

Hochschule Esslingen

University of Applied Sciences

Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege

BESONDERHEITEN DER ANTHROPOSOPHISCHEN PFLEGE

Eine Annäherung

Master of Arts Pflegewissenschaft

Vorgelegt von: Olaf Dickreiter

Betreut durch:

Prof. Dr. phil. Annette Riedel, M.Sc.

Zweitbetreuung durch:

Sonja Lehmeier, B.A., M.A.

Hochschule Esslingen, 11.09.2019

Abstract

Hintergrund: Komplementäre und integrative Ansätze in der Gesundheitsversorgung gewinnen in den letzten Jahren mehr und mehr an Bedeutung. Für die Zukunft werden sie dabei als wichtig in Bezug auf Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Therapie eingeschätzt. Dabei werden komplementäre und integrative Interventionen ergänzend bzw. in Verbindung mit konventionellen Ansätzen verwendet. Der Pflegeprofession wird in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle zugeschrieben. Anthroposophische Pflege stellt ebenso einen integrativen Ansatz dar und erste Forschung weist auf einen potentiellen Nutzen hin. Eine Übersicht über entsprechende Forschung und eine definitorische Beschreibung existieren nicht.

Methodik: Mithilfe eines Scoping Reviews wurde Literatur, die einen inhaltlichen Zusammenhang mit Anthroposophischer Pflege aufweist, gesammelt und analysiert. In einem zweiten Schritt wurde die Literatur durch eine Qualitative Inhaltsanalyse untersucht.

Ergebnisse: Insgesamt 66 Arbeiten aus wissenschaftlichem Kontext und 113 Artikel aus nichtwissenschaftlichen Zeitschriften konnten analysiert werden. Dabei ist ein Anstieg an wissenschaftlichen Arbeiten in den letzten Jahren zu verzeichnen. Die Forschungsaktivitäten haben einen Schwerpunkt in Deutschland bzw. Europa. Themenbereiche, zu denen geforscht wurde, sind: Bewertung integrativer Versorgungsansätze, Wirkungsbeobachtungen, Modelle und Konzepte, sowie Onkologie und End-of-Life-Versorgung. Darüber hinaus wurde ein Kategoriensystem entwickelt, das Anthroposophische Pflege beschreibt. Hauptkategorien sind: Konzepte, integrative Pflegeanwendungen, Profession und Image.

Schlussfolgerung: Anthroposophische Pflege bietet ein großes Potential Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Therapie und Steigerung des Wohlbefindens betreffend, mit einem reichen Angebot an integrativen Pflegemaßnahmen. Für diese existiert ein Forschungsbedarf im Hinblick auf Wirkung, die in multimodalen Studien untersucht werden sollte.

Inhalt

Abstract	I
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
1 Einleitung.....	1
1.1 Forschungskontext: Integrative Ansätze in der Gesundheitsversorgung	1
1.2 Forschungslücke und zentrale Fragestellung	3
1.3 1.1 Vorgehen	5
2 Anthroposophische Pflege in der Literatur	6
2.1 Begriffliche Klärung	6
2.1.1 Complementary and Alternative Medicine (CAM).....	6
2.1.2 (Complementary) and Integrative Medicine (CIM)	7
2.1.3 Anthroposophische Medizin	7
2.1.4 Integrative Nursing.....	9
2.1.5 Fachwelt und Forschungsaktivitäten.....	10
2.2 Forschungsansatz, Methodologie und Methodik:.....	11
2.2.1 Scoping Review.....	12
2.2.2 Inhaltsanalyse	19
2.3 Ergebnisse.....	27
2.3.1 Zeitraum des Datenmaterials.....	28
2.3.2 Regionen.....	29
2.3.3 Themenfelder	30
2.3.4 Kategoriensystem Anthroposophische Pflege	33
2.3.5 Trend integrative Pflegeanwendungen	47
2.3.6 Das Ökologische Modell	47
3 Diskussion und Ausblick	53
3.1 Interpretation und Zusammenfassung der Ergebnisse	53
3.2 Grenzen und Reflexion	59
3.3 Schlussfolgerung und Ausblick	63
Erklärung	65
Literatur.....	66
Anhang 1: Rechercheprotokoll.....	74
Anhang 2: Scopingtabelle.....	89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Induktive Kategorienbildung (Mayring 2015, 85)	26
Abbildung 2: Datenmaterial Und Analyseformen	28
Abbildung 3: Datenmaterial aus Entstehungssituation 1 nach Jahreszahlen	29
Abbildung 4: 12 Pflegerische Gesten nach Rolf Heine (Riehm 2017, 5).....	37
Abbildung 5: Trend Hauptkategorien.....	47
Abbildung 6: Das Ökologische Modell (Bertram Und Kolbe 2016, 265)	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Analysekatogorien und Beispiel.....	18
Tabelle 2: Grundgesamtheit des Materials	22
Tabelle 3: Regionen der Forschung	30
Tabelle 4: Forschungsaktivitäten in Themenfeldern.....	33
Tabelle 5: Kategoriensystem Anthroposophische Pflege.....	33

1 Einleitung

Der Einsatz komplementärer Methoden in der Gesundheitsversorgung gewinnt immer mehr an Bedeutung (Admi, Eilon-Moshe, und Ben-Arye 2017). Der Berufsgruppe Pflege wird dabei eine bedeutende Rolle zugeschrieben (Weil 2019, xi). Inwieweit Anthroposophische Pflege als integrativer Ansatz eine Rolle spielen könnte, ist noch unklar.

1.1 **Forschungskontext: Integrative Ansätze in der Gesundheitsversorgung**

Das Bewusstsein und die Umsetzung von alternativen oder komplementären Ansätzen in der Gesundheitsversorgung, die ergänzend zu konventionellen Ansätzen genutzt werden, wächst bei Patient*innen, medizinischem Fachpersonal, Therapeut*innen und Forschenden weltweit (Admi, Eilon-Moshe, und Ben-Arye 2017). Laut einer nationalen Erhebung aus dem Jahre 2012 des National Center for Complementary and Integrative Health waren es mehr als 30% der Erwachsenen und etwa 12% der Kinder in den USA, die zusätzlich zu Maßnahmen konventioneller Methoden der Gesundheitsversorgung weitere Methoden nutzten. Diese werden oft als alternative oder komplementäre Methoden bezeichnet (National Center for Complementary and Integrative Health 2019). Admi et al. führen weitere Studien auf, die eine Inanspruchnahme von komplementären oder alternativen Maßnahmen in den USA und in 14 europäischen Ländern ähnlich hoch oder höher angeben (Admi, Eilon-Moshe, und Ben-Arye 2017). Im Mittleren Osten nutzen Menschen mit onkologischen Erkrankungen zusätzliche Methoden, in einer teilweise noch höheren Häufigkeit: Iran (35%), Marokko (46%), Israel (51%), Türkei (57%), Saudi Arabien (90%) und Jordanien (fast 100%) (Ben-Arye et al. 2015, 2606). In Deutschland schwankt der Anteil derer, die komplementäre oder alternative Methoden nutzen, zwischen 40% und 62% (Linde et al. 2014, 111). Dabei sind Menschen, die diese Möglichkeiten bevorzugt in Anspruch nehmen, tendenziell weiblich, höher gebildet und leiden an einer chronischen Erkrankung. Die größte Gruppe bilden dabei Menschen mit onkologischen Erkrankungen (Klafke und Joos 2017, 395). Vielfach wird im deutschsprachigen Raum von einer Zunahme komplementärer und alternativer Methoden gesprochen, wie beispielsweise in der Schweiz (Widmer et al. 2006, 357). Aber auch die ansteigenden Zahlen für ärztliche Weiterbildungen im Bereich alternativer und komplementärer Methoden und die in Deutschland beobachtete Zunahme an zugelassenen Heilpraktiker*innen weisen laut Klafke und Joos (2017, 395) deutlich auf ein wachsendes Bedürfnis der Bevölkerung diesbezüglich hin.

Das Interesse an alternativen und komplementären Methoden gilt nicht nur allgemein für Gesundheits- bzw. Medizinsysteme, sondern auch für das Interesse der Pflegenden im Konkreten. So haben z. B. 934 von 937 israelischen Pflegefachkräften Interesse an komplementären Methoden, integriert in einen konventionellen Ansatz, bekundet (Ben-Arye et al. 2017, 428). Ähnlich hoch sind die Zahlen für Schweden (Arman, Hammarqvist und

Kullberg 2010, 171). Auch in Deutschland sehen Pflegekräfte in komplementären Methoden, wie Wickel und Auflagen oder Aromatherapie, wichtige ergänzende Interventionsmöglichkeiten. So schreibt das Zentrum für Qualität in der Pflege in einer Pressemitteilung im Oktober 2013: „Ob Basale Stimulation, Bobath-Therapie oder naturheilkundliche Verfahren – komplementäre Pflegekonzepte gewinnen in der Pflege zunehmend an Bedeutung. Die Nachfrage nach ergänzenden Behandlungsmethoden insgesamt steigt“ (Lenz 2013, 1). Auch Bächle-Helde (2011, 597) weist auf ein großes Interesse für komplementäre Pflegemethoden hin, welches auf eine Tradition bis ins alte Ägypten zurückblicken kann. Andrew Weil (Weil 2019, xi) geht noch einen Schritt weiter, indem er integrativ ausgebildeten Pflegefachkräften, also solchen, die komplementäre Methoden mit konventionellen verbinden, eine Schlüsselrolle in den Gesundheitssystemen der Zukunft zuschreibt.

Das größer werdende Interesse hat dabei mit dem nachgewiesenen Nutzen dieser erweiternden Methoden zu tun. So hält die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem 13th General Program of Work (GPW13) für die Zeitspanne 2019-2023 fest: „Traditional and complementary medicine (T&CM) can make a significant contribution to the goal of UHC by being included in the provision of essential health services.“ Traditionelle und komplementäre Methoden können also einen wesentlichen Beitrag leisten, um die Ziele der Universellen Gesundheitsversorgung (UHC) zu erreichen, wenn sie mit konventionellen Ansätzen verbunden werden. Die Ziele der UHC sind dabei: „Ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages“, also die Gewährleistung eines gesunden Lebens und die Förderung des Wohlbefindens für alle Menschen jeden Alters. Mit Bezug auf die Erklärung von Astana im Oktober 2018 heißt es weiter, dass der Erfolg der primären Gesundheitsversorgung bestimmt wird durch die Anwendung wissenschaftlicher und traditioneller Erkenntnisse und die Ausweitung des Zugangs zu einer Reihe von komplementären Gesundheitsdienstleistungen (World Health Organization 2019, 10).

Darüber hinaus entstehen neue Herausforderungen in Bezug auf einen Wandel im Gesundheitswesen: Die Zunahme chronischer Erkrankungen und allgemein pflegebedürftiger Menschen treffen auf veränderte Familienstrukturen: Frauen, die bis jetzt einen großen Teil der Angehörigenpflege übernommen haben, sind immer häufiger erwerbstätig. Dazu kommen politische Bestrebungen, die eine ambulante anstatt einer stationären Pflege favorisieren (Mayer 2015, 39). Die dadurch entstehende Versorgungslücke begegnet einer ohnehin schon inadäquaten Versorgung chronisch kranker Menschen: Bertram und Kolbe (2016, 2) weisen auf die Insuffizienz des deutschen Gesundheitssystems hin, das mit großem finanziellem Aufwand vor allem auf akutmedizinische Prozesse ausgerichtet ist und beispielsweise in Bezug auf chronische Erkrankungen eine Versorgungslücke aufweist. Gerade hier scheinen ergänzende Herangehensweisen den zentralen Bedürfnissen chronisch kranker Menschen zu begegnen (Axtner et al. 2016, 2).

Anthroposophische Medizin nutzt ebenfalls komplementäre Ansätze in Verbindung mit konventioneller Schulmedizin (Schlaepfi et al. 2010, 901). Sie spielt im deutschsprachigen Raum eine wichtige Rolle in Bezug auf komplementärmedizinische Systeme (Läengler et al. 2010, 1111). Anthroposophische Kliniken (neun in Deutschland) weisen über das Siegel AnthroMed® u. a. Weiterbildungsqualifikationen der pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Mitarbeitenden nach (AnthroMed gemeinnützige GmbH 2019). Anthroposophische Medizin ist im Hinblick auf Arzneimittel in Deutschland gesetzlich als „besondere Therapie“ verankert und anerkannt (u. a. §2, 34 SGB V und §109a AMG). Laut der International Federation of Anthroposophic Medical Associations (IVAA) ist die Anthroposophische Medizin in 14 Ländern weltweit in unterschiedlicher Ausprägung gesetzlich geregelt (Schoen-Angerer 2017). In der Schweiz wurden nach einer Volksabstimmung im Jahre 2009 durch den Verfassungsartikel 118a „Zukunft mit Komplementärmedizin“ Bund und Kantone zur „Berücksichtigung der Komplementärmedizin“ verpflichtet, was einer vollumfänglichen Finanzierung anerkannter komplementärer Therapien, wie der Anthroposophischen Medizin, gesetzlich gleichkommt. Anthroposophische Pflege wird mitunter als Teil der Anthroposophischen Medizin oder -Gesundheitsversorgung gesehen, in der sie vor allem in Bezug auf nichtmedikamentöse Therapien Erwähnung findet (Axtner et al. 2016).

1.2 Forschungslücke und zentrale Fragestellung

Die Rolle, die Anthroposophische Pflege dabei sowohl innerhalb der Medizin, als auch innerhalb der integrativen Pflege spielt, ist unklar. Es existieren nur wenig Forschungsarbeiten (Bertram und Kolbe 2016, 6). Das Verständnis von Anthroposophischer Pflege ist in der Literatur unterschiedlich und wird oft nur marginal beschrieben. Beispielsweise werden Pflegenden nach ihrer Einschätzung zur Wirkung von anthroposophischen Anwendungsmethoden befragt, es wird jedoch nicht definiert, um welche Interventionen es sich dabei handelt. Dabei wird nicht von Anthroposophischer Pflege, sondern von Anthroposophischer Medizin, als eine Methode, die von Pflegenden genutzt wird, gesprochen (Ben-Arye et al. 2017, 431). In einem anderen Beispiel wird deutlich, dass Wickel und Auflagen zum Aufgabengebiet der Anthroposophischen Pflege gehören (Simões-Wüst et al. 2012, 300). Hier wird unterschieden zwischen Medizin und Pflege. Andere erwähnen Anthroposophie als eine Philosophie der Pflegeeinrichtung (Steen et al. 2009, 318), wobei nicht deutlich wird, inwieweit sich diese auf die pflegerische Praxis, z. B. in Form zusätzlicher integrativer Maßnahmen, auswirkt. Ohne eine Definition und genaue Beschreibung, um was es sich konkret handelt, kann die Aussagekraft einer wissenschaftlichen Überprüfung in Bezug auf Interventionen aus der Anthroposophischen Pflege immer nur vage bleiben. Bei einer hohen Anzahl an komplementärmedizinischen Methoden kann zudem keine Eindeutigkeit in der Zuordnung erreicht werden. Vor dem Hintergrund valide Aussagen in Studien machen zu können, ist es von hoher Wichtigkeit, die Spezifika der Anthroposophischen Pflege zu beschreiben.

Steen et al. (2009, 327) stellen in einer ländervergleichenden Untersuchung zwischen den Niederlanden und den USA beispielsweise fest: "The Dutch study was not nationally representative, and 37% of cases were enrolled in "anthroposophic" Dutch nursing homes deploying a specific philosophy of life. These homes had higher SM and CAD scores than the traditional homes in the study. Although this may have resulted in an overestimation of cross-national differences, any item which Dutch families rated significantly more favorably than U.S. families was consistently scored higher (in absolute values) in Dutch traditional homes compared with U.S. nursing homes." (Dabei ist mit SM ein Fragebogen zum Symptommanagement in den letzten drei Lebensmonaten und mit CAD der Fragebogen Comfort Assessment Dying gemeint). Der Einbezug anthroposophischer Altenpflegeeinrichtungen in den niederländischen Teil der Stichprobe könnte also dazu beigetragen haben, dass die letzten Lebensmonate in den Niederlanden als angenehmer empfunden wurden als in den USA (Steen et al. 2009, 327). Welche Interventionen etc. dazu beigetragen haben könnten, kann aufgrund fehlender Beschreibung dessen, was Anthroposophische Pflege ausmacht, nicht weiter evaluiert werden.

Mangelhaftes Wissen über Ansätze der Anthroposophischen Pflege können Unsicherheiten und Vorurteile begünstigen, die gegenüber derselben bestehen, was die Wirkung oder die Sicherheit angeht (Salmenperä, Suominen und Lauri 1998, 458). Vielfach werden ganzheitliche Ansätze dabei als unwissenschaftlich angesehen (Dahlberg, Ranheim und Dahlberg 2016, 33344).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass weltweit ein großes und wachsendes Interesse an alternativen und komplementären Verfahren innerhalb der Gesundheitsversorgung besteht. Der Einsatz dieser ergänzenden Methoden in Verbindung mit einem konventionellen Ansatz wird als bedeutend für die zukünftige Gesundheitsversorgung angesehen und wird insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen genutzt. Pflege wird dabei als eine Berufsgruppe mit Schlüsselfunktion gesehen. In Deutschland spielt Anthroposophische Medizin als eine solche, die komplementäre Methoden mit konventionellen verbindet, eine wichtige Rolle. Anthroposophische Pflege wird mitunter als ein Teil Anthroposophischer Medizin gesehen und kann dadurch im Kontext komplementärer Ansätze als relevant angesehen werden. Die Unsicherheit in Bezug auf Anthroposophische Pflege im Hinblick auf eine begriffliche Abklärung inklusive eines Überblicks über Forschungsaktivitäten in diesem Kontext, stellt eine Forschungslücke dar.

Um auf dem Gebiet der Anthroposophischen Pflege zielgerichtet forschen und dadurch mehr über anthroposophische Pflegeanwendungen sagen zu können, Aussagen zu machen über deren Wirkung und Sicherheit, zu deren Praktikabilität und Kosten, kann eine begriffliche Klärung als grundlegend angesehen werden. Auch um Pflegenden

wissenschaftlich erarbeitete Informationen über Anthroposophische Pflege bereit zu stellen, und damit über einen Ansatz, der auf das wachsende Interesse von Pflegenden und pflegebedürftigen Menschen trifft, ist eine Beschreibung von Anthroposophischer Pflege und der Darstellung ihrer Möglichkeiten von Bedeutung. Auch vor dem Hintergrund, dass komplementäre Methoden vielfach von Patient*innen oder pflegebedürftigen Menschen genutzt werden, kann eine Kenntnis darüber bei allen Akteuren des Gesundheitswesens als wichtig für Beratung und therapeutische Maßnahmen angesehen werden. Besonders gilt dies für Pflegenden, die einen engen und oft intimen Kontakt mit pflegebedürftigen Menschen und Patient*innen haben.

Ziel: In dieser Arbeit soll daher ein erster Schritt stattfinden, um Anthroposophische Pflege konkreter beschreiben zu können. Folgende Fragen sollen dabei leitend sein:

- Welche Forschungsaktivitäten existieren im Zusammenhang mit Anthroposophischer Pflege?
- Wie wird Anthroposophische Pflege in der Fachwelt dargestellt?

1.3 1.1 Vorgehen

Begriffe wie komplementär, alternativ oder integrativ werden in der Literatur mitunter fast synonym verwendet. Es ist daher wichtig für die vorliegende Arbeit, eine Reihe dieser Begriffe zunächst definitorisch abzuklären (Abschnitt 2.1). Dieser Abklärung wird die Beschreibung zweier Methoden folgen, die jeweils zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen gewählt wurden (Abschnitt 2.2). Mit Hilfe eines Scoping Reviews, das als eine sehr weitgefaste Suche in Datenbanken beschrieben werden kann, soll ermittelt werden, was in Bezug auf Anthroposophische Pflege für Forschungsaktivitäten zu verzeichnen sind. Besonders dabei ist, dass das Material betreffend zunächst keine Einschränkung vorgenommen wird und weniger die Güte der Arbeiten, als vielmehr der Inhalt im Vordergrund des Interesses steht. Hierbei wird auch Material einbezogen, welches bei einem systematischen Review beispielsweise herausfallen würde, wie Arbeiten, die wissenschaftlichen Standards nicht gerecht würden. Das im Verlauf des Scoping Reviews gewonnene Material wird im Zuge einer Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) in einem nächsten Schritt (Abschnitt 2.2.2) analysiert. An dessen Ende wird ein Kategoriensystem stehen, mit welchem dargestellt werden kann, wie Anthroposophische Pflege in der Fachwelt beschrieben wird. Hierbei werden sowohl Arbeiten, die in wissenschaftlichem Kontext entstanden sind, als auch solche, die von Praktiker*innen der Anthroposophischen Pflege verfasst worden sind, berücksichtigt werden. In Abschnitt 2.3 werden die Ergebnisse dargestellt. Aufgrund des Kategoriensystems erreicht dieser Abschnitt einen großen Umfang. Er wird daher im Anschluss im Zuge einer Diskussion zusammengefasst kritisiert und daraus abschließend Implikationen für die Zukunft abgeleitet.

Ethik: Da es sich nicht um ein Forschungsprojekt unmittelbar am Menschen handelt, sondern ausschließlich das geschriebene Wort analysiert wird, erscheint die Frage nach ethisch verantwortungsvoller Forschung weniger relevant. Dennoch ist im Hinblick darauf, dass Ressourcen beschränkt sind, die Frage von Bedeutung, ob die Ressourcen, die für diese Arbeit aufgewandt wurden, nicht sinnvoller und notwendiger hätten eingesetzt werden können. Aufgrund der dargestellten Hintergründe und Relevanz des Themas erscheint das Thema integrative Pflege und im Besonderen Anthroposophische Pflege bei steigendem Einsatz und Interesse ein wichtiges Forschungsfeld, dass den Einsatz dieser Ressource rechtfertigt.

2 Anthroposophische Pflege in der Literatur

Für Interventionen, Maßnahmen, Herangehensweisen, die neben einer konventionellen Gesundheitsversorgung existieren, werden immer wieder unterschiedliche Begriffe verwendet. Aus diesem Grund soll hier zunächst eine begriffliche Klärung erfolgen. Im Anschluss wird dann das methodische Vorgehen dieser Arbeit erläutert und am Schluss dieses Kapitels folgt eine Ergebnisdarstellung.

2.1 Begriffliche Klärung

Am häufigsten scheinen Begriffe wie ‚komplementär‘ und ‚alternativ‘ oder als Verbindung in der Abkürzung CAM (Complementary and Alternative Medicine) genutzt zu werden. Diese sollen daher an dieser Stelle zuerst geklärt werden. Damit in Verbindung stehen CT (Complementary Therapy) und IM (Integrative Medicine), oder auch CIM (Complementary and Integrative Medicine) sowie Integrative Health Care. Anthroposophische Pflege, als Teil von IM, wird sich an diese Reihe anschließen. Vielleicht am wenigsten bekannt ist der Begriff Integrative Nursing, der die Brücke bildet zu einer begrifflichen Abklärung von Anthroposophischer Pflege.

2.1.1 Complementary and Alternative Medicine (CAM)

Die Begriffe komplementär oder alternativ werden oft und unterschiedlich verwendet. Das National Center for Complementary and Integrative Health spricht dann von komplementär, wenn eine "non-mainstream", also unkonventionelle, gemeinsam mit einer konventionellen Praxis verwendet wird. Alternativ meint dagegen eine "non-mainstream" anstelle einer konventionellen Praxis. Es wird darauf hingewiesen, dass diese Begriffe in ständiger Veränderung sind (National Center for Complementary and Integrative Health 2019).

Die WHO spricht eher von T&CM (Traditional and Complementary Medicine). Traditionelle Medizin meint dabei die Summe der Kenntnisse, Fähigkeiten und Praktiken, die auf Theorien, Überzeugungen und Erfahrungen beruhen, welche in verschiedenen Kulturen beheimatet sind. Unabhängig davon, ob sie erklärbar sind oder nicht, dienen sie der Erhaltung

der Gesundheit sowie zur Vorbeugung, Diagnose, Verbesserung oder Behandlung von körperlichen und psychischen Erkrankungen (World Health Organization 2019, 44). Komplementäre Medizin wird als ein breites Spektrum von Gesundheitspraktiken definiert, die weder zur eigenen Tradition noch zur Schulmedizin gehören und nicht vollständig in das vorherrschende Gesundheitssystem integriert sind (World Health Organization 2019, 44). T&CM umfasst komplementäre und traditionelle Produkte, Praktiken und Praktiker*innen (World Health Organization 2019, 44).

2.1.2 (Complementary) and Integrative Medicine (CIM)

Zur integrativen Gesundheitsversorgung zählen laut National Center for Complementary and Integrative Health Herangehensweisen, die komplementäre und konventionelle Ansätze koordiniert verbinden. Diese beschreiben holistische und patient*innenzentrierte Ansätze (National Center for Complementary and Integrative Health 2019).

In der untersuchten Literatur konnte kein Ansatz gefunden werden, der eine konventionelle, schulmedizinische Medizin und Wissenschaft ausschließen bzw. dazu in Konkurrenz treten möchte, was die Verwendung des Begriffs alternativ (siehe oben) rechtfertigen würde. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass es sich grundsätzlich um integrative Ansätze handelt, die eine konventionelle Schulmedizin erweitern und ergänzen wollen. „Dieser bewusst ergänzende Gebrauch drückt sich im Begriff „Komplementärmedizin“ aus, während der zunehmend häufiger verwendete Begriff „integrative Medizin“ verdeutlicht, dass naturheilkundliche Verfahren mit entsprechend positiver Evidenzlage in die „alltägliche“ Versorgung integriert werden.“ (Klafke und Joos 2017, 394). Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit meist von integrativ gesprochen.

2.1.3 Anthroposophische Medizin

Anthroposophie kommt aus dem Griechischen und bedeutet „die Weisheit vom Menschen“ (Ammende und Tewes 2019). Anthroposophische Medizin entstand in der Schweiz Anfang der 1920er Jahre auf Basis der Anthroposophie Rudolf Steiners (1861-1925). Anthroposophie verbindet dabei eine spirituell-geistig-seelische Perspektive mit einer materiell-mechanisch-naturwissenschaftlichen. Der Mensch wird als Einheit von physischem Körper, Lebenskräften, Seele und einem geistig-spirituellen und individuellen Kern (Ich) gesehen (siehe unten: vier Dimensionen). In Zusammenarbeit mit Menschen aus verschiedenen Berufen entwickelte Steiner praktische Anwendungen, um diese erweiterte Sicht auf Mensch und Natur zu integrieren. Aus dieser Zusammenarbeit entstanden Waldorfpädagogik, Heilpädagogik und Sozialtherapie, biologisch-dynamische Landwirtschaft sowie Schwerpunkte in den Bereichen Kunst, Sozialwissenschaften und vieles mehr. 1920 begann eine Gruppe von Ärzt*innen unter der Leitung von Ita Wegman in Zusammenarbeit mit Steiner erweiterte Anwendungen und Methoden für die Medizin zu entwickeln. Wegman gründete auch das

erste anthroposophische Krankenhaus in der Schweiz und entwickelte anthroposophische Therapien und Medikamente. Die Anthroposophische Medizin beruht auf dem Glauben, dass der Mensch kein unabhängiger Organismus ist. Menschen, so die These dieser Sichtweise, werden ständig von der äußeren Umgebung und ihrer inneren Konstitution beeinflusst und stehen mit ihr im Zusammenhang (Arman, Hammarqvist und Kullberg 2010).

Ganzheitlichkeit bezieht sich in der Anthroposophischen Medizin auf vier Dimensionen, die in der Begleitung und Behandlung von Krankheitsprozessen von Bedeutung sind und berücksichtigt werden (Floriani 2016, 101):

1. Eine physische, materielle Dimension, bekannt als der physische Körper, bildet eine Ebene mit der „mineralischen“ Welt.
2. Eine Dimension, in der die Substanzen belebt werden, die für Wachstum verantwortlich ist, für Vitalität und Regeneration des physischen Körpers. Der Körper der bildenden Kräfte wird Ätherleib genannt und bildet eine Ebene mit der „pflanzlichen“ Welt.
3. Eine Dimension, die sich auf Empfindungen, Emotionen und das Bewusstsein bezieht, auf die Psyche oder Seele. Sie wird als Astralleib bezeichnet und bildet eine Ebene mit der „Tierwelt“.
4. Eine Dimension im Zusammenhang mit Selbsterkenntnis, die sich frei im Denken findet und in der wir uns selbst als Individuen wahrnehmen, beschrieben als Ich-Organisation.

Krankheitsprozesse entstehen aus einem Ungleichgewicht dieser vier Dimensionen und daher gilt in der Therapie und Begleitung, physische und psychische salutogene Kräfte und Ressourcen zu fördern, gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern und soziale und spirituelle Bedürfnisse zu unterstützen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf Bewältigungsstrategien, gemeinsamen Entscheidungen und den individuellen Gesundheitszielen der Patient*innen (Schad et al. 2018, 86). Das Menschen- und Weltbild in der Anthroposophie besteht dabei aus einigen unterschiedlichen Konzepten und Modellen, die systemisch ineinanderwirken. Eine umfangreiche Darstellung des Begriffs Anthroposophie würde daher an dieser Stelle zu weit führen. Im Abschnitt 2.3.4 finden sich weitere Ausführungen zu diesem Gebiet.

Es wird betont, dass Anthroposophischen Medizin naturwissenschaftliche Methoden der konventionellen Medizin erweitert und nicht ausschließt. Um eine echte Heilung zu erreichen, müsse dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, durch den ergänzenden Einsatz anthroposophischer Therapien zu genesen (Carlsson et al. 2005, 442).

Weiter formuliert ist die Beschreibung, dass Anthroposophische Medizin ein integratives System ist, das multimodale Anwendungen und Konzepte beinhaltet, die auf einem holistischen Verständnis von Mensch und Natur beruhen. Es werden Medikamente aus mineralischen, pflanzlichen oder tierischen Produkten genutzt, sowie verschiedene Körpertherapien, spezielle Techniken der Pflege, wie Auflagen und Massagen, immer in Integration mit konventioneller Medizin (Schoen-Angerer et al. 2018, 180).

2.1.4 Integrative Nursing

Im Kontext integrativer Pflege oder Integrative Nursing meint *integrativ* mehr als das Zusammenfügen mehrerer Teile, wie es etwa bei einem Verständnis von komplementär gesehen werden kann. Es geht vielmehr darum, dass bei der Zusammenfügung etwas Neues entsteht und "Entities that are integrated are not characterized by their distinct pieces and parts", sprich, dass die Gesamtheit mehr oder etwas anderes ist, als durch die Summe der Einzelteile gesagt werden kann. Integration drückt etwas Aktives und Kreatives, etwas, das ständig in Veränderung und in der Neuentstehung ist, aus. Integrative Pflegefachkräfte schaffen Beziehungen mit Individuen, Familien, Gruppen und Gemeinschaften, um Gesundheit, Heilung und Wohlbefinden zu fördern und zu verbessern. Hierfür nutzen sie unterschiedliche Herangehensweisen verschiedener Traditionen, Disziplinen und Wissensquellen. Sie arbeiten mit verschiedenen Professionen des gesamten Gesundheitssystems zusammen (Koithan 2019, 3). Integrative Pflege verbindet und verfolgt eine ganzheitliche Perspektive auf die Person, sowie auf die Umwelt, in der die Person lebt (whole person / whole systems approach): „Human beings are whole systems inseparable from their environments“ (Koithan 2019, 5). Für die integrative Pflege wird damit ein komplexer Systemansatz (complex systems science) als metatheoretische Perspektive beschrieben. Krankheit ist demnach nicht eindimensional und körperbezogen auf ein Organ zu sehen, sondern betrifft immer auch andere Dimensionen. Integrativ Pflegende sollten daher immer fragen: Wie geht es dem pflegebedürftigen Menschen in seinem System? Dieses erstreckt sich von der Person über Gemeinschaften bis hin zur Biosphäre einerseits und über Organe bis hin zu subzellulären Strukturen andererseits (Koithan 2019, 7):

- Biosphäre
- Gesellschaft
- Nation
- Kultur
- Subkultur
- Gemeinschaft/Kommune
- Familie
- Lebenspartner

- Person als Zentrum
- Nervöses System
- Organe
- Gewebe
- Zellen
- zelluläre Strukturen

Gesundheit bzw. die Fähigkeit zur Heilung wohnt diesem System inne und ist nicht als ein Add-on zu betrachten. Es geht vielmehr darum, Heilungsfähigkeiten/-ressourcen zu fördern, indem das gesamte System beachtet wird. Interventionen sind aus verschiedenen Wissensgebieten zusammengetragen, berücksichtigen das ganze System inklusive körperlicher, seelischer und geistiger Ebene der Person und orientieren sich an wissenschaftlichen Studienergebnissen. Dadurch, dass Interventionen auf das ganze System wirken, das sich naturgemäß in ständigem Wandel befindet, können die multidirektional entstehenden Wechselwirkungen zu unerwarteten Reaktionen führen, mit denen integrativ Pflegende rechnen müssen. Betont wird darüber hinaus, dass die integrative Pflegefachkraft kontinuierlich an ihrer eigenen Gesundheit arbeitet. Damit, so die Autorin, sei integrative Pflege nicht nur konform mit allgemeingültigen Pflege-theorien, sondern setze sie sogar in besonderem Maße um (Koithan 2019, 4-15).

2.1.5 Fachwelt und Forschungsaktivitäten

Abschließend soll an dieser Stelle auf die beiden Begriffe, die in den Fragestellungen verwendet wurden, eingegangen werden. Mit Fachwelt soll jener Bereich gemeint sein, in dem in professionellem Kontext zum Thema Anthroposophischer Pflege und damit auch Anthroposophischer Medizin, sowie integrativer Pflege und weiteren integrativen Ansätzen Auseinandersetzung stattfindet. Damit wird der Bereich der Laienpflege ausgeschlossen. Mit Forschungsaktivitäten ist mehr gemeint als Studien oder Artikel in wissenschaftlichen Journals. Mit dem Begriff sollen auch Arbeiten gemeint sein, die von Akademiker*innen in Form von Monografien oder Sammelwerken veröffentlicht wurden, sowie Qualifizierungsarbeiten, wie beispielsweise Dissertationen.

Damit sind wichtige Begriffe im Zusammenhang mit dieser Arbeit geklärt. Es geht dabei neben einer reinen Begriffsklärung auch darum, ein Verständnis für integrative Ansätze zu entwickeln, deren zentrales Anliegen in der Verbindung von Ansätzen, die dem aktuellen Verständnis von Wissenschaft unter Umständen nicht entsprechen, mit konventionellen Herangehensweisen liegt. Es geht nicht um ein Entweder-oder, sondern um ein Sowohl-als-auch. Im Folgenden Abschnitt stehen nun zwei Methoden im Vordergrund. Anhand der Darstellung dieser Methoden wird das Vorgehen dieser Arbeit beschrieben werden.

2.2 Forschungsansatz, Methodologie und Methodik:

Um der zentralen Fragestellung gerecht zu werden, (wie wird Anthroposophische Pflege in der Fachwelt dargestellt?) erscheint es sinnvoll, einerseits Erkenntnisse von (Pflege-)wissenschaftler*innen und andererseits Wissen und Erfahrung von Expert*innen aus der Praxis mit einzubeziehen. In Deutschland gibt es eine Reihe von Pflegezeitschriften, in denen Praktiker*innen Artikel veröffentlichen. Beispiele sind ‚Die Schwester Der Pfleger‘ (Bibliomed-Verlag, Melsungen), ‚Dr. med. Mabuse - Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe‘ (Mabuse-Verlag, Frankfurt), oder ‚Heilberufe – Das Pflegemagazin‘ (Springer Medizin, Berlin-Heidelberg). Zeitschriften wie diese sind keine wissenschaftlichen Zeitschriften, die etwa mit einem Peer-Review-Verfahren arbeiten. Es ist davon auszugehen, dass die Zielgruppe dieser Zeitschriften Pflegende in der Praxis sind, die in Deutschland bis auf einen verschwindend geringen Teil keine akademische Ausbildung haben. Um zu beschreiben, was unter Anthroposophischer Pflege von der Fachwelt dargestellt wird, müssen diese Zeitschriften ebenso mit einbezogen werden, wie Zeitschriften die als wissenschaftlich angesehen werden. Die Tatsache, dass Anthroposophische Pflege nicht oder sehr unterschiedlich beschrieben ist, weist auf einen Gegenstand hin, der noch weitgehend unerforscht ist. Aus diesen Gründen wird in dieser Arbeit zunächst ein Scoping Review durchgeführt. Im Zuge dessen werden sowohl Daten aus wissenschaftlichen Arbeiten gesammelt als auch Artikel von praxisnahen, nichtwissenschaftlichen Zeitschriften einbezogen. Erstere werden im Verlauf des Scoping Reviews analysiert und aufgeführt. Mit dem gesamten Material wird dann im zweiten Schritt der Analyse eine Qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt.

Es genügt dabei nicht, zwischen qualitativ und quantitativ zu unterscheiden. Es ist vielmehr zu beschreiben, in welchen Bereichen die vorliegende Arbeit ihre qualitativen Ansätze verfolgen muss und in welchen eher quantitative Verfahren eine Rolle spielen. Ein quantitatives Vorgehen bezeichnet einen deduktiven, theorieüberprüfenden Weg, der von einer objektiven Wirklichkeit ausgeht (Mayer 2015, 83). Qualitative Forschung dagegen meint immer ein induktives theoriebildendes und interpretatives Vorgehen (Mayer 2015, 97-99).

Zur Beantwortung der beiden Fragestellungen wird ein deskriptives Design gewählt, welches sich überwiegend als qualitativ charakterisieren lässt. Lediglich in Form von Häufigkeiten werden diese qualitativen Elemente durch quantitative ergänzt werden. So wird es darum gehen, mit Hilfe eines Scoping Reviews anthroposophische Forschungsaktivitäten herauszufinden, die im Anschluss zusammengefasst und nach Häufigkeit geordnet dargestellt werden. Auch innerhalb der Qualitativen Inhaltsanalyse wird es zunächst in einer qualitativen Form darum gehen, Kategorien aus dem Material zu gewinnen. Im Anschluss soll gezeigt werden, inwieweit sich Schwerpunkte im Bezug auf Häufigkeit zeigen lassen.

2.2.1 Scoping Review

Aufbauend auf die zentralen Fragestellungen wird zunächst ein Scoping Review durchgeführt. Die Art des Reviews wird als geeignet gesehen, um etwa Ausmaß und Breite der Forschungsaktivitäten bezüglich des interessierenden Gegenstandes darzustellen, oder auch um Forschungslücken aufzuzeigen. Dabei wird jede Art von Literatur verwendet, also auch solche, die wissenschaftlichen Standards nicht gerecht werden würden (Balzer et al. 2018, 129). Ein Scoping Review ist geeignet, eine systematische Überprüfung durchzuführen, Forschungslücken zu identifizieren und Forschungsergebnisse in Bezug auf Forschungsfragen zusammenzufassen. Forschungsergebnisse werden dabei nicht bis ins Detail beschrieben. Armstrong et al. (Armstrong et al. 2011, 147) nennen es eine „a broad map of the evidence“, auf der zu sehen ist, was über ein Forschungsgebiet beschrieben ist. Wichtig ist ein systematisches Vorgehen, dass sich naturgemäß etwas von einem systematischen Review unterscheidet. Besonderheiten eines Scoping Reviews im Gegensatz zu systematischen Reviews sind folgende (Armstrong et al. 2011, 148):

- Forschungsfrage(n) sind oft viel weiter gefasst
- Einschluss-/Ausschlusskriterien können auch nachträglich noch entwickelt werden
- Qualität der Studien, der Literatur, stellt nicht die erste Priorität dar
- Kann, muss aber keine Datenextraktion beinhalten
- Synthese eher qualitativ und typischerweise nicht quantitativ
- Wird verwendet, um Einflussgrößen und Lücken in der Literatur zu identifizieren.

Um das Vorgehen systematisch und transparent zu gestalten, werden sechs Schritte vorgeschlagen, die nachfolgend kurz erläutert werden. Im Anschluss daran wird anhand dieses Vorgehens das Prozedere in der vorliegenden Arbeit dargestellt. Die Schritte lauten (Armstrong et al. 2011, 147-148):

1. Identifikation von Forschungsfrage(n)
 2. Identifikation relevanter Studien
 3. Auswahl der Studien
 4. Darstellung der Daten
 5. Ordnen, zusammenfassen und beschreiben der Daten
 6. Optional: Konsultation von Forschenden mit Expertise im Umfeld
1. Identifikation von Forschungsfrage(n): Wichtig dabei ist, die Forschungsfrage(n) möglichst so zu formulieren, dass ein breites Feld damit abgedeckt ist. Gleichzeitig müssen zeitliche, ggf. personelle und finanzielle Ressourcen berücksichtigt werden. Eine große Forschungsgemeinschaft in einem Forschungsprojekt über drei Jahre mit einem Budget für die Beschaffung internationaler Literatur wird eine weiter gefasste Frage formulieren

als es beispielsweise für diese Arbeit der Fall ist. Wenn ein Scoping Review beispielsweise einem systematischen Review vorgeschaltet ist und sich im Kontext eines größeren Forschungsprojekts befindet, kann es sinnvoll sein, eigene Forschungsfragen für das Review zu formulieren und an dieser Stelle mehrere Fragen zu formulieren, die sich ausschließlich auf das Scoping Review beziehen und nur indirekt mit der eigentlichen Forschungsfrage zusammenhängen, bzw. diese differenzieren und ergänzen (Armstrong et al. 2011, 148).

2. Identifikation relevanter Studien: Adäquat zur Forschungsfrage sollte entschieden werden, wo nach Material gesucht wird. Auch hier werden Ressourcenfragen wieder eine Rolle spielen, wenn es um die Anzahl von Datenbanken, Bibliotheken etc. geht, die genutzt werden (Armstrong et al. 2011, 148).
3. Auswahl der Studien: Wie in den vorigen Schritten spielen Ressourcen abermals eine wesentliche Rolle bei der Formulierung von Kriterien, nach welchen Studien bzw. weiteres Material (Hochschulschriften etc.) ausgewählt werden. Dabei ist wichtig, dass die Kriterien so formuliert werden, dass relevantes Material nicht ausgeschlossen wird. Aus letzterem Grund werden generell bei Scoping Reviews die Ein- und Ausschlusskriterien weiter gefasst als bei den meisten systematischen Reviews (Armstrong et al. 2011, 148-149).
4. Darstellung der Daten: Hier findet in gewisser Weise das Analyseelement der Daten statt. Anhand von mehreren Kategorien werden die gefundenen Treffer einzeln analysiert. Folgende Kategorien werden vorgeschlagen, die je nach Forschungsfrage angepasst bzw. erweitert werden können (Armstrong et al. 2011, 149):
 - Autor*innen
 - Erscheinungsjahr
 - Ort der Studie
 - Studiendesign (z.B. randomisiert kontrollierte Studie)
 - Studienpopulation
 - Ziele der Studie
 - Methodenüberblick
 - Ergebnisse
5. Ordnen, Zusammenfassen und Beschreiben der Daten: Da es hier vorrangig darum geht, einen Überblick über die vorhandene Literatur zu bieten, wird die Beurteilung der Daten und eine Datensynthese deutlich kleiner ausfallen, als bei systematischen Reviews und ebenfalls von den Ressourcen und der Fragestellung abhängen. Empfohlen wird, die Bedeutung für die Forschung, Politik, Praxis darzustellen (Armstrong et al. 2011, 149).

6. Optional: Konsultation von Forschenden mit Expertise im Umfeld: Auch hier spielen wieder Ressourcen und Möglichkeiten eine Rolle, inwieweit Expert*innen aus dem Gebiet kontaktiert werden können. Vorgeschlagen wird beispielsweise die Einrichtung von Review-Beratungsgruppen (Armstrong et al. 2011, 149).

Damit sind die sechs Schritte begründet und das Prozedere der vorliegenden Arbeit kann darauf bezugnehmend geschildert werden.

1. Identifikation von Forschungsfragen:

Zunächst wurde davon ausgegangen, dass eine Datenbankrecherche wenig Treffer erzeugen würde. Aus Ressourcengründen gab es also keine Bedenken, die Fragen so offen zu formulieren, wie sie eingangs inhaltlich hergeleitet wurden. Wie beschrieben ist es hilfreich, speziell für das Scoping Review zusätzliche Forschungsfragen zu formulieren. Die zentralen Forschungsfragen wurden daher um weitere zwei Fragen ergänzt, die den Suchprozess stimulieren sollten und dabei unterstützen, in verschiedene Richtungen zu denken und Suchstrings schließlich danach auszurichten. Die Scoping-Fragen lauten:

- In welchen Regionen finden Forschungsaktivitäten in Bezug auf Anthroposophische Pflege statt?
- Welche Themenfelder werden in der Anthroposophischen Pflege erforscht?

2. Identifikation relevanter Studien:

Mit einem sensitiven, also breiten oder umfassenden Rechercheprinzip wurde in den folgenden Datenbanken gesucht: Anthromedics (Datenbank für Artikel aus Anthroposophischer Medizin, Pflege und Therapie), CareLit, CINAHL, GoogleScholar¹, HSE BOSS (Hochschule Esslingen), PubMed, Opus (Hochschulschriftenserver der Hochschule Esslingen), Württembergische Landesbibliothek Stuttgart. Folgende Suchkomponenten wurden dabei entwickelt: a) Anthroposophische Pflege innerhalb integrativer Pflege und b) Anthroposophische Pflege innerhalb Anthroposophischer Medizin als integrative Medizin. Bei der Entwicklung von Suchstrings wurde wieder sehr offen vorgegangen und sehr wenig Eingrenzungen vorgenommen. CINAHL und CareLit werden als pflegesensitive Datenbanken beschrieben (Mayer 2015, 294). Daher wurde hier mit einem deutlich sensitiveren Suchstring als beispielsweise in PubMed gearbeitet. Um bei diesen Schritten möglichst transparent vorzugehen, wurde für diese Untersuchung das Rechercheprotokoll des RefHunter Manuals (Hirt und Nordhausen 2019) verwendet, welches in Anhang 1 zu finden ist.

¹ GoogleScholar ist keine Datenbank im eigentlichen Sinne und müsste getrennt aufgeführt werden. Aus Übersichtsgründen wurde GoogleScholar dennoch an dieser Stelle aufgeführt.

3. Auswahl der Studien:

Die gefundenen Treffer wurden in mehreren Schritten analysiert und dabei jeweils nichtrelevante Arbeiten ausgeschlossen. Zunächst wurden die Treffer über Titel und Abstract analysiert. Dabei kamen die folgenden beiden Einschlusskriterien zur Anwendung:

- Bezug zur Anthroposophie: Es zeigte sich, dass dieses Einschlusskriterium von Bedeutung war, da es eine hohe Anzahl von Artikeln im Bereich integrativer Pflege zu geben schien, die keinen anthroposophischen Hintergrund aufwiesen.
- Bezug zur Pflegeprofession: Da der Bezug zur Anthroposophie in vielen Fällen einen Bezug zu anthroposophischen Forschungsgebieten unterschiedlichster Professionen bzw. Disziplinen herstellte, war es wichtig, darauf zu achten, dass im Sinne der Fragestellung die gefundenen Quellen inhaltlich einen Bezug zur Pflege aufwiesen. Darüber hinaus wird der Begriff «pflegen» nicht nur in Zusammenhang mit der Profession verwendet, sondern auch beispielsweise in Bereichen wie: Pflege von Pflanzen.

