

BACHELORARBEIT

Herausforderungen in der Pflege palliativ behandelter und obdachloser Patient*innen

Vorgelegt am 31. Mai 2023

von Malin Schröder

1. Prüferin: Sonja Owusu Boakye
2. Prüfer: Marc Hohrath

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund: Etwa 263.000 Menschen, vorwiegend männlich und durchschnittlich 44 Jahre alt, sind in Deutschland wohnungslos. Wohnungslose Menschen sind häufig von gesundheitlichen Problemen betroffen. Über die Hälfte der wohnungslosen Menschen leiden an langfristigen Erkrankungen. Die Wohnungslosigkeit führt zu fehlenden Voraussetzungen für eigenständiges Leben, mangelnder Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten, was ihre physische und psychische Gesundheit stark beeinträchtigt.

Forschungsziel: Das Ziel der Bachelorarbeit ist, herauszufinden, welchen besonderen Herausforderungen obdachlose Menschen, die eine palliative Behandlung benötigen, ausgesetzt sind und mit welchen Kompetenzen und Unterstützungsmöglichkeiten Pflegende bei diesen Herausforderungen helfen können.

Methodik: Um die Fragestellung zu beantworten, wurde eine umfassende Suche nach relevanten wissenschaftlichen Artikeln in spezialisierten Datenbanken wie PubMed, Cinahl und Cochrane durchgeführt. Zusätzlich wurde die Suche durch manuelle Recherchen in Google Scholar sowie in den Bibliotheksdatenbanken der Hochschule für Angewandte Wissenschaften und der Universität Hamburg erweitert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der inkludierten Studien geben bedeutungsvolle Hinweise dafür, dass es in verschiedenen Bereichen Herausforderungen in der Pflege von obdachlosen Menschen, die eine palliative Versorgung benötigen gibt. Diese Bereiche umfassen die Zugangsprobleme, die Bedürfnisse, Spannungen zwischen Selbstbestimmung und Fachkompetenz, den unvorhersehbaren Krankheitsverlauf, das soziale Netzwerk, die ambivalente Einstellungen zur Pflege, das herausfordernde Verhalten und die komplexen Pflegeanforderungen.

Fazit: Die spezifischen Bedürfnisse obdachloser Menschen mit palliativen Erkrankungen erfordern eine angepasste Betreuung. Diese Betreuung bietet wichtige Implikationen für die Praxis, um die palliative Versorgung dieser vulnerablen Gruppe zu verbessern.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Abbildungsverzeichnis | I |
| Tabellenverzeichnis..... | II |
| 1. Einleitung | 1 |
| 1.1 <i>Hintergrund</i> | 2 |
| 1.2 <i>Forschungsfrage und Forschungsziele</i> | 4 |
| 2. Palliative Pflege obdachloser Menschen | 5 |
| 2.1 <i>Begriffsbestimmungen</i> | 5 |
| 2.2 <i>Bedürfnisse von Menschen in der palliativen Versorgung</i> | 7 |
| 2.3 <i>Gesundheitliche Situation von Menschen ohne Obdach</i> | 8 |
| 2.4 <i>Gesetzliche Rahmenbedingungen und Hilfesystem</i> | 9 |
| 3. Methodik..... | 13 |
| 3.1 <i>PICO-Schema</i> | 15 |
| 3.2 <i>Ein- und Ausschlusskriterien.....</i> | 15 |
| 3.3 <i>Suchkriterien</i> | 16 |
| 4. Ergebnisse | 16 |
| 4.1 <i>Zugang zur Versorgung</i> | 18 |
| 4.2 <i>Barrieren in der Palliativversorgung obdachloser Menschen.....</i> | 19 |
| 4.3 <i>Soziales Netzwerk.....</i> | 22 |
| 4.4 <i>Komplexität der Pflege</i> | 24 |
| 4.5 <i>Unterstützung, Beratung und Anleitung der Pflegenden.....</i> | 26 |
| 4.6 <i>Empfehlungen für die Praxis</i> | 29 |
| 5. Diskussion | 30 |
| 6. Fazit/Ausblick | 37 |
| Literaturverzeichnis..... | 39 |
| Anhangsverzeichnis..... | 44 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| <i>Abbildung 1 Ebenen des Total-Pain-Modells.....</i> | <i>7</i> |
| <i>Abbildung 2 Die Bedürfnispyramide von Maslow</i> | <i>8</i> |
| <i>Abbildung 3: Flowchart-Diagramm der systematischen Literaturrecherche nach PRISMA.....</i> | <i>14</i> |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| <i>Tabelle 1 Bestandteile der Fragestellung anhand des PIKO-Schemas</i> | <i>15</i> |
| <i>Tabelle 2 Darstellung der inkludierten Studien</i> | <i>17</i> |

1. Einleitung

Laut dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales geht man in Deutschland von rund 263.000 wohnungslosen Menschen aus. Fast zwei Drittel der Wohnungslosen sind männlich und im Schnitt sind die wohnungslosen Menschen 44 Jahre alt (Tagesschau, 2022). Mehr als die Hälfte der wohnungslosen Personen geben an, unter einer langfristigen Erkrankung oder Behinderung zu leiden. Der Gesundheitszustand wird von 31 Prozent der wohnungslosen Personen, die in der Wohnungsnotfallhilfe untergebracht sind und von 40 Prozent der wohnungslosen Personen ohne Unterkunft als schlecht bewertet (Bundesministeriums & für Arbeit und Soziales, 2022, S. 11). Durch die Situation der Wohnungs- und Obdachlosigkeit fehlt den Menschen auch die Voraussetzung zu einer eigenständigen Lebensführung. Wohnungslose und obdachlose Menschen sind der Öffentlichkeit ausgesetzt und verfügen somit über keine Rückzugsmöglichkeiten, keine Privatsphäre und dadurch auch über keine Ermöglichung der physischen und psychischen Erholung und Entspannung (Stefan Gillich, 2016, S. 6). Aufgrund der Lebensbedingungen erfahren wohnungs- und obdachlose Menschen häufiger einen mangelhaften Gesundheitszustand. Die Entstehung und Entwicklung von Erkrankungen wird von Faktoren wie, schlechtem Schlaf, mangelnder Ernährung, Stress, Witterung, Angst, Gewalterfahrung sowie psychischer Erkrankungen und Infektionserkrankungen stark negativ beeinflusst. Weitere wichtig zu erwähnende Faktoren sind Stigmatisierung und Ausgrenzung der wohnungslosen Menschen. Dadurch wird der niedrige soziale Status der Betroffenen meist aufrechterhalten. Oftmals sterben wohnungslose Menschen früher als der Durchschnitt der Bevölkerung und meist ohne Trost, allein und in unpersönlichen Räumen (Hospiz und Wohnungslosigkeit, 2017, S. 21 ff.). Die Pflege von palliativ behandelten und obdachlosen Patient*innen ist ein komplexes Thema, das sowohl pflegerische, soziale als auch ethische Aspekte umfasst. In der pflegerischen Perspektive wird die palliative Versorgung als Behandlungskonzept betrachtet. Die soziale Perspektive bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Ungleichheit. Die ethische Perspektive bezieht sich auf die moralischen Aspekte der Pflege und Behandlung von Patient*innen am Lebensende. Die Persönliche Motivation dieser Thematik erschließt sich durch praktische Erfahrungen aus dem Hospiz und Krankenhaussetting. In diesem Sinne liegt ein

besonderes Interesse daran auch eine Gruppe von Menschen die oft nicht ausreichend unterstützt oder benachteiligt wird zu unterstützen und eine angemessene palliative Versorgung zu ermöglichen.

Aufbau der Arbeit

Im Folgenden wird der Hintergrund der Thematik, welcher den Kontext und die Relevanz des Themas beleuchtet, beschrieben. Anschließend werden die Forschungsfrage und die Forschungsziele der Arbeit formuliert. Im nächsten Abschnitt wird das Thema der palliativen Pflege obdachloser Menschen eingeführt und näher erläutert. Hier werden zunächst wichtige Begriffe definiert, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen. Anschließend werden die spezifischen Bedürfnisse von Menschen in der palliativen Versorgung betrachtet. Die gesundheitliche Situation von Menschen ohne Obdach wird analysiert und die relevanten gesetzlichen Rahmenbedingungen und Hilfesysteme werden untersucht. Danach folgt der methodische Teil der Arbeit. Dieser beschreibt den Ansatz, mit dem die Forschungsfrage beantwortet wurde. Hier wird das PICO-Schema verwendet und die Ein- und Ausschlusskriterien werden festgelegt, um die Auswahl der Studien zu begründen. Die Suchkriterien werden definiert, um eine systematische Literaturrecherche durchzuführen. Im Anschluss werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche präsentiert. Dabei werden verschiedene Aspekte der palliativen Pflege obdachloser Menschen betrachtet. Anschließend werden Empfehlungen für die Praxis abgeleitet. Daraufhin werden die Ergebnisse der Arbeit diskutiert. Abschließend wird ein Fazit gezogen und ein Ausblick auf weitere Forschung gegeben.

1.1 Hintergrund

Palliativ versorgte obdachlose Menschen stehen vor verschiedenen Herausforderungen. Eine fehlende Tagesstruktur und eine nicht mögliche regelmäßige Anwesenheit an einem Ort wirken sich erschwerend auf eine kontinuierliche Begleitung einer Erkrankung, die palliativ behandelt werden sollte, aus (Hospiz und Wohnungslosigkeit, 2017, S. 24 f.). Durch die schwierigen Lebensverhältnisse sind Menschen ohne Obdach besonders gefährdet krank zu werden. Meist erhalten sie im Alltag nur wenig Aufmerksamkeit (Gerhard,

Christoph, 2015, S. 199f.). Das Gesundheitssystem ist grundsätzlich auf eine Versorgung von eigenverantwortlich, handelnden Menschen ausgelegt. Die Notwendigkeit medizinische oder pflegerische Hilfe aufsuchen zu müssen, kann jedoch für wohnungslose Menschen aufgrund von Unverständnis von Abläufen und Zuständigkeiten oder Angst vor Ablehnung aufgrund von Aussehen oder sozialem Status eine Überforderung darstellen. Des Weiteren können seelische Belastungen, fehlende Krankheitseinsicht sowie eine veränderte Selbstwahrnehmung Gründe dafür sein, dass medizinische Einrichtungen nicht aufgesucht oder nach kurzem Aufenthalt ohne medizinische Versorgung wieder verlassen werden. Oft ist der offizielle angemeldete Wohnsitz von großer Bedeutung für den Zugang von Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems. Dies gilt auch für die medizinische und pflegerische Versorgung bei einer schwerwiegenden Erkrankung, die eine palliative Behandlung erfordert (Hospiz und Wohnungslosigkeit, 2017, S. 21 f.).

Relevanz für die Pflegepraxis

Wenn obdachlose Menschen an unheilbaren Krankheiten leiden, ist es besonders wichtig, ihnen eine einfühlsame und kompetente Pflege zukommen zu lassen, um ein würdevolles Leben bis zum Ende zu ermöglichen. Unter dem Begriff 'wohnungslos' fallen nicht nur spezifische Personengruppen, sondern vielmehr diejenigen, die nicht in der Lage sind, eigenständig ihr Recht auf angemessenes Wohnen zu realisieren. Im Verlauf des Lebens bauen sich die Auswirkungen dieser Situation auf und haben langfristige Folgen, die auch noch lange Zeit nach der Überwindung spürbar sind. Diese Erfahrungen prägen den Menschen und umfassen mehr als nur den Wohnungsverlust. Es geht um das Fehlen von Heimat, Geborgenheit, Sicherheit, Vertrauen und Privatsphäre (Raischl et al., 2019, S.113). Die essenzielle Begriffe der Palliative Pflege sind Autonomie, Lebensqualität und Würde. Außerdem erfordert die palliative Versorgung im Umgang mit verschiedensten Menschen enorm viel Flexibilität und Kreativität (Paal, Grünwald, Rizzi, & Palliativverband, 2019, S. 19). Pflegenden in der Palliativversorgung bieten eine individuelle Zuwendung in der Versorgung und Fürsorge der unterschiedlichen Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen. Sie nehmen die individuellen Ressourcen des Erkrankten wahr und beachten die persönliche

Würde jedes einzelnen Menschen. Jeder Mensch, unabhängig von seinem Glauben, seiner Herkunft, seinem Alter, seiner Weltanschauung und seinem Geschlecht steht durch die Pflegenden in der Palliativ Versorgung eine respektvolle Versorgung und Fürsorge zu (DGP, 2012, S. 2). Somit zeigt sich, dass die Thematik der palliativen Pflege von obdachlos lebenden Menschen von großer Bedeutung für die Pflege ist.

1.2 Forschungsfrage und Forschungsziele

Das Forschungsvorhaben konzentriert sich auf eine umfassende Untersuchung der komplexen Herausforderungen bei der Pflege von Patientinnen, die sowohl palliativ behandelt werden als auch obdachlos sind. Das vorrangige Ziel dieser Arbeit besteht darin, spezifische Herausforderungen zu identifizieren, die im Zusammenhang mit der Betreuung dieser Patientinnen auftreten, sowie geeignete Bewältigungsstrategien und Ressourcen zu finden, die eine effektive und geeignete Pflege gewährleisten können. Durch die Bearbeitung dieses Themas wird angestrebt, einen Beitrag zur Entwicklung einer sensiblen und bedarfsgerechten Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe zu leisten. Das Forschungsvorhaben umfasst eine systematische Literaturrecherche.

Daraus ergibt sich die Hauptfragestellung:

Welche Herausforderungen bestehen bei Menschen, die obdachlos sind und einen palliativen Versorgungsbedarf aufweisen?

