

# Fachkonzept für die Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum

Ergebnisbericht

---

Im Auftrag des neunerhaus Gesundheitszentrums und des Bundesministeriums für Soziales,  
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



# Fachkonzept für die Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Marion Bajer  
Doris Pfabigan  
Sabine Pleschberger

Projektassistenz:

Petra Groß

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2021

Im Auftrag des neunerhaus Gesundheitszentrums und des BMSGPK

Zitiervorschlag: Bajer, Marion; Pfabigan, Doris, Pleschberger, Sabine (2021): Fachkonzept für die Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/4/5322

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Kurzfassung

## Hintergrund und Auftrag

Die Sozialorganisation neunerhaus ermöglicht obdachlosen und armutsgefährdeten Menschen ein selbstbestimmtes und menschenwürdiges Leben mit gesundheitlicher Versorgung, Wohnen und Beratung. Dazu werden u.a. im neunerhaus Gesundheitszentrum medizinische Angebote für obdach- bzw. wohnungslose und/oder nicht versicherte Menschen zur Verfügung gestellt. Angehörige des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes (DGKP) sind Teil dieses Teams. Um das pflegerische Leistungsangebot im Rahmen der ambulanten Versorgung zu beschreiben sollte ein Fachkonzept erstellt werden. Damit soll Pflege im Kontext der Wohnungs- bzw. Obdachlosigkeit konzeptionell gerahmt werden und Perspektiven für eine bedarfsorientierte weitere Entwicklung aufgezeigt werden.

## Methode/Methoden

Der Entwicklungsprozess des gegenständlichen Fachkonzepts für die Pflege folgte einem partizipativen Ansatz und bezog vorrangig die im neunerhaus Gesundheitszentrum beschäftigten DGKP in den Entwicklungsprozess ein. Ergänzt von Literaturrecherche und -analyse wurden zwei Workshops durchgeführt: Zunächst wurden die strukturellen Gegebenheiten der Zielgruppe der Pflege, die pflegespezifischen Schwerpunkte sowie die Arbeitsprozesse erhoben. Mithilfe von Fallgeschichten, die die Teilnehmer:innen vorbereitet hatten, konnten typische Problem- und Bedarfslagen identifiziert werden. Im Rahmen des zweiten Workshops wurden jene Aspekte des Fachkonzepts, die für die interprofessionelle Zusammenarbeit relevant sind, mit Vertreterinnen und Vertretern aller Berufsgruppen, die im neunerhaus Gesundheitszentrum tätig sind, diskutiert.

## Ergebnisse

Im Zuge der Entwicklung des Fachkonzeptes für die Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum wurde deutlich, dass sich das Setting der Wohnungs- und Obdachlosigkeit in Bezug auf Ziele, Herausforderungen und Herangehensweise in vielerlei Hinsicht von anderen Pflegesettings unterscheidet. Als theoretische Fundierung der pflegerischen Praxis im neunerhaus Gesundheitszentrum wurde das „Person-Centred Practice Framework“ (McCormack/McCance 2006) ausgewählt, weil es einen guten Anschluss an das im Leitbild verankerte humanistische Menschenbild bildet, welches der gesundheitlichen Versorgung in diesem Setting zugrunde liegt. Entlang der Dimensionen des Modells wird im Fachkonzept Wesen und Wirken der Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum abgebildet.

## Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Mit dem Fachkonzept wurde ein wichtiger Schritt zur Entwicklung des Berufsprofils einer professionellen Pflege in der Wohnungslosenhilfe bzw. der Pflege von vulnerablen Gruppen geleistet.

Somit können über das neunerhaus Gesundheitszentrum hinaus in anderen Settings wo Nutzerinnen und Nutzer mit ähnlichen Problemlagen versorgt werden, die Leistung der Pflege und die damit verbundenen Anforderungen beschrieben werden.

### **Schlüsselwörter**

Pflege, Fachkonzept, Wohnungslosenhilfe

# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Abbildung .....	VI
Abkürzungen.....	VII
1 Ausgangslage .....	1
2 Entwicklungsprozess – methodische Herangehensweise .....	3
3 Die Lebenswelt als gesundheitliche Belastung von wohnungs- oder obdachlosen Menschen .....	4
4 Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum - der Status quo.....	6
4.1 Zielgruppe .....	6
4.2 Strukturen und Prozesse der Versorgung im neunerhaus Gesundheitszentrum .....	6
4.3 Zentrale Aspekte der pflegerischen Versorgung im neunerhaus Gesundheitszentrum .....	8
5 Personzentrierte Pflege als konzeptioneller Rahmen für die Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum.....	10
5.1 Grundlagen des personzentrierten Ansatzes.....	11
5.2 Dimensionen des „Person-Centred Practice Framework“ im neunerhaus Gesundheitszentrum umsetzen .....	14
6 Perspektiven des interprofessionellen Teams und Ausblick.....	26
Quellen .....	28
Anhang .....	30

# Abbildung

Abbildung 5.1: Modell „Person-Centred Practice“ .....	13
-------------------------------------------------------	----

# Abkürzungen

BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger; Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
PCP	Person-Centred Practice
u. ä.	und ähnlich
z. B.	zum Beispiel



# 1 Ausgangslage

Die Sozialorganisation neunerhaus ermöglicht obdachlosen und armutsgefährdeten Menschen ein selbstbestimmtes und menschenwürdiges Leben mit gesundheitlicher Versorgung, Wohnen und Beratung. In drei Wohnhäusern und über 250 Wohnungen in ganz Wien leben mehr als 800 ehemals obdach- bzw. wohnungslose Menschen (neunerhaus). Seit dem Jahr 2006 werden mit dem neunerhaus Gesundheitszentrum auch medizinische Angebote für obdach- bzw. wohnungslose Menschen zur Verfügung gestellt und mit steigender Tendenz zuletzt über 5.000 Menschen pro Jahr versorgt. Unter anderem sind auch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen Teil des Teams, sie versorgen in erster Linie Menschen mit chronischen Wunden.

Das Gesundheitszentrum soll voraussichtlich ab dem Jahr 2022 als selbstständiges Ambulatorium geführt werden, wo unterschiedliche Gesundheits- und Sozialberufe interprofessionell notwendige medizinische bzw. Pflege- und Betreuungsleistungen für die Zielgruppe der obdach- bzw. wohnungslosen Menschen anbieten.

Ein Anliegen des neunerhaus Gesundheitszentrums ist es, im Zuge dieser strukturellen Entwicklung mittels berufsspezifischer Fachkonzepte die Leistungen der einzelnen Berufsgruppen im neunerhaus Gesundheitszentrum bei der Versorgung der wohnungs- bzw. obdachlosen Menschen abzubilden. Die Fachkonzepte dienen auch dazu, diese im Sinne der Weiterentwicklung der Interprofessionalität für die Angehörigen der jeweils anderen Berufsgruppe transparent zu machen.

Vor diesem Hintergrund wurde die GÖG im Jahre 2021 damit beauftragt, ein theoriegeleitetes Fachkonzept für die Pflege zu entwickeln, in das auch die Praxiserfahrungen der Pflegepersonen einfließen. Damit soll das pflegerische Leistungsangebot im Rahmen der ambulanten Versorgung konzeptionell gerahmt werden und Perspektiven für eine bedarfsorientierte weitere Entwicklung aufgezeigt werden. Das Fachkonzept soll in erster Linie die Besonderheiten der Pflege im Kontext der Wohnungs- bzw. Obdachlosigkeit aufgreifen. Folgende Zielsetzungen wurden unter Beteiligung der DGKP im neunerhaus Gesundheitszentrum formuliert:

1. Beschreibung der Haltung von Pflegepersonen im Kontext von Obdach- bzw. Wohnungslosigkeit
2. Beschreibung von Vorgangsweisen, durch die sich die Haltung der Pflege realisiert
3. Identifizierung beeinflussender Aspekte auf die Arbeit der Pflegenden, um daraus Rückschlüsse auf die notwendigen Rahmenbedingungen für die Pflege in diesem Kontext ziehen zu können
4. Darstellung des wechselseitigen Verhältnisses der Pflegeangebote und anderer Angebote bzw. Berufsgruppen sowie des organisationalen Rahmens im neunerhaus Gesundheitszentrum

Die Kapitel 1 bis 4 beschreiben die Erkenntnisse, die aus den vorbereitenden Arbeiten für das Fachkonzept gewonnen wurden. Kapitel 5 stellt das Fachkonzept für die Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum dar. Es ist so verfasst, dass es als eigener Textbaustein aus dem Bericht über

das Projekt zur Entwicklung eines Fachkonzepts herausgelöst werden kann. Daraus ergeben sich an manchen Stellen Redundanzen zu den vorhandenen Abschnitten.

## 2 Entwicklungsprozess – methodische Herangehensweise

Mit dem Fachkonzept wird versucht, das Handlungs- und Wirkungsfeld der Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum bestmöglich abzubilden. Der Entwicklungsprozess des gegenständlichen Fachkonzepts für die Pflege folgte einem partizipativen Ansatz und bezog in einem ersten Schritt die im neunerhaus Gesundheitszentrum beschäftigten DGKP in den Entwicklungsprozess ein.

Mithilfe der Erhebung des Pflegeverständnisses und der speziellen Rolle, die den Pflegepersonen in diesem Setting zukommt, sowie der Identifizierung der Schnittmengen und Abgrenzungen zu anderen Berufen und Angeboten in der Wohnungslosenhilfe wurde ein Einblick in die pflegerische Arbeit des neunerhaus Gesundheitszentrums gewonnen. Vor diesem Hintergrund wurden Schwerpunkte und Besonderheiten der Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum identifiziert, um diese konzeptionell einzuordnen. In einem weiteren Schritt wurde auch die Perspektive der Ärztinnen und Ärzte, der Sozialarbeiter:innen, der Ordinationsassistentinnen und -assistenten sowie der Peers berücksichtigt.

Zu diesem Zweck wurden zwei Workshops abgehalten. Um einen Einblick in die Arbeit der Pflegepersonen im Rahmen des neunerhaus Gesundheitszentrums und ein genaueres Bild von der Zielgruppe zu erhalten, wurden im Rahmen des ersten Workshops die strukturellen Gegebenheiten der Zielgruppe der Pflege, die pflegespezifischen Schwerpunkte sowie die Arbeitsprozesse erhoben. Dabei wurden bereits An- und Herausforderungen für die Pflegenden, aber auch ihr Pflegeverständnis und ihre Haltung deutlich. Mithilfe von Fallgeschichten (siehe Anhang), die die Teilnehmer:innen vorbereitet hatten, konnten typische Problem- und Bedarfslagen identifiziert werden. Durch Nachfragen gelang es auch, Punkte herauszuarbeiten, die aufgrund der Erfahrung der Pflegenden für das pflegerische Handeln in diesem Kontext essenziell zu sein scheinen. Anhand der dokumentierten Fallgeschichten gelang eine Konkretisierung dessen, was das Spezifische der Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum ausmacht.

Im Rahmen des zweiten Workshops wurden jene Aspekte des Fachkonzepts, die für die interprofessionelle Zusammenarbeit relevant sind, mit Vertreterinnen und Vertretern aller Berufsgruppen, die im neunerhaus Gesundheitszentrum tätig sind, diskutiert. Die Erkenntnisse im Zusammenhang mit einer Weiterentwicklung des pflegerischen Angebots, das die interprofessionelle Zusammenarbeit forciert, wurden anschließend ebenfalls in das Fachkonzept mitaufgenommen.