Wenn weder im Titel, noch im Abstract ersichtlich wurde, dass beide Einschlusskriterien erfüllt waren, wurde der Treffer nicht verwendet. Sobald hierüber keine klare Aussage getroffen werden konnte, wurde eine grobe Sichtung der Quelle vorgenommen, unter Berücksichtigung derselben Einschlusskriterien. Es wurde entschieden, zunächst keine Einschränkungen bezüglich Art, Zeitpunkt oder Qualität der Literatur zu machen. Da es für die Forschungsfragen von Relevanz schien, wieviel von welcher Literaturart in Bezug auf die Forschungsfragen existiert, wurde erst nach der Recherchephase eine Auswahl getroffen. Hier wurde das Material nach zwei unterschiedlichen Entstehungssituationen aufgeteilt. Panfil unterscheidet zwischen wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Zeitschriften (Panfil 2018, 56-59). Angelehnt an diese Unterscheidung soll hier von Entstehungssituation 1 und 2 gesprochen werden, wobei 1 den wissenschaftlichen und 2 den in Deutschland praxisnäheren Kontext miteinbezieht. Mit Entstehungssituation ist mehr ausgedrückt als mit wissenschaftlich und nichtwissenschaftlich. Mit Entstehungssituation ist der gesamte Prozess, inklusive Beurteilungsverfahren, sowie Verfasser*innen und Zielgruppe gemeint. Kriterien für die Aufnahme in die Gruppe Entstehungssituation 1 waren neben den Kriterien, die aus dem Suchstring und den Forschungsfragen hervorgehen, dass

- Autor*innen über einen akademischen Grad verfügten.
- es sich um Qualifikationsarbeiten (z.B. Dissertation) handelte.
- ein Begutachtungsverfahren (z.B. Peer-Review-Verfahren) durchgeführt wurde.
- Ziele, Ansatz, Methoden, sowie Ergebnisse transparent dargestellt wurden.

Diese Kriterien mussten überwiegend zutreffen. Wenn einzelne Kriterien nicht erfüllt waren, wurde dies in der Analyse vermerkt. Die Arbeiten, die diesen Kriterien nicht entsprachen, wurden in Entstehungssituation 2 eingeteilt. Hier finden sich dadurch Artikel, von und für Pflegende in der Praxis geschrieben wurden (weitere Beschreibung der beiden Gruppen siehe auch Abschnitt 2.2.2). Für die Analyse im Scoping Review wurde Material aus Entstehungssituation 1 verwendet. Dadurch sollte eine Basis zur Beantwortung der ersten Frage geschaffen werden. Das gesamte Material aus beiden Entstehungssituationen wurde im Anschluss an das Scoping Review mit Hilfe einer Qualitative Inhaltsanalyse untersucht, um damit der zweiten Forschungsfrage gerecht zu werden.

4. Darstellung der Daten:

Die oben genannten Kategorien wurden an die Forschungsfrage angepasst und erweitert. Da das Material später im Zuge einer Qualitativen Inhaltsanalyse weiter analysiert wird und dort ebenfalls Kategorien gebildet werden, soll an dieser Stelle von Scopingkategorien gesprochen werden. Die Studien wurden nach folgenden Scopingkategorien analysiert:

- Autor*innen
- Titel der Studie/Arbeit
- Erscheinungsjahr
- Zeitschrift/Institution
- Land
- Begutachtungsverfahren/Ethical Clearing
- Problem/Hintergrund
- Fragestellung/Ziel
- Design bis Methoden (Design, Ansatz, Methodologie, Methoden. Erklärung s. u.)
- Datenanalyseverfahren

Die gesamte Tabelle befindet sich in Anhang 2. Zur Veranschaulichung sei in Tabelle 1 ein Beispiel dargestellt, das zeigen soll, wie die Inhalte der analysierten Arbeiten aufgezeigt werden. Im Anschluss werden einzelne Scopingkategorien kurz erläutert und ggf. begründet.

Scopingkategorie	Daten aus einer Beispielstudie
Autor*innen	Vagedes, J.; Helmert, E.; Kuderer, S.; Müller, V.; Voegelé, P.; Szőke, H.; Valentini, J.; Joos, S.; Kohl, M.; Andrasik, F.
Titel der Studie/Arbeit	Effects of Footbaths with Mustard, Ginger, or Warm Water Only on Objective and Subjective Warmth Distribution in Healthy Subjects: A Randomized Controlled Trial
Erscheinungsjahr	2018
Zeitschrift/Institution	Complementary Therapies in Medicine

Scopingkategorie	Daten aus einer Beispielstudie
Land	Deutschland
Peer-Review Ethical Clearing /	Ja/ja
Problem/Hintergrund	Die menschliche Körpertemperatur gilt als kritische Variable in Gesundheit und Krankheit und wird durch verhaltensbezogene und autonome Mechanismen reguliert. Thermoregulierende Beeinträchtigungen, die sich oft durch kalte Hände oder Füße äußern, sind weit verbreitete Beschwerden und sind mit verschiedenen somatischen (z. B. Fibromyalgie, diabetische Neuropathie) und psychosomatische Erkrankungen (z. B. Anorexia nervosa) verbunden. Kalte Füße können zu Beeinträchtigungen des Immunsystems führen, was zu einer höheren Anfälligkeit für Infektionen führt und zu Störungen des Schlafverhaltens beitragen kann. Zingiber officinale (Ingwer) und Sinapis nigra (Senf) sind zwei Substanzen, von denen allgemein angenommen wird, dass sie thermogene Eigenschaften zur Förderung der Körperwärme haben.
Fragestellung/Ziel	Untersuchung der thermogenen Effekte von Fußbädern mit warmem Wasser allein (WA) im Vergleich zu den folgenden Fußbädern mit medizinischen Pulvern aus Ingwerwurzel oder Senfsamen.
Design bis Methoden	Randomisierte kontrollierte Studie mit Crossover. Siebzehn gesunde Freiwillige (Durchschnittsalter 22,1 Jahre, SD = 2,4; 11 Frauen) erhielten drei Fußbäder mit WA oder WA in Kombination mit Senf (MU) oder Ingwer (GI) in randomisierter Reihenfolge.
Datenanalyseverfahren	Tool: R Core Team: Statistische Tests begründet und transparent angewendet. Tests u. a. ANOVA (Varianzanalyse), Likelihood-Quotienten-Test.
Intervention/Maßnahmen	Fußbäder mit medizinischen Pulvern aus Ingwerwurzel oder Senfsamen.
Ergebnisse	Primäres Ergebnis: Wahrgenommene Wärme an Füßen nahm signifikant zu (alle p's < .001) für MU und GI bei t1 sowie für GI bei t2 im Vergleich zu t0 mit hohen Effektgrößen. Bei t2 unterschied sich GI signifikant von WA (p < .001) und MU (p=.048). Sekundäres Ergebnis: Keine signifikanten Effekte für die wahrgenommene

Scopingkategorie	Daten aus einer Beispielstudie
	<p>Wärme an Gesicht oder Händen. Gesamtwärme bei t1 signifikant höher als bei t0 (p=.01). Thermografiebewertungen der Hauttemperatur an Füßen bei t1 stiegen nach allen Bedingungen (p < .001). Keine Effekte im Gesicht festgestellt. An Händen sank die Temperatur bei t1 (p=.02) und t2 im Vergleich zu t0 (p < .001).</p>

TABELLE 1: ANALYSEKATEGORIEN UND BEISPIEL

Erläuterungen zu einzelnen Scopingkategorien:

Begutachtungen/Ethical Clearing: Obwohl in der Literatur nicht vorgeschlagen, wurde diese Scopingkategorie mit aufgenommen. Begutachtungen wie Peer-Review-Verfahren werden zwar mitunter kritisch gesehen (Wissenschaftsrat 2017, 17–22), übernehmen jedoch wichtige qualitätssichernde Aufgaben wie etwa Fehler- und Plagiatskontrollen (Wissenschaftsrat 2017, 12) und weisen damit auf einen gewissen Standard an wissenschaftlichem Vorgehen hin. Ethical Clearings wurden deshalb aufgenommen, da sie einen verantwortungsvollen Umgang mit Proband*innen zeigen, was als selbstverständliches Qualitätsmerkmal angesehen werden sollte.

Design bis Methoden: Hier wurden meist Design, Methodologie, Methoden nur kurz genannt. In den oben genannten Vorschlägen finden sich dementsprechend die Punkte Studiendesign und Methodenüberblick, die aus Übersichtsgründen zusammengefasst wurden, was durch das ‚bis‘ zum Ausdruck gebracht werden soll. Diese Kategorie wurde aufgenommen, um in der Gesamtheit ggf. eine Tendenz beobachten zu können, auch wenn keine explizite Beurteilung dahingehend vorgenommen wurde, inwieweit Forschungsansatz, Design, Methodologie, Methodik, Analyseverfahren und Ergebnisse adäquat aufeinander aufbauend und der Forschungsfrage jeweils gerecht werdend verwendet wurden.

Datenanalyseverfahren: Wurde aus denselben Gründen aufgenommen, wie Design und Methoden und stellt wieder eine Erweiterung der oben genannten Vorschläge für Scoping Reviews dar.

Intervention/Maßnahmen: Auch dieses Kriterium bildet eine Erweiterung. Dabei geht es um die Interventionen/Maßnahmen, die in den jeweiligen Studien untersucht wurden. Es ist an die Forschungsfrage angelehnt und soll die Möglichkeit bieten, in der Auswertung dieses Kriteriums Forschungsschwerpunkte der Anthroposophischen Pflege festzustellen.

5. Ordnen, Zusammenfassen und Beschreiben der Daten

Da in dieser Arbeit eine weitere Methode (Inhaltsanalyse) auf die Daten angewandt wird, wird dieser Punkt verschoben, um alle Ergebnisse gemeinsam in Abschnitt 2.3 darzustellen.

6. Optional: Konsultation von Forschenden mit Expertise im Umfeld

Eine Review-Beratungsgruppe konnte für diese Arbeit nicht eingerichtet werden. Gleichwohl wurde versucht, durch direkten Kontakt zu einzelnen Autor*innen, eine beratungsähnliche Situation herzustellen. Die Autor*innen wurden dadurch identifiziert, dass sie entweder dem Autor dieser Arbeit bereits bekannt waren, oder er sie über die Recherchetätigkeit als relevant identifizierte. Die Autor*innen wurden jeweils mit der Bitte um ergänzende Hinweise und teilweise auch um ein für die Forschungstätigkeit zur Verfügung stellen ihrer eigenen Arbeiten gebeten. Die Autor*innen sind im Anhang innerhalb des Rechercheprotokolls mit aufgeführt. Damit ist das Prozedere bezüglich des Scoping Reviews dargestellt. Nach dem folgenden Abschnitt, in dem Theorie und Inhalt der Inhaltsanalyse dargestellt wird, werden die Ergebnisse beider Methoden dargestellt.

2.2.2 Inhaltsanalyse

Inhaltsanalysen wurden zur systematischen Analyse von Zeitungsartikeln in den ersten Jahrzehnten des zwanzigsten Jahrhunderts entwickelt. Sie wurde genutzt, um Aussagen über öffentliche Meinung der Massenmedien, wie Radio und Zeitungen, machen zu können. In den 1950er Jahren wurde vermehrt gefordert, dass es dabei nicht nur um reine Deskription und Zusammenfassung gehen, sondern dass qualitative Elemente in Inhaltsanalysen enthalten sein sollten. So sollten etwa neben einer Symbolhäufigkeit auch Symbolzusammenhänge, deren Entstehungsbedingungen und deren Bedeutung diskutiert werden. Trotzdem ist die Inhaltsanalyse als Standardinstrument empirischer Kommunikationswissenschaft noch weitere Jahrzehnte weitgehend quantitativ orientiert gewesen (Mayring 2015, 26-29). Mayring führt etliche unterschiedliche, teils sich ergänzende, teils überholte Definitionen auf, welche zeigen, wie vielseitig die Inhaltsanalyse inzwischen genutzt und betrachtet werden kann: „Die Liste von im Ansatz völlig unterschiedlichen Definitionen der Inhaltsanalyse ließe sich noch sehr lange fortsetzen“ (Mayring 2015, 12). Dieser Liste möchte Mayring weniger eine eigene Definition hinzufügen, als vielmehr die verschiedenen Aspekte und Intentionen zusammenfassen. Demnach ist das Bestreben inhaltsanalytischen Vorgehens, dass Kommunikation bzw. fixierte Kommunikation systematisch, also regelgeleitet, analysiert werden soll. Kommunikation (Sprache, Bild, Musik etc.) ist dabei ein zentraler Gegenstand der Inhaltsanalyse und meint die Übertragung von Symbolen. Die Kommunikation selbst liegt dabei in Textform, also fixiert, vor. Mit einem systematischen, also regelgeleiteten bzw. theoriegeleiteten, Vorgehen grenzt sich die Inhaltsanalyse von einigen hermeneutischen Verfahren ab und ermöglicht Nachvollziehbarkeit und intersubjektive Nachprüfbarkeit. Zuletzt will Inhaltsanalyse über eine reine Textanalyse hinaus Texte als Teil eines Kommunikationsprozesses untersuchen und z.B. Rückschlüsse auf Sender oder die Wirkung auf Empfänger ableiten (Mayring 2015, 12-13). Inhaltsanalysen sollten also die Vorzüge quantitativen Vorgehens nicht aufgeben, sondern beibehalten, wie sie etwa durch

systematisches, regelgeleitetes Vorgehen entstehen, welches wiederum ein Überprüfen ermöglichen soll (Mayring 2015, 29). Die Qualitative Inhaltsanalyse kann daher, anders als der Name zunächst vermuten lässt, als hybrider Ansatz angesehen werden, in welchem qualitative und quantitative Elemente verbunden werden können (Mayring 2015, 17). Mayring bemüht nun eine Reihe von wissenschaftlichen Ansätzen oder Paradigmen aus Hermeneutik, Sozialwissenschaft, Sprach- und Literaturwissenschaften sowie der Psychologie, um die genannten Aspekte und Intentionen zu erweitern und gleichzeitig zu konkretisieren (Mayring 2015, 26-49).

Dies mündet in dem Vorgehen der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Das Vorgehen wird im Folgenden in den einzelnen Schritten beschrieben. Dabei wird jeweils zunächst erläutert, was unter den jeweiligen Schritten nach Mayring zu verstehen ist, um darauf beziehend das Vorgehen in dieser Arbeit darzustellen. Denn das Vorgehen soll kein Standardinstrument darstellen, das immer gleich angewandt wird, sondern vielmehr dem jeweiligen Forschungsgegenstand angepasst werden (Mayring 2015, 51). Die Schritte sind:

1. Bestimmung des Ausgangsmaterials
2. Fragestellung der Analyse
3. Ablaufmodell der Analyse
4. Festlegen der Analysetechnik
5. Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung

1. Bestimmung des Ausgangsmaterials

Um später das Material auswerten zu können, muss es in drei Schritten zunächst beurteilt werden. In der Festlegung des Materials wird die Grundgesamtheit und die Stichprobengröße bestimmt. Das heißt, aus einer großen Fülle an Material wird definiert, was genau analysiert werden soll. Dabei werden Relevanz und ökonomische Gesichtspunkte berücksichtigt. Schließlich sollte bei der Stichprobenziehung beachtet werden, dass sie nach einem Modell geschieht, wie etwa eine reine Zufallsauswahl. In der Analyse der Entstehungssituation wird definiert, von wem das Material und unter welchen Bedingungen es hergestellt wurde. Dabei sind Verfasser und deren emotionale und kognitive Handlungshintergründe ebenso zu beschreiben wie die Zielgruppe, in deren Richtung es produziert wurde. Ferner die Entstehungssituation generell und der soziokulturelle Hintergrund. Im letzten Schritt zur Bestimmung des Ausgangsmaterials werden formale Charakteristika des Materials beschrieben. Hierbei handelt es sich um die Frage, in welcher Form das Material vorliegt, was vor allem bei Interviews, die mit Ton oder Bildmedien aufgenommen wurden und nach bestimmten Regeln transkribiert wurden, von Bedeutung ist (Mayring 2015, 54-55).

Die Analyse dieser Arbeit findet wie beschrieben in zwei Teilen statt, die miteinander verbunden sind. Im ersten Teil (Abschnitt 2.2.1) wurde Material in Form eines Scoping Reviews ermittelt. Das Material wurde nach Entstehungszusammenhängen, Form und Art geordnet. Dies soll im Folgenden unter Berücksichtigung der eben beschriebenen drei Schritte dargestellt werden.

Entstehungssituation 1: Wissenschaftlicher Kontext

Hier handelt es sich um Literatur (siehe auch Abschnitt 2.2.1), die in wissenschaftlichen Journals veröffentlicht wurde, an Hochschulen oder durch Wissenschaftler*innen mit akademischer Ausbildung entstanden ist. Die Verfasser*innen, sowie in den überwiegenden Fällen zusätzlich die Begutachtenden, sind Akademiker*innen und haben größtenteils entweder einen beruflichen Hintergrund im Gesundheitswesen oder haben ihren Forschungsschwerpunkt in diesem Bereich. Das Material wurde in erster Linie für akademisch weitergebildete Menschen, die in Gesundheitsberufen bzw. zum größten Teil in Pflege und Medizin tätig sind, produziert. In Bezug auf soziokulturellen Handlungshintergrund kann also von höher ausgebildeten Personen (Verfasser*innen und Zielgruppe) ausgegangen werden. Mit Hinblick auf einen emotionalen Handlungshintergrund kann gesagt werden, dass sowohl Verfasser*innen als auch die Zielgruppe ein Interesse an integrativen Ansätzen oder an Anthroposophischer Pflege haben könnten. Formale Charakteristika sind dahingehend zu definieren, als dass es sich um fixierte Kommunikation in Form von Artikeln, Monografien, Sammelwerken oder Hochschularbeiten (z. B. Dissertation) in Print- oder Digitalversionen meist in englischer Sprache handelt.

Entstehungssituation 2: Praxishintergrund

Hierunter fällt Literatur, deren Entstehungshintergrund insofern näher der Praxis ist, als dass es sich bei diesen Arbeiten um Literatur, die von der Praxis genutzt und in einer Sprache verfasst ist, die nicht für Akademiker*innen gewählt wird. Es handelt sich bei den Verfasser*innen um Expert*innen aus der Pflegepraxis oder um Journalist*innen, die in Form von Interviews oder Recherche sich Expert*innenwissen zunutze machen. Die Zielgruppe sind Praktiker*innen, überwiegend in Pflegeberufen, die meist keine akademische Weiterbildung haben. Den soziokulturellen Handlungshintergrund betreffend kann auch hier lediglich auf ein niedrigeres Ausbildungsniveau geschlossen werden als in der Gruppe der Entstehungssituation 1. Auch hier könnte, was den emotionalen Hintergrund angeht, ein Interesse für integrative Ansätze und Anthroposophische Pflege bestehen. Was die Beschreibung der Verfasser*innen und der Zielgruppe in der Entstehungssituation 2 angeht, muss von einer weniger starken Abgrenzung gegenüber den Autor*innen aus 1 ausgegangen werden, denn es finden sich auch in Entstehungssituation 2 Akademiker*innen. Bezüglich der formalen Charakteristika handelt es sich um fixierte Kommunikation in unterschiedlicher

Form: a. Zeitschriftenartikel; b. Monografien, Sammelwerke. In beiden Fällen sind es Print- oder Digitalversionen meist in deutscher Sprache.

Die Grundgesamtheit setzt sich aus dem Material der beiden Gruppen zusammen und ist in Tabelle 2 dargestellt.

Entstehungssituation	Art	Anzahl der Arbeiten
1	Artikel, Monografien, Sammelwerke, Hochschularbeiten	66
2	a. Zeitschriftenartikel	113
2	b. Monografien, Sammelwerke	22
Grundgesamtheit		201

TABELLE 2: GRUNDGESAMTHEIT DES MATERIALS

Die Stichprobenziehung wurde in dieser Arbeit aus inhaltlichen und ökonomischen Gründen vorgenommen. Die Arbeiten aus Entstehungssituation 1 wurden als sehr relevant eingestuft, da es sich hier um strukturierte Wissensquellen handelt und davon ausgegangen wurde, dass die Inhalte, die bezüglich der Forschungsfrage von besonderem Interesse sind, zusammenfassend und übersichtlich dargestellt sein würden. Aus diesem Grund wurden alle Arbeiten aus Entstehungssituation 1 eingeschlossen. In dieser Arbeit wäre es nicht möglich gewesen, alle Arbeiten der Grundgesamtheit zu analysieren. Aus diesem Grund musste eine Auswahl getroffen werden. Es wurde davon ausgegangen, dass Zeitschriftenartikel von pflegenden Praktiker*innen häufiger gelesen werden als Monografien und Sammelwerke. Darüber hinaus ist naturgemäß die Anzahl von Autor*innen in der Gruppe 2a größer als in Gruppe 2b. Da mit der Forschungsfrage ein möglichst umfassendes Bild geschaffen werden sollte, wurde daher Gruppe 2a als höher relevant eingestuft und in die Stichprobe eingeschlossen. Auch die Ressourcen spielten in diese Entscheidung mit hinein, da eine umfassende Untersuchung und Ergebnisdarstellung der Monografien und Sammelwerke an dieser Stelle nicht möglich gewesen wären. In der Stichprobe sind daher insgesamt 179 Arbeiten enthalten.

2. Fragestellung der Analyse

Nachdem das Material beschrieben ist, geht es im nächsten Schritt um die Fragestellung, mit der definiert wird, was genau aus dem Material analysiert werden soll. Hierfür sollte mit Hilfe eines Kommunikationsmodells die Richtung der Analyse bestimmt werden und im Anschluss eine theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung stattfinden. Mit theoriegeleitet ist hier gemeint, dass die Fragestellung im Kontext der bisherigen Forschung zu diesem Thema stehen sollte und daraus abgeleitet ist. Damit soll auf Erfahrungen auf diesem Gebiet aufgebaut werden. Das von Mayring (2015, 59) erarbeitete inhaltsanalytische

Kommunikationsmodell unterscheidet zwischen „Kommunikator“ und „Zielperson/-gruppe“, die jeweils einen Einfluss auf den Textgegenstand haben. Je nach Richtung der Analyse werden dann über den Text Aussagen über beispielsweise Kommunikator*innen gemacht. Insbesondere wenn es darum geht, Aussagen zu interpretieren, ist dabei wichtig, auch das Vorverständnis der jeweiligen Inhaltsanalytiker*innen zu beschreiben und zu berücksichtigen. Weniger ist dies der Fall, wenn es in Dokumentenanalysen darum geht, etwas über den Gegenstand auszusagen (Mayring 2015, 58-60).

In der vorliegenden Arbeit geht es darum, Informationen über Anthroposophische Pflege aus dem Textmaterial zu generieren. Aussagen durch den Text über Zielgruppe und Verfasser*innen sollen in dieser Arbeit nicht vorgenommen werden. Dennoch ist das Textmaterial in einem bestimmten Kontext entstanden und für eine bestimmte Zielgruppe produziert. Daher soll an dieser Stelle sowohl dazu als auch zum Vorverständnis des Inhaltsanalytikers kurz Bezug genommen werden.

Das Material ist entweder von Wissenschaftler*innen, die in einer Verbindung zum Pflegeberuf stehen, oder von Praktiker*innen mit Expert*innenwissen im Pflegeberuf für die Zielgruppe Menschen in Pflege- oder angrenzenden Berufen bzw. in wissenschaftlichem Kontext Tätige produziert worden. Das Material ist im eigentlichen Sinne nicht als ‚Insiderwissen‘ zu bezeichnen und weitestgehend allgemein verständlich, verwendet jedoch naturgemäß einen gewissen beruflich elaborierten Sprachcode bzw. in wissenschaftlichen Texten übliche Sprachstile. Der Inhaltsanalysierende ist ebenfalls Pflegekraft und befindet sich am Ende eines Masterstudiengangs Pflegewissenschaft. Darüber hinaus verfügt der Analysierende über Weiterbildungen in Anthroposophischer Pflege und ist mit Grundbegriffen derselben vertraut. Damit besteht ein Vorverständnis, das für das Verständnis und die Analyse des Textmaterials von Bedeutung ist.

Eingangs wurde die Fragestellung vor dem Hintergrund entwickelt, dass Anthroposophische Pflege unterschiedlich definiert ist. Ein einheitliches begriffliches Verständnis bildet jedoch eine Grundvoraussetzung wissenschaftlichen Arbeitens (Häder 2015, 26-27). Die Fragestellung folgt dem Verständnis, dass wissenschaftliche Arbeiten grundsätzlich eine theoretische Fundierung enthalten, in der Konzepte und Begriffe beschrieben werden (Mayer 2015, 318). Sprich, selbst wenn Anthroposophische Pflege unterschiedlich oder mitunter überhaupt nicht definiert wird, ist davon auszugehen, dass in den Arbeiten Beschreibungen zu finden sind. Auch wenn es sich bei den Arbeiten aus Entstehungssituation 2 nicht um wissenschaftliche Arbeiten handelt, so legt der inhaltliche Bezug der Artikel nahe, dass in den Artikeln Beschreibungen und Ideen von Anthroposophischer Pflege zu finden sind.

3. Ablaufmodell der Analyse

Um intersubjektiv nachvollziehbar und überprüfbar zu sein, ist es wichtig, vorab ein Ablaufmodell festzulegen. Hierfür werden zunächst die Analyseeinheiten festgelegt: Sie bestehen aus 1. „Kodiereinheit“ als minimalste Einheit, der geringste Textteil, der unter eine Kategorie fallen kann; 2. „Kontexteinheit“, der größte Materialbestandteil, der einer Kategorie zugeteilt werden kann; 3. „Auswertungseinheit“, welche festlegt, in welcher Reihenfolge die Textteile ausgewertet werden (Mayring 2015, 61). Für die vorliegende Arbeit werden folgende Einheiten festgelegt:

- a. Kodiereinheit: Da davon auszugehen ist, dass Anthroposophische Pflege in Artikeln mitunter nur am Rande erwähnt und beschrieben ist, wird die Kodiereinheit sehr klein gesetzt: Jede Aussage zu oder über Anthroposophische Pflege.
- b. Kontexteinheit: Es wird damit gerechnet, dass einzelne Artikel, insbesondere aus Entstehungssituation 2, sich einer bestimmten Intervention der Anthroposophischen Pflege widmen. Aus diesem Grund wird die Kontexteinheit in einer Größe von einem Artikel relativ groß festgelegt.
- c. Auswertungseinheit: Um möglichst effizient vorzugehen, werden Abstracts zuerst analysiert (wenn vorhanden), da hier ein Überblick über die Arbeit gegeben wird. Im Anschluss findet die Analyse der Einleitungen statt, da hier die theoretischen Fundierungen zu vermuten sind. Im dritten Schritt wird der übrige Teil der Arbeit untersucht.

4. Festlegen der Analysetechnik

Je nach Forschungsfrage wird eine von den drei folgenden Analysetechniken verwendet: Zusammenfassung meint hier, dass das Material in der Analyse so reduziert wird, das Wesentliche erhalten bleibt und dabei ein abstraktes Abbild des Grundmaterials schafft. In der Explikation dagegen wird zum Verständnis einzelner Bestandteile zusätzliches Material herangezogen. Mit Strukturierung ist schließlich gemeint, dass entweder bestimmte Aspekte des Materials herausgearbeitet, ein Querschnitt vorgenommen wird, unter Berücksichtigung von Ordnungskriterien, oder eine Einschätzung des Materials mit Hilfe von Kriterien vorzunehmen. Diese drei Formen werden weiter differenziert und gliedern sich in insgesamt acht Techniken (Mayring 2015, 67-68). In dieser Arbeit wird eine induktive Kategorienbildung durchgeführt, die auf den Techniken einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse aufbaut. Deshalb soll auf diese Differenzierung genauer eingegangen werden.

5. Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung

Zunächst soll an dieser Stelle das Vorgehen der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse erläutert werden und darauf aufbauend im Anschluss die induktive Kategorienbildung. Die Zusammenfassung erfolgt in insgesamt sieben Schritten. Dabei ist der erste Schritt mit der Bestimmung der Analyseeinheiten bereits vollzogen. In Schritt zwei findet eine „Paraphrasierung“ der inhaltstragenden Textstellen statt. Dies bedeutet, dass inhaltlich bedeutende Bereiche so herausgearbeitet werden, dass der Inhalt erhalten bleibt, jedoch inhaltlich nicht relevante Teile herausgenommen werden. Dazu werden sie in eine gemeinsame Sprachebene in grammatikalischer Kurzform gebracht. In Schritt drei und vier werden die Abstraktionsniveaus der ersten Reduktion bestimmt, unter welchen die Paraphrasen entweder subsumiert werden können oder sich auf demselben bzw. einem höheren Niveau bereits befinden. Inhaltsgleiche, nichtssagende oder unwichtige Paraphrasen werden gestrichen, ähnliche Paraphrasen werden zusammengefasst. In Schritt fünf werden in einer zweiten Reduktion und Bündelung jene Paraphrasen, die sich aufeinander beziehen, zu neuen Aussagen zusammengefasst. Bei großen Mengen an Datenmaterial werden die Schritte zwei bis fünf zu einem zusammengefasst. Im Anschluss an Schritt fünf muss genau überprüft werden, ob die entstandenen Kategorien das Textmaterial repräsentieren und ggf. korrigiert und erweitert werden. Dies geschieht entweder in der Überprüfung aller ursprünglichen Paraphrasen oder im Idealfall am Material selbst. In Schritt sechs wird das entwickelte Kategoriensystem bei Bedarf erneut zusammengefasst und ein nächsthöheres Abstraktionsniveau gebildet. Dieses wird in Schritt sieben erneut einer Prüfung wie am Ende von Schritt fünf unterzogen. Dieser Kreislauf endet dann, wenn das Ergebnis der angestrebten Reduzierung entspricht (Mayring 2015, 69-72).

Bei der induktiven Kategorienbildung wird die Logik, wie sie oben beschrieben ist, beibehalten. Im ersten Schritt wird hier jedoch ein Selektionskriterium bestimmt, welches von Beginn das Ausschließen unwichtiger Bereiche des Materials ermöglicht. Das Selektionskriterium bildet damit einen Ausgangspunkt der Kategoriendefinition und richtet sich nach der zentralen Fragestellung. Hinzu kommt eine Bestimmung des Abstraktionsniveaus der Kategorien, die gebildet werden müssen. Wenn dies geschehen ist, kann die Materialanalyse beginnen. Der Text wird dabei so analysiert, dass jedes Mal, wenn eine Kodiereinheit (siehe oben) das Selektionskriterium erfüllt, möglichst nah am Text daraus eine Kategorie formuliert wird. Bei jeder Textstelle, die das Kriterium erfüllt, wird geprüft, inwieweit, eine neue Kategorie formuliert werden muss, ob eine Subsumtion unter die bestehenden angezeigt ist oder ob es sich um eine inhaltlich identische Textstelle handelt, sodass keine neue Kategorie formuliert werden muss und keine Subsumtion notwendig ist. Dieser Prozess wird bis zu einer gewissen Sättigung fortgeführt, sprich, bis nur noch wenig neue Kategorien hinzukommen.

Je nach Umfang des Gesamtmaterials kann dies nach Bearbeitung von 10-50% des Materials eintreten. An dieser Stelle werden in einer Revision Kategorien und deren Abstraktionsniveau dahingehend überprüft, ob sie dem Ziel der Analyse nach wie vor entsprechen. Wenn nicht, muss erneut begonnen werden. Wenn eine Übereinstimmung jedoch vorliegt, kann das Material weiter analysiert werden, wobei lediglich neue Kategorien aufgenommen werden. Das Ergebnis ist eine Ansammlung an Kategorien, nah am Text formuliert. In der Folge bestehen folgende Möglichkeiten: Erstens das Kategoriensystem anhand der Fragestellung zu interpretieren; zweitens im Sinne der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse Kategorien zu Hauptkategorien zu entwickeln, wobei auch deduktiv mithilfe von Theorien vorgegangen werden kann, oder es können drittens, in einem quantitativen Moment, Häufigkeiten der Kategorien gebildet werden (Mayring 2015, 85-87).

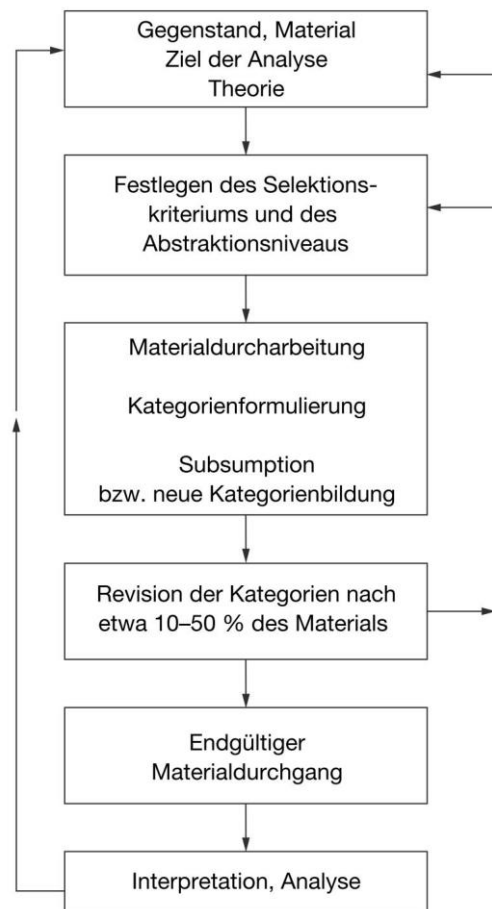


ABBILDUNG 1: INDUKTIVE KATEGORIENBILDUNG (MAYRING 2015, 85)

Damit beschreibt diese Methode ein adäquates Vorgehen im Hinblick auf die zentrale Fragestellung ‚Wie wird Anthroposophische Pflege in der Literatur beschrieben?‘, denn es geht darum, einzelne Aspekte aus dem vorliegenden Material herauszuarbeiten. Die Kategoriendefinition lautet daher: Jegliche Angaben, Aussagen darüber, was Anthroposophische Pflege ist, was zu ihren Aufgaben gehört, welche Methoden oder Interventionen genutzt werden, welche Rolle und Image sie innehat, in welchen übergeordneten Systemen sie eingegliedert wird und welche theoretischen Hintergründe benannt werden. In Bezug auf Aspekte wie Rolle oder Image sollen auch indirekte Beschreibungen und Andeutungen mitaufgenommen werden. Das Abstraktionsniveau sind dabei konkrete Faktoren im Hinblick auf die Kategoriendefinition.

Das Material wurde in zwei Abschnitten analysiert. Zunächst wurden die beschriebenen Schritte auf das Material aus Entstehungssituation 1 (siehe oben) angewandt. Dabei wurden nach der Kategoriendefinition alle Angaben zu Anthroposophischer Pflege gesammelt

und in Kategorien eingeteilt. Im Anschluss wurde, im Sinne der zusammenfassenden qualitativen Analyse eine zweite Abstraktionsebene analysiert.

Beispiel: Wenn Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka als integrative Pflegemaßnahme aus der Anthroposophischen Pflege genannt oder beschrieben wurde, so konnte ‚Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka‘ eine Kategorie bilden. Im weiteren Verlauf konnte ‚integrative Pflegemaßnahmen‘ eine Hauptkategorie ergeben, unter welcher dann weitere integrative Pflegemaßnahmen der Anthroposophischen Pflege subsumiert werden.

Das so entwickelte Kategoriensystem mit Haupt- und Unterkategorien wurde in einem zweiten Schritt an dem Material aus Entstehungssituation 2 geprüft und erweitert. An dieser Stelle wurde bei der Überprüfung der Texte aus Entstehungssituation 2 eine Häufigkeitsanalyse angeschlossen, indem bestimmt wurde, wie häufig die jeweiligen Hauptkategorien im Material behandelt wurden. Damit sollte eine Trendsetzung in den Arbeiten aus Entstehungssituation 2, und damit für die praxisnähere Literatur, ermittelt werden. Das Kategoriensystem wird im folgenden Abschnitt 2.3 dargestellt. Für das obige Beispiel bedeutet dies, das gezählt wurde, in wie vielen Artikeln aus Entstehungssituation 2 die Hauptkategorie integrative Pflegemaßnahmen behandelt wurde.

An dieser Stelle ist noch zu bemerken, dass eine Reduktion und die Forderung, nah am Text zu formulieren, hier etwas weiter gefasst wurde. Die Abschnitte, die einzelne Aspekte oder Subkategorien von Anthroposophischer Pflege beschreiben, wurden demnach nicht eins zu eins übernommen, sondern inhaltlich zusammengefasst. Daher kann es sein, dass die Beschreibungen sich wie in einem Literaturreview lesen. An dieser Stelle ist zu betonen, dass die Methode hier vor allem als Möglichkeit für ein strukturiertes Vorgehen genutzt wird, anders als es vielleicht bei der Auswertung von Interviewmaterial der Fall ist, bei dem das interpretative Moment deutlich höher sein dürfte. Eine weitere Besonderheit ist die Sprache. Da ein großer Teil des Datenmaterials in englischer Sprache verfasst war, ist naturgemäß ein Formulieren, das nah am Text sein soll, etwas erschwert.

2.3 Ergebnisse

Die Reihenfolge der Ergebnisse ergibt sich aus der zeitlichen Abfolge der methodischen Durchführung. Somit wird begonnen mit den Ergebnissen des Scoping Reviews, worauf die Ergebnisse der Inhaltsanalyse folgen. Für eine bessere Übersicht werden hier die Schritte von der Recherche innerhalb des Scoping Reviews bis zur Analyse mit verschiedenen Methoden in Abbildung 2 noch einmal aufgeführt. Dabei entstand durch eine sehr sensitiv gestaltete Suche eine hohe Trefferanzahl, die zunächst anhand von bestimmten Kriterien (Bezug Anthroposophie und Bezug Profession) grob analysiert wurde. Die einbezogenen Treffer wurden nun in die zwei Bereiche Entstehungssituation 1 (‚wissenschaftlich‘) und 2

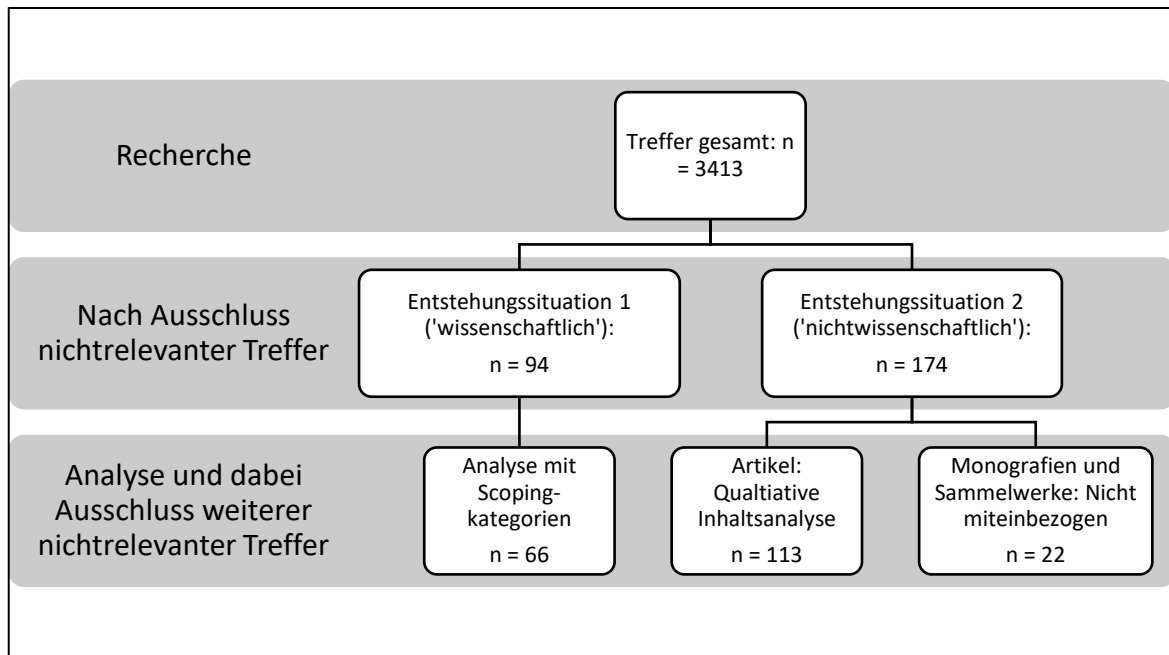


ABBILDUNG 2: DATENMATERIAL UND ANALYSEFORMEN

(,nichtwissenschaftlich') aufgeteilt (siehe genauere Beschreibung Abschnitt 2.2). Das Material aus Entstehungssituation1 wurde zunächst mit den in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Scopingkategorien analysiert. Die Ergebnisse hierfür sollen nun aufgeführt werden. Die erste der beiden zentralen Fragestellungen ‚Welche Forschungsaktivitäten gibt es in Bezug auf Anthroposophische Pflege?‘ wurde dabei durch zwei Fragen im Kontext des Scoping Reviews erweitert, diese sollen an dieser Stelle beantwortet werden. Das Datenmaterial aus Entstehungssituation 1 ergab Literatur in Form und Art von Artikeln und Originalien in wissenschaftlichen Zeitschriften, Monografien und Sammelwerken aus akademischen Kontexten, Qualifikationsarbeiten wie Masterarbeiten oder Dissertationsschriften. Die Veröffentlichungen stammten aus Print- und Onlinemedien.

2.3.1 Zeitraum des Datenmaterials

In Abbildung 3 ist eine Zunahme der Arbeiten über die letzten 20 Jahre zu sehen. Die früheste Arbeit, die miteinbezogen und analysiert wurde, wurde im Jahr 1999 veröffentlicht. Zunächst zeigt das Diagramm keine Steigung. Die Kurve beginnt erst ab 2009 zu steigen. 2012 findet sich im Material lediglich eine Veröffentlichung, wodurch ein Einschnitt im Verlauf stattfindet. 2018 waren es insgesamt zehn Arbeiten. Zusätzlich wurde dazu ein Korrelationskoeffizient von 0,81 berechnet, was auf einen starken linearen Zusammenhang hindeutet womit das steigende Interesse für die Forschung im Zusammenhang mit Anthroposophischer Pflege bestätigt werden kann, auch wenn die Zahlen mit insgesamt 66 Arbeiten im Gesamten relativ gering bleiben. An dieser Stelle sollte lediglich ein Trend aufgezeigt werden. Daher wird auf weitere statistische Tests verzichtet. Um etwas über die Aktualität auszusagen wurde der Median berechnet. Dieser liegt bei 2013,5. Demnach sind 50% der

Arbeiten nach 2013 (bzw. 2013,5) entstanden und werden damit als aktuell bezeichnet. Für das restliche Datenmaterial muss eine Aktualität je nach Gegenstand hinterfragt werden.

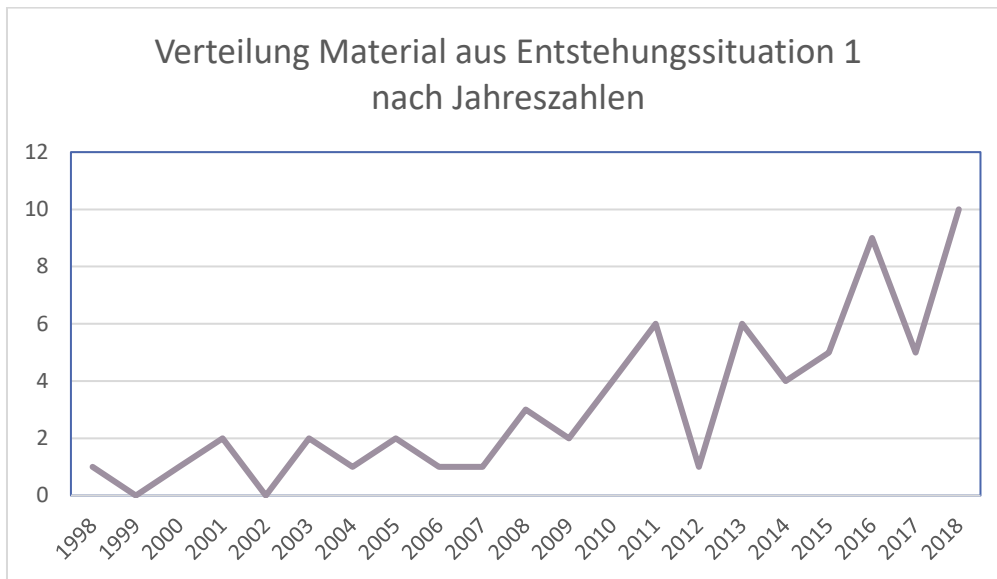


ABBILDUNG 3: DATENMATERIAL AUS ENTSTEHUNGSSITUATION 1 NACH JAHRESZAHLEN

2.3.2 Regionen

Regionen, in denen Forschungsaktivitäten in Bezug auf Anthroposophische Pflege zu verzeichnen waren, erstrecken sich über mehrere Kontinente (siehe Tabelle 3). Dabei findet sich der größte Teil in Europa mit insgesamt 80%. Davon sind die meisten in Deutschland (35%), Schweden (24%) und der Schweiz (10%) durchgeführt worden. Die restlichen 20% teilen sich Brasilien und Neuseeland mit jeweils 7%, sowie Israel und die USA mit je 3%. In diesen Zahlen sind keine länderübergreifenden Forschungsaktivitäten inbegriffen, welche im unteren Teil der Tabelle aufgeführt sind. Hier finden sich insgesamt sieben Forschungsaktivitäten, von denen eine sich über vier Grenzen (Deutschland, Niederlande, Österreich und die USA) hinweg erstreckt. Auch hier zeigt sich wieder ein gewisser europäischer Schwerpunkt, wobei Deutschland in fünf der sieben Aktivitäten eine Rolle spielt.

Region	Anzahl analysierter Arbeiten	Häufigkeitsanteil (%)
Deutschland	20	35
Schweden	14	24
Schweiz	6	10
Brasilien	4	7
Neuseeland	4	7
Niederlande	4	7
Israel	2	3
USA	2	3

Region	Anzahl analysierter Arbeiten	Häufigkeitsanteil (%)
Finnland	1	2
Österreich	1	2
Summe	57	100
Länderübergreifend		
Australien, Neuseeland	1	
Deutschland, Niederlande	1	
Deutschland, Niederlande, Österreich, USA	1	
Deutschland, Israel	1	
Deutschland, Schweiz	2	
Indonesien, Niederlande	1	
Niederlande, Schweden	1	

TABELLE 3: REGIONEN DER FORSCHUNG

2.3.3 Themenfelder

Themenfelder, die in Zusammenhang mit Anthroposophischer Pflege beforscht werden, wurden in die folgenden fünf Bereiche eingeteilt und gehen aus der Scopingkategorie ‚Fragestellung/Ziel‘ hervor.