Weitere relevante Fragestellungen lauten wie folgt:

- **Wie können Pflegende, Menschen ohne Obdach, die eine palliative Behandlung benötigen, unterstützen?**
- **Über welche Kompetenzen sollten Pflegende im Umgang mit Menschen ohne Obdach, die an einer palliativ behandelten Erkrankung leiden, verfügen?**

2. Palliative Pflege obdachloser Menschen

Im Folgenden werden die verschiedenen Begrifflichkeiten der Wohnungs- und Obdachlosigkeit sowie der Palliativen Versorgung genauer definiert. Es ist von Relevanz, sich zunächst mit den Bedürfnissen der obdachlosen Menschen zu beschäftigen um anschließend die Bereiche, in denen Herausforderungen bestehen zu betrachten. Daher wird in den Unterpunkten dieses Kapitels auf die allgemeinen Bedürfnisse von Menschen während der palliativen Pflege und anschließend auf die Bedürfnisse von obdachlosen Menschen eingegangen. Abschließend werden in diesem Kapitel die gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie das Hilfesystem beschrieben, um einen umfassenden Einblick in den rechtlichen und strukturellen Rahmen der palliativen Versorgung obdachloser Menschen zu ermöglichen.

2.1 Begriffsbestimmungen

Wohnungs- und Obdachlosigkeit

Die Begrifflichkeiten der Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit werden von der Gesellschaft häufig als Synonyme verwendet. Insgesamt ist Wohnungslosigkeit ein breiter Begriff, der jede Form von unstabilem Wohnen umfasst, während Obdachlosigkeit spezifischer auf Menschen ausgerichtet ist, die auf der Straße leben. Es ist jedoch von Relevanz zu erwähnen, dass die Begrifflichkeiten der Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit zu unterscheiden sind. Wohnungslose Menschen, sind Menschen, die in Wohnungsloseneinrichtungen wie zum Beispiel: Übergangwohnheimen, in Frauenhäusern oder Asylen und Herbergen wohnen. Obdachlosigkeit hingegen bezieht sich auf Menschen, die auf der Straße oder in öffentlichen Räumen leben, ohne einen festen Wohnsitz zu haben. Menschen, die in Notunterkünften oder Notschlafstellen unterkommen werden, ebenfalls als obdachlos bezeichnet (FEANTSA, 2005; Raischl et al., 2019, S. 113). Die Europäische Typologie für Wohnungslosigkeit (FANTSA) definiert die Begrifflichkeiten für den europäischen Raum. Dies ist wichtig zu erwähnen, da in dieser Arbeit Literatur aus zum Beispiel den Niederlanden verwendet wird. Im englischen Sprachgebrauch bestehen keine Unterschiede zwischen den Begrifflichkeiten der Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit. Es wird der Begriff

“Homeless“ verwendet (Homeless definition and meaning | Collins English Dictionary, 2023). In dieser Arbeit werden vorrangig literarische Werke einbezogen, die sich auf Personen in Obdachlosigkeit fokussieren. Während der Recherche der Definitionen wurde festgestellt, dass der Begriff "obdachlos" aufgrund potenzieller stigmatisierender Effekte teilweise umstritten ist. Dennoch ist dieser Begriff in der gefundenen Literatur vorherrschend. Daher ist es wichtig zu betonen, dass in dieser Arbeit der Begriff "Obdachlosigkeit" keinerlei Diskriminierung beabsichtigt.

Palliative Versorgung

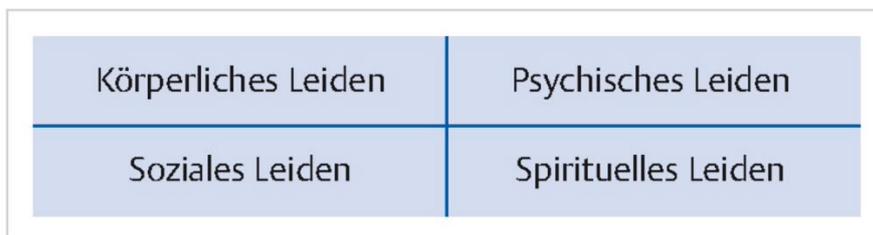
Palliative Versorgung ist eine Form der Pflege, die darauf abzielt, die Lebensqualität von Patient*innen zu verbessern, die an einer schweren, fortgeschrittenen Erkrankung leiden, bei der eine Heilung nicht mehr möglich ist. Das Ziel der palliativen Versorgung ist es, Schmerzen und andere Symptome zu lindern, emotionale und spirituelle Unterstützung zu bieten sowie Patient*innen und ihre Familien bei der Bewältigung der Erkrankung zu unterstützen (World Health Organization [WHO], 2022). Palliative Pflege kann in verschiedenen Settings erfolgen, wie zum Beispiel im Krankenhaus, Hospiz oder zu Hause. Es umfasst eine breite Palette von Dienstleistungen wie Schmerzmanagement, Symptomkontrolle, psychologische Unterstützung, Beratung zu Ernährung und Bewegung sowie spirituelle Unterstützung (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin [DGP], 2022). In Deutschland gibt es verschiedene Angebote für die palliative Pflege, die von spezialisierten Teams in Krankenhäusern bis hin zu ambulanten Hospizdiensten reichen. Diese Dienste arbeiten oft eng mit Ärzten, Pflegepersonal und anderen medizinischen Fachkräften zusammen, um eine umfassende und koordinierte Versorgung sicherzustellen. Die palliative Pflege hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, da die Lebenserwartung gestiegen ist und immer mehr Menschen an chronischen und unheilbaren Krankheiten leiden. Die palliative Pflege bietet Patient*innen und ihren Familien die Möglichkeit, die verbleibende Zeit in Würde und mit maximaler Lebensqualität zu verbringen (DGP, 2022).

2.2 Bedürfnisse von Menschen in der palliativen Versorgung

Um die spezifischen Bedürfnisse von Menschen in der palliativen Versorgung angemessen zu berücksichtigen und eine individuelle Versorgung sicherzustellen, ist es besonders wichtig, dass Pflegekräfte in der Lage sind, Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen zu erkennen, zu erfassen und zu bewerten. Es ist wichtig, die Wünsche einer Patientin oder eines Patienten in ihrer oder seiner letzten Lebensphase zu berücksichtigen und sicherzustellen, dass diese auch nach ihrem oder seinem Tod erfüllt werden. Das kann den Patient*innen sowie ihren Angehörigen Entlastung bieten.

Um auf die Bedürfnisse von Menschen in der palliativen Versorgung einzugehen ist es wichtig eine ganzheitliche Perspektive einzunehmen. Cicely Saunders entwickelte das Total-Pain-Modell, welches das Leiden von Menschen mit schweren Erkrankungen in vier Ebenen betrachtet: körperlich, psychisch, sozial und spirituell. Häufig sind alle diese Ebenen gleichzeitig betroffen.

Abbildung 1 Ebenen des Total-Pain-Modells



Quelle: Christoph Gerhard, 2015, S.16

Das Total-Pain-Modell berücksichtigt im Gegensatz zu psychosomatischen Modellen, die sich auf physiologische oder psychische Ursachen konzentrieren, dass das Leiden gleichzeitig durch mehrere Dimensionen verursacht wird. Das Modell hat das Ziel zu jeder Zeit parallel körperliches, psychisches, Soziales und spirituelles Leiden zu berücksichtigen. Das Total-Pain-Modell eignet sich besonders für die palliative Versorgung von schwer- oder todkranken Menschen, da es ihre Multidimensionalität berücksichtigt. Das "Total Care" Konzept, berücksichtigt, alle Bedürfnisse in einer Hierarchie, die der Maslow'schen Bedürfnispyramide ähnelt.

Abbildung 2 Die Bedürfnispyramide von Maslow



Quelle: Christoph Gerhard, 2015, S.16

Es müssen körperliche Bedürfnisse wie zum Beispiel die Schmerzlinderung zuerst befriedigt werden, bevor psychische, soziale und spirituelle Aspekte in den Fokus rücken. Alle Bedürfnisse sind gleich wichtig, müssen aber in einer bestimmten Reihenfolge bearbeitet werden. Das multiprofessionelle Team in der Palliativversorgung hat zum Ziel, eine umfassende Versorgung der Patient*innen zu gewährleisten und dabei auf die verschiedenen Dimensionen des Total-Pain-Konzepts einzugehen. Jede Berufsgruppe bringt dabei ihre eigenen fachlichen Kompetenzen und Perspektiven ein, um eine ganzheitliche Betreuung zu ermöglichen. Die Zusammenarbeit und Koordination der verschiedenen Berufsgruppen in einem multiprofessionellen Team ist von großer Bedeutung für eine erfolgreiche Palliativversorgung (Christoph Gerhard, 2015, S.16 f.).

2.3 Gesundheitliche Situation von Menschen ohne Obdach

Obdachlose Menschen mit palliativen Erkrankungen benötigen eine umfassende palliative Versorgung, um ihre Symptome zu lindern und ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Unterstützung von Pflegenden und anderen Fachkräften ist dabei unerlässlich, um die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen dieser Patient*innen zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. Um dem palliativen Versorgungsbedarf von Menschen ohne Obdach gerecht zu werden ist es essenziell, die Menschen so zu akzeptieren, wie sie leben (Gerhard, Christoph, 2015, S.200). Um sich mit den Herausforderungen der obdachlosen Menschen, die eine palliative Behandlung aufweisen, zu beschäftigen und um die Pflegesituation erkennen, erfassen und bewerten zu können, ist es wichtig zunächst den Gesundheitszustand genauer zu untersuchen. In einer selektiven Übersichtsarbeit

des Ärzteblattes wurden 2017 häufige Erkrankungen von Wohnungslosen, insbesondere obdachlosen Menschen untersucht. Häufig leiden sie unter einem schlechten gesundheitlichen Zustand. Sie sind verschiedenen psychiatrischen und somatischen Erkrankungen ausgesetzt und müssen extreme Witterungsbedingungen wie Hitze, Kälte und Nässe ertragen. Mangelnde oder unzureichende Ernährung, chronischer Alkoholmissbrauch und eingeschränkte Körperhygiene fördern außerdem Infektionen und Parasitenbefall. Zusätzlich haben sie ein erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalttaten zu werden. Gemäß einer Obduktion von 207 wohnungslosen Menschen in Hamburg wurde festgestellt, dass die häufigste Todesursache eine Intoxikation war (25%), gefolgt von Herz- und Gefäßerkrankungen (17%), Infektionen (15%), Suiziden (9%), Unfällen (7%) und gastrointestinalen Erkrankungen (6%) (Ärzteblatt, 2017). In einem narrativen Literaturreview der Jahre 2009-2019 wurden ebenfalls die somatischen Erkrankungen wohnungsloser Menschen in Deutschland untersucht. Häufig wurden Herz-Kreislauf-Erkrankungen (17% bis 37,2%), Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (20%) sowie Atemwegserkrankungen (7% bis 24%) berichtet. Je nach Rekrutierungsort traten auch vermehrt Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Hepatitis B und C auf. Die Ergebnisse zeigten hohe Prävalenzen für bestimmte Krankheitsbilder, wobei Unterschiede zwischen verschiedenen Unterbringungsformen von obdachlosen Menschen festgestellt wurden. Hauterkrankungen und Verletzungen wurden als häufige Behandlungsanlässe bei obdachlosen Menschen identifiziert, während sie bei wohnungslosen Menschen weniger präsent waren. Es wurden auch Vorerkrankungen und ein riskantes Gesundheitsverhalten erfasst, sowie die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität von obdachlosen Menschen (Schindel et al., 2020, S. 1195 ff.).

2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Hilfesystem

Um eine bedarfsgerechte und palliative Versorgung zu gewährleisten sollte sich das Pflegehandeln im Kontext der Wohnungslosigkeit an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen und wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten. Im folgenden Text werden daher die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Wohnungslosigkeit und die Struktur des Hilfesystems beschrieben.

Gesetzliche Grundlagen

Bei Wohnungslosigkeit sind die Sozialgesetzbücher II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) und III (verschiedene Instrumente der aktiven Arbeitsförderung) und XII (Sozialhilfe), sowie das SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen. Die Grundsicherung für Arbeitsuchende wird durch das Sozialgesetzbuch II (SGB II) geregelt, also insbesondere die Gewährung von Arbeitslosengeld II. Das Sozialgesetzbuch III (SGB III) wiederum befasst sich mit der Arbeitsförderung, also Maßnahmen, die dazu dienen, die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen zu verbessern und ihnen die Integration in den Arbeitsmarkt zu erleichtern (BMAS - Leistungen der Arbeitsförderung, 2019). Die Sozialhilfe kann bei Bedürftigkeit als finanzielle Unterstützung in Anspruch genommen werden. Dies betrifft beispielsweise die Übernahme von Miet- und Heizkosten sowie den Bedarf an Lebensmitteln. Im Falle einer palliativen Erkrankung können auch zusätzliche Leistungen gewährt werden, wie z.B. die Übernahme von Kosten für notwendige Pflegehilfsmittel oder Unterstützung bei der Sterbebegleitung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022). Das SGB V der Gesetzliche Krankenversicherung regelt die medizinische Versorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen. Obdachlose Menschen haben grundsätzlich einen Anspruch auf medizinische Versorgung. Palliativmedizinische Leistungen sind Teil der gesetzlichen Krankenversicherung und können daher auch für obdachlose Menschen in Anspruch genommen werden. Die Medizinische Grundversorgung außerhalb des Krankenversicherungssystems wird von Einrichtungen der "solidarischen Gesundheitsversorgung" angeboten, um Menschen ohne Krankenversicherung Behandlungsmöglichkeiten zu bieten (BAGFW, 2020). Laut dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales haben fast die Hälfte (47%) der Personen, die wohnungslos sind oder verdeckt wohnungslos waren, ihre eigene Wohnung ausschließlich oder auch wegen Mietschulden verloren. Gleichzeitig haben 47 % dieser Menschen keine Hilfe gesucht, um den Verlust der Wohnung abzuwenden. Unter denjenigen, die erfolglos Hilfe gesucht haben, haben etwa ein Drittel das Jobcenter (38 %), die Stadt (37 %) oder eine Beratungsstelle (33 %) um Unterstützung gebeten. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gibt an, dass im Sozialgesetzbuch II und XII der Gesetzgeber Möglichkeiten vorgesehen hat, um Personen zu unterstützen, die von

Wohnungslosigkeit bedroht sind. Wenn zum Beispiel eine Klage auf Räumung von Wohnraum wegen Mietschulden eingereicht wird, wird das örtlich zuständige Jobcenter oder der zuständige Träger der Sozialhilfe informiert, um Hilfe bereitzustellen oder den Wohnraum zu sichern (BMAS, 2022).