### 3 Die Lebenswelt als gesundheitliche Belastung von wohnungs- oder obdachlosen Menschen

Wohnungs- bzw. obdachlose Menschen sind in einem hohen Maß sozialen Ungleichheiten ausgesetzt, die sich auch in gesundheitlicher Ungleichheit manifestiert. Anhaltende Wohnungslosigkeit bedeutet, dass die Voraussetzung für ein eigenständiges Leben fehlt. Wohnungs- bzw. obdachlose Menschen halten sich im öffentlichen Raum auf und sind „den Blicken einer kontrollierenden, entwertenden, entwürdigenden - oft zugleich strafenden - Öffentlichkeit ständig ausgesetzt“ (Gillich 2016). Eine fehlende Rückzugsmöglichkeit und keine Privatsphäre verhindern, sich psychisch und physisch erholen zu können (Gillich 2016).

Viele Vorurteile, wie selbst an der Situation schuld zu sein oder keine Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen, suggerieren ein Bild, dass wohnungs- bzw. obdachlose Menschen eine homogene Gruppe sind. Tatsächlich befinden sich diese Menschen in den unterschiedlichsten persönlichen, sozialen wirtschaftlichen und gesundheitlichen Lebenslagen (Gillich 2016).

Der Gesundheitszustand wohnungs- oder obdachloser Menschen ist aufgrund ihrer besonderen Lebensumstände deutlich schlechter als jener anderer Bevölkerungsgruppen. Negativ beeinflussende Faktoren sind unter anderem der mangelnde Schutz vor Witterungseinflüssen, Sammelterkünfte, die wenig Ruhe- und Rückzugsmöglichkeiten bieten, unzureichende Hygienebedingungen, einseitige Ernährung und Gewalterfahrungen. Dazu kommt eine finanzielle und materielle Unsicherheit. Viele dieser Menschen sind multimorbid und deutlich vorgealtert. Aufgrund von Suchterkrankungen weisen viele Folgeerkrankungen, wie beispielsweise Lebererkrankungen, Magengeschwüre und Gefäß- und Nervenerkrankungen, auf. Diese Menschen haben auch mit Problemen infolge eines sehr schlechten Zahnstatus, Stoffwechselerkrankungen und Infektionen zu kämpfen. Ebenfalls gesundheitlich gefährdet sind jene wohnungs- bzw. obdachlosen Menschen, die an einer psychiatrischen (Grund-)Erkrankung (z. B. Psychose, Angsterkrankung, Depression, Persönlichkeitsstörung, Demenz) leiden. Handelt es sich um Betroffene in einem fortgeschrittenen Lebensalter, kommen häufig noch Bewegungseinschränkungen aufgrund von nicht behandelten Knochenbrüchen oder einem Schlaganfall und Hör- und Sehbeeinträchtigungen hinzu. Frauen leben zwar seltener als Männer auf der Straße, dafür häufig in krankmachenden Verhältnissen, die von (sexueller) Gewalt geprägt sind, was physische und psychische Spuren hinterlässt (BAG W 2013).

Auch die Lebenserwartung steht in einem direkten Zusammenhang mit den Lebensverhältnissen. Demnach werden wohnungslose Menschen, die in prekären Unterkunftsverhältnissen leben und drogenabhängig sind, durchschnittlich 35 Jahre alt, weisen sie keine Drogenabhängigkeit auf, liegt die Lebenserwartung bei 50 Jahren (Weber 2012). Die unzureichende Zugänglichkeit des Gesundheitssystem aufgrund zahlreicher Barrieren, die im strukturellen Bereich (zunehmende Kostenbeteiligung, die kostensparende Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus bei fehlender oder nicht funktionierender Häuslichkeit, Krankenkassenbeitragschulden und ungeklärte Krankenversicherungsverhältnisse) sowie im medizinischen Regelsystem zu finden sind, stellt für diese Menschen ebenfalls eine Ursache für ihren schlechten gesundheitlichen Zustand dar. Nicht zuletzt sind in diesem Zusammenhang auch lebenslagenbedingte Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem

zu nennen, wie beispielsweise schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Regelsystem und/oder den sozialen Hilfen, Kommunikationsstörungen im Behandlungskontakt und eine erschwerte Kommunikation, die sich im Zusammenhang mit Sprachbarrieren ergeben (BAG W 2018).

## 4 Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum - der Status quo

In der Folge wird das Angebot der Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum hinsichtlich der Zielgruppe sowie der organisationalen Rahmenbedingungen dargestellt. Die Grundlage dieser Ausführungen stellen die Ergebnisse aus dem ersten Workshop dar.

### 4.1 Zielgruppe

Das neunerhaus Gesundheitszentrum stellt eine niederschwellige Versorgung für Menschen zur Verfügung, die keine Krankenversicherung haben, obdach- bzw. wohnungslos sind, oder in prekären Wohnsituationen leben und eine gesundheitliche Beeinträchtigung haben. Diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen beziehen sich auf alle Dimensionen von Gesundheit und betreffen sowohl die physische als auch die psychische, soziale und spirituelle Dimension.

Nutzer:innen des neunerhaus Gesundheitszentrums finden wiederum Zugang zu der pflegerischen Versorgung oftmals über den Weg einer „chronischen Wunde“. Inkontinenz, Immobilität und ein Unterstützungsbedarf bei Aktivitäten wie sich zu waschen, zu kleiden und zu pflegen, sind ebenfalls typische Problemlagen, für die sich die Pflege zuständig fühlt.

### 4.2 Strukturen und Prozesse der Versorgung im neunerhaus Gesundheitszentrum

#### **Spektrum der Berufsgruppen**

Die Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum ist Teil einer medizinischen Versorgung, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Spirale „Armut macht krank und Krankheit macht arm“ zu durchbrechen. Dafür stehen den Nutzerinnen und Nutzern Allgemeinmediziner:innen, Sozialarbeiter:innen, Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Peermitarbeiter:innen, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Zahnärztliche Assistentinnen bzw. Assistenten zur Verfügung (neunerhaus). Anfänglich gestaltete sich das Angebotspektrum weniger differenziert. So wurde erst im Jahre 2017 eine DGKP im neunerhaus Gesundheitszentrum angestellt, vorrangig mit dem Ziel, die medizinische Versorgung von obdachlosen Menschen durch eine pflegerische Versorgung zu ergänzen. Es galt, in Bezug auf die Zielgruppe und auch auf die Schaffung von Bedingungen, die das Aufgabenfeld der Pflege in die bereits vorhandene medizinische Versorgung bestmöglich integrieren, Pionierarbeit zu leisten. Dabei richtete sich der Fokus auf die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Bald wurde offensichtlich, dass die Kapazitäten einer Pflegeperson nicht ausreichen, aktuell sind drei DGKP im neunerhaus Gesundheitszentrum tätig.

## **Räumliche Ausstattung**

Das neunerhaus Gesundheitszentrum verfügt über Ordinationsräume und einen Verbandsraum sowie ein Badezimmer. Der räumlich großzügig angelegte Empfangs- und Wartebereich verfügt über Arbeitsplätze für die Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten und die Sozialarbeiter:innen. Im Backoffice-Bereich stehen Arbeitsplätze für sämtliche Berufsgruppen zur Verfügung. An das neunerhaus Gesundheitszentrum ist ein Café angeschlossen, wo während der Öffnungszeiten Sozialarbeiter:innen und ein:e Peermitarbeiter:in ansprechbar sind.

## **Philosophie**

Die Arbeit im neunerhaus Gesundheitszentrum basiert auf einem humanistischen Menschenbild und zeichnet sich durch Offenheit, Wertschätzung, kritisches Denken, Vorurteilsfreiheit, Innovations- und Kooperationsbereitschaft sowie Verantwortungsbewusstsein aus (neunerhaus). All das ermöglicht eine interprofessionelle Zusammenarbeit, die auf Augenhöhe passiert. Arbeitsprozesse verlaufen „Hand in Hand“ und Entscheidungen werden gemeinsam getroffen bzw. reflektiert. Zudem tragen Intervisionen, die ggf. jederzeit möglich sind, dazu bei, dass jede:r einzelne Mitarbeiter:in handlungsfähig bleiben kann.

## **Arbeitsprozesse und Ressourcen**

Um diese „Philosophie“ realisieren zu können, wurden im Laufe der Zeit die Arbeitsprozesse im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit so geregelt, dass sie einerseits die Versorgungsqualität im Sinne der Sicherheit der Nutzer:innen sicherstellen und andererseits auch eine Ressource für alle Mitarbeitenden darstellen. Beispielsweise finden mehrmals täglich interprofessionelle Besprechungen statt, die der Abstimmung und dem Austausch dienen. Um den Arbeitsablauf der jeweils anderen Berufsgruppe nicht unkoordiniert stören zu müssen, wurden sogenannte Slots eingeführt, die es ermöglichen, zu definierten Zeiten um fachlichen Rat zu bitten bzw. Nutzer:innen der anderen Berufsgruppe vorzustellen. Sind Sprachbarrieren zu überwinden, steht die Möglichkeit zur Verfügung, mithilfe von Videodolmetscherinnen/-dolmetschern den Nutzerinnen und Nutzern Informationen zukommen zu lassen und Beratungen durchzuführen. Seit September 2021 gibt es im neunerhaus GZ mit der Praxis Psychische Gesundheit (PPG) ein spezifisches Angebot für Menschen mit psychischen Belastungen. Im multiprofessionellen Team der PPG arbeitet neben einer Peermitarbeiterin, einer Allgemeinmedizinerin, einer Sozialarbeiterin und einem Psychiater auch eine diplomierte Pflegekraft mit psychiatrischer Zusatzqualifikation.

Es ist ein ausgewiesenes Ziel aller, laufend mehr Einblick in die berufsspezifischen Aufgabenfelder der anderen Berufsgruppen zu erlangen, nicht zuletzt deshalb, um deren Ressourcen noch besser nutzen zu können.

## **Kooperationen**

Das neunerhaus Gesundheitszentrum arbeitet mit einer Vielzahl an Kooperationspartnerinnen und -partnern zusammen, die unter anderem im Sinne der Behandlungskontinuität eine wichtige Rolle einnehmen. Wichtige Partner der Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum sind einzelne Wiener

Spitäler, die für Menschen ohne Krankenversicherung zur Verfügung stehen. Darüber hinaus steht ein Netzwerk an Fachärztinnen und Fachärzten zur Verfügung, wobei dieses Netzwerk vor allem die Ärztinnen und Ärzte des neunerhaus Gesundheitszentrums pflegen und in Anspruch nehmen. Ende 2021 wurde das fachärztliche Angebot für nicht versicherte Menschen in Kooperation mit der Vinzenzgruppe erweitert. Auch in der Sozial- und Gesundheitspraxis „dock“ in der Nähe des Hauptbahnhofs stellen Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Fachrichtungen ihre Expertise ehrenamtlich zur Verfügung. Versorgungsbedarfe, beispielsweise die Unterbringung von rekonvaleszenten obdachlosen Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt, die das neunerhaus Gesundheitszentrum nicht abdecken kann, übernehmen andere Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Wien. Das Haus Jaro – eine Einrichtung der Caritas – steht zu solchen Zwecken zur Verfügung. Eine weitere Form der Notunterbringung stellen die Chancenhäuser der Wiener Wohnungslosenhilfe dar. Für die kontinuierliche kostenfreie medikamentöse Versorgung der Patientinnen und der Patienten ist die Medikamentenhilfe des Österreichischen Roten Kreuzes von zentraler Bedeutung, die gespendete Medikamente österreichweit sammelt und damit nach Bedarf niederschwellige Gesundheitseinrichtungen wie das neunerhaus Gesundheitszentrum versorgt.

### 4.3 Zentrale Aspekte der pflegerischen Versorgung im neunerhaus Gesundheitszentrum

Menschen, die Hilfe im neunerhaus Gesundheitszentrum suchen, leben in prekären Verhältnissen. Ihre Vulnerabilität hat unterschiedliche Ursachen. Fehlende oder in einem zu geringen Ausmaß zur Verfügung stehende Ressourcen sowohl wirtschaftlicher, materieller als auch sozialer Natur erschweren die Bewältigung täglicher Herausforderungen. Ihre Lebenslagen sind destabilisierend und traumatisch, belastet mit hohen psychosozialen Hypotheken, bestehend aus Verlusten, Trennungen und Ausgrenzungen. Das Fehlen des privaten Raumes ermöglicht wenig Rückzug und Regeneration und verstärkt die stressgeladene Lebenssituation der Betroffenen (BAG W 2013).