Themenfeld ‚Bewertung integrativer Versorgungsansätze‘: In diese Gruppe wurden 24 der 65 Arbeiten eingeteilt. Es geht in den Arbeiten darum, Anthroposophische Medizin und Pflege zu bewerten, einzuschätzen oder zu beurteilen. So werden beispielsweise Patient*innen oder Angehörige von Berufsgruppen des Gesundheitssystems nach ihren subjektiven Einschätzungen befragt. Es findet sich eine Beurteilung aus wissenschaftlicher Sicht. Dazu kommen Kostenberechnungen oder die Darstellung von Outcomes generell bei integrativen Ansätzen, zu denen Anthroposophische Medizin und Pflege gezählt wird. Auch Vergleiche finden sich unter den Arbeiten in diesem Feld. Vergleiche zwischen unterschiedlichen integrativen Ansätzen, oder Anthroposophische Medizin als integrativer Ansatz verglichen mit rein konventionellem Vorgehen. Die Themen sind im Einzelnen:

- Beurteilung/Bewertung der Anthroposophischen Medizin aus wissenschaftlicher Sicht
- Patient*innensicht auf/Kundenzufriedenheit mit Anthroposophischer Pflege
- Wissen, Einstellung, Beurteilung von Pflegekräften in Bezug auf anthroposophische integrative Ansätze
- Wissen und Überzeugung von Gesundheitsversorger*innen im Hinblick auf verschiedene integrative Ansätze
- Versorgungsergebnisse/Outcomes integrativer Ansätze

- Vergleiche: Integrativer mit konventionellem Ansatz
 - Wirkungsvergleich im pädiatrischen Setting
 - Unterschiede bezüglich Lebensqualität
 - Unterschiede End-of-Life-Versorgung
- Vergleich: Ansatz Anthroposophische Medizin mit anderen integrativen Ansätzen
- Kosten in Bezug auf integrative Ansätze
- Evaluation von Programmen (z. B. integrative Onkologie)
- Vergleich Versorgung am Lebensende Niederlande-USA

Themenfeld ‚Wirkungsbeobachtung‘: In diesem Themenfeld finden sich 14 Arbeiten, die von Einzelfallstudien (Case Reports / Case Studies) bis zu kleinen Evaluationsstudien reichen. Dabei geht es um verschiedene Interventionen aus der Anthroposophischen Pflege oder anderen integrativen Ansätzen. Beispiele sind die Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka oder Anwendungen mit Ingwerpulver. Die Perspektive ist dabei meist die Patientenperspektive. Die einzelnen Themen dieses Themenfelds sind:

- Exploration/Validierung Reaktionsweisen auf Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka (RE)
- Erfahrungen von Pflegenden mit RE
- Erfahrungen Patient*innen mit Äußeren Anwendungen (RE, Ingweranwendungen)
- Systematic Review zur Wirkung von Wickeln und Auflagen
- Einzelfallstudien (Ileus, Raynaud Syndrom, Arthrose, Broken Heart Syndrome)
- Wirkungen eines teambildenden Schulungsprogramms Neurologie in anthroposophischem Krankenhaus
- Wirkungsevaluation und Beschreibung von Caring Touch in Verbindung mit RE
- Evaluationsstudie Ingwer bei Arthrose
- Evaluationsstudie Ingwer-/Senfmehl-Fußbäder

Themenfeld ‚Modelle und Konzepte‘: 11 Arbeiten beschäftigen sich damit, Anthroposophische Pflege oder -Versorgungsansätze theoretisch zu begründen, in Beziehung zu anderen Theorien und Modellen zu setzen oder einzelne Konzepte aus der Praxis heraus zu beschreiben bzw. zu analysieren. Die Themen dieses Gebietes sind:

- Ökologisches Modell: Ein Modell, das Anthroposophische Pflege und weitere Berufe der Anthroposophischen Medizin in einen heuristischen Rahmen setzt (siehe Abschnitt 2.3.6).
- Theoretische Einbettung oder Darstellung von Anthroposophischer Pflege/Medizin unter Berücksichtigung von holistischen Ansätzen (Caring Science / Theorie der Fürsorge)

- Beschreibung/Charakterisierung von Hintergrund oder Spezifika der Anthroposophischen Pflege
- Entwicklung eines ganzheitlichen Gesundheitsprogramms
- Projektdesign für integrative Pflege in onkologischen Pädatrien
- Analyse Versorgungskonzept chronische Schmerzen einer anthroposophischen Klinik
- Beschreibung geeigneter Forschungsmethoden für integrative Pflege / Anthroposophische Pflege

Themenfeld ‚Onkologie, End-of-Live-Versorgung‘: Insgesamt 11 Arbeiten widmen sich der Situation in onkologischen und palliativen Settings bzw. der End-of-Live-Versorgung. Dabei spielt das innere Erleben in Bezug auf Krankheit, Tod und Spiritualität eine große Rolle. Die Themen des Feldes sind:

- Innensicht onkologischer Patient*innen (Existenz und Spiritualität)
- Lebenserfahrung und Lebensqualität bei Patient*innen mit Brustkrebs
- Von Patient*innen wahrgenommene Ursachen von Brustkrebs
- Erleben von Mitarbeiter*innen eines Konsiliardienstes zur Sterbebegleitung
- Spiritualität als Ressource/Thema in der Pflege / Spirituelle Erfahrungen mit Patienten am Lebensende
- Äußere Anwendungen bei Fatigue
- Beschreibung und Darstellung der Möglichkeiten von integrativen Methoden in Palliativ Care

Themenfeld ‚Sonstige Themen‘: Hierunter wurden Themen eingeteilt, die in keine der oben beschriebenen Themenfelder subsumiert werden konnten. Das Themenfeld umfasst sechs Arbeiten, die ganz unterschiedliche Themen behandeln. So spielt bei zweien der Überblick über integrative Ansätze in Deutschland eine Rolle, zwei beschreiben die Sicht von Patient*innen. Die Themen lauten:

- Gesundheits-/Krankheitsverständnis von Patient*innen
- Erleben von Menschen mit chronischen Schmerzen
- Überblick integrative Pflege in Deutschland
- Überblick komplementäre und integrative Medizinsysteme in Deutschland
- Themen- und Erfahrungsüberblick Infektiologie und Krankenhaushygiene an anthroposophischen Einrichtungen
- Curriculum anthroposophische Pflegeausbildung

Somit sind fünf Themenfelder beschrieben, die einen Zusammenhang mit Anthroposophischer Pflege aufweisen. Die Verteilung dabei (siehe Tabelle 4) zeigt einen Schwerpunkt in der Bewertung und Beurteilung integrativer Versorgungsansätze.

Themenfeld	Anzahl Arbeiten	Prozent
Bewertung integrativer Versorgungsansätze	24	36
Wirkungsbeobachtungen	14	21
Modelle und Konzepte	11	17
Onkologie, End-of-Life-Versorgung	11	17
Sonstige Themen	6	9
Summe	66	100

TABELLE 4: FORSCHUNGSAKTIVITÄTEN IN THEMENFELDERN

Damit sind die Ergebnisse des Scoping Reviews beschrieben. Die erste Forschungsfrage ‚Welche Forschungsaktivitäten existieren im Zusammenhang mit Anthroposophischer Pflege?‘ kann damit beantwortet werden (siehe Zusammenfassung in Abschnitt 3.1). Im folgenden Abschnitt sollen nun Ergebnisse, die im Zusammenhang mit der zweiten Frage ‚Wie wird Anthroposophische Pflege in der Fachwelt dargestellt?‘ stehen, veranschaulicht werden.

2.3.4 Kategoriensystem Anthroposophische Pflege

Konzepte	Integrative Pflegeanwendungen	Profession	Image
Dreigliederung	Rhythmische Einreibungen	Zusatzausbildung	Nutzer*innen und Setting
Viergliederung	Wickel und Auflagen	Forschung und Expertenstatus	Spielt eine bedeutende Rolle
Vier Elemente	Waschungen und Bäder	Werte und Haltung	Wird positiv gesehen
Vier Temperamente	Naturheilmittel	Rolle und Zusammenarbeit	Wird negativ gesehen
12 Pfliegerische Gesten			Wenig bekannt
Weitere Konzepte			

TABELLE 5: KATEGORIENSYSTEM ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE

Aus dem Datenmaterial wurden durch eine induktive Kategorienbildung (siehe Abschnitt 2.2.2) die in Tabelle 5 dargestellten Haupt- und Unterkategorien gebildet. Die Hauptkategorien mit jeweiligen Unterkategorien werden nun vorgestellt. Dabei werden jeweils Textstellen zusammengefasst dargestellt, sodass ein inhaltlicher Gesamtüberblick entsteht. Es werden jeweils Textstellen gewählt, die möglichst umfassend und anschaulich die jeweilige Kategorie beschreiben und diese werden ggf. durch weitere zusammenfassende Erläuterungen aus anderen Textstellen ergänzt. Im Anschluss wird eine Trendsetzung anhand der Häufigkeit der Kategorien im Material aus Entstehungssituation 2 (nichtwissenschaftliche Texte) beschrieben (siehe Abschnitt 2.2.2).

2.3.4.1 *Konzepte*

Konzepte bildet die Hauptkategorie, unter der eine Reihe von Modellen und Konzeptionen der Anthroposophischen Pflege subsumiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Konzepte nicht etwas darstellen, was ausschließlich Anthroposophischer Pflege immanent ist. Es sind vielmehr Bestandteile, die aus der Anthroposophie in der Pflege genutzt werden (Höver 2007, 394). Die Konzepte sind miteinander verbunden und weisen eine große Komplexität auf. So beschreibt beispielsweise Therkleson (2003, 27), dass der menschliche Ätherleib (s. u. Viergliederung) einerseits mit Regeneration zu tun hat, andererseits im Menschen mit dem Denken zusammenhängt. Diese komplexen Wechselbeziehungen werden in der vorliegenden Arbeit vereinfacht dargestellt, um dadurch einen Überblick über die Konzepte in Anthroposophischer Pflege zu ermöglichen. Dabei kann diese Auflistung nicht als abschließend betrachtet werden, da weitere Aspekte der Anthroposophie beleuchtet werden müssen. Themen, die im vorliegenden Datenmaterial nicht aufgeführt oder nur sehr am Rande benannt werden, tauchen daher nicht in der Beschreibung auf. Eine ausführliche Auseinandersetzung würde zudem bedeuten, dass zusätzliche Literatur zum Verständnis hinzugezogen werden müsste. Dies wiederum entspräche nicht der methodischen Herangehensweise, die fordert, nah am Textmaterial zu formulieren (siehe Abschnitt 2.2.2). Die Konzepte bilden jeweils den Hintergrund für den Einsatz von integrativen Pflegeanwendungen.

Dreigliederung: Wie auch in anderen philosophischen oder religiösen Ansätzen wird der Mensch als Einheit aus Geist, Seele und Körper beschrieben. Leib wird dabei als das verstanden, was dem Menschen ermöglicht, seine Umwelt über die Sinne zu erfahren. Er wird dabei eher als eine Art Werkzeug des Menschen verstanden, mit dessen Hilfe er mit seiner Umgebung in Beziehung tritt. Mit Seele ist der Teil des Menschen gemeint, mit dem er sympathisch oder antipathisch auf seine Umwelt reagiert. Mit der Freude oder Leid empfindet, Lust oder Unlust. Sie ist gewissermaßen das Empfindungsorgan. Geist schließlich wird als das Organ bezeichnet, mit dem logisches Schlussfolgern möglich ist.

Hier wird es möglich, Gesetzmäßigkeiten, die losgelöst von dem individuellen Menschen existieren, zu erfassen. Der Unterschied zwischen Seele und Geist wird an einem Beispiel deutlich, das Höver mit Rückgriff auf Steiner (1990) beschreibt: Wenn der Mensch den Sternenhimmel betrachtet, ist es ihm aufgrund seiner geistigen Fähigkeiten möglich, die Gesetzmäßigkeiten der Planeten zu ergründen, die mit den Planeten selbst im Zusammenhang stehen und unabhängig von dem betrachtenden Menschen existieren. Die seelische Empfindung, die dabei auftritt, steht dagegen ganz in Verbindung mit dem betrachtenden Menschen und wird sich bei anderen Menschen in anderer Weise zeigen (Höver 2007, 394). Therkleson (2003, 25-26) unterscheidet neben der beschriebenen Dreigliederung auch noch eine Körperbezogene, funktionale Dreigliederung. Demnach wird der Mensch in Nerven-Sinnes-System, Rhythmisches System und Stoffwechsel-Gliedmaßen-System eingeteilt. Mit Ersterem sind Nerven-Sinnes-Prozesse gemeint (wahrnehmen, erkennen, verstehen, denken), im mittleren Bereich spielt sich zwischen Atem und Herzschlag etwas Rhythmisches (Herz, kardiovaskuläres System, Lunge und Gasaustausch) ab. Dieser Bereich wird als der Gefühlswelt nahestehend beschrieben. Im dritten Teil findet sich ein Stoffwechsellpol, der gewisse Gegensätzlichkeiten zum Nerven-Sinnes-System aufweist, mit den dazugehörigen Verdauungs- und Stoffwechselorganen, sowie den Gliedmaßen, die Handeln ermöglichen (Therkleson 2003, 25-26).

Viergliederung: Die beschriebenen Ebenen von Körper, Geist und Seele sind im anthroposophischen Menschen- und Weltbild sowohl mit der mineralischen, unbelebten, als auch mit der belebten Welt verbunden. Es werden Parallelen gezogen zwischen dem Menschen einerseits und den Mineralien, Pflanzen und Tieren andererseits. Gemeinsam mit der Welt der Mineralien ist der menschliche Körper aus festen, mineralischen Stoffen aufgebaut. Gemeinsam mit den Pflanzen ist ihm, dass Wachstum, Regeneration und Reproduktion möglich sind. Wie die Tiere ist der Mensch auch ein Wesen mit Empfindungen und Sinneswahrnehmungen. Zu einem physischen Körper, der Mensch und Mineralien immanent ist, kommt bei Pflanze und Mensch ein weiterer, der Ätherleib, hinzu, durch den Wachstum und Regeneration möglich wird. Das dritte Glied ist der Astralleib, der Seelenleib, durch den über Wachstum und Regeneration hinaus Empfindungen möglich werden. Anders als es bei Tieren der Fall ist, kommt dem menschlichen Seelenleib neben der Empfindung noch die Möglichkeit des Verstandes hinzu, in dem Dinge abstrahiert werden können und über eine reine Empfindung hinaus ein Verstehen stattfindet, sowie ein Bewusstsein, das es ermöglicht, sich seiner Gefühle und Triebe aber auch seiner selbst bewusst zu sein (Höver 2007, 394-395). Dies leitet über zum vierten Glied des Menschen in der Anthroposophie: Dem als Ich bezeichneten individuellen Wesenskern des Menschen. Hier besteht die Möglichkeit des Ich-Erlebens, oder Ich-Bewusstseins, der eigenen Individualität. Es wird als eine spirituelle

Essenz beschrieben, dessen Instrument in gewisser Hinsicht der Körper ist (Therkleson 2003, 27-28). (Zur Viergliederung siehe auch Abschnitt: 2.1.3).

Vier Elemente (Therkleson, Tessa C. 2003, 26–27): Die vier Wesensglieder werden nicht nur im Kontext der Naturreiche Mineralien, Pflanzen, Tiere und Mensch gesehen, sondern auch den vier Elementen Erde, Wasser, Luft und Feuer bzw. Wärme zugeordnet. Erde als Materie bildet eine Ebene mit dem physischen Körper, der aus festen Stoffen (Mineral- oder Salz-Verbindungen) aufgebaut ist. Anschaulich in den festen Strukturen von Skelett oder Zähnen. Die festen oder materiellen Stoffe unterliegen der Schwerkraft. Der Ätherleib bedarf des wässrigen Elements, das in lebendigen Organismen so umfangreich vorhanden ist und bis in die Struktur von Muskelgewebe, das Wasserströmungen ähnelt, präsent scheint. Schwerkraft spielt hier nicht mehr die Hauptrolle, wenn Pflanzen entgegen der Schwerkraft nach oben wachsen, wie beispielhaft die riesigen Kauri-Bäume Neuseelands genannt werden. Der Astral- oder Seelenleib ist wiederum verbunden mit allem Luftförmigen und dem Gasaustausch. (Diese Verbindung wird bei Therkeson zwar nicht näher beschrieben, wird aber vielleicht verständlich, wenn man Empfindungen in Zusammenhang mit dem Atmen betrachtet: Schreck: Luft anhalten; plötzlicher stechender Schmerz: Schnelles vertieftes Einatmen; Lachen im Ausatmen.) Schließlich wird Ich und Wärme zusammengebracht. (Auch hier findet keine weitere Erläuterung dieser Verknüpfung statt, kann aber vielleicht durch Begriffe wie 'für etwas brennen', 'Feuer und Flamme sein' oder 'kalte Füße bekommen' andeutungsweise nachempfunden werden. Drücken sie doch entweder ein Beteiligtsein der eigenen Person metaphorisch aus, oder verbildlichen ein Sich-zurückziehen.)

Vier Temperamente (Therkleson, Tessa C. 2003, 29–30): Die vier Temperamente gehen zurück auf Hippokrates und die Vier-Säfte-Lehre, sind in der Homöopathie im Zuge von verschiedenen Konstitutionsmitteln zu finden und erfahren in der Anthroposophie eine Erneuerung und Erweiterung. Hier werden vier Flüssigkeiten im menschlichen Körper mit charakterlichen Eigenschaften zusammengebracht: Melancholisch (schwarze Galle), phlegmatisch (Schleim), sanguinisch (Blut) und cholertisch (gelbe Galle). In der Anthroposophie werden die Temperamente dahingehend verstanden, als dass sie Ausdruck sind der jeweiligen Glieder oder Leiber, wie sie oben unter Viergliederung beschrieben sind. Jeder Mensch vereint daher alle vier Temperamente in sich, wobei ggf. eines oder mehrere der vier verstärkt auftreten. Dabei entspricht das Melancholische der physischen Ebene, das Phlegmatische der Ebene des Ätherleibes, das Sanguinische dem Astralleib und das Cholertische dem Ich. In melancholischer Stimmung, die sich als nachdenklich, schwermütig und introspektiv zeigen kann, dominiert demnach der physische Körper. Als phlegmatisch wird dagegen etwas langsam aber kontinuierlich fließendes Beschrieben, dass eine beständige Kraft hat. Sanguinisch ist dazu wie das Gegenteil und zeichnet sich eher durch etwas

unbeständiges und luftiges und unter Umständen rastloses aus. Cholerisch ist schließlich, wenn eine starke Willens- und Durchsetzungskraft in Verbindung mit Mut vorliegt. Jedes dieser Temperamente kann so stark auftreten, dass eine gewisse Einseitigkeit, die bis hin zur Krankheit führen kann, möglich ist. In Bezug auf die Cholerik könnte dies der Jähzorn sein, in dem ein Mensch in der Wut die Selbstkontrolle verliert.

12 Pflegerische Gesten: Abgrenzend zu den bis hier beschriebenen Konzepten, die aus der Anthroposophie heraus entstanden und in der Pflege genutzt werden, ist das Konzept der 12 Pflegerischen Gesten eines, das im Material originär der Anthroposophischen Pflege zugeordnet wurde. Die 12 Pflegerischen Gesten werden mitunter als zentrales Element anthroposophischer Pflegepraxis beschrieben (Ammende und Tewes 2019, 613). Sie sind von Rolf Heine entwickelt und von weiteren Autor*innen ebenfalls dargestellt worden. Eine pflegerische Geste wird dabei folgendermaßen beschrieben: „Pflege umfasst wie jede menschliche Handlung einen Aspekt äußerlich erscheinender Tätigkeit, wie das Waschen oder das Mobilisieren oder ein Gespräch führen. Andererseits trägt der Pflegenden in sich Motive und Haltungen wie Achtung, Aufrichtigkeit, Geduld, Heiterkeit. Diese Haltungen prägen sich der pflegerischen Tätigkeit ein. Durch sie wird die Mobilisation behutsam oder derb, die Waschung respektvoll oder mechanisch. Handlung und Haltung, Tat und Ausdruck verschmelzen in der Geste. Jede pflegerische Tätigkeit hat ihren gestischen Ausdruck, jede innere Haltung benötigt, wenn sie sichtbar werden will, eine Tat für ihre



ABBILDUNG 4: 12 PFLEGERISCHE GESTEN NACH ROLF HEINE (RIEHM 2017, 5)

Erscheinung“ (Heine 2007, 30-31). In Abbildung 4 gibt Riehm (Riehm 2017, 5) eine Übersicht dieser 12 Gesten, die, bewusst gelebt, einen therapeutischen Aspekt erhalten. Exemplarisch soll nun die Geste ‚Hüllen‘ in knapper Form dargestellt werden: Auf das Setting Onkologie bezieht Riehm (2017, 8) die Geste Hüllen, wenn sie beschreibt, wie Patient*innen in ihrer Krankheit und durch damit verbundene Therapien einen Verlust oder eine starke Veränderung ihres persönlichen Schutzraumes erleben und ihren Zustand als hüllenlos beschreiben. Dieser ist körperlich in Form von starkem Gewichtsverlust oder auch seelisch erlebbar. Pflegende können dem mit einer Haltung, die Geborgenheit und Hülle schafft, begegnen. Riehm (2017, 8) empfiehlt bestimmte Maßnahmen wie Einreibungen mit bestimmten Substanzen, um die Geste zu unterstützen. Heine (2007, 31) beschreibt die hüllende Geste am Neugeborenen, in der hüllenden Gebärde einer Mutter, die Wärme und Vertrauen spendend erlebbar wird. Die Geste bewegt sich dabei wie alle Gesten auf einem Kontinuum, das sich in diesem Falle zwischen den Polen hüllenlos und gepanzert befindet. Sprich, bei einem zu viel an Hülle ist immer eine Gefahr des Einengens, einer zu harten Hülle, gegeben. Mit einem zu wenig an Hülle befindet sich ein Mensch dagegen in einer hüllenlosen Situation, in der Grenzen als aufgelöst erlebt werden (Riehm 2017, 8). Damit haben Pflegerische Gesten eine Bedeutung auf mehreren Ebenen: Haltungen, die in der Begleitung pflegebedürftiger Menschen von Bedeutung sind, können objektiviert bzw. diskutiert werden. Sie können beispielsweise im Zuge von Pflegeplanung oder Pflegevisiten eingesetzt werden. Darüber hinaus bieten sie eine Möglichkeit, durch ein Bewusstmachen der eigenen Haltung, diese zu reflektieren, aber auch zu üben. Letztlich kann für pflegebedürftige Menschen eine große Unterstützung geschaffen werden, wenn es gelingt, adäquate Gesten in die Begleitung oder Körperpflege zu integrieren (Heine 2007, 31-32).

Weitere Konzepte: Eine Reihe weiterer Konzepte werden in der Anthroposophischen Pflege aus der Anthroposophie heraus genutzt. Diese werden in dem untersuchten Material benannt, eine Ausführung aus dem Textmaterial ohne zusätzliche Literaturquellen ist jedoch nicht möglich, so können sie an dieser Stelle nur angedeutet werden. Dazu gehören die Konzepte der sieben Lebensprozesse oder das der 12 Sinne. Die sieben Lebensprozesse hängen mit den Prozessen des zweiten Gliedes, des Ätherleibes zusammen. Sie werden als lebensgrundlegende Bereiche verstanden und lauten im Einzelnen: Atmung, Wärmung, Ernährung, Absonderung, Erhaltung, Wachstum, Reproduktion (Ammende und Tewes 2019, 612-613). Neben den seit Aristoteles „klassischen“ Sinnen Sehen, Hören, Tasten, Schmecken und Riechen werden in der Anthroposophie insgesamt 12 Sinne beschrieben. Weitere vier davon werden inzwischen von der Physiologie beschrieben (Lage- und Bewegungssinn, Gleichgewichtssinn, Wärmesinn, Lebenssinn mit Schmerzwahrnehmung). Dazu kommen Sinne, welche die menschliche Kommunikation ermöglichen: Sprachsinn, Gedankensinn und Ich-Sinn (Sitzmann 2016, 233). Zu weiteren Konzepten gehört auch die

Einteilung in verschiedene Konstitutionstypen, die sich aufbauend auf ein vertieftes Verständnis der oben beschriebenen Viergliederung und deren Verbindung zu den vier Organen Leber, Lunge, Nieren und Herz herleiten. Diese werden in der Therapiefindung berücksichtigt (Therkleson 2003, 29, 31). Ebenfalls erwähnt wird eine besondere Form der Biographarbeit (Dach, Heine und Heiligtage 2009, 337).

2.3.4.2 *Integrative Pflegeanwendungen*

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) spricht in dieser Hinsicht von "komplementären Pflegeanwendungen", die folgendermaßen definiert werden: „Unter komplementären Pflegeanwendungen werden pflegerische Anwendungen mit Naturheilmitteln wie Heilpflanzen und Verfahren aus anderen Fachbereichen verstanden, wie z. B. Waschungen, Einreibungen, Wickel, Auflagen oder Aromapflege. Sie sollen präventiv wirken, Heilungsprozesse fördern, Beschwerden lindern und das Wohlbefinden pflegebedürftiger Menschen verbessern“ (Zentrum für Qualität in der Pflege 2018). Im vorliegenden Material werden Äußere Anwendungen in einigen Fällen auch als nichtmedikamentöse Interventionen oder non-pharmaceutical interventions (NPI) bezeichnet (Axtner et al. 2016, 3). In den meisten Arbeiten und insbesondere in den deutschsprachigen Arbeiten schien jedoch die Bezeichnung ‚Äußere Anwendungen‘ gebräuchlich. Äußere Anwendungen werden dabei, wie auch der Begriff ‚komplementäre Anwendungen‘ beim ZQP, als ein Überbegriff für Interventionsarten verwendet (Simões-Wüst et al. 2012, 300). In der Anthroposophischen Pflege werden Äußere Anwendungen integrativ eingesetzt. Sie werden in Konzepte wie Viergliederung oder 12 Pflegerische Gesten einbezogen und auf Basis dieser Konzepte angewendet (siehe obiges Beispiel zur Geste ‚Hüllen‘). Sie können daher nicht als komplementäre Anwendungen bezeichnet werden, weshalb hier von integrativen Pflegeanwendungen gesprochen wird (siehe auch Abschnitt 2.1.4). Integrative Pflegeanwendungen werden dabei sowohl symptom- oder krankheitsbezogen als therapeutisch hilfreich z. B. bei Magen-Darm-Beschwerden (Riehm 2016) aufgeführt, als auch innerhalb verschiedener Settings, wie beispielsweise auf einer Intensivstation (Lücke 2018). Für integrative Anwendungen werden die Ziele ähnlich formuliert wie vom ZQP (siehe oben). Sie werden durchgeführt, um Heilungsprozesse zu stimulieren, zu stärken oder zu regulieren (Deckers et al. 2016). Aber auch aus präventiven oder gesundheitsfördernden Gründen werden die Anwendungen durchgeführt (Schlaeppli et al. 2016), oder um Lebensqualität zu fördern (Sitzmann 2016).

Die Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka (an dieser Stelle kurz: Rhythmische Einreibungen) stellen eine Form der Berührung und pflegenden Behandlung dar, „die in ihrer gesundheitsfördernden Wirkung in erster Linie auf Wahrnehmungs- und Selbstheilungsprozesse abzielt.“ Dabei wird, anders als bei der Massage, ohne Druck gearbeitet. Die Technik beinhaltet vielmehr rhythmische Streichungen in Kreisen und Spiralen, wodurch

Öle und Salben aufgetragen werden (Ostermann 2008, 35). Die Rhythmischen Einreibungen sind aus der Rhythmische Massage, die in den 1920er Jahren in der Anthroposophischen Medizin entwickelt worden ist, entstanden (Bertram, Ostermann und Matthiessen 2005, 228). Rhythmische Einreibungen waren dabei bereits wiederholt Gegenstand pflegewissenschaftlicher Forschung. Es konnten beruhigende und schlaffördernde Auswirkungen sowie positive Wirkungen auf Schmerzen gezeigt werden (Bertram 2016, 107). Die Technik ist dabei sehr differenziert und erfordert ein hohes Maß an innerer Präsenz und Konzentration. Sie orientiert sich an anatomischen Verhältnissen, wie beispielsweise an dem *Musculus longissimus dorsi* (den langen Rückenmuskeln rechts und links der Wirbelsäule) bei Rückeneinreibungen. Sie erhält ihr rhythmisches Element nicht nur durch leichte Veränderungen der Streichungen, sondern auch durch Unterschiede in der Berührungsqualität, die zwischen Verdichtung und Lösung pendelt (Layer 2010, 42). In wenigen Arbeiten werden auch Massagen beschrieben, die von Pflegenden durchgeführt werden (Therkleson und Sherwood 2004, 2). Da die Rhythmischen Einreibungen auf die Rhythmische Massage nach Wegman/Hauschka aufbauen, wird hier davon ausgegangen, dass es sich dabei um diese Form der Massage handelt. Da es jedoch nur wenige Artikel gab, in denen dies Erwähnung fand, wird hier Rhythmische Massage nur am Rande aufgeführt.

Wickel und Auflagen: Für diese Kategorie werden unterschiedliche Begriffe verwendet. Am häufigsten scheint im vorliegenden Material die Begriffskombination Wickel und Auflagen, die auch vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) verwendet wird. Andere Begriffe sind Kompressen bzw. Compresses, in der englischsprachigen Literatur sehr verbreitet, oder selten Packungen. Laut ZQP sind Wickel und Auflagen „Anwendungen, bei denen die Körperoberfläche zu gesundheitsfördernden, präventiven oder therapeutischen Zwecken in unterschiedlichem Ausmaß mit einem Tuch umwickelt oder bedeckt wird. Verwendet werden Tücher oder Kompressen aus Leinen, Baumwolle oder Wolle. Die Tücher dienen der Applikation von Wärme oder Kälte und der Fixierung von Wirkstoffen in Körpernähe. Ihre Wirkung kann durch Zusatz von Heilpflanzenauszügen, Heilerde und Quark verstärkt und spezifiziert werden“ (Zentrum für Qualität in der Pflege 2018). Wickel und Auflagen werden bei Menschen jeden Alters sowohl präventiv und gesundheitsfördernd, um Wohlbefinden zu steigern, oder therapeutisch bei unterschiedlichsten Symptomen eingesetzt. Darüber hinaus werden sie von trocken bis feucht-nass sowie von kalt bis heiß angewandt. Aussagen über Wirkungen und Kontraindikationen würden aufgrund der Vielfältigkeit an dieser Stelle zu weit führen (Layer 2010, 20-21). Kusserow (Kusserow 2014, 138) beschreibt Wickel und Auflagen als einen wichtigen Bestandteil der Anthroposophischen Medizin. Zunächst seien Wickel und Auflagen dabei eine ärztliche Tätigkeit vor allem im klinischen Setting gewesen. Inzwischen sind sie zu einem Teil der Behandlungspflege geworden und Veröffentlichungen zu diesem Thema finden durch Pflegenden statt. Mehrere Monografien und

Sammelwerke existieren dazu aus der Anthroposophischen Pflege. Trotz des reichhaltigen Wissens ist bisher jedoch wenig dazu wissenschaftlich untersucht worden. Teilweise weisen die Studien auch methodische Schwächen auf (Bächle-Helde 2011, 601-602). Kleine Studien oder Case Studies existieren jedoch und weisen auf positive Wirkungen hin. Beispiele sind Ingweranwendungen bei Osteoarthritis (Therkleson, Tessa 2014, 232) oder Äußere Anwendungen wie Oxalis-Bauchauflage bei prolongiertem postoperativem Ileus (Deckers et al. 2016, 216).

Waschungen und Bäder: Unter diese Unterkategorie wurden sämtliche Fußbäder, Teilbäder, Waschungen und medizinische Bäder subsumiert. Fußbäder und vor allem Körperwaschungen sind keine Spezifika der Anthroposophischen Pflege an sich. Die Art und Weise, wie sie jedoch praktiziert werden, machen sie zu einem Spezifikum. Dabei werden Substanzen wie ätherische Öle vor dem Hintergrund der Konzepte in (Teil-)Bäder oder Waschungen für ein therapeutisches Angebot genutzt (Vagedes et al. 2018). Eine besondere Form dabei bildet die klingende Waschung, die in der Anthroposophischen Pflege etabliert ist. Bei der klingenden Waschung steht nicht die Reinigung im Vordergrund, sondern eher ein therapeutisches Moment. Die Wirkungen werden als entspannend, Geborgenheit spendend, gleichzeitig als erfrischend beschrieben. Auch ein Zu-Sich-Kommen oder eine Befreiung von Ängsten wird geschildert. In Planung und Evaluation der Maßnahme können dabei die 12 Pflegerischen Gesten als Assessment genutzt werden. Vereinfacht gesprochen schöpft die Pflegekraft dabei Wasser über Hände und Füße, was ein klingendes Geräusch in der Waschschißel verursacht, das zu dem Namen der Waschung geführt hat (Heine 2016). Eine weitere Form in Bezug auf Bäder in der Anthroposophischen Pflege wird mit dem Begriff Öldispersionsbad nach Werner Junge beschrieben: Das Öldispersionsbad wurde von Werner Junge nach Angaben von Rudolf Steiner entwickelt. Ursprünglich von Bademeistern durchgeführt, wird es inzwischen auch von Pflegenden mit einer speziellen Weiterbildung (Pflegefachkraft für Öldispersionsbadtherapie) angewandt. Das einfließende Wasser wird dabei durch einen birnenförmigen Glaskolben geführt und verwirbelt, wodurch Öl in feinen Mengen kontinuierlich mit dem Wasser so verbunden wird, dass eine Dispersion (eine feine Zerstäubung des Öls im Wasser ohne einen Emulgator) entsteht. Wichtig ist dabei eine Behandlung mit Bürsten nach einer speziellen Technik während des Bades, die an die Technik der Rhythmischen Massage angelehnt ist (Warning und Krüger 2014, 109-110). Der Einsatz von Öldispersionsbädern wird beispielsweise für die Altenpflege beschrieben (Bäumler 2014).

Naturheilmittel: Im Zusammenhang mit integrativen Anwendungen in der Anthroposophischen Pflege spielen Naturheilmittel eine wichtige Rolle. Einreibungen, Wickel und Auflagen werden dabei meist in Kombination mit verschiedenen pflanzlichen

Substanzzubereitungen wie Öle, Salben, Tees, Pulver und weiteren Formen der Verarbeitung genannt (u.a. Ammende und Tewes 2019, 612 und Deckers et al. 2016, 217). In einer Kasuistik über eine Patientin mit einem schweren Schub Colitis ulcerosa am Klinikum Heidenheim wurden beispielsweise folgende integrative Pflegeanwendungen durchgeführt (Diederich und Laubersheimer 2009, 171):

- „Auflage auf den Bauch mit warmem Heu / Kamillenblüten-Säckchen 2 x tgl.
- Auftragung auf den Bauch mit
 - Arnika 30%-Gelat und
 - Anthyllis vul.-Gelat 3 x tgl.
- Auftragung auf die Leber mit Millefolium-Gelat mittags
- Einreibung der Waden und Füße mit Quercus cortex-Gelat zur Nacht“

Dabei ist mit Anthyllis vul. (für vulneraris) der echte Wundklee gemeint und mit Millefolium-Gelat ein Gel aus gemeiner Schafgarbe. Quercus cortex ist die wissenschaftliche Bezeichnung für Eichenrinde.

2.3.4.3 Profession

Mit Profession soll an dieser Stelle nicht eine eigene Berufsprofession dargestellt werden. Hier wurden lediglich Themen subsumiert, die Professionsfragen der Anthroposophischen Pflege als Pflegeprofession besprechen. Dabei spielen Werte und Haltung der Pflege mit einem anthroposophischen Ansatz eine Rolle. Es steht die Frage im Raum, wie Pflege in anthroposophischen Versorgungszusammenhängen als eigene Berufsgruppe oder eher als etwas untergeordnetes angesehen wird. Begonnen wird dabei mit der Subkategorie Zusatzausbildung, in der gezeigt wird, dass Anthroposophische Pflege nicht als Alternative, sondern als eine Erweiterung konventioneller Pflege gesehen wird.

Zusatzausbildung: Die Komplexität der Konzepte und der integrativen Anwendungen sprechen bereits für sich, wenn es um die Sinnhaftigkeit einer Zusatzausbildung in Anthroposophischer Pflege geht. Diese wird vielfach angesprochen (Deckers et al. 2016). Eine Zusatzausbildung scheint auch aus dem Grund wichtig, dass Methoden wie die Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka vielfältig wirken, sich nicht auf einzelne Symptome reduzieren lassen und eine ganze Reihe von Reaktionen auslösen können (Bertram 2005, 8). Auch vor dem Hintergrund, dass Pflegenden in Bezug auf integrative Anwendungen pflegebedürftige Menschen beraten und schulen (Schoen-Angerer et al. 2018), ist ein umfangreiches Wissen zu den Elementen der Anthroposophischen Pflege von Bedeutung. Der Begriff Zusatzausbildung meint dabei, dass Pflegefachkräfte in der Anthroposophischen Pflege immer über eine staatlich anerkannte Ausbildung verfügen und anthroposophische Inhalte das allgemeine Wissen nicht ausschließen, sondern integrieren (Baars et al. 2018). Erst dadurch kann Anthroposophische Pflege eine integrative Pflege genannt werden

(siehe Abschnitt 2.1.4). Dabei ist auffallend, dass einige Artikel Anthroposophische Pflege als eine integrative und als eine eigenständige Berufsgruppe betrachten, etliche Artikel dagegen Anthroposophische Pflege als Teil Anthroposophischer Medizin beschreiben (siehe auch Abschnitt 2.3.4 (Profession) und Scopingtabelle in Anhang 2).

Forschung und Expertenstatus: Es ist deutlich geworden, dass Anthroposophische Pflege auf einem spirituellen Menschen- und Weltbild aufbaut. Dennoch müssen pflegerische Techniken und Anwendungen, die auf Grundlage dieses Menschen- und Weltbildes entwickelt wurden, wissenschaftlichen Evaluationen standhalten können. Es müssen Wirkungen nachgewiesen werden können. Dies scheint im Kontext anthroposophischer Versorgung und damit Pflege ein Anliegen, das durch die internationalen Studienaktivitäten gezeigt werden konnte. Darüber hinaus wird eine Haltung, in der immer wieder bestehende Gewohnheiten/Paradigmen in Frage gestellt werden, beschrieben. Zwei Beispiele: Antiseptische Waschungen bei mit MRSA infizierten Patient*innen wurden anstatt mit Clorhexidin, wie in Deutschland üblich, mit Thymiantee durchgeführt. Dies wird mit aktuellen wissenschaftlichen Daten und Erfahrung begründet. Milieugestaltung und Förderung der Lebensqualität wurden eingeführt, um auf endogen bedingte, nosokomiale Infektionsfaktoren einzuwirken (Sitzmann 2016). Auch wenn, wie generell in der integrativen Pflege, so auch in der anthroposophischen, noch wenig Forschung existiert, hat Anthroposophische Pflege dennoch in manchen Bereichen einen gewissen Expertenstatus inne. Dieser wird einmal im Hinblick auf palliative Pflege bzw. Pflege in der End-of-Life-Versorgung beschrieben (Steen, Jenny T. van der et al. 2009) und ist zum anderen im Bereich der Äußeren Anwendungen deutlich. Teilweise wird Anthroposophische Pflege in Artikeln nicht direkt thematisiert, taucht aber im Zuge von Hintergrundinformationen und innerhalb der verwendeten Literatur gerade in Bezug auf Äußere Anwendungen immer wieder auf (Buess-Willi 2011). Dieser Umstand wurde hier als ein Anzeichen dafür gesehen, dass in bestimmten Bereichen Anthroposophischer Pflege und den darin entwickelten Methoden eine gewisse Expertise zugesprochen wird.

Werte und Haltung: Andermo et al. beschreiben eine Fürsorgekultur als zentrales Element Anthroposophischer Pflege und der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Eine von Fürsorge geprägte Begegnung sei auch das, was Patient*innen am anthroposophischen Versorgungsansatz schätzen (Andermo et al. 2016, 2414, 2416). In den Artikeln aus Entstehungssituation 2 (nichtwissenschaftliche Zeitschriftenartikel) wurde dabei immer wieder die Begegnung und die Beziehung zu pflegebedürftigen Menschen thematisiert. Beziehung und deren Gestaltung hat mitunter einen so hohen Stellenwert, dass Goldberg und Hirning-Goldberg von Pflege als „Beziehungsdienstleistung“ sprechen (Goldberg und Hirning-Goldberg 2015). Laut Andermo et al. strebt Anthroposophische Pflege eine personenzentrierte, ganzheitliche Pflege und die Stärkung der inneren Fähigkeiten eines Menschen an. Dabei

wird keine paternalistische bzw. maternalistische Haltung eingenommen, sondern die Selbstständigkeit der Patient*innen und pflegebedürftigen Menschen, in Verbindung mit Empowerment und Shared Decision-Making, steht dabei im Vordergrund (Andermo et al. 2016, 2414). Dabei scheinen Freiheit und Entwicklungsgedanke wichtig für das Verständnis des Menschenbildes in der Anthroposophie,. Der Mensch wird als ein freies Wesen in lebenslanger Entwicklung gesehen (Adolphi et al. 2011). So werden beispielsweise pflegebedürftigen Menschen darin geschult, integrative Pflegeanwendungen selbst durchzuführen und so selbstständig und aktiv an ihrem Genesungsprozess beteiligt zu sein (Ammende und Tewes 2019, 613). In Bezug auf die Pflegenden selbst wird auch eine innere Entwicklung durch Meditation und meditatives Üben beschrieben (Ammende und Tewes 2019, 612). Arman et al. stellen fest, dass ein „anthroposophic therapy treatment approach is always individually“. Damit gilt grundsätzlich eine individuelle Maßnahmenplanung im Sinne der oben beschriebenen Konzepte (Arman, Hammarqvist und Kullberg 2010, 171). Anthroposophische Pflege weist einen großen Bezug zur Spiritualität auf (Büssing, Arndt et al. 2015), was unter Umständen generell auf Pflegende zutrifft: In einer Befragung schwedischer Pflegefachkräfte wünschten diese, mehr auf spirituelle Bedürfnisse der Patient*innen eingehen zu können, doch es fehlen Zeit und Räumlichkeiten (Carlsson et al. 2005).

Rolle und Zusammenarbeit: In Einrichtungen, in denen Anthroposophische Pflege praktiziert wird, werden die einzelnen Berufsgruppen in Bezug auf ihre Selbstständigkeit der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit unterschiedlich beschrieben: In einem Teil der Arbeiten werden die Berufsgruppen als selbstorganisiert beschrieben, die sich Verantwortung für Entscheidungen teilen. Ein System, das sich durch Flexibilität auszeichne und in welchem Zusammenarbeit gefördert werde (Ammende und Tewes 2019, 614). Diese flachen Hierarchien kommen auch in dem Terminus ‚therapeutisches Team‘ zum Ausdruck. Wo der Begriff Team vielleicht als Gemeinschaft verstanden werden kann, deren Mitglieder auf Augenhöhe kommunizieren, und wie beschrieben sich Entscheidungskompetenzen teilen, scheint in anderen Arbeiten die Betonung besonders wichtig, dass dieses therapeutische Team unter ärztlicher Führung stehe. Das therapeutische Team wird von Ponstein et al. beispielsweise mit einem ärztlichen Mittelpunkt gesehen: “Anthroposophic GPs act as principal general practitioners as they work together (like a spider in a web) with several disciplines within anthroposophic healthcare centers” (Ponstein et al. 2017, 941). Anthroposophische Versorgung wird also als ein Netzwerk gesehen, in dem ärztliche Mitglieder die Fäden zusammenführen. Pflege nimmt dabei mitunter eine untergeordnete Rolle ein und wird nicht als eigenständige Disziplin, auch im Sinne einer Forschungsdisziplin, gesehen. Ein dritter Teil der Arbeiten beschreiben dagegen ein anderes Bild. Hier bildet Anthroposophische Pflege neben Medizin und Therapie eine von drei Säulen innerhalb der anthroposophischen Versorgung oder Heilkunst (Arman et al. 2008, 358). Die Rolle der

Pflegenden ist also sehr unterschiedlich in dem Material beschrieben. Die Zusammenarbeit scheint dabei wichtig zu sein und das therapeutische Team nimmt mitunter pflegerische Haltungen (Fürsorge) an, wenn beschrieben wird, dass sich das Team durch eine Fürsorgekultur (caring culture) auszeichnet (u.a. Armans 2010).

2.3.4.4 Image

Unter Image sollen hier sowohl positive als auch kritische bis negative Einstellungen in Bezug auf Anthroposophische Pflege beschrieben werden und gezeigt werden, wie diese wahrgenommen wird. Darüber hinaus können Angaben zum Bekanntheitsgrad gemacht werden. Im untersuchten Datenmaterial wird dabei meist nicht das Image oder die Einstellungen in Bezug auf Anthroposophische Pflege allein beschrieben, sondern im Zusammenhang mit der Anthroposophischen Medizin als System, Ansatz, Methode oder das Image für integrative Ansätze im Allgemeinen.

Nutzer*innen: Menschen, die komplementäre und integrative Methoden bevorzugt nutzen, sind weiblich, höher gebildet und leiden an einer chronischen Erkrankung. Die größte Gruppe bilden dabei Menschen mit onkologischen Erkrankungen (Klafke und Joos 2017, 395). Von Patient*innen und pflegebedürftigen Menschen wird das Setting, in dem Anthroposophische Pflege (und Medizin) stattfindet, als ruhig und friedlich beschrieben, in dem Medien wie Fernsehen und Radio möglichst wenig eingesetzt werden. Diese Ruhe wird meist als positiv, mitunter jedoch auch als unangenehm oder zu ruhig empfunden (Carlsson et al. 2006). In einer schwedischen Umfrage wurden integrative Maßnahmen der Anthroposophischen Pflege und Medizin (hier nur als Anthroposophie bezeichnet) von 6,3% (21 von 278) der befragten Pflegefachkräfte in der Selbstanwendung und von 2,7% (1 von 37) in der beruflichen Praxis genutzt. 9,2% (13 von 141) wünschten sich, die Methoden der Anthroposophie in Zukunft zu nutzen. Zur Frage, ob sich Pflegefachkräfte (n=321) eine Ergänzung der konventionellen Pflege durch integrative Methoden vorstellen könnten, antworteten bezüglich anthroposophischer Methoden 32,2% mit ja oder vielleicht, 23% sprachen sich dagegen aus und 40,6% war die Methode nicht bekannt. Von 319 Befragten gaben 37% an, mehr über anthroposophische Methoden erfahren zu wollen, 63% sahen diesen Bedarf nicht (die Ergebnisse stammen aus unterschiedlichen Subgruppenberechnungen) (Jong, Lundqvist und Jong, 2015). Damit kann für Schweden gesagt werden, dass Anthroposophische Pflege einen geringen Bekanntheitsgrad hat und eine Offenheit besteht und für viele unbekannt ist. In einer Befragung in Israel waren es 34% (190 von 558) der Pflegefachkräfte, die interessiert an einer Weiterbildung in Anthroposophischer Medizin waren (Anthroposophische Medizin wird hier als Methode, die nicht an eine Berufsgruppe gebunden ist, beschrieben). 17% (61 von 360) gaben an, weniger an einer solchen Fortbildung interessiert zu sein (Ben-Arye et al. 2017, 431). Hier schien die Offenheit bezüglich

anthroposophischer Methoden noch größer, wobei erwähnt werden muss, dass in dieser Untersuchung das Wissen zu integrativen Methoden als nicht ausreichend beschrieben wurde. Inwieweit Interesse an Anthroposophischer Pflege unter den Pflegefachkräften in Deutschland besteht, kann aus dem Datenmaterial nicht beschrieben werden. Jedoch werden pflegerische Therapieformen der Anthroposophischen Medizin in Deutschland als sehr etabliert beschrieben (Klafke und Joos, Stefanie 2017) und anthroposophische Pflege spiele in Deutschland eine bedeutende Rolle (Bertram und Kolbe 2016, 6). Hinzu kommen Berichte aus nichtwissenschaftlichen Pflegefachzeitschriften zur Anthroposophischen Pflege mit Titeln wie beispielsweise: „Von Begeisterung und Zweifel“ (Lucassen 2017), in dem sowohl eine Skepsis bezüglich Anthroposophischer Pflege zum Ausdruck gebracht wird als auch Wertschätzung und Anerkennung. Anthroposophische Versorgungsformen werden dagegen in einer Untersuchung in den Niederlanden und Indonesien deutlich stärker abgelehnt als angenommen: 3% (von 115 Befragten) in den Niederlanden und 11% (von 215) in Indonesien empfahlen die Anthroposophische Medizin. 10% (von 113, Niederlande), sowie 53% (von 209, Indonesien) lehnten die Anthroposophische Medizin ab (Gunanawan et al. 2016). Dies weist auf eine kritische Sicht in Bezug auf Anthroposophische Medizin und damit unter Umständen auch auf Anthroposophische Pflege hin. Eine kritische Stimme wird in dem Material bezüglich der Anthroposophischen Medizin geäußert: Dabei geht es darum, dass Anthroposophische Medizin von sich behauptet, wissenschaftlich zu arbeiten, was bei einem spirituellen Weltbild nicht möglich sei. Darüber hinaus wird der Anthroposophischen Medizin Intransparenz vorgeworfen, da sie beispielsweise die Gründe für eine dreitägige Aufbahrung nach dem Tod nicht ausreichend für Patient*innen erläutert, die in einer Weltanschauung liegen, die Inkarnation mit einbezieht. Diese Intransparenz könne gefährlich sein, wobei dafür keine konkreten Angaben gemacht werden. Anthroposophische Medizin werde der Forderung, dass ein Arzt oder eine Ärztin ohne Weltanschauung handeln solle, nicht gerecht. Dabei wird die moderne Medizin als eine Wissenschaft, die ohne jegliche Weltanschauung existiert, und als rein objektiv angesehen werden kann, beschrieben (Rüegg 2012). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass anders als anfangs erwartet, Skepsis und ein negatives Image wenig in dem untersuchten Datenmaterial vorhanden sind. Die Schilderungen über die Anthroposophische Pflege und Medizin zeichnen darin meist ein neutrales bis positives Bild.