Struktur des Hilfesystems

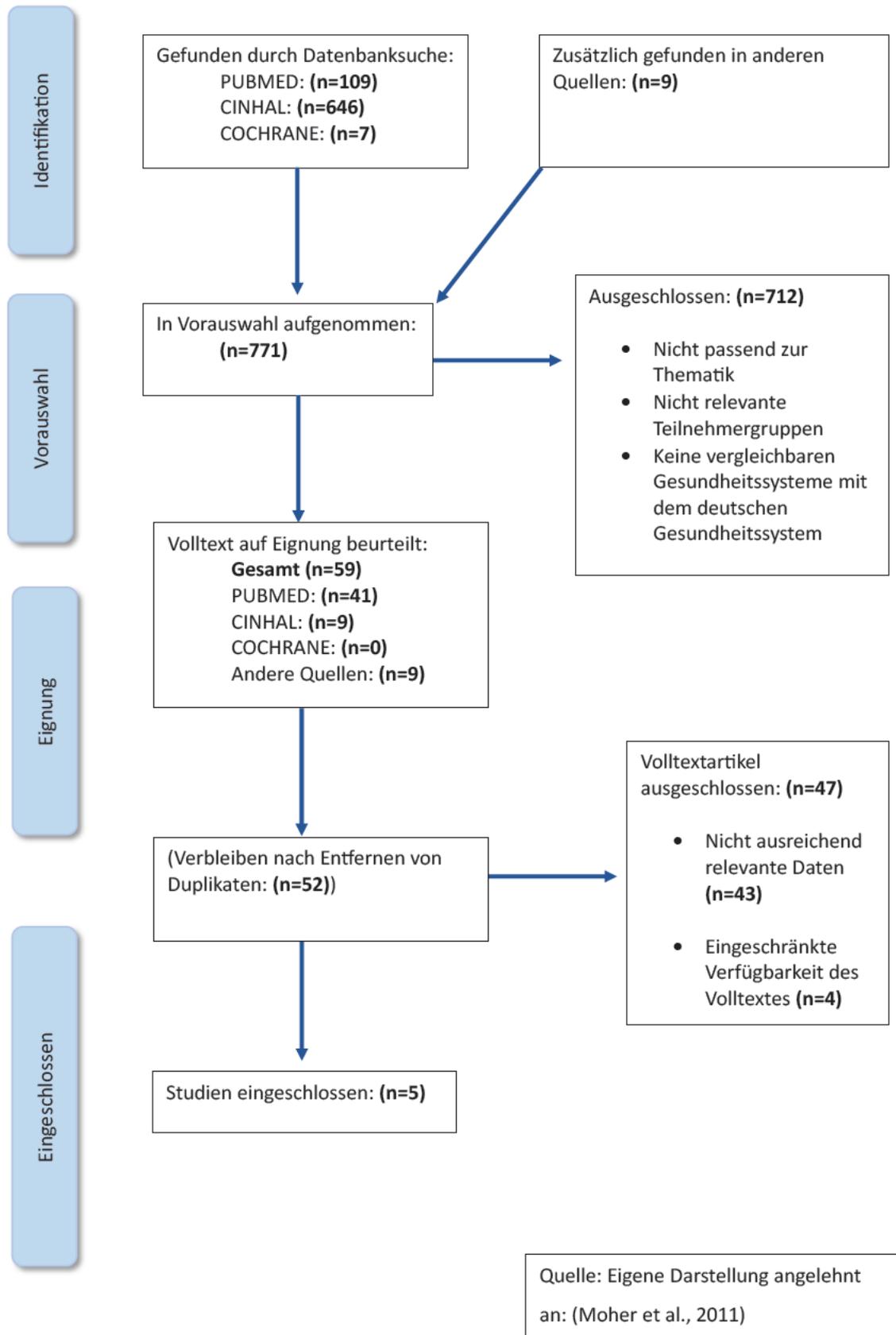
Es gibt verschiedene Hilfsangebote für wohnungslose Menschen, die hauptsächlich nach Lebenslagen und speziellen Bedürfnissen wie Gesundheit, Alter oder Migration ausgerichtet sind. Es bestehen verschiedene Formen der Unterstützung, darunter ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfsangebote, die jedoch regional auf unterschiedliche Weise miteinander verknüpft sind. Ambulante Hilfen umfassen Fachberatungsstellen, Betreuung in Wohnformen und mobile Hilfeleistungen, während stationäre und teilstationäre Hilfen sozialpädagogische Beratung, individuelle Unterstützung, medizinische Versorgung und Betreuung bereitstellen (Hospiz und Wohnungslosigkeit, 2017, S. 16 f.). Da unterschiedliche begriffliche Konstruktionen im Hilfesystem existieren, kann dies jedoch durch die verschiedenen Zuständigkeiten, zu einer uneinheitlichen Aufteilung von Verantwortlichkeiten und somit zu Rechtsproblemen führen (Simon, 2017, S. 97). Des Weiteren sind die Kommunen verpflichtet, Notunterkünfte bereitzustellen. Diese sind jedoch oft unzureichend und bieten keine vertragliche Absicherung. Besonders problematisch ist die Situation für alleinstehende wohnungslose Menschen, die oft auch mit sozialen Schwierigkeiten kämpfen. Es gibt verschiedene Einrichtungen, in denen diese Menschen Unterstützung finden können, aber eine flächendeckende Versorgung mit angemessenen Unterkünften fehlt (Simon, 2017, S. 98). In Notunterkünften, die eigentlich nur kurzfristig genutzt werden sollten, leben viele obdachlose Menschen über einen längeren Zeitraum. Sie erhalten dort neben einem Schlafplatz auch Essen und Waschmöglichkeiten. Das Hilfesystem stellt ambulante Unterstützung durch Beratungsstellen und begleitete Wohnformen zur Verfügung, die jedoch aufgrund eines Mangels an Wohnraum ihre Kapazitätsgrenzen erreichen (Simon, 2017, S. 99). Es gibt verschiedene Projekte zur medizinischen Versorgung von obdachlosen Menschen, darunter auch niedrigschwellige Projekte, die direkt auf der Straße stattfinden. Des Weiteren werden Kooperationen mit ambulanten Ärzten, Pflegediensten und

Krankenhäusern durchgeführt. Die Struktur, Finanzierung und Ausstattung dieser Projekte variieren und sind hauptsächlich in größeren Städten vorhanden. Trotz dieser Bemühungen hat sich die gesundheitliche Situation der obdachlosen Menschen seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 verschlechtert. Die Projekte werden sowohl von lokalen als auch überregionalen Trägern, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, dem Land, dem Bund, der EU, Spenden und Krankenscheinabrechnungen finanziert. Jedoch ist die Finanzierung stets unsicher und abhängig von den örtlichen Ressourcen (Simon, 2017, S. 154 f.). Spenden für obdachlose Menschen in Deutschland sind von großer Bedeutung. Sie können dazu beitragen, dass Organisationen, die sich für obdachlose Menschen einsetzen, ihre Arbeit fortsetzen und ausbauen können. Diese Organisationen bieten nicht nur Unterkunft und Versorgung, sondern auch soziale Unterstützung und Hilfestellung bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Ein Beispiel hierfür ist die Caritas, die in Deutschland zahlreiche Einrichtungen für obdachlose Menschen betreibt (Deutscher Caritasverband e.V., 2023). Die Bemühungen der Projekte sind darauf ausgerichtet, obdachlose Menschen an das Regelversorgungssystem heranzuführen (Simon, 2017, S. 154). Die medizinische Hilfe sollte Teil weiterführender Hilfen sein, die der Entwicklung von Lebensperspektiven dienen (Simon, 2017, S. 155 ff.). Die Nachfrage nach Pflegeplätzen für ältere Menschen mit einer herausfordernden Biografie, die eine langjährige Wohnungslosigkeit erfahren haben und mit sozialen Herausforderungen konfrontiert sind, nimmt kontinuierlich zu. Aufgrund der Überlastung des bestehenden Unterstützungsangebots für ältere Menschen ist ein steigender Bedarf an Einrichtungen entstanden, die maßgeschneiderte Programme für ältere und ehemals wohnungslose Menschen anbieten. Allerdings bestehen Finanzierungsprobleme im Bereich der pflegerischen Hilfen für diese Zielgruppe, und die Bedeutung qualifizierter Sozialarbeit wird häufig nicht ausreichend anerkannt (Simon, 2017, S. 157 f.).

3. Methodik

Von Mitte April bis Anfang Mai 2023 wurde eine gründliche und systematische Literaturrecherche durchgeführt, um umfassende Informationen zu sammeln. Die Recherche erstreckte sich über mehrere Datenbanken, darunter PubMed (Public Medicine), Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) und Cochrane Library. Der Prozess begann mit dem Lesen der Überschriften und Abstracts der identifizierten Studien und Publikationen, um irrelevante Ergebnisse auszusortieren und den Fokus auf relevante Informationen zu legen. Anschließend wurde der Volltext der verbleibenden Ergebnisse sorgfältig geprüft, um sicherzustellen, dass sie für die Fragestellung relevant waren. Neben der Datenbankrecherche in PubMed wurden auch andere Ressourcen genutzt, um eine breitere Perspektive zu erhalten. Eine Handsuche in Google Scholar wurde durchgeführt, um mögliche zusätzliche relevante Quellen zu identifizieren. Um sicherzustellen, dass keine wichtigen Quellen übersehen wurden, wurden auch die Bibliotheken der Hochschule für Angewandte Wissenschaften und der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg durchsucht. In diesen Bibliotheken wurde gezielt nach relevanten Zeitschriften und Veröffentlichungen zum Thema gesucht. In Abbildung 3 wird der Prozess der Literaturrecherche in Form eines Flowchart-Diagramms dargestellt. Es gibt einen visuellen Überblick über den Prozess der Literaturrecherche und -auswahl. Es zeigt die verschiedenen Schritte, die unternommen wurden, um relevante Studien zu identifizieren. Diese sind in Identifikation, Vorauswahl, Eignung und Einschluss unterteilt. Des Weiteren zeigt es auch die Gründe, warum Studien ausgeschlossen wurden, um die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der systematischen Literaturrecherche sicherzustellen. Am Ende konnten 5 relevante Studien herausgefiltert werden. Darüber hinaus wurde durch die umfassende Recherche in den Fachbibliotheken ein Fachbuch in den Ergebnisteil der Arbeit mit eingebunden.

Abbildung 3: Flowchart-Diagramm der systematischen Literaturrecherche nach PRISMA



3.1 PICO-Schema

Die folgende Tabelle zeigt die Bestandteile der Fragestellung anhand des PIKO-Schemas.

Tabelle 1 Bestandteile der Fragestellung anhand des PIKO-Schemas

| | |
|--------------------------------------|---|
| P→Patient*innen/Patient*innengruppe: | Personen ohne Obdach mit palliativem Versorgungsbedarf |
| I→Intervention/Behandlung: | Ermittlung der Herausforderungen und Besonderheiten der gesundheitlichen Versorgung von Menschen, die palliativ erkrankt und obdachlos sind. |
| C→Vergleich/Alternative: | Kein spezifischer Vergleich oder Alternativansatz, da es sich um eine Frage nach Herausforderungen und nicht nach vergleichenden Ansätzen handelt |
| O→Outcome/Ergebnis: | Identifizierung der Herausforderung und Besonderheiten und der möglichen Unterstützungsmöglichkeiten |

Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an (T. Nordhausen & J. Hirt, 2018, S. 11)

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die systematische Literaturrecherche wurden bestimmte Einschluss- und Ausschlusskriterien festgelegt. Einschlusskriterien waren Studien, die sich mit der Pflege von obdachlosen Patient*innen mit palliativen Erkrankungen beschäftigten und in englischer oder deutscher Sprache verfasst wurden. Zudem sollten sie in Ländern mit vergleichbaren Gesundheitssystemen wie dem deutschen Gesundheitssystem durchgeführt worden sein. Außerdem sollten die Teilnehmer*innen über 18 Jahre alt sein. Hingegen wurden Studien ausgeschlossen, die sich nicht mit der Pflege von obdachlosen Patient*innen mit palliativen Erkrankungen beschäftigten, aus Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen als dem eigenen stammten oder bei denen die

Teilnehmer*innen unter 18 Jahre alt waren. Durch diese Kriterien soll sichergestellt werden, dass die Ergebnisse der Studie auf eine relevante Zielgruppe und vergleichbare Gesundheitssysteme angewendet werden können.

3.3 Suchkriterien

Des Weiteren wurde die systematische Literaturrecherche anhand von verschiedenen Suchkriterien durchgeführt. Die Suchbegriffe wurden in den Datenbanken einzeln eingegeben und ebenfalls über die Anwendungen der Boole'schen Operatoren "AND", "OR" und "NOT" für die Auswahl der Studien verknüpft. Die Kombination der Suchbegriffe, die für die einzelnen Datenbanken verwendet wurden, werden im Anhang 2 (a-c) der Arbeit dargestellt. Da es sich bei der Forschungsfrage und Zielsetzung um eine weniger spezifische Zielsetzung handelt wurde zunächst eine Recherche anhand der Boole'schen Operatoren durchgeführt. Um eine große Anzahl an geeigneten Ergebnissen zu finden, wurden die relevanten Suchbegriffe genau formuliert und die Suchstrategie effektiv dokumentiert. Des Weiteren wurden Medical Subject Headings (MeSH) verwendet, um eine präzisere und systematischere Suche bei Pubmed durchzuführen. Im Anhang 1 wird eine Tabelle mit den passenden Kernbegriffen und den dazugehörigen Synonymen in deutscher und englischer Sprache aufgezeigt.