Für die pflegerische Arbeit im neunerhaus Gesundheitszentrum bedeutet das, dass Nutzer:innen aufgrund ihrer oft schlechten Erfahrungen mit anderen Angeboten des Gesundheitssystems den Pflegenden zunächst misstrauisch begegnen. Dazu kommen häufig Gefühle von Scham, Unzulänglichkeit und Angst. Bewältigungsstrategien, die sie in früheren Lebensabschnitten erlernt haben, können nicht mehr angewandt werden bzw. führen nicht mehr zu einer Entspannung dieser Situationen.

Die Bedürfnisse der Menschen, die von Obdach- bzw. Wohnungslosigkeit betroffen sind, decken sich grundsätzlich mit jenen Aspekten, die zur Zufriedenheit wohnungsloser Menschen, die pflegerische Unterstützung brauchen, beitragen. Dabei handelt es sich um den Wunsch nach Beziehung und einem respektvollen Umgang, das Bedürfnis, vertrauen zu können, den Wunsch nach vorurteilsfreier Behandlung und nach Einbindung in Entscheidungen (McCabe et al. 2001, zitiert nach Stehling 2008). Im Zuge der Fallbeschreibungen wurde deutlich, dass im neunerhaus Gesundheitszentrum zu Beginn jeder pflegerischen Betreuung Vertrauen aufgebaut und eine Beziehung hergestellt werden muss. Eine unbedingte Orientierung am Menschen und seinen Bedürfnissen ist als leitendes Prinzip zu erkennen. Die Fähigkeit des multiperspektivischen Sehens und

des multikontextuellen Verstehens sind neben einer hohen pflegefachlichen Kompetenz offenbar grundlegende Voraussetzungen für die Pflegenden, um den Anforderungen in diesem Setting gerecht werden zu können. Viele Situationen sind nicht planbar und dennoch müssen gut begründete Entscheidungen hinter jeder Intervention stehen, die auch ökonomische Aspekte beinhalten. Die gut funktionierende interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit manifestiert sich in gemeinsam erarbeiteten Zielsetzungen und geschaffenen Strukturen, die eine Kooperation und störungsfreie Abläufe ermöglichen. Darüber hinaus hat diese Zusammenarbeit das Potenzial, alle Mitarbeiter:innen handlungsfähig zu halten, da Reflexion und Austausch jederzeit möglich sind. Ehrliches Interesse zu vermitteln sowie Geduld und Respekt zu zeigen, sind Vorgehensweisen, die die Haltung der Pflegenden im neunerhaus Gesundheitszentrum widerspiegeln. Individuelle Ziele, die sich an den Lebenswelten der Nutzer:innen und ihren ganz besonderen Lebenslagen orientieren, werden auf kreative Weise angestrebt, wobei die Nutzer:innen nicht „befürsorgt“ werden, sondern fürsorglich in alle Entscheidungen, soweit es möglich ist, eingebunden sind. Dabei ist eine Orientierung an standardisierten Prozessen nicht immer zielführend. Grundsätzlich zeigt sich aber, dass in jedem Fall so etwas wie eine Anbindung an einen Ort geschaffen wird, wo es Hilfe und Sicherheit gibt. Allen Nutzerinnen und Nutzern wird ein würdevoller und integritätsstiftender (bzw. -erhaltender) Umgang zuteil, was insgesamt, zumindest für die Dauer des Aufenthaltes, das zu kompensieren versucht, was wohnungs- bzw. obdachlose Menschen aufgrund eines fehlenden Zuhauses nicht (oft) zur Verfügung haben.

Was auf den ersten Blick eher in den Hintergrund tritt, sind die gesundheitsfördernden Anteile des pflegerischen Handelns. Diese werden bei näherer Betrachtung jedoch deutlich: Tatsächlich gelingt es, auch gesundheitsfördernde Interventionen umzusetzen, beispielsweise bemühen sich die Pflegenden, das Kohärenzgefühl der Nutzer:innen zu stärken. Dabei sind allerdings andere Maßstäbe anzuwenden. So kann das Vorhaben einer Nutzerin bzw. eines Nutzers, ihren bzw. seinen Alkoholkonsum während einer medikamentösen Therapie einschränken zu wollen, als Erfolg gewertet werden. Faktoren, die diese Maßstäbe verändern, sind beispielsweise multifaktorielle Ursachen für bereits bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen, die bereits beschriebenen schwierigen Lebensumstände sowie die damit verbundenen Nachteile, insbesondere was die Ressourcen und Bewältigungsstrategien wohnungs- bzw. obdachloser Menschen betrifft.

## 5 Personzentrierte Pflege als konzeptioneller Rahmen für die Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum

Ausgehend von der Intention, ein Fachkonzept für die Pflege zu entwickeln, um die pflegerische Arbeit theoretisch zu fundieren und transparent werden zu lassen, aber auch um im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit ein (noch) besseres Verstehen herzustellen, wurde deutlich, dass sich das Setting der Wohnungs- und Obdachlosigkeit in Bezug auf Ziele, Herausforderungen und Herangehensweise in vielerlei Hinsicht von anderen Pflegesettings unterscheidet. Allerdings findet sich das Thema Wohnungs- und Obdachlosigkeit äußerst selten in Pflegefachliteratur, fast gänzlich fehlt es in Lehrbüchern, die als Basisliteratur in den berufsbildenden Grundausbildungen herangezogen werden. Auch konzeptionelle Grundlagen für die Pflege von wohnungs- und obdachlosen Menschen waren in der entsprechenden pflegerelevanten Fachliteratur bis auf den Bereich der geriatrischen Langzeitpflege bislang kaum im Fokus pflegewissenschaftlicher Entwicklungsarbeiten.

Für die theoretische Fundierung der schon bisher gelebten Praxis der interprofessionellen gesundheitlichen Versorgung im neunerhaus Gesundheitszentrum und damit auch für die Pflege ist der personzentrierte Ansatz naheliegend. Personzentrierung meint, dass der Mensch in seiner Individualität und Persönlichkeit wahrgenommen und auch im professionellen Kontext der Gesundheitsversorgung nicht auf seine Erkrankung, seine Defizite oder seine Rolle als „Patient:in“ reduziert wird (Welling 2004).

Als theoretische Fundierung der pflegerischen Praxis im neunerhaus Gesundheitszentrum erscheint das PCP-Modell geeignet, weil es einen guten Anschluss an das im Leitbild verankerte humanistische Menschenbild bildet, welches der gesundheitlichen Versorgung in diesem Setting zugrunde liegt. Darüber hinaus spiegelt es das berufliche Selbstverständnis und den Arbeitsmodus der Pflegepersonen, die im neunerhaus Gesundheitszentrum am Versorgungsprozess beteiligt sind, wider. Nicht zuletzt kann mit diesem Modell folgenden Erwartungen, die mit der Erstellung des Konzepts formuliert wurden, entsprochen werden:

1. Beschreibung der Haltung von Pflegepersonen im Kontext von Obdach- bzw. Wohnungslosigkeit
2. Beschreibung von Vorgangsweisen, durch die sich die Haltung der Pflege realisiert
3. Identifizierung beeinflussender Aspekte auf die Arbeit der Pflegenden, um daraus Rückschlüsse auf die notwendigen Rahmenbedingungen für die Pflege in diesem Kontext ziehen zu können
4. Darstellung des wechselseitigen Verhältnisses der Pflegeangebote und anderer Angebote bzw. Berufsgruppen sowie des organisationalen Rahmens im neunerhaus Gesundheitszentrum

## 5.1 Grundlagen des personzentrierten Ansatzes

Das zugrunde liegende Verständnis des Personseins („Personhood“) nimmt im Wesentlichen auf folgende vier Aspekte des menschlichen Seins Bezug: „being in relation“, „being in a social world“, „being in place“ und „being with self“ (McCormack/McCance 2016). Die Grundwerte, die das Konzept tragen, sind insbesondere Verständnis, Respekt und die Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung des Menschen.

Das „Person-Centred Practice Framework“ lehnt sich an das Struktur-, Prozess- und Ergebnismodell von Donabedian (1980) an und umfasst folgende Dimensionen (McCormack/McCance 2006):

- » Voraussetzungen, die sich auf Eigenschaften der Pflegepersonen konzentrieren
- » die Pflegeumgebung, die sich auf den Kontext konzentriert, in dem die Pflege erbracht wird
- » personzentrierte Prozesse, die sich auf die Bereitstellung von Pflege durch eine Reihe von Aktivitäten konzentrieren
- » erwartete Ergebnisse, die die Ergebnisse einer effektiven personzentrierten Pflege sind

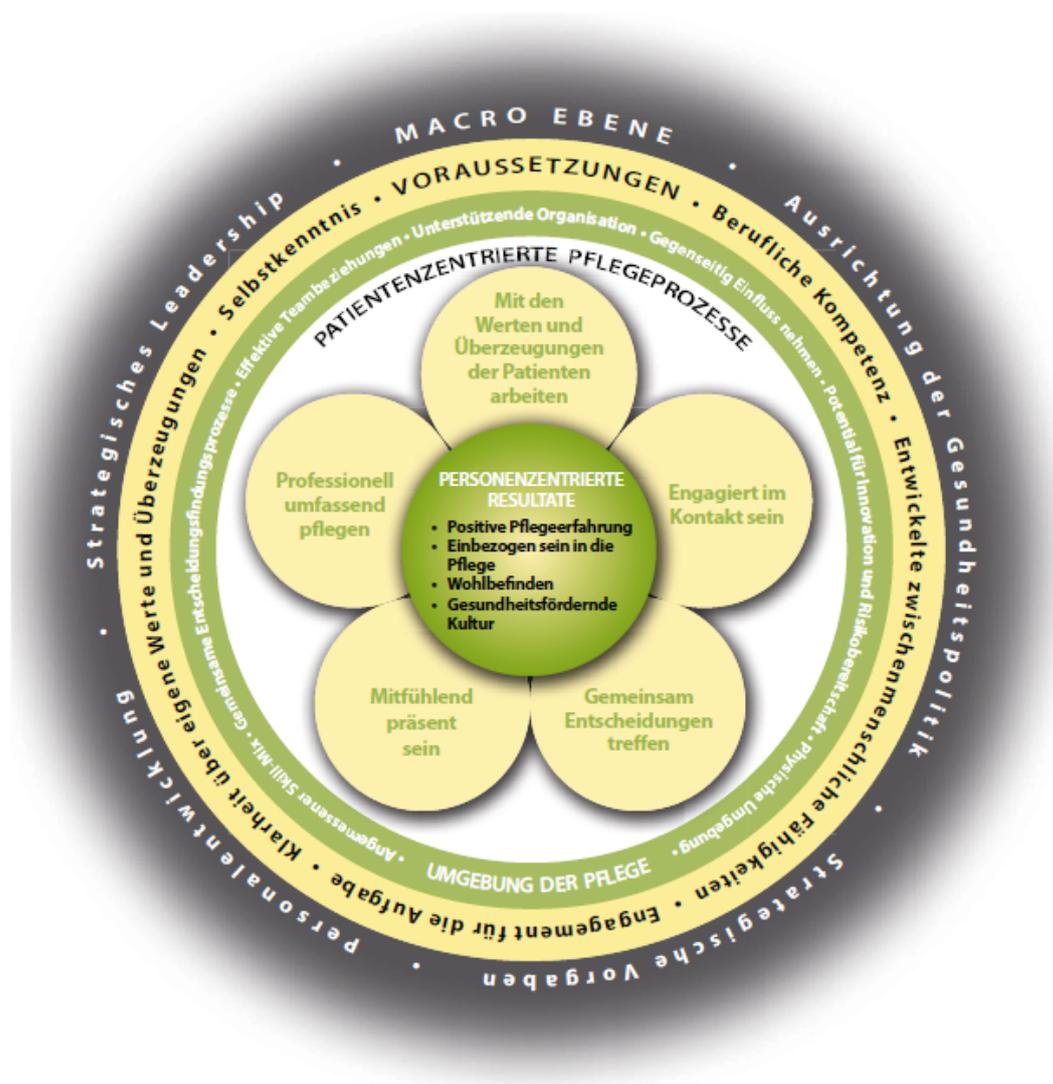
Im Modell berücksichtigt werden ebenso übergeordnete Faktoren auf der Makroebene, die die Umsetzung personzentrierter Versorgung ebenfalls mitbeeinflussen. Dazu zählen die Ausrichtung der Gesundheitspolitik und der Personalentwicklung auf internationaler und nationaler Organisationsebene, Beschäftigungs- und Arbeitsverhältnisse sowie Lern- und Unterstützungsmodelle (Grossmann et al. 2018). Allerdings wird auf diese Dimension des Modells im vorliegenden Konzept nicht näher eingegangen.