Diese Kategorie nimmt nicht das gleiche Abstraktionsniveau ein, wie das vorige der Profession. Eigentlich steht es bezüglich der Abstraktionsebene auf der gleichen Höhe wie beispielsweise ‚Werte und Haltung‘ und könnte ebenfalls der Hauptkategorie Profession gewissermaßen untergeordnet werden. Die in der Einleitung beschriebene Skepsis gegenüber Anthroposophischer Pflege und Medizin als integrativen Ansätzen wurde zu Beginn der Arbeit deutlich größer eingeschätzt als sie schlussendlich waren. Dennoch ist zu

vermuten, dass Lesende mitunter sehr skeptisch diesen Ansätzen gegenüberstehen. Aus diesen Gründen wurde diesem Bereich gewissermaßen ein Extraplatz eingeräumt. Darüber hinaus ist die Hauptkategorie ‚Profession‘ geprägt durch eine Art Innensicht, in der die Ansichten der Anthroposophischen Pflege und weiterer Berufe anthroposophischer Versorgung zum Ausdruck kommen. Die Kategorie Image nimmt dagegen mehr eine Außenperspektive ein und ist damit inhaltlich von der Kategorie Profession zu trennen.

2.3.5 Trend integrative Pflegeanwendungen

Bei der Kategorienüberprüfung und -ergänzung mit dem Datenmaterial aus Entstehungssituation 2 (Siehe Abschnitt 2.2) wurde ein quantitatives Element integriert: Es wurde gezählt, wie oft die Hauptkategorien insgesamt thematisiert wurden. Hier gibt es Überschneidungen, da teilweise in einem Artikel mehrere Hauptkategorien behandelt wurden. Die Abbildung 5 zeigt die Häufigkeiten für jede Hauptkategorie. Dabei kann jede Hauptkategorie immer nur einmal pro Artikel gezählt werden. Das bedeutet, dass in dem untersuchten Datenmaterial 80 von 113 Artikeln aus Entstehungssituation 2 integrative Anwendungen thematisierten. Image, vor allem negatives Image, ist für diesen Teil des Datenmaterials ein verschwindend geringes Thema (1 Artikel). Deutlich häufiger als erwartet wurden Unterkategorien der Hauptkategorie Profession behandelt. Damit zeigt sich ein Trend in Richtung integrativer Anwendungen zusammen mit den Themen der Kategorie ‚Profession‘.

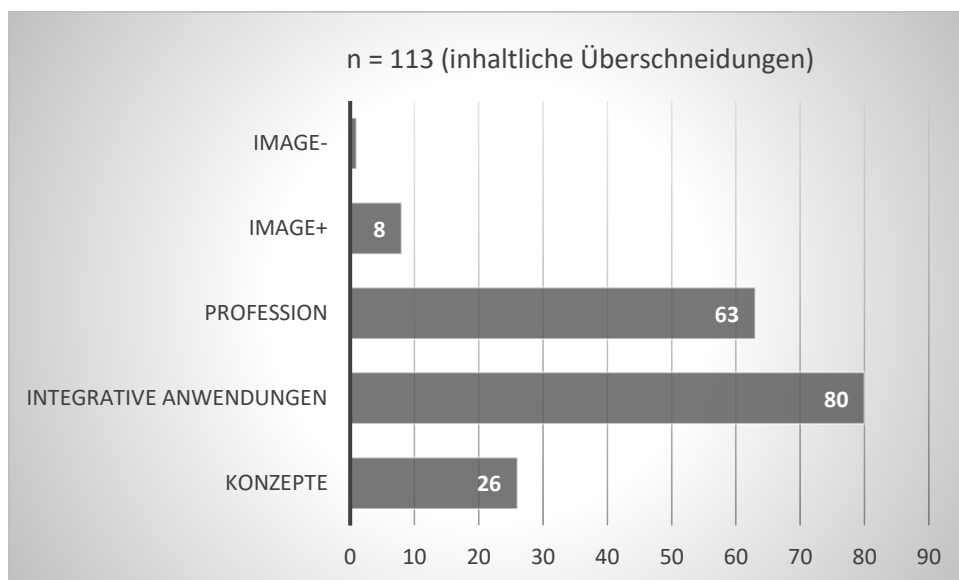


ABBILDUNG 5: TREND HAUPTKATEGORIEN

2.3.6 Das Ökologische Modell

Um aufzeigen zu können, wie Anthroposophische Pflege in der Fachwelt dargestellt wird, kann die Arbeit von Bertram und Kolbe (2016) als besonders bedeutend angesehen werden. Sie liefert ein theoretisches Konstrukt, das verschiedene Dimensionen, inklusive einer ökologischen, in einem Modell begründet. Dabei werden die Dimensionen, wie sie etwa in

der Viergliederung (siehe Konzepte) geschildert werden, berücksichtigt. Dass Anthroposophische Versorgung und Pflege mit seinen unterschiedlichen Dimensionen auch die Umweltperspektive miteinbeziehen sollte, wird mehrfach betont. Dabei wird anthroposophische Versorgung als ein ökologischer Ansatz beschrieben, in welchem der Mensch als integriert in ein lebendiges Netzwerk mit anderen Menschen und der Natur angesehen wird (Dahlberg, Ranheim und Dahlberg 2016, 33344 und Andermo et al. 2016, 2414). Das Modell von Bertram und Kolbe (2016) soll daher an dieser Stelle in knapper Form vorgestellt werden, um im nächsten Abschnitt die Ergebnisse inklusive dieses Modells in eine zusammenfassende Beschreibung darüber, wie Anthroposophische Pflege in der Fachwelt dargestellt wird, münden zu lassen.

Der eingangs bereits angedeuteten Fokussierung auf randomisiert kontrollierte Studien, in denen Arzneimittel eindimensional auf die isolierte Wirkung einer Substanz hin untersucht werden (Bertram und Kolbe 2016, 3), begegnet diese Arbeit mit der Forderung, therapeutische Wirkungen mehrdimensional zu erfassen und zu erforschen. Dabei geht es auch um die Frage, weshalb manche Menschen trotz dem, dass sie einem Krankheitsrisiko ausgesetzt sind, nicht erkranken. Es muss geklärt werden, welche Verhaltensweisen oder Umweltfaktoren dabei dienlich sein können, wenn es darum geht, Beschwerden zu bewältigen oder zu lindern (Bertram und Kolbe 2016, 7). Dabei sollte das Verständnis von Therapie nicht darauf beschränkt sein, einen zuvor dagewesenen Zustand im Sinne einer Reparatur wiederherzustellen. Therapie soll vielmehr im Sinne des Wortes (griechisch: dienen) der „individuellen Bewältigung des subjektiven Krankseins resp. der Unterstützung erforderlicher psychischer, somatischer und sozialer Adaptationsprozesse dienen“ (Bertram und Kolbe 2016, 7). Mit Hinblick auf die Placeboforschung weisen Bertram und Kolbe auf die Erwartungen von Patient*innen und die Wechselwirkung mit ihrer Umgebung hin: „Menschen reagieren nicht nur, vielleicht nicht einmal primär, auf ein isoliertes Therapieangebot, sondern vielmehr auf das ganze therapeutische Setting und die Bedeutung, die sie ihm beimessen“ (Bertram und Kolbe 2016, 4). Nicht zuletzt aus diesem Grund ist zur Beurteilung der Wirksamkeit einer Maßnahme immer auch dem subjektiven Erleben Gehör zu schenken und damit ein umfassenderes, mehrdimensionaleres Verständnis der Situation zu erreichen. Insbesondere für ein Verstehen und Erforschen integrativer Verfahren kann eine eindimensionale Perspektive nicht zielführend sein. Denn Gesundheitsförderung, Prävention, sowie eine Unterstützung im Kranksein in Form einer Bewältigung und Linderung von Beschwerden², spielen sich immer auf mehreren Ebenen ab: Hermeneutisch, im Hinblick auf Sinn und Bedeutung einer Krankheit, beispielsweise für Betroffene; soziologisch, in einer

² Bertram und Kolbe sprechen an dieser Stelle von Heilungsprozessen und Therapie. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Thematik jegliche Public Health Bereiche betrifft. Daher wird hier auch von Gesundheitsförderung und Prävention gesprochen.

Beziehungsebene, beispielsweise zwischen Pflegefachkraft und pflegebedürftigem Menschen; psychologisch, in Form eines individuellen Befindens, das sich in Empfindungen äußert und schließlich naturwissenschaftlich, wo es um biologische Prozesse und messbare Parameter geht (Bertram und Kolbe 2016, 5). Damit rücken pflegebedürftige Menschen oder Patient*innen mehr in das Zentrum von Untersuchungen und das Verständnis von Heilungsprozessen. Die folgenden Dimensionen werden nun in Form von vier Perspektiven vorgestellt und im Anschluss daran mithilfe einer graphischen Darstellung zusammengefasst:

Mind-Body-Perspektive: Mit etlichen Beispielen verdeutlichen Bertram und Kolbe die Beziehung zwischen ‚mind‘ und ‚body‘, der Einflussnahme von Gedanken und Einstellungen (mind) auf körperliches Befinden (body) und umgekehrt, sowie zwischen Nervensystem und Körper. So kann beispielsweise das Fehlen taktiler Reize (Berührungen) bei Kleinkindern zu erhöhtem Cortisolspiegel, sprich zu erhöhtem Stresserleben führen. Ein weiteres Beispiel ist die Beeinflussung von körperlichen Schmerzen durch Suggestion und Imagination. Körperlich gesprochen geht es um den „Zusammenhang von Nerven- und Hormonsystem mit Gehirn und Bewusstsein. Jede Vorstellung, jeder Gedanke, jedes Gefühl korreliert mit strukturellen und biochemischen Veränderungen“ (Bertram und Kolbe 2016, 8-9).

Body-Mind-Perspektive und Embodiment: Auch wenn sich die beiden Perspektiven teilweise vermutlich überschneiden, geht es hier mehr um den Grundgedanken, dass Gefühle, Gedanken oder Wahrnehmungen nicht ohne eine analoge körperliche Aktivität existieren und umgekehrt. „Durch stetige Wiederholung habitualisieren sich auf diese Art kultur- und milieuabhängig relativ stabile somatopsychische bzw. psychosomatische Muster.“ Auch hier verdeutlichen Bertram und Kolbe das Gesagte anhand zahlreicher Beispiele. So führt etwa eine gebeugte Körperhaltung zu einer deprimierten und mutlosen Stimmung. Umgedreht kann eine aufrechte Körperhaltung Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen erhöhen (Bertram und Kolbe 2016, 10).

Leibphänomenologische Perspektive: In dieser Perspektive werden zunächst Leib und Körper voneinander unterschieden. Sie bilden eine Einheit, sind aber im Erleben ungleich. So ist mit Leib das subjektive Empfinden, das subjektiv leibliche Spüren des situiertheits in der Welt und im eigenen Körper ausgedrückt. Der Körper (Soma) kann dagegen objektiv betrachtet und bemessen werden. Als dritte Ebene wird mit Rückgriff auf Waldenfels (Waldenfels 2000) eine Zwischenleiblichkeit angesprochen, in der ein empathisches Mitempfinden leiblicher Prozesse (im obigen Sinne) anderer möglich werden kann (Bertram und Kolbe 2016, 12-14).

Ein wesentlicher Ansatz innerhalb des Modells ist das Konzept der Autopoiesis, die als Selbstregulationsfähigkeit verstanden werden kann. Demnach können Systeme offen oder geschlossen mit ihrer Umwelt im Hinblick auf Stoffe oder Informationen in Austausch kommen. Dabei ist das Sein und das Tun einer autopoietischen Einheit untrennbar. Das bedeutet, dass Reize von außen eine Reaktion bedingen, sie jedoch nicht verursachen. Damit ist es autopoietischen Organismen möglich, sowohl Identität als auch anpassungsfähig zu sein (Bertram und Kolbe 2016, 15). Sowohl Krankheitserreger als auch therapeutische Maßnahmen sind demnach als Anlässe mit individuellen Reaktionen zu verstehen. Diese sind bei komplex strukturierten Organismen mitunter in der Tendenz schwer vorhersagbar. Den Organismen sind Selbstregulationsfähigkeiten, oder Selbstheilungskräfte immanent. Mit dem Begriff der Autopoiesis hängt der Bereich des ‚Selbst/Ich‘ bzw. ‚Selbstbewusstsein und -wirksamkeit‘ zusammen (siehe Abbildung 6): „Dieses Selbst oder Ich ist eine Steuerinstanz, die entweder ganz gezielt angesprochen und in ihrer Selbstwirksamkeit unterstützt

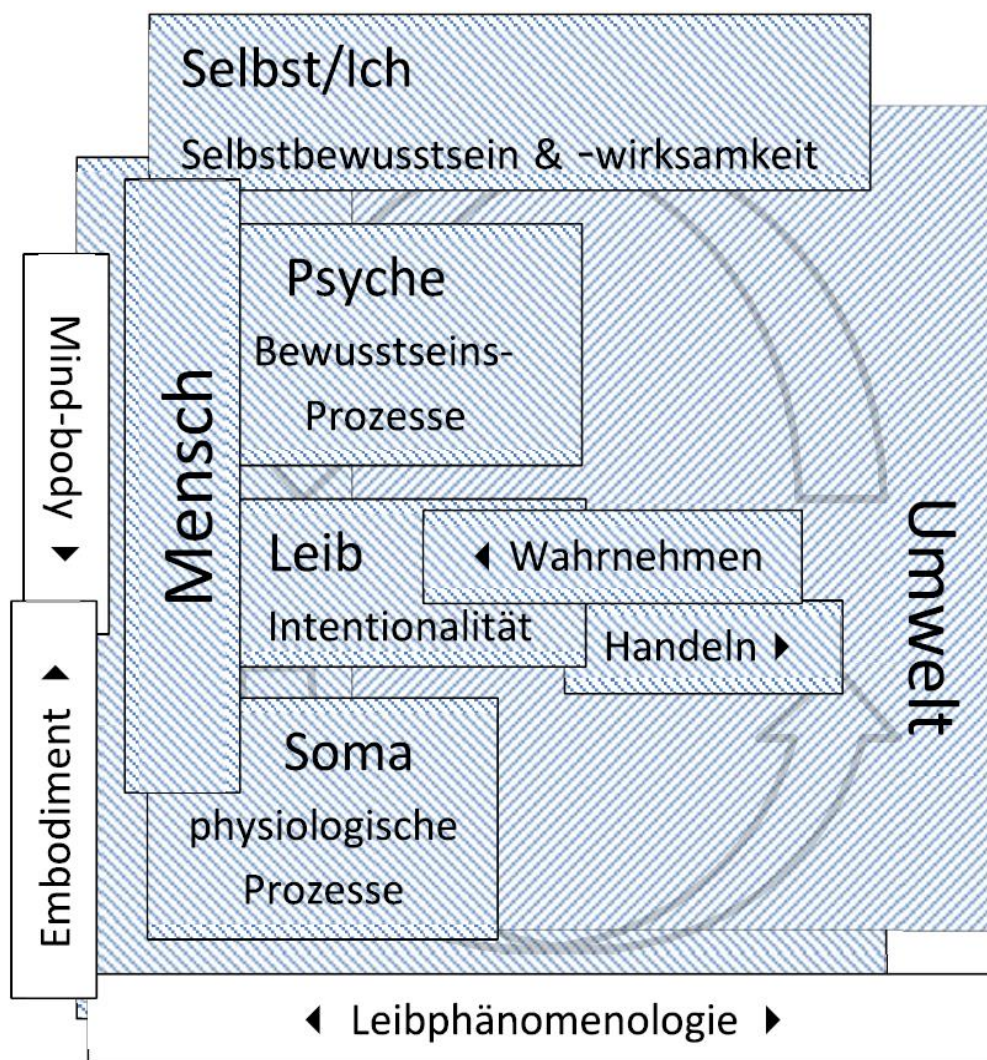


ABBILDUNG 6: DAS ÖKOLOGISCHE MODELL (BERTRAM UND KOLBE 2016, 265)

wird (Psychotrauma- und Soziomilieuthérapie, Schulpädagogik), oder die durch komplementäre Verfahren Offerten bekommt (Neuvermögen im Zusammenhang mit RhE und klingender Waschung, Musiktherapie, Eurythmietherapie), die dann aktiv aufgegriffen werden können“ (Bertram und Kolbe 2016, 265-266). Diese Ebene wird von den Autoren erst nach einer Analyse, in der das Modell an der Praxis überprüft wird, eingefügt (siehe Beispiel unten).

Die Wechselwirkung, die aufgrund von Anpassung und Selbstbehauptung entsteht, nennen Bertram und Kolbe mit Rückgriff auf Fuchs (Fuchs 2010) Zirkularität. Die Zirkularität innerhalb verschiedener Systeme innerhalb des Gesamtorganismus Mensch ist eine vertikale (Beispielsweise zwischen Nervensystem und Muskel bzw. umgedreht), die mit der Umwelt eine horizontale. Die Zirkularität reicht dabei von einer biologischen Ebene bis in Gefüge soziologischer Strukturen. Das ineinanderwirken der verschiedenen Ebenen unter Berücksichtigung der Zirkularität wird ebenfalls mit Rückgriff auf Fuchs (2010) mit Integrale Kausalität und damit als ein Gegenstück eines linearen Verständnisses von Ursache und Wirkung bezeichnet (Bertram und Kolbe 2016, 16-17). In Abbildung 6 werden Ebenen und Integrale Kausalität grafisch zusammengefasst.

An dem Schaubild wird die Einheit, die im Sinne von Weizsäckers Gestaltkreis (Weizsäcker 1973) durch die Verbindung aus Wahrnehmen und Handeln besteht, sichtbar. Das Ganze muss aber darüber hinaus auch noch prozesshaft verstanden werden, indem die Betrachtung eines Menschen immer eine Momentaufnahme darstellt, die in Kontext von Vergangenheit und Zukunft gesehen werden kann (Bertram und Kolbe 2016, 17). Therapie und Pflege kann in Praxis und Forschung auf Basis dieses Modells einzelne Bereiche bzw. Schnittstellen wahrnehmen und deren Veränderungen beschreiben. Der Fokus ist dabei je nach Art der Intervention unterschiedlich. Die Verabreichung eines Schmerzmittels wird dabei mehr den Fokus auf den Bereich Soma legen, während eine Rhythmische Einreibung nach Wegman/Hauschka (siehe Abschnitt 2.3.3) eher auf die Schnittstellen Psyche, Leib, Mensch und Umwelt abzielt (Bertram und Kolbe 2016, 20-23).

Mit diesem Konzept bringen Bertram und Kolbe die Ansätze der Viergliederung in einer modernen wissenschaftlichen Sprache zum Ausdruck. Die Bezüge zur Viergliederung sind dabei in den einzelnen drei Perspektiven sowie der Ebene des ‚Selbst/Ich‘ und der Autopoiesis erkennbar. Die beiden ersten Perspektiven (body-mind und mind-body) können in Zusammenhang gebracht werden mit seelischen Dimensionen. In der Terminologie der Anthroposophie würde von Astralleib gesprochen werden, wie er sich beispielsweise körperlich auswirken kann. Wie seelische und körperliche Aspekte miteinander zusammenhängen können. Mit der Perspektive der Leibphänomenologie kann ebenfalls ein Bezug zur Viergliederung hergestellt werden, wo das leibliche Empfinden und sich in der Welt spüren

und damit ein Spüren in Bezug auf das eigene Wohlbefinden, den persönlichen Allgemeinzustand, vielleicht das Fehlen oder Vorhandensein der eigenen Lebenskräfte, stattfindet. Ein Empfinden, das meist unbewusst abläuft und in der Viergliederung eher mit dem Ätherleib in Zusammenhang gebracht werden kann. Auch die im Zuge der Autopoiesis geschilderten Selbstheilungskräfte weisen eine inhaltliche Parallelität zum Ätherleib auf. Mit Autopoiesis ist ein Bezug zur Ich-Ebene in der Viergliederung der Anthroposophischen Pflege erkennbar, die als individueller Wesenskern beschrieben ist. In Verbindung mit dem Bewusstsein wird dort die Identität zu einem Ichbewusstsein.

Ein Beispiel (Bertram 2016, 116) soll verdeutlichen, wie mit Hilfe des Modells nun unterschiedliche Schnittstellen in Bezug auf pflegerische Maßnahmen betrachtet werden können. Das Beispiel bezieht sich auf die Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka (siehe Hauptkategorie integrative Pflegeanwendungen). Hierbei kann das Ökologische Modell eine Struktur bieten, unterschiedliche Ebenen zu betrachten. So wird beispielsweise die Umwelt in Setting bis hin zur Atmosphäre im Zimmer während der Behandlung mitberücksichtigt und auch die Berührung in der Rhythmischen Einreibung als Berührung mit der wahrgenommenen Umwelt beschrieben. Umwelt wird dabei möglichst bewusst gegriffen und zeigt sich in einer bewusst gestalteten Umgebung und einem strukturierten Ablauf. Beispielsweise werden die Zimmer dabei leicht abgedunkelt, es findet eine Nachruhe statt, bei der die Behandelten nicht gestört werden dürfen. Diese Umweltgestaltung inklusive der Rhythmischen Einreibung führt zu Empfindungen, die beschrieben werden als: Entspannung, Lösen, Wiedereinssein und/oder Neuvermögen (Bertram 2016, 118). Diese äußern sich auf körperlicher, leiblicher und Bewusstseinssebene.

Auf körperlicher Ebene (Soma) treten Reaktionen auf wie Entspannung, Puls- und Blutdruckabfall oder eine erlebte Schmerzlinderung (Bertram 2016, 118). Letztere geht als subjektive Empfindung bereits in die Ebene der Leiblichkeit über. Hier wird das Lösen von gewohnten körperlich oder seelischen Mustern, wie etwa zwanghafte Gedankenkreise, oder durch Fehlhaltung angewöhnte Verspannungen, beschrieben. Dieses Lösen wird begleitet von einem Gefühl der Erleichterung (Bertram 2016, 118). Auf einer seelischen und bewussten Ebene wird ein Gefühl von „Wiedereinssein“ oder „Wiederdaheimfühlen“ im eigenen Körper geschildert, das einem zuvor erlebten Distanz- oder Entfremdungsgefühl folgt (Bertram 2016, 119). In Bezug auf die Selbst-/Ich-Ebene kann das Gefühl von Neuvermögen gesehen werden, dass sich etwa in dem Vermögen zeigt, neue Entscheidungen treffen zu können, neue Wege einzuschlagen. Damit sind Wirkungen von Rhythmischen Einreibungen auf körperlicher, leiblicher, seelischer und Selbst-/Ich-Ebene beschrieben und eine Umlichtperspektive mit einbezogen.

Damit sind die Ergebnisse umfänglich dargestellt worden. Im nächsten Abschnitt sollen diese daher noch einmal zusammengefasst und dann diskutiert werden.

3 Diskussion und Ausblick

Der dritte und letzte Teil der Arbeit ist in drei Abschnitte gegliedert. Zunächst sollen die Ergebnisse zusammengefasst und in einer Diskussion bewertet und eingeordnet werden. Dabei gilt es, Bezug zu nehmen sowohl zu den zentralen Fragestellungen als auch zum Titel dieser Arbeit ‚Besonderheiten der Anthroposophischen Pflege – Eine Annäherung‘. Dazu werden die Ergebnisse in Beziehung gebracht mit pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten, die nicht im Kontext der Anthroposophischen Pflege entstanden sind, um aufzeigen zu können, inwieweit es sich tatsächlich um Besonderheiten handelt. Damit soll eine Annäherung an den Begriff Anthroposophische Pflege vorgenommen werden. Die Kritik und die Grenzen der Aussagefähigkeit im Hinblick auf das methodische Vorgehen wird sich an diese Annäherung anschließen. Im dritten und letzten Abschnitt sollen darauf aufbauend Implikationen für die Zukunft formuliert werden.

3.1 Interpretation und Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Material, das für die Analyse verwendet wurde, war mit insgesamt 179 Arbeiten (davon 66 aus Entstehungssituation 1 und 113 aus Entstehungssituation 2³) deutlich höher, als ursprünglich erwartet. Dies zeigt, dass Anthroposophische Pflege einen Stellenwert hat. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich bei den wissenschaftlichen Arbeiten aus Entstehungssituation 1 zu einem großen Teil nicht primär um pflegewissenschaftliche Arbeiten handelt. Teilweise wurden in den Arbeiten pflegerische Aspekte nur berührt. Häufig hatten sie ihren Schwerpunkt in medizinischen Fragestellungen. Die Anzahl der Arbeiten, die tatsächlich einen anthroposophischen und pflegerischen Schwerpunkt aufweisen, würde deutlich kleiner ausfallen. Für die Arbeiten aus Entstehungssituation 2 (tendenziell praxisnähere Artikel in deutschen Zeitschriften) trifft dies nicht zu. Hier war in dem Großteil der Artikel ein pflegerischer Schwerpunkt erkennbar. Es ist also davon auszugehen, dass in der Praxis das Thema Anthroposophische Pflege eine größere Rolle spielt als in der Wissenschaft, zumindest für Deutschland gesprochen. Die Arbeiten aus Entstehungssituation 1 weisen auf eine Zunahme der Arbeiten hin, was mit der in der Literatur beschriebenen allgemeinen Zunahme an integrativen oder komplementären Methoden übereinstimmt (Admi, Eilon-Moshe und Ben-Arye 2017). In Bezug auf Regionen kann ein Schwerpunkt für Deutschland gegeben werden, was damit zusammenhängen dürfte, dass dort die meisten Einrichtungen, in denen Anthroposophische Pflege bzw. Medizin praktiziert wird, ihren Standort haben (Andermo et al. 2016, 2414). Erstaunlich ist, dass in Schweden mit 14

³ Für eine Beschreibung von Entstehungssituation 1 und 2 siehe Abschnitt 2.2

Arbeiten mehr wissenschaftliche Arbeiten existieren als in der Schweiz (6 Arbeiten), obwohl für Schweden nur ein Krankenhaus beschrieben wurde. Es ist davon auszugehen, dass dies zum einen mit dem großen Engagement einzelner schwedischer Pflegewissenschaftler*innen zusammenhängt, wie auch mit dem Umstand, dass in skandinavischen Ländern die Pflege schon länger akademisiert ist.

Die Inhalte der analysierten Arbeiten aus Entstehungssituation 1 konnten in fünf Themenfelder eingeteilt werden:

- Bewertung integrativer Versorgungsansätze (24 Arbeiten)
- Wirkungsbeobachtungen (14 Arbeiten)
- Modelle und Konzepte (11 Arbeiten)
- Onkologie, End-of-Life-Versorgung (11 Arbeiten)
- Sonstige Themen (6 Arbeiten)

Der Fokus bezüglich der Bewertung integrativer Versorgungsansätze ist vermutlich dem Umstand geschuldet, dass der wissenschaftliche Bereich, der sich mit komplementären und integrativen Ansätzen befasst, erst in den letzten Jahren zugenommen hat und sich vermutlich gegenüber einiger Kritik oder Skepsis in einer grundsätzlicheren Form behaupten muss. Die unter Wirkungsbeobachtung zusammengefassten Arbeiten sind häufig qualitative Untersuchungen und Einzelfallstudien. Empirische, vor allem solche mit einer großen Stichprobe, sind darunter nicht zu finden. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass grundsätzlich eine Betrachtung mehrerer Dimensionen von Bedeutung ist (siehe Abschnitt 2.3.4 und 2.3.5), zum anderen, dass dieser Wissenschaftsbereich wie gesagt relativ jung ist (siehe oben). Auch das Auftauchen des Themenfeld ‚Modelle und Konzepte‘ wird damit zusammenhängen, dass der Bereich noch relativ jung ist und es zunächst darum geht, den Gegenstandsbereich einmal zu beschreiben. Menschen, die Anthroposophische Medizin und Pflege vorrangig nutzen, ebenso wie generell integrative und komplementäre Methoden, sind Menschen mit einer chronischen und meist onkologischen Erkrankung. Aus diesem Grund sind für diesen Bereich vermutlich gehäuft Arbeiten zu finden.

Welche Forschungsaktivitäten existieren im Zusammenhang mit Anthroposophischer Pflege?

Zusammenfassend kann die Frage auf folgende Weise beantwortet werden: Es existieren hauptsächlich in Europa Forschungen im Zusammenhang mit Anthroposophischer Pflege. Die Arbeiten behandeln dabei Themen, die von Bewertungen und theoretischen Hintergründen über Wirkungsbeobachtungen bis zu Beschreibungen im Bereich der Onkologie und End-of-Life-Versorgung reichen. Es ist eine Zunahme an Forschungsarbeiten festzustellen, wobei sich diese Einschätzung auf eine sehr breit gefasste Auswahl an

Forschungsaktivitäten bezieht und von anderer Seite bestätigt werden sollte. Empirische Arbeiten mit großen Stichproben sind bisher nicht zu finden.

Die zweite Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet: Wie wird Anthroposophische Pflege in der Fachwelt dargestellt? Um dieser Frage gerecht zu werden, wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt, bei dem vier Hauptkategorien und insgesamt 19 Unterkategorien aus dem Material generiert werden konnten. Die vier Hauptkategorien waren:

- Konzepte
- Integrative Pflegeanwendungen
- Profession
- Image

Dabei handelt es sich bei ‚Konzepten‘ gewissermaßen um die theoretischen Hintergründe, die sich aus der Anthroposophie für die Anthroposophische Pflege ergeben. Beispiele sind die Drei- und die Viergliederung, sowie das Konzept der 12 Pflegerischen Gesten. Diese Konzepte sind sehr komplex und stehen miteinander in Verbindung. Eine übersichtliche Beschreibung erforderte teilweise eine vereinfachte Darstellung, die zwar einer Übersichtlichkeit, nicht aber der Komplexität gerecht werden kann. Das Welt- und Menschenbild bezieht spirituelle Aspekte mit ein, was in wissenschaftlichen Kontexten als ungewöhnlich gelten kann. Diese Diskrepanz und eine Auseinandersetzung damit kann an dieser Stelle nicht bearbeitet werden. Für diese Arbeit stand eine reine Beschreibung der Anthroposophischen Pflege und damit des dahinterstehenden Menschen- und Weltbildes im Vordergrund. Die Beschreibung bietet allerdings erste Grundlagen für eine solche Auseinandersetzung. Festzuhalten ist, dass die theoretischen Hintergründe sich in anderen Berufen, wie beispielsweise der Medizin, ebenfalls wiederfinden, da sie aus der Anthroposophie jeweils in die beruflichen Kontexte integriert wurden. Die nächste Hauptkategorie beinhaltet ‚integrative Pflegeanwendungen‘ wie Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka oder Wickel und Auflagen. Einige von ihnen weisen eine große Überschneidung mit der allgemeinen integrativen Pflege auf. Sie werden unabhängig von einem anthroposophischen Bezug einer Einrichtung in der Pflege genutzt (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2018). Darüber hinaus existieren aber auch integrative Pflegeanwendungen, die originär aus der Anthroposophischen Pflege kommen. Beispiele sind die erwähnten Rhythmischen Einreibungen oder die klingende Waschung. Unter Profession wurde einmal die Anthroposophische Pflege als eine integrative Pflege erkennbar, die aufbauend auf eine staatlich anerkannte Ausbildung sich zusätzlich spezielles Wissen und Handlungsmöglichkeiten aneignet. Sie findet international Verbreitung und zeigt sich durch eine Haltung, die Paradigmen kritisch hinterfragt, und evaluiert die aus der Anthroposophie heraus entwickelten Maßnahmen nach wissenschaftlich anerkannten Methoden. In Bezug auf Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wurde deutlich, dass die Pflege als Teilgebiet der Medizin gesehen wird,

wobei Anthroposophische Medizin unterschiedlich verstanden wird: Einmal als System, in Form einer anthroposophischen Versorgung, die sich in die drei Bereiche Pflege, Therapie und Medizin untergliedert, zweitens als Methode, die unabhängig von der Berufsgruppe genutzt wird und drittens als Netzwerk, als dessen Hauptakteure ärztliche Mitarbeiter gesehen werden. Ein weiterer wichtiger Punkt in dieser Hauptkategorie ist die Subkategorie ‚Werte und Haltung‘, die sich stark zwischen den Werten Autonomie, Freiheit und Fürsorge bewegt.

Die letzte Hauptkategorie bezieht sich auf die Beschreibung von außen und zeichnet ein weitestgehend positives Bild der Anthroposophischen Pflege. Vereinzelt treten auch skeptische und ablehnende Stimmen auf. Das Thema Image und darin enthalten eine Skepsis gegenüber integrativen Ansätzen und der Anthroposophischen Pflege im Besonderen ist deutlich weniger Thema als erwartet, was wiederum damit zusammenhängen dürfte, dass nach wie vor wenig Forschung existiert bzw. erst in den letzten Jahren entstanden ist. Generell ist ein Trend der Arbeiten aus Entstehungssituation 2 in Richtung des Themengebiets der integrative Pflegeanwendungen und Themen der Hauptkategorie Profession beschreibbar.

Abschließend wird im Kapitel Ergebnisse das Ökologische Modell, das Bertram und Kolbe (2016) entwickelt haben, vorgestellt. Das Modell bietet die Möglichkeit, für Praxis und Forschung verschiedene Dimensionen zu fokussieren, in denen sich Veränderungen durch Therapie bzw. Pflegehandeln ergeben. Kern dieses Modells ist das Verständnis, dass Menschen autopoietische Organismen sind, bei denen Erreger als Reiz, aber nicht als Ursache für Krankheitsprozesse beschrieben werden. Menschen bilden mit ihren unterschiedlichen Dimensionen und Wirkzusammenhängen eine Einheit mit ihrer Umwelt. In dem Konzept werden die Dimensionen der Viergliederung, die als ein grundlegendes Konzept der Anthroposophischen Pflege beschrieben wurde, in weiten Teilen berücksichtigt.

Wie wird Anthroposophische Pflege in der Fachwelt beschrieben?

Zusammenfassend kann die Frage wie folgt beantwortet werden: Anthroposophische Pflege wird mit einem theoretisch komplexen Menschen- und Weltbild mit mehreren Dimensionen in einer Art Spannungsfeld zwischen Anthroposophischer Medizin und integrativer Pflege beschrieben. Einen Schwerpunkt bilden äußere Anwendungen und professionsbezogene Themen. Darin hat Anthroposophische Pflege einen therapeutischen Auftrag und strebt eine fürsorgliche Wertehaltung an, die Freiheit, Entwicklungsmöglichkeit und Autonomie der pflegebedürftigen Menschen anerkennt und berücksichtigt. Menschen werden mit einer körperlichen, einer leiblichen, seelischen und einer individuellen geistigen Ebene betrachtet. Der Mensch ist autopoietisch, bildet mit seiner Umwelt eine Einheit und ist in einem ständigen Prozess.

Im Folgenden soll Bezug dazu genommen werden, wie in der Pflegewissenschaft Mensch und Pflege beschrieben werden und inwieweit Unterschiede zu der hier beschriebenen Sichtweise bestehen.

Auch wenn es sich hier nicht um eine Theorie im Sinne eines 'conceptual model', wie es Fawcett (2017, 1-2) beschreibt, handelt, so ist doch eine weitreichende Beschreibung durch das Kategoriensystem entstanden. Daher sollen auf die von Fawcett entwickelten vier Metaparadigmen – Mensch, Umwelt, Gesundheit und Pflege (Fawcett 2017, 1-2) – kurz eingegangen werden. Dabei werden Menschen in der Anthroposophischen Pflege als mehrdimensionale autopoietische Organismen beschrieben. Entwicklung, Freiheit und Autonomie spielen dabei eine so große Rolle wie Fürsorge. Die Umwelt ist dabei in Form von sozialer als auch in den Möglichkeiten der Milieuthherapie von Bedeutung. Mensch und Umwelt bilden dabei eine Einheit. Gesundheit wird in den Ebenen körperlich, leiblich, seelisch und autopoietisch und in deren Wechselwirkung untereinander sowie mit ihrer Außenwelt gesehen. Pflege wird als therapeutisch beschrieben, die an den unterschiedlichen Schnittstellen zwischen und an den Ebenen selbst ansetzt. Die Ebenen bzw. deren Schnittstellen bieten dabei Ansatzpunkte für Wahrnehmen, Einschätzung und Evaluation von Maßnahmen.

Brandenburg und Dorschner (2015, 144) teilen mit Rückgriff auf Meleis (Meleis 2011) Pflegetheorien in vier verschiedene Denkschulen ein: *Bedürfnistheorien*, wie die von Henderson oder Orem, sind an Maslowschen Bedürfnissen orientiert. Theorien wie die von Peplau fokussieren dabei eher die Beziehungsebene und diese Denkschule wird daher als *Interaktions-Theorie* bezeichnet. Rogers oder Levine werden als *Ergebnis-Theorien* beschrieben, die sich die Frage stellen, mit welchem Ergebnis Pflegende was tun. Mit Watson und Parse wird der Aspekt der Zuwendung in den Mittelpunkt gestellt. Diese Denkschule wird daher schlicht *Caring-Theorien* genannt (Brandenburg und Dorschner 2015, 144). Auch wenn es sich bei den beschriebenen Besonderheiten der Anthroposophischen Pflege nicht um eine Theorie handelt, so wird doch anhand der entwickelten Kategorien deutlich, dass Anthroposophische Pflege in allen Denkschulen zu verorten, d.h. von Theorien in diesen Bereichen geprägt ist bzw. mit diesen Übereinstimmungen aufweist.

Mit Rückgriff auf Chinn und Kramer (Chinn, Kramer und Chin 2008) beschreibt Georg fünf Formen des Wissens für die Pflege (Georg 2015, 40). Mit empirischem Wissen ist gemeint, dass Erkenntnis Beobachtung und Erfahrung standhalten muss, da Beobachtungen alleine fehlbar sein können und nicht voraussetzungslos geschehen. Empirisches Wissen wird dabei beschreibend, erklärend und vorhersagend bezüglich der Wirklichkeit angewandt. Die Arbeiten aus Entstehungssituation 1, die in einem wissenschaftlichen Kontext entstanden sind, zeigen, dass Anthroposophische Pflege eine Entwicklung empirischen Wissens

miteinbezieht (Georg 2015, 44). Ethisches Wissen meint eine Darstellung und Auseinandersetzung von Werten und Überzeugungen beispielsweise in Theorien, die orientierend für 'gutes' Handeln sind, ohne dabei dogmatisch zu sein. Ethisches Wissen dient dazu, die Umsetzung empirischen Wissens zu reflektieren und zu legitimieren (Georg 2015, 44-45). Werte und Haltungen spielen in dem analysierten Material eine große Rolle. Nicht zuletzt in dem Konzept der 12 Pflegerischen Gesten ist eine besondere Möglichkeit der Reflexion der eigenen Haltung und damit der eigenen Werteeinstellung gegeben. Persönliches, personenbezogenes Wissen ist ein solches, das aus persönlichen und beruflichen Erfahrungen hervorgeht. Dieses persönliche Erfahrungswissen kann auch religiös, spirituell oder metaphysisch sein. Durch die Möglichkeit sich für Neues zu öffnen, durch Nachdenken eigenes und neues zu verarbeiten, entwickelt jede Person eine eigene Sprache, mit der dieses Wissen nach außen getragen werden kann (als Verwirklichen bezeichnet). Persönliches Wissen ist somit eine Ressource und kann insofern gleichzeitig eine Hürde für Veränderungsprozesse darstellen, wenn es nicht mehr reflektiert wird (Georg 2015, 45). Diese Wissensform ist im Hinblick auf Anthroposophische Pflege von Interesse, da durch die bewusste Eingliederung von metaphysischem bzw. spirituellem Wissen eine Reflexion mit den eigenen spirituellen Vorstellungen stärker gegeben sein könnte, als wenn diese Themen weniger präsent wären. Intuitives und ästhetisches Wissen wird als Kunst im Sinne Nightingales aufgefasst und meint das Moment des Kreativen in der pflegerischen Arbeit. Das Wissen, das diese Kunst ermöglicht, wird hier als intuitiv und ästhetisch definiert (Georg 2015, 40). Die eigene Entwicklung innerer Fähigkeiten durch Meditation und Kunst (siehe Abschnitt 2.3.4 (Profession)) legt ein besonderes Augenmerk auf diesen Bereich. Die Gesamtheit dieser Wissensformen ermöglicht ein emanzipatorisches Wissen in der Pflegepraxis. Dabei gilt es die Wissensformen miteinander zu verbinden und ergänzend zu nutzen (Georg 2015, 41-42).

Damit ist Anthroposophische Pflege im Hinblick auf Metaparadigmen, Denkformen und Wissensquellen der Pflege beschrieben und auf die jeweiligen Besonderheiten, soweit vorhanden, hingewiesen. Im Zusammenhang mit der Vielfältigkeit von Pflege-theorien ist bereits deutlich geworden, dass auch das Verständnis von Pflege sehr unterschiedlich ist. Eine Abgrenzung und damit Besonderheiten zu formulieren kann daher nur grob vollzogen werden. Aus diesem Grund wurden hier mehrere Gesichtspunkte gewählt. Dennoch können reduziert und grob vereinfacht folgende Punkte als besonders im Sinne einer Abgrenzung formuliert werden:

- Anthroposophisches Menschen- und Weltbild mit verschiedenen mehrdimensionalen komplexen Konzepten, die miteinander in Verbindung stehen.
- Integrative Pflegeanwendungen, die auf Basis dieser Konzepte entwickelt und angewandt werden.

- Entwicklung innerer Fähigkeiten durch Meditation, meditationsähnliche Übungen und Kunst⁴

Diese kurze Liste mag in Anbetracht der langen Arbeit ernüchternd wirken, wobei sich hinter den einzelnen Punkten teilweise sehr viel verbirgt. Gleichzeitig weist dies darauf hin, dass Anthroposophische Pflege als integrative Pflege gesehen werden muss, die in ihren Grundfesten einem allgemeinen Pflegeverständnis nicht widerspricht, sondern dieses erweitert. Wie es im Abschnitt Integrative Nursing beschrieben wurde, kann zumindest in Teilen davon gesprochen werden, dass auch Anthroposophische Pflege als eine Form der integrativen Pflege, ein allgemeines Pflegeverständnis sogar besonders intensiv umsetzt. So sind in der Anthroposophischen Pflege mit den integrativen Pflegeanwendungen in besonderem Maße gesundheitsförderliche und krankheitspräventive Maßnahmen beschrieben. Diese werden in Form von Beratung und Schulung pflegebedürftigen Menschen nähergebracht und fördern damit in besonderem Maße deren Autonomie. Dies sind beispielhaft Punkte, in denen nicht von einer Besonderheit Anthroposophischer Pflege gesprochen werden kann, sondern von einer besonders hohen Übereinstimmung mit einem Pflegeverständnis, wie es in der international anerkannten Definition von Pflege beschrieben ist (International Council of Nurses 2002). Widersprüche zu diesem als allgemeingültig angesehen Verständnis von Pflege konnten nicht gefunden werden.

Damit sind die zentralen Fragestellungen beantwortet und auf Besonderheiten der Anthroposophischen Pflege wurde hingewiesen. Im nächsten Abschnitt gilt es, die Aussagen und die verwendeten Methoden kritisch zu hinterfragen.

3.2 Grenzen und Reflexion

Im Hinblick auf die Auswahl des Materials und der Bestimmung der Stichprobe unterliegt die vorliegende Arbeit folgenden Limitierungen: Zunächst wurde ausschließlich Literatur verwendet und nicht etwa die Perspektive pflegebedürftiger Menschen in Form von Interviews mit einbezogen. Auch Expert*innen bzw. Praktiker*innen sind nicht zum Thema Anthroposophische Pflege befragt worden. Im Hinblick auf die Stichprobe wurden Monografien und Sammelwerke, die nicht in wissenschaftlichem Kontext entstanden sind, ausgeschlossen. Hierunter ist z. B. das Buch *Pflegemodell „Schöpferisch Pflegen“ – Anthroposophie in der Praxis* (Camps, Hagenhoff und van der Star 2006) zu nennen. Hier könnten weitere Elemente zur Begriffsklärung vorhanden sein. Ein weiteres zentrales Werk scheint *Anthroposophische Pflegepraxis – Grundlagen und Anregungen für alltägliches Handeln* (Heine

⁴ Dieser Punkt wurde in dieser Arbeit weniger ausführlich erläutert, da er zwar im analysierten Material immer wieder Erwähnung fand, jedoch nur gestreift wurde. Dennoch scheint er von Relevanz und wird daher hier aufgeführt.

2017) zu sein, in dem von verschiedenen Expert*innen der Anthroposophischen Pflege theoretische Hintergründe und Beschreibungen von Praktiken dargestellt werden.

Ein weiteres Feld, was sicherlich aufschlussreich in Bezug auf die Darstellung Anthroposophischer Pflege ist, sind Curricula von Weiterbildungen in Anthroposophischer Pflege. Hierbei sind auch Handbücher und Guidelines (International Council of Anthroposophic Nursing (ICANA) 2008), auf die sich Vertreter*innen der Anthroposophischen Pflege international geeinigt haben, zu nennen.