4. Ergebnisse

Die palliative Versorgung obdachloser Menschen stellt sowohl für obdachlose Menschen als auch für Pflegekräfte Herausforderungen dar. Zusammenfassende Themenbereiche die in den Studien erwähnt wurden der Zugang zur Versorgung, Barrieren in der Palliativversorgung obdachloser Menschen, der unvorhersehbare Krankheitsverlauf, das Soziale Netzwerk, die Komplexität der Pflege, die Unterstützung Beratung und Anleitung der Pflegenden und die Empfehlungen für die Praxis. Es konnten insgesamt fünf Studien und ein Fachbuch anhand der systematischen Literaturrecherche und der Bibliotheksrecherche in die Arbeit mit einbezogen werden. Alle inkludierten Studien beschäftigen sich mit den herausfordernden Themenbereichen der palliativen Pflege von Menschen ohne Obdach und sind somit relevant für die zu Beginn gestellte Forschungsfrage. Im

anschließenden Ergebnisteil werden die inkludierten Studien thematisch dargestellt und beschrieben. Die folgende Tabelle zeigt eine kurze Darstellung der inkludierten Studien, um einen Überblick zu erlangen.

Tabelle 2 Darstellung der inkludierten Studien

| | Titel | Autor, Jahr | Ort | Design | Intervention |
|---|--|----------------------------------|------------------------|---------------------------|---|
| 1 | The Views of Homeless People and Health Care Professionals on Palliative Care and the Desirability of Setting Up a Consultation Service: A Focus Group Study | Klop, de Veer, et al. 2018 | Amsterdam, Netherlands | Artikel | 6 Fokusgruppen (4 mit Fachleuten (n=19) + 2 Fokusgruppen mit schwerkranken obdachlosen Menschen (n=15)) |
| 2 | Access to palliative care for homeless people: complex lives, complex care | de Veer et al. 2018 | Utrecht, Netherlands | Research Artikel | 52 Interviews (mit 19 Fällen von obdachlosen Menschen) obdachlose Menschen(n=7) Sozialarbeiter (13) Ärzte (12) Pflegekräfte (16) Koordinator für geschützte Wohneinrichtung (1) |
| 3 | End-of-life care for homeless people in shelter-based nursing care settings: A retrospective record study | van Dongen et al. 2020 | Netherlands | retrospektive Studie | 2 Pflegeeinrichtungen in Notunterkünften (Medizinische und pflegerische Aufzeichnungen von 61 obdachlosen Patient*innen, die zwischen 2009 und 2016 gestorben sind) |
| 4 | Palliative care for homeless people: a systematic review of the concerns, care | Klop, van Dongen, et al. 2018 | Amsterdam, Netherlands | systematische Überprüfung | (15 qualitativen Studien + 8 quantitativen Studien) Studieneinschluss: |

| | | | | | |
|---|---|---|----------------------|------------------------|---|
| | needs and preferences, and the barriers. Open Access and facilitators for providing palliative care | | | | → obdachlose Menschen am Lebensende → Datenquellen: obdachlose Menschen, medizinisches Fachpersonal, medizinische Akten → Palliativversorgung (somatisch, psychologisch, sozial, spirituell), |
| 5 | Reaching out to Ray: delivering palliative care services to a homeless person in Melbourne, Australia | MacWilliams et al. 2014 | Melbourne, Australia | Qualitative Fallstudie | 6 halbstrukturierte Interviews mit Pflegekräften und obdachlosen Menschen in ambulanten Einrichtungen und Krankenhäusern |
| 6 | Kultursensibilität am Lebensende Identität-Kommunikation-Begleitung | Maria Wasner, Josef Raischl (Hrsg.) 2019 | Stuttgart, Germany | X (Fachbuch) | X |

Quelle: Eigene Darstellung (erstellt am: 08.05.23)

4.1 Zugang zur Versorgung

In einem Research Artikel aus den Niederlanden wurde im Jahr 2018 der Zugang zur Palliativversorgung von Menschen ohne Obdach durch qualitative Interviews von obdachlosen Menschen, Sozialarbeiter*innen, Ärzte, Pflegekräften und einem Koordinator für geschützte Wohneinrichtung analysiert. Von den obdachlosen Menschen waren 16 Männer und drei Frauen. Unter ihnen befanden sich acht Personen in der Palliativphase, während 11 bereits verstorben waren. Es wurde festgestellt, dass Menschen, die Obdachlosigkeit erleben einen späten Zugang zu Palliativversorgung haben. Als Ursachen hierfür wurden Schwierigkeiten unter Fachkräften identifiziert, die Bedürfnisse der betroffenen Personen im Rahmen der Palliativversorgung zu erkennen. Ebenfalls war die Ambivalenz der Betroffenen bei der Suche und Annahme von Pflege sowie der Mangel an spezialisierten Dienstleistungen für Palliativversorgung bei obdachlosen Menschen ein Grund für

einen verspäteten Zugang zur palliativen Versorgung (de Veer et al., 2018, S.4). Durch diese fehlende kontinuierliche, praktikable Beziehung zwischen den obdachlosen Menschen und den Fachkräften wurde der Zugang zu Palliativpflegeeinrichtungen stark negativ beeinflusst (de Veer et al., 2018, S.7). Menschen, die Obdachlosigkeit erlebten, waren oft zögerlich, um Hilfe zu bitten, auch wenn sie dringend gesundheitliche Unterstützung benötigten. Viele hatten in der Vergangenheit zahlreiche Verluste erlitten, wie z.B. ihren Arbeitsplatz, ihr Zuhause, ihre Familie und Freunde, sowie ihre Träume und Hoffnungen. Oftmals erfuhren sie soziale Isolation und hatten sich daran gewöhnt, ihre Probleme eigenständig zu meistern. Frühere enttäuschende Erfahrungen, das Gefühl, ungleich behandelt zu werden, wahrgenommene Stigmatisierung und das Gefühl, von Fachleuten verurteilt zu werden, führten oft dazu, dass Menschen, die Obdachlosigkeit erlebten, kein Vertrauen in professionelle Hilfe hatten. Schamgefühle, beispielsweise aufgrund von körperlicher Vernachlässigung oder Suchtverhalten, wurden als Barrieren für die Inanspruchnahme von Hilfe genannt. Sie hatten einen starken Bedarf an Hilfe, baten aber aufgrund ihrer Wertschätzung von Autonomie und Selbstkontrolle nicht leicht um Hilfe und nahmen diese auch nicht leicht an (de Veer et al., 2018, S.5). Eine wissenschaftliche Fallstudie aus Melbourne, Australien hat 2014 die Bewältigung der Palliativversorgungsbedürfnisse von Patient*innen mit Obdachlosigkeit anhand von sechs halbstrukturierten Interviews mit Mitarbeitern*innen von Krankenhäusern und Gemeindeorganisationen untersucht. Es wurde von mehreren Befragten im Gesundheitswesen berichtet, dass obdachlose Menschen im Allgemeinen nur selten bereit sind, sich an der empfohlenen Gesundheitsversorgung zu beteiligen (MacWilliams et al., 2014, S.86).

4.2 Barrieren in der Palliativversorgung obdachloser Menschen

In einem wissenschaftlichen Artikel aus den Niederlanden wurde im Jahr 2016 die Palliativversorgung von Menschen ohne Obdach anhand von sechs Fokusgruppeninterviews untersucht. Dabei wurden Erfahrungen der Palliativpflege von Fachleuten und obdachlosen Menschen ausgetauscht und geprüft, ob eine beratende Funktion eine Verbesserung der Palliativversorgung für obdachlose Menschen bewirken kann. Die Ergebnisse der Fokusgruppen zeigen, dass sich laut

den befragten Fachleuten und den obdachlosen Menschen, die Bedürfnisse von obdachlosen Menschen, die eine palliative Versorgung benötigen stark von den Patient*innen, die nicht obdachlos sind, unterscheiden (Klop, de Veer, et al., 2018, S.327). Der oft unstrukturierte Lebensstil führt häufig zu einer unvollständigen oder fehlenden Krankengeschichte. Frühere somatische Probleme werden nicht immer dokumentiert, was eine Interpretation aktueller Symptome erschwert. Zusätzlich erschwert die Kombination aus psychiatrischen Symptomen, Suchtproblemen, geistigen Behinderungen und herausfordernden Verhaltensweisen die Diagnosestellung und Versorgung (de Veer et al., 2018, S.4 f.). Eine weitere Studie aus den Niederlanden hat sich anhand einer systematischen Literaturrecherche mit den Bedenken, Pflegebedürfnissen und -präferenzen sowie den Barrieren der Bereitstellung von Palliativversorgung von obdachlosen Menschen beschäftigt. Psychologische Bedenken bezogen sich hauptsächlich auf die Angst vor Tod und Sterben, während sich Bedenken im physischen Bereich oft mit schweren Krankheiten und körperlicher Belastung befassten. Die sozialen Sorgen konzentrierten sich hauptsächlich darauf, eine Belastung für andere zu sein, während spirituelle Bedenken als Angst vor dem Unbekannten beschrieben wurden. Zu den häufig genannten Bedenken in Bezug auf die Pflege am Lebensende gehörte die Erwartung von obdachlosen Menschen, dass die Pflege schlecht sein würde (Klop, van Dongen, et al., 2018, S.14). Die Studienergebnisse zeigten auch, dass obdachlose Menschen Angst davor hatten, dass niemand für sie sprechen würde, wenn sie dazu nicht mehr in der Lage wären. Es wurden auch Ängste bezüglich einer möglichen Unterbringung in einem Pflegeheim geäußert und es gab Bedenken, dass die spezifischen Wünsche bezüglich einer für sie persönlich und kulturell akzeptablen Bestattung nicht berücksichtigt werden würden (Klop, van Dongen, et al., 2018, S.10).

Spannungen zwischen Selbstbestimmung und Fachkompetenz

Sowohl obdachlose Teilnehmer*innen als auch Fachkräfte betonen die Bedeutung der Selbstbestimmung im Rahmen der Palliativversorgung von obdachlosen Personen (Klop, de Veer, et al., 2018, S.334). Allerdings kommt es aufgrund der unterschiedlichen Vorstellungen bezüglich der Rolle des Fachpersonals bei Entscheidungen über die Pflege zu Spannungen zwischen den Wünschen von

obdachlosen Personen und dem Handeln der Fachleute. Obdachlose Menschen möchten vermehrt in Entscheidungen über ihre Gesundheit eingebunden werden. Auf der anderen Seite neigen Fachkräfte dazu, obdachlose Personen als unverantwortlich anzusehen und Entscheidungen, ohne ihre Beteiligung zu treffen, wie beispielsweise die Verweigerung der Medikamentengabe (Klop, de Veer, et al., 2018, S.331). Sowohl von Fachleuten, als auch von obdachlosen Menschen wurde betont, dass es nahezu unmöglich ist, über ausreichendes Fachwissen in allen Aspekten zu verfügen (Klop, de Veer, et al., 2018, S.332). Der wissenschaftliche Artikel aus den Niederlanden betonte auch, dass das problematische Verhalten obdachloser Personen die Pflege erschwert und bei Gesundheitsdienstleistern Besorgnis hervorruft (Klop, de Veer, et al., 2018, S.332). Das herausfordernde Verhalten wurde ebenfalls in dem Research Artikel aus den Niederlanden thematisiert. Von vielen befragten Fachleuten, sowohl in Einrichtungen für Menschen, die Obdachlosigkeit erleben, als auch von Fachleuten anderer Bereiche, wurde das Verhalten von obdachlosen Menschen oft als „herausfordernd“ und „schwierig zu handhaben“ beschrieben. Geistige und kognitive Beeinträchtigungen, die sowohl angeboren als auch aufgrund langfristigen Drogenkonsums auftreten können, erschwerten oft die Kommunikation und Interaktion mit Menschen, die Obdachlosigkeit erleben. Die Kontinuität der Pflege und die Beziehung zum Fachmann wurde durch diese Herausforderungen negativ beeinflusst (de Veer et al., 2018, S.6).

Differenzierte Wahrnehmung der Pflege

Es wurde auch deutlich, dass obdachlose Menschen und Fachleute unterschiedliche Wahrnehmungen der angebotenen Palliativpflege haben. Aus Sicht der Fachleute besteht ihr Ansatz hauptsächlich darin, eine aktive Rolle im täglichen Leben eines obdachlosen Patient*innen zu übernehmen. Hierbei geht es darum, den Patient*innen das Gefühl zu geben, zu Hause zu sein, für Smalltalk zur Verfügung zu stehen, flexibel zu sein, ihn persönlich kennenzulernen, nach seinen spirituellen Bedürfnissen zu fragen, seine letzten Wünsche zu diskutieren und ihm Liebe und Aufmerksamkeit zu schenken. Im Gegensatz dazu sagten die obdachlosen Teilnehmer*innen, dass sich die Palliativversorgung hauptsächlich auf die körperliche Versorgung konzentriert, obwohl sie die psychosoziale Versorgung

als relevanter beurteilen. Sie empfanden, dass Fachkräfte zu wenig Zeit für sie haben und es schwierig ist, aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit und des häufig wechselnden Personals eine Vertrauensbasis aufzubauen. Sie betonten, dass Fachkräfte mehr auf ihre Lebensgeschichte und psychologischen Bedürfnisse achten sollten. Außerdem gaben sie an, dass offen über Palliativversorgung gesprochen werden sollte (Klop, de Veer, et al., 2018, S.331).