Entwickelt wurde das PCP-Modell unter der Federführung der beiden Pflegewissenschaftler:innen Brendan McCormack und Tanya McCance, die sich zunächst unabhängig voneinander mit personzentrierter Pflegepraxis beziehungsweise mit Caring in der Pflege auseinandersetzten (Grossmann et al. 2018). Später führten sie die Resultate ihrer Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zusammen und entwickelten gemeinsam das Person-Centred Nursing Framework (McCormack/McCance 2006). Im Laufe ihrer gemeinsamen Forschungstätigkeit wurde deutlich, dass dieses Modell über die pflegerische Versorgung hinaus auch allgemein als Grundlage für eine personzentrierte Gesundheitsversorgung dienen kann (McCormack/McCance 2016). Das hatte zur Folge, dass nun auch der Zusammenhang mit strukturellen Bedingungen auf Meso- und Makroebene stärker Berücksichtigung findet und das Modell in „Person-Centred Practice Framework“ umbenannt wurde (Grossmann et al. 2018).

Grossmann et al. (2018) betonen, dass das PCP-Modell, das auf einem normativen Wertesystem basiert und ein Konzept mit mittlerer Reichweite darstellt, von Fachpersonen, Teams oder ganzen Organisationen als Orientierungsrahmen nutzbar gemacht werden kann. Dass Personzentriertheit als Kernkompetenz des Gesundheitspersonals und als Schlüsselkomponente der Qualität der Gesundheits- und Primärversorgung anzusehen ist, wird auf internationaler Ebene auch von der WHO hervorgehoben (WHO 2007).

Im Unterschied zu anderen theoretischen Diskursen von Personzentrierung zeichnet sich das „Person-Centred Practice (PCP) Framework“ (McCormack/McCance 2016) dadurch aus, dass es auch auf das Praxisumfeld bzw. das Arbeitsumfeld als entscheidenden Faktor für das Gelingen personzentrierten Arbeitens fokussiert und alle Personen, die unmittelbar am Pflege- bzw. Versorgungsprozess beteiligt sind, in den Blick nimmt. Das ist ein wichtiger Aspekt, wie auch die Ergebnisse der internationalen Studie „RN4CAST“ (Sasso et al. 2017) zeigen: Eine gute Arbeitsumgebungsqualität, die durch eine angemessene Stellenbesetzung, eine gute Zusammenarbeit im Pflorgeteam und mit Ärztinnen und Ärzten sowie eine verlässliche Unterstützung durch das Pflegemanagement charakterisiert ist, führt unter anderem zu geringen Burn-out-Raten und einer hohen Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals.

Abbildung 5.1:  
Modell „Person-Centred Practice“



Quelle: Modell McCormack/McCance 2017; autorisierte Übersetzung und zum Abdruck freigegeben

## 5.2 Dimensionen des „Person-Centred Practice Framework“ im neunerhaus Gesundheitszentrum umsetzen

Im Folgenden wird auf die Dimensionen, die das „Person-Centred Practice Framework“ charakterisieren, im Detail eingegangen. Dabei werden die theoretischen Aspekte zu den jeweiligen Dimensionen und deren Unterpunkte vorangestellt und anschließend mit den besonderen Anforderungen im Kontext neunerhaus Gesundheitszentrum, wie sie im Workshop herausgearbeitet wurden, in Beziehung gesetzt. Den vier **Dimensionen** sind gemäß dem Modell „Person-Centred Practice“ folgende Aspekte zugeordnet, wobei die Übersetzung der englischen Begriffe<sup>1</sup> von Grossmann et al. (2018) übernommen wurde:

- 1. Voraussetzungen einer personenzentrierten Pflege**
  - » fachliche Kompetenz
  - » Selbstkenntnis haben
  - » entwickelte zwischenmenschliche Fähigkeiten haben
  - » engagiert für die Aufgabe
  - » Klarheit über eigene Werte und Überzeugungen
- 2. Umgebung der Pflege**
  - » angemessener Skill-Mix
  - » gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse
  - » effektive Teambeziehungen
  - » unterstützende Organisation
  - » Potenzial für Innovation und Risikobereitschaft
  - » physische Umgebung
- 3. Patientenzentrierte Caring-Prozesse**
  - » mit Werten und Überzeugungen der Patientinnen und Patienten arbeiten
  - » engagiert im Kontakt sein
  - » gemeinsam Entscheidungen treffen
  - » mitfühlend präsent sein
  - » professionell umfassend pflegen
- 4. Personenzentrierte Resultate**
  - » positive Pflegeerfahrung
  - » Einbezogenheit in die Pflege
  - » Wohlbefinden
  - » gesundheitsfördernde Kultur

Wie bereits erwähnt, bleiben die Einflussfaktoren auf der Makroebene ausgespart. Angemerkt sei an dieser Stelle noch, dass die einzelnen Bestandteile des Modells (siehe Abbildung 5.1), das sich

---

<sup>1</sup>

Grossmann et al. (2018) übersetzt den Begriff „person-centred“ mit „personenzentriert“, weshalb in der Folge auch diese Übersetzung übernommen wird.

aus dem Person-Centred Practice Framework heraus entwickelt hat, analytisch getrennt voneinander dargestellt werden. In der Praxis sind einige Aspekte inhaltlich eng miteinander verwoben oder ergänzen einander, was insbesondere in den kontextspezifischen Ausführungen deutlich wird.

# 1. Voraussetzungen einer personenzentrierten Pflege

Personenzentriert zu pflegen bedarf bestimmter Voraussetzungen, die alle Pflegenden in gewissem Maß mitbringen und ständig weiterentwickeln müssen. Im folgenden Abschnitt werden diese Voraussetzungen näher ausgeführt.

## **Fachliche Kompetenz**

Fachliche Kompetenz umfasst das reflektierte berufliche Fach- und Erfahrungswissen, die Fertigkeiten sowie die professionelle Haltung, die Pflegenden dazu befähigen, den Versorgungsansprüchen gerecht werden zu können (Grossmann et al. 2018). Die professionelle Haltung schließt immer auch eine ethische Perspektive ein. Im ICN-Ethikkodex für Pflegenden ist dazu formuliert: „Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt“ (ICN 2013). Diese Anforderung findet sich auch im § 12 Abs. 1 des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wieder (Weiss/Lust 2017). Darüber hinaus wird im ICN-Ethikkodex formuliert, dass Pflegenden mit der Gesellschaft die Verantwortung teilen, „Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen“ (ICN 2013).

Die Pflege wohnungsloser Menschen kann charakterisiert werden als spezifisches Pflegehandeln für und mit Menschen mit individuellen, multiplen physischen und psychischen Gesundheitsbelastungen und sozialen Schwierigkeiten. Um adäquate pflegerische Hilfe und Unterstützung anbieten zu können, die auch angenommen wird, ist eine konsequente Orientierung an der Lebenswelt sowie an den aktuellen Handlungsmöglichkeiten der obdach- und wohnungslosen Menschen notwendig. Das bedeutet, dass Pflegepersonen nicht immer nach fachlichen Standards oder linearen Strategien arbeiten können. Gefordert ist vielmehr die Fähigkeit des multiperspektivischen Sehens und des multikontextuellen Verstehens, um beurteilen zu können, welche fachliche Maßnahme am geeignetsten ist, wie sie an die aktuelle Situation am besten angepasst werden kann und welche Reaktion auf die Anliegen und Befindlichkeiten der jeweiligen Nutzerin bzw. des jeweiligen Nutzers am passendsten ist. Pflegenden in diesem Setting können also nicht mit einer vorgefertigten To-do-Liste die fachlichen Anforderungen abarbeiten. Vielmehr bedarf es der Fähigkeit, mit einem hohen Maß an Nichtplanbarkeit umzugehen und einen Habitus der Aufmerksamkeit zu entwickeln, um gemeinsam mit der jeweiligen Nutzerin bzw. dem jeweiligen Nutzer die Handlungsoption in der aktuellen Situation auszuloten.

## **Selbstkenntnis haben**

Das Bewusstsein über die eigenen Werte und Überzeugungen ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für die personenzentrierte Versorgung auch und insbesondere im Kontext der Pflege. Um dieses Bewusstsein über die eigenen Werte und Überzeugungen auszubilden und weiterzuentwickeln, bedarf es der Reflexion und des In-Beziehung-Tretens mit anderen (Grossmann et al. 2018).

Diese Anforderung ist insbesondere im Kontext der gesundheitlichen Versorgung von obdach- und wohnungslosen Menschen von besonderer Bedeutung, da Pflegende hier oftmals mit Lebenswelten und Lebenssituationen konfrontiert sind, die ihnen fremd sind. Mehr noch als Pflegende in anderen Settings sind Pflegende, aber auch Nutzer:innen mit Situationen an der Grenze von Tabuverletzung, an der Grenze des Zumutbaren, von Scham und Ekel und eigener Betroffenheit konfrontiert (Maio 2017). Auf der einen Seite gilt es, den Nutzerinnen und Nutzern mit Offenheit und Wertschätzung auf Augenhöhe zu begegnen, wie es das Leitbild der Organisation nahelegt. Auf der anderen Seite benötigen Pflegende strukturierte Reflexionsmöglichkeiten auch im Sinne der Selbstsorge, um mit ihren eigenen Emotionen, denen ja immer auch Werte und Überzeugungen zugrunde liegen, adäquat umgehen zu können.

## **Entwickelte zwischenmenschliche Fähigkeiten haben**

Zwischenmenschliche Fähigkeiten zu haben bedeutet im Rahmen des PCP-Modells in erster Linie die Fähigkeit der Pflegenden, auf verschiedenen Ebenen mit anderen kommunizieren und in verbale und nonverbale Interaktion treten zu können, um die Situation anderer zu verstehen. Darüber hinaus bedeutet zwischenmenschliche Fähigkeiten zu haben in diesem Kontext auch, sich um gemeinsame Lösungen mit dem jeweiligen Gegenüber zu bemühen, die auf gegenseitige Zustimmung treffen. Dass diese Kompetenz gerade im Kontext der gesundheitlichen Versorgung von obdach- und wohnungslosen Menschen von hoher Bedeutung ist, haben McCabe et al. (2001) in ihrer Studie herausgestellt. Sie haben folgende Aspekte identifiziert, die wesentlich für die Zufriedenheit obdach- und wohnungsloser Menschen mit der Pflege sind und ein hohes Maß an kommunikativen Fähigkeiten fordern: Pflege, die auf einer Beziehung beruht und dauerhaft ist, einen respektvollen Umgang miteinander zu haben, Vertrauen in die Einrichtung und die Mitarbeiter:innen haben zu können, vorurteilsfreie Pflege zu erleben und an der Pflege und an zu treffenden Entscheidungen beteiligt zu sein (McCabe et al. 2001, zitiert nach Stehling 2008).