Abschließend sei an dieser Stelle noch auf Arbeiten, die weder in englischer noch in deutscher Sprache verfasst wurden, hingewiesen. Hier konnten lediglich die Abstracts miteinbezogen werden.

Das bedeutet in der Konsequenz, dass das Bild, was von Anthroposophischer Pflege hier gezeichnet wird, möglicherweise unvollständig ist.

Kritisch könnte die Einstufung der Artikel aus der Zeitschrift *Der Merkurstab – Zeitschrift für Anthroposophische Medizin* (Verlag: Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V., München) als nichtwissenschaftlich gesehen werden, da u.a. kein Begutachtungsverfahren vorliegt. Die Artikel weisen jedoch mitunter an Struktur, innerer Logik und Transparenz sowie wissenschaftlichem Vorgehen ein Niveau auf, was durchaus als wissenschaftlich angesehen werden kann. Dies sollte bei weiterer Forschung auf diesem Gebiet berücksichtigt werden. Bei der Recherche in Bezug auf Anthroposophische Pflege sollte dabei auch berücksichtigt werden, dass auch ärztliche Forscher*innen und Praktiker*innen durchaus pflegerische Themengebiete bearbeiten und veröffentlichen. Dies trifft vor allem auf die Artikel in der Zeitschrift *Merkurstab* zu.

Im Zuge des Scoping Reviews weist das Vorgehen Schwächen auf, die mit begrenzten Ressourcen zusammenhängen. So wurde kein Expertenteam in beratender Funktion einberufen und im Verlauf der Recherche wurde die Selektion der Ergebnisse nicht von zwei Personen, sondern lediglich von einer Person durchgeführt. Auch die Beurteilung der aufgenommenen Studien sowie die Datenanalyse wurde lediglich durch eine Person durchgeführt. Der Einbezug weiterer Personen hätte in den jeweiligen Fällen ein objektiveres Vorgehen bedeutet (Balzer et al. 2018, 127).

Als methodisches Vorgehen ein Scoping Review zu wählen hatte den Vorteil, einen breiten Überblick zu verschaffen, eine breite Landkarte zu erstellen, jedoch sieht die Methode andererseits nicht vor, auch die Güte des untersuchten Studienmaterials zu beurteilen. Dies kann als Nachteil betrachtet werden.

In Bezug auf die Qualitative Inhaltsanalyse in Abschnitt 2.2.2 sind folgende Aussagen zur Güte der durchgeführten Methode vorzubringen: Zahlreiche Gütekriterien sind dabei auf die Qualitative Inhaltsanalyse nicht anzuwenden (Mayring 2015, 123-125). Mit Rückgriff auf

Krippendorff (Krippendorff 1980) zählt Mayring jedoch einige Gütekriterien auf, die als adäquat für diese Methode diskutiert werden. Diese sollen im Folgenden besprochen werden. In diesem Sinne dürfte die vorliegende Arbeit eine hohe semantische Gültigkeit aufweisen, welche sich durch die Angemessenheit der Kategoriendefinition auszeichnet. Denn anders als es bei Interviewdaten der Fall ist, sind die Paraphrasierungsvorgänge hier mit deutlich weniger Interpretation verbunden, da die Nennung der Begriffe im Vergleich zu gesprochener und interpretationsbedürftiger Sprache in dieser Arbeit eine höhere Eindeutigkeit aufweist. Im Hinblick auf die Stichprobengültigkeit weist die vorliegende Arbeit dagegen eine Schwäche auf, da das Material der Monografien und Sammelwerke aus Entstehungssituation 2⁵ eine mögliche Erweiterung des Kategoriensystems bewirkt haben könnte, dieses jedoch aus den beschriebenen Gründen ausgeschlossen wurde. Eine korrelative Gültigkeit würde sich dadurch auszeichnen, dass das entwickelte Kategoriensystem mit einem bereits durch andere Methoden entwickelten korrelieren würde, was naturgemäß nicht erfolgen kann, da ein solches nicht vorhanden ist. Es wäre jedoch denkbar, ein Kategoriensystem der Anthroposophischen Pflege mit anderen Methoden zu generieren und so eine korrelative Gültigkeit im Nachhinein zu bestätigen. Auch eine Vorhersagegültigkeit lässt sich in diesem Falle nicht erheben, da das Kategoriensystem keine Vorhersagen aus der Sache heraus zulässt. Konstruktvalidität von Inhaltsanalysen lässt sich durch die Erfahrung mit dem Kontext und repräsentative Interpretationen überprüfen. Der Inhaltsanalytiker weist Erfahrung im Kontext auf (Weiterbildungen). Eine Repräsentativität ist zwar durch das Nicht-einbeziehen der Monografien und Sammelwerke aus Entstehungssituation 2 eingeschränkt, kann jedoch durch den großen Umfang an Material als repräsentativ angesehen werden. Erfolge, die bereits mit ähnlichen Konstrukten gemacht wurden bzw. bestehende Modelle oder Theorien können naturgemäß hier nicht erfolgen. Kommunikative Validierung meint grob gesagt die Diskussion und den Austausch bezüglich Interpretation und Paraphrasierung mit anderen Forschenden. Dies wurde in dieser Arbeit nicht vorgenommen, da die Arbeit von nur einer Person durchgeführt wurde. Da das interpretative Moment in dieser Arbeit jedoch geringer ist, als es bei Interviewmaterial unter Umständen der Fall ist (siehe oben), dürfte diesem Kriterium etwas weniger Bedeutung zukommen. Eine Stabilität und Reproduzierbarkeit würde erreicht werden, wenn das Analyseinstrument vom selben Analytiker oder von anderen in anderen Umständen erneut auf das Material angewendet würde. Dies ist nicht geschehen, was wiederum eine Bedingung für das Gütekriterium Exaktheit gewesen wäre und was daher ebenfalls nicht erhoben werden konnte.

Ein im Deutschen wie im Englischen (nicht immer muttersprachlich) unterschiedlich verwendeter und mitunter schwer zu übersetzender Begriff ist ‚care‘ oder ‚caring‘. Einerseits

⁵ Für eine Beschreibung von Entstehungssituation 1 und 2 siehe Abschnitt 2.2

ist darin mit Fürsorge und dem Sich-sorgen eine bestimmte Werthaltung zum Ausdruck gebracht, die mit einer Zugewandtheit zu pflegebedürftigen und/oder leidenden Menschen einhergehen kann. Darüber hinaus tritt der Begriff im Zusammenhang mit Health Care auf und kann als Gesundheitsversorgung übersetzt werden. Auch wenn immer noch das Wort Sorge und im Englischen care darin enthalten ist, würde man hier vermutlich weniger eine fürsorgliche Haltung assoziieren als inzwischen vielleicht einen komplexen Wirtschaftszweig, wo die Sorge allenfalls eine finanzielle ist. Diesem setzen Arman und Hök etwas entgegen, wenn sie caring science beschreiben, also einen Wissenschaftszweig verschiedener Gesundheitsberufe, die caring, die Sorge und Fürsorge für pflegebedürftige Menschen oder Patient*innen, in den Mittelpunkt stellen. Sie beschreiben dabei care, im Sinne von Pflege und (Für-)Sorge, als zentrales Element jeglicher Arbeit (ob professionell oder als Laie) in einem health care system, einer Gesundheitsversorgung, oder vielleicht sogar in einem Gesundheits-Pflege-System (Arman und Hök 2015, 375).

Dahlberg, Ranheim und Dahlberg (2016, 33344) verwenden beispielsweise das Wort care bzw. caring in eindeutigen Zusammenhang mit professioneller Pflege („caring professionals“). Wo meist care als Versorgung (z. B. in health care) zu übersetzen ist, wird teilweise care auch als Pflege im professionellen Zusammenhang verwendet, wie folgendes Beispiel zeigt: „Integrative care interventions based on anthroposophical medicine such as wraps, compresses and rhythmic body oiling can be used to ease typical side effects such as nausea, pain and agitation“ (Stritter et al. 2018, 247). Diese Schwierigkeiten in der Übersetzung führen zu einer gewissen Limitierung und beschränken dadurch die Aussagekraft der Ergebnisse. Auch wenn versucht wurde im Zweifelsfall besonders genau zu prüfen, wie jeweils die Begriffe zu übersetzen sind, sollten die Ergebnisse vor dem Hintergrund dieser Übersetzungsproblematik gesehen werden.

Abschließend soll anhand der von Mayer vorgeschlagenen Ziele für Pflegeforschung geprüft werden, inwieweit die vorliegende Arbeit diesen entsprechen kann (Mayer 2015, 50–51):

1. „Schaffung von Wissensgrundlagen zur Verbesserung der Pflege und damit der Situation der Patient*innen;
2. Schaffung von Grundlagen für die Theorieentwicklung;
3. Anpassung und Weiterentwicklung des Methodenrepertoires der Forschung, speziell für pflegewissenschaftliche Fragestellungen;
4. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung und Messung pflegerelevanter Phänomene; und
5. Professionalisierung und berufliche Emanzipation der Pflege.“

In der Arbeit wird ein Überblick gegeben über integrative Pflegeanwendungen, bei denen Beschreibungen von Expert*innen und wissenschaftliche Evaluationen auf Wirkungen

hinweisen, dass diese Wohlbefinden steigern, Symptome wie Schmerzen lindern und Menschen mitunter darin unterstützen gesundheitsförderlich, präventiv und therapeutisch handlungsautonom werden zu können. Damit entspricht die Arbeit Punkt 1. In der Arbeit kann ein wesentlicher Beitrag zum Verständnis Anthroposophischer Pflege und integrativer Ansätze gesehen werden. Sie kann als ein Baustein für weitere Untersuchungen gesehen werden und auf Implikationen für die Forschung in diesem Bereich hinweisen. Sie bietet außerdem einen Überblick im Hinblick auf integrative Pflegeanwendungen und theoretische Hintergründe. Sie stellt damit einen Beitrag für weitere Erhebungen im Bereich Anthroposophische Pflege und integrative Pflege dar und entspricht somit Punkt 2. Den Punkten 3 und 4 kann die vorliegende Arbeit nur in sehr geringem Ausmaß gerecht werden. So wird Mayrings Qualitative Inhaltsanalyse wohl häufig genug in der Pflegewissenschaft verwendet und auch Reviews werden häufig durchgeführt. Lediglich die spezielle Form des Scoping Reviews könnte ggf. für die Pflegewissenschaft noch wenig verbreitet sein. Da besondere Instrumente hier nicht Gegenstand waren, können beide Punkte als nicht erfüllt angesehen werden. Im Hinblick auf die Subkategorie ‚Rolle und Zusammenarbeit‘ wird in dieser Arbeit auf das Thema Professionalisierung und berufliche Emanzipation im Bereich der Anthroposophischen Pflege aufmerksam gemacht. Damit wird die Arbeit drei von fünf Zielen gerecht. Im Folgenden soll eine Schlussfolgerung der Kritik und Reflexion erfolgen, aus der Implikationen für die Zukunft abgeleitet werden können.

3.3 Schlussfolgerung und Ausblick

Durch die vorliegende Arbeit ist ein großer Teil der Literatur, die einen Bezug zu Anthroposophischer Pflege aufweist, analysiert und interpretiert worden. Es konnte eine breite Übersicht der Forschungsaktivitäten gegeben werden und formuliert werden, wie Anthroposophische Pflege in der Literatur beschrieben wird. Dabei wurde ein Kategoriensystem entwickelt, das Pflegenden in Praxis und Forschung die Möglichkeit bietet, sich zu diesem Thema zu informieren. Aus dem untersuchten Datenmaterial geht hervor, dass die Anthroposophische Pflege ein reiches Angebot integrativer Pflegeanwendungen entwickelt hat und nutzt, deren Wirkungen eine Unterstützung für pflegebedürftige Menschen sein kann.

Um fundierte Aussagen zur Wirkung integrativer Anwendungen aus der Anthroposophischen Pflege machen zu können, sollten die analysierten Arbeiten (sowie voraussichtlich weitere neu hinzugekommene) in Form eines systematischen Reviews in ihrer Güte beurteilt werden. Bereits aus den Ergebnissen dieser Arbeit ist zu konstatieren, dass ein großer Bedarf an multimodalen (Mixed Methods) Studien zur Wirkung integrativer Pflegeanwendungen aus der Anthroposophischen Pflege besteht, bei denen neben messbaren Daten auch die Perspektive von Patient*innen und pflegebedürftigen Menschen erhoben werden.

Die Beschreibung Anthroposophischer Pflege ist möglicherweise noch unvollständig und sollte durch weitere Forschung gestützt, erweitert und korrigiert werden. Dabei sind folgende Bereiche aus der vorliegenden Arbeit heraus zu favorisieren:

- Interviewstudien, in denen pflegebedürftige Menschen zu ihren Erfahrungen mit und ihrer Einschätzung von Anthroposophischer Pflege befragt werden.
- Interviewstudien mit Praktiker*innen und Expert*innen aus der Anthroposophischen Pflege
- Analyse von Fachbüchern aus nichtwissenschaftlichen Kontexten
- Analyse von Weiterbildungscurricula in Anthroposophischer Pflege
- Analyse und Vergleich von Handbüchern und Guidelines des International Council of Anthroposophic Nursing (ICANA)
- Analyse weiterer Arbeiten in Bezug auf Anthroposophische Pflege, die nicht in deutscher oder englischer Sprache verfasst sind und einer Übersetzung bedürfen.

Als letzte Empfehlung, wie sie als Implikation für die Zukunft an dieser Stelle formuliert werden kann, sei eine ausführlichere Darstellung und wissenschaftstheoretische Auseinandersetzung mit dem Menschen- und Weltbild der Anthroposophischen Pflege genannt.

Wie eingangs beschrieben, soll die vorliegende Arbeit ein erster Schritt sein, um Anthroposophische Pflege darzustellen und zu beschreiben. In diesem dritten und letzten Kapitel der Arbeit konnte die Frage nach den Forschungsaktivitäten beantwortet werden. Auch eine Antwort auf die Frage, wie Anthroposophische Pflege in der Fachwelt dargestellt wird, konnte erfolgen, wobei diese Beschreibung durch weitere Analysen gestärkt, erweitert oder korrigiert werden muss. Besonderheiten der Anthroposophischen Pflege konnten damit herausgearbeitet werden und dadurch eine Grundlage für weitere Forschung auf diesem Gebiet gebildet werden.

Erklärung:

Hiermit versichere ich, gemäß § 24 der Prüfungsordnung der Hochschule Esslingen für die Master-Studiengänge Soziale Arbeit, Pflegewissenschaft und Angewandte Sozialpädagogische Bildungsforschung, dass ich diese Prüfungsleistung selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Esslingen, den _____
(Datum) (Unterschrift)

Literatur

- Admi, Hanna, Yael Eilon-Moshe und Eran Ben-Arye. 2017. „Complementary Medicine and the Role of Oncology Nurses in an Acute Care Hospital: The Gap Between Attitudes and Practice.“ *Oncology Nursing Forum* 44 (5): 553-561. doi:10.1188/17.ONF.553-561.
- Adolphi, Gernot, Mathias Bonse-Rohmann, Sybille Rommel, und Monika Kneer. 2011. „Didaktische und curriculare Konsequenzen der Evaluations des Modellversuchs "PFLEGE - LEBEN: Eine generalistische Ausbildung": für die Schulentwicklung der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V.“ *Pflegewissenschaft* 13 (3): 162-175. doi:10.3936/1077.
- Ammende, Ranier, und Renate Tewes. 2019. „Integrative Nursing in Germany.“ In *Integrative Nursing*, hg. v. M. J. Kreitzer, M. Koithan, Mary J. Kreitzer und Mary Koithan. Second edition, 609-620. Integrative medicine library. New York, NY: OUP USA; Oxford University Press.
- Andermo, Susanne, Johanna Hök, Tobias Sundberg, und Maria Arman. 2016. „Practitioners' Use of Shared Concepts in Anthroposophic Pain Rehabilitation.“ *Disability and Rehabilitation* 39 (23): 2413-2419. doi:10.1080/09638288.2016.1231843.
- AnthroMed gemeinnützige GmbH. 2019. „AnthroMed: Netzwerk der Anthroposophischen Medizin.“ Zugriff: 19. August 2019. <http://www.anthromed.de/>.
- Arman, Maria, Anne-Sofie Hammarqvist, und Anna Kullberg. 2010. „Anthroposophic Health Care in Sweden - a Patient Evaluation.“ *Complementary Therapies in Clinical Practice* 17 (3): 170-178. doi:10.1016/j.ctcp.2010.11.001.
- Arman, Maria, und Johanna Hök. 2015. „Self-Care Follows from Compassionate Care - Chronic Pain Patients' Experience of Integrative Rehabilitation.“ *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30 (2): 374-381. doi:10.1111/scs.12258.
- Arman, Maria, Albertine Ranheim, Arne Rehnsfeldt, und Kathrin Wode. 2008. „Anthroposophic Health Care--Different and Home-Like.“ *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22 (3): 357-366. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00536.x.
- Armstrong, Rebecca, Belinda J. Hall, Jodie Doyle, und Elizabeth Waters. 2011. „Cochrane Update. 'Scoping the Scope' of a Cochrane Review.“ *Journal of Public Health (Oxford, England)* 33 (1): 147-150. doi:10.1093/pubmed/fdr015.
- Axtner, Jan, Megan Steele, Matthias Kröz, Günther Spahn, Harald Matthes, und Friedemann Schad. 2016. „Health Services Research of Integrative Oncology in Palliative Care of Patients with Advanced Pancreatic Cancer.“ *BMC Cancer* 16:1-10.
- Baars, Erik W., Helmut Kiene, Gunver S. Kienle, Peter Heusser, und Harald J. Hamre. 2018. „An Assessment of the Scientific Status of Anthroposophic Medicine, Applying Criteria from the Philosophy of Science.“ *Complementary Therapies in Medicine* 40:145-150.
- Bächle-Helde, Bernadette. 2011. „Sind alternative Pflegemethoden evidenzbasiert? Eine Literaturstudie am Beispiel von Wickel und Auflagen.“ *Pflegewissenschaft* 13 (11): 597-603. doi:10.3936/1116.
- Balzer, Katrin, Sabine Bartholomeyczik, André Finger, Daniela Holle, Susanne Kean, und Sascha Köpke. 2018. *Pflegewissenschaft: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Hg. v. Hermann Brandenburg, Eva-Maria Panfil, Herbert Mayer und Berta Schrems. Bern: Hogrefe.

- Bäumler, Gabriele. 2014. „Zur Therapie mit dem Öldispersionsbad bei einer demenziell veränderten Hochbetagten in einem Pflegeheim. Eine Anwendungsbeobachtung.“ *Der Merkurstab* 67 (2): 116-120. doi:10.14271/DMS-20289-DE.
- Ben-Arye, Eran, Elad Schiff, Kamer Mutafoğlu, Suha Omran, Ramzi Hajjar, Haris Charalambous, Tahani Dweikat. 2015. „Integration of Complementary Medicine in Supportive Cancer Care: Survey of Health-Care Providers' Perspectives from 16 Countries in the Middle East.“ *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 23 (9): 2605-2612. doi:10.1007/s00520-015-2619-7.
- Ben-Arye, Eran, Bella Shulman, Yael Eilon, Rachel Woitiz, Victoria Cherniak, Ilanit Shalom Sharabi, Osnat Sher. 2017. „Attitudes Among Nurses Toward the Integration of Complementary Medicine into Supportive Cancer Care.“ *Oncology Nursing Forum* 44 (4): 428-434. doi:10.1188/17.ONF.428-434.
- Bertram, Mathias. 2005. *Der Therapeutische Prozess als Dialog: Strukturphänomenologische Untersuchung der Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka*. 1. Aufl. Berlin: Pro Business. Witten/Herdecke, Univ., Diss, 2005. http://deposit.dnb.de/cgi-bin/dokserv?id=2685442&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm.
- . 2016. „Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka: Forschungsmethoden und -ergebnisse.“ In *Dimensionen therapeutischer Prozesse in der Integrativen Medizin: Ein ökologisches Modell*, hg. v. Mathias Bertram und Harald Kolbe, 107-122. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Bertram, Mathias, und Harald Kolbe, Hg. 2016. *Dimensionen therapeutischer Prozesse in der Integrativen Medizin: Ein ökologisches Modell*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Bertram, Mathias, Thomas Ostermann, und Peter E. Matthiessen. 2005. „Erforschung der Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka - eine Struktur-phänomenologische Untersuchung.“ [Investigation of the rhythmical embrocating according to Wegman/Hauschka]. *Pflege* 18 (4): 227-235. doi:10.1024/1012-5302.18.4.227.
- Brandenburg, Hermann, und Stephan Dorschner, Hg. 2015. *Pflegewissenschaft*. Unter Mitarbeit von G. Bekel, V. Fenchel, J. Georg, M. Hülsken-Giesler, R. Lay, M. Maas, M. Remme und J. Specht. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. <https://elibrary.hogrefe.de/book/99.110005/9783456951591>.
- Buess-Willi, Claudia M. 2011. „Äussere Anwendungen in der Pflege beim Phänomen tumorbedingter Fatigue.“ Masterarbeit, FHS St. Gallen.
- Büssing, Arndt, Désirée Lötzke, Michaela Glöckler, und Peter Heusser. 2015. „Influence of Spirituality on Cool Down Reactions, Work Engagement, and Life Satisfaction in Anthroposophic Health Care Professionals.“ *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine: eCAM* 12:754814.
- Camps, Annegret, Brigitte Hagenhoff, und Ada van der Star, Hg. 2006. *Pflegemodell "Schöpferisch pflegen": Anthroposophie in der Praxis*. 1. Aufl. Schriftenreihe KonText Bd. 9. Frankfurt am Main: Info-3-Verl.
- Carlsson, Marianne, Maria Arman, Marie Backman, Ursula Flatters, Thomas Hatschek, und Elisabeth Hamrin. 2006. „A Five-Year Follow-up of Quality of Life in Women with Breast Cancer in Anthroposophic and Conventional Care.“ *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine: eCAM* 3 (4): 523-531. doi:10.1093/ecam/nel042.

- Carlsson, Marianne, Maria Arman, Marie Backman, und Elisabeth Hamrin. 2005. „Coping in Women with Breast Cancer in Complementary and Conventional Care over 5 Years Measured by the Mental Adjustment to Cancer Scale.“ *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)* 11 (3): 441-447. doi:10.1089/acm.2005.11.441.
- Chinn, Peggy L., Maeona K. Kramer, und Peggy L. Chin. 2008. *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. 7. ed. St. Louis: Mosby.
- Dach, Christoph von, Rolf Heine, und H.-Richard Heiligtag. 2009. „Anthroposophische Pflege von Krebskranken.“ *Der Merkurstab* 62 (4): 330-343. doi:10.14271/DMS-19468-DE.
- Dahlberg, Helena, Albertine Ranheim, und Karin Dahlberg. 2016. „Ecological Caring-Revisiting the Original Ideas of Caring Science.“ *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 11:33344.
- Deckers, Bernhard, Tido von Schoen-Angerer, Bernd Voggenreiter, und Jan Vagedes. 2016. „External Nursing Applications in the Supportive Management of Prolonged Postoperative Ileus: Description of Interventions and Case Report.“ *Holistic Nursing Practice* 30 (4): 216-221. doi:10.1097/HNP.000000000000158.
- Diederich, Klas, und Andreas Laubersheimer. 2009. „Schwerer Schub einer Colitis ulcerosa.“ *Der Merkurstab* 62 (2): 163-171. doi:10.14271/DMS-19412-DE.
- Fawcett, Jacqueline. 2017. *Applying Conceptual Models of Nursing: Quality Improvement, Research, and Practice*. New York, NY: Springer Publishing Company LLC.
- Floriani, Ciro A. 2016. „Anthroposophy and Integrative Care at the End of Life.“ *Alternative and Complementary Therapies* 22 (3): 99-104. doi:10.1089/act.2016.29055.caf.
- Fuchs, Thomas. 2010. *Das Gehirn - ein Beziehungsorgan: Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. 3., aktualisierte und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-17-021442-2>.
- Georg, Jürgen. 2015. „Quellen des Wissens in der Pflege 3.“ In *Pflegewissenschaft*, hg. v. Hermann Brandenburg und Stephan Dorschner. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, 39-46. Bern: Hogrefe Verlag.
- Goldberg, Jacqueline, und Sören Hirning-Goldberg. 2015. „Das Gegenüber ist entscheidend: Arbeit im anthroposophischen Pflegedienst.“ *Dr. med. Mabuse* 40 (217): 31-33.
- Gunawan, Stefanus, Marijn Arnoldussen, Maartje S. Gordijn, Mei N. Sitaresmi, Peter M. van de Ven, Chloé A. M. ten Broeke, Anjo J. P. Veerman, Max Mantik, Gertjan J. L. Kaspers, und Saskia Mostert. 2016. „Comparing Health-Care Providers' Perspectives on Complementary and Alternative Medicine in Childhood Cancer Between Netherlands and Indonesia.“ *Pediatric Blood & Cancer* 63 (1): 118-123. doi:10.1002/pbc.25689.
- Häder, Michael. 2015. *Empirische Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Heine, Rolf. 2007. „Die Pflegerische Geste: Ein Konzept der Anthroposophischen Pflege.“ *Dr. med. Mabuse* 32 (170): 30-33.
- . 2016. „Die „Klingende Waschung“: Eine Interpretation ihrer dialogischen Wirkung.“ In Bertram und Kolbe, *Dimensionen therapeutischer Prozesse in der Integrativen Medizin*, 123-144.
- , Hg. 2017. *Anthroposophische Pflegepraxis: Grundlagen und Anregungen für alltägliches Handeln*. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin: Salumed-Verlag.

- Hirt, J., und T. Nordhausen. 2019. „Systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken: Rechercheprotokoll. Eine Beilage zu RefHunter (Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken). Version 1.0.“ <https://refhunter.eu/rechercheprotokoll/>.
- Höver, H. 2007. „Weisheit vom Menschen.“ *Pflegezeitschrift* 60 (7): 393-396.
- International Council of Anthroposophic Nursing. 2008. „Guidelines for Competent Professional Practice in Anthroposophic Nursing.“ Zugriff: 21. August 2019. <https://icana-ifan.org/guidelines>.
- International Council of Nurses. 2002. „Nursing Definitions: Definition of Nursing.“ Zugriff: 28. Juli 2019. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.
- Jong, Mats, Veronica Lundqvist, und Miek C. Jong. 2015. „A Cross-Sectional Study on Swedish Licensed Nurses' Use, Practice, Perception and Knowledge About Complementary and Alternative Medicine.“ *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29 (4): 642-650. doi:10.1111/scs.12192.
- Klafke, Nadja, und Stefanie Joos. 2017. „Naturheilverfahren, komplementäre und integrative Therapien in Deutschland.“ *Forum* 32 (5): 394-398. doi:10.1007/s12312-017-0318-7.
- Koithan, Mary. 2019. „Concepts and Principles of Integrative Nursing.“ In Kreitzer et al., *Integrative Nursing*, 3-19.
- Krippendorff, Klaus. 1980. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. The Sage Comm-Text series 5. London: Sage.
- Kusserow, Maria. 2014. „Äußere Anwendungen in der anthroposophischen Praxis und Klinik.“ *Der Merkurstab* 67 (2): 136-140. doi:10.14271/DMS-20292-DE.
- Läengler, Alfred, Claudia Spix, Friedrich Edelhäuser, David D. Martin, Genn Kameda, Peter Kaatsch, und Georg Seifert. 2010. „Anthroposophic Medicine in Paediatric Oncology in Germany: Results of a Population-Based Retrospective Parental Survey.“ *Pediatric Blood & Cancer* 55 (6): 1111-1117. doi:10.1002/pbc.22523.
- Layer, M. 2010. „Atemhilfe durch Rhythmische Einreibung.“ *pflegen: palliativ* 2 (6): 41-43.
- Layer, M. 2010. „Wickel aktivieren Selbstheilungskräfte.“ *pflegen: palliativ* (7).
- Lenz, Torben. 2013. „Pflege mit kaltem Guss und aromatischen Ölen: ZQP Presseinformation vom 14.10.2013.“ Pressemitteilung. 2013. <https://www.zqp.de/pflege-mit-kaltem-guss-und-aromatischen-oelen/?hilite=%27Wickel%27%2C%27auflagen%27>.
- Linde, Klaus, Anna Alscher, Clara Friedrichs, Stefanie Joos, und Antonius Schneider. 2014. „Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland - eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen.“ [The use of complementary and alternative therapies in Germany - a systematic review of nationwide surveys]. *Forschende Komplementarmedizin (2006)* 21 (2): 111-118. doi:10.1159/000360917.
- Lucassen, Hanna. 2017. „Von Begeisterung und Zweifel.“ *Dr. med. Mabuse* 42 (225): 42-44.
- Lücke, Stephan. 2018. „Vitalisieren, entspannen, beruhigen.“ *PflegenIntensiv* 15 (3): 14-16.
- Mayer, Hanna. 2015. *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium*. Unter Mitarbeit von M. Nagl-Cupal, I. Hager und V. Kleibel. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Wien: Facultas.
- Mayring, Philipp. 2015a. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl. Beltz Pädagogik. Weinheim: Beltz.

- Meleis, Afaf I. 2011. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5. ed. Philadelphia, Pa. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams Wilkins.
- National Center for Complementary and Integrative Health. 2019. „Complementary, Alternative, or Integrative Health: What’s In a Name?“. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>.
- Ostermann, Thomas. 2008. „Rhythmische Einreibungen als komplementäre Methode der Anthroposophischen Pflege.“ *Komplementäre und Integrative Medizin* 49 (9): 35-37. doi:10.1016/j.kim.2008.07.016.
- Panfil, Eva-Maria. 2018. „Publikationsarten richtig verwenden und einschätzen.“ In *Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden*, hg. v. Eva-Maria Panfil. 3. Aufl., 51-70. Bern: Hogrefe Verlag.
- Ponstein, Anne S., Christof A. Zwart, Marko van Gerven, und Erik W. Baars. 2017. „The Development of an Anthroposophic, Whole Medical System, Healthcare Program for Patients with Depressive Disorders.“ *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)* 23 (12): 941-948. doi:10.1089/acm.2017.0051.
- Riehm, Carola. 2016. „Zur Linderung bei Magen-Darm-Beschwerden in der Palliativbetreuung: Behandlungsmöglichkeiten der anthroposophischen Pflege.“ *Praxisbeilage. Praxis PalliativeCare* (31): 1-16.
- . 2017. „Berührungen.“ *Praxismaterial. Praxis PalliativeCare* (35): 1-20.
- Rüegg, Michael. 2012. „Integrative Medizin und Pflege an öffentlichen Spitätern: Grenzen aus philosophischer Sicht.“ *Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri* 93 (22): 826-829.
- Salmenperä, Liisa, Tarja Suominen, und Sirkka Lauri. 1998. „Oncology nurses' attitudes towards alternative medicine.“ *Psycho-Oncology* 7 (6): 453-459. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6<453:AID-PON342>3.0.CO;2-Z.
- Schad, Friedemann, Anja Thronicke, Antje Merkle, Megan L. Steele, Matthias Kröz, Cornelia Herbstreit, und Harald Matthes. 2018. „Implementation of an Integrative Oncological Concept in the Daily Care of a German Certified Breast Cancer Center.“ *Complementary Medicine Research* 25 (2): 85-91. doi:10.1159/000478655.
- Schlaeppli, M. R., A. Büssing, B. Müller-Hübenthal, und P. Heusser. 2010. „Anthroposophische Medizin in der Onkologie.“ *Onkologie* 16 (9): 901-905. doi:10.1007/s00761-010-1891-x.
- Schoen-Angerer, Tido von. 2017. „Legal status of anthroposophic medicine in selected countries - Final Jan 2017.“ https://www.ivaa.info/fileadmin/user_upload/pdf/ivaa_info/Legal_status_of_anthroposophic_medicine_in_selected_countries_-_Final_Jan_2017.pdf.
- Schoen-Angerer, Tido von, Jan Vagedes, Romy Schneider, Livia Vlach, Cosette Pharisa, Simon Kleeb, Johannes Wildhaber, und Benedikt M. Huber. 2018. „Acceptance, Satisfaction and Cost of an Integrative Anthroposophic Program for Pediatric Respiratory Diseases in a Swiss Teaching Hospital: An Implementation Report.“ *Complementary Therapies in Medicine* 40: 179-184.
- Simões-Wüst, Ana P., Georg Saltzwedel, Isabella S. Herr, und Lukas Rist. 2012. „Wie Patienten Wickelanwendungen (ein)schätzen: Ergebnisse einer Umfrage in einem anthroposophischen Akutspital.“ *Schweiz Z Ganzheitsmed* 24 (5): 299-305. doi:10.1159/000342725.
- Sitzmann, Franz. 2016. „Hygienische Besonderheiten der Arbeit an anthroposophischen Kliniken.“ *Krankenhausthygiene up2date* 11 (03): 231-243.

- Steen, J. T. van der, M. J. Gijsberts, D. L. Knol, L. Deliens, und M. T. Muller. 2009. „Ratings of Symptoms and Comfort in Dementia Patients at the End of Life: Comparison of Nurses and Families.“ *Palliative Medicine* 23 (4): 317-324. doi:10.1177/0269216309103124.
- Steen, Jenny T. van der, Marie-José H. E. Gijsberts, Martien T. Muller, Luc Deliens, und Ladislav Volicer. 2009. „Evaluations of End of Life with Dementia by Families in Dutch and U.S. Nursing Homes.“ *International Psychogeriatrics* 21 (2): 321-329. doi:10.1017/S1041610208008399.
- Stritter, Wiebke, Britta Rutert, Alfred Längler, Angelika Eggert, Christine Holmberg, und Georg Seifert. 2018. „Integrative Care for Children with Cancer. Project Design for the Development of an Integrative Care Programme for Use in Paediatric Oncology.“ *Complementary Therapies in Medicine* 41: 247-251.
- Therkleson, Tessa. 2014. „Ginger Therapy for Osteoarthritis: A Typical Case.“ *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association* 32 (3): 232-239.
- Therkleson, Tessa, und Patricia Sherwood. 2004. „Patients' Experience of the External Therapeutic Application of Ginger by Anthroposophically Trained Nurses.“ *Indo-Pacific Journal of Phenomenology* 4 (1): 1-11.
- Therkleson, Tessa C. 2003. „A Phenomenological Inquiry into the Patient's Experience of the External Application of Ginger.“ Master of Social Science, Social Science - Research, Edith Cowan University. <https://ro.ecu.edu.au/theses/1336>.
- Vagedes, J., E. Helmert, S. Kuderer, V. Müller, P. Voegelé, H. Szőke, J. Valentini, S. Joos, M. Kohl, und F. Andrasik. 2018. „Effects of Footbaths with Mustard, Ginger, or Warm Water Only on Objective and Subjective Warmth Distribution in Healthy Subjects: A Randomized Controlled Trial.“ *Complementary Therapies in Medicine* 41: 287-294.
- Waldenfels, Bernhard. 2000. *Das leibliche Selbst: Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes*. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Warning, Albrecht, und Markus Krüger. 2014. „Das Öldispersionsbad nach Werner Junge.“ *Der Merkurstab* 67 (2): 108-115. doi:10.14271/DMS-20288-DE.
- Weil, Andrew. 2019. „Foreword.“ In Kreitzer et al., *Integrative Nursing*, xi.
- Weizsäcker, Viktor v. 1973. *Der Gestaltkreis: Theorie d. Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 18. Frankfurt/M. Suhrkamp.
- Widmer, Marcel, Andreas Dönges, Victoria Wapf, André Busato, und Sylvia Herren. 2006. „The Supply of Complementary and Alternative Medicine in Swiss Hospitals.“ *Forschende Komplementärmedizin (2006)* 13 (6): 356-361. doi:10.1159/000097254.
- Wissenschaftsrat. 2017. „Begutachtungen im Wissenschaftssystem | Positionspapier: Positionspapier (Drs. 6680-17).“ Zugriff: 29. Juli 2019. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/6680-17.pdf>.
- World Health Organization. 2019. *Global report on traditional and complementary medicine 2019*. Genf: WORLD HEALTH ORGANIZATION.
- Zentrum für Qualität in der Pflege. 2018. „ZQP-Übersicht: Komplementäre Pflegeanwendungen und -konzepte.“ Zugriff: 7. August 2019. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_%C3%9Cbersicht_Naturheilkunde.pdf.

Anhang 1: Rechercheprotokoll

Um die Literaturrecherche systematisch und strukturiert zu gestalten, wurde das Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken (RefHunter) in der Version 3.0 verwendet (Hirt und Nordhausen, 2019).

Systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken: Rechercheprotokoll

Eine Beilage zu RefHunter (Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken)

Inhaltsverzeichnis Rechercheprotokoll

1	Forschungsfrage(n).....	76
2	Festlegung des Rechercheprinzips	76
3	Festlegung der Suchkomponenten.....	76
4	Festlegung der zu durchsuchenden Fachdatenbanken.....	76
5	Identifikation von synonymen Suchbegriffen	77
6	Identifikation von Schlagwörtern	78
7	Entwicklung des Suchstrings.....	79
8	Überprüfung des Suchstrings	81
9	Durchführung der Recherche	84
10	Dokumentation der Recherche	85
10.1	Anthromedics	85
10.2	CareLit.....	85
10.3	CINAHL.....	86
10.4	Google Scholar.....	86
10.5	HSE BOSS	86
10.6	PubMed	86
10.7	WLB.....	87
11	Ergänzende Recherchemöglichkeiten	88



Das Rechercheprotokoll ist eine Beilage zu RefHunter und orientiert sich an der im Manual vorgeschlagenen Vorgehensweise bei der Literaturrecherche in Fachdatenbanken. Das Rechercheprotokoll steht zur kostenlosen Nutzung zur Verfügung.

Blau-formatierte Inhalte sind entsprechend der jeweiligen Rechercheabsicht zu ersetzen.

Zitiervorschlag:

Hirt, J. & Nordhausen, T. (2019). Systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken: Rechercheprotokoll. Eine Beilage zu RefHunter (Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken). Version 1.0 (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg & FHS St.Gallen, Hrsg.), Halle (Saale) & St.Gallen. Verfügbar unter <https://refhunter.eu/rechercheprotokoll/>

Version 1.0
15. März 2019



1 Forschungsfrage(n)

Notieren Sie hier die Forschungsfrage(n).

- Welche Forschungsaktivitäten existieren im Zusammenhang mit Anthroposophischer Pflege?
- Wie wird Anthroposophische Pflege in der Fachwelt dargestellt?
- In welchen Regionen finden Forschungsaktivitäten in Bezug auf Anthroposophische Pflege statt?
- Welche Themenfelder werden in der Anthroposophischen Pflege erforscht?

2 Festlegung des Rechercheprinzips

- Sensitives Rechercheprinzip
Ziel: Umfassende Recherche bzw. möglichst alle relevanten Treffer identifizieren.
- Spezifisches Rechercheprinzip
Ziel: Möglichst rasch die wichtigsten Treffer finden.

3 Festlegung der Suchkomponenten

Definieren Sie hier die Suchkomponenten aus der Forschungsfrage.

Suchkomponente	Bezeichnung
Suchkomponente 1	Anthroposophische Pflege innerhalb des Bereichs integrative Pflege
Suchkomponente 2	Anthroposophische Pflege innerhalb des Bereichs Anthroposophische Medizin als integrative Medizin
Suchkomponente 3	
Suchkomponente 4	
Weitere Suchkomponenten	

Anmerkung für die Recherche in der vorliegenden Arbeit: Für die vorliegende Arbeit wurden keine Suchkomponenten nach einem bestimmten Schema verwendet, wie etwa BeHEMOTH oder PICO, da insbesondere letzteres inhaltlich nicht zur Forschungsfrage passt und eine Recherche ohne Schema und darin enthaltene Suchkomponenten eine breitere Suche ermöglicht.

4 Festlegung der zu durchsuchenden Fachdatenbanken

Definieren Sie hier die zu durchsuchenden Fachdatenbanken und ggf. die Suchmaschinen, mit der Sie die Fachdatenbanken durchsuchen. Halten Sie Ihre Entscheidung mit einer Begründung für die Auswahl der jeweiligen Fachdatenbank fest.

Fachdatenbank	Bezeichnung
	Begründung
Fachdatenbank 1	Anthromedics Thematischer Bezug: Komplementär- und alternativmedizinischer Schwerpunkt
Fachdatenbank 2	CareLit Bezug über die Profession Pflege
Fachdatenbank 5	CINAHL Bezug über die Profession Pflege
Fachdatenbank 3	Google Scholar Allgemeiner Wissenschaftsbezug
Fachdatenbank 4	HSE BOSS Verfügbare Literatur der HS Esslingen (Metasuchmaschine)
Fachdatenbank 4	MEDLINE via PubMed Bezug über angrenzende Berufsgruppe: Medizin
Fachdatenbank 6	Opus (Hochschulschriftenserver der HS Esslingen)

	Veröffentlichte Abschlussarbeiten: Allgemeiner Wissenschaftsbezug
Fachdatenbank 7	Württembergische Landesbibliothek Stuttgart
	Allgemeiner Wissenschaftsbezug

5 Identifikation von synonymen Suchbegriffen

Definieren Sie hier die Suchbegriffe als Stichwörter und deren Synonyme je Suchkomponente.

Suchkomponenten	Suchbegriffe
Suchkomponente 1: Anthroposophische Pflege innerhalb der integrativen Pflege	ANTHROPOSOPHISCH, ANTHROPOSOPHIC PFLEGE, NURSING, CARE ÄUßERE ANWENDUNGEN, EXTERNAL APPLICATION, EINREIBUNGEN INTEGRATIV(E), KOMPLEMENTÄR, ALTERNATIVE, COMPLEMENTARY NATURHEILKUNDE, NATUROPATHY
Suchkomponente 2: Anthroposophische Pflege innerhalb des Bereichs Anthroposophische Medizin als integrative Medizin	ANTHROPOSOPHISCH, ANTHROPOSOPHIC MEDIZIN, MEDICINE INTEGRATIV(E), KOMPLEMENTÄR, ALTERNATIVE, COMPLEMENTARY NATURHEILKUNDE, NATUROPATHY

6 Identifikation von Schlagwörtern

Definieren Sie hier die Schlagwörter für die im vorherigen Schritt festgelegten Suchbegriffe je Suchkomponente und Fachdatenbank.

Suchbegriffe	Suchkomponenten	Schlagwörter: Anthromedics	Schlagwörter: CareLit	Schlagwörter: CINAHL	Schlagwörter: Google Scholar	Schlagwörter: HSE BOSS 2
ANTHROPOSOPHISCH, ANTHROPOSOPHIC PFLEGE, NURSING, CARE MEDIZIN, MEDICINE ÄUßERE ANWENDUNGEN, EXTERNAL APPLICATION, EINREIBUNGEN INTEGRATIV(E), KOMPLEMENTÄR, ALTERNATIVE, COMPLEMENTARY NATURHEILKUNDE, NATUROPATHY	Suchkomponente 1: Anthroposophische Pflege	"ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE" "ÄUßERE ANWENDUNGEN" "PFLEGEGESTEN" "NURSING" "EXTERNAL APPLICATIONS" "PALLIATIVE CARE" "RHYTHMISCHE EINREIBUNGEN"	"ANTHROPOSOPHISCHE METHODE" "WICKEL"	"ANTHROPOSOPHY" "TERMINAL CARE" "PALLIATIVE NURSING" "SPIRITUAL CARE" "INTEGRATIVE CARE"	SCHLAGWÖRTER NICHT VERFÜGBAR	"ANTHROPOSOPHIE" "EINREIBUNG" "HAUSCHKA, MARGARETHE" "WEGMAN, ITA"
	Suchkomponente 2: Anthroposophische Medizin		"NATURHEILMITTEL"	"INTEGRATIVE MEDICINE" "ALTERNATIVE THERAPIES" "THERAPEUTIC USE"		"ALTERNATIVE MEDIZIN" "ANTHROPOSOPHISCHE MEDIZIN" "COMPLEMENTARY THERAPIES"

Suchbegriffe	Suchkomponenten	Schlagwörter: MEDLINE via PubMed	Schlagwörter: Opus	Schlagwörter: WLB	Schlagwörter:	Schlagwörter:
ANTHROPOSOPHISCH, ANTHROPOSOPHIC ANTHROPOSOPHICAL PFLEGE, NURSING, CARE "ANTHROPOSOPHIC CARE" MEDIZIN, MEDICINE INTEGRATIV(E), KOMPLEMENTÄR, ALTERNATIVE, COMPLEMENTARY NATURHEILKUNDE, NATUROPATHY	Suchkomponente 1: Anthroposophische Pflege	"ANTHROPOSOPHY" "HOLISTIC NURSING" "HOLISTIC NURSING/METHODS" "COMPLEMENTARY THERAPIES/NURSING"	SUCHE OHNE SCHLAGWÖRTER, DA FÜR EINIGE ARBEITEN KEINE SCHLAGWÖRTER ANGEBOGEN SIND	"ANTHROPOSOPHIE" "ANTHROPOSOPHY" "EINREIBUNG" "PALLIATIVPFLEGE"		
	Suchkomponente 2: Anthroposophische Medizin	"INTEGRATIVE MEDICINE/METHODS"		"ANTHROPOSOPHISCHE MEDIZIN" "INTEGRATIVE THERAPIE"		

7 Entwicklung des Suchstrings

Kombinieren Sie hier die Stich- und Schlagwörter je Suchkomponente und Fachdatenbank spaltenweise zu einem Suchstring. Integrieren Sie hier ggf. Wildcards wie bspw. Trunkierungen und legen Sie die Suchbefehle fest bzw. definieren Sie die Suchfelder, in die der Suchstring eingefügt wird.