Unvorhersehbarer Krankheitsverlauf

Aufgrund der häufigen körperlichen und psychiatrischen Komorbiditäten, die mit Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit einhergehen, gestaltet sich der Krankheitsverlauf oft unvorhersehbar. Daher ist es schwierig, die palliative Phase zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren (Klop, de Veer, et al., 2018, S.331). Dies wird auch in dem Research Artikel aus den Niederlanden thematisiert. Fachleute stellten ebenfalls fest, dass es schwierig war, den Verlauf von Krankheiten bei obdachlosen Menschen einzuschätzen, da diese oft schnellstmöglich zu ihrem gewohnten Leben auf der Straße zurückkehren wollten. Auch wenn sich ihr Gesundheitszustand nach einer Verschlechterung kurzzeitig verbesserte, zogen es viele obdachlose Personen vor, wieder auf der Straße zu leben. Die Obdachlosigkeit und Drogenabhängigkeit der Patient*innen führten manchmal dazu, dass sie das Krankenhaus so schnell wie möglich verließen, um ihre übliche Lebensweise wieder aufzunehmen. Diese Umstände machten es für Fachleute ebenfalls besonders schwierig, das Fortschreiten der Krankheit vorherzusagen (de Veer et al., 2018, S.6 f.). Das begrenzte Wissen von obdachlosen Menschen in Bezug auf ihre eigene Gesundheit stellt ein weiteres Hindernis dar (Klop, van Dongen, et al., 2018, S.11).

4.3 Soziales Netzwerk

Eine retrospektiven Rekordstudie aus den Niederlanden hat 2020 die Merkmale von obdachlosen Menschen, die am Lebensende in Pflegeeinrichtungen und Notunterkünften leben und die Herausforderungen bei der zur Verfügung gestellten Pflege untersucht. Die Studie wurde in zwei niederländischen Notunterkünften durchgeführt. Es wurden alle Personen eingeschlossen, die zwischen 2009 und 2016 gestorben sind und in den drei Monaten vor dem Tod mindestens eine Nacht

in einer der Notunterkünfte geschlafen haben. Dabei wurde die medizinische und pflegerische Dokumentation von 61 obdachlosen Personen anhand eines Datenextraktionsformulars analysiert. Die Mehrheit dieser Personen hatte eine Kombination aus somatischen, psychiatrischen und Suchtproblemen. Außerdem wurden bei 88% der Patient*innen über informelle soziale Kontakte im Monat vor dem Tod dokumentiert. Bei 67% der Patient*innen wurde eine Form von sozialer Unterstützung festgestellt, wobei die Mehrheit (66%) von der Familie bereitgestellt wurde. In manchen Fällen hatte das Pflegepersonal dazu beigetragen, den Kontakt der Patient*innen zu ihren Angehörigen zu intensivieren oder wiederherzustellen. Etwa ein Fünftel der Patient*innen hatte im Monat vor ihrem Tod niemanden außerhalb von Gesundheitspersonal oder Mitpatient*innen gesehen (van Dongen et al., 2020, S.1376). Für sowohl Patient*innen mit als auch ohne informellen sozialen Kontakt am Lebensende wurden oft komplizierte soziale Umstände berichtet, die bei einigen obdachlosen Menschen zu Gefühlen der Einsamkeit und des Bedauerns führten (van Dongen et al., 2020, S.1381). Die obdachlosen Menschen haben unterschiedliche Bedürfnisse bezüglich der Beteiligung ihrer Familie. Während einige ihre Familien in der Nähe haben möchten, wollen andere ihre Familien nicht belasten. Wiederum gibt es obdachlose Menschen, die eine Art sozialen Kontakt mit Familienangehörigen und Freunden vor ihrem Tod wünschen, selbst wenn sie entfremdet sind (Klop, van Dongen, et al., 2018, S.11). Im Research Artikel wird beschrieben, dass sich das soziale Netzwerk von obdachlosen Menschen oft auf andere obdachlose Menschen, mit denen sie in der Vergangenheit Alkohol oder Drogen konsumiert haben, beschränkt. Wenn jemand krank wird, verschwinden diese Kontakte in der Regel. Das Wiederfinden einer Adresse und die Wiederherstellung familiärer Bindungen kosteten in der Regel viel Zeit. Wenn es zu einer Wiederannäherung kam, war diese oft schmerzhaft und fragil und erforderte eine kontinuierliche Überwachung, um zu vermeiden, dass die Beziehung erneut zerbrach. Die obdachlosen Patient*innen hatten in den meisten Fällen keine Familienangehörigen oder Freunde, die ihnen bei der Kommunikation von medizinischen Problemen mit Fachärzten halfen und somit ihre Chancen auf eine angemessene Palliativversorgung erhöhen konnten. Das Fehlen eines sozialen Netzwerks erhöhte auch die Wahrscheinlichkeit, ohne die Anwesenheit

der unmittelbaren Familie oder anderer Verwandter zu sterben (de Veer et al., 2018, S.7 f.).

4.4 Komplexität der Pflege

In dem Research Artikel aus den Niederlanden wurde ebenfalls die Komplexität der Pflege beschrieben. Insbesondere die Kontrolle von Schmerzen und anderen Symptomen, die psychosoziale und spirituelle Pflege und die Angehörigenberatung wurden als herausfordernd empfunden (de Veer et al., 2018, S.7). Die Schmerzbehandlung und Kontrolle wurde als herausfordernd beschrieben, da die Empfehlungen in allgemeinen Richtlinien oder Protokolle für die Palliativpflege von Personen, die Kokain, Methadon, Stimmungsstabilisatoren oder Antidepressiva konsumieren oder konsumiert haben, oft nicht berücksichtigen. Es wurde festgestellt, dass Menschen, die bereits Kokain, Methadon, Stimmungsstabilisatoren oder Antidepressiva einnehmen oder eingenommen haben, unterschiedlich auf die üblichen Dosierungen von Schmerzmitteln reagieren. Fachleute waren unsicher bei der Verwendung höherer Dosierungen von Schmerzmitteln, da sie befürchteten, dass dies das Risiko eines vorzeitigen Todes erhöhen könnte. Dies führte zu einer suboptimalen Schmerzkontrolle bei einigen Menschen. End-of-Life-Entscheidungen, wie die Verabreichung von palliativer Sedierung, waren ebenfalls schwierig, da die verschriebenen Dosierungen aufgrund der langen Vorgeschichte des Drogenkonsums der Patient*innen nicht die erwarteten Auswirkungen hatten. Neben der Schmerzkontrolle wurden psychologische Symptome auch als „schwer zu kontrollieren“ angesehen. Der Gebrauch von Alkohol oder Drogen zur Selbstbehandlung erschwerte die Fähigkeit, eine angemessene Entscheidung darüber zu treffen, welche Behandlung am besten geeignet wäre, um die Symptome zu kontrollieren (de Veer et al., 2018, S.7). Des Weiteren berichten die Studienteilnehmer*innen der wissenschaftliche Fallstudie aus Melbourne, Australien von einer erhöhten Rate an Drogenabhängigkeit bei obdachlosen Personen. Dies erschwerte in der Studie die Opioid-Behandlung in Bezug auf Lagerung, Compliance und Sicherheit. Eine Interviewpartnerin, die Erfahrung in der Arbeit mit gefährdeten Personen hatte, äußerte Bedenken hinsichtlich der obdachlosen Menschen, die in provisorischen und minderwertigen Unterkünften lebten, da sie oft Opfer von Diebstählen würden.

Die Studienteilnehmer*innen sahen in den genannten Schwierigkeiten ein Hindernis für obdachlose Menschen, an ihrem gewohnten Wohnort zu bleiben und/oder eine effektive Schmerztherapie durchzuführen (MacWilliams et al., 2014, S.86). Die Komplexität der Pflege wird ebenfalls in der retrospektiven Rekordstudie aus den Niederlanden deutlich. Diese nennt prozentuale Angaben über die Orte des Gesundheitssystems, an denen sich obdachlose Menschen im letzten Quartal vor ihrem Tod aufhielten oder eingewiesen wurden. Mindestens einmal wurden 77% der Patientinnen in eine andere Umgebung verlegt, wobei 45% der Patientinnen drei oder mehr solcher Verlegungen erlebten. Die meisten Verlegungen erfolgten von Akutkrankenhäusern auf Intensivstationen (23%) oder in andere Akutkrankenhäuser (70%), einschließlich solcher mit einer Nichtaufnahmepolitik, während einige Patient*innen in psychiatrische Einrichtungen (10%), Hospizen/Pflegeheimen (8%) und Gefängnissen (7%) verlegt wurden (van Dongen et al., 2020, S.1378). Mangelnde Kontinuität in der Versorgung aufgrund von unzureichenden Einrichtungen und mangelndes Fachwissen, sowie einer unkoordinierten Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern wurde als eine weitere große Herausforderung identifiziert. Darüber hinaus gibt es oft Lücken in den Pflegepolitiken und Rechtsvorschriften für bestimmte Untergruppen wie Menschen ohne Versicherungsschutz und Patient*innen mit psychiatrischen Erkrankungen (van Dongen et al., 2020, S.1380). In der qualitativen Fallstudie aus Melbourne wurde zudem beobachtet, dass die meisten Patient*innen mit einem palliativen Behandlungsbedarf sich entweder für einen längeren Krankenhausaufenthalt oder eine Verlegung in ein Hospiz entschieden. Dennoch kam es häufig vor, dass Patient*innen sich zunächst selbst entließen und später vermehrt in die Notaufnahme eingewiesen wurden (MacWilliams et al., 2014, S.86). Zusätzlich wurde in dem Research Artikel berichtet, dass Fachleute aufgrund von Zeitmangel in der Regel nicht in der Lage waren, viel Zeit mit der betroffenen Person zu verbringen und mit ihr zu sprechen. Stattdessen beschränkte sich ihre Interaktion auf das Bringen von Mahlzeiten und die körperliche Pflege (de Veer et al., 2018, S.7).

4.5 Unterstützung, Beratung und Anleitung der Pflegenden

Die retrospektive Studie aus den Niederlanden hat festgestellt, dass die meisten Patient*innen im Jahr vor ihrem Tod eine Kombination aus Sozialfürsorge (100%), Pflege (100%), Allgemeinmediziner*innen (100%), fachärztlicher Versorgung (98%) und psychischer Gesundheitsversorgung (70%) erhalten haben. Bei 26% der Patient*innen waren Palliativteams oder Berater*innen beteiligt. Die häufigsten Gründe für die Einbeziehung von Palliativpflegeexperten*innen waren Schmerz- und Symptommanagement, Verhaltens- und psychosoziale Probleme und Pflegeübergänge (van Dongen et al., 2020, S.1377). Um den obdachlosen Menschen, die einen palliativen Versorgungsbedarf aufweisen eine qualitativ hochwertige und angemessene Versorgung zu gewährleisten, ist es wichtig das Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien auszurichten und eine fachkundige Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerrelevanten Fragen zu ermöglichen. Daher werden im folgenden Text die Pflegerischen Kompetenzen im Allgemeinen, die Kommunikation, die vertrauenswürdig Beziehungen und die Sterbebegleitung obdachloser Menschen beschrieben.

Pflegerische Kompetenzen

Durch die Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten der Pflegenden ergeben sich verschiedene pflegerische Kompetenzen. Eine wichtige Kompetenz ist Empathie. Die Betreuung von obdachlosen Menschen mit palliativen Erkrankungen erfordert Einfühlungsvermögen und ein Verständnis für die spezifischen Bedürfnisse dieser Patient*innen. Des Weiteren ist die Fähigkeit, Schmerzen und andere Symptome wirksam zu behandeln von Relevanz. Pflegekräfte sollten über umfassende Kenntnisse in der Schmerztherapie verfügen und in der Lage sein, die Symptome effektiv zu behandeln. Eine weitere wichtige Kompetenz ist das Verständnis für die besonderen Bedürfnisse von obdachlosen Menschen. Pflegekräfte sollten sich bewusst sein, wie diese Probleme die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Patient*innen beeinflussen können, und in der Lage sein, angemessene Unterstützung und Betreuung zu bieten. In der systematischen Überprüfung aus den Niederlanden wurde oft über die

Einstellungen und Verhaltensweisen von Angehörigen der Gesundheitsberufe diskutiert, wobei die Behandlung der obdachlosen Menschen mit Respekt und Würde am häufigsten genannt wurde (Klop, van Dongen, et al., 2018, S.11). Der Bedarf an Behandlung und Pflege war ein wichtiges Thema, das häufig erwähnt wurde. Eine weitere Erwähnung war die Möglichkeit, verschiedene Bedenken wie Anonymität, Entfremdung und Aufrechterhaltung der Kontrolle auszudrücken (Klop, van Dongen, et al., 2018, S.11 ff.).

Kommunikation

Die professionelle Kommunikation gestaltet sich aufgrund von Sprachbarrieren, somatischen funktionellen Beeinträchtigungen und psychiatrischen und Verhaltensproblemen oft als problematisch (van Dongen et al., 2020, S.1380). Einige Fachleute äußerten im Research Artikel Ängste darüber, mit Menschen zu sprechen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind, um das Thema des bevorstehenden Todes anzusprechen. Andere berichteten, dass sie es versucht hätten, jedoch viele Personen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind, dieses Thema oft vermeiden. Die Erklärung, die sie dafür gaben, war, dass das Gespräch über ihre Vergangenheit und wichtige Ereignisse in ihrem Leben Erinnerungen hervorrufen könnte, die zu schmerzhaft waren. Es wurde versucht, die Person mit Aufmerksamkeit, Komfort, gutem Essen und Freundlichkeit zu verwöhnen. Bei schwerkranken Patient*innen war die psychosoziale und spirituelle Betreuung am Ende des Lebens oft besonders herausfordernd, da die Person zu krank war, um den Raum zu verlassen und Zeit in einem Gemeinschaftsraum zu verbringen (de Veer et al., 2018, S.7). Eine respektvolle Haltung und Anerkennung gegenüber dem Leben der Sterbenden sind ebenfalls von großer Bedeutung, insbesondere bei Gesprächen über den Tod, da die Begleiter*innen von Sterbenden eine große Verantwortung tragen. Die Wohnungslosenhilfe setzt bereits erfolgreich auf aktives Zuhören als Teil der motivierenden Gesprächsführung, was den Schwerkranken bedingungslose Akzeptanz bietet, und ihnen ermöglicht, auch in dieser Lebensphase Veränderungen zuzulassen (Raischl et al., 2019, S.117).