Kommunikationskompetenz der Pflegenden im Kontext der gesundheitlichen Versorgung im neunerhaus ist einer der entscheidenden Faktoren, um das Vertrauen der Nutzer:innen zu gewinnen und eine positive Pflegebeziehung aufbauen zu können. Dabei geht es nicht nur um Deutungskompetenz in Bezug auf unterschiedliche Kommunikationsebenen, sondern auch und in erster Linie um Augenhöhe. Die besondere Herausforderung liegt in der Berücksichtigung einer möglichen veränderten Wahrnehmung von Distanz und Nähe (die sich auch sprachlich manifestiert) und im Zeigen eines ehrlichen Interesses an der Person selbst und ihren besonderen Lebensumständen (Stehling 2008). Es geht im Wesentlichen darum, den Nutzerinnen und Nutzern eine Anbindung an einen „verlässlichen Ort“ zu ermöglichen, wo sie darauf zählen können, Hilfe zu bekommen, und wo ihnen ein integritätsstiftender (bzw. -erhaltender) Umgang zuteilwird.

### **Engagiert für die Aufgabe**

Für die Aufgabe engagiert zu sein meint, sich für eine evidenzbasierte, umfassende Pflege einzusetzen. Dabei geht es darum, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in den Kontext und die Präferenzen der Pflegeempfänger:innen zu integrieren; dies erfordert eine umfassende Vorstellung und Wissen darüber, wie diese Erkenntnisse gewonnen werden (Rycroft-Malone et al in Grossmann et.al, 2018).

Wie bereits angesprochen, können Pflegende im neunerhaus Gesundheitszentrum selten nach fachlichen Standards oder linearen Strategien arbeiten, sondern sind gefordert, sich an der lebensweltlichen Situation der Nutzer:innen zu orientieren. Viele Situationen sind nicht planbar und dennoch müssen hinter jeder Intervention gut begründete fachliche Entscheidungen stehen, die auch ökonomische Aspekte beinhalten. Um dieses hohe Maß an Nichtplanbarkeit in fachlicher Hinsicht adäquat bewältigen zu können, benötigen Pflegende ausreichende Zeitressourcen, um sich über angemessene pflegerische Interventionsmöglichkeiten austauschen zu können. Aufgrund der breit gefächerten Bedarfs- und Bedürfnislagen der Nutzer:innen sind auch Grundkenntnisse beispielsweise aus Disziplinen wie Ergotherapie, Diätologie u. ä. nützlich.

### **Klarheit über eigene Werte und Überzeugungen**

Personenzentriertheit setzt voraus, dass Pflegende Klarheit über ihre eigenen Werte und Überzeugungen haben und dass ihnen bewusst ist, inwiefern sich die eigenen Ansichten auf ihre und die Entscheidungen der Nutzer:innen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung auswirken. Dieser Aspekt steht im engen Zusammenhang mit der Selbsterkenntnis sowie mit der Annahme, dass Pflegende, bevor sie helfend tätig werden können, wissen müssen, welche Werte und Überzeugungen ihre Handlungen leiten (McCormack/McCance 2006).

Wie bereits im Rahmen der Ausführung zur Anforderung „Selbsterkenntnis“ angesprochen, sind dafür strukturierte Austausch-, aber auch Interventionsmöglichkeiten im Versorgungsteam von essenzieller Bedeutung.

## **2. Umgebung der Pflege**

Im PCP-Modell wird berücksichtigt, dass das Praxisumfeld bzw. die Arbeitsumgebung einen großen Einfluss auf die Umsetzbarkeit der personenzentrierten Pflege hat und das größte Potenzial besitzt, personenzentrierte Prozesse zu fördern, zu verbessern oder sie zu behindern (McCormack 2004). Im Folgenden werden zentrale Voraussetzungen erläutert.

### **Angemessener Skill-Mix**

Im Unterschied zu vielen anderen Pflegemodellen räumt das PCP-Modell der Praxisumgebung sowie allen Akteurinnen und Akteuren, die in den direkten Versorgungsprozess involviert sind, hohe

Bedeutung ein. Idealerweise wird jede(r) Einzelne mit ihren bzw. seinen Fähigkeiten und der individuellen Persönlichkeit in die Erarbeitung von Zielen eingebunden werden (Grossmann et al. 2018).

Den vielfältigen Versorgungsbedarfen wohnungs- bzw. obdachloser Menschen in personenzentrierter Weise gerecht zu werden, bedarf der Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams, das auf Augenhöhe miteinander arbeitet, die Expertise aller Beteiligten wertschätzt und für neue Ideen offen ist. Das betrifft auch die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnerinnen und -partnern außerhalb der Einrichtung.

### **Gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse**

Gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse stehen für einen Weg, wie ein „angemessener Skill-Mix“ (siehe oben) in der Praxis Anwendung findet (Grossmann et al. 2018). Dabei geht es nicht nur um eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Team, sondern es geht auch zentral um die Einbindung der Nutzer:innen. Wie bereits angeführt, trägt die Beteiligung der Nutzer:innen an Entscheidungsprozessen wesentlich zur Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung auch im Kontext der pflegerischen Versorgung obdach- und wohnungsloser Menschen bei (McCabe et al. 2001, zitiert nach Stehling 2008, S. 379).

Wie bereits angesprochen, gilt es im Rahmen der ambulanten Versorgung von obdach- und wohnungslosen Menschen, jeweils individuelle Ziele zu setzen, die an der lebensweltlichen Situation ausgerichtet sind. Ebenso gilt es, den Nutzerinnen und Nutzern nicht paternalistisch zu begegnen, sondern sie vielmehr fürsorglich in alle Entscheidungen, soweit es möglich ist, einzubinden. Viele Entscheidungen müssen im Rahmen der ambulanten Versorgung von obdach- bzw. wohnungslosen Menschen ganz unmittelbar getroffen werden.

### **Effektive Teambeziehungen**

Effektive Teambeziehungen realisieren sich in einem offenen, wertschätzenden Umgang miteinander. Machtverhältnisse müssen geklärt und ausverhandelt werden. Teams, die eine personenzentrierte Versorgung gewährleisten möchten, sind gefordert, eine Arbeitsweise zu entwickeln, in der sich die handelnden Akteurinnen und Akteure die Macht teilen, indem sie gegenseitig Einfluss nehmen (Grossmann et al. 2018). Darüber hinaus ist zu bedenken, dass Unterbrechungen der Arbeitsabläufe, wie sie Pflegepersonen tagtäglich erfahren, die Komplexität der Entscheidungsfindung erhöhen und damit das Arbeitshandeln der Pflegenden erschweren (McCormack/McCance 2006).

Effektive Teambeziehungen sind dann möglich, wenn das Team an gemeinsamen Zielen und auf Basis geteilter Werte und Haltungen arbeitet, und setzen voraus, dass Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass Mitarbeiter:innen Hand in Hand arbeiten können. Ebenso sind auch in diesem Zusammenhang zeitliche Ressourcen für einen informellen Austausch zu fachlichen Fragen oder bei emotionaler Betroffenheit notwendig. Dafür sollten Zeitfenster eingerichtet werden, wie sie etwa im neunerhaus Gesundheitszentrum in Form der oben genannten „Slots“ bereits umgesetzt sind.

## **Unterstützende Organisation**

Personenzentrierte Versorgung stellt hohe Anforderungen an das Team, die aber nicht allein an sie gerichtet sind, sondern an die Organisation als Ganzes. Nachgewiesenermaßen hat insbesondere die Organisationsform einen Einfluss auf die Resultate einer personenzentrierten Versorgung, sowohl für die Empfänger:innen der Hilfs- und Unterstützungsleistungen als auch für Mitarbeitende. Eine unterstützende Organisation kann mitunter dadurch charakterisiert werden, dass sie die Initiative, Kreativität, Freiheit und Sicherheit von Personen fördert (Grossmann et al. 2018).

Studien, die im Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit und beruflicher Sinnerfüllung erstellt wurden, zeigen auf, dass Aspekte wie Unternehmensorientierung, die Vermeidung von Über- und Unterforderung sowie eine verlässliche Unterstützung und wertschätzende Haltung des Managements entscheidend die Motivation und das Engagement der Mitarbeitenden fördern und Burn-out verhindern (Schnell 2018). Erleben Mitarbeitende das Management als unterstützend und wird für eine gute Arbeitsumgebung gesorgt, profitieren Arbeitgeber:innen, Mitarbeiter:innen und Nutzer:innen gleichermaßen.

## **Potenzial für Innovation und Risikobereitschaft**

Unter „Potenzial für Innovation und Risikobereitschaft“ wird die Form der Entscheidungsfindung verstanden, wobei die Akzeptanz der Werte und Überzeugungen einer Person die Basis für eine professionelle Beziehung bildet. Ziel ist es, alle Perspektiven mit einzubeziehen, um unterschiedliche Handlungsoptionen abwägen zu können (Grossmann et al. 2018).

Wie bereits erläutert wurde, unterliegen die Entscheidungsfindungen im Rahmen der ambulanten gesundheitlichen Versorgung von obdach- bzw. wohnungslosen Menschen besonderen Bedingungen. In erster Linie ist damit gemeint, dass oftmals schnelle Entscheidungen gefordert sind, da erste Begegnungen mit Nutzerinnen und Nutzern häufig unter dem Einfluss komplexer Situationen und eines auf den ersten Blick oft schwer einschätzbaren Allgemeinzustands der Nutzer:innen stehen. Aufgrund dessen können Entscheidungen häufig nicht in der aktuellen Situation im Team abgesprochen werden. Vielmehr sind Pflegenden gefordert, sehr rasch mögliche Konsequenzen abzuschätzen und auf Basis einer Begründung, die insbesondere die lebensweltliche Situation der Betroffenen miteinbezieht, zu entscheiden. Umso wichtiger sind die Möglichkeiten der Reflexion, sei es im Rahmen von Besprechungen oder Interventionen, um das Erfahrungslernen der Teammitglieder zu unterstützen.

## **Physische Umgebung**

Auch die physische Umgebung ist ein wichtiger Einflussfaktor für das Gelingen personenzentrierter Versorgung. Dabei spielen unter anderem Ästhetik und Funktionalität, die einander nicht ausschließen sollten, eine Rolle (Grossmann et al. 2018).

Die Herausforderung im Kontext der ambulanten Versorgung obdach- und wohnungsloser Menschen bezüglich dieser Anforderung kann vielleicht darin gesehen werden, dass ein passender

Mittelweg zwischen Ästhetik und Funktionalität gefunden wird, der von den Nutzerinnen und Nutzern als nicht zu „hochschwellig“ wahrgenommen wird und trotzdem allen am Versorgungsprozess beteiligten Personen gerecht wird.

### 3. Patientenzentrierte Caring-Prozesse

Im Zentrum stehen fünf Prozesse, die direkt auf die Versorgung pflegebedürftiger Menschen fokussieren. Die Prozesse ergänzen einander und sind aus der Perspektive der Praxis ineinander verwoben.

#### **Mit Werten und Überzeugungen der Patientinnen und Patienten arbeiten**

Hierbei handelt es sich um ein zentrales Prinzip der personenzentrierten Versorgung. Dabei geht es darum, sich am Sinnerleben der Menschen, die einen Pflege- und Versorgungsbedarf haben, zu orientieren. Der Fokus sollte auf die individuellen Lebenswelten der Pflegeempfänger:innen und darauf, was ihnen wichtig ist, gelegt werden. Dabei nimmt das personenzentrierte Assessment einen hohen Stellenwert ein (Grossmann et al. 2018).

