence infirmière* (755), S. 43–45.

174. **Mayor, V.** (2004): Climbing high. In: *Nursing standard* 18 (34), S. 104.

175. **Mayring, P.** (1983): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

176. **Mayring, P.** (1988): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Neuausg. Weinheim: Dt. Studien-Verl.

177. **Mayring, P.** (1990): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 2., durchges. Aufl. Weinheim: Dt. Studien-Verl.

178. **Mayring, P.** (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 7. Aufl. Weinheim: Dt. Studien-Verl.

179. **Mayring, P.** (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl., Dr. nach Typoskr. Weinheim: Beltz (UTB für Wissenschaft Pädagogik, 8229).

180. **Mayring, P.** (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Aufl., Dr. nach Typoskr. Weinheim: Beltz (UTB für Wissenschaft Pädagogik, 8229).

181. **Mayring, P.** (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10., neu ausgestattete Aufl., Dr. nach Typoskr. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).

182. **Mayring, P.** (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Studium Paedagogik).

183. **Mayring, P.; Gläser-Zikuda, M.** (Hg.) (2005): Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz (UTB Pädagogik, Psychologie, 8069 i.e. 8269).

184. **Mayring, P., Brunner, E.** (2006): Qualitative Textanalyse - Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flaker, Vito, Schmid, Tom [Hrsg.] (Hg.): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien: Böhlau (Böhlau-Studien-Bücher Grundlagen des Studiums), S. S. 453–462.

185. **McGee, E. M.** (2006): The healing circle. resiliency in nurses. In: *Issues in mental health nursing* 27 (1), S. 43–57.

186. **McGuinness, T. M.; Newby, A.** (2012): Human Trafficking. What Psychiatric Nurses Should Know to Help Children and Adolescents. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 50 (4), S. 21–24.

187. **Mechaber, A. J.; Wong, R. Y.; O'Brien, K.; Cleary, L. M.; Friedman, E.; Battistone, M. J. et al.** (2005): Do attending physicians, nurses, residents, and medical students agree on what constitutes medical student abuse? In: *Academic medicine* 80 (10), S. 80–83.

188. **Medeiros, S. M. de; Ribeiro, L. M.; de Oliveira, J. S. A.; de Macêdo, M. L. A. F.** (2009): Possibilidades e limites da recuperaçao do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem. In: *Revista gaúcha de enfermagem* 30 (1), S. 92–98.

189. **Messer, M.; Walther, E.** (2013): Ein Bericht aus der zugehenden ambulanten Pflege. Wenn anders normal ist. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 725–727.

190. **Meuser, M.; Nagel, U.** (1997): Das ExpertInneninterview. In: Barbara Friebertshäuser und Annedore Prengel (Hg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa-Verl., S. S. 481–491.

191. **Middleton, J.** (2011): Safe as houses. In: *Nursing times* 107 (43), S. 24–25.

192. **Mohnke, S.** (2008): Das Experteninterview als Methode der qualitativen Sozialforschung. 1. Auflage. München: GRIN-Verlag.

193. **Moran, R.** (2015): Was vom Menschen übrig bleibt. Die Wahrheit über Prostitution. 1. Auflage. s.l: Tectum Wissenschaftsverlag.

194. **Mühlfeld, C.** (1981): Auswertungsprobleme offener Interviews. In: *Soziale Welt* 1981 (32/3), S. S. 325–352.

195. **Nelson, R.** (2012): Will Health Care Reform Increase Access for the Homeless? In: *The American journal of nursing* 112 (10), S. 19–20.

196. **Niethammer, R.; Breitmaier, J.; Taubert, E.** (2005): Ein Patient, der ein Jahr lang mit dem Leichnam seiner Partnerin in einer Wohnung lebte. In: *Psychiatrische Praxis* 32 (1), S. 39–41.

197. **Nitzsche, A.; Driller, E.; Kowalski, C.; Ansmann, L.; Pfaff, H.** (2013): Der Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben und sein Zusammenhang mit Burnout -. Ergebnisse einer Studie bei Ärztinnen und Ärzten in nordrhein-westfälischen Brustzentren. In: *Das Gesundheitswesen* 75 (5), S. 301–306.

198. **Nohl, A.-M.** (2012): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 4. Aufl. 2012. Wiesbaden: Imprint VS Verlag für Sozialwissenschaften (Qualitative Sozialforschung).

199. **Nyamathi, A.; Branson, C.; Kennedy, B.; Salem, B.; Khalilifard, F.; Marfisee, M. et al** (2012): Impact of nursing intervention on decreasing substances among homeless youth. In: *American journal on addictions* 21 (6), S. 558–565.

200. **Nyamathi, A.; Liu, Y.; Marfisee, M.; Shoptaw, S.; Gregerson, P.; Saab, S. et al**. (2009): Effects of a Nurse-Managed Program on Hepatitis A and B Vaccine Completion Among Homeless Adults. In: *Nursing Research* 58 (1), S. 13–22.

201. **O'Donoghue, M.** (2006): Frontal assault on tuberculosis. Interview by Eileen Fursland. In: *Nursing standard* 20 (24), S. 22–24.

202. **O'Lynn, C. E.; Tranbarger, R. E.** (Hg.) (2007): Men in nursing. history, challenges, and opportunities. New York: Springer.

203. **O'Neill, A.; Casey, P.; Minton, R.** (2007): The homeless mentally ill. an audit from an inner city hospital. In: *Irish Journal of Psychological Medicine* 24 (2), S. 62–66.

204. **O'Toole, T. P.; Freyder, P. J.; Gibbon, J. L.; Hanusa, B. J.; Seltzer, D.; Fine, M. J.** (2004): ASAM patient placement criteria treatment levels: do they correspond to care actually received by homeless substance abusing adults? In: *Journal of Addictive Diseases* 23 (1), S. 1–15.

205. **Oudshoorn, A.; Ward-Griffin, C.; Forchuk, C.; Berman, H.; Poland, B.** (2013): Client-provider relationships in a community health clinic for people who are experiencing homelessness. In: *Nursing inquiry* 20 (4), S. 317–328.

206. **Park, J. M.; Metraux, S.; Culhane, D. P.** (2010): Behavioral Health Services Use among Heads of Homeless and Housed Poor Families. In: *Journal of health care for the poor and underserved* 21 (2), S. 582–590.

207. **Penka, S.; Faisst, H.; Vardar, A.; Borde, T.; Moesko, M. O.; Dingoyan, D. et al.** (2015): Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung. Ergebnisse einer Studie in einem

innerstädtischen Berliner Bezirk. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65, S. 353–362.

208. **Pere, N.** (2006): Keeping safe as a new graduate. In: *Nursing New Zealand* 12 (03), S. 32.

209. **Pogoda, S.** (2013): Demiurgen in der Krise. 1. Auflage. s.l: Ripperger Kremers Verlag.

210. **Porto, T. S. A. R.; Silva, C. M.; Vargens, O. M. da Costa** (2014): Caring for women with HIV/AIDS. An interactionist analysis from the perspective of female healthcare professionals. In: *Revista gaúcha de enfermagem* 35 (2), S. 40–46.

211. **Price, B.** (2004): Ethnographic research and older people. In: *Nursing older people* 15 (10), S. 22–27.

212. **Puhl, R. M.; El-Redy, L.; Swift, J. A.; Hanlon, S.; Glazebrook, C.** (2013): Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. In: *Journal of human nutrition and dietetics* 26 (4), S. 395–402.

213. **Puhl, R. M.; Heuer, C. A.** (2009): The stigma of obesity. a review and update. In: *Obesity* 17 (5), S. 941–964.

214. **Quadedem Tolsdorf, M.** (2014): Wohin mit Onkel Peter. Wenn Süchtige altern… Bericht einer Odyssee. In: *Dr. med. Mabuse* 39 (207), S. 27–29.

215. **Quadflieg, N.; Fichter, M.M.** (2007): Ist die Zuweisung dauerhaften Wohnraums an Obdachlose eine effektive Maßnahme? Eine prospektive Studie über drei Jahre zum Verlauf psychischer Beschwerden. In: *Psychiatrische Praxis* 34 (6), S. 276–282.

216. **Rathgeber, M.; Sommer, T.; Seiffge-Krenke, I.** (2014): Die Achse "Konflikt" der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter: Reliabilität und klinische Validität. In: *Kinderanalyse* 22 (1), S. 26–47.

217. **Reichardt, C.; Petersen-Ewert, C.** (2014): Duales Studium Pflege. Zielgruppe, Gründe für die Studienwahl und gesundheitsbezogene Lebensqualität zu Studienbeginn. In: *Pflege & Gesellschaft* 19 (3), S. 236–250.

218. **Reichenbach, M.-T.** (2013): Sehen und gesehen werden. Wohnungslosigkeit aus anerkennungstheoretischer Perspektive. In: *Neue Praxis* 43 (3), S. 274–280.

219. **Reifferscheid, G.; Allgaier, T.** (2013): Wir schließen eine Versorgungslücke. Versorgung älterer Menschen in der stationären Wohnungslosenhilfe. In: *Pflegezeitschrift* 66 (12), S. 720–724.

220. **Reinders, H.** (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. München: Oldenbourg.

221. **Reinders, H.** (2012): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. 2., aktualisierte Aufl. München: Oldenbourg (Sozialwissenschaften 10-2012).

222. **Richert, S.; Wudi, M.** (2013): Die Pflegezeitschrift hat zwei Mitarbeiterinnen vom MedMobil getroffen, das medizinische Versorgung für notleidende Menschen anbietet. "Zu uns kommen nicht nur Obdachlose". In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 712–714.

223. **Riedo, D.** (2013): Vom Inselspital ins Containerkrankenhaus. Erfahrungsbericht. In: *Pflegen Intensiv* 10 (3), S. 22–25.

224. **Riegraf, B.; Reimer, R.** (2014): Wandel von Wohlfahrtsstaatlichkeit und neue Care-Arrangements. Das Beispiel der Wohn-Pflege-Gemeinschaften. In: *Soziale Welt* 20 (Sonderband), S. 293–309.

225. **Röhr-Sendlmeier, U. M.** (Hg.) (2014): Berufstätige Mütter und ihre Familien. Berlin: Logos-Verl. (Lebenslang lernen, 12).

226. **Rose, M.** (2014): Die Mildtätige. Hamburg: Edel eBooks, Edel Germany.

227. **Ross, C. A.; Goldner, E. M.** (2009): Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession. a review of the literature. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 16 (6), S. 558–567.

228. **Roth, E.** (Hg.) (1993): Sozialwissenschaftliche Methoden. Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis. 3., völlig überarb. u. erw. Aufl. München: Oldenbourg.

229. **Roth, G.** (2013): Im Nebel von Moral, Macht und Geld. Gratwanderungen Sozialer Arbeit in der Sozialwissenschaft am Beispiel der Berliner Treberhilfe. In: *Neue Praxis* 43 (1), S. 3–16.

230. **Roublev, A.** (2011): Une etude pour mieux adapter les soins aux sans-abris. In: *Soins. Psychiatrie* (275), S. 10.

231. **Sack, M.; Sachsse, U.; Schellong, J.** (Hg.) (2013): Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung ; mit 36 Tabellen. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften (Trauma, Borderline).

232. **Sadoh, A. E.; Fawole, A. O.; Oladimeji, A.; Sadoh, W. E.; Sotiloye, O.** (2009): Attitude of health care workers to patients and colleagues infected with human immunodeficiency virus. In: *SAHARA J* 6 (1), S. 17–23.

233. **Sammet, I.; Dammann, G.; Schiepek, G.** (Hg.) (2015): Der psychotherapeutische Prozess. Forschung für die Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik).

234. **Sander, J.; Lake, S.; Heness, C.** (2008): Question of the month. What patient case still haunts you? In: *RN* 71 (9), S. 12.

235. **Sarimski, K.** (2014): Familiäre Belastungen in Pflege- und Adoptionsfamilien mit Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 63 (8), S. 649–665.

236. **Schaffner, M.** (2004): Immediate impressions. In: *Gastroenterology nursing* 27 (5), S. 244–245.

237. **Schaumann, S.** (2013): Älter, krank und wohnungslos. Möglichkeiten und Grenzen für bedarfsgerechtes Wohnen in Hamburg mit Hilfe vom Konzept „Housing First“. Bachelorthesis. Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg.

238. **Schiffer, P.** (2013): „In Ruhe krank sein dürfen“. Obdachlose Abhängige illegaler Drogen in einer Krankenwohnung. Dissertation. Hochschule Vallendar, Berlin.

239. **Schiffer, P.** (2015): Palliativversorgung für drogenabhängige, obdachlose Menschen. In: *Pflegen: palliativ für die professionelle Pflege unheilbar kranker und sterbender Menschen* 26, S. 30–33.

240. **Schlembach, J.** (2013): Partizipation wohnungsloser Menschen. eine qualitative Untersuchung der Betroffenenperspektive. Hamburg: Diplomica Verl.

241. **Schlueter, M.** (2013): Pflege an der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung: Eine Analyse der aktuellen Situation anhand von 38 Interviews mit Pädagogen und Pädagoginnen. In: *Empirische Sonderpädagogik* 5 (2), S. 187–198.

242. **Schmidt, H.** (2014): Abstieg als Ausstieg? der Obdachlose als "role model" in der bulgarischen Literatur in der Transformationszeit. In: Spielplätze der Verweigerung, S. 419–443.

243. **Schmidt, R.; Schulz, A.; Schwind, P. von** (2014): Die Stadt, das Land, die Welt verändern! die 70er/80er Jahre in Köln - alternativ, links, radikal, autonom. 1. Auflage. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

244. **Schreier, M.** (2012): Qualitative Content Analysis in Practice. s.l.: SAGE Publications.

245. **Schück, U.** (2004): Hilfe für Menschen ohne Obdach. In: *Pflege aktuell* 58 (268-270).

246. **Schüsseler, T.** (2013): Vom Nullpunkt in ein neues Leben. Hamburg: tredition.

247. **Seeley, L.** (2013): District 1 NNA member and CU instructor mentors senior project collaborating for community health. In: *Nebraska nurse* 46 (2), S. 13.

248. **Seiffge-Krenke, I.; Mayer, S.; Rathgeber, M.; Sommer, T.** (2013): Konflikt- und Strukturachse der Operationalisierten Osychodynamischen Diagnostik des Kindes- und Jugendalters. Hilfe bei Indikation und Therapieplanung. In: *Psychotherapeut* 58 (1), S. 6–14.

249. **Sellach, B.** (2013): Lebenslagen wohnungsloser Frauen. Anforderungen an das Hilfesystem. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 44 (1), S. 22–32.

250. **Semenenko, T. A.; Voronina, O. L.; Kunda, M. S.; Lunin, V. G.; Yarosh, L. V.; Aksenova, E. I. et al.** (2014): [Search for RNA of the

hepatitis E virus autochthonous for Russia in the most likely infection sources]. In: *Molekuliarnaia genetika, mikrobiologiia i virusologiia* (3), S. 29–34.

251. **Semenyna, M. L.; Lane, A.** (2006): Prenatal care among women struggling with poverty or homelessness. In: *Alberta RN* 62 (7), S. 16–17.

252. **Sexton, E. H.; Metcalfe, S. E.** (2014): An academic-community partnership to address the flu vaccination rates of the homeless. In: *Public health nursing* 31 (2), S. 175–182.

253. **Sheridan, M.; Tea, C.; Gujral, H.** (2012): Evaluation of nurses' attitudes toward adult obese patients. erratum. In: *Surgery for obesity and related diseases* 8 (1), S. 129–130.

254. **Smith, P. S.** (2007): Surviving the prejudice of obesity. In: *Gastroenterology nursing* 30 (3), S. 230–231.

255. **Solohub, N.; Melrose, S.** (2008): Challenge and opportunity in an inner-city practicum. In: *The Canadian nurse* 104 (8), S. 6, 8.

256. **Spohrer, J.** (2014): Jutta Spohrer fotografiert. Hamburger Wohlfühlmorgen für Wohnungslose und Arme. Hamburg: Malteser Hilfsdienst.

257. **Stankowski, M.; Bacher, C.; Breer, H. M.; Burbach, S.; Exner, B.; Feltes, B. et al.** (2013): Köln trotz(t) Armut. Bestes vom DRAUSSENSEITER. Das Kölner Straßenmagazin. Bonn: 11punkt Verlag.

258. **Staub, A.** (2014): Immer mehr Familien ohne Wohnung. Wohnungslosigkeit gefährdet die Gesundheit von Kindern. In: *Kinderkrankenschwester* 33 (5), S. 187–189.