Vertrauenswürdige Beziehungen

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Fachleuten und obdachlosen Patient*innen ist unerlässlich, um die Palliativversorgung mit obdachlosen Menschen zu besprechen. Dies ist besonders wichtig, da Fachleute berichten, dass die Angst vor dem Tod und der Wunsch, nicht zu sterben, bei obdachlosen Menschen häufig vorkommen. Obdachlose Menschen sind oft misstrauisch und benötigen viel Zeit und Aufmerksamkeit, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, wie Fachleute und obdachlose Teilnehmer*innen berichten (Klop, de Veer, et al., 2018, S.331). Obdachlose Teilnehmer*innen gaben an, dass diese durch das regelmäßige Aufsuchen an Orten, an denen sich obdachlose Menschen aufhalten positiv beeinflusst werden würde. Zudem wurde von obdachlosen Menschen ein Bedarf an Pflege zusätzlich zu den üblichen Öffnungszeiten und Möglichkeiten hinaus erwähnt (Klop, de Veer, et al., 2018, S.332). Außerdem ergab die systematische Überprüfung der Studie aus den Niederlanden, dass sich die persönlichen Einstellung der Gesundheitsdienstleister gegenüber obdachlosen Menschen als ein wichtiges Thema im Hinblick auf den Aufbau von Vertrauensbeziehungen erwies (Klop, van Dongen, et al., 2018, S.11 f.).

Sterbebegleitung obdachloser Menschen

Im Hinblick auf die Wünsche bezüglich des Sterbeprozesses wurde in der systematische Überprüfung der Studie aus den Niederlanden am häufigsten ein natürlicher Tod genannt. Des Weiteren schien die Bestimmung einer stellvertretenden Person, die Entscheidungen im Namen der obdachlosen Person treffen kann, ein wichtiges Thema am Lebensende zu sein (Klop, van Dongen, et al., 2018, S.11). Obdachlose Menschen möchten in einem ihnen vertrauten Raum sterben. Aufgrund ihres täglichen Überlebenskampfes wird Schwäche, Krankheit und Tod verdrängt. In Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe werden sie jedoch mit Themen wie Patient*innenverfügung und Bestattung konfrontiert. Durch die Durchführung von Beziehungsarbeit werden sie entsprechend vorbereitet, was es ihnen ermöglicht, auch im Sterbeprozess Würde zu erfahren (Raischl et al., 2019, S.118). Da der Tod die abschließende Herausforderung im menschlichen Leben darstellt, ist es von großer Bedeutung, sich bei der Begleitung Sterbender mit anthropologischen Fragen auseinanderzusetzen. Um die Bedürfnisse Sterbender

und ihrer Angehörigen zu erkennen und das eigene Handeln zu reflektieren, ist es erforderlich, eine tiefe Sensibilität, eine achtsame Haltung und fundierte fachliche Kenntnisse aufzubringen (Raischl et al., 2019, S.116). Die Sterbebegleitung bei obdachlosen Menschen basiert auf dem Leitgedanken, dass das Sterben in Frieden und Würde geschehen soll. Dabei werden die Sterbenden Personen als ein lebendiger Mensch bis zu ihrem Tod betrachtet, der Begleiter zum Leben braucht und nicht unnötig leiden oder alleine sterben soll. Die religiösen Gefühle, Rituale und Wünsche finden Anerkennung und werden respektiert, während die Autonomie und Selbstbestimmung bis zum Schluss gewahrt bleiben. Der sterbenden Person wird ein ruhiger Raum zum Sterben zur Verfügung gestellt, und es wird ausreichend Zeit für sie genommen. Die Sterbebegleitung setzt auf Beziehung und wahrhafte Kommunikation, wobei Sprechen und Schweigen je nach Bedarf eingesetzt werden. Die Sterbebegleiter*innen treten mit leeren Händen und respektvoll in die Begegnung mit der Sterbenden Menschen (Raischl et al., 2019, S.118).

4.6 Empfehlungen für die Praxis

Die systematische Überprüfung der Studie aus den Niederlanden empfiehlt einige grundlegende Voraussetzungen und Maßnahmen, um die palliative Versorgung von obdachlosen Menschen zu verbessern. Eine speziell auf die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe zugeschnittene Schulung kann dazu beitragen, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, Fachleute über die Bewältigung von Präferenzen, Sterbewünschen und Ersatzentscheidern*innen aufzuklären. Eine zuverlässige, erfahrene, sensible und engagierte Betreuung durch Angehörige der Gesundheitsberufe ist von entscheidender Bedeutung, um das Vertrauen und den Respekt obdachloser Patient*innen zu gewinnen und eine Patient*innenzentrierte Pflege zu gewährleisten. Dabei sollten auch Bereiche wie Ernährung, Unterkunft und Hygiene der obdachlosen Menschen berücksichtigt werden. Flexible Programme und eine hohe Verfügbarkeit können dazu beitragen, dass die Patient*innen die notwendige Versorgung erhalten. Die Unterstützung der Angehörigen nach dem Tod ist ein wichtiger Aspekt, um ihnen in dieser schwierigen Zeit beizustehen. Um eine erfolgreiche Organisation sicherzustellen, ist es notwendig, Unterkünfte zur Verfügung zu stellen und eine gut koordinierte Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten zu gewährleisten. Es sollten klare

Richtlinien für die Entlassung aus dem Krankenhaus und die Pflege zu Hause festgelegt werden. Ein Austausch von Wissen zwischen verschiedenen Organisationen kann dazu beitragen, die palliative Versorgung von obdachlosen Patient*innen zu verbessern (Klop, van Dongen, et al., 2018, S.11). In dem wissenschaftlichen Artikel aus den Niederlanden wurden ebenfalls Aspekte beschrieben, die bei einer möglichen Beratungsfunktion für die Palliativversorgung von obdachlosen Menschen berücksichtigt werden sollten. Dabei ist es wichtig, dass die Beratung in bestehende Beratungsdienste integriert wird und die Berater*innen über fundiertes Wissen in mehreren Disziplinen verfügen sowie Erfahrung im Umgang mit obdachlosen Menschen und deren spezifischen Eigenschaften haben. Berater*innen für die Palliativversorgung von obdachlosen Menschen sollten für Fachleute leicht erreichbar sein und auf den Lebensstil von obdachlosen Menschen flexibel reagieren können. Es ist wichtig, über typische Krankheiten, die bei obdachlosen Menschen in der Palliativphase auftreten können, kulturelle und religiöse Bedürfnisse, Symptommanagement, Verhaltensprobleme, Sucht und Drogenkonsum, Versicherungen und Rituale informiert zu sein. Fachleute betonten, dass Wissen und Informationen dazu beitragen können, dass sie sich bei der Bereitstellung von Palliativpflege für obdachlose Menschen kompetenter und selbstbewusster fühlen würden. Die obdachlosen Teilnehmer*innen der Studie schlugen vor, dass Fachleute bei der Palliativversorgung auf individuelle Anpassungen achten sollten, die obdachlosen Menschen ernst nehmen sollten, sich Zeit für sie nehmen und ihr Bedürfnis nach Kontrolle respektieren sollten. Zudem sollten sie in einer vertrauten Umgebung betreut werden (Klop, de Veer, et al., 2018, S.333).

5. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit ist die Herausforderungen von Menschen ohne Obdach, die eine palliative Behandlung benötigen herauszufinden. Anhand der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche wurden verschiedene Aspekte betrachtet, darunter die besonderen Bedürfnisse dieser Patient*innengruppe, der Zugang zur Versorgung, die Barrieren der Palliativversorgung, der unvorhersehbare Krankheitsverlauf, das Soziale Netzwerk, die Komplexität der Pflege, die Rolle der Pflegekräfte und die pflegerischen Kompetenzen, die für eine qualitativ hochwertige

Betreuung erforderlich sind. Im Allgemeinen liefern die anhand der systematischen Literaturrecherche gefundenen Studien wichtige Erkenntnisse. Jedoch sind einige Aspekte bei der Betrachtung der Ergebnisse zu beachten. Zunächst ist die Generalisierbarkeit von Studienergebnissen ein wichtiges Thema bei der Bewertung der Qualität und Anwendbarkeit von Forschungsergebnissen. Durch die Einschlusskriterien dieser Arbeit wurde nur Literatur einbezogen, bei der ein vergleichbares Gesundheitssystem mit dem Deutschen Gesundheitssystem vorhanden war. Jedoch könnte trotz dessen eine mögliche Einschränkung der gesamten einbezogenen Studien die geografischen Regionen sein. Dies könnte die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der obdachlosen Menschen einschränken, da es Variationen in den Ursachen und Bedingungen der Obdachlosigkeit je nach Region oder sozioökonomischem Hintergrund gibt. Obdachlosigkeit und palliative Versorgung können in verschiedenen Ländern unterschiedlich gehandhabt werden, daher sollten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die zu Beginn der Arbeit beschriebene Problematik der Definition von Wohnungs- und Obdachlosigkeit bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist. Obwohl es eine Europäische Typologie für die Begrifflichkeiten gibt, werden die Unterschiede von wohnungslosen Menschen und obdachlosen Menschen nicht immer klar in den Studien voneinander abgegrenzt.

Ein positives Merkmal des Research Artikels von (de Veer et al., 2018) ist die Verwendung qualitativer Methoden, um tiefgehende Einblicke in die Situation obdachloser Menschen in Bezug auf die Palliativversorgung zu erhalten. Durch die Durchführung von Interviews konnten individuelle Geschichten und persönliche Erfahrungen erfasst werden, was zu einem besseren Verständnis der komplexen Probleme führte. Die Studie identifiziert Barrieren wie die Schwierigkeit, die Notwendigkeit einer Palliativversorgung zu erkennen, die Ambivalenz von obdachlosen Menschen in Bezug auf die Annahme von Palliativversorgung und den Mangel an Einrichtungen mit spezifischer Expertise für diese Zielgruppe. Darüber hinaus wird auf die Komplexität der Pflege in Bezug auf Schmerzkontrolle, psychosoziale Aspekte und das soziale Netzwerk hingewiesen. Allerdings gibt es auch einige Schwächen in dieser Studie, die beachtet werden sollten. Erstens ist der Umfang der Studie relativ begrenzt. Es wurden insgesamt nur 19 Fälle

untersucht, was möglicherweise nicht ausreicht, um eine umfassende Darstellung der Situation obdachloser Menschen zu geben. Wenn die Stichprobe größer gewesen wäre, hätten sich eine Vielzahl von Perspektiven und Erfahrungen eröffnet. Ein weiterer Punkt, der kritisch betrachtet werden sollte, ist die Möglichkeit, dass bestimmte Gruppen von obdachlosen Menschen in der Studie unterrepräsentiert sind oder dass die Perspektive der Fachleute möglicherweise nicht vollständig erfasst wurde. Dies könnte zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen und das Verständnis der tatsächlichen Herausforderungen beim Zugang zur Palliativversorgung für obdachlose Menschen beeinträchtigen. Darüber hinaus wurde in der Studie keine Vergleichsgruppe von nicht-obdachlosen Menschen einbezogen, um den spezifischen Einfluss der Obdachlosigkeit auf den Zugang zur Palliativversorgung zu untersuchen. Ein solcher Vergleich hätte geholfen, die Unterschiede und Besonderheiten besser zu verstehen und mögliche strukturelle Probleme aufzuzeigen. Es ist ebenfalls wichtig anzumerken, dass die Studie keinen Fokus auf mögliche Lösungsansätze oder Empfehlungen legt, um den Zugang zur Palliativversorgung für obdachlose Menschen zu verbessern. Obwohl die Herausforderungen und Barrieren identifiziert wurden, fehlt es an konkreten Handlungsempfehlungen, um die Situation zu verbessern oder mögliche Interventionsmaßnahmen zu diskutieren. Insgesamt bietet die Studie "Access to palliative care for homeless people: complex lives, complex care" wichtige Einblicke in die Herausforderungen des Zugangs zur Palliativversorgung für obdachlose Menschen. Die Verwendung qualitativer Methoden und die Erfassung individueller Perspektiven sind deutliche Stärken der Studie. Die Ergebnisse des wissenschaftlichen Artikels von (Klop, de Veer, et al., 2018) stellen ebenfalls bedeutsame Aspekte dar. Es ist jedoch zu beachten, dass die Ergebnisse spezifisch für die untersuchte Stichprobe und den Kontext der vorliegenden Studie gelten. Daher sollte Vorsicht bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse auf andere Populationen oder Situationen geboten sein. Eine kritische Betrachtung der retrospektiven Rekordstudie von (van Dongen et al., 2020) bezieht sich auf die Qualität der medizinischen Aufzeichnungen und die Interpretation der Ergebnisse. Ein positiver Aspekt dieser Studie liegt in der Erfassung von Daten aus realen Pflegesituationen von obdachlosen Menschen am Lebensende. Durch die Analyse von medizinischen und pflegerischen Aufzeichnungen wird ein Einblick in die