Grundsätzlich gilt es im Kontext Pflege von wohnungs- bzw. obdachlosen Menschen zu bedenken, dass Gesundheit häufig nicht im Fokus der Aufmerksamkeit wohnungs- bzw. obdachloser Menschen steht. Die Befriedigung grundlegenderer Bedürfnisse nimmt viel Zeit in Anspruch, dazu kommen lebensbiographisch bedingte Hindernisse wie beispielsweise schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Regelsystem und/oder mit sozialen Hilfen oder Kommunikationsstörungen im Behandlungskontakt. Nicht zuletzt trägt auch der Einfluss von Suchtmitteln oftmals dazu bei, dass wohnungs- und obdachlose Menschen physische Symptome nicht oder erst sehr spät wahrnehmen (BAG W 2018).

Wichtig ist, dass Pflegenden neben einer pflegfachlichen Kompetenz auch über Erfahrungswissen verfügen. Darüber hinaus ist ein kenntnisreicher Blick auf die lebensweltliche Situation von wohnungs- und obdachlosen Menschen, um diese bei Entscheidungen berücksichtigen zu können, notwendig. Die Unterstützung durch „Peers“ - ehemals wohnungslose Mitarbeiter:innen, die viele Problemlagen wohnungs- bzw. obdachloser Menschen aus eigener persönlicher Erfahrung kennen - kann dabei sehr hilfreich sein, beispielsweise wenn es um die Frage geht, wie Interventionen in die Lebenswelten der Nutzer:innen integrierbar sind. Der Einsatz von „Peers“ kann darüber hinaus dazu beitragen, dass sich die Nutzer:innen noch besser verstanden fühlen und notwendige Interventionen besser annehmen können.

#### **Engagiert im Kontakt sein**

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen allen Beteiligten kann dann entstehen, wenn die Werte und Überzeugungen der Menschen, die einen Pflege- und Versorgungsbedarf haben, als beeinflussende Faktoren wahrgenommen werden. Auf Basis einer vertrauensvollen Beziehung kann oftmals trotz hindernder Umgebungsfaktoren eine erfolgreiche Pflegesituation gestaltet werden.

Wichtig ist dabei, Prioritäten personenzentriert zu setzen und sich Zeit für Reflexion zu nehmen (Grossmann et al. 2018).

Wie schon öfter angesprochen, hat im Kontext der ambulanten gesundheitlichen Versorgung obdach- und wohnungsloser Menschen der Vertrauensaufbau und das Herstellen einer Beziehung zu dem:der Nutzer:in höchste Priorität. Es gilt, sich vorerst an den drängendsten Bedürfnissen der Nutzerin bzw. des Nutzers zu orientieren. Die Herausforderung dabei ist, die Person, die sich oftmals hinter all den augenscheinlichen Problem- und Bedarfslagen verbirgt, zu erkennen, sie wahrzunehmen, sie zu respektieren und ihr wohlwollend zu begegnen. Auf Basis einer vertrauensvollen Beziehung können weiterreichende notwendige pflegerische Interventionen zumeist auch angenommen werden.

### **Gemeinsam Entscheidungen treffen**

Im Kontext der personenzentrierten Entscheidungsfindung fließen die persönlichen Werte und Überzeugungen sowie die Erfahrungen und das Wissen aller Beteiligten mit ein. Unterschiedliche Handlungsoptionen ergeben sich dann, wenn es gelingt, vorübergehend die Perspektive aller ins Auge zu fassen (Grossmann et al. 2018).

Im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung obdach- bzw. wohnungsloser Menschen stehen Pflegenden oftmals vor der Herausforderung, dass Nutzer:innen komplexe Gesundheitsprobleme aufweisen und ihr Allgemeinzustand nur schwer einschätzbar ist. Auch in solchen Situationen ist es wichtig, begründete Entscheidungen zu treffen. Als wichtig und hilfreich erweist sich die Möglichkeit, im Rahmen von Interventionen getroffene Entscheidungen zu reflektieren. Multiprofessionelle Besprechungen können dazu beitragen, unterschiedliche Perspektiven auszuloten und beispielsweise auch Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten von Nutzerinnen und Nutzern zu finden, Strategien für den Umgang abzusprechen und die damit verbundenen Belastungssituationen zu thematisieren.

### **Mitfühlend präsent sein**

Durch mitfühlende Präsenz oder, wie der Medizinethiker Giovanni Maio schreibt, durch verstehende Zuwendung wird dem hilfesuchenden Menschen hinreichend deutlich vermittelt, dass er wichtig ist und dass das, was er denkt und fühlt, nicht abgetan, sondern als bedeutsam anerkannt wird. Diese Haltung des Beistands vermittelt hilfesuchenden Menschen Anerkennung und stärkt bei ihnen das heilsame Gefühl der Würde und Selbstachtung (Maio 2017). Mitfühlende Präsenz kann beispielsweise in gezielten Gesprächen das Gefühl vermitteln, mit seinen Verlusten und Problemen nicht allein zu sein. Das kann aber auch im Rahmen von Routinearbeiten geschehen, sei es in verbaler oder nonverbaler Form (Grossmann et al. 2018). Mitfühlende Präsenz, verstehende Zuwendung in der jeweiligen Situation sowie adäquat auf Hinweise bzw. Signale der Nutzer:innen zu reagieren, ist im Wesentlichen das Herzstück personenzentrierter Prozesse.

Mitfühlende Präsenz bzw. eine verstehende Zuwendung und ein verlässliches Gegenüber kann für Nutzer:innen im Rahmen der ambulanten gesundheitlichen Versorgung eine Unterstützung dabei sein, einen verstehenden Zugang zu sich selbst zu finden sowie einen interessierten Blick auf die

Welt auszubilden und bestenfalls das Selbstvertrauen, in dieser Welt eigene Pläne für die Zukunft zu entwickeln und umzusetzen (Steckelberg 2021).

### **Professionell umfassend pflegen**

Professionell umfassend pflegen impliziert die Berücksichtigung und den Einbezug sowohl der physischen als auch der psychischen, soziokulturellen und spirituellen Dimension des Menschen (Grossmann et al. 2018). In der Literatur zur personenzentrierten Pflege wird hervorgehoben, dass die körperbezogene Pflege von wesentlicher Bedeutung ist, da sie ein „Einstieg“ zur Umsetzung personenzentrierter Prozesse und zum Erreichen personenzentrierter Ergebnisse ist (McCormack/McCance 2006).

In der Pflege von wohnungs- bzw. obdachlosen Menschen rückt der Fokus auf die Vieldimensionalität des Menschen in ein besonderes Licht, da Nutzer:innen oftmals Verluste in allen Dimensionen erleiden oder erlitten haben. Nichtsdestotrotz erfolgt die Kontaktaufnahme bzw. der erste Vertrauensaufbau über körperbezogene Pflegehandlungen, sei es über die Unterstützung bei der Körperpflege oder über das Verbinden einer Wunde. Dabei geht es darum, WIE diese Pflegesituationen gestaltet werden. Eine besonders sensible Herangehensweise, die durchaus sehr viel Zeit in Anspruch nehmen kann, ermöglicht beiden Seiten, die Aspekte von Nähe und Distanz zu berücksichtigen, wodurch Selbstwert und Würde aller Beteiligten gewahrt bleiben kann. „Gute Pflege ist [...] insoweit auf Distanz ausgerichtet, als sie die Andersartigkeit des anderen nicht übergeht, sondern in ihrer Eigenart zu erfassen sucht“ (Maio 2017). Vor dem Hintergrund dieser Aspekte erwächst eine besonders hohe Komplexität im Kontext der Pflege von wohnungs- und obdachlosen Menschen. Zur Bewältigung komplexer Situationen können keine standardisierten Prozeduren eingesetzt werden. Vielmehr kommt es besonders auf das assoziative Gespür der Pflegenden an, zu wissen, aus welchen Zusammenhängen sich Problem- und Bedarfslagen ergeben (haben). Assoziativ spüren können meint, ein Gefühl dafür zu haben, was gerade wichtig ist und was gerade im Vordergrund steht (Maio 2017). Dieses Gespür kann nur entwickelt werden, wenn es gelingt, „den rein kognitiven Zustand zum Patienten mit einem Zustand zu ergänzen, der auch der eigenen Intuition Raum lässt“ (Maio 2017).

Im neunerhaus Gesundheitszentrum zählen gesundheitsfördernde Interventionen zu einer umfassenden Pflege. So bemühen sich die Pflegenden, das Kohärenzgefühl, das Selbstwertgefühl und die Selbstachtung der Nutzer:innen zu stärken.

## **4. Personenzentrierte Resultate**

### **Positive Pflegeerfahrungen**

Positive Pflegeerfahrungen im Kontext der personenzentrierten Versorgung beziehen sich auf alle beteiligten Personen. „Positive Pflegeerfahrungen“ meint das konkrete Erleben dessen, was während der gesundheitlichen Versorgung geschieht. Die konkrete Erfahrung ist dabei mehr als die

Patientenzufriedenheit, die häufig mit Fragebogen erhoben wird (Grossmann et al. 2018). Grossmann et al. merken in diesem Zusammenhang an, dass es den landläufigen Befragungen zur Patientenzufriedenheit oftmals an Tiefe fehlt, da sie den individuellen Erfahrungen zu wenig Platz bieten. Darüber hinaus sind (positive) Erfahrungen nicht nur auf die Nutzer:innen begrenzt, auch die Fachpersonen möchten die Betreuung positiv erleben können (ebd.). Folgende Faktoren tragen maßgeblich zur Zufriedenheit von obdach- bzw. wohnungslosen Menschen im Kontext der Gesundheitsversorgung bei: eine Pflege, die auf einer Beziehung beruht und dauerhaft ist, einen respektvollen Umgang miteinander zu haben, Vertrauen in die Einrichtung und die Mitarbeiter:innen haben zu können, vorurteilsfreie Pflege zu erleben und an der Pflege und an zu treffenden Entscheidungen beteiligt zu sein (McCabe et al. 2001, in; Stehling 2008). Im Rahmen einer Evaluation personenzentrierter Versorgung sollen jedoch nicht nur die individuellen Erfahrungen der Nutzer:innen, sondern auch jene der betreuenden Personen mit einfließen (Grossmann et al. 2018).

### **Einbezogenheit in die Pflege**

Mit „Einbezogenheit in die Pflege“ ist gemeint, dass alle handelnden Akteurinnen und Akteure einschließlich jener Personen, die Hilfe in Anspruch nehmen, als Person und in ihren unterschiedlichen Rollen und unterschiedlichen Aufgaben wertgeschätzt werden (Grossmann et al. 2018).

Das Einbeziehen der Nutzer:innen hat im Kontext der gesundheitlichen Versorgung von obdach- bzw. wohnungslosen Menschen einen besonders hohen Stellenwert. Über das Einbeziehen geschieht ein nicht unwesentlicher Teil des Vertrauensaufbaus und die Beziehungsgestaltung wird durch das aktive Einbeziehen positiv beeinflusst. Darüber hinaus kann dadurch in sehr vielen Fällen erreicht werden, dass Nutzer:innen die pflegerischen Interventionen besser verstehen und Behandlungsempfehlungen befolgen (Compliance) oder sich sogar aktiv einsetzen, gemeinsam gesetzte Ziele zu erreichen (Adhärenz). Einbezogen sein bedeutet aber auch, wahr- und wichtig genommen zu werden, und dies ist wiederum ein wesentlicher Aspekt, der zur Wahrung der Würde und Integrität der Menschen beiträgt (Pfabigan 2011).

### **Wohlbefinden**

Wie in vielen anderen Caring-Theorien ist auch im Kontext der personenzentrierten Pflege Wohlbefinden ein zentrales Element (Grossmann et al. 2018). Beispielsweise erleben es Patientinnen und Patienten als sehr positiv, wenn ihr Beitrag bei der Bewältigung der Auswirkungen von Krankheit von den Fachpersonen anerkannt wird. Für Fachpersonen wiederum ist es wertvoll, Wertschätzung für ihre Kompetenz und ihre Fürsorge zu erfahren (ebd.).