259. **Stefini, A.; Reich, G.; Horn, H.; Winkelmann, K.; Ohmes, U.; Frost, U.; Kronmüller, K.-T.** (2013): Interrater-Reliabilität der OPD-KJ-Achsen Konflikt und Struktur. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 62 (4), S. 255–269.

260. **Steimer, B.** (2000): Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie ; qualitative Auswertung von Erstinterviews. Univ., Diss.--Bremen, 1999. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

261. **Stickley, T.; Williams, S.** (2011): Stories from the streets. people's experiences of homelessness. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 18 (5), S. 432–439.

262. **Sve, C.; Gregg, J.; Iles-Shih, M.; Bruno, R.; Solotaroff, R.** (2011): Health and illness in context. a pragmatic, interdisciplinary approach to teaching and learning applied public health within an urban safety net system. In: *Journal of public health management and practice* 17 (4), S. 308–312.

263. **Szynka, P.** (2014): Partizipation in der Wohnungslosenhilfe. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 45 (2), S. 84–91.

264. **Teidelbaum, L.** (2013): Obdachlosenhass und Sozialdarwinismus. 1. Auflage. Münster: Unrast (Unrast transparent : […], Rechter Rand, 13).

265. **Torchalla, I.; Albrecht, F.; Buchkremer, G.; Laengle, G.** (2004): Wohnungslose Frauen mit psychischen Erkrankungen - eine Feldstudie. In: *Psychiatrische Praxis* 31 (5), S. 228–235.

266. **Trabert, G.** (2013 a): Das Konzept einer medizinischen Ambulanz für Menschen in prekären Lebensverhältnissen. Wenn Armut krank macht. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 734–737.

267. **Trabert, G.** (2013 b): Wenn Armut krank macht. Das Konzept einer medizinischen Ambulanz für Menschen in prekären Lebensverhältnissen. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 734–737.

268. **Traub, M.** (2013): Frauen als pflegende Angehörige. In: *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* 8 (4), S. 222–225.

269. **Trautner, D.; Schroeder, M.; Unterberg, A.; Perez, T.; Di Gallo, A.; Schmid, M. et al.** (2014): Themenschwerpunkt: Umgang mit Krisen in Pflege- und Adoptionsfamilien. In: *PFAD* 28 (1), S. 9–16.

270. **Treloar, A.** (2015): 'Sicoko'. In: *Australien nursing & midwifery journal* 22 (8), S. 46.

271. **Tulke, J.** (2013): Welcome to Athens. Ein Fotoessay zur Ästhetik der Krise. In: *Suburban* 2.

272. **Utsch, M.; Bonelli, R. M.; Pfeifer, S.** (2014): Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. Berlin: Springer.

273. **van Damme, L.** (2009): Moments like this. In: *Nursing for women's health* 13 (5), S. 446–448.

274. **van den Busche, H.; Jahncke-Latteck, A.-D.; Ernst, A.; Tetzlaff, B.; Wiese, B.; Schramm, U.** (2013): Zufriedene Hausärzte und kritische Pflegende. Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung zu Hause lebender Menschen mit Demenz. In: *Das Gesundheitswesen* 75 (5), S. 328–333.

275. **Vandemark, L. M.** (2007): Promoting the sense of self, place, and belonging in displaced persons. the example of homelessness. In: *Archives of psychiatric nursing* 21 (5), S. 241–248.

276. **Velji, K.** (2014): Serving marginalized communities in Calgary. In: *The Canadian nurse* 110 (8), S. 4.

277. **Vincent, M. A.** (2004): Homeless adolescent. In: *Journal of Holistic Nursing* 22 (1), S. 8–10.

278. **Vitale, B.** (2010): A day in my life. community health at the end of the line. In: *Beginnings* 30 (3), S. 4–5.

279. **Vogenthaler, N. S.; Hadley, C.; Lewis, S. J.; Rodriguez, A. E.; Metsch, L. R.; del Rio, C.** (2010): Food insufficiency among HIV-infected crack-cocaine users in Atlanta and Miami. In: *Public Health Nutr.* 13 (9), S. 1478–1484.

280. **Voisin, V.; Khénifer, F.; Jabelot, C.; Le Gal, D.; Masson, T.** (2011): Des équipes au coeur de la précarité. In: *Soins; la revue de référence infirmière* (755), S. 43–45.

281. **Vorstand der Fränkischen Geographischen Gesellschaft** (Hg.): Erlanger geographische Arbeiten. Sonderband. Erlangen: Palm & Enke.

282. Voyce, Andrew (2013): On the record. Andrew Voyce. Interview by Dan Parton. In: *Mental health today*, S. 31.

283. **Vries, S. de; Kuhls, A.** (2015): Themenschwerpunkt: Kulturelle und religiöse Toleranz in der Pflege- und Adoptivkinderhilfe. In: *PFAD* 29 (3), S. 7–15.

284. **Waite, R.; Browning, S.** (2010): The gift of listening. JUST listening strategies. In: *Nursing forum* 45 (3), S. 150–158.

285. **Walther, E.; Messer, M.**(2013): Ein Bericht aus der zugehenden ambulanten Pflege. Wenn anders normal ist. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 725–727.

286. **Waters, E.** (2015): Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles in street-connected children and young people. Health Technology Assessment, 2015.

287. **Weber, H.; Sierra Jaramillo, S. S.** (2013): Bildung gegen den Strich. Lebensort Straße als pädagogische Herausforderung. 1. Auflage. München: Don Bosco.

288. **Werwick, K.** (2009): Grenzen und Herausforderungen bei der Auswertung von Experteninterviews. In: Grit Behse-Bartels und Heike Brand (Hg.): Subjektivität in der qualitativen Forschung. Der Forschungsprozess als Reflexionsgegenstand. Opladen: Budrich (Studien zur qualitativen Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung), S. S. 119–132.

289. **Wetschka, C.** (2013): Leben in Gemeinschaft: Missing Link zwischen Suchttherapie und Wohnungslosenhilfe? In: *Gestalt Theory* 35 (3), S. 265–300.

290. **Wilde, M. H.; Bullock, Q.; Rennells, R.; Albanese, E. P.** (2004): Development of a student nurses' clinic for homeless men. In: *Public health nursing* 21 (4), S. 354–360.

291. **Williams, S.; Stickley, T.** (2011): Stories from the streets. People's experiences of homelessness. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 18 (5), S. 432–439.

292. **Wilz, G.; Schinköthe, D.; Kalytta, T.** (2015): Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm. Göttingen: Hogrefe.

293. **Wittek, S.** (2014): Ohne stützende Lehne einer Massenorganisation - der heimatlose Linke Kurt Hiller. In: *Absprung über Niemandsland : Hamburger Exil-Biografien im 20. Jahrhundert*, S. 104–117.

294. **Wong, B.** (2008): Nursing the homeless. lessons learned. In: *Alberta RN* 64 (7), S. 18.

295. **Woods, G.; Ewers, H.** (2015): How life can take a turn. In: *Midwifes* 18, S. 72–73.

296. **Wulff, I.** (2008): Implementierung von Gender Mainstreaming. Eine qualitative Untersuchung in Einrichtungen des Gesundheitsbereichs. Frankfurt am Main: Lang (Angewandte Genderforschung, 4).

297. **Zaphirious Woods, M.; Pretorius, I.-M.; Allison, E.** (Hg.) (2013): Eltern-Kind-Gruppen. Psychoanalytische Entwicklungsforschung und Praxisbeispiele. Unter Mitarbeit von Elisabeth Vorspohl. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

298. **Zeissig, S. R.; Singer, S.; Koch, L.; Blettner, M.; Arndt, V.** (2015): Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung im Krankenhaus und in Krebsberatungsstellen durch Brust-, Darm- und Prostatakrebsüberlebende. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65 (5), S. 177–182.

299. **Ziegler, S., Treffurth, T.; Bleses, H. M**. (2015): Entsprechend dem (mutmaßlichen) Willen? Ethische Anforderungen bei der Einbindung von vulnerablen Personen (am Beispiel von Personen mit Demenz) in wissenschaftlichen Projekten zur Beforschung emotionsorientierter Pflege und Betreuung mit robotischen Assistenzsystemen. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (1), S. 37–52.

300. **Zrinyi, M.; Balogh, Z.** (2004): Student nurse attitudes towards homeless clients. a challenge for education and practice. In: *Nursing ethics* 11 (4), S. 334–348.

Verwendete Literatur

1. **Altmeppen, S.; Oelke, U.** (2010): [Klientel und Rahmenbedingungen. Berufliche und persönliche Situation der Pflegenden]. 1. Auflage, 2. Druck. Berlin: Cornelsen (In guten Händen, ; [1],3).
2. **Barry, C. D.; Blum, C. A.; Palmer-Hickman, C. L. et al.** (2009): Understanding homelessness using a simulated nursing experience. In: *Holistic nursing practice*, S. 230–237.
3. **Beckmann, S.** (2014): Viele haben chronifizierte psychische und körperliche Leiden. In: *Pflegezeitschrift* 67 (3), S. 156–160
4. **Bierbrauer, G.** (2005): Sozialpsychologie. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer (Urban-Taschenbücher, 564).
5. **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.** (2003): Sicherstellung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen. Positionspapier. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Bielefeld
6. **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.** (2010): Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e. V. zu Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung. Hg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bielefeld.
7. **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.** (2013): Aktuelle Daten zur Lebenslage wohnungsloser und von der Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland. Ausgewählte Ergebnisse der Jahreserhebung 2012. In: *Wohnungslos* 55 (04), S. 160–162.
8. **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.** (2013): Zahl der Wohnungslosen in Deutschland weiter gestiegen. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Bielefeld
9. **Cain, T.; Borkat, L.; Minick, P.; Oparah-Iwobi, T.; Kee, C. C.** (1998): Nurses' perceptions of people who are homeless. In: *Western journal of nursing research* 20 (3), S. 356–369.
10. **Chin, C. N.; Sullivan, K.; Wilson, S. F.** (2011): A 'snap shot' of the health of homeless people in inner Sydney: St Vincent's Hospital. In: *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association* 35 (1), S. 52–56.

11. **Clayton, L. H.; Dilley, K. B.** (2009): Service learning: population-focused nursing for the homeless at a soup kitchen. In: *Nurse educator* 34 (3), S. 137–139.
12. **Crowe, L. E.** (2012): Medical-surgical nurses' attitudes toward patients who are homeless: How attitudes develop and transform. Dissertation. Georgia State University, USA.
13. **Daiski, I.** (2007): Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. In: *Journal of advanced nursing* 58 (3), S. 273–281.
14. **Davis, C.** (2012): Health care for homeless people: the role of emergency nurses. In: *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association* 20 (2), S. 7–24.
15. **dela Cruz, F. A.; Harris, J.; Brehm, C.** (2004): Transformation in family nurse practitioner students' attitudes toward homeless individuals after participation in a homeless outreach clinic. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2004, S. 547-554* 16 (12), S. 547–554.
16. **DeLashmutt, M. B.; Rankin, E. A.** (2005): A different kind of clinical experience: poverty up close and personal. In: *Nurse educator* 30 (4), S. 143–149.
17. **Der Paritätischer Gesamtverband** (Hg.) (2016): Zeit zu Handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. 1. Auflage. Berlin.
18. **Drury, L.** (2008): Increasing competency in the care of homeless patients. In: *Journal of continuing education in nursing* 39 (4), S. 153–154.
19. **Edgar, B.; Harrison, M.; Watson, P.; Busch-Geertsema, V. (**2007): Measurement of Homelessness at European Union Level. Hg. v. European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG. Ccotland, Inited Kingdom
20. **European Federation of National Association Working with the Homelesss** (o. J.): ETHOS Europäische Typologie für Wohnungslosiglkeit. Hg. v. European Federation of National Association Working with the Homelesss. Brüssel
21. **Fetter, M.** (2009): Promoting health literacy with vulnerable behavioral health clients. In: *Issues in mental health nursing* 30 (12), S. 798–802.
22. **Frankish C. J.; Hwang S.; Quantz D.** (2005): Homelessness and Health in Canada. Research Lessons and Priorities. In: *Canadian Journal of Public Health* 96 (2), S. 23–29.

23. **Fulde, G.** (2003): The homeless and the emergency department: a special relationship. In: *Medical Journal of Australia* 179 (11-12), S. 651–652.
24. **Gerber, L.** (2013): Bringing home effective nursing care for the homeless. In: *Nursing* 43 (3), S. 32–38.
25. **Gläser, J.; Laudel, G.** (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Lehrbuch)
26. **Hatton, D.; Kleffel, D.; Robinson, L.; Chung-Park, M.** (2006): RN-to-MSN students' attitudes toward women experiencing homelessness: A focus group study. In: *The journal of nursing education* 45 (8), S. 317–322.
27. **Heinemeyer, C**. (2013): Inmitten der Gesellschaft. In: *Pflegezeitschrift* 66 (2), S. 705.
28. **Henry, M.; Cortes A.; Shivji, A.; Buck, K.** (2014): The 2014 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) to Congress. Hg. v. The U.S. Department of Housing and Urban Development, office of community planing and development.
29. **Hewett, N.; Halligan, A.; Boyce, T.** (2012): A general practitioner and nurse led approach to improving hospital care for homeless people. In: *BMJ* (345), S. 5999–6005.
30. **Hunt, R.** (2007): Service-learning: an eye-opening experience that provokes emotion and challenges stereotypes. In: *The journal of nursing education* 46 (3), S. 277–281.
31. **Hwang, S. W.** (2001): Homelessness and health. In: *Canadian Medical Association Journal* (164), S. 229–233.
32. **Kahl, C.** (2014): Seminarunterlagen "Methodenwerkstatt". Erstellung eines Rechercheprotokolls. 3.5 Evidenzbeurteilung.
33. **Kee, C.; Minick, P.; Connor, A**. (1999): Nursing Student and Faculty Attitudes Toward People Who Are Homeless. In: *American Journal of Health Behavior* 23 (1), S. 3–12.
34. **Keupp, H.** (1999): Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rowohlts Enzyklopädie, 55634).
35. **Kuckartz, U.**(2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden)

36. **Lamb, V.; Joels, C.** (2014): Improving access to health care for homeless people. In: *Nursing standard* 29 (6), S. 45–51.
37. **Lashley, M.** (2008): Promoting oral health among the inner city homeless. a community-academic partnership. In: *The Nursing clinics of North America* 43 (3), S. 367–379.
38. **Lehmann, Y.; Beutner, K.; Karge, K.; Ayerle, G.; Behrens, J.; Landenberger, M.** (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Hg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bonn (der Reihe Berufsbildungsforschung, Band 15)
39. **Mayring, P.** (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. Weinheim: Beltz.
40. **Mayring, P.** (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik)
41. **Menche, N.**(Hg.) (2011): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe ; [www.pflegeheute.de ; mit dem Plus im Web ; Zugangscode im Buch]. 5., vollst. überarb. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.
42. **Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen** (2003): Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW, vom Überarbeitung 2003
43. **Nolting, H.-P.; Paulus, P.** (2011): Psychologie lernen. Eine Einführung und Anleitung. 11.,Aufl. Weinheim, Basel: Beltz (Beltz-Taschenbuch, 914).
44. **Nuttal, R.** (2009): Holistic care of a drug-related wound. A case study from a clinic for homeless people. In: *Nursing times* 105 (27), S. 18–21.
45. **Patterson, N.; Hulton L. J.** (2012): Enhanching Nursing Student´s Understanding of Proverty Through Simulation. In: *Public Health Nursing* 29 (2), S. 143–151.
46. **Pennington, K.; Kroh, M.; Coast, M. J.** (2010): Health care for the homeless: a partnership between a city and a school of nursing. In: *The journal of nursing education* 49 (12), S. 700–703.
47. **Peters-Steinwachs, B.** (2015): Jeder Mensch hat ein Recht auf Gesundheit. Die BAGW will Wohnungslosen gesundheitliche Leistungen besser erschließen. In: *Forum Sozialarbeit + Gesundheit* (3), S. 20–23

48. **Porst, R.** (1998): Im Vorfeld der Befragung:Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting. ZUMA-Arbeitsbericht 98/02. Mannheim.
49. **Rosenke, W.** (2016): Die Lebenssituation von Menschen in Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot. In: Der Paritätischer Gesamtverband (Hg.): Zeit zu Handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. Berlin, S. 82–92.
50. **Runnels, V.; McNeil, R.; Guirguis-Younger, M.** (2009): Learning and knowledge-integration strategies of nurses and client care workers serving homeless persons. In: *The Canadian journal of nursing research* 41 (2), S. 21–34.
51. **Salvini-Plawen C.; Thomauske, S.** (2014): Wohnungslose Menschen im Kontext der professionellen stationären Pflege im Krankenhaus – Pflegenden – eine Literaturbeschreibung. Bachelorarbeit. Katholische Hochschule Köln, Köln.
52. **Schewior-Popp, S.** (Hg.) (2009): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung ; 300 Tabellen. 11., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart, New York, NY: Thieme.
53. **Seiler, A. J.; Moss, V. A.** (2012): The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 24 (5), S. 303–312.
54. **Stehling, H.** (2003): Welche Erfahrungen machen wohnungslose Menschen mit krankenpflegerischer Versorgung? unveröffentlichte Diplomarbeit, Osnabrück.
55. **Stehling, H.** (2006): Pflege und Wohnungslosigkeit: Pflegerisches Handeln im Krannkenhaus und in der Aufsuchenden Hilfe. unveröffentlichte Masterarbeit, Osnabrück/Witten.
56. **Swiggum, P.; Hunt, R. J.** (2007): Being in another world: transcultural student experiences using service learning with families who are homeless. In: *Journal of transcultural nursing* 18 (2), S. 167–174.
57. **Sword, W.; Reutter, L.; Meagher-Stewart, D.; Rideout, E.** (2004): Baccalaureate Nursing Students´ Attitudes toward Poverty: Implications for Nursing Curricula. In: *Journal of nursing education* 43 (1), S. 13–19.
58. **Tansley, K.** (2008): Health without a home. In: *Community practitioner* 81 (10), S. 38–39.
59. **Wheatley, C.** (2012): Learning on the streets: experiencing homelessness. In: *Nursing* 42 (12), S. 16–17.