Suchkomponente	Suchstring: Anthromedics	Suchstring: CareLit	Suchstring: CINAHL	Suchstring: Google Scholar	Suchstring: HSE BOSS 2
Suchkomponente 1: Anthroposophische Pflege innerhalb der integrativen Pflege Suchkomponente 2: Anthroposophische Pflege innerhalb des Bereichs Anthroposophische Medizin als integrative Medizin	"ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE" OR "ÄUßERE ANWENDUNGEN" OR "EINREIBUNGEN" OR "PFLEGE*" OR "NURS*" LIMITIERUNG: KEINE ARTIKEL DES PUBLIKATIONSTYPUS „MERKURSTAB VERMISCHTES“	EXPERTENSUCHE: (ALLE=ANTHROPOSOPH*) ODER SCHLAGWORT= "ANTHROPOSOPHISCHE METHODE" ODER "WICKEL" ODER "NATURHEILMITTEL"	ANTHROPOSOPHY (SUBJECT) OR "ANTHROPOSOPH* NURS*" (NO FIELDSELECTION)	"ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE" OR "ANTHROPOSOPHIC* NURS*"	SCHLAGWÖRTER: ANTHROPOSOPHIE EINREIBUNG ALTERNATIVE MEDIZIN COMPLEMENTARY THERAPIES ALLE FELDER: ANTHROPOSOPH* PFLEGE ANTHROPOSOPH* NURS* SUCHBEDINGUNG: MIT IRGEND EINEM DER WÖRTER (OR)
	AND WURDE NICHT VERWENDET, UM DIE SUCHE IN DIESEM BEREICH MÖGLICHST OFFEN ZU HALTEN				

Suchkomponente	Suchstring: MEDLINE via PubMed	Suchstring: WLB	Suchstring:	Suchstring:	Suchstring:
Suchkomponente 1: Anthroposophische Pflege innerhalb der integrativen Pflege Suchkomponente 2: Anthroposophische Pflege innerhalb des Bereichs Anthroposophische Medizin als integrative Medizin	(ANTHROPOSOPHY[MESH TERMS]) OR (ANTHROPOSOPHIC* NURS*)	SCHLAGWÖRTER: "ANTHROPOSOPH*" OR "EINREIBUNG" "ANTHROPOSOPHISCHE MEDIZIN" "INTEGRATIVE MEDIZIN" ALLE FELDER: "ANTHROPOSOPH*"		SUCHBEGRIFF 1 OR SUCHBEGRIFF 2 OR SUCHBEGRIFF 3 OR SUCHBEGRIFF 4 OR SUCHBEGRIFF 5 OR WEITERE SUCHBEGRIFFE OR SCHLAGWORT 1 OR SCHLAGWORT 2 OR SCHLAGWORT 3 OR WEITERE SCHLAGWÖRTER	SUCHBEGRIFF 1 OR SUCHBEGRIFF 2 OR SUCHBEGRIFF 3 OR SUCHBEGRIFF 4 OR SUCHBEGRIFF 5 OR WEITERE SUCHBEGRIFFE OR SCHLAGWORT 1 OR SCHLAGWORT 2 OR SCHLAGWORT 3 OR WEITERE SCHLAGWÖRTER
	AND WURDE NICHT VERWENDET, UM DIE SUCHE IN	UND WEITERER SUCHGRUPPE (AND) ALLE FELDER:		AND	AND

Suchkomponente	Suchstring: MEDLINE via PubMed	Suchstring: WLB	Suchstring:	Suchstring:	Suchstring:
	DIESEM BEREICH MÖGLICHST OFFEN ZU HALTEN	"PFLEGE**" "NURS*" "CARE" SUCHBEDINGUNG: MIT IRGENDEINEM DER WÖRTER (OR)			

Anmerkung für die Recherche in der vorliegenden Arbeit: Für die Suche wurden keine Limitierungen bezüglich Sprache oder Zeitraum gesetzt, da es passend zur Frage wichtig war, zunächst einen möglichst umfassenden Materialbestand zu erhalten. Eine Ausnahme bildet die Suche in Anthromedics. Die hier vorgenommene Limitierung war notwendig, um Treffer in Artikelform zu erhalten.

8 Überprüfung des Suchstrings

Überprüfen Sie den Suchstring bzw. die Suchstrings anhand der folgenden Kontrollfragen oder lassen diesen bzw. diese nach Möglichkeit von einer anderen Person überprüfen (PRESS 2015 Guideline Evidence-Based Checklist)⁶.

Übersetzung der Forschungsfrage(n)

Passt die Suchstrategie zu meiner Forschungsfrage?

- Ja
- Nein

Sind die Suchkomponenten klar definiert und voneinander abgegrenzt?

- Ja
- Nein

Gibt es zu wenig oder zu viele Suchkomponenten?

- Ja, zu wenig / zu viele
- Nein

Sind die Suchkomponenten zu spezifisch oder zu sensitiv?

- Ja, zu spezifisch / zu sensitiv
- Nein

Gibt es zu wenig oder zu viele Suchtreffer?

- Ja, zu wenig / zu viele
- Nein

Operatoren

Sind die Operatoren richtig eingesetzt?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Sind die Klammern im Suchstring richtig platziert?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Ist es wahrscheinlich, dass Operator NOT zum Ausschluss von potentiell relevanten Publikationen führt?

⁶ Übersetzung orientiert sich an: McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V. & Lefebvre, C. (2016). PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 75, 40-46.

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Könnte die Verwendung von Wortabstandsoperatoren zu einem präziseren Suchergebnis führen?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Wurden Wortabstandsoperatoren mit einer angemessenen Wortabstandszahl eingesetzt?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Schlagwörter

Sind alle Schlagwörter relevant?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Fehlen relevante Schlagwörter?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Sind unter- oder übergeordnete Schlagwörter zu breit oder zu nah?

- Ja, [zu breit](#) / [zu nah](#)
- Nein
- Nicht anwendbar

Wurden die Schlagwörter richtig ausgeweitet auf darunterliegende Schlagwörter?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Wurden die Subheadings richtig den Schlagwörtern zugeordnet?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Wurden für jede Suchkomponente Stich- und Schlagwörter definiert?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Stichwörter

Enthalten die Stichwörter alle relevanten Wortkombinationen?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Sind alle Synonyme definiert?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Sind Platzhalter richtig eingesetzt?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Ist die Trunkierung zu früh oder zu spät platziert?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Sind Akronyme und Abkürzungen angemessen eingesetzt und sind auch die ausgeschriebenen Begriffe integriert?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Sind die Stichwörter zu spezifisch oder zu sensitiv?

- Ja, [zu spezifisch / zu sensitiv](#)
- Nein
- Nicht anwendbar

Sind die Suchbefehle richtig eingesetzt?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Schreibweise, Syntax und Zeilenanzahl

Gibt es Rechtschreibfehler?

- Ja
- Nein

Gibt es Fehler bei der Syntax?

- Ja
- Nein

Wurden alle Suchkomponenten in den Suchstring integriert?

- Ja
- Nein

Limitationen und Suchfilter

Wurden Limitierungen und/oder Suchfilter angemessen und richtig eingesetzt?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Sind die Limitierungen und/oder Suchfilter in der jeweiligen Fachdatenbank indiziert?

- Ja (Anthromecics)
- Nein
- Nicht anwendbar

Fehlen Limitierungen und/oder Suchfilter?

- Ja
- Nein
- Nicht anwendbar

Korrektur des Suchstrings

Legen Sie hier die Korrekturen bzw. weitere Konsequenzen für das Recherchevorhaben dar.

Im Zuge der Überprüfung des Suchstrings wurden teilweise die Schlagworte und die Suchbegriffe deutlich reduziert, da Trefferzahlen von teilweise über 40.000 für die vorliegende Arbeit als nicht bearbeitbar angesehen wurden. Bei der Reduktion wurde stets die Priorisierung auf zentrale Elemente der Forschungsfragestellung berücksichtigt.

9 Durchführung der Recherche

Dokumentieren Sie hier bspw. Filter und/oder Limitierungen (bspw. in Hinblick auf die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studiaauswahl), die Sie bei der Recherche angewendet haben sowie Besonderheiten, die bei der Durchführung der Recherche in Fachdatenbanken auftraten.

Zunächst wurden die Treffer über Titel und Abstract analysiert. Dabei kamen folgende Einschlusskriterien zur Anwendung:

- Bezug zur Anthroposophie
 - Es zeigte sich, dass dieses Einschlusskriterium von Bedeutung war, da es eine hohe Anzahl von Artikeln im Bereich integrativer Pflege zu geben schien, die jedoch keinen anthroposophischen Hintergrund aufwiesen.
- Bezug zur Pflegeprofession
 - Da der Bezug zur Anthroposophie in vielen Fällen einen Bezug zu anthroposophischen Forschungsgebieten unterschiedlichster Professionen bzw. Disziplinen herstellte, war es wichtig, darauf zu achten, dass im Sinne der Fragestellung die gefundenen Quellen inhaltlich einen Bezug zur Pflege aufwiesen. Darüber hinaus wird der Begriff «pflegen» nicht nur in Zusammenhang mit der Profession verwendet, sondern auch beispielsweise in Bereichen wie: Pflege von Pflanzen.

Wenn weder im Titel noch im Abstract ersichtlich wurde, dass beide Einschlusskriterien erfüllt waren, wurde der Treffer nicht verwendet. Sobald hierüber keine klare Aussage getroffen werden konnte, wurde eine grobe Sichtung der Quelle vorgenommen, unter Berücksichtigung derselben Einschlusskriterien.

10 Dokumentation der Recherche

Dokumentieren Sie Ihre datenbankspezifischen Suchstrings mit Angabe des Suchdatums und der Suchtreffer. Ergänzend kann ein Screenshot der Bildschirmoberfläche hinzugefügt werden.

Für diese Arbeit wurde die Spalte Trefferzahl noch um „aufgenommen“ ergänzt. Damit ist die Anzahl der Treffer gemeint, die nach einer Sichtung der Titel und der Abstracts (sofern vorhanden) sowie einer ersten groben Sichtung der Arbeiten als relevant im Sinne der Forschungsfragestellung eingestuft wurde. Die aufgenommenen Treffer mussten demnach einen eindeutigen Bezug sowohl zur Anthroposophie als auch zur Pflege aufweisen. Doppelte Artikel wurden vermieden, was auch erklärt, weshalb nach unten hin weniger Artikel pro Suche übernommen wurden.

10.1 Anthromedics

Suchdatum: 13.5.2019

Suchstring online hinterlegt: Ja
 Nein

#	Eingabe	Trefferzahl
1	"ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE" OR "ÄUßERE ANWENDUNGEN" OR "EINREIBUNGEN" OR "PFLEGE*" OR "NURS*" LIMITIERUNG: KEINE ARTIKEL DES PUBLIKATIONSTYPS „MERKURSTAB VERMISCHTES“	885

10.2 CareLit

Suchdatum: 13.5.2019 und 14.5.2019

Suchstring online hinterlegt: Ja
 Nein

#	Eingabe	Trefferzahl
1	EXPERTENSUCHE: (ALLE=ANTHROPOSOPH*) ODER SCHLAGWORT= "ANTHROPOSOPHISCHE METHODE" ODER "WICKEL" ODER "NATURHEILMITTEL"	351

10.3 CINAHL

Suchdatum: 15.5.2019

Suchstring online hinterlegt: Ja
 Nein

#	Eingabe	Trefferzahl/aufgenommen
1	"ANTHROPOSOPHY" (SUBJECT) OR "ANTHROPOSOPH* NURS*" (NO FIELDSELECTION)	375

10.4 Google Scholar

Suchdatum: 13.5.2019

Suchstring online hinterlegt: Ja
 Nein

#	Eingabe	Trefferzahl/verwendet
1	"ANTHROPOSOPHISCHE PFLEGE" OR "ANTHROPOSOPHIC* NURS*"	46

10.5 HSE BOSS

Suchdatum: 13.5.2019 und 14.5.2019

Suchstring online hinterlegt: Ja
 Nein

#	Eingabe	Trefferzahl/verwendet
1 Bü- cher und mehr	SCHLAGWÖRTER: ANTHROPOSOPHIE EINREIBUNG ALTERNATIVE MEDIZIN COMPLEMENTARY THERAPIES ALLE FELDER: ANTHROPOSOPH* PFLEGE ANTHROPOSOPH* NURS* SUCHBEDINGUNG: MIT IRGEND EINEM DER WÖRTER (OR)	120
Zeit- schrif- tenar- tikel und mehr	SCHLAGWÖRTER: EINREIBUNG ALLE FELDER: ANTHROPOSOPH* PFLEGE ANTHROPOSOPH* NURS* SUCHBEDINGUNG: ODER (OR)	933
Fern- leihe	SCHLAGWÖRTER: EINREIBUNG ALLE FELDER: ANTHROPOSOPH* PFLEGE ANTHROPOSOPH* NURS* SUCHBEDINGUNG: MIT IRGEND EINEM DER WÖRTER (OR)	186

10.6 PubMed

Suchdatum: 13.5.2019

Suchstring online hinterlegt: Ja
 Nein

#	Eingabe	Trefferzahl/verwendet
1	(ANTHROPOSOPHY [MESH TERMS]) OR (ANTHROPOSOPHIC* NURS*)	249

10.7 WLB

Suchdatum: 13.5.2019

Suchstring online hinterlegt: Ja
 Nein

#	Eingabe	Trefferzahl/verwendet
Auf-sätze und mehr	SCHLAGWORTE: "EINREIBUNG" FREIE SUCHE: "ANTHROPOSOPH* PFLEGE" "ANTHROPOSOPH* NURS*" SUCHBEDINGUNG: ODER KEINE SUCHEINSCHRÄNKUNGEN	269
Fernleihe	S.O.	209
Bibliotheksbestand	S.O.	44

11 Ergänzende Recherchemöglichkeiten

- Vorwärtsgerichtete Suche

Suchdatum: TT.MM.JJJJ – TT.MM.JJJJ

- Google Scholar → wurde aus Übersichtsgründen bereits oben aufgenommen.
- Scopus
- Web of Science Core Collection
- Sonstiges: [Bezeichnung](#)

Anzahl der Runden: [Anzahl](#)

Trefferanzahl: [Anzahl](#)

- Rückwärtsgerichtete Suche

Suchdatum: TT.MM.JJJJ – TT.MM.JJJJ

- Mithilfe der manuellen Durchsicht der Literaturverzeichnisse
- Mithilfe einer Fachdatenbank:
 - Scopus
 - Web of Science Core Collection
 - Sonstiges: [Bezeichnung](#)

Anzahl der Runden: [Anzahl](#)

Trefferanzahl: [Anzahl](#)

- Handsuche

Medium	Datum	Treffer
Zeitschrift 1: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	
Zeitschrift 2: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	
Zeitschrift 3: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	
Zeitschrift 4: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	
Buch 1: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	
Buch 2: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	
Weiteres Buch: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	

- Kontaktierung von Studienautorinnen und -autoren

Autorin bzw. Autor	Datum	Treffer
Autorin 1 bzw. Autor 1: Rolf Heine	4.6.2019	3
Autorin 2 bzw. Autor 2: Christoph von Dach	4.6.2019	7
Autorin 3 bzw. Autor 3: Pirkko Tolmunen	4.6.2019	4
Autorin 4 bzw. Autor 4: Matthias Bertram	4.6.2019	1
Weitere Autorin bzw. weiterer Autor: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	

- Freie Websuche

Suchmaschine	Datum	Treffer
Suchmaschine 1: Bezeichnung (bspw. Google, ResearchGate)	TT.MM.JJJJ	
Suchmaschine 2: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	
Suchmaschine 3: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	
Suchmaschine 4: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	
Weitere Suchmaschine: Bezeichnung	TT.MM.JJJJ	

Anhang 2: Scopingtabelle

Die Ausführungen in der folgenden Tabelle 2.2.1 als Grundlage der Entwicklung von Kategorien, die Anthroposophische Pflege (AP) beschreiben. Sie soll lediglich einen Überblick geben über die Art der Literatur und ist daher in der Sprache sehr kurz und stichpunktartig verfasst. Da jede Studie mit relevanten Angaben versehen wurde, sind in den Ausführungen („Problem/Hintergrund“ bis „Ergebnisse“) keine zusätzlichen Quellenangaben gemacht worden. Zu weiteren Ausführungen zu den Spaltenbezeichnungen wird auf Abschnitt 2.2.1 verwiesen.

Die Angaben zu den jeweiligen Studien in den verschiedenen Spalten sind in der zweiten Hälfte mitunter nicht vollständig. Das liegt zum einen daran, dass teilweise nicht alle Informationen aus den Studien gewonnen werden konnten, zum anderen war teilweise die Komplexität zu hoch, um sie vollständig in der Tabelle abbilden zu können. In Extremfällen wurde dies benannt. Das Ziel dieser Tabelle soll ein Überblick sein, d.h. Angaben aus den Studien sind teilweise exemplarisch genannt worden.

Verwendete Abkürzungen und Symbole in der Tabelle:

AM	Anthroposophische Medizin
AP	Anthroposophische Pflege
CAM	Complementary and Alternative Medicine
CM	Complementary Medicine
CIM	Complementary and Integrative Medicine
CT	Complementary Therapies
RE	Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka
/	In diesem Artikel nicht von Relevanz

Aufgrund der Größe der Tabelle wurden die Scopingkategorien (siehe Abschnitt 2.2.1) für die Abbildung an dieser Stelle auf folgende Weise abgekürzt:

Titel	Titel der Studie/Arbeit
Jahr	Erscheinungsjahr
B/EC	Begutachtungsverfahren/ Ethical Clearing

Die Tabelle ist ebenfalls aufgrund ihrer Größe zweigeteilt dargestellt. Im ersten Abschnitt (bis Seite 111) finden sich die Spalten ‚Autor*innen‘ bis ‚Fragestellung/Ziel‘, im Anschluss daran folgt ‚Autor*innen‘ und ‚Design bis Methoden‘ bis ‚Ergebnisse‘.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Admi, Hanna; Eilon-Moshe, Yael; Ben-Arye, Eran	Complementary Medicine and the Role of Oncology Nurses in an Acute Care Hospital: The Gap Between Attitudes and Practice	2017	Oncology Nursing Forum	Israel	Ja/ja	Umsetzung/Bewusstsein von CM nimmt weltweit zu. Einstellung von Pflegefachkräften bezüglich CAM in der Onkologie wurde weltweit untersucht. Demnach hat die Mehrheit (66%) eine positive Einstellung dazu. Auch onkologische Patient*innen wenden CAM häufig an. Umsetzung von CAM durch Pflegenden unzureichend.	a) Das Wissen, die Einstellung zu CM und die Praxis von Pflegefachkräften beschreiben. b) Vergleich von Wissen und Einstellung zu CM von Pflegemanager*innen und Pflegefachkräften. c) Einstellung von Pflegefachkräften zur Integration von CM in die Rolle einer Onkologiepflegefachkraft im Krankenhaus.
Adolphi, Gernot; Bonse-Rohmann, Matthias; Rommel, Sybille; Kneer, Monika	Didaktische und curriculare Konsequenzen der Evaluation des Modellversuchs "PFLEGE - LEBEN: Eine generalistische Ausbildung" für die Schulentwicklung der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V.	2011	Pflegewissenschaft	Deutschland	Ja/keine Angabe	Strukturierung der Pflegeausbildung nach Lebensphasen ist nicht mehr zeitgemäß. Priorität haben grundlegende Qualifikationen für den Beruf und eine Persönlichkeitsentwicklung der Pflegenden. Die generalistische Ausbildung (Modellprojekt) an der Freien Krankenpflegeschule an der Filderklinik e.V. orientiert sich an der Anthroposophie Rudolf Steiners. Förderung durch Stiftungen und Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg	Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines generalistisch ausgerichteten Curriculums mit Ausrichtung an der Anthroposophie Rudolf Steiners.
Ammende, Ranier; Tewes, Renate	Integrative Nursing in Germany. Buchbeitrag in: Kreitzer, Koithan (Hg.) 2014: Integrative Nursing	2014	Oxford University Press (Sammelwerk)	USA	/	Das Werk stellt integrative Pflege in einem Überblick dar (Konzepte, Methoden etc.). Ein Abschnitt widmet sich der integrativen Pflege in unterschiedlichen Ländern. Das untersuchte Kapitel beschreibt integrative Pflegemethoden in Deutschland. Hierin findet sich ein Abschnitt zur Anthroposophischen Pflege.	Darstellung der integrativen Pflege in Deutschland

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Andermo, Susanne; Hök, Johanna; Sundberg, Tobias; Arman, Maria	Practitioners' use of shared concepts in anthroposophic pain rehabilitation	2017	Disability and Rehabilitation	Schweden	Ja/ja	Hohe Prävalenz chronischer Schmerzen (zwischen 10% und 30%) in der erwachsenen Bevölkerung in Europa. Für Betroffene erhebliches Leiden mit zusätzlichen Symptomen und psychosozialen Folgen, können das ganze Leben betreffen. Chronische Schmerzen dominieren oft die gesamte Existenz, was zu Chaos, Verlust von Selbstgefühl und einem Dualismus zwischen dem Selbst und dem schmerzenden Körper führt. Biopsychologischer Ansatz für die Begleitung von Menschen mit chronischen Schmerzen in der Literatur empfohlen. Wissen über solche Ansätze noch sehr begrenzt. Im anthroposophischen Versorgungsansatz sind solche Ansätze zu finden.	Über die Bedeutung der Konzepte anthroposophischer Praktizierender zur Begleitung von Menschen mit chronischen Schmerzen aufzuklären.
Arman, Maria; Alvenäng, Anica; Madani, Nadia El; Hammarqvist, Anne-Sofie; Ranheim, Albertine	Caregiving for existential wellbeing: existential literacy. A clinical study in an anthroposophic healthcare context	2013	International Practice Development Journal	Schweden	Ja/ja	In der Literatur wird ein mangelndes Verständnis von spiritueller Pflege beschrieben. Dabei sind Existenzfragen nach Leben, Tod, Sinn, Liebe, Verletzlichkeit, Verantwortung und Abhängigkeit von Bedeutung.	Im Setting eines anthroposophischen Krankenhauses, mit Unterstützung eines anthroposophischen und fürsorglichen wissenschaftlichen Menschenbildes und anhand konkreter Beispiele soll ein Verständnis der Betreuung von onkologischen Patient*innen in lebensentscheidenden Phasen der Versorgung und Rehabilitation entwickelt und vertieft werden.
Arman, Maria; Backman, M.	A longitudinal study on women's experiences of life with breast cancer in anthroposophical	2007	European Journal of Cancer Care	Schweden	ja/ja	Vorhergehende Ergebnisse einer Studie in verschiedenen Pflegesettings haben beschrieben, dass Frauen mit Brustkrebs, die in anthroposophischen Kliniken aufgenommen wurden, eine geringere Lebensqualität (QOL) aufwiesen, als in Einrichtungen mit konventioneller Pflege und dass diese Werte nach einem Jahr deutlich angestiegen sind.	Die Studie untersucht die Lebenserfahrung von Frauen mit Brustkrebs innerhalb eines einjährigen Follow-up der ursprünglichen Studie.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
	(complementary) and conventional care						
Arman, M.; Rehnfeldt, A.; Carlsson, M.; Hamrin, E.	Indications of change in life perspective among women with breast cancer admitted to complementary care	2001	Eur J Cancer Care (European Journal of Cancer Care)	Schweden	Ja/ja	Brustkrebs: Häufigste Krebsform bei Frauen in westlichen Ländern. Medizinische Maßnahmen machen Fortschritte. Wirkungen und Nebenwirkungen von Diagnostik und Therapie weitgehend bekannt. Tiefere Einsichten darüber, was es bedeutet, Brustkrebs zu haben, ist dagegen wenig erforscht.	Generieren: Von Frauen wahrgenommene Ursachen von Brustkrebs und Aspekte, die dabei für die Frauen von Bedeutung sind.
Arman, Maria; Hammarqvist, Anne-Sofie; Kullberg, Anna	Anthroposophic health care in Sweden – a patient evaluation	2010	Complementary Therapies in Clinical Practice	Schweden	Ja/ja	Mindestens 25 Krankenhäuser in Europa bieten AM als eine CAM, integriert in eine konventionelle Versorgung an. Auch wenn die Forschung noch relativ jung ist, existieren bereits einige Studien. Nicht nur zu CAM im Allgemeinen, sondern auch zu AM im Besonderen. Forschungen zeigen, dass ein großer Teil der schwedischen Bevölkerung CAM-Methoden nutzt.	Erfassung/Bewertung: Anwendung AM für Patient*innen in Östergötland, Kreisverwaltung in Südostschweden. Bewertung aus der Sicht der Patient*innen. Vergleich der Ergebnisse mit Ergebnissen innerhalb konventioneller Versorgung in Schweden.
Arman, Maria; Hök, Johanna	Self-care follows from compassionate care – chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation	2015	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Schweden	Ja/ja	Das langfristige Ergebnis jeder Intervention bei Menschen mit chronischen Schmerzen hängt von der Fähigkeit der Patient*innen zur Selbstpflege ab. Es ist unklar, welche Art von Pflege die Gesundheit dieser Patient*innen verbessern kann. Frühere Studien zu einem anthroposophisch, integrativen Gesundheitskontext haben vielversprechende Ergebnisse für die langfristige Gesundheit der Patient*innen gezeigt. Fraglich ist, welche Art von Pflege die Gesundheit dieser Patient*innen verbessern kann.	Der vorliegende Artikel untersucht Selbstpflege anhand von Beispielen von Patient*innen mit chronischen Schmerzen, die in einem anthroposophischen Krankenhaus eine integrative Gesundheitsversorgung erhielten.
Arman, Maria;	Anthroposophic health	2008	Scandinavian	Schweden	Ja/ja	Vorhergehende Studien zeigten, dass AP bzw. Versorgung einen Einfluss auf	Das vorliegende Projekt zielt darauf ab, ein Verständnis dafür zu

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Ranheim, Albertine; Rehnsfeldt, Arne; Wode, Kathrin	care – different and home-like		Journal of Caring Sciences			die Sicht der Patient*innen auf ihr eigenes Leben, ihre Lebensqualität, ihre Lebenszufriedenheit und ihren Einfluss auf Krankheiten hat.	vertiefen, was eine gute Versorgung aus Sicht der Patient*innen ausmacht, um das Leiden der Patient*innen zu lindern und klinische Marker dafür zu identifizieren. Vor dem Hintergrund, dass anthroposophische Versorgungsansätze mit ganzheitlichen Ideen verbunden sind, soll untersucht werden, was in einem anthroposophischen Versorgungsansatz als nützlich oder schwierig empfunden wird.
Axtner, Jan; Steele, Megan; Kröz, Matthias; Spahn, Günther; Matthes, Harald; Schad, Friedemann	Health services research of integrative oncology in palliative care of patients with advanced pancreatic cancer	2016	BMC cancer	Deutschland	Ja/ja	Bauchspeicheldrüsenkrebs hat eine schlechte Prognose und ist mit hoher Mortalität verbunden. Palliativpatient*innen haben besondere Bedürfnisse und suchen oft Hilfe in integrativen onkologischen Konzepten, die konventionelle und komplementäre Therapien kombinieren. Es gibt in den aktuellen Krebsrichtlinien nur wenige Empfehlungen zu integrativen onkologischen Konzepten.	Ziel dieser Studie war es, über die Umsetzung von integrativen onkologischen Konzepten in der täglichen Palliativmedizin zu berichten und das Patient*innenüberleben bei fortgeschrittenem Bauchspeicheldrüsenkrebs zu analysieren.
Baars, Erik W.; Kiene, Helmut; Kienle, Gunver S.; Heusser, Peter; Hamre, Harald J.	An assessment of the scientific status of anthroposophic medicine, applying criteria from the philosophy of science	2018	Complementary Therapies in Medicine	Deutschland/Niederlande	Ja//	AM ist in den 1920 Jahren entstanden und hat sich seitdem weltweit entwickelt. Ihr wissenschaftlicher Status wurde jedoch wiederholt in Frage gestellt.	Den wissenschaftlichen Stand der Anthroposophischen Medizin (AM) zu bewerten nach Abgrenzungskriterien, die in der zeitgenössischen Wissenschaftsphilosophie vorgeschlagen werden.
Bächle-Helde, Bernadette	Sind alternative Pflegemethoden evidenzbasiert?	2011	Pflegewissenschaft	Deutschland	Ja//	Wickel und Auflagen werden bei verschiedenen Symptomen in der Pflege eingesetzt.	Übersicht darüber, inwieweit Wickel und Auflagen in der Pflege effektiv und evidenzbasiert sind.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Baldi, Vivian Melhado	Enfermagem e Antroposofia: uma possibilidade de dialogo	2003	Universität Sao Paulo: Dissertation	Brasilien	/	nicht beurteilbar	Ziel war es, die Dialogmöglichkeit zwischen Anthroposophie und professioneller Pflege zu untersuchen.
Ben-Arye, Eran; Kes-het, Yael; Livas, Maria; Breitkreuz, Thomas	Crossing the death threshold: experiencing multi-disciplinary end-of-life integrative oncology training	2018	Supportive Care in Cancer: official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer	Israel, Deutschland	Ja//	CIM wird in onkologischen Versorgungszentren als unterstützende Krebsbehandlung anerkannt. Forschungsergebnisse zur medizinischen Ausbildung von CIM-Praktikern in der End-of-Life-Betreuung sind begrenzt.	Untersuchung der Auswirkungen einer multidisziplinären End-of-Life-Ausbildung in kulturell unterschiedlichen Gruppen von CIM-geschulten Gesundheitspraktiker*innen, die in integrativen onkologischen Versorgungseinrichtungen in Deutschland und Israel arbeiten.
Ben-Arye, Eran; Shulman, Bella; Eilon, Yael; Woitiz, Rachel; Cherniak, Victoria; Shalom Sharabi, Ilanit; Sher, Osnat; Reches, Hiba; Katz, Yfat; Arad, Michal; Schiff, Elad; Samuels, Noah; Caspi, Ofer; Lev-Ari, Shahr;	Attitudes Among Nurses Toward the Integration of Complementary Medicine Into Supportive Cancer Care	2017	Oncology Nursing Forum	Israel	Ja/ja	Weltweit integrieren Onkologiezentren CIM. Forschungen haben bei krebserregenden Symptomen positive Wirkungen gezeigt. Es bestehen jedoch auch Sicherheitsbedenken hinsichtlich der Verwendung von pflanzlichen Medikamenten.	Erforschung der Einstellung von Pflegefachkräften, die Onkologiepatient*innen behandeln, zum Einsatz von CIM zur Symptomreduzierung und Verbesserung der Lebensqualität (QOL).

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Frenkel, Moshe; Agbarya, Abed; Admi, Hana							
Bertram, Mathias	Der therapeutische Prozess als Dialog – Strukturphänomenologische Untersuchung der Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka – Witten/Herd-ecke, Univ., Diss, 2005	2005	Universität Witten/Herd-ecke. Verlag: Pro Business	Deutschland	//ja	RE gehören zu den komplementären Pflegemethoden, werden seit den 1920er Jahren (weiter)entwickelt und in Ausbildungen integriert. Die Wirkungen von RE sind vielfältig und lassen sich nicht auf einzelne Symptome reduzieren und können eine ganze Reihe von Reaktionen auslösen.	Wissenschaftliche Exploration und Validierung der Wirkung der RE.
Bertram, Mathias; Kolbe, Harald	Dimensionen therapeutischer Prozesse in der Integrativen Medizin – Ein ökologisches Modell	2016	Springer Fachmedien Wiesbaden: Sammelwerk	Deutschland	/	Integrative Therapieverfahren sind sehr geschätzt, vielfältig, stellen in vielen Fällen eine Ergänzung zu naturwissenschaftlichen Therapien dar, haben oft den Vorteil nebenwirkungsärmer zu sein als allopathische Medikamente. Teilweise folgen sie der Ratio der naturwissenschaftlichen Medizin, teilweise haben sie eigene, mehrdimensionale Erklärungsmuster. Die Wirkungen sind vielfältig. Eine Kombination integrativer und konventioneller Methoden, wird mitunter gewünscht, findet jedoch nicht statt.	Das Buch verfolgt das Ziel, erfahrene Anwender*innen aus der AM und der forensischen Psychiatrie zu unterschiedlichen Interventionen oder Therapieverfahren zu Wort kommen zu lassen. Die Erfahrungen der Anwender*innen sollen interpretiert werden und daraus ein Modell, das ökologische Modell, generiert werden.
Bertram, Mathias; Ostermann, Thomas;	Evaluation der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie	2009	Pflege	Deutschland	Ja/eigene Reflexion	Es existiert keine allgemeingültige Definition von psychiatrischer Pflege. Dies gilt auch für die anthroposophisch erweiterte psychiatrische Pflege.	Rekonstruktion typischer Pflegesituationen und die durch sie ausgelösten pflegerischen Interventionsmuster im Setting einer

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Adam, Klaus; Alva-ter, Thomas; Gude, Dieter; Heinis, Renate; Löber, Reinhard; Roknic, Marko; Steger, Lucia	– ein Praxisforschungsprojekt an der Friedrich-Husmann-Klinik bei Freiburg im Breisgau				(transparent)		anthroposophisch geführten psychiatrischen Fachklinik. Darüber hinaus die Spezifika AP innerhalb der psychiatrischen Pflege zu benennen.
Bertram, Mathias; Ostermann, Thomas; Matthiesen, Peter E.	Erforschung der Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka – eine strukturelle phänomenologische Untersuchung	2005	Pflege	Deutschland	Ja/eigene Reflexion (transparent)	In den 1990er Jahren wurde mit der Forschung zu Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka (RE) als pflegewissenschaftlicher Beitrag zur Anerkennung komplementärer Pflegemethoden begonnen.	Was sind typische psychosomatische Reaktionsweisen von Patient*innen auf eine RE?
Böhm, Irene	Komplementäre Pflegemethoden in stationären Einrichtungen der Palliative Care von TumorpatientInnen in Österreich	2011	Universität Wien: Diplomarbeit	Österreich	/	Onkologische Erkrankungen sind trotz medizinischen Fortschritts nach wie vor nicht heilbar. Betroffene leiden meist an vielfältigen Symptomen, denen mit konventionellen Methoden nicht ausreichend beizukommen ist.	Darstellung der Geschichte und aktuellen Situation der Palliative Care. Erhebung und Darstellung komplementärer Pflegemethoden als ergänzende Ressource um Nebenwirkungen von Medikamenten zu mindern, Schmerzen zu reduzieren und Wohlbefinden zu fördern.
Buess-Willi, Claudia Maria	Äussere Anwendungen in der Pflege beim Phänomen tumorbedingter Fatigue	2011	FHS St. Gallen: Masterarbeit	Schweiz	/	90% der Tumorpatient*innen leiden unter Fatigue. Fatigue geht oft einher mit Schlafstörung, Schmerz, Depression. Man geht von einem fortschreitenden Verlauf aus. Patient*innen im palliativen Setting sind betroffen. Äußere	Was sind Äußere Anwendungen in der Pflege? Welche Behandlungen beeinflussen weshalb und wie das Phänomen Fatigue?

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
						Anwendungen als Bereich der Komplementärmedizin stellt aufgrund einer hermeneutischen, holistischen Haltung einen Schlüsselbereich in der Behandlung von Fatigue dar.	
Büssing, Arndt; Lötze, Désirée; Glöckler, Michaela; Heusser, Peter	Influence of spirituality on cool down reactions, work engagement, and life satisfaction in anthroposophic health care professionals	2015	Evidence-based Complementary and Alternative Medicine: eCAM	Deutschland, Schweiz	Ja/keine Angabe	Aus verschiedenen Gründen ist das Stresspotenzial für Angehörige der Gesundheitsberufe in den letzten Jahrzehnten gestiegen (Kostendruck, Arbeitsbelastung etc.), hinzu kommen Lebensunzufriedenheit, Erschöpfung etc. Unter dem Begriff "Cool-Down-Reaktionen" werden Erfahrungen von emotionaler Erschöpfung und Distanz zu den Patient*innen zusammengefasst. Da für Patient*innen Spiritualität eine Ressource darstellt, gehen die Autor*innen davon aus, dass dies auch auf Beschäftigte in Gesundheitsberufen zutreffen kann.	Diese Studie zielte darauf ab, zu analysieren, ob Spiritualität eine Ressource für Gesundheitsberufe ist, um mit zunehmendem Stress und zunehmender Arbeitsbelastung umzugehen, insbesondere um Zusammenhänge zwischen "Cool-Down-Reaktionen" (die eine emotionale Distanz zu Patient*innen und/oder ein reduziertes Engagement als Strategie zum Schutz der eigenen Funktionalität beschreiben), Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit zu analysieren. Setting AM, weil ein einzigartiger Zugang zu verschiedenen Aspekten der Spiritualität besteht.
Carlsson, M.; Arman, M.; Backman, M.; Hamrin, E.	Perceived quality of life and coping for Swedish women with breast cancer who choose complementary medicine	2001	Cancer Nursing	Schweden	Ja/ja	Die Studie ist Teil einer großen klinisch kontrollierten Studie über die Lebenssituation von Patient*innen mit Brustkrebs.	Vergleich: Zwei Gruppen von Patient*innen mit Brustkrebs mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen hinsichtlich der wahrgenommenen Lebensqualität/Lebenszufriedenheit und der Bewältigung
Carlsson, Marianne; Arman, Maria; Backman, Marie; Flatters,	A Five-year Follow-up of Quality of Life in Women with Breast Cancer in	2006	Evidence-based Complementary and Alternative	Schweden	Ja/ja	CAM wird von vielen Krebspatient*innen genutzt, Tendenz steigend.	Ziel ist es, die Lebenszufriedenheit von Patient*innen mit Brustkrebs innerhalb von 5 Jahren mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen zu erfassen (AM und konventionelle Medizin).

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Ursula; Hatschek, Thomas; Hamrin, Elisabeth	Anthropo- sophic and Conventional Care		Medicine: eCAM				
Carlsson, Marianne; Arman, Ma- ria; Back- man, Marie; Hamrin, Elisabeth	Coping in women with breast cancer in complemen- tary and con- ventional care over 5 years measured by the mental ad- justment to cancer scale	2005	Spiritual Care	Schweiz	Ja/ja	Spiritualität spielt in Aus- und Weiterbil- dung eine geringe Rolle. Gleichzeitig ist das Berufsbild der Pflegefachpersonen stark geprägt von der Ansicht, dass Pflege spirituell sein sollte. Ausgangs- punkt der Studie bildet das Spannungsfeld zwischen der eigenen Spiritualität und evidenzbasierter Medizin.	a) Welche Bedeutung hat Spirituali- tät für das Berufsverständnis? b) Welchen Nutzen hat die Bearbei- tung des Themas Spiritualität für das persönliche Befinden von Pfl- gefachpersonen? c) Wie sehen das berufliche Umfeld und die Anfor- derungen der Institutionen an die Pflegefachpersonen aus? d) Was sind die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung?
Dahlberg, Helena; Ranheim, Albertine; Dahlberg, Karin	Ecological car- ing – Revisit- ing the original ideas of caring science	2016	Interna- tional Jour- nal of Qual- itative Stud- ies on Health and Well-being	Schweden	Ja/ja	In Pflege und Gesundheitswissenschaf- ten ist seit den 1990er Jahren eine Be- wegung und quasi-wissenschaftliche Richtung entstanden mit einem holisti- schen oder ganzheitlichen Menschen- bild. Sie wird als eine Antwort auf das dualistische Weltbild aus der Medizin verstanden, in dem Körper und Seele nicht als Einheit, sondern als Gegens- ätze angesehen werden. Eine Nichtan- erkennung der holistischen Pflege und Versorgungswissenschaft, die Körper Geist und Seele so mit einbezieht, ohne Fachwissen, Erfahrung und Wissen- schaft außer Acht zu lassen, führt zu ei- ner Polarisierung. Ein Ansatz, der beide Perspektiven vereint (naturwissenschaft- lich und biologisch basiert und human- wissenschaftlich, ganzheitlich), ist die Lebenswelttheorie, die ihre Ursprünge in der Phänomenologie hat.	Ziel ist es, den Begriff der holisti- schen Pflege mit der Absicht zu er- forschen, ihn zu einem Begriff der ökologischen Pflege zu erweitern und so die ursprünglichen Ideen der Pflegewissenschaft wieder auf- zugreifen.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Deckers, Bernhard; Schoen-Angerer, Tido von; Voggenreiter, Bernd; Vagedes, Jan	External Nursing Applications in the Supportive Management of Prolonged Postoperative Ileus: Description of Interventions and Case Report	2016	Holistic Nursing Practice	Deutschland	ja//	Prolongierter postoperativer Ileus ist ein häufiges, klinisch anspruchsvolles Problem, das zu Beschwerden der Patient*innen und einem längeren Krankenhausaufenthalt führt; der Zustand wird durch ein multimodulares Programm von unterstützenden Maßnahmen gesteuert. In der AP beinhaltet die Behandlung des verlängerten postoperativen Ileus zusätzliche Hilfsmittel, darunter externe Bauchkompressen und Massagen mit pflanzlichen oder silberhaltigen Ölen und Salben.	Ziel dieses Artikels ist es, einen anthroposophischen Pflegeansatz zur Behandlung des verlängerten postoperativen Ileus zu beschreiben und durch einen Fallbericht (Case Report) zu veranschaulichen.
Domeisen Benedetti, Franzisca	Kommunikation und Interaktion am Lebensende – eine Betrachtung der institutionalisierten Palliative Care	2018	Hochschule für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften sowie Internationale Beziehungen (HSG): Dissertation	Schweiz	//Ja	Kommunikation bzw. Interaktion am Lebensende befindet sich in einem Spannungsfeld zwischen Wiederbelebung des Todes und Tabu. Die Anforderungen an Spezialist*innen des palliativen Konsiliardienstes sind hoch. Kernaufgabe dieser Spezialist*innen ist Kommunikation und Interaktion am Lebensende.	Spezialist*innen des palliativen Konsiliardienstes eines Krankenhauses erlebten zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn kognitive Dissonanz in der Betreuung und Behandlung von schwerkranken und sterbenden Patient*innen. Dies und das Interesse für Grenzsituationen waren Motivatoren für den Einstieg.
Fekete Nuñez, Helena Maria	Enfermagem Antroposófica - Uma visão histórica, ético-legal e fenomenológica	2008	Universidade de São Paulo: Dissertation	Brasilien	//keine Angabe	Theorien R. Steiners wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf verschiedene wissenschaftliche Bereiche übertragen und mit ihnen eine Weltsicht, die über eine reine Anthropologie hinausgeht und kosmische Aspekte mit einbezieht. Die AP stimmt mit ganzheitlichen Pflege-theorien wie z. B. Martha Rogers überein. Seit den 1970er Jahren wird AP in Brasilien ergänzend eingesetzt. Der wachsende Einfluss der Anthroposophischen Pflege auf die Entwicklung integraler	Charakterisierung von Pflegefachkräften, die anthroposophische Pflegemaßnahmen praktizieren, und Beschreibung ihrer beruflichen Erfahrung. Analyse rechtlicher und ethischer Gesichtspunkte, Darstellung, was diese Pflegefachkräfte in Bezug auf AP und ihre Zukunft sehen, sowie Identifikation von Schwierigkeiten in der Praxis.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
						Gesundheitsmaßnahmen hat diese Studie motiviert.	
Floriani, Ciro Augusto	Anthroposophy and Integrative Care at the End of Life	2016	Alternative and Complementary Therapies	Brasilien	/	Das anthroposophische Versorgungsmodell für Patient*innen mit fortgeschrittenen und/oder unheilbaren Erkrankungen bietet den Fachkräften Instrumente, die den Patient*innen helfen, einen sanfteren Sterbe- und Todesprozess zu ermöglichen und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass dies eine Zeit der potenziellen Veränderung und des inneren Wachstums ist.	Anthroposophisches Know-how in Bezug auf die End-of-Life-Versorgung darzustellen und Parallelen zwischen dem anthroposophischen Paradigma und dem "Guten-Todes-Modell" der modernen Hospizbewegung zu ziehen.
Gijsberts, M. J. H. E.; van der Steen, J. T.; Muller, M. T.; Deliens, L.	Zorg aan het levenseinde bij bewoners met dementie in antroposofische en reguliere verpleeghuizen. Een pilot studie	2008	Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie	Niederlande	nicht beurteilbar	Jedes Jahr sterben mehr als 20.000 Menschen mit Demenz in niederländischen Pflegeheimen und diese Zahl steigt stetig. Daher ist die Bedeutung einer guten Betreuung am Ende des Lebens für diese Patient*innen, einschließlich der physischen, psychosozialen und spirituellen Versorgung, offensichtlich. Obwohl die Ausbildungen für niederländische Pflegeheimärzte und Pflegefachkräfte einen gemeinsamen Standard haben, kann die Philosophie eines Pflegeheims die Pflege der Bewohner*innen beeinflussen.	Vergleich anthroposophischer End-of-Life-Betreuung mit konventioneller.
Gunawan, Stefanus; Arnoldussen, Marijn; Gordijn, Maartje S.; Sitaresmi, Mei N.; van de Ven, Peter M.; Broeke, Chloé	Comparing Health-Care Providers' Perspectives on Complementary and Alternative Medicine in Childhood Cancer Between	2016	Pediatric Blood & Cancer	Indonesien, Niederlande	Ja/ja	Der Einsatz von CAM ist bei onkologischen Patient*innen im Kindesalter weit verbreitet. Gesundheitsversorger sollten diesem Bedürfnis angemessen begegnen. Geographische und kulturelle Unterschiede sind wahrscheinlich.	Die Studie untersucht Perspektiven von Gesundheitsversorgern auf CAM, die in den Niederlanden und Indonesien an der Betreuung krebskranker Kinder beteiligt sind.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
A. M. ten; Veerman, Anjo J. P.; Mantik, Max; Kaspers, Gertjan J. L.; Mostert, Saskia	Netherlands and Indonesia						
Hamre, Harald J.; Glockmann, Anja; Schwarz, Reinhard; Riley, David S.; Baars, Erik W.; Kiene, Helmut; Kienle, Gunver S.	Antibiotic Use in Children with Acute Respiratory or Ear Infections: Prospective Observational Comparison of Anthroposophic and Conventional Treatment under Routine Primary Care Conditions	2014	Evidence-based Complementary and Alternative Medicine: eCAM	Deutschland, Österreich, USA, Niederlande	Ja//	Antibiotikaresistenzen sind ein großes Problem der öffentlichen Gesundheit. Dennoch werden oft unnötig Antibiotika bei Kindern mit Atemwegs- oder Ohrinfektionen verschrieben. Anthroposophische Behandlungsmethoden umfassen anthroposophische Medikamente, nicht-medikamentöse Therapien und in indizierten Fällen auch Antibiotika.	Ziel dieser Analyse war es, den Antibiotikaeinsatz bei Kindern, die für akute Atemwegs- oder Ohrinfektionen unter Routinebedingungen der Primärversorgung durch A- bzw. C-Ärzte (anthroposophische und C=konventionelle) behandelt wurden, zu vergleichen und Faktoren zu untersuchen, die mit dem Antibiotikaeinsatz verbunden sind.
Hayes, Kathleen M.; Alexander, Ivy M.	Alternative Therapies and Nurse Practitioners: Knowledge, Professional Experience, and Personal Use	2000	Holistic Nursing Practice	USA	Keine Angaben	Einsatz alternativer Therapien in den USA weit verbreitet. Tendenz steigend. Dabei sind Faktoren für den Einsatz von alternativen Therapien: Höhere Bildung, schlechterer Gesundheitszustand, Veränderungen in der Sicht auf die Welt (Weltbild), Identifikation einer kulturellen Strömung wie etwa Feminismus, Spiritualität etc. Zwei Drittel berichten, dass alternative Therapien ein wichtiges Kriterium bei der Wahl einer Krankenkasse sei. Auf dieses Bedürfnis reagierend, haben die Krankenkassen alternative	Die vorliegende Studie wurde entwickelt, um festzustellen, inwieweit Pflegefachkräfte in Connecticut über alternative Therapien informiert und erfahren sind.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
						Therapien in ihre Kataloge aufgenommen und an den Universitäten wurden Inhalte integriert. Hinzu kam ein nationales Zentrum um Forschung zu generieren. In Pflegestudiengängen waren alternative Therapien auch aus traditioneller Hinsicht immer verortet. Wie Pflegenden dazu tatsächlich informiert sind, ist jedoch nicht untersucht.	
Heinz, Jürgen; Fiori, Wolfgang; Heusser, Peter; Ostermann, Thomas	Cost Analysis of Integrative Inpatient Treatment Based on DRG Data: The Example of Anthroposophic Medicine	2013	Evidence-based Complementary and Alternative Medicine: eCAM	Deutschland	Ja//	Bisher wurde viel geforscht, um die Wirkung von integrativer Therapie von stationären Patient*innen darzustellen. Kosten wurden dabei bisher noch wenig evaluiert.	Evaluation der Kosten für die stationäre Behandlung an drei anthroposophischen Krankenhäusern in Deutschland.
Järemo, Pirjo; Arman, Maria	Causes of illness-constraining and facilitating beliefs	2011	International Journal of Nursing Practice	Schweden	Ja/ja	Die Ursachen von Krankheiten sind öffentliches Interesse. Studien konnten zeigen, dass die Öffentlichkeit über tatsächliche Ursachen von Krankheiten unterschiedlich denkt. Infolgedessen könnten Patient*innen eine Versorgung aufsuchen, die ihren Überzeugungen entspricht. Dies könnte das wachsende Interesse an CAM-Methoden erklären. CAM könnte eine Brücke bilden zur Schulmedizin.	Wissen über die Überzeugungen von Patient*innen im Zusammenhang mit verschiedenen Arten von Krankheiten zu vertiefen und zu beschreiben und damit ein Verständnis zu schaffen für die Einstellungen der Patient*innen in Bezug auf ihre Erkrankungen und deren Ursachen.
Jong, Mats; Lundqvist, Veronica; Jong, Miek C.	A cross-sectional study on Swedish licensed nurses' use, practice, perception and knowledge	2015	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Niederlande, Schweden	Ja/nein Angabe: nicht erforderlich nach	Es gibt keine Daten über den Prozentsatz der examinierten Pflegefachkräfte in Schweden, die eine Form der Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) ausüben.	Den Einsatz, die Praxis, die Wahrnehmung und das Wissen über CAM bei einer repräsentativen Stichprobe von lizenzierten Pflegefachkräften in Schweden zu untersuchen.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
	about complementary and alternative medicine				schwe- di- schem Recht		
Klafke, Nadja; Joos, Stefanie	Naturheilverfahren, komplementäre und integrative Therapien in Deutschland	2017	Forum	Deutschland	Ja//	Die Inanspruchnahme von Verfahren aus der komplementären und integrativen Medizin (CIM) ist in der deutschen Allgemeinbevölkerung stark verbreitet, insbesondere bei chronisch Kranken, darunter viele Patient*innen mit onkologischen Erkrankungen.	Bestandsaufnahme von CIM in Deutschland
Klein, Sabine; Kohler, Sara; Krüerke, Daniel; Templeton, Arnoud; Weibel, Adrian; Haraldsson, Erlendur; Nahm, Michael; Wolf, Ursula	Erfahrungen am Lebensende: Eine Umfrage bei Ärzten und Pflegenden eines Spitals für anthroposophisch erweiterte Medizin	2018	Complementary Medicine Research	Schweiz	Ja/keine Angabe	Der mentale Zustand sterbender Personen in den letzten Lebenswochen ist bisher wenig erforscht. Bekannt ist, dass Spiritualität in dieser Phase an Bedeutung gewinnt. In der Anthroposophie wird ein Lösen von Seele und Geist von dem Körper im Sterben gesprochen.	Spirituelle Erfahrungen mit Patient*innen am Lebensende von Pflegenden und Ärzt*innen an einem anthroposophischen Krankenhaus
Koster, Evi B.; Baars, Erik W.; Delnoij, Diana M. J.	Patient-centered outcomes on quality of life and anthroposophic healthcare: a qualitative triangulation study	2016	Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation	Niederlande	Ja/ja	In den letzten zwei Jahrzehnten haben bei der Bewertung von Gesundheitsleistungen die Patient*innenperspektiven immer mehr zugenommen. Um anthroposophische Gesundheitsversorgung adäquat beurteilen zu können, ist es wichtig, zu erforschen, was in diesem Bereich aus Patient*innenperspektive hohe Bedeutung hat.	Wichtige Aspekte der Lebensqualität und anderer wahrgenommener Behandlungseffekte der anthroposophischen Gesundheitsversorgung aus Patient*innenperspektive zu entwickeln.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Läengler, Alfred; Spix, Claudia; Edelhäuser, Friedrich; Martin, David D.; Kameda, Genn; Kaatsch, Peter; Seifert, Georg	Anthroposophic Medicine in paediatric oncology in Germany: results of a population-based retrospective parental survey	2010	Pediatric Blood & Cancer	Deutschland	Ja/ja	AM ist im deutschsprachigen Raum der am häufigsten eingesetzte CAM-Einsatz.	Unterschiede zwischen AM-Anwender*innen und Anwender*innen anderer CAM-Methoden innerhalb der pädiatrischen Onkologie.
Ostermann, Thomas; Bertram, Mathias; Büssing, Arndt	A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation	2010	BMC Complementary and Alternative Medicine	Deutschland	Ja/keine Angabe	Neurologische Rehabilitation ist eine der betreuungsintensivsten Herausforderungen des Gesundheitswesens und erfordert pflegerisches und therapeutisches Fachwissen.	Auswirkungen eines teambildenden Prozesses auf das wahrgenommene Arbeitsumfeld, die selbstbeschriebene Fachkompetenz, die Lebenszufriedenheit, die Kundenzufriedenheit in einer anthroposophischen Fachklinik für neurologische Erkrankungen.
Ozolins, Lise-Lotte; Hörberg, Ulrica; Dahlberg, Karin	Caring touch – patients' experiences in an anthroposophic clinical context	2015	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Schweden	Ja/ja	Berührung (Touch) wird seit tausenden von Jahren in der Unterstützung von Heilung und Wohlbefinden eingesetzt. Berührung ist ein zentrales Element der Pflege.	Ziel ist, das Phänomen Caring Touch aus Sicht der Patient*innen zu untersuchen und phänomenologisch zu beschreiben.
Ponstein, Anne S.; Zwart, Christof A.; Gerven, Marko, van;	The Development of an Anthroposophic, Whole Medical System, Healthcare Program for	2017	Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)	Niederlande	Ja/keine Angabe	In der konventionellen Medizin werden regelmäßig aktualisierte, beschwerdespezifische, gruppenorientierte Standards und Richtlinien favorisiert. Die Gesundheitsrichtlinie in den Niederlanden unterstreicht dabei die evidenzbasierte Praxis. AM ist ein ganzheitliches	Entwicklung eines Whole Medical System Gesundheitsprogramms mit Berücksichtigung von Sicherheit und Kostenauswirkungen, als Alternative zu gruppenorientierten Richtlinien, als Grundlage für zukünftige Studien, am Beispiel von