Im neunerhaus Gesundheitszentrum ist Wohlbefinden ein ausgewiesenes Ziel der Pflege. Die Pflegenden sind sich der schwierigen Lebensumstände bewusst und wissen zudem auch, dass Gesundheit und ihr Einfluss auf die Lebensqualität oft nicht im Fokus von obdach- und wohnungslosen Menschen stehen. Wohlbefinden herzustellen, Sicherheit und ein Aufgehobensein - und sei es auch nur auf eine kurze Zeitspanne begrenzt -, liegt aber durchaus im Einflussbereich der Pflegenden und wird insbesondere durch Eingehen auf individuelle Bedürfnislagen, eine verstehende und fürsorgliche Zuwendung sowie einen wertschätzenden, vorurteilsfreien Umgang erreicht.

## **Gesundheitsfördernde Kultur**

Der Begriff „gesundheitsfördernd“ umfasst alle Aspekte des Lebens und meint weniger einzelne gesundheitsfördernde Handlungen als vielmehr eine Kultur, die die Menschen in ihrer Persönlichkeit berücksichtigt. Zudem werden in einer gesundheitsfördernden Kultur partnerschaftliche Beziehungen gelebt und Entscheidungen gemeinsam getroffen. Der Führungsstil in dieser Kultur unterstützt Innovation und Veränderung (Grossmann et al. 2018).

Die gesundheitliche Versorgung von obdach- bzw. wohnungslosen Menschen mit hochindividualisierten, multiplen physischen und psychischen Gesundheitsbelastungen und sozialen Schwierigkeiten stellt das Betreuungsteam oftmals vor große Herausforderungen. Eine personenzentrierte Ausrichtung, die auch ein unterstützendes Management und eine adäquate Arbeitsumgebung impliziert, kann als Ressource angesehen werden, die dazu beitragen kann, dass Mitarbeitende ihre Arbeit als sinnstiftend ansehen und trotz der gegebenen Anforderungen gesund bleiben.

## 6 Perspektiven des interprofessionellen Teams und Ausblick

Im Rahmen eines Workshops unter Beteiligung von Mitgliedern des interprofessionellen Teams des neunerhaus Gesundheitszentrums wurde das Fachkonzept vorgestellt und auf seine „Anschlussfähigkeit“ hin überprüft. Eine Vertreterin des Pflgeteams ergänzte die Präsentation mit Fallbeispielen, und illustrierte so, wie sich die theoretischen Grundlagen in der Praxis abbilden.

Insgesamt stieß das Fachkonzept auf positive Resonanz. Das Ineinandergreifen der Berufsgruppen Pflege, Sozialarbeit sowie Medizin, ergänzt von den Peermitarbeiterinnen und -mitarbeitern wurde in den Reaktionen der Teilnehmer:innen deutlich. Das Fachkonzept Pflege würde aus Sicht der Teilnehmer:innen die dafür charakteristischen Haltungen sowie Arbeitsweisen der Pflege gut zum Ausdruck bringen.

Hervorgehoben wurden dabei folgende Aspekte:

- » Das Erfordernis und der Stellenwert von Reflexion in der täglichen Praxis, der sich ganz besonders aus den spezifischen Bedarfslagen und Umgangsweisen der Personen, die als Nutzer:innen das neunerhaus Gesundheitszentrum aufsuchen, ergeben
- » Die Wahrnehmung, dass Pflege in der Tagesstruktur des neunerhaus Gesundheitszentrums eine wesentliche Ressource darstellt, und gewissermaßen in alle Prozesse eingebunden ist.
- » Die Beobachtung, dass Angehörige anderer Berufsgruppen angaben, viel von der Pflege gelernt zu haben, d.h. dass ein gegenseitiger Wissenstransfer stattfindet.
- » Das „In Beziehung treten“ als Grundvoraussetzung, damit Menschen „regelmäßig“ ins Gesundheitszentrum kommen, wird von den Mitarbeiterinnen der Pflege über ihren spezifischen Zugang geleistet. Dies ermöglicht den anderen Berufsgruppen einen Zugang zu den Menschen.

Das Verständnis von Professionalität in der Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum war – ausgehend vom Fachkonzept – ein wichtiges Thema in der Diskussion des interprofessionellen Teams. Es ging darum, Pflege abseits von „Aufgaben“ und „Tätigkeiten“ als zentralen Baustein verortet zu wissen, und zudem über das Handeln der Pflege in den Kern des professionellen Selbstverständnisses vorzudringen. Das Fachkonzept wurde hierfür als sehr hilfreich erachtet, erlaubt es doch, den Kompetenzen der Pflege entsprechend Ausdruck zu verleihen.

Auf Nachfrage hin sei ergänzt, dass in dem Fachkonzept nicht gesondert auf Strategien einer kultursensiblen Pflege oder aber auch geschlechtsspezifische Aspekte im beruflichen Handeln der Pflege eingegangen wurde. Vielmehr sind die Haltung mit denen Pflegepersonen im neunerhaus Gesundheitszentrum den Nutzerinnen und Nutzern begegnen, grundsätzlich von einem hohen Maß an Toleranz und Offenheit geprägt. Im Fachkonzept wird dies etwa in den Abschnitten zu „Mit Werten und Überzeugungen der Patientinnen und Patienten arbeiten“, oder aber auch „Engagiert in Kontakt sein“ ausgedrückt. Die erforderliche Sensibilität in der Begegnung mit den vulnerablen

Menschen umfasst sowohl kulturelle Aspekte als auch die geschlechtliche Identität des Gegenübers, woraus sich erklärt, dass im Prozess der Entwicklung des Fachkonzeptes keine Notwendigkeit gesehen wurde, darauf spezifisch einzugehen.

Das Fachkonzept für die Pflege enthält wesentliche Aspekte, die auch für die Sozialarbeit Gültigkeit haben. Über den Zugang zu PCP würde allerdings eine beachtliche Breite des Wirkens und Handelns sichtbar, was positiv gesehen wurde.

In weiterer Folge soll mit dem Fachkonzept einerseits das Angebot des neunerhaus Gesundheitszentrums noch besser sichtbar werden und zur Kommunikation gegenüber Fördergebern etc. dienen. Dafür müssten noch Konkretisierungen in Hinblick auf erforderliche Rahmenbedingungen, etwa im Bereich der Qualifizierung, der Ausstattung sowie der Zusammenarbeit erfolgen.

Ergänzend dazu wurde mit dem Fachkonzept ein wichtiger Schritt zur Entwicklung des Berufsprofils einer professionellen Pflege in der Wohnungslosenhilfe bzw. der Pflege von vulnerablen Gruppen geleistet. Davon ausgehend können über das neunerhaus Gesundheitszentrum hinaus, in anderen Settings wo Nutzer:innen mit ähnlichen Problemlagen versorgt werden, die Leistung der Pflege und die damit verbundenen Anforderungen beschrieben werden. Das ist eine Grundvoraussetzung für die Bereitstellung der erforderlichen Rahmenbedingungen und zur Sicherung der entsprechenden Ressourcen.

# Quellen

- BAG W (2013): Prinzipien einer normalitätsorientierten gemeindenahen Versorgung älterer und / oder pflegebedürftiger wohnungsloser Männer und Frauen. BAG Wohnungslosenhilfe, Bielefeld
- BAG W (2018): Gesundheit ist ein Menschenrecht. Empfehlung der BAG W zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation. In: Wohnungslos 60/2:
- Donabedian, Avedis (1980): The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Bd. 1. Health Administration Press, Ann Arbor
- Gillich, Stefan (2016): Gestorben wird auch auf der Straße. In: Sozial Extra 40/4:6-9
- Grossmann, Florian F.; Schäfer, Ursi Barandun; Lieshout, Famke van; Frei, Irena Anna (2018): Personenzentriert pflegen am Universitätsspital Basel. In: PADUA 13/1:7-12
- ICN (2013): ICN-Ethikkodex für Pflegende. ÖGKV, SBK, DBfK, Berlin
- Maio, Giovanni (2017): Mittelpunkt Mensch – Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Schattauer GmbH, Stuttgart
- McCabe, S.; Macnee, C. L.; Anderson, M. K. (2001): Homeless patients' experience of satisfaction with care. In: Arch Psychiatr Nurs 15/2:78-85
- McCormack, B. (2004): Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. In: Journal of clinical nursing 13/3a:31-38
- McCormack, Brendan; McCance, Tanya (Hg.) (2016): Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice. John Wiley & Sons, Oxford
- McCormack, Brendan; McCance, Tanya V. (2006): Development of a framework for person-centred nursing. In: Journal of Advanced Nursing 56/5:472-479
- neunerhaus Armut macht krank. Krankheit macht arm [Online]. <https://www.neunerhaus.at/konzepte/neunerhaus-gesundheitszentrum/> [Zugriff am 25.11.2021]
- neunerhaus Konzepte, Organisation, Leitbild [Online]. <https://www.neunerhaus.at/konzepte/organisation/leitbild/> [Zugriff am 25.11.2021]
- Pfabigan, Doris (2011): Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege: Eine philosophische, disziplinen- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns. hpsmedia, Wien

- Sasso, Loredana; Bagnasco, Annamaria; Zanini, Milko; Catania, Gianluca; Aleo, Giuseppe; Santullo, Antonietta; Sermeus, W (2017): The general results of the RN4CAST survey in Italy. In: Journal of Advanced Nursing 73/9:2028-2030
- Schnell, Tatjana (2018): Von Lebenssinn und Sinn in der Arbeit. In: Fehlzeiten-Report 2018. Hg. v. Badura, Bernhard et al. Springer, Berlin, Heidelberg S. 11-S. 21
- Steckelberg, Claudia (2021): Prozesse sozialer Ausschließung von wohnungslosen Mädchen und Frauen: eine anerkennungstheoretische Perspektive. In: Handbuch Soziale Ausschließung und Soziale Arbeit. Hg. v. Anhorn, Roland; Stehr, Johannes. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden. S. 953-S. 968
- Stehling, Heiko (2008): Pflege und Wohnungslosigkeit – Pflegerisches Handeln im Krankenhaus und in der aufsuchenden Hilfe. In: Soziale Ungleichheit und Pflege Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Hg. v. Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden S. 375-395
- Weber, Heidelinde Hedwig (2012): Pflege und Wohnungslosigkeit - „Die Arbeit mit älteren ehemals wohnungslosen Menschen in sozial betreuten Wohnhäusern aus der Sicht des Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals“. Master. Pflegewissenschaft, Wien: Wien
- Weiss, Susanne; Lust, Alexandra (2017): GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 8 Aufl., Manz, Wien
- Welling, Karin (2004): Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood - ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz. In: Unterricht Pflege 9/5:1-5
- WHO (2007): People-centred Health Care. A policy framework. Hg. v. World Health Organization. Western Pacific Region, Genf



# Anhang

---



# Exemplarische Fallbeispiele aus der Praxis des neunerhaus Gesundheitszentrums

## **Vorbemerkung:**

Die nachfolgenden Fallbeispiele basieren auf Erzählungen der Mitarbeiterinnen der Pflege im Rahmen des partizipativen Entwicklungsprozesses. Die Auswahl wurde vor dem Hintergrund des Anliegens getroffen, Einblick in das Wirken und die Wirkung der Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum zu geben. Zur Veranschaulichung wurden zentrale Aussagen als Zitate im Original beibehalten.

# Herr A

Herr A 42 Jahre alt, kam mit seiner Mutter ins neunerhaus Gesundheitszentrum. Die letzten zwanzig Jahre hat er fast durchgehend vor seinem Computer verbracht. Er hatte in dieser Zeit auch keinerlei Kontakt zu Gesundheitseinrichtungen. Zur Zeit des ersten Besuches im neunerhaus Gesundheitszentrum hatte er keine Krankenversicherung und bezog auch keine Mindestsicherung.