60. **Windle, C.** (2010): Holistic care in practice. In: *Nursing standard* 24 (45), S. 69.
61. **Wise, C.; Phillips, K.** (2013): Hearing the silent voices: narratives of health care and homelessness. In: *Issues in mental health nursing* 34 (5), S. 359–367.
62. **Wolf, A.** (2001): Obdachlosigkeit. In: Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch und Karin Böllert (Hg.): Handbuch der Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 2., völlig überarbeitete Aufl. Neuwied: Luchterhand.

Gesamtliteratur

1. **O. A.** (o. J.): EEO Enzyklopädie Erziehungswissenschaft online. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
2. **O. A.** (o. J.): Spielplätze der Verweigerung.
3. **O. A.** (2013): "Zu uns kommen nicht nur Obdachlose". Die Pflegezeitschrift hat zwei Mitarbeiterinnen vom MedMobil getroffen, das medizinische Versorgung für notleidende Menschen anbietet. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 712–714.
4. **O. A.** (2014): Abhängigkeit, Sucht und Obdachlosigkeit. Bericht eines Psychiatrie-Erfahrenen. In: *Praxiswissen psychosozial* (17), S. 16–19.
5. **O. A.** (2014): Mobile van drives up to screen TB. In: *Nursing standard* 29 (1), S. 12.
6. **O. A.** (2015): Frauen und Medizin. Dr. Jenny De la Torre Castro stiftet Gesundheit, Wärme und Vertrauen. Ärztin behandelt Obdachlose in einem einmaligen Projekt. In: *Der niedergelassene Arzt* 64 (3), S. 38.
7. **O. A.** (2015): Menschenrechte und Frauenrechte in der Wohnungslosenhilfe. In: *Wohnungslos* 57 (1), S. 1–28.
8. **Adams, J.; Rosenheck, R.; Gee, L.; Seibyl, C. L.; Kushel, M.** (2007): Hospitalized younger: a comparison of a national sample of homeless and housed inpatient veterans. In: *Journal of health care for the poor and underserved* 18 (1), S. 173–184.
9. **Adamshick, P.; August-Brady, M.** (2013): Oh, the things you will learn. taking undergraduate research to the homeless shelter. In: *The journal of nursing education* 52 (6), S. 342–345.
10. **Alber, J.; Schulze, G. C.; Zieger, A.** (2015): Kooperation von Pflege und Neurorehabilitationspädagogik in der Rehabilitation nach einem Schlaganfall. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (3), S. 227–241.
11. **Allmer, F.; Eberl, J.; Hansmann, R.; Jedelsky, E.; Pandzic, R.; Schalek, K. et al.** (Hg.) (2013): POP - PraxisOrientierte Pflegediagnostik. 2. Auflage. Vienna: Springer.
12. **Althammer, B.; Gerstenmayer, C.; Schmidt, S.** (2013): Bettler und Vaganten in der Neuzeit (1500 - 1933). eine kommentierte Quellenedition. 1. Auflage. Essen: Klartext-Verl.

13. **Altmaier, F. R.** (2013): Obdachlose in der Gesellschaft zwischen Inklusion und Exklusion. Bachelorthesis. Katholische Hochschule NRW, Köln.

14. **Altmann, T.** (2014): Mit Empathie arbeiten - gewaltfrei kommunizieren. Praxistraining für Pflege, Soziale Arbeit und Erziehung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

15. **Altmeppen, S.; Oelke, U.** (2010): Klientel und Rahmenbedingungen. Berufliche und persönliche Situation der Pflegenden]. 1. Auflage, 2. Druck. Berlin: Cornelsen (In guten Händen, ; [1],3).

16. **Anderheiden, M.; Eckart, W. U.** (Hg.) (2012): Handbuch Sterben und Menschenwürde. 1. 3 Bände. Berlin: de Gruyter (1).

17. **Anderheiden, M.; Eckart, W. U.** (Hg.) (2012): Handbuch Sterben und Menschenwürde. 2. Berlin: de Gruyter.

18. **Anderheiden, M.; Eckart, W. U.** (Hg.) (2012): Handbuch Sterben und Menschenwürde. 3. Berlin: de Gruyter.

19. **Appelt, G.; Kalinowski, S.** (2013): Die Einstellungen gegenüber adipösen Menschen - eine Herausforderung für professionell Pflegende. In: *Unterricht Pflege* 18 (4), S. 10–14.

20. **Arif, Z.** (2007): Challenge the bullies. In: *Nursing standard* 21 (23), S. 26–27.

21. **Armbruster, J.; Dieterich, A.; Hahn, D.; Ratzke, K.** (Hg.) (2015): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.

22. **Ayaß, W.** (2013): "Vagabunden, Wanderer, Obdachlose und Nichtsesshafte". Eine kleine Begriffsgeschichte der Hilfe für Wohnungslose. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 44 (1), S. 90–102.

23. **Bachion, M. M.; Pereira, S. V. M.; Souza, A. G. C. de; Vieira, S. M. S.** (2008): Avaliação da Hanseníase. relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. In: *Revista brasileira de enfermagem* 61, S. 774–780.

24. **Badger, F.; Clarke, L.; Pumphrey, R.; Clifford, C.** (2012): A survey of issues of ethnicity and culture in nursing homes in an English region. Nurse managers' perspectives. In: *Journal of Clinical Nursing* 21 (11/12), S. 1726–1735.

25. **Barry, C. D.; Blum, C. A.; Palmer-Hickman, C. L.; Mosley, R.; Eggenberger, T. L.** (2009): Understanding homelessness using a simulated nursing experience. In: *Holistic nursing practice* 23 (4), S. 230–237.

26. **Bauer, S.** (2013): Wohnen für Jugendliche und junge Erwachsene. Wohnungssuche, Umzugstipps, Mieterberatung, finanzielle Hilfen, Jugendwohnung, Beratung bei Wohnungslosigkeit und viele Tipps mehr. Hamburg: Behörde für Schule und Berufsbildung.

27. **Becker, S.; Brandenburg, H.; Bartholomeyczik, S.** (Hg.) (2014): Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe ;– eine interdisziplinäre Aufgabe. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

28. **Beckmann, S.** (2014): Viele haben chronifizierte psychische und körperliche Leiden. Die Lebens- und Gesundheitssituation älterer wohnungsloser Menschen - Ergebnisse aus einer Befragung in Münster. In: *Pflege Zeitschrift* 67 (3), S. 156–160.

29. **Beer, T.; Bleses, H.; Ziegler, S.** (2015): Personen mit Demenz und robotische Assistenzsysteme. Ethnografische Erkundungen zu Randakteuren in der Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (1), S. 20–36.

30. **Behse-Bartels, G.; Brand, H.** (Hg.) (2009): Subjektivität in der qualitativen Forschung. Der Forschungsprozess als Reflexionsgegenstand. Subjektorientierte Forschungswege: Herausforderungen, Prozesse und Ergebnisse qualitativen Forschens. Opladen: Budrich (Studien zur qualitativen Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung).

31. **Beijer, U.; Andréasson, S.** (2010): Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. In: *European Journal of Public Health* 20 (5), S. 511–516.

32. **Bergold, J. B.** (2014): Partizipation in hierarchischen Strukturen - Chancen und Möglichkeiten von Partizipation in psychosozialen Einrichtungen. Ein Essay. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 46 (1), S. 59–70.

33. **Berman, H.; Poland, B.; Forchuk, C.; Ward-Griffin, C.; Oudshoorn, A.** (2013): Client-provider relationships in a community health clinic for

people who are experiencing homelessness. In: *Nursing inquiry* 20 (4), S. 317-238.

34. **Berthold, J.** (2009): Experteninterviews und das Ergründen grenzüberschreitender Kooperationsbeziehungen im sächsisch-böhmischen Grenzraum. einige Anregungen zur Weiterentwicklung der Methode. In: Grit Behse-Bartels und Heike Brand (Hg.): Subjektivität in der qualitativen Forschung. Der Forschungsprozess als Reflexionsgegenstand. Opladen: Budrich (Studien zur qualitativen Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung), S. 103–118.
35. **Bestla, G.** (2015): „Eine Dusche und einen Arzt, bitte“. Praxiseinsatz ambulant. In: *Heilberufe* 67 (5), S. 56–58.
36. **Biedrzycki, B.** (2006): Emergency preparedness. what can oncology nurses do? In: *ONS news / Oncology Nursing Society* 21 (3), S. 9–10.
37. **Bierbrauer, G.**(2005): Sozialpsychologie. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer (Urban-Taschenbücher, 564).
38. **Birkenstädt, S.; Huddy, D.; Sutton, E.** (2015): Der Weihnachtsbaum. 1. Auflage. Hamburg: Aladin-Verl.
39. **Bogner, A.** (Hg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
40. **Bogner, . Littig, B.; Menz, W.** (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
41. **Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W.** (Hg.) (2009): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
42. **Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W.** (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS (Qualitative Sozialforschung).
43. **Bongard, K.** (2013): Subway Sound. 1. Auflage. Hamburg: Pink, Oetinger-Taschenbuch.
44. **Bonugli, R.** (2014): Psychiatric nursing faculty partner with residents of a homeless shelter to address medication safety. In: *Issues in mental health nursing* 35 (3), S. 220–223.

45. **Borel, D.** (2009): [Rewards of the emergency nurse's role in Cayenne]. In: *Revue de l'infirmière* 152, S. 26–27.

46. **Bouakkaz, M.** (2009): [Nurse at a homeless shelter]. In: *Revue de l'infirmière* 152, S. 23–25.

47. **Boutain, Doris M.** (2005): Social Justice as a Framework for Professional Nursing. In: *Journal of nursing education* 44 (9), S. 404–408.

48. **Boutain, Doris M.** (2008): Social justice as a framework for undergraduate community health clinical experiences in the United States. In: *International journal of nursing education scholarship* (5), S. 35.

49. **Bowera, L.; Titus, S.** (2015): Reflecting on Carlos. Unique and Homeless. In: *Imprint* 62 (3), S. 42–43.

50. **Bowker, D.; Hansen, E.; Weg, B.** (2013): Nontraditional clinical sites. working with those who are homeless. In: *Nurse educator* 38 (4), S. 139–140.

51. **Brinkmann, T.** (2013): Stadt ohne Land. »Das war mal unsere Heimat…« : jüdische Geschichte im preußischen Osten. In: *Begleitband zur Internationalen Tagung am 2. und 3. November 2011 in Berlin*, S. 94–100.

52. **Browning, S.; Waite, R.** (2010): The gift of listening. JUST listening strategies. In: *Nursing forum* 45 (3), S. 150–158.

53. **Brück, C.** (2015): Die psychotische Parallelwelt. Zum Substanzkonsum und Leben von psychisch kranken wohnungslosen Männern. Berlin: LIT (Schriftenreihe zur angewandten Suchtforschung, Bd. 1).

54. **Brush, B. L.; Kirk, K.; Gultekin, L.; Baiardi, J. M.** (2011): Overcoming. A Concept Analysis. In: *Nursing forum* 46 (3), S. 160–168.

55. **Bryant, S.** (2007): How do I respond to a chronically ill patient who's suicidal? In: *Nursing* 37 (2), S. 24.

56. **Bullock, Q.; Rennells, R.; Wilde, M. H.; Albanese, E. P.** (2004): Development of a student nurses' clinic for homeless men. In: *Public health nursing* 21 (4), S. 354–360.

57. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V.** (2010): Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e. V. zu Fragen aus dem

Gebiet der Krankenversicherung. Hg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BNBF). Bielefeld.

58. **Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V.** (2013): Zahl der Wohnungslosen in Deutschland weiter gestiegen. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V. Bielefeld.
59. **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.** (2003): Sicherstellung der medizinisches Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen. Positionspapier. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe e. V. Bielefeld.
60. **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.** (2013): Aktuelle Daten zur Lebenslage wohnungsloser und von der Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen. Ausgewählte Ergebnisse der Jahreserhebung 2012. In: *Wohnungslos* 55 (4), S. 160–162.
61. **Büscher, A.; Bauer, U.** (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Gesundheit und Gesellschaft).
62. **Busen, N. H.; Engebretson, J. C.** (2008): Facilitating risk reduction among homeless and street-involved youth. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20 (11), S. 567–575.
63. **Cain, T.; Borkat, L.; Minick, P.; Oparah-Iwobi, T.; Kee, C. C.** (1998): Nurses' perceptions of people who are homeless. In: *Western journal of nursing research* 20 (3), S. 356–369.
64. **Caritasverband für Hamburg e. V.** (2013 a): Ein Netzwerk der Menschlichkeit. Hamburg.
65. **Caritasverband für Hamburg e. V.** (2013 b): Ein Ort der Menschlichkeit. Hamburg.
66. **Caritasverband für Hamburg e. V.** (2013 c): Rat und Tat in der City. Hamburg.
67. **Carlisle, D.** (2004): The right to care. In: *Nursing standard* 18 (43), S. 20–21.
68. **Carrière, G. L.** (2008): Linking women to health and wellness. Street Outreach takes a population health approach. In: *International Journal of Drug Policy* 19 (3), S. 205–210.

69. **Catterfeld, P.** (Hg.) (2015): Flaschensammeln. Überleben in der Stadt. Konstanz: UVK.

70. **Chambers, C.; Katic, M.; Chiu, S.; Redelmeier, D. A.; Levinson, W.; Kiss, A.; Hwang, S. W.** (2013): Predictors of Medical or Surgical and Psychiatric Hospitalizations Among a Population-Based Cohort of Homeless Adults. In: *American Journal of Public Health* 103 (2), S. 380–388.

71. **Chang, B.-H.; Sommers, E.; Herz, L.** (2010): Acupuncture and relaxation response for substance use disorder recovery. In: *Journal of Substance Use* 15 (6), S. 390–401.

72. **Chin, C. N.; Sullivan, K.; Wilson, S. F.** (2011): A 'snap shot' of the health of homeless people in inner Sydney. St Vincent's Hospital. In: *Aust. Health Review* 35 (1), S. 52–56.

73. **Chinn, P. L.** (2008): Lesbian nurses. what's the big deal? In: *Issues in mental health nursing* 29 (6), S. 551–554.

74. **Christian, C.** (2013): Bibliografie Architektur & Stadtentwicklung, Wohnen, Wohnungsnot & Obdachlosigkeit in Hamburg. Bremen: Paegelow.

75. **Clavagnier, I.** (2013): Treatment of a patient with tuberculosis. In: *Revue de l'infirmière* (191), S. 45–46.

76. **Clayton, L. H.; Dilley, K. B.** (2009): Service learning. population-focused nursing for the homeless at a soup kitchen. In: *Nurse educator* 34 (3), S. 137–139.

77. **Cobb-Clark, D. A.; Hérault, N.; Scutella, R.; Tseng, Y.-P.** (2014): A journey home. what drives how long people are homeless? Parkville, Vic (Melbourne Institute working paper series, 1420).

78. **Cook, S.** (2007): The signature. In: *Journal of emergency nursing: JEN* 33 (4), S. 372–374.

79. **Cooper, A. B.** (2014): "Wear the world like a loose garment…a request for help from psychiatric nurses". In: *Archives of psychiatric nursing* 28 (3), S. 159.

80. **Courson, C. de** (2006): [When homeless persons age…]. In: *Soins, Gerontology* 60, S. 30–32.