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Baars, Erik W.	Patients with Depressive Disorders					Medizinsystem (Whole Medical System) und benötigt daher Diagnose-/Behandlungsprotokolle, die eine individuelle ganzheitliche Betrachtung ermöglichen.	mittelschweren depressiven Störungen.
Ranheim, Albertine; Kärner, Anita; Arman, Maria; Rehnsfeldt, Arne Wilhelm; Berterö, Carina	Embodied reflection in practice – 'touching the core of caring'	2010	International Journal of Nursing Practice	Schweden	Ja/ja	Theoretischer Ausgangspunkt ist eine Fürsorgetheorie. Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka kann als zentral praktisches Element einer Fürsorge angesehen werden.	Ziel ist es, die Erfahrungen der teilnehmenden Pflegefachkräfte mit RE zu erforschen und ihre Überlegungen über die Theorie der Fürsorge in den Pflegeakt einzubringen.
Ribeiro, Rúbia Mara	O cuidar ampliado pela Antroposofia: um estudo sobre a prática de Enfermagem Antroposófica	2013	Universidade Federal de Juiz de Fora	Brasilien	Nicht beurteilbar	Rechtfertigung dieser Studie liegt darin, dass es bisher sehr wenig Forschung in AP gibt.	Ziel dieser Forschung ist es, die Ausübung der Anthroposophischen Pflege auf der Grundlage der Praxis und Berufserfahrung in einer anthroposophischen Klinik zu beschreiben, die in der Anthroposophischen Pflege angewandten Behandlungen zu identifizieren und im Lichte der Anthroposophie die Grundlagen der Pflege am Menschen zu analysieren.
Romeyke, Tobias; Stummer, Harald	Economic aspects of nursing in inpatient naturopathy: Evidence from Germany	2013	Nursing Economic\$	Deutschland	Ja//	Die Kosten für die Pflege in Krankenhäusern werden indirekt über das DRG-System definiert. In den letzten Jahren zeigt sich, dass die Zunahme von aufwändigerer und komplexerer Pflege eine immer geringere Rolle in der Erlössicherung spielt. Insbesondere zusätzliche therapeutische Pflegeleistungen, die z. B. von speziell ausgebildeten, zertifizierten Pflegefachkräften in Akutkrankenhäusern mit Schwerpunkt Naturheilkunde erbracht werden, sind nicht ausreichend geregelt.	In dieser Studie werden die Kosten untersucht, die bei einer ganzheitlichen Behandlung von Herzpatient*innen entsteht.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Salmenperä, Liisa; Suominen, Tarja; Lauri, Sirkka	Oncology nurses' attitudes towards alternative medicine	1998	Psycho-Onco-logy	Finnland	Ja/keine Angabe	Über die Einstellung der Pflegefachkräfte zur Alternativmedizin ist wenig bekannt.	Ziel dieser Studie war es, die Einstellung zur alternativen Medizin bei Pflegefachkräften zu beschreiben, die auf Onkologiestationen an drei Universitäten und einem zentralen Krankenhaus in Finnland arbeiten.
Schad, Friedemann; Axtner, Jan; Happe, Antje; Breitkreuz, Thomas; Paxino, Constantin; Gutsch, Johannes; Matthes, Burkhard; Debus, Marion; Kröz, Matthias; Spahn, Günther; Riess, Hartmut; Laue, Hans-Broder von; Matthes, Harald	Network Oncology (NO) – a clinical cancer register for health services research and the evaluation of integrative therapeutic interventions in anthroposophic medicine	2013	Forschende Komplementärmedizin	Deutschland	Ja//	Konzepte der integrativen Onkologie (IO), wie sie die AM seit Jahrzehnten anbietet, gewinnen zunehmend an Interesse und Akzeptanz. Zentrale Aspekte sind multimodale Therapiemaßnahmen, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Patient*innenpräferenz sowie therapeutische Beziehung und klinisches Ergebnis. Trotz seiner breiten Anwendung fehlt es an einer Bewertung in der klinischen Praxis und komplementäre Therapien werden von keinem Krebsregister überwacht.	Um eine Lücke zu schließen, wurde das Netzwerk Onkologie gegründet. Ein Zusammenschluss von ambulanten Praktikern der AM und AM-Krankenhäusern.
Schad, Friedemann; Thronicke, Anja; Merkle, Antje; Steele,	Implementation of an Integrative Oncological Concept in the Daily Care of a German	2018	Complementary Medicine Research	Deutschland	Ja/ja	In den letzten Jahrzehnten Interesse an IM sowohl bei Patient*innen als auch bei Expert*innen des Gesundheitswesens. In einem zertifizierten Brustzentrum (BCC) an der anthroposophischen Klinik Havelhöhe in Berlin wird seit 5 Jahren ein integratives Konzept umgesetzt.	Darstellung der Umsetzung integrativer Behandlungskonzepte in der täglichen Krankenhausversorgung primärer Brustkrebspatient*innen eines zertifizierten BCC.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Megan L.; Kröz, Matthias; Herbstreit, Cornelia; Matthes, Harald	Certified Breast Cancer Center						
Schlaeppli, M. R.; Büsing, A.; Müller-Hübenthal, B.; Heusser, P.	Anthroposophische Medizin in der Onkologie	2010	Onkologie (Der Onkologe)	Deutschland, Schweiz	Keine Angabe//	AM versteht sich als ganzheitliches medizinisches System (Whole Medical System). Sie sollte als solches überprüft werden.	Darstellung AM als Whole Medical System
Schoen-Angerer, Tido von; Deckers, Bernhard; Hennes, Jörg; Helmert, Eduard; Vagedes, Jan	Effect of topical rosemary essential oil on Raynaud phenomenon in systemic sclerosis	2018	Complementary Therapies in Medicine	Deutschland	Ja/ja	Raynauds Syndrom ist die früheste Manifestation einer systemischen Sklerose. Nitroglycerin-Gel ist die einzige bewährte topische Therapie.	Einzelfallbeschreibung: Anwendung mit Rosmarinöl bei Raynauds Syndrom.
Schoen-Angerer, Tido von; Vagedes, Jan; Schneider, Romy; Vlach, Livia; Pharisa, Cosette; Kleeb, Simon; Wildhaber, Johannes; Huber, Benedikt M.	Acceptance, satisfaction and cost of an integrative anthroposophic program for pediatric respiratory diseases in a Swiss teaching hospital: An implementation report	2018	Complementary Therapies in Medicine	Schweiz	Ja/ethische Reflexion	Für die Pilotphase eines integrativen pädiatrischen Programms wurden stationäre Behandlungsalgorithmen für Bronchiolitis, Asthma und Lungenentzündung mit Medikamenten und Pflegetechniken der AM definiert. Eltern konnten die AM-Behandlung als Ergänzung zur konventionellen Versorgung wählen.	Evaluation der 18-monatigen Pilotphase eines integrativ pädiatrischen Programms.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Simões-Wüst, Ana Paula; Saltzwedel, Georg; Herr, Isabella S.; Rist, Lukas	Wie Patient*innen Wickelanwendungen (ein)schätzen: Ergebnisse einer Umfrage in einem anthroposophischen Akutspital	2012	Schweiz Z Ganzheitsmed (Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin / Swiss Journal of Integrative Medicine)	Schweiz	Ja/keine Angabe	Wickelanwendungen sind fester Bestandteil AM und AP. Sie sollen zur Linderung akuter/chronischer Schmerzen und zur Unterstützung von Medikamentenwirkungen und Therapien beitragen.	Erhebung Kundenzufriedenheit in Bezug auf integrativpflegerische Anwendungen an einem anthroposophischen Krankenhaus bei Zürich.
Sitzmann, Franz	Hygienische Besonderheiten der Arbeit an anthroposophischen Kliniken	2016	Krankenhaushygiene up2date	Deutschland	Nein//	Aus der Arbeit als Hygienefachkraft und -beratung an anthroposophischen Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen über 30 Jahre entstanden, aufgrund eines anthroposophischen Menschenbildes immer wieder besondere Fragestellungen.	Darstellung persönlicher Erfahrungen in Infektiologie und Krankenhaushygiene an anthroposophischen Krankenhäusern und Einrichtungen. Verbunden mit wissenschaftlichen Erkenntnissen.
Steen, Jenny T. van der; Gijsberts, Marie-José H. E.; Muller, Martien T.; Deliens, Luc; Volicer, Ladislav	Evaluations of end of life with dementia by families in Dutch and U.S. nursing homes	2009	International Psychogeriatrics	Niederlande	Ja/ja	End-of-Life in Dementia (EOLD)-Skalen umfassen spezifische Instrumente, die für die Bewertung des Lebensendes von Patient*innen entwickelt wurden. Es ist nicht bekannt, ob die EOLD-Skalen für länderübergreifende Vergleiche geeignet sind	Vergleich von EOLD-Daten aus den USA und den Niederlanden.
Stritter, Wiebke; Rurt, Britta; Längler, Alfred; Eggert, Angelika; Holmberg,	Integrative care for children with cancer. Project design for the development of an	2018	Complementary Therapies in Medicine	Deutschland	ja/ja	Akutstationäre Behandlungen auf pädiatrischen Onkologiestationen stellen eine extreme und anhaltende Belastung für Patient*innen und ihre Familien dar. Integrative Pflegemaßnahmen auf Basis der AM, wie Wickel, Kompressen und RE, können zur Linderung typischer	Darstellung eines Projektdesigns für die Entwicklung eines kontextspezifischen und Patient*innenorientierten integrativen Versorgungsprogramms für eine Intensivstation in der pädiatrischen Onkologie.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Christine; Seifert, Georg	integrative care programme for use in paediatric oncology					Nebenwirkungen wie Übelkeit, Schmerzen und Unruhe eingesetzt werden.	
Ström, Maria	Rytmsk Ins-mörjning enligt Wegman/Hauschka – en intervjustudie om patienters upplevelser av beröringsterapi i öppenvård	2015	Linné-Universität, Schweden: Studienprojekt	Schweden	//ja	RE ist eine durch die Anthroposophie erweiterte sanfte Massagetherapie für den Einsatz in Medizin und Pflege. RE wird von Pflegefachkräften praktiziert, die mit integrativer Gesundheitsversorgung im öffentlich finanzierten Gesundheitssystem arbeiten, sowohl bei stationären als auch bei ambulanten Patient*innen (z. B. in der Primärversorgung).	Inwieweit nehmen Patient*innen Beeinflussung durch RE wahr?
Therkleson, Tessa	Ginger Therapy for Osteoarthritis: A Typical Case	2014	Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association	Neuseeland	Ja/ja	Ingwer wird in Asien seit der Antike medizinisch verwendet, um innere Wärme zu bringen. Die Ingwertherapie steht in der Tradition der AP bei der Behandlung chronischer Entzündungskrankheiten wie Arthrose. Arthrose ist eine fortschreitende Erkrankung des Synovialgewebes, die vor allem Menschen über 65 Jahre betrifft und Schmerzen bei der Bewegung verursacht.	Beschreibung einer Behandlung von Arthrose, bekannt als Ingwertherapie, die von anthroposophischen Pflegefachkräften für einen bestimmten Persönlichkeitstyp angewendet wird.
Therkleson, Tessa	Topical Ginger Treatment With a Compress or Patch for Osteoarthritis Symptoms	2014	Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association	Neuseeland	Ja/ja	/	Untersuchung der Veränderungen des Gesundheitszustandes vor und nach topischer Ingwerbehandlung bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Arthrose.
Therkleson, Tessa C.	A phenomenological inquiry into the	2003	Edith Cowan University: MA	Neuseeland/(Australien)	//ja	Persönliches Interesse und große Begeisterung für AP.	Untersuchung und Darstellung der Erfahrungen von Patient*innen mit

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
	patient's experience of the external application of ginger						der äußeren Anwendung von Ingwer.
Therkleson, Tessa; Sherwood, Patricia	Patients' Experience of the External Therapeutic Application of Ginger by Anthroposophically Trained Nurses	2004	Indo-Pacific Journal of Phenomenology	Neuseeland	Keine Angaben	Es gab eine beträchtliche öffentliche Debatte über eine Reihe von ergänzenden Gesundheitspraktiken in der gesamten westlichen Welt, vielleicht vor allem in Australien, den Vereinigten Staaten und Europa. Meistens beschränkt sich die Forschungskritik an diesen Praktiken auf quantitative oder nicht benutzerbezogene qualitative Forschungsmethoden. Folglich besteht eine erhebliche Lücke im Forschungsprofil der komplementären Gesundheitsdienste, die insbesondere angesichts der raschen und anhaltenden Zunahme der Nutzung komplementärer Dienste, auch angesichts der manchmal negativen Medienwirksamkeit, angegangen werden muss.	Darstellung, was phänomenologisch fundierte Forschung leisten kann, um diese Lücke zu schließen, indem sie die Kundenerfahrung einer komplementären Gesundheitspraxis im Detail erläutert.
Therkleson, Tessa; Stro-nach, Shona	Broken Heart Syndrome: A Typical Case	2015	Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association	Neuseeland	Ja//	/	Einzelfallbeschreibung: Externe Kombinationsbehandlung des "Broken Heart Syndroms" mit Lavendelfußbad, Massage mit Moorextrakt und Oxalis-Salbe auf den Bauch durch eine anthroposophische Pflegefachkraft für einen bestimmten Persönlichkeitstyp.
Thronicke, Anja; Oei, Shiao Li; Merkle, Antje; Herbstreit,	Integrative cancer care in a certified Cancer Centre of a German	2018	Complementary Therapies in Medicine	Deutschland	Ja/ja	Das Konzept der integrativen Onkologie (IO), das sich aus einer leitlinienorientierten Standard- und Ergänzungsmedizin zusammensetzt, hat zunehmend an Bedeutung gewonnen. Das Anthroposophisch-Integrative Krebszentrum (CC)	IO-Konzepte des zertifizierten CC GKH zu bewerten.

Autor*innen	Titel	Jahr	Zeitschrift/ Institution	Region	B/EC	Problem/Hintergrund	Fragestellung/Ziel
Cornelia; Lemmens, Hans-Peter; Grah, Christian; Kröz, Matthias; Matthes, Harald; Schad, Friedemann	Anthropo- sophic hospital					im Gemeinschaftskrankenhaus (GKH) in Berlin setzt in den letzten Jahren IO-Konzepte um. Darüber hinaus ist es ein zertifiziertes CC und wird seit 2012 jährlich von den nationalen Krebsbehörden auditiert.	
Vagedes, J.; Helmert, E.; Kuderer, S.; Müller, V.; Voege, P.; Szóke, H.; Valentini, J.; Joos, S.; Kohl, M.; Andrasik, F.	Effects of Footbaths with Mustard, Ginger, or Warm Water Only on Objective and Subjective Warmth Distribution in Healthy Subjects: A Randomized Controlled Trial	2018	Complementary Therapies in Medicine	Deutschland	Ja/ja	Die menschliche Körpertemperatur gilt als „eine kritische Variable in Gesundheit und Krankheit“ [1] und wird durch verhaltensbezogene und autonome Mechanismen reguliert. Thermoregulierende Beeinträchtigungen, die sich oft durch kalte Hände oder Füße äußern, sind weit verbreitete Beschwerden und sind mit verschiedenen somatischen Erkrankungen (z. B. Fibromyalgie, diabetische Neuropathie und psychosomatische Erkrankungen, z. B. Anorexia nervosa) verbunden. Kalte Füße können zu Beeinträchtigungen des Immunsystems führen, was zu einer höheren Anfälligkeit für Infektionen führt und zu Störungen des Schlafverhaltens beitragen kann. Zingiber officinale (Ingwer, GI) und Sinapis nigra (Senf, MU) sind zwei Substanzen, von denen allgemein angenommen wird, dass sie thermogene Eigenschaften zur Förderung der Körperwärme haben.	Untersuchung der thermogenen Effekte von Fußbädern mit warmem Wasser allein (WA) im Vergleich zu den folgenden Fußbädern mit medizinischen Pulvern aus Ingwerwurzel oder Senfsamen.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Admi, Hanna; Eilon-Moshe, Yael; Ben-Arye, Eran	Deskriptive Querschnittsstudie in medizinischen Zentren, Krankenhäusern. Theoriegeleitete Fragebogenentwicklung.	Deskriptive Statistiken transparent und begründet. Verwendete Tests/Berechnungen u.a. Mittelwert, SD, Häufigkeiten, Prozentsätze, Chi-Quadrat, exakter Test nach Fisher, Varianzanalyse. P-Werte angegeben.	/	Die meisten Pflegefachkräfte haben unzureichendes Wissen in CM und sind sich Risiken nicht bewusst. Sie nehmen eine Verbesserung der Lebensqualität wahr (Manager stärker als Pflegende am Bett). Pflegende interessiert an Schulungsprogrammen. Mehrheit sprach sich für Integration von CM in Pflegeplanung und Beratung aus (4% maßen CM in Pflegeplanung und Beratung keine Bedeutung bei).
Adolphi, Gernot; Bonse-Rohmann, Matthias, Rommel, Sybille; Kneer, Monika	Externe Evaluation durch Hochschule Esslingen: Quantitatives Verfahren, deskriptives Design: Dokumente des Curriculums wurden mittels kriterienorientierter Dokumentenanalyse und Befragung der Auszubildenden, Praxisanleitenden und Lehrenden mittels standardisiertem Befragungsinstrument (nicht näher bezeichnet) analysiert.	Keine statistischen Tests/Berechnungen beschrieben.	/	In der Zusammenfassung durch die Verfasser*innen heißt es: Ansatzweise erfüllt: Berufsbefähigung in allen drei Pflegebereichen. Überwiegend erfüllt: Orientierung an anerkannten Prüfkriterien und Umsetzung der selbst gesetzten Ziele im Curriculum nachvollziehbar. Voll erfüllt: Berufspädagogische Begründung didaktischer Entscheidungen und deren Angemessenheit im Hinblick auf die angestrebten Ziele. Adäquates curriculares Mittel (Lernfeldansatz). Lernfeldansatz angemessen umgesetzt. Exemplarisch erfüllt: Gesetzlich vorgeschriebene Inhalte aller drei Pflegeberufe exemplarisch und gleichgewichtig in Theorie und Praxis vertreten.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Ammende, Ranier; Tewes, Renate	Literatur narrativ zusammengetragen. Kein Literaturreview im wissenschaftlichen Sinne.	/	/	Für Deutschland werden folgende Bereiche/Konzepte der integrativen Pflege aufgeführt: Hildegard von Bingen, Rosen Bodywork, Aromatherapie, SPA und Thermalbäder; Basale Stimulation, Bobath-Konzept, Anthroposophische Pflege, Therapeutic Touch
Andermo, Susanne; Hök, Johanna; Sundberg, Tobias; Arman, Maria	Qualitativer Ansatz. Interpretatives Design. Teil eines größeren Forschungsprojekts zu AP in Bezug zu und in der Begleitung von Menschen mit chronischen Schmerzen. 15 leitfadengestützte Interviews (aus interprofessionellem Team, vier Personen davon Pflegende) durch Gesundheitswissenschaftler*innen. Und zwei Follow-up-Interviews.	Phänomenologisch-hermeneutische Methode nach Lindseth und Norberg.	Einjähriges Rehabilitationsprogramm für Personen mit chronischen Schmerzen. 21 Tage stationärer Aufenthalt, gefolgt von 2 mal 10 Wochenperioden Tagespflege einmal pro Woche. Die Versorgung geschieht durch ein interprofessionelles Team aus konventionellen und anthroposophischen Ärzten, Pflegenden, Physiotherapeuten und anthroposophischen Therapeuten mit folgenden Therapiemöglichkeiten: Rhythmische	Die Analyse identifizierte Schlüsselkonzepte in der Sprache: „Der Patient leidet unter einem Trauma“, "Entwicklung eines fürsorglichen Schutzraums", "Schmerz als Ausdruck des gespaltenen Selbst" und "In einen Prozess zur Erforschung der Lebensabsicht einsteigen“. Interpretation: Die Verwendung einer konzeptuellen Sprache durch die Praktizierenden wird hier als Zeichen einer gemeinsamen „fürsorglichen Kultur“ interpretiert, die es ihnen ermöglicht, Patient*innen und ihr Leiden aus einer existentiellen Perspektive zu verstehen. Ein gegenseitiges Verständnis innerhalb einer fürsorglichen Kultur kann die Fähigkeiten der Praktizierenden erweitern, mit Patient*innen über Leben und Gesundheit im Zusammenhang mit dem Phänomen Schmerz in einen Dialog zu treten.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
			<p>Massage, Bädertherapie, Heileurythmie, Kunsttherapien und Beratung. Pflegende auf den Stationen managen die Patient*innenversorgung und führen verschiedene Anwendungen durch: Fußbäder, Auflagen mit pflanzlichen Substanzen, Gespräche.</p>	
<p>Arman, Maria; Alvenäng, Annica; Mardani, Nadia El; Hammarqvist, Anne-Sofie; Ranheim, Albertine</p>	<p>Elf Praktiker aus verschiedenen Berufen und zwei Wissenschaftler*innen arbeiteten zwei Jahre lang zusammen. Die verwendeten Daten stammen aus 65 Fallberichten über signifikante Pflegesituationen der Teammitglieder.</p>	<p>Interpretatives qualitatives Verfahren.</p>	<p>/</p>	<p>Die existenzielle/spirituelle Betreuung in der Praxis erfordert eine "existenzielle Alphabetisierung", bei der die Metapher des menschlichen Lebens als Text oder Buch verwendet wird, dessen Inhalt nur für diejenigen lesbar ist, der sich in der Sprache auskennt. Um ein vollständiges Verständnis der Betreuung zu erlangen, ist die Fähigkeit, die Sprache eines leidenden Menschen zu lesen und seine Bedeutung zu entschlüsseln, unerlässlich. Die Erzählung der Patient*innen kann das Bewusstsein des Pflegepersonals in einem einzigen leuchtenden Moment öffnen. Eine authentische und zuhörende Haltung sowie eine aktive Einschränkung der eigenen Annahmen erhöhen die</p>

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
				Möglichkeit der Existenzbetreuung. Mitgefühl und professionelles Urteilsvermögen fungieren als das pflegende Mitgefühl und "Lexikon" für die Existenzbetreuung.
Arman, M.; Backman, M.	Qualitatives Verfahren aufgrund der vorliegenden Daten aus semistrukturierten qualitativen Interviews	Qualitative Inhaltsanalyse.	/	Beschriebene Veränderungen nach einem Jahr: Wertschätzung der Schönheit des Lebens, Erfahrungen mit Bedrohungen, Selbstbeobachtung und Sinn des Lebens sowie Veränderungen im Körper. Die Erfahrung, stärker zu sein, bedeutete, existentiell gefordert zu sein, einschließlich Schwäche, Verletzlichkeit und Stärke.
Arman, M.; Rehnsfeldt, A.; Carlsson, M.; Hamrin, E.	Qualitativer Ansatz. Semistrukturierte Interviews. 59 Interviews zwischen 1995 und 1999. Als Teil einer klinisch kontrollierten Studie mit einer Gruppe, die integrative Versorgung wählte und einer, deren Teilnehmerinnen sich für rein konventionelle Versorgung entschieden	Qualitative Inhaltsanalyse nach Morgan.	Innerhalb einer größeren Studie: Interventionsgruppe: Integrative Versorgung, Kontrollgruppe: Konventionelle Versorgung. Behandlungsunterschiede bzw. genauere Beschreibung der Behandlungen in den beiden Gruppen werden nicht erläutert.	Beziehung wurde wichtiger; Selbstvertrauen und Stärkererfahrungen verbessert; Zerbrechlicher und niedergeschlagener zu werden, wurde als Belastung empfunden. Die Krankheitsursachen wurden aus mehreren interagierenden Perspektiven beschrieben, die Einfluss auf Ideen zur Erlangung von Wohlbefinden und Gesundheit hatten.
Arman, Maria; Hammarqvist, Anne-Sofie;	Quantitativer Ansatz, Vollerhebung aller Patient*innen, die in 2006 in die anthroposophische Klinik	Deskriptive Statistiken gemäß den Handbüchern des Instruments	Anthroposophische Versorgung.	Gründe für die Wahl der anthroposophischen Klinik: v. a. pos. Einstellung zu ganzheitlicher Sicht auf Gesundheit und Erwartung an Betreuung. Weniger häufig: Unzufriedenheit mit konventioneller Versorgung. Zufriedenheit nach einem

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Kullberg, Anna	aufgenommen wurden. Befragung mit LSQ, SF36, F1 bei Aufnahme, LSQ, SF36 F2 nach einem Monat, LSQ, SF36 nach 3 und 6 Monaten, jeweils ergänzt durch offene Fragen. (n=53)	durchgeführt, die offenen Fragen mit Methoden der Inhaltsanalyse.		Monat: höher als bei konventionellen Kliniken. Stichprobe (n=51) 91% Frauen, Durchschnittsalter 54 Jahre und vergleichsweise höherem Bildungsniveau als in konventionellen Kliniken. Innerhalb der 6 Folgemonate leichte Steigerung der gesundheitsbez. Lebensqualität. Veränderung in Einstellungen und Lebensgewohnheiten.
Arman, Maria; Hök, Johanna	Qualitativ phänomenologischer, hermeneutischer Ansatz, qualitative Einzelinterviews. Sättigung nach 10 Interviews. Frauen, die an einem einjährigen Rehabilitationsprogramm für chronische Schmerzen und überlappende Erkrankungen teilnehmen.	Analyseverfahren angelehnt an Lindseth und Norberg.	Integrative Versorgung: Das Programm begann mit einer 3-wöchigen stationären Betreuung, bei der eine Reihe von individuell ausgewählten anthroposophischen Therapien – zum Beispiel Massage, Bäder, Eurythmie, künstlerische Übungen und Beratung – neben Routinen für Pflege, Essen, soziale Interaktion mit anderen Patient*innen und Erholung eingeführt wurden. Darüber hinaus wurden	Die Befragten empfanden ihr Leben als nicht funktionierend. In diesem Zusammenhang schien Schmerz wie eine Nebensache. Für viele wurde die Erfahrung der liebevollen Pflege in der Klinik zu einem Wendepunkt, einer Chance, verwundbar zu sein, anerkannt zu werden, zu reflektieren und das Leben neu zu beginnen. Anzeichen von Selbstversorgung konnten beobachtet werden. Es wurde ein Prozess, bei dem sie wieder Kontakt zu ihrem Körper und ihren Mitmenschen aufnahmen, von den Frauen beschrieben; sie konnten ihre Bedürfnisse erkennen und wann sie sich für sie einsetzen sollten. Der Klinikalltag ist von universellen Aspekten der Liebe, des Lebens und der Bedeutung geprägt. Die Pflege unterstützte in sozialer Gemeinschaftsbildung nach voriger Isolierung. Ein Wechsel von Entfremdung zu einem Gefühl der Sympathie/Liebe und von Leid-gefühlen hin zu Freudeerleben wurde beschrieben.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
			<p>an einigen Abenden Kurzvorträge über alternatives Denken, über Schmerz, Stress, Leiden und Therapie angeboten. Nach dem stationären Aufenthalt folgte wöchentlich über zwei Zehn-Wochen-Zeiträume eine Tagespflege. Die Patient*innen erhielten die gleichen Arten der integrativen Therapie während der Tagespflegebesuche.</p>	
<p>Arman, Maria; Ranheim, Albertine; Rehnsfeldt, Arne; Wode, Kathrin</p>	<p>Design mit hermeneutischer Epistemologie, Aktionsforschung und partizipativer Forschung. Bezeichnung der Methode: Clinical Application Research. Leitfadengestützte Interviews 2-4 Wochen nach Klinikaufenthalt.</p>	<p>Analyseverfahren angelehnt an Lindseth und Norberg.</p>	<p>Anthroposophische Versorgung.</p>	<p>n=16 (7 weibliche, 9 männliche Interviewpartner*innen) 9 Krebserkrankung; 7 Burn-out-Syndrom. Alter 50-72. Benannt wurden die Vorteile der ganzheitlichen Versorgung: der einfühlsame Umgang und die "echte" Fürsorge sowie die friedliche Atmosphäre und Ruhe. Ein Wendepunkt oder Perspektivenwechsel, der als ein nach Hause kommen in Bezug auf innere Aspekte empfunden wurde. Trotz sehr positiver Wahrnehmung der Interviewpartner*innen auch</p>

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
				<p>Ambivalenz. Die Autor*innen deuten, dass es eine Lücke zwischen dem anthroposophischen und dem konventionellen Paradigma gibt, die sich negativ auf die Patient*innen auswirkt. Da die gegenseitige Skepsis nach wie vor eine echte Integration zwischen integrativer und konventioneller Versorgung verhindert, scheint es den Patient*innen überlassen zu sein, das Risiko einzugehen und als Brückenbauer zu fungieren. Aus der Perspektive der Pflegewissenschaft zeigt die Studie, dass die Aneignung spezifischer Werte und Theorien es ermöglicht, eine echte Fürsorgekultur zu schaffen.</p>
<p>Axtner, Jan; Steele, Megan; Kröz, Matthias; Spahn, Günther; Matthes, Harald; Schad, Friedemann</p>	<p>Multizentrische Beobachtungsstudie von Patient*innen mit Pancreas CA (Stadium IV) in integrativen onkologischen Konzepten.</p>	<p>Statistische Tests/Berechnungen sind begründet und transparent angewendet: U. a. multivariable proportionale Hazard-Modelle mit verschiedenen parametrischen Verteilungsfunktionen.</p>	<p>integrativ onkologisches Konzept.</p>	<p>Aufzeichnungen von 240 Patient*innen wurden analysiert. Akzeptanz der komplementären Therapie lag bei 93%. Patient*innen, die sowohl eine Behandlung mit Chemotherapie als auch ein Mistelpräparat erhielten, hatten eine höhere Überlebensrate, als die Patient*innen, die nur mit Chemotherapie oder nur mit Mistel therapiert wurden.</p>
<p>Baars, Erik W.; Kiene, Helmut;</p>	<p>Kriterien für die Wissenschaft wurden aus acht Publikationen in der</p>	<p>Kriterien wurden kombiniert, Redundanzen</p>	<p>/</p>	<p>Bei der Beurteilung des wissenschaftlichen Status von AM nach den 11 Kriterien wurden alle Kriterien von AM erfüllt.</p>

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Kienle, Gun- ver S.; Heusser, Peter; Hamre, Ha- rald J.	Wissenschaftsphilosophie entnommen, die sich entweder auf die Wissenschaft in der Medizin oder auf die Abgrenzung zwischen Wissenschaft und Pseudowissenschaft oder Nichtwissenschaft konzentrieren.	ausgeschlossen und der endgültige Kriterienkatalog in einer logischen Reihenfolge angeordnet. Die Analyse ergab 11 Abgrenzungskriterien (Gemeinschaft, Bereich, Probleme, Ziele, axiomatische Basis, konzeptionelle Basis, Qualität der Konzepte, Methodik, deontische Basis, Forschungsprodukte, Tradition)		
Bächle- Helde, Ber- nadette	Literaturstudie. Datenbank-recherche. Nähere Auswahl: 54 Studien.	Bewertung des methodischen Aufbaus anhand Kriterien einer "Good Clinical Practice"	/	14 Studien eingeschlossen. Alle Studien zeigen positive Effekte in: Reduzieren von Beschwerden und Schmerzen, Steigerung des Wohlbefindens. Methodisch weisen die Studien Schwächen auf, weshalb die Aussagekraft nur eingeschränkt möglich ist.
Baldi, Vivian Melhado	Darstellung der Anthroposophie und der Biografie Rudolf Steiners. Im Anschluss	Nicht beurteilbar	Nicht beurteilbar	a) AP existiert seit den 1970er Jahren in Sao Paulo und stellt noch ein weitgehend unbekanntes Aktionsfeld dar. b) Anthroposophisch Pflegende konzentrieren sich auf

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
	Qualitative Datenerhebung (Interview, Fragebogen, Feldbeobachtung).			Äußere Anwendungen/Therapien. c) Die Ideen der Anthroposophie sind übereinstimmend mit dem professionellen Verhalten der in Sao Paulo tätigen AP. d) Anthroposophie kann in jedem Pflegebereich angewendet werden, da sie auf den Menschen ausgerichtet ist, aber nicht nur in seinen körperlichen Aspekten, sondern auch unter Berücksichtigung seines Gefühlslebens, seiner Lebensqualität und seiner Lebensweise/Biografie. Die Autorin weist darauf hin, dass eine vertiefte Diskussion in Bezug auf Menschenbilder in der Pflege ansteht.
Ben-Arye, Eran; Kes- het, Yael; Livas, Ma- ria; Breit- kreuz, Thomas	Die Autor*innen entwickelten ein End-of-Life-Ausbildungskonzept, das palliative und CIM-Konzepte berücksichtigt. Anschließend dreitägiger Kurs für 14 CIM-Praktiker*innen in Israel und 25 in Deutschland. Qualitative Befragung via E-Mail mit drei Leitfragen nach 4 Monaten.	Narrative wurden mit ATLAS.ti ausgewertet. Qualitative Inhaltsanalyse.	Schulung in AM	Narrative von 10 Ärzt*innen, 12 Pflegefachkräften, 10 Therapeuten und ähnliche Berufsgruppen. 14 israelische, 18 deutsche Personen. Änderung der Einstellung bezüglich der Rolle als End-of-Life-Begleiter. Durch einen kultursensiblen Ansatz und praktische Werkzeuge waren die Teilnehmer besser gerüstet, um mit Menschen über den Tod zu sprechen.
Ben-Arye, Eran; Shul- man, Bella; Eilon, Yael;	Prospektiv, deskriptiv. 12 Krankenhäuser und Gemeindepflege in Israel. 979 Pflegenden in onkologischen und	Statistische Tests/Berechnungen wurden begründet und transparent	/	934 von den 973 Pflegefachkräften äußerten Interesse an der Integration von CIM in die Krebsbehandlung. Pflegefachkräfte mit einem größeren Interesse an Integration waren tendenziell älter, glaubten, dass CIM das QOL der

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Woitiz, Rachel; Cherniak, Victoria; Shalom Sharabi, Ilanit; Sher, Osnat; Reches, Hiba; Katz, Yfat; Arad, Michal; Schiff, Elad; Samuels, Noah; Caspi, Ofer; Lev-Ari, Shahr; Frenkel, Moshe; Agbarya, Abed; Admi, Hana	nicht-onkologischen Bereichen. Befragung mit 26-Item-Fragebogen (selbst entwickelt) von Pflegenden in der Begleitung von Krebspatient*innen.	angewendet: U. a. Chi-Quadrat, exakter Test nach Fisher, Mann-Whitney U test, P-Werte angegeben, multivariates Regressionsmodell.		Patient*innen verbesserte und hatten keine strukturierte postgraduale Onkologieausbildung. Pflegefachkräfte, die CIM für vorteilhaft für QOL-bezogene Ergebnisse hielten, zeigten eher Interesse an einer entsprechenden Schulung. Zu den Zielen eines solchen Trainings gehört die Verbesserung der QOL-bezogenen Ergebnisse wie Angst, Schlaflosigkeit, gastrointestinale Symptome und Schmerzen.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Bertram, Mathias	Strukturphänomenologische Untersuchung mit offenen Interviews mit Expert*innen für RE.	Auswertung auf Basis Phänomenologie der Natur (nach Böhme und Schieffmann), orientiert an Goethes Forschungsart. Bezeichnet als phänomenologische Reduktion.	RE	Drei „Gestaltwandel“ konnten gefunden werden: „1. <i>Lösen</i> als das heilsame Vermögen des lebendigen Leibes habituell erstarrte Wahrnehmungs- und Reaktionsweisen aufzugeben. 2. <i>Wiedereinssein</i> im Sinn der Rückgewinnung der eigenen leiblichen Integrität – oft erlebt als Empfindung des Unversehrtseins trotz Krankheit, Schmerz, Amputation usw. 3. <i>Neuvermögen</i> als Fähigkeit, dem Leiden eine eigene, mehr oder weniger kraftvolle Initiative entgegen setzen zu können.“
Bertram, Mathias; Kolbe, Harald	Es wird in dem Buch zunächst das Modell dargestellt, als heuristischer Rahmen. Im Anschluss stellen Coautor*innen einzelne Fälle dar, die jeweils mit Hilfe des Modells interpretiert werden.	/	/	Es ist an dieser Stelle nicht möglich, das komplexe Modell darzustellen.
Bertram, Mathias; Ostermann, Thomas; Adam, Klaus; Alva-ter, Thomas;	Explorativ-deskriptives Design, mithilfe der Grounded Theory wurden in einem Praxisforschungsprojekt in einer anthroposophischen Psychiatrie Pflegesituationen untersucht. Praxisforscher*innen berichteten von	Grounded Theory.	/	Narrative Daten von Praxisforscher*innen aus 59 Episoden. Als Kern psychiatrischer Pflege kann auch auf Basis der Literatur Empowerment, Förderung und Unterstützung einer autonomen Lebenspraxis angesehen werden. In der anthroposophischen psychiatrischen Pflege: Vier Muster pflegerischer Interpretation: Eingliedern vs. Verselbständigen; Routinehandeln vs. Krisenintervention. Aussagen und

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Gude, Dieter; Heinis, Renate; Löber, Reinhard; Roknic, Marko; Steger, Lucia	Pflegesituationen, die bestimmten Kriterien entsprechen: (1.) sollte sich die Situation nicht in reiner Routine erschöpfen und (2.) sollte sie Episoden betreffen, in denen vordringlich das pflegerische Handeln einen intersubjektiv nachvollziehbaren Benefit für Patient*innen erzeugte. Die Erzählweise orientierte sich am episodischen Interview nach Flick. Dauer 1 Jahr.			Abgrenzung gegenüber konventioneller psychiatrischer Pflege nur bedingt möglich.
Bertram, Mathias; Ostermann, Thomas; Matthiesen, Peter E.	Qualitativer Ansatz: Eine Leibphänomenologische Untersuchung inspiriert durch Goethes Forschungsart, strukturalistische Phänomenologie. Leitfadengestützte Experteninterviews.			Interviews mit 13 Expert*innen für RE: Typische Reaktionsmuster auf RE: Lösen, Wiedereinssein und Neuvermögen (in physiologisch vegetativer und seelisch-geistiger Dimension).
Böhm, Irene	Literaturstudie (Datenbanken CINAHL, PubMed) und Befragung	Nicht näher erläutert.	/	Häufigste Methoden in Hospizen in Österreich: Aromapflege, Anwendung von Wickeln und Kompressen und Basale Stimulation®. Allen gemein ist ein mehrdimensionaler

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
				Ansatz in körperlich, psychisch und sozial. Häufigste Wirkungen: Schmerzlindernd, entspannend, beruhigend und schlaffördernd. Meist niedriges Evidenzlevel.
Buess-Willi, Claudia Maria	Grundlage ist das Modell der evidenzbasierten Praxis. Literaturrecherche (Datenbanken, Internetplattformen und Fachbücher) sowie das Wissen von Fachexpert*innen.	/	/	Wirkung Äußerer Anwendungen: Entspannung, Stressabbau, Reduktion von Fatigue. RE sind im palliativen Setting besonders geeignet. Wirkung: Aromastoffe in Kombination mit Massage lässt sich nicht bestätigen. Haltung der Pflegefachpersonen könnte bei der Durchführung eine Rolle spielen.
Büssing, Arndt; Lötze, Désirée; Glöckler, Michaela; Heusser, Peter	In einer Querschnittsbefragung mit standardisierten Fragebögen (u.a. ASP) wurden 489 Personen befragt (66% Frauen, Durchschnittsalter 53 ± 10 Jahre, 41% Ärzte, 12% Pflegefachkräfte und 47% andere Gesundheitsberufe).	Statistische Tests/Berechnungen (mit SPSS) werden begründet und transparent verwendet, u. a. Cronbachs Alpha, Faktoranalyse, Varianzanalyse, Regressionsanalysen (SPSS).	/	Angehörige der Gesundheitsberufe mit anthroposophischem Hintergrund geben in allen Aspekten der Spiritualität sehr hohe Werte an und in den CDI-Werten (Cool-Down-Index) relativ niedrige (was auf eine relativ geringe emotionale Erschöpfung und eine geringe Distanz zu ihren Patient*innen hindeuten würde). Die Zusammenhänge zwischen Cool-Down und Spiritualität sind marginal und damit deutlich anders als erwartet. Die Spiritualität trägt in der Studie nicht eindeutig zur allgemeinen Lebenszufriedenheit bei, sondern könnte ein Puffer gegen einen Verlust an Kraft und Hingabe in der Arbeit sein.
C; Carlsson, M.; Arman, M.;	Zwei Gruppen von Patient*innen (je Gruppe 60 Pat.) werden mit jeweils unterschiedlichen Methoden behandelt (1.	Statistische Tests im Einzelnen nicht beschrieben. Aus den Tabellen gehen	Interventionsgruppe: Komplementär-anthroposophisch erweiterte Behandlung.	Die Patient*innen, die sich für die anthroposophische Therapie entschieden, empfanden ihre Lebensqualität bei der Aufnahme in das Krankenhaus als geringer und zeigten eine ängstlichere Besorgnis als die Frauen in der