tatsächliche Versorgungssituation und die Herausforderungen, mit denen sowohl die Patient*innen als auch das Pflegepersonal konfrontiert sind gegeben. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die obdachlosen Patient*innen mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Problemen zu kämpfen haben, darunter somatische, psychiatrische und Suchtprobleme. Es wird deutlich, dass die Pflege am Lebensende für diese Patient*innengruppe von Unsicherheiten und Komplikationen geprägt ist. Es gibt häufige Übergänge zwischen verschiedenen Einrichtungen, wie Krankenhäusern, Obdachlosenunterkünften und Hospizen. Die sozialen und ökologischen Bedingungen der obdachlosen Menschen stellen eine Herausforderung dar, ebenso wie die Kommunikation zwischen Patient*innen und Fachpersonal sowie die Linderung des Leidens durch medizinisch-pharmakologische Maßnahmen. Es ist positiv anzumerken, dass sowohl quantitative als auch qualitative Analysemethoden verwendet wurden, um ein umfassendes Bild der Pflegesituation am Lebensende für obdachlose Menschen aufzuzeigen. Dies ermöglicht es, sowohl statistische Daten als auch persönliche Erfahrungen und Einsichten in die Studie einzubeziehen. Allerdings kann dies gleichzeitig auch als Einschränkungen, die bei der Interpretation der Studienergebnisse berücksichtigt werden sollten betrachtet werden. Da sich die Studie auf die retrospektive Analyse von Daten stützt, die von Pflegepersonal gesammelt wurden, besteht die Möglichkeit von Informationsverzerrungen oder Fehlinterpretationen der Daten. Trotz dieser Einschränkungen liefert die Studie wertvolle Erkenntnisse über die Pflege am Lebensende für obdachlose Menschen in Pflegeeinrichtungen in Notunterkünften. Die identifizierten Herausforderungen, wie die Komplexität der sozialen Umstände, die Notwendigkeit von interdisziplinärer Zusammenarbeit und die Verbesserung der Kommunikation und Koordination der Pflege, sind wichtige Aspekte, die bei der Entwicklung von Interventionen und Maßnahmen berücksichtigt werden sollten. Insgesamt leistet die Studie einen Beitrag zum Verständnis der Pflegesituation und der Bedürfnisse obdachloser Menschen am Lebensende. Eine kritische Betrachtung der systematischen Überprüfung von (Klop, van Dongen, et al., 2018) umfasst die Methodik der systematischen Überprüfung, die Auswahl der eingeschlossenen Studien und die Bewertung der Studienqualität. Das Ziel der Studie besteht darin, eine Zusammenfassung über die Anliegen, Bedürfnisse und Vorlieben der palliativen

Versorgung von obdachlosen Menschen zu erstellen, sowie über Barrieren und Faktoren, die eine hochwertige palliative Versorgung beeinflussen. Es wurde eine systematische Überprüfung der Forschungsliteratur durchgeführt und 27 Publikationen aus 23 verschiedenen Studien identifiziert, die die Einschlusskriterien erfüllen. Die Studie zeigt, dass obdachlosen Menschen mit komplexen und chronischen Komorbiditäten konfrontiert sind und oft an hohen Morbiditätsraten leiden. Sie sterben auch viel jünger als die allgemeine Bevölkerung. Aufgrund ihrer körperlichen, psychosozialen und Suchtprobleme haben sie oft nur einen begrenzten Zugang zu Palliativversorgung. Sowohl obdachlose Menschen als auch Gesundheitsdienstleister stoßen auf viele Hindernisse bei der Bereitstellung angemessener Palliativversorgung. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Sorgen der obdachlosen Personen oft damit zusammenhängen, dass die Pflege am Lebensende keine Priorität hat, Drogenabhängigkeit eine angemessene Versorgung behindert, ein begrenzter Einblick in ihren Zustand besteht und sie wenig Unterstützung durch Familie und Verwandte erhalten. Ein respektvoller Ansatz und die Achtung der Würde erwiesen sich als wichtig in einer qualitativ hochwertigen Palliativversorgung. Die Studie liefert somit wichtige Erkenntnisse und legt nahe, dass mehr Aufmerksamkeit und Ressourcen auf die Palliativversorgung von obdachlosen Menschen gerichtet werden sollten. Obwohl die Studie eine systematische Überprüfung der Literatur durchgeführt hat und bestimmte Methoden zur Bewertung der methodischen Qualität verwendet wurden, gibt es einige Einschränkungen zu beachten. Die meisten Studien wurden in den USA und Kanada durchgeführt, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Länder einschränken könnte. Darüber hinaus wurden bestimmte Studientypen ausgeschlossen, wie Kommentare, Leitartikel und nicht-empirische Studien, was dazu führen könnte, dass einige relevante Informationen nicht berücksichtigt wurden. Die vorliegende Studie liefert eine solide Grundlage für weitere Forschung und die Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Palliativversorgung für obdachlose Menschen. Bei der wissenschaftlichen Fallstudie von (MacWilliams et al., 2014) handelt es sich um ein Qualitätsverbesserungsprojekt mit einer kleinen Stichprobengröße, das auf Erfahrungen in einer bestimmten Region basiert. In der Studie wurde darauf hingewiesen, dass weitere Untersuchungen notwendig sind, um die Bedürfnisse dieser speziellen Gruppe besser zu verstehen und geeignete

Maßnahmen zu entwickeln. Insgesamt liefert die Studie wichtige Erkenntnisse über die Palliativversorgung obdachloser Menschen und hebt die komplexen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe hervor. Sie zeigt die dringende Notwendigkeit einer koordinierten, flexiblen und mitfühlenden Herangehensweise, um diesen Menschen eine angemessene Versorgung am Lebensende zu ermöglichen. Die Aktualität der vorliegenden Studie ist zu berücksichtigen, da sie aus dem Jahr 2014 stammt. Es ist denkbar, dass seitdem neue Erkenntnisse und Entwicklungen im Bereich der Palliativpflege für obdachlose Menschen vorliegen. Des Weiteren ist der Umfang der Studie vergleichsweise beschränkt, da es sich um eine sehr kleine Stichprobengröße handelt. Dies könnte möglicherweise nicht ausreichen, um eine umfassende Darstellung der Situation obdachloser Menschen zu liefern. Durch eine Erweiterung der Stichprobe hätte sich die Gelegenheit ergeben, eine breitere Vielfalt an Blickwinkeln und Erlebnissen einzubeziehen.

Limitationen der Arbeit

Die Ergebnisse liefern wichtige Erkenntnisse, haben jedoch auch einige Limitationen, die berücksichtigt werden müssen. Die Heterogenität der verfügbaren Literatur stellen daher eine Einschränkung dar und erfordern Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse. Da es verschiedene Meinungen, Methoden und Ergebnisse zu dem Thema herausgefiltert wurden stellt dies eine Limitation dar. Dies erfordert Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse, da keine einheitliche Schlussfolgerung gezogen werden kann und die Ergebnisse möglicherweise nicht allgemein gültig sind. Ein weiterer Aspekt, der berücksichtigt werden sollte, ist die begrenzte Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Die vorliegende Arbeit konzentrierte sich auf bestimmte geografische Regionen und Kulturen, in denen die Situation von obdachlosen Menschen und die palliative Versorgung möglicherweise unterschiedlich sind. Daher können die in dieser Arbeit präsentierten Ergebnisse möglicherweise nicht auf andere Regionen oder Kulturen übertragen werden. Zukünftige Forschung sollte daher den Fokus erweitern und verschiedene Kontexte einbeziehen, um eine umfassendere Perspektive zu erhalten. Des Weiteren ist anzumerken, dass die vorliegende Arbeit auf bestehender Literatur und Forschungsergebnissen die zwischen 2014 und 2020 veröffentlicht wurden. In den letzten Jahren hat sich das Wissen und Verständnis im Bereich der palliativen

Versorgung und Betreuung obdachloser Menschen möglicherweise weiterentwickelt. Zusätzlich könnte es möglich sein, dass aufgrund der begrenzten Ressourcen und des begrenzten zeitlichen Umfangs dieser Arbeit möglicherweise einige relevante Studien nicht in die Arbeit mit einbezogen wurden. Dies sollte auch berücksichtigt werden.

Empfehlungen für weiterführende Forschung

Trotz der genannten Limitationen bietet die vorliegende Arbeit wichtige Impulse für weiterführende Forschung. Es besteht ein deutlicher Bedarf an zusätzlichen Studien, die sich mit der palliativen Versorgung von obdachlosen Menschen befassen. Dabei sollten verschiedene Aspekte berücksichtigt werden, wie beispielsweise die spezifischen Bedürfnisse dieser Patient*innengruppe, die Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der palliativen Versorgung und die Auswirkungen sozialer Faktoren auf die Betreuungssituation. Qualitative Studien, die die Perspektiven von obdachlosen Menschen, ihren Betreuern und anderen relevanten Akteuren erforschen, können wertvolle Einblicke liefern. Darüber hinaus sollten die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien und Standards für die palliative Versorgung von obdachlosen Menschen vorangetrieben werden. Diese Leitlinien sollten nicht nur auf die klinische Praxis, sondern auch auf die Schulung von Pflegekräften und anderen Fachleuten ausgerichtet sein. Ein ganzheitlicher Ansatz, der sowohl die körperlichen als auch die psychosozialen Bedürfnisse der obdachlosen Menschen berücksichtigt, ist entscheidend. Ein weiterer Schwerpunkt zukünftiger Forschung könnte auf der Evaluation und Implementierung verschiedener Modelle der palliativen Versorgung liegen. Neue Ansätze wie mobile Palliativteams, die direkt zu den obdachlosen Menschen gehen, oder die Integration palliativer Versorgung in bestehenden Einrichtungen für obdachlose Menschen könnten die Erreichbarkeit und Qualität der Versorgung verbessern. Des Weiteren sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Interessengruppen zu fördern. Eine enge Zusammenarbeit zwischen medizinischen Fachkräften, Sozialarbeitern, gemeinnützigen Organisationen und Regierungsbehörden ist notwendig, um die komplexen Herausforderungen der palliativen Versorgung von obdachlosen Menschen anzugehen. Interdisziplinäre Ansätze können den

Informationsaustausch verbessern und die Effektivität der Betreuung erhöhen. Durch die Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen dieser Patient*innengruppe und die Entwicklung von Interventionen kann die palliative Versorgung für obdachlose Menschen verbessert werden. Insgesamt trägt die Arbeit zur Erweiterung des Wissens über die Herausforderungen palliativer Versorgung von obdachlosen Menschen bei. Dennoch sind weitere Forschungsbemühungen und Interventionen erforderlich, um die Palliativversorgung für obdachlose Menschen nachhaltig zu verbessern und ihre individuellen Bedürfnisse besser zu berücksichtigen.

6. Fazit/Ausblick

Die vorliegende Bachelorarbeit untersuchte die Herausforderungen der palliativen Versorgung von obdachlosen Menschen. Die zu Beginn erstellte Fragestellung **Welche Herausforderungen bestehen bei Menschen, die obdachlos sind und einen palliativen Versorgungsbedarf aufweisen?** kann durch die inkludierten Studien der systematischen Literaturrecherche größtenteils und umfangreich beantwortet werden. Es wurden verschiedene Aspekte betrachtet, darunter die spezifischen Bedürfnisse dieser Patient*innengruppe, die Rolle der Pflegekräfte und die erforderlichen pflegerischen Kompetenzen. Die Ergebnisse zeigen, dass obdachlose Menschen mit palliativen Erkrankungen besondere Bedürfnisse haben, die eine angepasste und einfühlsame Betreuung erfordern. Diese Bedürfnisse können physischer, psychischer und sozialer Natur sein. Es wurde festgestellt, dass Obdachlosigkeit und palliative Versorgung eine komplexe Verbindung darstellen, die eine spezifische Herangehensweise erfordert. Die Rolle der Pflegekräfte bei der palliativen Versorgung obdachloser Menschen wurde ebenfalls genannt. Es wurde betont, dass Pflegekräfte über bestimmte Kompetenzen verfügen müssen, um eine qualitativ hochwertige Betreuung sicherzustellen. Dazu gehört ein fundiertes Wissen über palliative Versorgung, Empathie, effektive Kommunikation, Schmerztherapie und ein Verständnis für die besonderen Bedürfnisse von obdachlosen Menschen.

Einschätzung der Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis

Die Ergebnisse der Arbeit haben wichtige Implikationen für die Praxis. Sie legen den Fokus auf die Wichtigkeit einer umfangreichen palliativen Versorgung für obdachlose Menschen, die deren individuelle Bedürfnisse angemessen berücksichtigt. Es wird empfohlen, dass Pflegekräfte fachkundig in der Betreuung dieser Patient*innengruppe geschult werden, um eine adäquate Unterstützung, Beratung und Behandlung bieten zu können. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse auf die Notwendigkeit hin, die Zusammenarbeit und Koordination zwischen verschiedenen Akteuren, wie Pflegekräften, Sozialarbeitern, gemeinnützigen Organisationen und Regierungsbehörden, zu verbessern. Insgesamt tragen die gefundenen Ergebnisse dazu bei, das Verständnis für die palliative Versorgung von obdachlosen Menschen zu erweitern und liefern wichtige Impulse für die Praxis. Indem Pflegekräfte ihre Kompetenzen an den spezifischen Bedürfnissen von obdachlosen Menschen ausrichten und eine enge Zusammenarbeit zwischen den Akteuren erfolgt, kann die Betreuung dieser vulnerablen Patient*innengruppe verbessert werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen somit auf eine bedarfsgerechte palliative Versorgung von obdachlosen Menschen und eine Verbesserung ihrer Lebensqualität am Ende ihres Lebens hin. Es bleibt zu hoffen, dass die Erkenntnisse der Studien dazu beitragen, das Bewusstsein und die Anstrengungen für eine angemessene Palliativversorgung von obdachlosen Menschen zu stärken und letztendlich dazu beizutragen, dass niemand am Ende seines Lebens allein und ohne die nötige Unterstützung und Fürsorge ist.

Literaturverzeichnis

Ärzteblatt, D. Ä. G., Redaktion Deutsches. (2017, Oktober).

Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/193639/Medizinische-Versorgung-von-wohnungslosen-Menschen>

BAGFW (Hrsg.). (2020). *Personen ohne Versicherungsschutz.*

BMAS. (2022, Dezember). *BMAS - Erstmals belastbare Zahlen über Wohnungslosigkeit in Deutschland.* www.bmas.de. <https://www.bmas.de/DE/Soziales/erstmals-belastbare-zahlen-ueber-wohnungslosigkeit-in-deutschland.html>

BMAS - Leistungen der Arbeitsförderung. (2019, September). www.bmas.de.

<https://www.bmas.de/DE/Arbeit/Arbeitsfoerderung/Leistungen-der-Arbeitsfoerderung/leistungen-der-arbeitsfoerderung.html>

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) & Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) (Hrsg.). (2017). *Hospiz und Wohnungslosigkeit.*

[https://www.dhpv.de/files/public/broschueren/2017 Broschuere Wohnungslosigkeit Ansicht.pdf](https://www.dhpv.de/files/public/broschueren/2017_Broschuere_Wohnungslosigkeit_Anzicht.pdf)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2022). *Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.*

Gerhard, C. (2015). Praxiswissen Palliativmedizin. In *Praxiswissen Palliativmedizin* (2015. Aufl.). Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-0034-101615>

de Veer, A. J. E., Stringer, B., van Meijel, B., Verkaik, R., & Francke, A. L. (2018). Access to palliative care for homeless people: Complex lives, complex care. *BMC Palliative Care*, 17(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0368-3>

Der Wohnungslosenbericht 2022 & des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. (2022). *Ausmaß und Struktur von Wohnungslosigkeit.*

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.). (2012). *Pflegeleitbild der Sektion Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.* https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/120903_Folder_SektionPflege_v2.pdf

Deutsche Gesellschaft zur Palliativmedizin: (Hrsg.). (2016). *Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung.*

Deutscher Caritasverband e.V. (2023, April).

Spenden für die Caritas in Deutschland. caritas.de. <https://www.caritas.de/spendeundengagement/spenden/spenden/spendenprojekte>

Feantsa. (2005). *ETHOS – Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung.* https://www.feantsa.org/download/at_6864666519241181714.pdf

Gerhard, C. (2015). *Praxiswissen Palliativmedizin.* In *Praxiswissen Palliativmedizin* (2015. Aufl.). Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-0034-101663>

Gillich, S. (2016). Gestorben wird auch auf der Straße. *Sozial Extra*, 40 (4), 6–9. <https://doi.org/10.1007/s12054-016-0071-7>

Homeless definition and meaning | Collins English Dictionary. (2023, Mai).

<https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/homeless>

Klop, H. T., de Veer, A. J. E., van Dongen, S. I., Francke, A. L., Rietjens, J. A. C., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2018). Palliative care for homeless people: A systematic review of the concerns, care needs and preferences, and the barriers and facilitators for providing palliative care. *BMC Palliative Care*, 17(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0320-6>

Klop, H. T., van Dongen, S. I., Francke, A. L., de Veer, A. J. E., Rietjens, J. A. C., Gootjes, J. R. G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2018). The Views of Homeless People and Health Care Professionals on Palliative Care and the Desirability of Setting Up a Consultation Service: A Focus Group Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(3), 327–336. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.026>

MacWilliams, J., Bramwell, M., Brown, S., & O'Connor, M. (2014). Reaching out to Ray: Delivering palliative care services to a homeless person in Melbourne, Australia. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(2), 83–88. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.2.83>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2011). Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136(08), e9–e15. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1272978>

Paal, P., Grünewald, G., & Rizzi, K. E. (2019). *Kultursensible Hospiz- und Palliativarbeit: Konzepte und Kompetenzen*. Kohlhammer Verlag.

Raischl, J., Hein, K., Kóródi, K., Schellhammer, B., Bükki, J., Gavranidou, M., ... Führer, M. (2019). *Kultursensibilität am Lebensende: Identität -*

Kommunikation - Begleitung (1st edition). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Schindel, D., Kleyer, C., & Schenk, L. (2020). Somatische Erkrankungen Wohnungsloser in Deutschland. Ein narratives Literaturreview der Jahre 2009–2019. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63(10), 1189–1202. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03213-9>

Schweitzer, J., & Schlippe, A. von. (2018). *Wohnungslos – Umgang mit Exklusion (Leben. Lieben. Arbeiten: Systemisch beraten)* (1st edition). Vandenhoeck & Ruprecht.

Simon, T. (2017). *Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe: Eine Einführung in die Praxis, Positionen und Perspektiven.* (3., überarbeitete edition). Beltz Juventa.

Stephan Sahn. (2021). *An der Seite des Lebens: Ethische Herausforderungen in der Palliativmedizin und -pflege* (1st edition). Echter.

tagesschau.de. (2022, Dezember). 263.000 Menschen in Deutschland haben keinen festen Wohnsitz. [tagesschau.de. https://www.tagesschau.de/inland/wohnungslosigkeit-105.html](https://www.tagesschau.de/inland/wohnungslosigkeit-105.html)

Nordhausen, T., Hirt, J. (2018). *Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken.* Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

van Dongen, S. I., Klop, H. T., Onwuteaka-Philipsen, B. D., de Veer, A. J., Slockers, M. T., van Laere, I. R., van der Heide, A., & Rietjens, J. A. (2020). End-of-life care for homeless people in shelter-based nursing care settings: A retrospective record study. *Palliative Medicine*, 34(10), 1374–1384. <https://doi.org/10.1177/0269216320940559>

WHO. (2020, August). *Palliative care.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Anhangsverzeichnis

| | |
|--|----------|
| <i>Anhang 1 verwendete Suchbegriffe/Synonyme</i> | <i>A</i> |
| <i>Anhang 2 Suchstrategie in den Datenbanken</i> | <i>A</i> |
| <i>Anhang 2 a Suchstrategie bei PubMed.....</i> | <i>B</i> |
| <i>Anhang 2 b Suchstrategie bei Cinhal</i> | <i>E</i> |
| <i>Anhang 2 c Suchstrategie bei Cochrane</i> | <i>F</i> |

Anhang 1 verwendete Suchbegriffe/Synonyme

| Kernbegriff | Synonyme | English |
|-------------------------------------|--|--|
| Obdachlosigkeit | Wohnungslosigkeit Ohne Unterkunft Wohnsitzlos Unterstandslos Ohne Obdach Ohne Wohnung | homelessness Without accommodation Homeless shelterless Without shelter Without an apartment |
| Palliative Pflege | End-Of-Life-Pflege Palliativversorgung Palliative Betreuung Palliative Fürsorge Palliative Hilfe Palliative Unterstützung Palliative Behandlung Palliative Therapie Palliative Grundversorgung Versorgungsleistung Pflege am Lebensende | End Of Life Care palliative care palliative support palliative treatment palliative therapy Palliative primary care supply service |
| Herausforderungen Besonderheiten | Problem Problematik Schwierigkeit Angelegenheit Beeinträchtigung Lage Hindernis Merkmal Einschränkung Divergenz Eigenschaft Zustand | problem difficulty matter impairment location obstacle feature restriction divergence Characteristic Condition |

Anhang 2 Suchstrategie in den Datenbanken

A → (("homelessness" OR "Homeless") AND ("palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "supply service"))

B → (("homelessness" OR "Homeless") AND ("palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "Palliative primary care" OR "supply service"))

C → (("homelessness" OR "Homeless") AND ("palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "supply service") AND ("Germany"))

D → (("homelessness" OR "Homeless" OR "shelterless" OR "Without an apartment") AND ("End of Life Care" OR "palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "supply service") AND ("problem" OR "difficulty" OR "matter" OR "impairment" OR "location" OR "obstacle" OR "feature" OR "restriction" OR "divergence" OR "Characteristic" OR "Condition"))

Anhang 2 a Suchstrategie bei PubMed

| Search Number | Query | Filter | Search Detail | Results |
|---------------|--|----------------------------|---|---|
| 4. A | ((("homelessness" OR "Homeless") AND ("palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "supply service")) | <i>English, German</i> | ((("homelessness"[All Fields] OR "Homeless"[All Fields]) AND ("palliative care"[All Fields] OR "palliative support"[All Fields] OR "palliative treatment"[All Fields] OR "palliative therapy"[All Fields] OR "supply service"[All Fields])) AND (english[Filter] OR german[Filter])) | 109 (gesichtet nach Titel und teilweise Abstract) →41 (nähere Auswahl) |
| 3. B | ((("homelessness" OR "Homeless") AND ("palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "Palliative primary care" OR "supply service")) | <i>English, German</i> | ((("homelessness"[All Fields] OR "Homeless"[All Fields]) AND ("palliative care"[All Fields] OR "palliative support"[All Fields] OR "palliative treatment"[All Fields] OR "palliative therapy"[All Fields] OR ("palliative"[All Fields] OR "palliatively"[All Fields] OR "palliatives"[All Fields])) AND ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care"[All Fields])) OR | 112 |

| | | | | |
|---------|--|---|--|-----|
| | | | "supply service"[All Fields]) AND (english[Filter]) | |
| 2. B | ((("homelessness" OR "Homeless") AND ("palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "Palliative primary care" OR "supply service")) | X | ((("homelessness"[All Fields] OR "Homeless"[All Fields]) AND ("palliative care"[All Fields] OR "palliative support"[All Fields] OR "palliative treatment"[All Fields] OR "palliative therapy"[All Fields] OR ("palliative"[All Fields] OR "palliatively"[All Fields] OR "palliatives"[All Fields]) AND ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care"[All Fields])) OR "supply service"[All Fields]) | 116 |
| 1. D | ((("homelessness" OR "Homeless" OR "shelterless" OR "Without an apartment") AND ("End of Life Care" OR "palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "supply service") AND ("problem" OR "difficulty" OR "matter" OR "impairment" OR "location" OR "obstacle" OR "feature" OR | X | ((("homelessness"[All Fields] OR "accommodate"[All Fields] OR "accommodated"[All Fields] OR "accommodates"[All Fields] OR "accommodating"[All Fields] OR "accommodation, ocular"[MeSH Terms] OR ("accommodation"[All Fields] AND "ocular"[All Fields]) OR "ocular accommodation"[All Fields] OR "accommodation"[All Fields] OR "accommodations"[All Fields] OR | 90 |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>"restriction" OR "divergence" OR "Characteristic" OR "Condition"))</p> | | <p>"accommodative"[All Fields] OR "Homeless"[All Fields] OR "shelterless"[All Fields] OR ("shelter"[All Fields] OR "sheltered"[All Fields] OR "sheltering"[All Fields] OR "shelters"[All Fields]) OR ("apartment"[All Fields] OR "apartments"[All Fields])) AND ("End of Life Care"[All Fields] OR "palliative care"[All Fields] OR "palliative support"[All Fields] OR "palliative treatment"[All Fields] OR "palliative therapy"[All Fields] OR ("palliative"[All Fields] OR "palliatively"[All Fields] OR "palliatives"[All Fields]) AND ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care"[All Fields])) OR "supply service"[All Fields]) AND ("problem"[All Fields] OR "difficulty"[All Fields] OR "matter"[All Fields] OR "impairment"[All Fields] OR "location"[All Fields] OR "obstacle"[All Fields] OR "feature"[All Fields] OR "restriction"[All Fields] OR "divergence"[All Fields] OR "Characteristic"[All Fields] OR "Condition"[All Fields])</p> | |
|--|--|--|--|--|

Quelle: eigene Darstellung (erstellt am: 05.04.23)

Anhang 2 b Suchstrategie bei Cinhal

| Search Number | Query | Filters | Results |
|---------------|--|--|--|
| 4. C | ((("homelessness" OR "Homeless") AND ("palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "supply service") AND ("Germany"))) | <i>English, German</i> | 646 (gesichtet nach Titel und teilweise Abstract) →9 (nähere Auswahl) |
| 3. A | ((("homelessness" OR "Homeless") AND ("palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "supply service"))) | <i>English, German Nursing</i> | 788 |
| 2. D | ((("homelessness" OR "Homeless" OR "shelterless" OR "Without an apartment") AND ("End of Life Care" OR "palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "supply service") AND ("problem" OR "difficulty" OR "matter" OR "impairment" OR "location" OR "obstacle" OR "feature" OR "restriction" OR "divergence" OR "Characteristic" OR "Condition"))) | <i>English, German Nursing</i> | 5.892 |
| 1. D | ((("homelessness" OR "Homeless" OR "shelterless" OR "Without an apartment") AND ("End of Life Care" OR "palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "supply service") AND ("problem" OR "difficulty" OR "matter" OR "impairment" OR "location" OR "obstacle" OR "feature" OR "restriction" | <i>English, German</i> | 304.401 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | OR "divergence" OR "Characteristic" OR "Condition")) | | |
|--|--|--|--|

Quelle: eigene Darstellung (erstellt am: 05.04.23)

Anhang 2 c Suchstrategie bei Cochrane

| Search Number | Query | Filters | Search Detail | Results |
|---------------|---|---------|---|---------|
| 2. D | ((("homelessness" OR "Homeless" OR "shelterless" OR "Without an apartment") AND ("End of Life Care" OR "palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "supply service") AND ("problem" OR "difficulty" OR "matter" OR "impairment" OR "location" OR "obstacle" OR "feature" OR "restriction" OR "divergence" OR "Characteristic" OR "Condition")) | X | https://www.cochranelibrary.com/advanced-search | 7 →0 |
| 1. A | ((("homelessness" OR "Homeless") AND ("palliative care" OR "palliative support" OR "palliative treatment" OR "palliative therapy" OR "supply service")) | X | https://www.cochranelibrary.com/advanced-search | 7 |

Quelle: eigene Darstellung (erstellt am: 06.03.23)

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“

Hamburg 31.05.2023
Ort Datum



Unterschrift