81. **Croghan, E.** (2005): Supporting vulnerable groups during behaviour change. In: *Nursing standard* 19 (36), S. 48–49.

82. **Crowe, L. E.** (2012): Medical-surgical nurses` attitudes toward patients who are homeless: How attitudes develop and transform. Disseratation. Georgia State University, USA.

83. **Daiski, I.** (2007): Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. In: *Journal of advanced nursing* 58 (3), S. 273–281.

84. **Dameron, C. M.** (2011): Our calling. loving God in nursing (Part 2). In: *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship* 28 (4), S. 189.

85. **Davies, A.** (2005): Nursing a patient with frostbite. In: *Nursing times* 101 (46), S. 52–54.

86. **Davies, P.** (2004): Haven of hope. In: *The Canadian nurse* 100 (1), S. 20–22.

87. **Davis, C.** (2012): Health care for homeless people. the role of emergency nurses. In: *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association* 20 (2), S. 7–24.

88. **dela Cruz, F. A.; Harris, J.; Brehm, C.** (2004): Transformation in family nurse practitioner students' attitudes toward homeless individuals after participation in a homeless outreach clinic. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 16 (12), S. 547–554.

89. **DeLashmutt, M. B.; Rankin, E. A.** (2005): A different kind of clinical experience. poverty up close and personal. In: *Nurse educator* 30 (4), S. 143–149.

90. **Denkins, B. A.** (2005): Are we really helping? The problem of dual diagnoses, homelessness, & hospital-hopping. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 43 (11), S. 48–50.

91. **Der paritätische Gesamtverband** (Hg.) (2016): Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. 1. Auflage. Berlin.

92. **Deutscher Caritasverband** (2013): Armut darf sich nicht vererben. Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes zum 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Freiburg: Neue Caritas (Neue Caritas, 20131).

93. **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege** (Hg.) (2014): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher und Petra Blumenberg. Sonderdruck. Osnabrück: DNQP an der Fachhochsch. Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

94. **Diakonie Hilfswerk** (2014): Der Mitternachtsbus. Hamburg.

95. **Diakonie Hilfswerk Hamburg** (2015): Tagesaufenthaltsstätte für wohnungslose Menschen. Hamburg.

96. **Diakonie-Hilfswerk Hamburg** (2014): Straßensozialarbeit für obdachlose Menschen in der Hamburger City. Hamburg.

97. **Diaz-Bone, R.; Weischer, C.** (Hg.) (2015): Methoden-Lexikon für die Sozialwissenschaften. Wiesbaden: Springer VS.

98. **Dingerkus, G.** (2014): Pflege am Ende?! In: *Report Psychologie* 39, S. 434–436.

99. **Dlugosch, G. E.; Dahl, C.** (2013): Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Menschen: Die Rolle der Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 45 (2), S. 369–379.

100. **Drake, D.** (2005): Washing dirty feet. In: *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship* 22 (4), S. 38.

101. **Driver, E.** (2006): Responses show nurses' prejudices. In: *Nursing New Zealand* 12 (7), S. 5.

102. **Drury, L. J.** (2008): Increasing competency in the care of homeless patients. In: *Journal of continuing education in nursing* 39 (4), S. 153–154.

103. **Duff, D.** (2005): Ageism, elitism, and anti-intellectualism in nursing. In: *Axone* 26 (3), S. 4–5.

104. **Duffin, C.** (2006): Will you still need me? In: *Nursing standard* 21 (4), S. 14–15.

105. **Duffy, N.; Gaillard, S.; Hudson, C. E.** (2011): Developing a community health clinical practicum service-learning model. an academic and VA Medical Center partnership. In: *Nurse educator* 36 (1), S. 7–8.

106. **Dunford, J. V.; Castillo, E. M.; Vilke, G. M.; Lindsay, S. P.; Jenson, P.; Chan, T. C.** (2006): Impact of the San Diego Serial Inebriate Program on use of emergency medical resources. In: *Annals of emergency medicine* 47 (4), S. 328–336.

107. **Eckert, M.** (2014): Werbung mit Behinderung. Eine umstrittene Kommunikationsstrategie zwischen Provokation und Desensibilisierung. Thesis (doctoral)--Universität, Trier, 2012. Bielefeld: Transcript (Edition Medienwissenschaft).

108. **Edgar, B.; Harrison, M.; Watson, P.; Busch-Geertsema, V.** (2007): Messurement of homelessness at eurpean union level. Scotland, United Kingdom: European Commission.

109. **Egerter, B.** (2005): Obdachlose und alleinstehende wohnungslose Männer in Tübingen - eine Interventionsstudie. Prävalenz psychischer Störungen und Hilfesuchverhalten. Dissertation. Universität Tübingen, Tübingen.

110. **Elsbernd, A.** (1994): Zum Verhältnis von pflegerischem Wissen, pflegerischer Handlungsfreiheit und des Gehorsams der individuellen Pflegeperson. In: *Pflege* 7 (2), S. 105–116.

111. **European Federation of National Association Working with the Homelessness** (o. J.): ETHOS Europäische Typologie für Wohnungslosigkeit. Hg. v. European Federation of National Association Working with the Homelessness. Brüssel.

112. **Everard, N.** (2006): Royal District Nursing Service providing holistic health care for the marginalised. In: *Australian nursing journal* 14 (4), S. 37.

113. **Faragher, M. E.; Hayes, K.** (2007): Cases of note. Homeless patient with tuberculosis in the emergency department. In: *Advanced Emergency Nursing Journal* 29 (4), S. 321–330.

114. **Feser, H.** (2005): Sucht oder Sinn. 1. Aufl. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverl. Sabo (Reihe "Blickpunkt Gesundheit", 7).

115. **Fetter, M. S.** (2009): Promoting health literacy with vulnerable behavioral health clients. In: *Issues in mental health nursing* 30 (12), S. 798–802.

116. **Fischer, R.** (2013): Kontrolliertes Trinken. ein Ansatz in der Wohnungslosenhilfe. In: *Praxiswissen psychosozial* (13), S. 21–23.

117. **Fiske, C. A.; Forseth, S. D.; Beagan, B. L.; Myers, M. R.; Chiasson, A.; Hosein, A. C.; Stang, J. E.** (2013): Working with transgender clients. learning from physicians and nurses to improve occupational therapy practice. In: *Canadian journal of occupational therapy* 80 (2), S. 82–91.

118. **Fitzpatrick, S.** (2013): Nachhaltige Konzepte zur Vermeidung von Obdachlosigkeit. Hg. v. Europäische Komission. Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration. Dändemark (Peer Review zu Sozialschutz und sozialer Eingliederung).

119. **Flaker, V.; Schmid, T.** (Hg.) (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien: Böhlau (Böhlau-Studien-Bücher Grundlagen des Studiums).

120. **Flick, U.; Roehnsch, G.** (2006): "Ich vertrau der anderen Person eigentlich …". Armut und Obdachlosigkeit als Kontexte sexuellen Risiko- und Schutzverhaltens von JUgendlichen. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 26 (2), S. 171–187.

121. **Fordham, M.** (2015): The lived experience of homeless women: insights gained as a specialist practitioner. In: *Community practitioner* 88 (4), S. 32–37.

122. **Fraley, H.; Theissen, E. J.; Jiwanlal, S.** (2014): Spiritual Care in a Crisis. What is enough? In: *Journal of Christian Nursing* 31 (3), S. 161–165.

123. **Frankish, J. C.; Hwang, S. W.; Quantz, D.** (2005): Homelessness and Health in Canada. Research Lessons and Priority. In: *Canadian Journal of Public Health* 96 (2), S. 23–29.

124. **Fredericq, A.; Staudacher, D.; Spirig, R.** (2015): Damit der Funke überspringt. professionelle Berufsbildung in der Praxis. In: *Krankenpflege SBK* 108 (11), S. 21–23.

125. **Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration** (Hg.) (2013): Das soziale Hilfesystem für wohnungslose Menschen. Unter Mitarbeit von Vanessa Orth. Hamburg.

126. **Friebertshäuser, B.; Prengel, A.** (Hg.) (1997): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa-Verl.

127. **Füchtjohann, M. A.; Nitschke, P.; Bödege-Wolf, J.; Gerlach, I.** (2012): Zwischen Markt und Nächstenliebe. Zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die deutschen Wohlfahrtsverbände im Bereich der ambulanten Krankenpflege unter Berücksichtigung der Pflegeanbieter in der Stadt Paderborn. Univ., Diss.--Vechta, 2012. 1. Aufl. Magdeburg: Meine.

128. **Fulde, G.** (2003): The homeless and the emergency department: a special relationship. In: *Medical journal of Australia* 179 (11-12), S. 651–652.

129. **Gallagher, J.; Hagler, D.; Jarrell, K.; Hagler, A.; Ozymy, J.; Corral, C.** (2014): Constructing the foundations for compassionate care. how service-learning affects nursing students' attitudes towards the poor. In: *Nurse education in practice* 14 (3), S. 299–303.

130. **Garms-Homolová, V.; Flick, U.** (Hg.) (2013): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen: Hogrefe (Organisation und Medizin).

131. **Gee, L.; Kushel, M.; Weintraub, R.; Tsai, M.** (2005): Identifying homelessness at an urban public hospital. a moving target? In: *Journal of health care for the poor and underserved* 16 (2), S. 297–307.

132. **Gerber, L.** (2013): Bringing home effective nursing care for the homeless. In: *Nursing* 43 (3), S. 32–38.

133. **Giebeler, C.; Henke, T.** (2011): Die erste Fremde. Kleinstkinder im Übergang von der Familie in die Kindertagesstätte ; [Ausstellung im Bielefelder Kunstverein vom 27. bis 29. August 2011]. Opladen: Budrich (Rekonstruktive Forschung in der sozialen Arbeit, 12).

134. **Gillich, S.; Keicher, R.** (Hg.) (2014): Wenn Würde zur Ware verkommt. soziale Ungleichheit, Teilhabe und Verwirklichung eines Rechts auf Wohnraum ; [… Bundeskongress der Evangelischen

Obdachlosenhilfe, der vom 17. bis 19. November 2012 in Nürnberg mit dem Titel "Wohnung gut - alles gut?" stattgefunden hat.]. Wiesbaden: Springer VS.

135. **Gläser, J.; Laudel, G.** (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 2., durchges. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Lehrbuch).

136. **Gläser, J.; Laudel, G.** (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3., überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Lehrbuch).

137. **Gläser, J.; Laudel, G.** (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Lehrbuch).

138. **Goertz, L.; Sieger, M.** (2014): Selbstbestimmtes Lernen über 50: Tablets und Apps für Pflegekräfte. In: *Wirtschaftspsychologie aktuell* 21 (3), S. 54–57.

139. **Gogl, A.** (2004): Das "Ich" von "verwahrlosten" Menschen stärken. In: *Krankenpflege. Soins infirmiers* 97 (6), S. 20–24.

140. **Gorman, A.; Moravac, C.; Dzendoletas, D.; Little, M.** (2007): Caring for the most vulnerable. a collaborative approach to supporting pregnant homeless youth. In: *Nursing for women's health* 11 (5), S. 458–466.

141. **Gostomzyk, J. G.** (Hg.) (2000): Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis. Landsberg/Lech: ecomed.

142. **Greenberg, G. A.; Hoblyn, J.; Seibyl, C.; Rosenheck, R. A.** (2006): Housing outcomes for hospitalized homeless veterans. In: *Journal of health care for the poor and underserved* 17 (2), S. 425–440.

143. **Greysen, S. R.; Allen, R.; Rosenthal, M. S.; Lucas, G. I.; Wang, E. A.** (2013): Improving the Quality of Discharge Care for the Homeless. A Patient-centered Approach. In: *Journal of health care for the poor and underserved* 24 (2), S. 444–455.

144. **Hadley, C.; Vogenthaler, N. S.; Lewis, S. J.; del Rio, C.; Rodriguez, A. E.; Metsch, L. R.** (2010): Food insufficiency among HIV-

infected crack-cocaine users in Atlanta and Miami. In: *Public health nutrition* 13 (9), S. 1478–1484.

145. **Haffner, E.** (2013): Blutsbrüder. 1. Auflage. Berlin: Walde Graf bei Metrolit.

146. **Hagler, D.; Gallagher, J.; Jarrell, K.; Hagler, A.; Ozymy, J.; Corral, C.** (2014): Constructing the foundations for compassionate care. how service-learning affects nursing students' attitudes towards the poor. In: *Nurse education in practice* 14 (3), S. 299–303.

147. **Hargrave, T.; Pfitzer, F.** (2013): "Sandwich-Eltern". Burn-Out durch doppelte Verantwortung sowohl für die Kinder der "Generation Praktikum" als auch für die Pflege hochbetagter Eltern. Optical Disc. Mülheim.

148. **Harpaz-Rotem, I.; Rosenheck, R. A.; Desai, R.** (2011): Residential treatment for homeless female veterans with psychiatric and substance use disorders. Effect on 1-year clinical outcomes. In: *The Journal of Rehabilitation Research and Development* 48 (8), S. 891–899.

149. **Hatton, D.; Kleffel, D.; Robinson, L.; Chung-Park, M.** (2006): RN-to-MSN students' attitudes toward women experiencing homelessness. A focus group study. In: *The journal of nursing education* 45 (8), S. 317–322.

150. **Heibrock, R.; Lenz, M.** (Hg.) (2014): Gesamtkonzept Wohnungslosenhilfe '97. Dokumentation der Sachstandsberichte 2009 - 2013. 1. Auflage. Göttingen: Cuvillier (Karlsruher Schriftenreihe Wohnungssicherung am angespannten Wohnungsmarkt, 4).

151. **Heidenblut, S.; Schacke, C.; Zank, S.** (2013): Früherkennung und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege. Die Entwicklung der PURFAM-Assessments. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (5), S. 431–440.

152. **Heinemeyer, C.** (2013): Inmitten der Gesellschaft. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 705.

153. **Henninger, S.; Alex, S.** (2013): Junge Wohnungslose zwischen dem Hilfesystemen - Erfahrungen aus einer Beratungsstelle. In: *Forum Erziehungshilfen* 19 (1), S. 26–30.

154. **Henriksen Hellyer, J. M.; Nelson, J.** (2011): The patient's responsibility. In: *The American journal of nursing* 111 (2), S. 11.

155. **Henry, M.; Cortes, A.; Shivji, A.; Buck, K.** (2014): The 2014 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) To Congress. Hg. v. The U.S. Department of Housing and Urban Development. Office of Community Planning and Development.

156. **Hermann, M.** (2013): "… die Wärme, die fehlt". persönliche Beziehungen im Milieu weiblicher Wohnungslosigkeit. Dissertation, Hamburg.

157. **Heugel, H.** (2014): Bewerber sind Ressourcen für Kinder. Was brauchen Pflege- und Adoptiveltern in der Vorbereitung für die Aufnahme eines Kindes? In: *PFAD* 28 (2), S. 17–18.

158. **Hewett, N.; Halligan, A.; Boyce, T.** (2012): A general practitioner and nurse led approach to improving hospital care for homeless people. In: *BMJ* (345), S. 5999–6005.

159. **Hinding, B.; Kastner, M.** (Hg.) (2013): Produzentenstolz durch Wertschätzung. Ansatzpunkte zur Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit in Pflegeberufen. Lengerich, Westf: Pabst Science Publishers.

160. **Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P.** (1992): Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (ZUMA-Publikationen).

161. **Holtz, C.** (2010): Chapter 1. Global Health Issues. In: *Journal of transcultural nursing* 21 (4).

162. **Horsfall, J.; Escott, P.; Cleary, M.** (2014): Marginalization and associated concepts and processes in relation to mental health/illness. In: *Issues in mental health nursing* 35 (3), S. 224–226.

163. **Huang, M.-C.; Yeh, S.-H.** (2005): [Quality of life of a hospitalized vagrant with type 2 diabetic mellitus. applying Parse practice methodology]. In: *Hu li za zhi The journal of nursing* 52 (5), S. 86–92.

164. **Hunt, R.** (2007): Service-learning. an eye-opening experience that provokes emotion and challenges stereotypes. In: *The journal of nursing education* 46 (6), S. 277–281.

165. **Hunt, R. J.; Loewenson, K. M.** (2011): Transforming attitudes of nursing students. evaluating a service-learning experience. In: *The journal of nursing education* 50 (6), S. 345–349.

166. **Hwang, S. W.** (2001): Homelessness and health. In: *Canadian Medical Association Journal* (164), S. 229–233.

167. **IBA Hamburg GmbH** (Hg.) (2014): Nordquartier Fischbeker Heidbrook. Konzeptausschreibung in vier Losen ; Geschosswohnungsbauten und Terassenhäuser. Unter Mitarbeit von Karen Pein. Hamburg (Fischbeker Heidbrook - naturverbunden wohnen).