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Backman, M.; Hamrin, E.	Zusätzlich zur konventionellen Behandlung: Komplementär-anthroposophische Behandlungsmethoden. 2. Rein konventionelle Behandlung). Die Patient*innen entschieden sich vor Aufnahme in die Studie für eine Behandlungsform. Gruppenvergleichbarkeit durch Matchingverfahren gefördert. Befragung mit Fragebögen (Quality of Life Questionnaire, Core 30, Life Satisfaction Questionnaire und Mental Adjustment to Cancer scale).	einzelne Tests hervor (z. B. Doppeltert-Test). Die Fragebögen werden jeweils in ihrer Güte transparent dargestellt.	Kontrollgruppe: Konventionelle Behandlung.	konventionellen Behandlungsgruppe. Aufgrund des Matchingverfahrens waren die Gruppen medizinisch vergleichbar, jedoch offensichtlich nicht im Hinblick auf die Lebensqualität, schlussfolgern die Autor*innen.
Carlsson, Marianne; Arman, Maria; Backman, Marie; Flatters, Ursula; Hatschek,	2 Gruppen (1. Anthroposophische Klinik 2. Konventionelle Klinik) à 60 Patient*innen mit Brustkrebs. Matchingverfahren bei freiwilliger Wahl des jeweiligen Krankenhauses. Fragebögen:	SPSS: Varianzanalyse, Bonferroni-Korrektur. Für die Vergleiche zwischen den Gruppen: Effektgröße.	Anthroposophische Versorgung vs. Konventionelle.	Nach 5 Jahren Gruppe 1: 26 Patient*innen, Gruppe 2: 31 überlebende Patient*innen. Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität bei Gruppe 1 innerhalb des ersten Jahres, dann nur sehr marginal. Verbesserung der Lebensqualität der Gruppe 2 geringer.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Thomas; Hamrin, Elisabeth	EORTC QLQ-C30, Life Satisfaction Questionnaire			
Carlsson, Marianne; Arman, Maria; Backman, Marie; Hamrin, Elisabeth	Onlinebefragung (n=533) in der deutschen Schweiz. Strukturierter Fragebogen mit 31 geschlossenen (likertskaliert) und acht offenen Fragen entwickelt, auf Literaturbasis. Stichprobe breit gefasst: Einschluss: Grundausbildung, deutschsprachig, tätig in der Praxis, Lehre oder Forschung. Angeschrieben: 1350 E-Mail-Adressen (+ Einzelpersonen, Krankenhäuser, Organisationen. Rücklaufquote 39,5%. Im Vorfeld Pretest.	SPSS. Tests nicht näher angegeben.	/	Pfleger*innen wünschen sich mehr auf spirituelle Bedürfnisse der Patient*innen eingehen zu können, doch es fehlen Zeit und Räumlichkeiten. 35% der Befragten kennen das Phänomen, den Sterbeprozess bei Menschen wahrzunehmen, obwohl eine räumliche Distanz besteht. 43% kennen das Phänomen teilweise. Wichtig dabei ist die Beziehung, die zur pflegebedürftigen Person durch die Pflege besteht.
Dahlberg, Helena; Ranheim, Albertine;	1. Philosophische Analyse und 2. Empirische Fundierung. 1. Ausgang von der Lebenswelttheorie und Merleau-Pontys Philosophie. 2.	Die empirische Studie wird anhand des reflective lifeworld research (RLR) (reflektierenden	/	Ausgehend davon, dass Krankheit als Verlust der Vertrautheit, des sich heimisch föhlens im Körper und in der vertrauten Welt definiert werden kann, zeigen die Ergebnisse, wie die ökologische Versorgung den Patient*innen hilft, ihren Platz in einer von Vernetzung geprägten Welt

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Dahlberg, Karin	Interviewdaten aus einer Studie an einer anthroposophischen Klinik in Schweden wurden analysiert, die Teil einer ökologischen Gemeinschaft ist. Es handelt sich nicht um eine Sekundäranalyse, da die Daten nicht bereits für einen anderen Zweck genutzt wurden. Offene Interviewfragen.	Lebensweltforschung) Ansatzes analysiert.		wiederzufinden. Die Aufgabe der ökologischen Versorgung besteht laut Autor*innen also nicht nur darin, die Patient*innen in einer Welt der Beziehungen zu sehen, sondern den Patient*innen zu helfen, ihren Platz wiederzufinden, sich selbst und die Welt neu zu verstehen. Bei der ökologischen Versorgung geht es nicht nur darum, eine Krankheit zu bekämpfen, sondern auch darum, bspw. einen Patienten aus einer Welt zu erkennen, von der er betroffen ist und die ihn und die er beeinflusst. Diese Pflege versucht, diese Verbindung wiederherzustellen, indem sie die rhythmische Bewegung sowie den Raum zwischen Aktivität und Ruhe, zwischen gepflegt werden und sich aktiv in die Genesung einbringen und zwischen sich von der Welt abschotten und wieder hineingehen, ermöglicht.
Deckers, Bernhard; Schoen-Angerer, Tido von; Voggenreiter, Bernd; Vagedes, Jan	3 typische Techniken werden beschrieben: Oxalis Tinkurkompressen, Thuja/Argentum Salbenkompressen und Massage mit „Wala Melissenöl“ (enthält Melissa officinalis, Carum carvi, Foeniculum amari und Origanum majorana). Ein 61-jähriger Mann mit chronischen	Detaillierte Darstellung des Falls, inklusive grafische Übersicht aller Maßnahmen und Symptome.	Oxalis Tinkturkompressen und Massagen mit „Wala Melissenöl“ und Thuja/Argentum Salbenkompressen.	Die Symptome des Patienten verbesserten sich in den nächsten 10 Tagen allmählich. Es wurden keine prokinetischen Medikamente eingenommen, um diese Episode zu bewältigen.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten- analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
	<p>Schmerzen durch Verwach- sungen nach mehreren ab- dominalchirurgischen Eingrif- fen entwickelte nach einer e- lektiven Ileostomieumkehr ei- nen verlängerten postoperati- ven Ileus. Nach einer langsa- men Erholung in den ersten postoperativen Tagen be- gann er mit dem Erbrechen. Ein nasogastrale Sonde wurde eingeführt und täglich wurden Oxalis Tinkturkom- pressen und Massagen mit „Wala Melissenöl“ und Thuja/Argentum Salbenkom- pressen auf den Bauch an- gewendet. Datenbankrecher- che (MEDLINE) zu Sub- stanzanwendung und Wir- kung, Dokumentation traditio- neller ethnopharmakologi- scher Verwendung ausge- schlossen.</p>			

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Domeisen Benedetti, Franzisca	Qualitativer Ansatz: Grounded Theory (GTM). Feld: Krankenhaus. Mit Interviews mit Spezialist*innen des palliativen Konsiliardienstes und nahestehenden Akteuren. Teilnehmende Beobachtung von palliativen Konsilen und Rundtischgesprächen. Interviews mit Patient*innen.	GTM	/	13 Interviews mit Spezialist*innen, 3 mit nahestehenden Akteuren, 9 mit Patient*innen, 11 teilnehmende Beobachtung. In den Vorstellungen orientiert sich Sterbebegleitung an Bedürfnissen der Patient*innen. In Kommunikation und Interaktion spielen Offenheit der Kommunikation und Gleichberechtigung eine zentrale Rolle. Der Umgang mit den Themen hat langfristig Potential, offenes Bewusstsein in der Gesellschaft zu schaffen.
Fekete Nuñez, Helena Maria	Deskriptive, explorative, qualitative und prospektive Studie, die auf den Inhalten von Interviews von neun Pflegefachkräften basiert. Kategorienbildung auf Basis Phänomenologie nach Alfred Schütz.	Theoriefundierte Kategorienbildung (Alfred Schütz). Sonst keine nähere Erläuterung.	/	Interesse der Pflegefachkräfte (vier Kategorien) an der Anthroposophie: 1. Suche nach neuen beruflichen Perspektiven: mehr berufliche Zufriedenheit, suche nach spiritueller Pflege, Unzufriedenheit mit allopathischem Paradigma 2. Begegnungen mit der Anthroposophie in Philosophie, Medizin, Pädagogik oder Pflege. 3. Veränderungen aufgrund neuen Wissens: Persönliche und berufliche Veränderungen innerhalb der anthroposophischen Betreuungsperspektive, Unterschiede bei der konventionellen und anthroposophischen Behandlung; Erfahrungsberichte von anthroposophischen Pflegefachkräften. 4. Ethische und rechtliche Dilemmata. Zukunftsaufgaben auf Basis der Kategorien: 1) Perspektiven für die AP in Brasilien; 2) Notwendigkeit der Einbeziehung der Anthroposophie in die

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
				Pflegeausbildung auf Bachelor-Niveau; 3) Bedarf an Spezialisierung und Forschung; 4) Wunsch, Schwierigkeiten in der anthroposophischen Praxis durch Pflegefachkräfte zu überwinden.
Floriani, Ciro Augusto	Zunächst wird die anthroposophische End-of-Life-Care dargestellt. Im Anschluss wird anhand der Darstellung der modernen Hospizbewegung ein Vergleich angestellt und Übereinstimmungen/Unterschiede herausgearbeitet. Datenbankrecherche etc. nicht beschrieben.	/	/	Zwischen der modernen Hospizbewegung und der anthroposophischen End-of-Life-Care gibt es deutliche Ähnlichkeiten. Pflegefachkräfte, die mit Patient*innen mit fortschreitender und unheilbarer Erkrankung arbeiten, können auf wesentliche Elemente des anthroposophischen Paradigmas stoßen, um diesen Patient*innen und ihren Familien zu helfen, während sie gleichzeitig neue Formen der Pflege und Ansätze für den Sterbeprozess kennenlernen.
Gijsberts, M. J. H. E.; Steen, J. T. van der; Muller, M. T.; Deliens, L.	In einer retrospektiven Studie wurde das Lebensende von Pflegeheimbewohnern mit Demenz in zwei anthroposophischen und zwei traditionellen Pflegeheimen mit dem spezifischsten verfügbaren Instrument, der End-of-Life in Dementia-Skala (EOLD), verglichen. Familienangehörige	nicht beurteilbar	/	Es gab keinen Unterschied in den Mittelwerten der Skala „Zufriedenheit mit Pflege“ zwischen beiden Arten von Pflegeheimen: 32,9 (SD 4.3) bzw. 31,6 (SD 4.9). Die anthroposophischen Pflegeheime hatten signifikant höhere Werte für das „Symptom Management“ (32,9 (SD 7,5) gegenüber 26,9 (SD 9,5)) und die „Comfort Assessment in Dying“-Skalen (34,0 (SD 3,9) gegenüber 30,8 (SD 5,8)) und auf ihrer Subskala „Well Being“ (7,7 (SD 1,2) gegenüber 6,7 (SD 2,1)). Die Ergebnisse deuten laut Autor*innen darauf hin,

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
	haben den EOLD-Fragebogen ausgefüllt.			dass der Tod mit Demenz in anthroposophischen Pflegeheimen positiver ausfiel als in normalen Häusern.
Gunawan, Stefanus; Arnoldussen, Marijn; Gordijn, Maartje S.; Sitaresmi, Mei N.; van de Ven, Peter M.; Broeke, Chloé A. M. ten; Veerman, Anjo J. P.; Mantik, Max; Kaspers, Gertjan J. L.; Mostert, Saskia	Querschnittsstudie mit semi-strukturierten (selbst entwickelt inkl. Pretest) Fragebögen an einem niederländischen und indonesischen Universitätskrankenhaus mit Ärzt*innen und Pflegefachkräften.	Statistische Tests/Berechnungen wurden begründet und transparent verwendet (mit SPSS): U. a. Cronbachs Alpha, Mann-Whitney U test, Chi-Quadrat, Fisher Exact test.	/	Insgesamt nahmen 342 Gesundheitsversorger*innen teil: 119 niederländisch (Rücklaufquote 80%) und 223 indonesisch (Rücklaufquote 87%). In den Niederlanden sind mehr Gesundheitsversorger*innen der Auffassung, dass Chemotherapie Krebs heilen kann als indonesische Gesundheitsversorger (87% vs. 53% bzw. $P < 0,001$). Die Kombination von Chemotherapie und CAM ist der beste Weg, um Krebs zu begegnen, sind mehr indonesische als niederländische Gesundheitsversorger*innen überzeugt (45% vs. 25%, $P < 0,001$). Niederländische und indonesische Gesundheitsversorger*innen empfehlen und entmutigen die CAM-Nutzung unterschiedlich. Die meisten niederländischen (77%) und indonesischen (84%) Gesundheitsversorger*innen, halten ihr Wissen über CAM für unzureichend. Weniger niederländische Ärzte als andere Gesundheitsversorger*innen wollen mehr über CAM erfahren (51% vs. 76%, $P = 0,007$), während es zwischen indonesischen Ärzten (64%) und anderen Gesundheitsversorger*innen (72%) keinen signifikanten Unterschied in der Bereitschaft gibt, mehr über CAM zu erfahren.
Hamre, Harald J.;	Sekundäranalyse aus einer Beobachtungsstudie (529	Statistische Tests/Berechnungen	Anthroposophische Behandlung vs.	Während des 28-tägigen Beobachtungszeitraums wurden 5,5% der A-Patient*innen (Behandlung AM) und 25,6% der

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Glockmann, Anja; Schwarz, Reinhard; Riley, David S.; Baars, Erik W.; Kiene, Helmut; Kienle, Gunver S.	<p>Kinder aus Europa, USA, deren Betreuungspersonen sich für AM oder eine konventionelle Medizin entschieden hatten. Dokumentation der Fälle durch behandelnde Ärzte (anthroposophische und konventionelle), Befragung der Betreuer durch Forschende: Weitergabe der Ergebnisse an Ärzte erfolgte nicht. Verblindung der Interviewer erfolgte nicht.</p>	<p>wurden begründet und transparent verwendet (mit SPSS, StatXact): U. a. Bivariate Analyse mit Fisher Exact test, Fisher-Freeman-Halton Test, <i>t</i>-Test. Hauptergebnisse wurden anhand systematischer Literaturrecherchen mit Literatur verglichen.</p>	<p>konventionelle Behandlung bei Akuten Atemwegs-/Ohrinfektionen.</p>	<p>C-Patient*innen (Behandlung konventionell) Antibiotika verschrieben ($P < 0,001$); unbereinigte Odds Ratio für die Nichtverschreibung bei A- versus C-Patient*innen 6,58 (95%-CI 3,45-12,56); nach Anpassung an Demographie und Morbidität 6,33 (3,17-12,64). Die Verschreibungsraten von Antibiotika in jüngsten Beobachtungsstudien mit ähnlichen Patient*innen in ähnlichen Situationen lagen zwischen 31,0% und 84,1%. Im Vergleich zu C-Patient*innen hatten A-Patient*innen auch einen deutlich geringeren Analgetika-Einsatz, eine etwas schnellere Symptombehebung und eine höhere Zufriedenheit der Betreuer. Unerwünschte Arzneimittelreaktionen waren selten (2,3% in beiden Gruppen) und nicht schwerwiegend. Einschränkung: Wie gut sich die beiden Gruppen (Betreuer und Kinder) vergleichen lassen, kann nicht gesagt werden. Wie wäre der Krankheitsverlauf der C-Kinder gewesen, wenn diese eine AM-Behandlung erhalten hätten?</p>
Hayes, Kathleen M.; Alexander, Ivy M.	<p>Ein anonymes Fragebogen (selbst entwickelt, Face-Validität und Pretest) wurde an alle Mitglieder der Connecticut Nurse Practitioner Group Inc. verschickt, um ihr Wissen sowie ihre persönlichen</p>	<p>Programm: EpiInfo Version 5. Häufigkeiten, Prozentsätze und Mittelwerte. Sonstige Tests/Berechnungen nicht beschrieben.</p>	<p>/</p>	<p>Von den 202 Befragten (73% Rücklauf) bezeichneten sich 78% als „leicht“ oder „ziemlich“ kompetent bezüglich alternativer Therapien im Allgemeinen und 63% gaben persönliche Erfahrungen an. Etwa die Hälfte der Pflegefachkräfte (49%) gaben an, dass sie „manchmal“ oder „normalerweise“ nach dem Einsatz solcher Therapien bei ihren Klienten fragen und 65% haben sich auf eine oder mehrere</p>

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
	und beruflichen Erfahrungen mit alternativen Therapien zu ermitteln.			dieser Modalitäten bezogen oder diese empfohlen. Zusätzlich haben einige Pflegefachkräfte alternative Therapien direkt angeboten (30%). 31% gaben an, dass sie eine Ausbildung in einer oder mehreren Therapien erhalten haben und 65% wären „extrem“ oder „ziemlich“ daran interessiert, mehr zu erfahren.
Heinz, Jürgen; Fiori, Wolfgang; Heusser, Peter; Ostermann, Thomas	Von insgesamt 23.180 Fällen wurden Kosten- und Leistungsdaten analysiert und mit nationalen Referenzdaten verglichen. Subgruppenanalyse mit den Fällen mit anthroposophischer Komplexbehandlung und ohne.	Statistische Tests/Berechnungen wurden begründet und transparent verwendet (mit SPSS): U. a. Mittelwerte, Standardabweichungen, Chi-Quadrat, t-Test, P-Werte angegeben.	/	Subgruppe ohne anthroposophische Komplexbehandlung: Keine Unterschiede zu nationalen Referenzdaten. Mit anthroposophischer Komplexbehandlung: Höhere Kosten (1,349) aufgrund längerer Verweildauer. Die Kosten pro Tag waren nicht höher als in den nationalen Referenzdaten.
Järemo, Pirjo; Arman, Maria	52 Patient*innen mit unterschiedlichen Erkrankungen beantworteten in einem Fragebogen einen Punkt zu ihren Gedanken in Bezug auf ihre Krankheit (Studie ist Teil einer größeren Studie).	Auswertung mit Qualitativer Inhaltsanalyse.	/	In der Patient*innensicht kommt eine komplexe Kombination von Krankheitsursachen zum Ausdruck. Die Patient*innen sehen Ursachen in psychosozialen Faktoren aber auch persönliche Einstellungen, biologische Faktoren und Zufälle (häufigste). Überzeugungen wirken entweder erleichternd oder einschränkend. Die Befragten zeigten mehr einschränkende als fördernde Überzeugungen, was sie daran hindern könnte, ihre Gesundheit zu verbessern.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Jong, Mats; Lundqvist, Veronica; Jong, Miek C.	Deskriptive Querschnittstudie anhand einer Umfrage zu CAM-Themen. Gesendet an alle 12 000 Mitglieder*innen des schwedischen Berufsverbandes.	SPSS: Chi-Quadrat, Logistische Regressionen, $P = <0,05$.	/	335 (Rücklaufquote 28%) Antworten. 83% berichten von Selbstanwendungen. Häufigstes: Massage (59%). CAM-Praxis wurde von 11% berichtet. 43% wünschen, eine CAM-Methode in Zukunft zu praktizieren. Haupthindernisse für CAM-Anwendung: mangelnde Kenntnisse, fehlende wissenschaftliche Erkenntnisse, rechtliche Unsicherheiten. 73% fragen Patient*innen nie oder selten nach CAM-Gebrauch.
Klafke, Nadja; Joos, Stefanie	Beschreibung der Entwicklungen und des Status quo der CIM in Deutschland. Recherche nicht beschrieben. Kein Literaturreview.	/	/	Viele CIM-Verfahren (z. B. Misteltherapie oder andere Phytotherapeutika, Akupunktur, Mikronährstoffe, Yoga, Aromatherapie etc.) haben das Potenzial, die Lebensqualität sowie spezifische somatische und psychische Symptome der Patient*innen zu verbessern. Allerdings bergen gerade pflanzliche Stoffe auch das Risiko von Interaktionen mit anderen Arzneimitteln, weshalb eine kompetente ärztliche Beratung in diesem Bereich unabdingbar ist. Umfragen zeigen, dass onkologisch erkrankte Patient*innen ein hohes Informationsbedürfnis gerade während der Supportivtherapie und in der Nachsorge haben und sich eine entsprechende kompetente Begleitung u. a. durch ihren Hausarzt wünschen. Vor diesem Hintergrund werden derzeit Schulungen und Kommunikationstrainings für Hausärzte entwickelt und evaluiert. Eine weitere positive Entwicklung der letzten Jahre sind stationäre und tagesklinische

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
				Versorgungskonzepte der sog. integrativen Onkologie, die zunehmend von evidenzbasierten KIM-Verfahren gekoppelt mit kompetenter Beratung zur Stärkung der Patient*innenkompetenz Gebrauch machen. Pflegende in CIM sollten an der Beratung zu CIM beteiligt sein.
Klein, Sabine; Kohler, Sara; Krüerke, Daniel; Templeton, Arnaud; Weibel, Adrian; Haraldsson, Erlendur; Nahm, Michael; Wolf, Ursula	Deskriptives Design. Retrospektive Befragung von Ärzt*innen und Pflegenden der Klinik Arlesheim. Fragebogen: 60 geschlossene und 5 offene Fragen. (Validierter Fragebogen aus dem Englischen übersetzt. Übersetzung nicht validiert.)	SPSS: Tests nicht genannt, beschrieben.	/	Rücklauf 18% (21 Fragebögen). Beobachtete Phänomene an Sterbenden durch die Befragten: Patient*innen verfügten plötzlich über viel Zuversicht und Energie; belastende Emotionen nahmen zu; Patient*innen nahmen phasenweise eine andere Realitätsebene wahr. Erfahrungen am Lebensende wurden von den Antwortenden als Quelle spirituellen Trosts für Sterbende und Angehörige empfunden. Die Ergebnisse waren ähnlich den Ergebnissen vergleichbarer Studien in England. Pflegende und Ärzt*innen wünschten sich mehr Inhalte diesbezüglich in Aus- und Weiterbildungen.
Koster, Evi B.; Baars, Erik W.; Delnoij, Diana M. J.	Befragungen mit Patient*innen unterschiedlicher Settings AP/AM. Nutzung von Fragebögen (z. B. PHQ-9 für Ein-/Ausschluss)	Inhaltsanalyse, Aufbau von Items und Bereichen durch offene, axiale und selektive Codierung.	/	Zwölf Bereiche zur Lebensqualität, die für Patient*innen in anthroposophischer Gesundheitsversorgung von besonderer Bedeutung sind: Regeneration/Symptomreduktion, Aktiver Beitrag /Autonomie, allgemeines Wohlbefinden, Bedeutung/Sinn, Ruhe/Entspannung, Funktionieren,

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
		(Elemente der Grounded Theory Methode)		Energie/Stärke, Pflege/Arzt-Patient*innenverhältnis, Naturheilkunde, achtsame innere Einstellung, gut informiert sein und soziale Beziehungen.
Läengler, Alfred; Spix, Claudia; Edelhäuser, Friedrich; Martin, David D.; Kameda, Genn; Kaatsch, Peter; Seifert, Georg	Retrospektive Fragebogenbefragung von AM-Anwender*innen und Anwender*innen anderer CAM in der pädiatrischen Onkologie.	Die Autor*innen betonen: Keine analytische Studie, daher wenig statistische Tests und diese teilweise exemplarisch: Chi-Quadrat, t-Test. Ansonsten Prozentsätze ergänzt mit CI.	/	Insgesamt 367 CAM-Anwender*innen befragt. Davon 27% AM-Anwender*innen. Durchschnittliche Behandlungsdauer: 619 Tage (AM). 225 Tage andere CAM-Behandlungen. AM-Anwender*innen höherer sozialer Status. AM-Anwender*innen kommunizieren ihre CAM-Behandlungen häufiger als in anderen CAM-Bereichen und sind etwas zufriedener mit der Behandlung.
Ostermann, Thomas; Bertram, Mathias; Büssing, Arndt	Deskriptive Pilotstudie. Der teambildende Prozess bestand aus didaktischem Unterricht und Training in Problemlösung, Teambildung und konstruktiver Konfliktlösung. Umfrage (77 Mitarbeiter*innen, 44	Statistische Tests/Berechnungen wurden begründet und transparent verwendet (mit SPSS): U. a. Mann-Whitney U test, Chi-Quadrat, H-Test, Faktor-	Schulung und Training in Problemlösung, Teambildung und konstruktiver Konfliktlösung	Befragungen: 55 Pflegefachkräfte, 19 Therapeut*innen, 3 Ärzt*innen, 18 Patient*innenangehörige. Teambildender Prozess hat in einem Bereich signifikant positiven Einfluss auf das wahrgenommene Arbeitsumfeld: Fähigkeit der Mitarbeiter*innen Konflikte zu lösen war nach drei Jahren signifikant höher. Trotz hoher Arbeitsbelastung blieben die Werte bezüglich Selbstverwirklichung, Lebenszufriedenheit und Überzeugung der therapeutischen Kompetenz über

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
	Patient*innenangehörige). Fragebögen: WES-10, BMLSS, CSQ-8.	/Hauptkomponentenanalysen, Vari-max.		drei Jahre hoch und unverändert. Hohe Patient*innenzufriedenheit.
Ozolins, Lise-Lotte; Hörberg, Ulrica; Dahlberg, Karin	Reflective Lifeworld Research-Ansatz durchgeführt, um menschliche Existenzphänomene zu verstehen und zu beschreiben. Qualitative Interviews von 10 Patient*innen in einer anthroposophischen Klinik in Schweden.	Qualitatives Analyseverfahren, bei dem die Bedeutungen der Interviews herausgearbeitet wurden.	Caring Touch	Die Patient*innen haben das Gefühl, dass sie gesehen, akzeptiert und bestätigt werden. Darüber hinaus schafft die Berührung einen fürsorglichen Raum, in dem die Patient*innen für die Pflege empfänglich werden und die Möglichkeit entsteht, Leiden zu lindern sowie Wohlbefinden fördern. Sie kann aber auch gegenteilig wirken, wenn Caring Touch auferlegt wird und nicht freilassend ist. Auch die Intensität der Berührung ist für Patient*innen mitunter eine Herausforderung. Es bedarf eines sensiblen Wahrnehmens und Eingehens auf Patient*innen, dann hat Caring Touch das Potential, Heilung und Wohlbefinden zu fördern.
Ponstein, Anne S.; Zwart, Christof A.; van Gerven, Marko; Baars, Erik W.	Den theoretischen Rahmen bildet der fünfstufige Ansatz von Fønnebø. Literaturstudien, Experteninterviews (monodisziplinär): Gruppeninterviews (multidisziplinär): Teilstrukturiert.	Review: Suche beschrieben. Interviewanalyse nicht beschrieben.	/	Die Behandlung von depressiven Störungen besteht aus vier separaten Behandlungsphasen, in denen 10 spezifische Behandlungsziele identifiziert werden. Verschiedene Disziplinen können zu jedem Ziel beitragen. Dies bietet die Möglichkeit zur Individualisierung der Versorgung. Innerhalb jeder Disziplin werden mehrere Optionen pro Ziel identifiziert, was zu zusätzlichen Möglichkeiten der Individualisierung der Versorgung führt.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Ranheim, Albertine; Kärner, Anita; Arman, Maria; Rehnsfeldt, Arne Wilhelm; Berterö, Carina	Phänomenologisch-hermeneutischer Ansatz aufbauend auf der Philosophie von Ricour. 6 Monate Schulung und anschließend qualitative Interviews.	Phänomenologisch-hermeneutisches Verfahren nach Lindseth und Norberg.	/	Erweiterung der Wahrnehmung/Achtsamkeit, leibliche Erfahrungen der Präsenz, erweiterte Fähigkeiten, in der Pflege kreativ zu handeln.
Ribeiro, Rúbia Mara	Qualitativer Forschungsansatz mit Fallstudie und Beobachtung der Teilnehmer*innen. Studienteilnehmer*innen waren Mitglieder*innen des Pflorgeteams einer anthroposophischen Klinik.	Nicht beurteilbar.	/	Tätigkeiten AP waren Kompressen, Massageformen, Öldispersionsbad, Therapie mit <i>Viscum album</i> . Pflegehandeln wurde durch Konzepte der AP begründet: 12-Sinneslehre, 7 Lebensprozesse, 12 Pflegerischen Gesten, Drei- und Viergliederung. Pflegefachkräfte nehmen den Menschen als einzigartig und in Beziehung mit Natur und Kosmos wahr.
Romeyke, Tobias; Stummer, Harald		Kein Analyseverfahren benannt, wie etwa Kosten-Nutzen-Analyse.	/	Die Ergebnisse zeigten, dass die Pflegekosten in einem stationären Akutkrankenhaus mit naturheilkundlichem Schwerpunkt deutlich höher sind als die Pflegekosten in Krankenhäusern, die nach konventioneller Medizin arbeiten.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Salmenperä, Liisa; Suominen, Tarja; Lauri, Sirkka	Fragebogenerhebung (selbst entwickelt).	Statistische Test/Berechnungen nicht beschrieben, benannt.	/	Rücklaufquote 68% (n=92). Pflegefachkräfte betrachteten die alternative Medizin nicht als eine sichere und natürliche Methode zur Behandlung von Krebs. Im Gegenteil, viele Pflegefachkräfte glaubten, dass alternative Therapien von Quacksalberärzt*innen zur finanziellen Bereicherung angeboten werden. Die Pflegefachkräfte hielten es jedoch für wichtig, dass Krebspatient*innen die Möglichkeit haben, mit Pflegefachkräften und Ärzt*innen über den Einsatz von Alternativmedizin zu sprechen. Insgesamt zeigten die Ergebnisse, dass die Einstellung der Pflegefachkräfte zum größten Teil negativ ist.
Schad, Friedemann; Axtner, Jan; Happe, Antje; Breitzkreuz, Thomas; Paxino, Constantin; Gutsch, Johannes; Matthes, Burkhard;	In diesem Artikel wird ein Datenüberblick mit epidemiologischen Registern und aktueller Literatur verglichen.	Statistische Tests/Berechnungen wurden begründet und transparent verwendet: U. a. Fisher Exact test, Chi-Quadrat, Wilcoxon Vorzeichentest, Kruskal-Wallis Test	/	Im Netzwerk Onkologie: In 6 Jahren 10.405 Patient*innenakten. Geringe Unterschiede in der Verteilung der Krankheitseinheiten, im Alter und im Geschlecht. Konventionelle Therapien wurden im Netzwerk im Vergleich zu konventionellen Einrichtungen seltener durchgeführt. 80% der Patient*innen erhielten im Netzwerk Mistelpräparate und 63% hatten nicht-pharmakotherapeutische, ergänzende Interventionen.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Debus, Marion; Kröz, Matthias; Spahn, Günther; Riess, Hartmut; Laue, Hans-Broder von; Matthes, Harald				
Schad, Friedemann; Thronicke, Anja; Merkle, Antje; Steele, Megan L.; Kröz, Matthias; Herbstreit, Cornelia; Matthes, Harald	Klinische/demographische Daten, Informationen über die Nachsorge und zu nicht-medikamentösen Therapien werden analysiert. Ergebnisse werden mit den Zahlen von 2016 der zertifizierten BCC verglichen.	Kontinuierliche Variable wurden als Median mit Interquartilbereich (IQR) beschrieben; kategoriale Variablen wurden als Häufigkeiten und Prozentsätze zusammengefasst. Die Datenverteilungen wurden mit grafischen Inspektionen durch Boxplot, QQ (quantile-quantile)	/	Von 2011-2016 wurden 741 primäre Brustkrebspatient*innen am untersuchten BCC untersucht. 96% der Patient*innen erhielten nichtmedikamentöse Therapien und 32% eine Therapie mit Viscum album L. Für bis zu 93% der Patient*innen konnten 2 Jahre nach Diagnosestellung Nachbeobachtungsdaten erhoben werden. Im nationalen Vergleich zu zertifizierten BCC erfüllte das untersuchte BCC die zentralen Anforderungen.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
		Plot und Histogramme validiert und hinsichtlich der Schiefe arithmetisch untersucht.		
Schlaeppli, M. R.; Büsing, A.; Müller-Hübenthal, B.; Heusser, P.	Keine Methoden beschrieben	/	/	AM berücksichtigt mehrere Ebenen: Physisch-körperliche Ebene, Lebenskräfteorganisation, seelische Ebene, geistige Ebene. In der anthroposophischen Onkologie werden alle diese Ebenen bei der Behandlung berücksichtigt. Erste Studien lassen auf Besserung der Lebensqualität und Minderung von Nebenwirkungen schließen.
Schoen-Angerer, Tido von; Deckers, Bernhard; Heines, Jörg; Helmert, Eduard; Vagedes, Jan	Eine 53-jährige Frau mit systemischer Sklerose hatte topisches Rosmarinus officinalis (Rosmarin) Öl, das oft in der AM verwendet wird, über 3 Tage auf die Hände aufgetragen und dann, getrennt, Olivenöl/Rosmarinöl je eine Hand. Thermografische Aufnahmen und Befragung der Patientin nach subjektivem Empfinden.	/	/	Rosmarinus officinalis Öl hatte einen gefäßerweiternden und wärmenden Effekt bei einer Patientin mit systemischer Sklerose und Raynauds Syndrom. Thermographieaufnahmen zeigten eine signifikante Erwärmung der Finger nach Rosmarinöl, aber nicht nach Olivenöl, die mit der subjektiven Erfahrung der Patientin übereinstimmte.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Schoen-Angerer, Tido von; Vagedes, Jan; Schneider, Romy; Vlach, Livia; Pharisa, Cosette; Kleeb, Simon; Wildhaber, Johannes; Huber, Benedikt M.	Fragebogenerhebung (CSQ-8): Eltern der behandelten Kinder. Und offener Fragebogen für Mitarbeitende. Erhebung ökonomischer Daten.	Statistische Tests marginal beschrieben. CSQ-8 über arithmetischen Gesamtwert analysiert. Kostenminimierungsanalyse.	Integrativ pädiatrisches Programm.	Hohe Zufriedenheit bei den Eltern (CSQ-8-Wert betrug 29,77 (95% CI 29,04-30,5)). 96% der Eltern waren mit AM meist oder sehr zufrieden; 96% betrachteten AM als etwas oder sehr hilfreich für ihr Kind; sie lernten Fähigkeiten zur besseren Betreuung ihres Kindes. Mitarbeitendenbefragung: positive Punkte über erweitertes Betreuungsangebot, engeren Kontakt zum Kind, entspanntere Kinder und mehr Eigenständigkeit für die Eltern; Schwachstellen waren unzureichende Kenntnisse der AM und zusätzlicher Pflegeaufwand. Kosten für Mitarbeiterschulungen und Medikamente wurden durch AM-bezogene Versicherungserstattungen nahezu kompensiert.
Simões-Wüst, Ana Paula; Saltzweid, Georg; Herr, Isabella S.; Rist, Lukas	April 2008 - Februar 2009 Fragebogenerhebung (selbst entwickelt) an Patient*innen, die Wickelanwendungen erhalten hatten (nach Krankenhausaustritt versandt).	Analyseverfahren nicht beschrieben. Aus den Angaben Häufigkeit, Standardabweichung, Mittelwerte ersichtlich.	Wickelanwendungen.	Rücklaufquote 44% (394 von 900). 70% der Befragten: deutliche bis sehr deutliche Verbesserung des Zustandes wahrgenommen. Verbesserung kurzfristig (71%). Erholung durch Wickel für 33% deutlich, für 36% gut, für 16% hervorragend. 46% stuften Erfolg der Wickelanwendungen bei hoch bis sehr hoch ein. Frauen, insbesondere Mütter, schätzten die Wickelanwendungen positiver ein als Männer.
Sitzmann, Franz	/	/	/	/

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Steen, Jenny T. van der; Gijsberts, Marie-José H. E.; Muller, Martien T.; Deliens, Luc; Volicer, Ladislav	Mortalitäts-Followback-Design in multizentrischen Studien in den Niederlanden (Pilotstudie 2005-2007) und den USA (1999) und Vergleich EOLD Satisfaction With Care (SWC; letzte drei Lebensmonate), Symptom Management (SM; letzte drei Monate) und Comfort Assessment in Dying (CAD) für folgende Ergebnisse 54 niederländische und 76 US-amerikanische Bewohner von Pflegeheimen.	Verwendung von statistischen Tests und Berechnungen wie Standardabweichung, Chi-Quadrat, t-Tests, Mann-Whitney U test, lineare Regression, wird nachvollziehbar begründet.	/	Niederländische Familien bewerteten das Lebensende mit Demenz in Pflegeheimen etwas besser als amerikanische. Obwohl Unterschiede gering waren, waren beobachtete Muster konsistent. Dies deutet darauf hin, dass die Gültigkeit von SM und CAD zur Beurteilung der Unterschiede in der Qualität des Sterbens und der möglichen Sensibilität für Unterschiede zwischen den Ländern oder Zeiträumen möglich ist.
Stritter, Wiebke; Ruttert, Britta; Längler, Alfred; Eggert, Angelika; Holmberg, Christine;	Literaturrecherche zu bestehenden integrativen Versorgungsprogrammen in medizinischen Krankenhäusern und biomedizinischen Einrichtungen und Identifikation geeigneter Methoden. Für die Entwicklung dieses Programms wurde ein qualitatives	Ergebnisse Literaturrecherche (andeutungsweise beschrieben) werden interdisziplinär diskutiert. Qualitative Untersuchung andeutungsweise erläutert. Kein theoretischer Bezug	/	Es wurde ein Projektdesign entwickelt, das als Grundlage für die Entwicklung, Einführung und Bewertung eines integrativen Versorgungsprogramms für eine pädiatrische onkologische Intensivstation in einem deutschen Universitätsklinikum dienen kann. Die Projektphase befindet sich noch nicht am Ende.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Seifert, Georg	Studiendesign gewählt. Dazu gehörten Teilnehmerbeobachtungen und Interviews mit allen Beteiligten auf der jeweiligen Onkologiestation sowie auf bestehenden Onkologiestationen, die mit einem integrativen Pflegeprogramm arbeiten.	oder Methode konkreter genannt. Auswertung nicht genauer erläutert.		
Ström, Maria	Qualitatives Design: Semistrukturierte Interviews mit fünf Patient*innen.	Qualitative Inhaltsanalyse nach Lundman und Hällgren Graneheim.	RE.	Es wurde eine Abnahme der körperlichen Leiden wie Schmerzen, verminderte Lungenkapazität, IBS und Schlafstörungen erlebt. Psychologische und spirituelle Verbesserungen wurden bei kognitiven Funktionen, Entspannungsgefühl, Bedeutung, Hoffnung, Bestätigung, Sicherheit und Vitalität erlebt. Trotz schwerer Krankheiten wurde eine verbesserte Gesundheit empfunden.
Therkleson, Tessa	Ein Patient mit spezifischen Merkmalen, der an Arthrose leidet, erhielt an 7 aufeinander folgenden Tagen eine Ingwertherapie durch anthroposophische Pflegefachkräfte in einem integrativen medizinischen Zentrum. Zwei	Einzelfallstudie, keine statistischen Tests.	Ingwertherapie bei Arthrose.	Die Ingwertherapie aktivierte eine deutliche Linderung der Arthrose-Symptome, die sich über die 24 Wochen allmählich verbesserte, ohne dass von negativen Auswirkungen berichtet wurde. Die Ingwertherapie muss von den Pflegefachkräften in Betracht gezogen werden, die sich um bestimmte Persönlichkeitstypen mit Osteoarthritis kümmern.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
	<p>Wochen nach der Therapie wurde eine Schulung durchgeführt, die eine Selbstbehandlung Zuhause für weitere 24 Wochen ermöglichte. Daten: Physiologische Körperaufzeichnungen: Falltagebuch und Schmerzskala (VAS), Fragebogen (HAQ) zur Beurteilung der Gesundheit von Arthritis in Selbsteinschätzung.</p>			
<p>Therkleson, Tessa</p>	<p>Im Jahr 2011 wurden 20 Erwachsene mit chronischer Arthrose zufällig einer von zwei Gruppen für 7 aufeinander folgende Tage der topischen Ingwerbehandlung durch ausgebildete Pflegefachkräfte zugeordnet: Gruppe 1 erhielt eine manuell hergestellte Ingwerkompressen und Gruppe 2 ein standardisiertes</p>	<p>Aufgrund der niedrigen Anzahl der Probanden wird die statistische Auswertung als begrenzt angesehen. Dennoch werden Standardabweichung (SD), Standardfehlerbalken und %-Differenzen angegeben. Excel-Software verwendet.</p>	<p>Ingwertherapie bei Arthrose.</p>	<p>Die Durchschnittswerte für Gruppe 1 und Gruppe 2 zeigen einen deutlichen Rückgang nach 1-wöchiger topischer Ingwerbehandlung: Die Werte für Schmerzen, Müdigkeit, globale Wirkung und Funktionsstatus wurden um 48%, 49%, 40% bzw. 31% reduziert, während sich die Gesundheitszufriedenheit von 80% unzufrieden auf 70% zufrieden verbesserte. Die Punktzahlen für alle Teilnehmer in allen fünf Bereichen wurden in den folgenden 24 Wochen der Selbstbehandlung schrittweise reduziert.</p>

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
	<p>Ingwerpflaster. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, die Selbstbehandlung mit dem Ingwerpflaster für weitere 24 Wochen fortzusetzen. Ein kurzer Fragebogen zur Gesundheit (SRQ) bez. Arthritis wurde 3 Wochen lang wöchentlich und 4 Wochen lang bzw. 24 Wochen lang ausgefüllt. Weitere Instrumente, Fragebogen: VAS, HAQ-II, MHAQ.</p>			
<p>Therkleson, Tessa C.</p>	<p>Verwendung einer phänomenologischen Methodik nach Husserl. Eine Gruppe von anthroposophischen Pflegefachkräften in der Hawkes Bay of New Zealand wählte persönlich sieben geeignete Erwachsene aus, die zustimmten, eine externe Anwendung von Ingwer zu erhalten. Aufgrund ihrer</p>	<p>Qualitative Inhaltsanalyse.</p>	<p>Ingwertherapie.</p>	<p>Vier interpretative Themen, die die Erfahrungen der Patient*innen erfassen, wurden identifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Wärme im Körper mit zunehmender Intensität und Ausstrahlung nach außen; - die zunehmende Stimulation der inneren Aktivität in ihrem Körper; - Veränderungen im Gedankenleben, in der sensorischen Wahrnehmung und in der körperlichen Spannung; - Zentriertheit in sich selbst und ein größeres Gefühl für die persönliche Grenze in der Gesellschaft. Beziehung zur Welt.

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
	<p>Erfahrungen wurden den Patient*innen von den Forscher*innen eine Reihe von offenen Fragen gestellt. Diese Interviews wurden auf Tonband aufgenommen. Die Interviewdaten wurden transkribiert und auf Themen reduziert, die neben der relevanten Literatur auf diesem Gebiet erforscht und reflektiert wurden.</p>			
<p>Therkleson, Tessa; Sherwood, Patricia</p>	<p>Phänomenologischer Ansatz, in dem Erfahrungen der Patient*innen mit einer Ingwerkompressen, die von anthroposophisch ausgebildeten Pflegefachkräften angewendet wird, untersucht werden, um verschiedene therapeutische Effekte zu zeigen.</p>	<p>Analyse auf Basis der Phänomenologie nach Husserl. Angepasst durch Methoden von Schweitzer und Amedeo Giorgi.</p>	<p>Ingwertherapie.</p>	<p>Vier Schlüsselthemen: Zunahme der Wärme und der inneren Aktivität in den Hauptorganen des Körpers, Veränderungen im Gedankenleben und in der Sinneswahrnehmung sowie ein größeres Wohlbefinden und eine Selbstfokussierung bei der Wahrnehmung klarerer persönlicher Grenzen.</p>
<p>Therkleson, Tessa; Stro-nach, Shona</p>	<p>Eine ältere Dame mit spezifischen Merkmalen, für die ein Broken Heart Syndrom</p>	<p>/</p>	<p>Kombinationsbehandlung Äußere Anwendungen.</p>	<p>Die Pflegebehandlungen, jeweils mit Lavendelfußbädern, Moorextraktmassage und Oxalis-Salbenpackung für den</p>

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
	diagnostiziert wurde, erhielt wochenlang eine Behandlung durch eine anthroposophische Pflegekraft in einem integrativen medizinischen Zentrum. Zwischen den Behandlungen wurde eine Schulung durchgeführt, um die Selbstbehandlung zu Hause zu ermöglichen.			Bauch, erwiesen sich als sehr wirksam und es wurden keine negativen Auswirkungen gemeldet.
Thronicke, Anja; Oei, Shiao Li; Merkle, Antje; Herbstreit, Cornelia; Lemmens, Hans-Peter; Grah, Christian; Kröz, Matthias; Matthes,	Klinische, demographische, integrative Behandlungs- und Follow-up-Daten wurden zwischen 2011 und 2016 analysiert. Darüber hinaus wurden die Qualitätskennzahlen von CC GKH mit denen von bundesweiten Benchmarking-CCs verglichen.	Statistische Tests/Berechnungen nicht begründet oder beschrieben. Aus den Tabellen sind Berechnungen wie Chi-Quadrat, Standardabweichung ersichtlich, P-Werte wurden angegeben.	Konzept integrative Onkologie.	Zwischen 2011 und 2016 wurden im CC GKH 2.382 primäre Krebspatient*innen im mittleren Alter von 66 Jahren behandelt. 70,1% der Patient*innen zeigten entweder Union for International Cancer Control (UICC) Stadium 0, I, II oder III und 25,6% waren in UICC Stadium IV. IO-Therapien umfassten Operationen (64,4% der Patient*innen), Bestrahlung (41,2%) und die Anwendung von Zytostatika (53,9%), Misteltherapie (30,5%) und nichtpharmakologische Interventionen (87,3%). In Bezug auf die psychoonkologische Betreuung und die Quote der Patient*innenaufnahme in Studien liegt das CC GKH über den bundesweiten Benchmarks. Forschungsergebnisse, die Sicherheitsfragen, klinische Auswirkungen sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patient*innen umfassen,

Autor*innen	Design bis Methoden	Daten-analyseverfahren	Intervention/ Maßnahmen	Ergebnisse
Harald; Schad, Friedemann				werden kontinuierlich bewertet und in das Entscheidungsmanagement des Krankenhauses integriert.
Vagedes, J.; Helmert, E.; Kuderer, S.; Müller, V.; Voege, P.; Szóke, H.; Valentini, J.; Joos, S.; Kohl, M.; Andrasik, F.	Randomisiert kontrollierte Studie mit Crossover. Siebzehn gesunde Freiwillige (Durchschnittsalter 22,1 Jahre, SD = 2,4; 11 Frauen) erhielten drei Fußbäder mit WA oder WA in Kombination mit Senf (MU) oder Ingwer (GI) in randomisierter Reihenfolge.	R Core Team: Statistische Tests begründet und transparent angewendet. Tests u.a. ANOVA (Varianzanalyse), Likelihood-Quotiententest.	Fußbäder mit medizinischen Pulvern aus Ingwerwurzel oder Senfsamen.	Primäres Ergebnis: Wahrgenommene Wärme an Füßen nahm signifikant zu (alle p 's < .001) für MU und GI bei t1 sowie für GI bei t2 im Vergleich zu t0 mit hohen Effektgrößen. Bei t2 unterschied sich GI signifikant von WA ($p < .001$) und MU ($p = .048$). Sekundäres Ergebnis: Keine signifikanten Effekte für die wahrgenommene Wärme an Gesicht oder Händen. Gesamtwärme bei t1 signifikant höher als bei t0 ($p = .01$). Thermografiebewertungen der Hauttemperatur an Füßen bei t1 stiegen nach allen Bedingungen ($p < .001$). Keine Effekte im Gesicht festgestellt. An Händen sank die Temperatur bei t1 ($p = .02$) und t2 im Vergleich zu t0 ($p < .001$).