Die Kommunikation mit Herrn A gestaltete sich anfangs schwierig. Er hatte offene Wunden an den Füßen. Es zeigte sich auch, dass er als Folge der eingeschränkten Mobilität gar nicht mehr in der Lage war, seine Füße zu berühren. Das vorrangige Ziel bestand in der Wundversorgung und darin, Vertrauen aufzubauen. Die ersten Verbände waren eher „ergotherapeutisch intendiert“. Der hygienische Aspekt stand zu diesem Zeitpunkt nicht im Vordergrund. Die Pflegeperson reflektierte ihre Vorgangsweise mit den folgenden Worten:

*„Zuwendung, ehrliches Interesse etwas zu verändern – es kümmert mich, er ist mir wichtig.“  
(DGKP)*

Bei Herrn A war es gelungen, innerhalb von sehr kurzer Zeit eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen, was zur Folge hatte, dass Herr. A auch zur Einrichtung selbst Vertrauen fasste. So hielt er alle Folgetermine ein. Zunehmend war es auch kein Problem mehr, wenn der Verbandswechsel von einer anderen Pflegeperson durchgeführt wurde, was am Beginn der Betreuung unmöglich gewesen war.

Aufgrund der Tatsache, dass Herr A nach sehr kurzer Zeit Verantwortung für sich selbst übernommen hatte und regelmäßig die Termine für einen Verbandswechsel einhielt, konnten die körperlichen Probleme reduziert werden. So wurden die Kontakte zu Herr A darüber hinaus auch dafür genutzt, gesundheitsfördernde Impulse zu setzen. Nach sechs Wochen ging Herr A selbst auf die Sozialarbeit zu, und er schaffte es in der Folge auch, beim AMS vorstellig zu werden. Mittlerweile bezieht Herr A Mindestsicherung und ist krankenversichert. Er arbeitet daran, sein Ernährungsverhalten zu verbessern, und das Rauchen einzuschränken, bzw. andere Möglichkeiten im Umgang mit seinem Suchtverhalten zu erproben. Somit bilanzierte die Pflegeperson im Interview zu dieser Fallgeschichte wie folgt:

*„Wenn ich einmal ganz viel hineininvestiert habe (mit Blick auf den Kontext „Vertrauen- und Beziehungsaufbau“), mit der Begründung „Warum tue ich das?“, dann sind ganz viele Aspekte Selbstläufer.“ (DGKP)*

## Frau B

Frau B kam sichtlich geschwächt in Begleitung von Streetworkern in einem Rollstuhl ins neuerhaus Gesundheitszentrum. Sie schlief normalerweise im Park, wirkte sensibel und ängstlich. Eigentlich wies sie keine Mobilitätseinschränkung auf. Es wurde eine Flucht tendenz vermutet, was sich als unbegründet herausstellte. Frau B wies einen erheblichen Parasitenbefall auf. Sie war "eine Hand voll Frau- ein winziges Persönchen - versteckt- hinter einer riesigen Maske (bezog sich auf einen Mund-Nasenschutz)" (DGKP). Sie kam aus Ungarn, lebte seit vielen Jahren in Österreich und sprach gut deutsch.

Ziel der Pflegenden war es, zu erreichen, dass sich Frau B angenommen fühlen und entspannen konnte. Sie sollte sich „einfach wohl fühlen“ können. Ihre Herangehensweise drückte die Pflegeperson folgendermaßen aus:

*„Mir war klar, als ich die Informationen bekommen hatte, dass ich mir einfach Zeit nehmen muss. Ich hab' mich einfach zu ihr gesetzt und hab mich vorgestellt und habe sehr langsam mit ihr geredet.“ (DGKP)*

Die pflegerischen Maßnahmen bestanden bei der ersten Begegnung aus einem Duschbad, Haare waschen und föhnen, einem Kleidertausch und einer Entlausung. Anschließend wurde Frau B darüber informiert, dass ein weiterer Termin zum Zweck einer nochmaligen Entlausung sinnvoll sein würde.

*„Wir hatten eine ganz entspannte Begegnung miteinander. Mir ist immer durch den Kopf gegangen: Nur nicht zu schnell werden; alles erklären; sie in alles einbinden und informieren; ihr erklären, was ich vorhabe mit ihr; ihr auch die Entscheidung, ob sie das dann zulässt oder nicht, zu überlassen!“ (DGKP)*

Die Pflegende wählte in dieser, für Frau B wohl auch sehr schambesetzten Situation ein sehr behutsames Vorgehen. Es bestand darin, sich Zeit zu nehmen, Frau B nicht zu überfordern, und ihr Einverständnis für jede einzelne Pflegehandlung einzuholen, als Ausdruck von Respekt gegenüber der Patientin. Das befähigte Frau B in Beziehung zu treten, und es trug zu einer Verbesserung ihres Selbstwertes bei, was sie bei einem späteren Besuch durch eine Umarmung der Pflegeperson gegenüber ausdrückte.

# Herr C

Herr C kam unter Alkoholeinfluss ins neunerhaus Gesundheitszentrum, war wach, konnte sich aber aufgrund der Alkoholisierung kaum am Stuhl halten. Er hatte Schmerzen, große Sorgen und wirkte insgesamt sehr belastet. Er sprach vorwiegend ungarisch. Eine Verständigung war jedoch problemlos möglich.

Die Pflege wurde von der Sozialarbeit eingeschaltet, da Herr C Verletzungen an den Händen und an anderen Körperstellen aufwies. Von ärztlicher Seite wurde mit einer Antibiotikatherapie begonnen, und eine professionelle Wundversorgung gemeinsam mit der Pflege eingeleitet. In diesem Zusammenhang galt es für die Pflege zunächst Herrn C von der Notwendigkeit zu überzeugen, sowohl die Verbände zu tolerieren, als auch die Medikamente regelmäßig einzunehmen, denn nur beides in Kombination würde zu einer Abheilung der Wunden führen.

Im Detail gestaltete sich der erste Besuch folgendermaßen: Nach einer Begrüßung wurden von der Pflege Verbände an unterschiedlichen peripher gelegenen Körperregionen angelegt. Er wurde über die Wichtigkeit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme aufgeklärt. Die Erstmedikation fand in Anwesenheit der Pflegeperson statt. Als die Interventionen eigentlich schon abgeschlossen waren, zeigte Herr C noch eine Wunde am Oberschenkel in der Nähe seines Intimbereichs. Sie wurde dann auch noch versorgt.

Beim zweiten Besuch im Gesundheitszentrum war Herr C ebenfalls alkoholisiert. Das Antibiotikum hatte er verloren, die Verbände jedoch lagen alle noch an den Stellen, wo sie angelegt worden waren. Zum Teil hatte Herr C diese immer wieder hochgezogen. Ihm war sichtlich klar, dass diese Verbände dort zu belassen wären. Als Folge der Antibiotikatherapie litt er unter Diarrhoe. Er trug beim Besuch keine Unterhose (vermutlich, weil diese aufgrund der Diarrhoe stark verschmutzt wurde). Er bekam frische Unterwäsche und durfte sich diese selbst aussuchen. Seine Füße wurden gewaschen und die Fußnägel gekürzt. Das würdevolle und integritätsstiftende Verhalten der Pflegenden bewirkte eine unmittelbare Veränderung bei Herrn C., was auch an seinem Gesichtsausdruck ablesbar war, wovon die Pflegeperson berichtete:

*„Ab da (ab dem Zeitpunkt, als Herr C eine Boxershorts trug) wurde er ganz Mensch, war aufgerichtet. Seine Gesichtszüge wurden immer stabiler, also so lange war die Intervention jetzt nicht, das waren Minuten, er hat am Anfang ja fast nicht gerade schauen können. seine Aussprache wurde immer weniger lallend, er hat sich immer mehr konzentriert, hat dann nachher noch um Hilfe für seine Kollegen, die mit ihm da waren, gefragt, sehr klar und wieder mit einem offenen Blick. Er ist danach einfach gewachsen.“ (DGKP)*

Neben dem angestrebten Ziel, dass Herr C die vereinbarten therapeutischen Interventionen mittragen konnte, wurde bereits beim ersten Besuch so viel Vertrauen hergestellt, dass er sich durchringen konnte, jene Wunde, die im Bereich der Intimsphäre lag, auch zu zeigen. Und auch in weiterer Folge konnte durch die Begegnung und Vorgangsweise der Pflegeperson die Scham überwunden werden, und das „Problem der fehlenden Unterhose“ in gewisser Weise „in Wohlbefinden“ aufgelöst werden.

*„Wir gehen über die Adhärenz hinaus, weil da kommt jemand und sagt: mir ist jetzt schon so schlecht, deshalb bin ich gekommen, und kannst du das und das mit mir machen, weil das tut mir gut.“ (DGKP)*

Mit dem Zitat verweist die Pflegeperson auf ihren Ansatz hin, durch die Begegnung und mit ihren Interventionen das Wohlbefinden der Betroffenen zu steigern, was eine umfassende Wirkung auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten hat.

# Herr D

Herr D geboren in Kroatien, lebte seit ca. 30 Jahren in Österreich und war dem neunerhaus Gesundheitszentrum seit zwei Jahren bekannt. Sein Verhalten fiel sofort auf, da er sich wie ein "schlimmes Kind" (DGKP) verhielt. Er kam unregelmäßig zu beliebigen Uhrzeiten, stürmte in den Wartebereich und betrat unaufgefordert die Ordinationsräume. Herr D nahm seine Medikamente unregelmäßig ein und nahm vereinbarte Untersuchungstermine nicht wahr. Er klagte über Schmerzen in den Füßen und litt unter einer „Tag-Nacht-Umkehr“. Er wirkte konfus und löste immer wieder Tumulte im Wartebereich der Einrichtung aus. Manche Mitarbeiter:innen waren mit dem Verhalten des Herrn D überfordert. Herr D hatte zu diesem Zeitpunkt eine Krankenversicherung, lebte in einer eigenen kleinen Wohnung und bezog Mindestsicherung.

Das Ziel war es, Herrn D dabei zu unterstützen, zur Ruhe zu kommen, sich entspannen zu können und Sicherheit zu erlangen. Es wurden komplementäre Pflegemethoden zur Entspannungsförderung angewandt. Zusätzlich bekam Herr D Antithrombosestrümpfe, die einen unmittelbar positiven Effekt auf die Schmerzen in den Füßen hatten.

In den Teambesprechungen wurde klar, dass Herr D es sichtlich nicht schaffte, sich im neunerhaus Gesundheitszentrum wahrgenommen zu fühlen. Daraufhin wurden Herrn D genaue Kontrolltermine mitgeteilt, um ihm die Sicherheit zu vermitteln, dass er auf jeden Fall an die Reihe kommen würde. Darüber hinaus sollte eine Abklärung in Bezug auf eine mögliche Demenzerkrankung erfolgen.

*„[...] und wir (die Pflegenden) haben dann halt beschlossen bzw. wir haben angesprochen, ob es sich da nicht um eine Demenz handeln könnte. Also wir haben ihm Termine gegeben, aber mit der Option, egal, wann er draußen (im Wartebereich) ist, werde ich mit ihm reden (sofern es die Zeit erlaubt) – aber ich gebe ihm darüber hinaus trotzdem Termine! So sind wir zu einer Art „Tagesstätte“ für ihn geworden. Über dieses Berühren und über dieses Terminisieren und über das Vermitteln des Gefühls, dass er ein Recht hat, hier zu sein.“ (DGKP)*

Mit der oben beschriebenen Vorgangsweise gelang es, dass Herr D ein Gefühl der Anbindung erfahren konnte. Die ihm zugeteilten Termine bedeuteten für ihn Sicherheit und die Bestätigung, ein Recht zu haben, ins neunerhaus Gesundheitszentrum kommen zu können.