168. **Ireland, J.** (2006): Taking it to the streets. In: *Australian nursing journal* 13 (9), S. 23.

169. **Jabelot, C.; Khénifer, F.; Voisin, V.; Le Gal, D.; Masson, T.** (2011): Des équipes au coeur de la précarité. In: *Soins; la revue de référence infirmière* (755), S. 43–45.

170. **Jakobsen, T.** (2014): Abhängigkeitsdynamik, Konflikt und Struktur in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2). In: *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie* 18 (2), S. 75–87.

171. **Johansson, P.; Haisfield-Wolfe, M. E.; Watkins, C. C.; Jones, D. E.; Gaston-Johansson, F.** (2011): Physicians' and nurses' experiences of the influence of race and ethnicity on the quality of healthcare provided to minority patients, and on their own professional careers. In: *Journal of National Black Nurses' Association* 22 (1), S. 43–56.

172. **Josten, S.** (2013): Auf der Strasse und pflegebedürftig. Pflegende als Streetworker. In: *Die Schwester, der Pfleger* 52 (7), S. 652–656.

173. **Kahl, C.** (2014): Seminarunterlagen "Methodenwerkstatt". Erstellung eines Rechercheprotokolls. 3.5 Evidenzbeurteilung.

174. **Kainz, M.** (2013): Matroschka - oder wie ich lernte, über die Bombe hinauszuschauen. Trauma und Konflikt. In: *Imagination* 35 (1), S. 25–40.

175. **Kaiser, R.** (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).

176. **Kamps, M.** (2013): Menschen mit türkischem Migrationshintergrund und Demenzerkrankung. Wege zur Integration in das Pflege- und Betreuungssystem. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 44 (3), S. 86–90.

177. **Kane, C.** (2013): Hiding a tender soul. In: *The American journal of nursing* 113 (12), S. 72.

178. **Kee, C. C.; Minick, P.; Connor, A.** (1999): Nursing Student and Faculty Attitudes Toward People Who Are Homeless. In: *American Journal of Health Behavior* 23 (1), S. 3–12.

179. **Keupp, H.** (1999): Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rowohlts Enzyklopädie, 55634).

180. **Kilty, J. M.** (Hg.) (2014): Demarginalizing voices. commitment, emotion, and action in qualitative research. Vancouver [u.a.]: UBC Press.

181. **Kirk, K.; Brush, B. L.; Baiardi, J. M.; Gultekin, L.** (2011): Overcoming. a concept analysis. In: *Nursing forum* 46 (3), S. 160–168.

182. **Kirkpatrick, H.; Tweedell, D.; Semogas, D.** (2011): Transformative learning through a research practicum for undergraduate nursing students. In: *The International journal on drug policy* 50 (10), S. 595–598.

183. **Klein, F.** (2015): Obdachlos und psychisch krank – Versorgungsmodell erhöht Stabilität der Wohnsituation. In: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 83 (8), S. 419.

184. **Klinkhammer, G.** (2013): Versorgung von Wohnungslosen. Vorstellung eines Projekts in Hannover. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (23/24), S. 1141.

185. **Kobayashi, N.; Nasu, A.** (2004): [Nursing of tuberculosis patients--quality nursing to support patient's compliance to treatment]. In: *Kekkaku : [Tuberculosis* 79 (12), S. 743–746.

186. **Koch, G.; Warneken, B. J.** (2014): Über Selbstpräsentationen von Obdachlosen in verschiedenen Medien. In: *Hamburger Journal für Kulturanthropologie* 1 (1), S. 51–62.

187. **Kohls, C.** (2015): Inwieweit ist Bourdieus Begriff des Habitus auf Städte übertragbar? eine Auseinandersetzung mit einem neuen Ansatz in der Stadtsoziologie. Hamburg: Diplomica-Verl.

188. **Kraus, A.** (2011): Sterben in der Obdachlosigkeit. "Nett, dass Du zu mir kommst"! In: *Pflege Zeitschrift* 64 (11), S. 662–664.

189. **Krausz, M.; Stehlau, V.; Schuetz, C.; Torchalla, I.** (2013): Frühe Traumatisierung bei Menschen in Wohnungslosigkeit und Armut. Ergebnisse aus einer kanadischen Studie. In: *Trauma & Gewalt* 7 (4), S. 290–300.

190. **Kreddig, N.; Karimi, Z.** (2013): Psychologie für Pflege- und Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).

191. **Kruse, J.; Schmieder, C.** (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

192. **Kuckartz, U.** (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz-Juventa.

193. **Kuckartz, U.** (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchges. Aufl. Weinheim: Beltz-Juventa (Grundlagentexte Methoden).

194. **Kuckartz, U.** (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

195. **Kühne, H.** (2014): Supervision und Soziale Arbeit. Berlin: Frank & Timme (Pädagogik, 10).

196. **Kulbe, A.** (2009): Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Kohlhammer Pflege: Aus- und Weiterbildung).

197. **Lamb, V.; Joels, C.** (2014): Improving access to health care for homeless people. In: *Nursing standard* 29 (6), S. 45–51.

198. **Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen / Geschäftsbereich Statistik** (2008 (2009)): Statistische Berichte. F / 1. Düsseldorf: Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik.

199. **Lashley, M.** (2007): Nurses on a mission. a professional service learning experience with the inner-city homeless. In: *Nursing education perspectives* 28 (1), S. 24–28.

200. **Lashley, M.** (2008): Promoting oral health among the inner city homeless. a community-academic partnership. In: *The Nursing clinics of North America* 43 (3), S. 367–379.

201. **Lathan, C.; Bartholomay, M.; Gordon-Rowe, L.; Lynch, T.; Chabner, B.; Schapira, L. et al.** (2008): Racism in the chemotherapy infusion unit. a nurse's story. In: *The oncologist* 13 (11), S. 1177–1180.

202. **Lauber, A.** (Hg.) (2012): Grundlagen beruflicher Pflege. Professionelle Pflege in allen Altersstufen. 3., überarb. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG (Verstehen & pflegen, 1).

203. **Lautenschlaeger, S.** (2014): OPS-Ziffer 8.552: Therapeutische Pflege durch besonders geschultes Fachpersonal. Was ist das Therapeutische an der Pflege? In: *Neurologie & Rehabilitation* 20 (3), S. 142–152.

204. **Lautenschlaeger, S.; Mueller, C.; Immerschuh, U.; Muser, J.; Behrens, J.** (2014): Therapeutische Pflege und Rehabilitation: Eine systematische Literaturübersicht. In: *Die Rehabilitation* 53 (4), S. 237–244.

205. **Laux, G.; Dietmaier, O.** (2013): Psychopharmaka. Übersichtlich und verständlich ; für Patienten, Angehörige und Profis in der Pflege. 9., vollst. überarb. Aufl. Berlin: Springer.

206. **Lawrence, J.; Hicks, N.** (2004): Should patients choose the sex of their nurses? In: *Nursing times* 100 (9), S. 18.

207. **Lean, S.; Ernst, A.** (2014): Ein Geschenk aus dem Himmel. Hamburg: Carlsen (Carlsen, 1336).

208. **Lehmann, Y.; Ayerle, G. M.; Beutner, K.; Behrens, J.; Landenberger, M.** (2014): Pflegeausbildung: Was machen die Nachbarn? International vergleichende Studie. In: *Die Schwester, der Pfleger* 53 (8), S. 819–823.

209. **Lehmann, Y.; Beutner, K.; Karge, K.; Ayerle, G.; Behrens, J.; Landenberger, M.** (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Hg. v.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BNBF). Bonn (Berufsbildungsforschung, Band 15).

210. **Leipersberger, T.** (2012): Obdachlos, psychisch krank und doch dabei - Entwicklung einer Fortbildungskonzeption zur Begleitung dieses Personenkreises auf der Grundlage von Interviews mit obdachlosen Psychiatrieerfahrenen in Hamburg und Columbus, Ohio. Dissertation. Leuphana Universität, Lüneburg.

211. **LePage, J. P.; Mogge, N. L.; Garcia-Rea, E. A.** (2009): Detecting random responding using the Assessment of Depression Inventory. a brief screening measure of depression. In: *Depression and anxiety* 26 (6), S. 592–595.

212. **Levy, B. S.; Sidel, V. W.** (2013): Social injustice and public health. 2. Auflage. Oxford [u.a.]: Oxford University Press USA.

213. **Lin, W.-C.; Bharel, M.; Zhang, J.; O'Connell, E.; Clark, R. E.** (2015): Frequent Emergency Department Visits and Hospitalizations Among Homeless People With Medicaid. Implications for Medicaid Expansion. In: *American Journal of Public Health* 105 (5), S. 716–722.

214. **Linz, S.; Pearson, G. S.** (2011): Linking homelessness with mental illness. In: *Perspectives in psychiatric care* 47 (4), S. 165–166.

215. **Lippmann, E. D.** (2013): Intervision. Kollegiales Coaching professionell gestalten. 3., überarb. Aufl. 2013. Berlin: Springer.

216. **Littig, B.** (o. J.): Interviews mit Experten und Expertinnen. In: EEO Enzyklopädie Erziehungswissenschaft online. Weinheim, München: Juventa-Verlag.

217. **Loshny, H.; Patton, C.** (2008): Negotiating "home" and "care" among the HIV homeless. an ethnographic case study of home care nursing habitus. In: *The Canadian journal of nursing research* 40 (2), S. 172–188.

218. **Lowe, J.M.; Knapp, M. L.; Beal, J.; Teeley, K. H.** (2006): Incorporating quality improvement concepts and practice into a community health nursing course. In: *The journal of nursing education* 45 (2), S. 86–90.

219. **Lutz, T.** (2010): Soziale Arbeit im Kontrolldiskurs. Jugendhilfe und ihre Akteure in postwohlfahrtstaatlichen Gesellschaften. 1. Aufl.

Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, 9).

220. **Mac Williams, J.; Bramwell, M.; Brown, S.; O`Connor, M.** (2014): Reaching out to Ray: delivering palliative care services to a homeless person in Melbourne, Australia. In: *International Journal of Palliative Nursing* 20 (2), S. 83–88.

221. **MacDonald, J. M.** (2005): Combination model of care for community nurse practitioners. In: *British journal of nursing* 14 (21), S. 1144–1148.

222. **Makowsky, K.; Roebers, S.** (2014): Entlastung und Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern durch Patenschaften: Ein Handlungsfeld auch für die psychiatrische Pflege? In: *Pflege & Gesellschaft* 19 (3), S. 223–236.

223. **Manchester, A.** (2011): Health checks for the homeless. In: *Nursing New Zealand* 17 (11), S. 11.

224. **Mansel, J.; Endrikat, K.** (2007): Die Abwertung von "Überflüssigen" und "Nutzlosen" als Folge der Ökonomisierung der Lebenswelt. Langzeitarbeitslose, Behinderte und Obdachlose als Störfaktor. In: *Soziale Probleme* 18 (2), S. 163–185.

225. **Masson, T.; Le Gal, D.; Jabelot, C.; Khénifer, F.; Voisin, V.** (2011): Des équipes au coeur de la précarité. In: *Soins; la revue de référence infirmière* (755), S. 43–45.

226. **Mayor, V.** (2004): Climbing high. In: *Nursing standard* 18 (34), S. 104.

227. **Mayring, P.** (1983): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

228. **Mayring, P.** (1988): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Neuausg. Weinheim: Dt. Studien-Verl.

229. **Mayring, P.** (1990): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 2., durchges. Aufl. Weinheim: Dt. Studien-Verl.

230. **Mayring, P.** (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 7. Aufl. Weinheim: Dt. Studien-Verl.

231. **Mayring, P.** (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. Weinheim: Beltz.

232. **Mayring, P.** (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl., Dr. nach Typoskr. Weinheim: Beltz (UTB für Wissenschaft Pädagogik, 8229).

233. **Mayring, P.** (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Aufl., Dr. nach Typoskr. Weinheim: Beltz (UTB für Wissenschaft Pädagogik, 8229).

234. **Mayring, P.** (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10., neu ausgestattete Aufl., Dr. nach Typoskr. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).

235. **Mayring, P.** (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Studium Paedagogik).

236. **Mayring, P.** (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).

237. **Mayring, P.; Gläser-Zikuda, M.** (Hg.) (2005): Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz (UTB Pädagogik, Psychologie, 8069 i.e. 8269).

238. **Mayring, P., Brunner, E.** (2006): Qualitative Textanalyse - Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flaker, Vito, Schmid, Tom [Hrsg.] (Hg.): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien: Böhlau (Böhlau-Studien-Bücher Grundlagen des Studiums), S. S. 453–462.

239. **Maze, C. D. M.** (2006): Registered Nurses` Willingness to Serve Populations on the Periphery of Society. In: *Journal of Nursing Scholarship* 38 (3), S. 301–306.

240. **McGee, E. M.** (2006): The healing circle. resiliency in nurses. In: *Issues in mental health nursing* 27 (1), S. 43–57.

241. **McGuinness, T. M.; Newby, A.** (2012): Human Trafficking. What Psychiatric Nurses Should Know to Help Children and Adolescents. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 50 (4), S. 21–24.

242. **Mechaber, A. J.; Wong, R. Y.; O'Brien, K.; Cleary, L. M.; Friedman, E.; Battistone, M. J. et al.** (2005): Do attending physicians, nurses, residents, and medical students agree on what constitutes medical student abuse? In: *Academic medicine* 80 (10), S. 80–83.

243. **Medeiros, S. M. de; Ribeiro, L. M.; de Oliveira, J. S. A.; de Macêdo, M. L. A. F.** (2009): Possibilidades e limites da recuperaçao do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem. In: *Revista gaúcha de enfermagem* 30 (1), S. 92–98.

244. **Menche, N.** (Hg.) (2011): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe ; [www.pflegeheute.de ; mit dem Plus im Web ; Zugangscode im Buch]. 5., vollst. überarb. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.

245. **Messer, M.; Walther, E.** (2013): Ein Bericht aus der zugehenden ambulanten Pflege. Wenn anders normal ist. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 725–727.

246. **Meuser, M., Nagel, U.** (1997): Das ExpertInneninterview. In: Barbara Friebertshäuser und Annedore Prengel (Hg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa-Verl., S. S. 481–491.

247. **Middleton, J.** (2011): Safe as houses. In: *Nursing times* 107 (43), S. 24–25.

248. **Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen** (2003): Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW, vom Überarbeitung 2003.

249. **Mohnke, S.** (2008): Das Experteninterview als Methode der qualitativen Sozialforschung. 1. Auflage. München: GRIN-Verlag.

250. **Montgomery Sklar, E.; Messer, K.** (2005): Barriers to reducing health disparities in a primary care curriculum for the underserved, 2005.

251. **Moran, R.** (2015): Was vom Menschen übrig bleibt. Die Wahrheit über Prostitution. 1. Auflage. s.l: Tectum Wissenschaftsverlag.

252. **Mühlfeld, C.** (1981): Auswertungsprobleme offener Interviews. In: *Soziale Welt* 1981 (32/3), S. S. 325–352.

253. **Myhrvold, T.** (2006): The different other--towards an including ethics of care. In: *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals* 7 (3), S. 125–136.

254. **Nelson, R.** (2012): Will Health Care Reform Increase Access for the Homeless? In: *The American journal of nursing* 112 (10), S. 19–20.

255. **Niethammer, R.; Breitmaier, J.; Taubert, E.** (2005): Ein Patient, der ein Jahr lang mit dem Leichnam seiner Partnerin in einer Wohnung lebte. In: *Psychiatrische Praxis* 32 (1), S. 39–41.

256. **Nitzsche, A.; Driller, E.; Kowalski, C.; Ansmann, L.; Pfaff, H.** (2013): Der Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben und sein Zusammenhang mit Burnout -. Ergebnisse einer Studie bei Ärztinnen und Ärzten in nordrhein-westfälischen Brustzentren. In: *Das Gesundheitswesen* 75 (5), S. 301–306.

257. **Nohl, A.-M.** (2012): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 4. Aufl. 2012. Wiesbaden: Imprint VS Verlag für Sozialwissenschaften (Qualitative Sozialforschung).

258. **Nolting, H.-P.; Paulus, P.** (2011): Psychologie lernen. Eine Einführung und Anleitung. 11.,Aufl. Weinheim, Basel: Beltz (Beltz-Taschenbuch, 914).

259. **Nuttall, R.** (2009): Holistic care of a drug-related wound: a case study from a clinic for homeless people. In: *Nursing times* 105 (27), S. 18–21.

260. **Nyamathi, A.; Branson, C.; Kennedy, B.; Salem, B.; Khalilifard, F.; Marfisee, M. et al** (2012): Impact of nursing intervention on decreasing substances among homeless youth. In: *American journal on addictions* 21 (6), S. 558–565.

261. **Nyamathi, A.; Liu, Y.; Marfisee, M.; Shoptaw, S.; Gregerson, P.; Saab, S. et al.** (2009): Effects of a Nurse-Managed Program on Hepatitis A and B Vaccine Completion Among Homeless Adults. In: *Nursing Research* 58 (1), S. 13–22.

262. **O'Donoghue, M.** (2006): Frontal assault on tuberculosis. Interview by Eileen Fursland. In: *Nursing standard* 20 (24), S. 22–24.

263. **O'Lynn, C. E.; Tranbarger, R. E.** (Hg.) (2007): Men in nursing. history, challenges, and opportunities. New York: Springer.

264. **O'Neill, A.; Casey, P.; Minton, R.** (2007): The homeless mentally ill. an audit from an inner city hospital. In: *Irish Journal of Psychological Medicine* 24 (2), S. 62–66.

265. **O'Toole, T. P.; Freyder, P. J.; Gibbon, J. L.; Hanusa, B. J.; Seltzer, D.; Fine, M. J.** (2004): ASAM patient placement criteria treatment levels: do they correspond to care actually received by homeless substance abusing adults? In: *Journal of Addictive Diseases* 23 (1), S. 1–15.

266. **Otto, H.-U.; Thiersch, H.; Böllert, K.** (Hg.) (2001): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 2., völlig überarb. Aufl. Neuwied: Luchterhand.

267. **Oudshoorn, A.; Ward-Griffin, C.; Forchuk, C.; Berman, H.; Poland, B.** (2013): Client-provider relationships in a community health clinic for people who are experiencing homelessness. In: *Nursing inquiry* 20 (4), S. 317–328.

268. **Park, J. M.; Metraux, S.; Culhane, D. P.** (2010): Behavioral Health Services Use among Heads of Homeless and Housed Poor Families. In: *Journal of health care for the poor and underserved* 21 (2), S. 582–590.

269. **Patterson, N.; Hulton, L. J.** (2012): Enhanching Nursing Student`s Understanding of Poverty Through Simulation. In: *Public health nursing* 29 (2), S. 143–151.

270. **Penka, S.; Faisst, H.; Vardar, A.; Borde, T.; Moesko, M. O.; Dingoyan, D. et al.** (2015): Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung. Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65, S. 353–362.

271. **Pennington, K.; Kroh, M.; Coast, M. J.** (2010): Health care for the homeless. a partnership between a city and a school of nursing. In: *The journal of nursing education* 49 (12), S. 700–703.

272. **Pere, N.** (2006): Keeping safe as a new graduate. In: *Nursing New Zealand* 12 (03), S. 32.

273. **Peters-Steinwachs, B.** (2015): Jeder Mensch hat ein Recht auf Gesundheit. Die BAG W will Wohnungslosen gesundheitliche Leistungen besser erschließen. In: *Forum Sozialarbeit + Gesundheit* (3), S. 20–23.

274. **Pogoda, S.** (2013): Demiurgen in der Krise. 1. Auflage. s.l: Ripperger Kremers Verlag.

275. **Porst, R.** (1998): Im Vorfeld der Befragung:Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting. ZUMA-Arbeitsbericht 98/02. Mannheim.

276. **Porto, T. S. A. R.; Silva, C. Marins; Vargens, O.; Muniz C.** (2014): Caring for women with HIV/AIDS. An interactionist analysis from the perspective of female healthcare professionals. In: *Revista gaúcha de enfermagem* 35 (2), S. 40–46.

277. **Price, B.** (2004): Ethnographic research and older people. In: *Nursing older people* 15 (10), S. 22–27.

278. **Puhl, R. M.; El-Redy, L.; Swift, J. A.; Hanlon, S.; Glazebrook, C.** (2013): Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. In: *Journal of human nutrition and dietetics* 26 (4), S. 395–402.

279. **Puhl, R. M.; Heuer, C. A.** (2009): The stigma of obesity. a review and update. In: *Obesity* 17 (5), S. 941–964.

280. **Quadedem Tolsdorf, M.** (2014): Wohin mit Onkel Peter. Wenn Süchtige altern… Bericht einer Odyssee. In: *Dr. med. Mabuse* 39 (207), S. 27–29.

281. Q**uadflieg, N.; Fichter, M. M.** (2007): Ist die Zuweisung dauerhaften Wohnraums an Obdachlose eine effektive Maßnahme? Eine prospektive Studie über drei Jahre zum Verlauf psychischer Beschwerden. In: *Psychiatrische Praxis* 34 (6), S. 276–282.

282. **Rathgeber, M.; Sommer, T.; Seiffge-Krenke, I.** (2014): Die Achse "Konflikt" der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter: Reliabilität und klinische Validität. In: *Kinderanalyse* 22 (1), S. 26–47.

283. **Reichardt, C.; Petersen-Ewert, C.** (2014): Duales Studium Pflege. Zielgruppe, Gründe für die Studienwahl und gesundheitsbezogene

Lebensqualität zu Studienbeginn. In: *Pflege & Gesellschaft* 19 (3), S. 236–250.

284. **Reichenbach, M.-T.** (2013): Sehen und gesehen werden. Wohnungslosigkeit aus anerkennungstheoretischer Perspektive. In: *Neue Praxis* 43 (3), S. 274–280.

285. **Reifferscheid, G.; Allgaier, T.** (2013): Wir schließen eine Versorgungslücke. Versorgung älterer Menschen in der stationären Wohnungslosenhilfe. In: *Pflegezeitschrift* 66 (12), S. 720–724.

286. **Reinders, H.** (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. München: Oldenbourg.

287. **Reinders, H.** (2012): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. 2., aktualisierte Aufl. München: Oldenbourg (Sozialwissenschaften 10-2012).

288. **Richert, S.; Wudi, M.** (2013): Die Pflegezeitschrift hat zwei Mitarbeiterinnen vom MedMobil getroffen, das medizinische Versorgung für notleidende Menschen anbietet. "Zu uns kommen nicht nur Obdachlose". In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 712–714.

289. **Riedo, D.** (2013): Vom Inselspital ins Containerkrankenhaus. Erfahrungsbericht. In: *Pflegen Intensiv* 10 (3), S. 22–25.

290. **Riegraf, B.; Reimer, R.** (2014): Wandel von Wohlfahrtsstaatlichkeit und neue Care-Arrangements. Das Beispiel der Wohn-Pflege-Gemeinschaften. In: *Soziale Welt* 20 (Sonderband), S. 293–309.

291. **Röhr-Sendlmeier, U. M.** (Hg.) (2014): Berufstätige Mütter und ihre Familien. Berlin: Logos-Verl. (Lebenslang lernen, 12).

292. **Rose, M.** (2014): Die Mildtätige. Hamburg: Edel eBooks, Edel Germany.

293. **Rosenke, W.** (2016): Die Lebenssituation von Menschen in Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot. In: Der paritätische Gesamtverband (Hg.): Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. Berlin, S. 82–92.

294. **Ross, C. A.; Goldner, E. M.** (2009): Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession. a

review of the literature. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 16 (6), S. 558–567.

295. **Roth, E.** (Hg.) (1993): Sozialwissenschaftliche Methoden. Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis. 3., völlig überarb. u. erw. Aufl. München: Oldenbourg.

296. **Roth, G.** (2013): Im Nebel von Moral, Macht und Geld. Gratwanderungen Sozialer Arbeit in der Sozialwissenschaft am Beispiel der Berliner Treberhilfe. In: *Neue Praxis* 43 (1), S. 3–16.

297. **Roublev, A.** (2011): Une etude pour mieux adapter les soins aux sans-abris. In: *Soins. Psychiatrie* (275), S. 10.

298. **Runnels, V.; McNeil, R.; Guirguis-Younger, M.** (2009): Learning and knowledge-integration strategies of nurses and client care workers serving homeless persons. In: *The Canadian journal of nursing research* 41 (2), S. 21–34.

299. **Sack, M.; Sachsse, U.; Schellong, J.** (Hg.) (2013): Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung ; mit 36 Tabellen. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften (Trauma, Borderline).

300. **Sadoh, A. E.; Fawole, A. O.; Oladimeji, A.; Sadoh, W. E.; Sotiloye, O.** (2009): Attitude of health care workers to patients and colleagues infected with human immunodeficiency virus. In: *SAHARA J* 6 (1), S. 17–23.

301. **Salvini-Plawen, C.; Thomauske, S.** (2014): Wohnungslose Menschen im Kontext der professionellen stationären Pflege im Krankenhaus. Beschreibung der IST-Situation aus Sicht der Pflegenden; eine Literaturbeschreibung. Bachelorthesis. Katholische Hochschule NRW, Köln.

302. **Sammet, I.; Dammann, G.; Schiepek, G.** (Hg.) (2015): Der psychotherapeutische Prozess. Forschung für die Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik).

303. **Sander, J.; Lake, S.; Heness, C.** (2008): Question of the month. What patient case still haunts you? In: *RN* 71 (9), S. 12.

304. **Sarimski, K.** (2014): Familiäre Belastungen in Pflege- und Adoptionsfamilien mit Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 63 (8), S. 649–665.

305. **Schaffner, M.** (2004): Immediate impressions. In: *Gastroenterology nursing* 27 (5), S. 244–245.

306. **Schaumann, S.** (2013): Älter, krank und wohnungslos. Möglichkeiten und Grenzen für bedarfsgerechtes Wohnen in Hamburg mit Hilfe vom Konzept „Housing First“. Bachelorthesis. Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg.

307. **Schewior-Popp, S.** (Hg.) (2009): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung ; 300 Tabellen. 11., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart, New York, NY: Thieme.

308. **Schiffer, P.** (2013): „In Ruhe krank sein dürfen“. Obdachlose Abhängige illegaler Drogen in einer Krankenwohnung. Dissertation. Hochschule Vallendar, Berlin.

309. **Schiffer, P.** (2015): Palliativversorgung für drogenabhängige, obdachlose Menschen. In: *Pflegen: palliativ für die professionelle Pflege unheilbar kranker und sterbender Menschen* 26, S. 30–33.

310. **Schlembach, J.** (2013): Partizipation wohnungsloser Menschen. eine qualitative Untersuchung der Betroffenenperspektive. Hamburg: Diplomica Verl.

311. **Schlueter, M.** (2013): Pflege an der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung: Eine Analyse der aktuellen Situation anhand von 38 Interviews mit Pädagogen und Pädagoginnen. In: *Empirische Sonderpädagogik* 5 (2), S. 187–198.

312. **Schmidt, H.** (2014): Abstieg als Ausstieg? der Obdachlose als "role model" in der bulgarischen Literatur in der Transformationszeit. In: Spielplätze der Verweigerung, S. 419–443.

313. **Schmidt, R.; Schulz, A.; Schwind, P. von** (2014): Die Stadt, das Land, die Welt verändern! die 70er/80er Jahre in Köln - alternativ, links, radikal, autonom. 1. Auflage. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

314. **Schreier, M.** (2012): Qualitative Content Analysis in Practice. s.l.: SAGE Publications.

315. **Schück, U.** (2004): Hilfe für Menschen ohne Obdach. In: *Pflege aktuell* 58 (268-270).

316. **Schüsseler, T.** (2013): Vom Nullpunkt in ein neues Leben. Hamburg: tredition.

317. **Seeley, L.** (2013): District 1 NNA member and CU instructor mentors senior project collaborating for community health. In: *Nebraska nurse* 46 (2), S. 13.

318. **Seiffge-Krenke, I.; Mayer, S.; Rathgeber, M.; Sommer, T.** (2013): Konflikt- und Strukturachse der Operationalisierten Osychodynamischen Diagnostik des Kindes- und Jugendalters. Hilfe bei Indikation und Therapieplanung. In: *Psychotherapeut* 58 (1), S. 6–14.

319. **Seiler, A. J.; Moss, V. A.** (2012): The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 24 (5), S. 303–312.

320. **Sellach, B.** (2013): Lebenslagen wohnungsloser Frauen. Anforderungen an das Hilfesystem. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 44 (1), S. 22–32.

321. **Semenenko, T. A.; Voronina, O. L.; Kunda, M. S.; Lunin, V. G.; Yarosh, L. V.; Aksenova, E. I. et al.** (2014): [Search for RNA of the hepatitis E virus autochthonous for Russia in the most likely infection sources]. In: *Molekuliarnaia genetika, mikrobiologiia i virusologiia* (3), S. 29–34.

322. **Semenyna, M. L.; Lane, A.** (2006): Prenatal care among women struggling with poverty or homelessness. In: *Alberta RN* 62 (7), S. 16–17.

323. **Sexton, E. H.; Metcalfe, S. E.** (2014): An academic-community partnership to address the flu vaccination rates of the homeless. In: *Public health nursing* 31 (2), S. 175–182.

324. **Sheridan, M.; Tea, C.; Gujral, H.** (2012): Evaluation of nurses' attitudes toward adult obese patients. erratum. In: *Surgery for obesity and related diseases* 8 (1), S. 129–130.

325. **Smith, P. S.** (2007): Surviving the prejudice of obesity. In: *Gastroenterology nursing* 30 (3), S. 230–231.

326. **Solohub, N.; Melrose, S.** (2008): Challenge and opportunity in an inner-city practicum. In: *The Canadian nurse* 104 (8), S. 6, 8.

327. **Spohrer, J.** (2014): Jutta Spohrer fotografiert. Hamburger Wohlfühlmorgen für Wohnungslose und Arme. Hamburg: Malteser Hilfsdienst.

328. **Stankowski, M.; Bacher, C.; Breer, H. M.; Burbach, S.; Exner, B.; Feltes, B. et al.** (2013): Köln trotz(t) Armut. Bestes vom DRAUSSENSEITER. Das Kölner Straßenmagazin. Bonn: 11punkt Verlag.

329. **Staub, A.** (2014): Immer mehr Familien ohne Wohnung. Wohnungslosigkeit gefährdet die Gesundheit von Kindern. In: *Kinderkrankenschwester* 33 (5), S. 187–189.

330. **Stefini, A.; Reich, G.; Horn, H.; Winkelmann, K.; Ohmes, U.; Frost, U.; Kronmüller, K.-T.** (2013): Interrater-Reliabilität der OPD-KJ-Achsen Konflikt und Struktur. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 62 (4), S. 255–269.

331. **Stehling, H.** (2003): Welche Erfahrungen machen wohnungslose Menschen mit krankenpflegerischer Versorgung? unveröffentlichte Diplomarbeit, Osnabrück.

332. **Stehling, H.** (2006): Pflege und Wohnungslosigkeit: Pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der Aufsuchenden Hilfe. unveröffentlichte Masterarbeit, Osnabrück/Witten.

333. **Stehling, H.** (2008): Pflege und Wohnungslosigkeit - Pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der aufsuchenden Hilfe. In: Andreas Büscher und Ullrich Bauer (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Gesundheit und Gesellschaft).

334. **Steimer, B.** (2000): Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie ; qualitative Auswertung von Erstinterviews. Univ., Diss.--Bremen, 1999. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

335. **Stemmer, R.** (2001): Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 57).

336. **Stickley, T.; Williams, S.** (2011): Stories from the streets. people's experiences of homelessness. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 18 (5), S. 432–439.

337. **Sve, C.; Gregg, J.; Iles-Shih, M.; Bruno, R.; Solotaroff, R.** (2011): Health and illness in context. a pragmatic, interdisciplinary approach to teaching and learning applied public health within an urban safety net system. In: *Journal of public health management and practice* 17 (4), S. 308–312.

338. **Swiggum, P.; Hunt, R. J.** (2007): Being in another world. transcultural student experiences using service learning with families who are homeless. In: *Journal of transcultural nursing* 18 (2), S. 167–174.

339. **Sword, W.; Reutter, L.; Meagher-Stewart, D.; Rideout, E.** (2004): Baccelaureate Nursing Student`s Attitudes toward Powerty: Implications for Nursing Curricula. In: *Journal of nursing education* 43 (1), S. 13–19.

340. **Szynka, P.** (2014): Partizipation in der Wohnungslosenhilfe. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 45 (2), S. 84–91.

341. **Tansley, K.** (2008): Health without a home. In: *Community practitioner* 81 (10), S. 38–39.

342. **Teidelbaum, L.** (2013): Obdachlosenhass und Sozialdarwinismus. 1. Auflage. Münster: Unrast (Unrast transparent : […], Rechter Rand, 13).

343. **Torchalla, I.; Albrecht, F.; Buchkremer, G., Laengle, G.** (2004): Wohnungslose Frauen mit psychischen Erkrankungen - eine Feldstudie. In: *Psychiatrische Praxis* 31 (5), S. 228–235.

344. **Trabert, G.** (1995): Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Bielefeld: VSH-Verl. Soziale Hilfe.

345. **Trabert, G.** (2000): Obdachlosenmedizin - sozialmedizinische Aspekte. In: Johannes G. Gostomzyk (Hg.): Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis. Landsberg/Lech: ecomed, S. IX - 11, S. 3-46.

346. **Trabert, G.** (2002): Sozialmedizinische Forschung zum Thema: Wohnungslosigkeit und Gesundheit. In: *Wohnungslos* (01/02), S. 15–18.

347. **Trabert, G.** (2013 a): Das Konzept einer medizinischen Ambulanz für Menschen in prekären Lebensverhältnissen. Wenn Armut krank macht. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 734–737.

348. **Trabert, G.** (2013 b): Wenn Armut krank macht. Das Konzept einer medizinischen Ambulanz für Menschen in prekären Lebensverhältnissen. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 734–737.

349. **Traub, M.** (2013): Frauen als pflegende Angehörige. In: *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* 8 (4), S. 222–225.

350. **Trautner, D.; Schroeder, M.; Unterberg, A.; Perez, T.; Di Gallo, A.; Schmid, M. et al.** (2014): Themenschwerpunkt: Umgang mit Krisen in Pflege- und Adoptionsfamilien. In: *PFAD* 28 (1), S. 9–16.

351. **Treloar, A.** (2015): 'Sicoko'. In: *Australien nursing & midwifery journal* 22 (8), S. 46.

352. **Tulke, J.** (2013): Welcome to Athens. Ein Fotoessay zur Ästhetik der Krise. In: *Suburban* 2.

353. **Utsch, M.; Bonelli, R. M.; Pfeifer, S.** (2014): Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. Berlin: Springer.

354. **van Damme, L.** (2009): Moments like this. In: *Nursing for women's health* 13 (5), S. 446–448.

355. **van den Busche, H.; Jahncke-Latteck, Ae.-D.; Ernst, A.; Tetzlaff, B.; Wiese, B.; Schramm, U.** (2013): Zufriedene Hausärzte und kritische Pflegende. Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung zu Hause lebender Menschen mit Demenz. In: *Das Gesundheitswesen* 75 (5), S. 328–333.

356. **Vandemark, L. M.** (2007): Promoting the sense of self, place, and belonging in displaced persons. the example of homelessness. In: *Archives of psychiatric nursing* 21 (5), S. 241–248.

357. **Veit, A.** (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Nürnberg, Univ., Diss.--Erlangen, 2002. 1. Aufl. Bern: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).

358. **Velji, K.** (2014): Serving marginalized communities in Calgary. In: *The Canadian nurse* 110 (8), S. 4.

359. **Vincent, M. A.** (2004): Homeless adolescent. In: *Journal of Holistic Nursing* 22 (1), S. 8–10.

360. **Vitale, B.** (2010): A day in my life. community health at the end of the line. In: *Beginnings* 30 (3), S. 4–5.

361. **Vogenthaler, N. S.; Hadley, C.; Lewis, S. J.; Rodriguez, A. E.; Metsch, L. R.; del Rio, C.** (2010): Food insufficiency among HIV-infected crack-cocaine users in Atlanta and Miami. In: *Public Health Nutr.* 13 (9), S. 1478–1484.

362. **Voisin, V.; Khénifer, F.; Jabelot, C.; Le Gal, D.; Masson, T.** (2011): Des équipes au coeur de la précarité. In: *Soins; la revue de référence infirmière* (755), S. 43–45.

363. **Vorstand der Fränkischen Geographischen Gesellschaft** (Hg.): Erlanger geographische Arbeiten. Sonderband. Erlangen: Palm & Enke.

364. **Voyce, A.** (2013): On the record. Andrew Voyce. Interview by Dan Parton. In: *Mental health today*, S. 31.

365. **Vries, S. de; Kuhls, A.** (2015): Themenschwerpunkt: Kulturelle und religiöse Toleranz in der Pflege- und Adoptivkinderhilfe. In: *PFAD* 29 (3), S. 7–15.

366. **Waite, R.; Browning, S.** (2010): The gift of listening. JUST listening strategies. In: *Nursing forum* 45 (3), S. 150–158.

367. **Walther, E.; Messer, M.** (2013): Ein Bericht aus der zugehenden ambulanten Pflege. Wenn anders normal ist. In: *Pflege Zeitschrift* 66 (12), S. 725–727.

368. **Waters, E.** (2015): Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles in street-connected children and young people. Health Technology Assessment, 2015.

369. **Weber, H.; Sierra Jaramillo, S. S.** (2013): Bildung gegen den Strich. Lebensort Straße als pädagogische Herausforderung. 1. Auflage. München: Don Bosco.

370. **Werwick, K.** (2009): Grenzen und Herausforderungen bei der Auswertung von Experteninterviews. In: Grit Behse-Bartels und Heike Brand (Hg.): Subjektivität in der qualitativen Forschung. Der Forschungsprozess als Reflexionsgegenstand. Opladen: Budrich (Studien

zur qualitativen Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung), S. S. 119–132.

371. **Wetschka, C.** (2013): Leben in Gemeinschaft: Missing Link zwischen Suchttherapie und Wohnungslosenhilfe? In: *Gestalt Theory* 35 (3), S. 265–300.

372. **Wheatley, C.** (2012): Learning on the streets. experiencing homelessness. In: *Nursing* 42 (12), S. 16–17.

373. **Wilde, M. H.; Bullock, Q.; Rennells, R.; Albanese, E. P.** (2004): Development of a student nurses' clinic for homeless men. In: *Public health nursing* 21 (4), S. 354–360.

374. **Williams, S.; Stickley, T.** (2011): Stories from the streets. People's experiences of homelessness. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 18 (5), S. 432–439.

375. **Wilz, G.; Schinköthe, D.; Kalytta, T.** (2015): Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm. Göttingen: Hogrefe.

376. **Windle, C.** (2010): Holistic care in practice. In: *Nursing standard* 24 (45), S. 69.

377. **Wise, C.; Phillips, K.** (2013): Hearing the silent voices. narratives of health care and homelessness. In: *Issues in mental health nursing* 34 (5), S. 359–367.

378. **Wittek, S.** (2014): Ohne stützende Lehne einer Massenorganisation - der heimatlose Linke Kurt Hiller. In: *Absprung über Niemandsland : Hamburger Exil-Biografien im 20. Jahrhundert*, S. 104–117.

379. **Wolf, A.** (2001): Obdachlosigkeit. In: Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch und Karin Böllert (Hg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 2., völlig überarb. Aufl. Neuwied: Luchterhand.

380. **Wong, B.** (2008): Nursing the homeless. lessons learned. In: *Alberta RN* 64 (7), S. 18.

381. **Woods, G.; Ewers, H.** (2015): How life can take a turn. In: *Midwifes* 18, S. 72–73.

382. **Wright, S.** (2005): Hidden tension. In: *Nursing standard* 19 (20), S. 25.

383. **Wright, S.** (2006): Hidden hatreds. In: *Nursing standard* 20 (40), S. 32–33.

384. **Wulff, I.** (2008): Implementierung von Gender Mainstreaming. Eine qualitative Untersuchung in Einrichtungen des Gesundheitsbereichs. Frankfurt am Main: Lang (Angewandte Genderforschung, 4).

385. **Zaphirious Woods, M.; Pretorius, I.-M.; Allison, E.** (Hg.) (2013): Eltern-Kind-Gruppen. Psychoanalytische Entwicklungsforschung und Praxisbeispiele. Unter Mitarbeit von Elisabeth Vorspohl. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

386. **Zeissig, S. R.; Singer, S.; Koch, L.; Blettner, M.; Arndt, V.** (2015): Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung im Krankenhaus und in Krebsberatungsstellen durch Brust-, Darm- und Prostatakrebsüberlebende. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65 (5), S. 177–182.

387. **Ziegler, S., Treffurth, T.; Bleses, H. M.** (2015): Entsprechend dem (mutmaßlichen) Willen? Ethische Anforderungen bei der Einbindung von vulnerablen Personen (am Beispiel von Personen mit Demenz) in wissenschaftlichen Projekten zur Beforschung emotionsorientierter Pflege und Betreuung mit robotischen Assistenzsystemen. In: *Pflege & Gesellschaft* 20 (1), S. 37–52.

388. **Zrinyi, M.; Balogh, Z.**(2004): Student nurse attitudes towards homeless clients. a challenge for education and practice. In: *Nursing ethics* 11 (4), S. 334–348.

Internetquellen

1. **Academy of Medical-Surgical Nurses** (Hg.): What is Medical-Surgical Nursing? Online verfügbar unter https://www.amsn.org/practise-resources/what-medical-surgical-nursing, zuletzt geprüft am 10.04.2016.
2. **American Academy of Emergency Nurse Practitioners** (Hg.). Online verfügbar unter aaenp-natl.org/index.php, zuletzt geprüft am 10.04.2016.
3. **Baileff, A.** (2015): The role of advanced nurse practitioners. Hg. v. Nursing in Practise. Online verfügbar unter www.nursinginpractise.com/article/role-advanced-nurse-practitioners, zuletzt geprüft am 10.04.2016.
4. **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.** (Hg.) a: Wohnungsnotfälle. Online verfügbar unter www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/wohnungsnotfall_def.html, zuletzt geprüft am 20.04.2016.
5. **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.** (Hg.) b: Zahl der Wohnungslosen. Online verfügbar unter www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html, zuletzt geprüft am 23.04.2016.
6. **Cochrane Library** (Hg.): Cochrane. Online verfügbar unter https://www.cochranelibrary.com/dotAsset/179451cd-dd6f-4dd1-abe9-7873aad31b57.pdf, zuletzt geprüft am 03.03.2016.
7. **Das Deutsche Cochrane Zentrum** (Hg.) a: Cochrane. Online verfügbar unter http://www.cochrane.de/de/wilkommen-auf-unseren-webseiten, zuletzt geprüft am 03.03.2016.
8. **Das Deutsche Cochrane Zentrum** (Hg.) b: Arbeitsgebiete & Ziele der CC. Online verfügbar unter http://www.cochrane.de/de/arbeitsgebiet-cc, zuletzt geprüft am 22.04.2014.
9. **DIMDI** (2013): ICD-10-WHO Version 2013. Online verfügbar unter http://dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlineerfassung/htmlamtl2013/chapter-xxi.htm, zuletzt geprüft am 15.03.2014.

10. **Duden** (Hg.): Einstellung. Online verfügbar unter http://www.duden.de/rechtschreibung/Einstellung, zuletzt geprüft am 04.05.2016.
11. **EBSCO Health** (Hg.) a: CINAHL. Online verfügbar unter https://health.ebsco.com/products/cinahl-complete., zuletzt geprüft am 03.03.2016
12. **EBSCO Health** (Hg.) b: CINAHL. Online verfügbar unter http://support.ebsco.com/help/?int=ehost&lang=en&feature_id=Databases&TOC_ID=Always&SI=0&BU=0&GU=1&PS=0&ver=live&dbs=cin20, zuletzt geprüft am 03.03.2016.
13. **EveryNurse.org**: Becoming a community health nurse. Online verfügbar unter everynurse.org/becoming-a-community-helath-nurse/, zuletzt geprüft am 10.04.2016.
14. **Johnson & Johnson** (Hg.): Family Nurse Practitioner. Online verfügbar unter https://www.discovernursing.com/specialty/family-nurse-practitioner#.Vym7n3o32_G, zuletzt geprüft am 10.04.2016.
15. **Katholische Hochschule Köln** (Hg.): Bibliothek von A-Z. Online verfügbar unter http://www.katho-nrw.de/katho-nrw/studium-lehre/hochschulbibliothek/hochschulbibliothek/bibliothek-von-a-z/, zuletzt geprüft am 21.04.2014.
16. **Leibniz Informationszentrum Lebenswissenschaften** (Hg.) a: LIVIVO. Online verfügbar unter http://www.zbmed.de/recherchieren/livivo, zuletzt geprüft am 11.02.2016.
17. **Leibniz Informationszentrum Lebenswissenschaften** (Hg.) b: LIVIVO. Online verfügbar unter https://www.livivo.de/app/misc/help/7c8a507c1c55b8bd16608ed076a679cf/search, zuletzt geprüft am 11.02.2016.
18. **Leibniz Informationszentrum Lebenswissenschaften** (Hg.) c: LIVIVO. Online verfügbar unter https://www.livivo.de/app/misc/help/71c8a507c1c55b8bd16608ed076a679cf/results, zuletzt geprüft am 11.02.2016.
19. **Mc Kinney** (2009): The McKinney-Vento Homeless Assistance Act. As amended by S. 896 The Homeless Emergency Assistance and Rapit Transition to Housing. Online verfügbar unter

https://www.hudexchange.info/resources/documents/HomelessAssistanceActAmendedbyHEARTH.pdf, zuletzt geprüft am 10.04.2016

20. **NSW Government** (Hg.): Assistent in Nursing. Online verfügbar unter www.health.nsw.gov.au/workforce/Pages/assistent-in-nursing.aspx, zuletzt geprüft am 10.04.2016.
21. **Psychologie Information (ZPID-Leibniz Institut)** (Hg.): Datenbank PSYNDEX. Online verfügbar unter http://www.zpid.de/index.php?wahl=products&uwahl=fee&uuwahl=psyndexinfo, zuletzt geprüft am 21.04.2014.
22. **Royal College of Nursing** (Hg.): Getting started. Online verfügbar unter rcnhca.org.uk/top-page-003/, zuletzt geprüft am 10.04.2016.
23. **The Commonwealth** (Hg.): Member countries. Online verfügbar unter thecommonwealth.org/member-countries, zuletzt geprüft am 10.04.2016.
24. **US National Library of Medicine National Institute of health** (Hg.) a: PubMed NCBI. Online verfügbar unter http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
25. **US National Library of Medicine National Institute of health** (Hg.) b: PubMed NCBI. Online verfügbar unter http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=homeless+persons, zuletzt geprüft am 02.03.2016.
26. **Wikipedia** (Hg.) a: Nursing in Canada. Online verfügbar unter https://en.wikipedia.org/wiki/Nuesing_in_Canada, zuletzt geprüft am 10.04.2016.
27. **Wikipedia** (Hg.) b: Nursing in the United Kingdom. Online verfügbar unter https://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_in_the_United_Kingdom, zuletzt geprüft am 10.04.2016.
28. **Wikipedia** (Hg.) c: Nursing in the United States. Online verfügbar unter https://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_in_the_United_States, zuletzt geprüft am 10.04.2016.

Appendix

Appendix 1 - Interviewleitfaden

Interviewcode: _____

Interviewleitfaden

- ✓ Freundliche Begrüßung des Interviewteilnehmers
- ✓ Anbieten von Getränken
- ✓ Smalltalk
- ✓ Ausfüllen lassen des Teilnehmerinformationsbogens

Einwilligung unterschrieben? Tonbandaufnahme überprüft und eingestellt?

Beginn des Interviews

Interviewer	✓	**Notizen**
• Tonbandaufnahme einstellen • Interviewcode, Datum und Zeitpunkt benennen • Einwilligung bestätigen		
In diesem Interview soll es um wohnungslose Patienten gehen. Mich interessiert aber erst einmal, ob dir auch außerhalb des Krankenhauses wohnungslose Menschen begegnen? Bei kurzer JA-Antwort, zum weiteren Reden auffordern: • wo siehst du diese Menschen? • Was weißt du über sie? • Weißt du, wie alt sie sind, welchen Lebensstil sie haben, wo sie untergebracht sind, was Gründe/Ursachen für deren Lebensart sein können? • Was lösen sie für Gefühle in dir aus? Bei kurzer NEIN-Antwort, konkreter Nachfragen: • hast du sie noch nie, z. B. in der Stadt bemerkt? • Was fällt dir zu ihnen ein?		

Ich habe gelesen, dass du _____ häufig Kontakt mit wohnungslosen Patienten im KH hast. Kannst du mir näheres dazu erzählen?
 	
Bei Bedarf konkreteres nachfragen:
• Mit welchen Erkrankungen kommen diese Patienten?
• Wie lange bleiben sie durchschnittlich bei dir auf Station?
• Was kannst du mir über die Versorgung dieser Patientengruppe berichten?
  ○ Tätigkeiten
  ○ Versorgungsablaufe
  ○ Gängige Praxis
• Institutionelle Rahmenbedingungen, die dein Handeln beeinflussen?
  ○ Zeit
  ○ Personalbesetzung
  ○ Leitbild		

• Gab es Situationen, in denen du positive Erfahrungen mit dieser Patientengruppe gemacht hast? … Kannst du mir mehr dazu erzählen? Wie war das für dich? • Kannst du dich an Situationen erinnern, in denen dir der Umgang mit ihnen schwer gefallen ist? Kannst du mir mehr dazu erzählen? Was hat das in dir ausgelöst? ○ Hast du eine Idee, wieso du das als besonders negativ empfunden hast?		
Jetzt hast du mir schon ganz viel berichtet. Vielen Dank. Mich interessiert noch, was du empfindest, wenn du an diese Patientengruppe denkst?		
Im Fragebogen hast du angekreuzt, das Wohnungslosigkeit in deiner Ausbildung (k)ein Thema war. Bei JA: was genau wurde thematisiert und wie? Rein theoretisches Wissen oder konntest du auch praktische Erfahrungen sammeln? • hat dir der Unterricht für deine berufliche Praxis geholfen? • Was hättest du dir in der Ausbildung noch gewünscht? • Zu Beginn des Interviews hast du mir erzählt, was du über Wohnungslose weißt. Hast du dieses Wissen aus dem damaligen Unterricht? Bei NEIN: hast du das Gefühl, dass du in deiner Ausbildung Input zu dieser Patientengruppe gebraucht hättest?		
Was meinst du aufgrund deines heutigen Wissens, bräuchten Auszubildende heutzutage, um diese Patientengruppe gut versorgen zu können? Glaubst du, praktische Erfahrungen, z. B. in einem ambulanten Setting, wären hilfreich?		
Ich schaue noch mal eben, ob ich auch nichts vergessen habe. … Evtl. bestimmte Fragen noch stellen		
Nun habe ich dir ganz viele Fragen gestellt. Gibt es noch etwas, was in diesem Interview nicht thematisiert wurde, du mir aber gerne sagen würdest?		
Ich danke dir herzlich. Ausstellen der Aufnahme. Dankeschön übergeben		

Appendix 2 – Kurzversion des Interviewleitfadens

Interviewcode: _____

Interviewleitfaden

- Tonbandaufnahme einstellen
- Interviewcode, Datum, Zeitpunkt
- Einwilligung

Interviewer	**Notizen**
Wohnungslose Menschen außerhalb des Krankenhauses? • JA o Wo? o Wissen? o Alter? o Lebensstil? o Unterbringung? o Gründe/Ursachen? o Eigene Gefühle? • NEIN o Wirklich nicht? o Was fällt dir ein?	
Kontakt mit wohnungslosen Patienten im Krankenhaus? o Erkrankungen? o Durchschnittliche Verweildauer? o Versorgung? (Tätigkeiten, gängige Praxis?) Institutionelle Rahmenbedingungen? Positive Erfahrungen? Umgang schwer gefallen? o Wieso so erlebt?	
Empfinde bei der Patientengruppe?	
Thema in der Ausbildung? • JA o Was genau? (Theorie/Praxis) o Geholfen in beruflicher Praxis? o Noch gewünscht? o Wissen daher? • NEIN o Input gebraucht?	
Bedarf Auszubildender heutzutage? Praktische Erfahrungen hilfreich?	
Hab ich was vergessen?	
Würdest du mir gerne noch was sagen?	
Herzlichen Dank Interview beenden Dankeschön übergeben	

Appendix 3 – Anschreiben an die Krankenhäuser

Christina Salvini-Plawen
Sabrina Thomauske
saltho@gmx.de

Anfrage zur Mithilfe an einer Masterarbeit Köln, 05.02.16

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir sind Studentinnen im Masterstudiengang LehrerInnen für Pflege und Gesundheit an der Katholischen Hochschule in Köln. Im Studienprozess befinden wir uns im vierten und letzten Semester des Masterstudienganges. Wir arbeiten bereits an Krankenpflegeschulen in Köln sowie Mönchengladbach. Derzeit bereiten wir uns auf die Erstellung unserer gemeinsamen Masterarbeit vor.

Diese soll zum Thema haben, wie professionell Pflegende im stationären Arbeitsumfeld der Krankenpflege ihren Umgang mit der Gruppe der „Obdachlosen“ erleben.
Dieses Thema ist von uns von großem Interesse, da wir die Thematik aus unserer ehemaligen stationären Tätigkeit kennen und uns diese auch im Rahmen der Pflegeausbildung immer wieder begegnet.

Im ersten Teil der Masterarbeit möchten wir abbilden wie das Pflegepersonal seinen Umgang und seine Gefühle mit dieser Gruppe beschreibt. Wir möchten zeigen, an welchen Stellen es zu Problemen, Missverständnissen und Konflikten zwischen Pflegenden und den „Obdachlosen“ kommen kann und woraus diese resultieren. Der Fokus liegt auf der Sicht und dem Erleben der Pflegenden. In einem zweiten Teil der Arbeit möchten wir analysieren, welche Wünsche die Befragten an die Pflegeausbildung in Bezug auf diese Thematik haben.

Aus diesem Grund möchten wir Pflegende, welche nach der Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenschulen NRW 2004 ausgebildet wurden und entweder in der Notaufnahme oder einer Normal- bzw. Intensivstation beschäftigt sind, befragen. Die Interviewpartner sollten bereits eigene praktische Erfahrungen im Arbeitsalltag mit der Gruppe der Wohnungslosen gesammelt haben.

Wir senden Ihnen dieses Anschreiben in der Hoffnung auf Ihre Unterstützung bei der Erstellung unserer Masterarbeit. Dazu bitten wir Sie, den beiliegenden Flyer zeitnah bei sich in der Einrichtung auszuhängen, zu verteilen bzw. Ihr Pflegepersonal auf diese Arbeit aufmerksam zu machen.

Selbstverständlich gehen wir nach forschungsethischen Grundregeln vor und eine Anonymität der Teilnehmer und arbeitgebenden Einrichtung wird gewährleistet.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der oben genannten Kontaktadresse zur Verfügung.
Über eine hoffentlich positive Rückmeldung und Kooperation Ihrerseits freuen sich,

Christina Salvini-Plawen und Sabrina Thomauske

Appendix 4 – Flyer

Wir sind zwei Studentinnen des Masterstudienganges LehrerInnen für Pflege und Gesundheit an der katholischen Hochschule Köln.

Für die Erstellung unserer Masterarbeit suchen wir Interviewpartner zu dem Thema:

Wie beschreiben Pflegende ihren Umgang und die pflegerische Versorgung von „obdachlosen" Patienten.

Sie:

- arbeiten auf einer **Intensivstation**, in der **Ambulanz** oder auf einer **Normalstation**
- haben nach der **Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenschulen NRW 2004** ihr Examen gemacht
- haben bereits obdachlose Patienten im Arbeitsalltag kennengelernt
- haben im **Zeitraum** vom **01. April** bis **20. Mai 2016** Zeit für ein ca. einstündiges, persönliches Interview in Form eines Gespräches

Wir:

- **garantieren:**
  Ihre persönlichen Daten und die der Beschäftigungsstelle werden selbstverständlich anonymisiert.
- **bieten an:**
  Das Interview erfolgt an einem Ort ihrer Wahl und nach terminlicher Absprache mit einer der beiden Studentinnen.

Die fertige Masterarbeit wird Ihnen auf Wunsch selbstverständlich zur Verfügung gestellt.

Bei weiteren **Fragen** oder **Interesse an der Teilnahme** würden wir uns sehr freuen wenn Sie sich bei uns unter der folgenden Kontaktadresse bis zum **31. März** melden.

Kontaktdaten:
saltho@gmx.de

Wir möchten uns bereits im Vorfeld für Ihre Kooperation und Mithilfe bedanken.

Informationen zu den Autorinnen der Masterarbeit:

Wir waren selber jahrelang in der Krankenpflege tätig und haben im stationären Umfeld gearbeitet.
Frau Thomauske in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.
Frau Salvini-Plawen in der Intensivpflege.

Wir haben beide die Ausbildung zur Praxisanleiterin absolviert und arbeiten derzeit an jeweils einer Krankenpflegeschule in Mönchengladbach bzw. Köln.

Vor zwei Jahren haben wir bereits eine gemeinsame Bachelorarbeit an der Katholischen Hochschule Köln zu einer ähnlichen Thematik verfasst. Die Ergebnisse dieser Arbeit möchten wir nun anhand von Interviews überprüfen und ergänzen.

Interviewpartner gesucht:

Appendix 5 – Teilnehmerinformationsbogen

Teilnehmerinformationsbogen

Interviewcode: _____

Vielen Dank, dass Sie sich entschieden haben an diesem Interview teilzunehmen.
Im Vorfeld des Interviews bitten wir Sie die untenstehenden Fragen zu beantworten, um dem Interviewer einen kurzen Überblick über Ihre Person zu liefern.

Generelle Daten:

1. Teilnehmeralter: _____

2. Geschlecht: _____

3. Nationalität: _____

4. Haben Sie selber oder jemand in Ihrem näheren Umfeld Wohnungslosigkeit erfahren: ja ☐ nein ☐

Ausbildung:

5. Ort der Berufsausbildung: Städtisch ☐ Ländlich ☐

6. Abschlussjahr der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung: _____

7. Berufsabschluss und Zusatzqualifikationen: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- o Gesundheits- und Krankenpfleger
- o Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie
- o Praxisanleiter
- o Stationsleitung
- o Studium mit Pflegebezug (BA, MA Abschluss)

8. Wurde Wohnungslosigkeit in der Ausbildung thematisiert: ja ☐ nein

Berufspraxis:

9. Berufspraxis in Jahren: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- o Weniger als 1 Jahr
- o 1-2 Jahre
- o 2-3 Jahre
- o 3-5 Jahre
- o 5-10 Jahre
- o Mehr als 10 Jahre

10. Berufliche Tätigkeit in folgenden Fachrichtung aktuell und in der Vergangenheit:
(zutreffendes bitte ankreuzen und mit A = aktuell und V = Vergangenheit kennzeichnen)

- o Chirurgie ___
- o Innere Medizin ___
- o Ambulanz ___
- o Orthopädie ___
- o Gynäkologie ___
- o OP/Anästhesie ___
- o Intensivstation ___

- o Andere Fachabteilung: _____

11. Häufigkeit des Kontaktes mit wohnungslosen Patienten: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- o Täglicher Kontakt
- o Wöchentlicher Kontakt
- o Monatlicher Kontakt
- o Alle 4 Monate
- o Alle 6 Monate
- o Jährlich
- o abweichendes Kontaktintervall: _____

Appendix 6 – Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zum Interview

Dieses Interview wird im Rahmen einer Masterarbeit des Studienganges Lehrer_In für Pflege und Gesundheit MA an der katholischen Hochschule Köln durchgeführt.

Titel der Masterarbeit:

Obdachlose im Krankenhaus. Was benötigen professionell Pflegende in der stationären Versorgung wohnungsloser Patienten? Eine qualitative Untersuchung.

Autoren der Masterarbeit/Interviewerinnen:	Christina Salvini-Plawen Sabrina Thomauske
Betreuende Professoren:	Prof. Dr. Cornelia Kahl (Erstprüfer) Prof. Dr. Marcus Siebolds (Zweitprüfer)

Freiwillige Teilnahme:

Die Teilnahme an dem Interview ist auf freiwilliger Basis und kann jederzeit zurückgezogen werden.

Anonymität:

Die Forscherinnen sichern Ihnen im Rahmen der Forschungsethik Anonymität zu. Die gesamten Aufzeichnungen Ihre Person betreffend werden vertraulich behandelt und an einem nicht für Dritte zugänglichem Ort aufbewahrt. Ihre Daten werden anonymisiert, Sie erhalten eine Codenummer, welche nur den beiden Forscherinnen ermöglicht, Sie zu einem Interview zuzuordnen. Diese Einwilligungserklärung wird separat von den Tonbandaufnahmen aufbewahrt.

Anlass für das Interview:

Das Interview, an dem Sie eingeladen sind teilzunehmen, bildet die Grundlage für die Masterarbeit.

Innerhalb dieser Arbeit möchten die Forscherinnen darstellen, wie professionell Pflegende aus dem stationären Pflegebereich wohnungslose Patienten versorgen. Dabei sind vor allem Ihre Einstellungen und Gefühle während der Versorgung von Interesse. Ein weiterer Aspekt, welcher beleuchtet werden soll, ist die Gesundheits-und Krankenpflegeausbildung in Hinblick auf den späteren berufspraktischen Kontakt mit

dieser Patientengruppe. Es sollen Erkenntnisse darüber erlangt werden, was professionell Pflegende für die Versorgung dieser Patientengruppe benötigen.

Vorgehen:

Wenn Sie sich entscheiden an diesem Interview teilzunehmen, werden Sie nach der Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung gebeten, einen kurzen Teilnehmerinformationsbogen auszufüllen. Dieser liefert Basisinformationen zu Ihrer Person sowie Ausbildung und Berufserfahrung. Auch Ihr Kontakt zu wohnungslosen Patienten wird ermittelt.

Im Anschluss nehmen Sie an einem face to face Interview mit einer der beiden Forscherinnen teil. Dieses Interview wird an einem im Vorfeld durch Sie festgelegten Ort und Zeitpunkt stattfinden.

Die Interviewdauer beträgt Minimum 60 Minuten bis Maximum 90 Minuten. Es steht Ihnen frei, ob Sie die gestellten Fragen beantworten.

Zum Zweck der methodengeleiteten Auswertung wird das Interview mit einem Tonband aufgenommen und diese Aufnahme wird im Anschluss in Schriftform überführt.

Zur Verfügung stellen der Interviewmitschrift und Studienergebnisse:

Auf Wunsch händigen wir Ihnen eine Kopie der Abschrift Ihres Interviews aus und stellen Ihnen nach Abschluss der Masterarbeit die Ergebnisse zur Verfügung.

Kopie der Einwilligung:

Sie erhalten eine Kopie dieser Einwilligung für Ihre persönlichen Unterlagen

Sollten Sie weiterführende Fragen inhaltlicher Art oder bezüglich Ihrer Teilnahme haben, so können Sie diese jederzeit an die beiden Forscherinnen stellen.

Wenn Sie nach dem Studium dieses Formulars einverstanden sind an diesem Interview teilzunehmen und dieses Interview auf Tonband aufzeichnen zu lassen unterschreiben Sie bitte unten.

_____	_____
Datum	Unterschrift Teilnehmer
_____	_____
Datum	Unterschrift Interviewer

Kontaktdaten der Forscherinnen:

Christina Salvini-Plawen
christina.salvini-plawen@mail.katho-nrw.de

Sabrina Thomauske
sabrina.thomauske@mail.katho-nrw.de

Forschungsadresse: saltho@gmx.de

Appendix 7 – Postinterviewprotokoll

Postinterviewprotokoll

Interviewcode: _____

Datum: _____

Uhrzeit: Beginn: _____ Ende: _____

Ort des Interviews: _____

Anmerkungen/Notizen zur Interviewsituation:

Auffälliges/Besonderheiten	
Störungen von außen (z. B. Geräusche, Personen, Telefon)	
Beschreibung des Interviewpartners (z. B. Haltung)	
Nonverbale Kommunikation (z. B. Gestik, Mimik)	
Gesprächsstimmung (z. B. gute Kommunikationssituation, Sympathie, Bereitschaft zur Teilnahme, Stimmung des Interviewpartners)	
Zugänglichkeit des Interviewpartners (z. B. Offenheit bei der Fragebeantwortung, freies Sprechen, Redefluss, Redeanteil)	
Probleme (z. B. mit der Aufnahmetechnik)	
Selbstwahrnehmung des Interviewers (z. B. Nervosität, Gefühl gegenüber dem Interviewpartner, Tagesform)	
Leitfadenbewertung (z. B. Verständnisprobleme, Nachfragen, Gesprächsfluss)	
Notizen zur Ausklangsituation (z. B. Interesse an den Ergebnissen, Interesse an der Gesamtthematik, Gesprächsinhalt nach dem Interview)	

Versicherung selbstständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit zum Thema: „Obdachlose im Krankenhaus. Was benötigen professionell Pflegende in der stationären Versorgung wohnungsloser Patienten? Eine qualitative Untersuchung.“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Köln, den 01.07.2016

_____

Christina Salvini-Plawen

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit zum Thema: „Obdachlose im Krankenhaus. Was benötigen professionell Pflegende in der stationären Versorgung wohnungsloser Patienten? Eine qualitative Untersuchung.“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Mönchengladbach, den 01.07.2016

_____

Sabrina Thomauske

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Masterarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, ausgestellt wird.

Köln, den 01.07.2016

_____

Christina Salvini-Plawen

Ich bin damit einverstanden, dass meine Masterarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, ausgestellt wird.

Mönchengladbach, den 01.07.2016

_____

Sabrina Thomauske