

# Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Pflege & Management  
**Dualer Studiengang Pflege (BA)**

## *Die Bedeutung von komplementären Pflegemaßnahmen hinsichtlich Zuwendung und Kommunikation für die professionelle Pflege*

Qualifikationsarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts in der Pflege

Tag der Abgabe:	01. Juni 2017
Vorgelegt von:	<b>Lilian Charlotte Bernstein</b>
Matrikelnummer:	
Adresse:	
Betreuende Prüfende:	Frau Katharina Straß
Zweite Prüfende:	Frau Dr. Sünje Prühlen

*Denn die Freude, die wir geben,  
kehrt ins eig'ne Herz zurück.*

*- Johann Wolfgang von Goethe –*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1. Forschungsstand und Problembeschreibung .....	3
1.2. Fragestellungen.....	4
1.3. Ziel .....	5
1.4. Aufbau der Arbeit.....	5
<b>2. Methodik</b> .....	<b>6</b>
2.1. Literaturrecherche .....	6
2.2. Methodische Überlegungen .....	6
2.3. Stichprobe.....	7
2.4. Datenerhebung .....	8
2.5. Durchführung.....	8
2.6. Das Interview .....	9
2.7. Datenanalyse und Interpretation .....	10
<b>3. Theoretischer Rahmen</b> .....	<b>11</b>
3.1. Historischer Rückblick.....	11
3.2. Die pflegeberufliche Begegnung im Kontext von Körper und Leib .....	13
3.3. Komplementäre Pflege.....	17
<b>4. Ergebnisdarstellung</b> .....	<b>19</b>
4.1. Wahrnehmen.....	19
4.2. Interaktion.....	20
4.3. Komplementäre Methoden als Rucksack voller Möglichkeiten .....	21
4.4. Wohlbefinden.....	22
4.5. Qualitätskriterien .....	24
4.6. Kontinuität .....	25
4.7. Grenzen und Hindernisse .....	26
<b>5. Diskussion</b> .....	<b>26</b>
5.1. Diskussion der Ergebnisse .....	27
5.3. Limitationen .....	31
<b>7. Schlussfolgerung</b> .....	<b>32</b>
<b>8. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>36</b>
<b>I. Anhang</b> .....	<b>I</b>
A. Anhang : Pubmed Suchverlauf.....	I
B. Anhang : Informationsblatt .....	III
C. Anhang : Einverständniserklärung .....	V
D. Anhang: Interviewleitfaden .....	VI
E. Anhang: Transkriptionsregeln.....	VIII
F. Anhang : Transkribierte Interviews.....	IX

## 1. Einleitung

Die Qualität der professionellen Pflege hat viele Dimensionen. Für den pflegebedürftigen Menschen im stationären Setting sind die Aspekte von Gesundheit, Sicherheit, Selbstbestimmtheit, Zuwendung und Kommunikation sowie das Wohlbefinden sehr wichtig. (ZQP 2016, S.5). Die Qualität der professionellen Pflege nimmt demnach eine große Rolle für den individuellen pflegebedürftigen Menschen ein. Durch eine repräsentative Befragung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) „Qualität professioneller Pflegeangebote“ stellte sich heraus, dass die Pflegequalität für über 90 Prozent der Befragten einen hohen oder sogar sehr hohen Stellenwert hat (ZQP 2016, S.5). Besonders der Bereich der persönlichen Zuwendung und Kommunikation wird von über 4/5 (85%) der Befragten als verbesserungsbedürftig hinsichtlich der professionellen Pflege eingeschätzt. Für diesen Bereich sollte aus ihrer Sicht mehr Zeit zur Verfügung stehen. Von den Personen, die häufig Mängel in der professionellen Pflegequalität vermuten, machen 71 Prozent das fehlende Personal und die daraus entstehende hohe Arbeitsbelastung verantwortlich (ZQP 2016, S. 13).

Heute, in einer Zeit, in der sich die Menschen wieder mehr ihrer Traditionen und Wurzeln bewusst werden, steigt das Interesse an komplementären Methoden (Bächle Helde 2011). Komplementäre Pflegekonzepte, d.h. ganzheitlich ausgerichtete Methoden zur Gesundheitsförderung, gewinnen zunehmend an Nachfrage und werden für die professionelle Pflege auch im stationären Setting immer bedeutender (Lenz 2013). Komplementäre Pflegemaßnahmen fassen Therapieverfahren zusammen, welche (teils noch) experimentell oder ohne wissenschaftlich basierten Wirkungsnachweis angewendet werden (Bausewein, Roller und Voltz 2007). Das Wort „komplementär“ lässt sich aus dem Lateinischen und Französischen ableiten und bedeutet „sich gegenseitig ergänzend“ (Duden 2001). Eine komplementäre Pflegeanwendung (medizinisch sowie pflegerisch) ist demzufolge als zusätzlich und ergänzend zu einer anderen Behandlung anerkannt und wird nicht anstelle von anderen Behandlungen angewendet. Komplementäre Pflegemaßnahmen orientieren sich daran, dass jedes Individuum in seiner Ganzheit einzigartig ist und entsprechend behandelt und versorgt werden muss (Offermanns, Bangert, und Jevon 2013). Entsprechende Methoden richten sich nach einem Menschenbild, bei dem die Ganzheitlichkeit von Körper, Seele und Geist betrachtet wird,

mit dem Ziel, die Selbstheilungskräfte des Menschen zu aktivieren (Lenz, 2013). Alle Aspekte seiner physischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse werden darin eingeschlossen (Offermanns, Bangert und Jevon 2013).

Das Leben eines Menschen kann sich langsam oder auch plötzlich ändern, dass er der Unterstützung anderer bedarf (Bienstein und Fröhlich 2016). Der Mensch wird zu einem Patienten und benötigt professionelle Hilfe (Darmann- Finck 2009). Die Aufgabe der Pflege ist es dabei, neben der sichtbaren Krankheit des Patienten auch die unsichtbaren Aspekte der Krankheit und damit den Menschen bzw. Patienten als Ganzes zu erfassen und zu behandeln, um das gemeinsame Ziel der Heilung und Besserung der Beschwerden zu erreichen. Damit verbunden ist das Bewusstsein des pflegerischen Tuns, über das funktionelle und mechanistische Ausführen von Tätigkeiten hinaus die individuelle Pflege zusätzlich auf eine therapeutische Ebene zu bringen (Bay 1995). Das pflegerische Handeln sollte folglich nicht nur auf die Funktionsstörungen und die Krankheitssymptomatik des Patienten fokussiert sein, sondern auch alle Ängste, Aufregungen und Verwirrung des hilfebedürftigen Menschen in die pflegerische Behandlung mit einbeziehen (Bienstein und Fröhlich 2016). Hier stellt sich eine wesentliche Aufgabe der Pflege dar, nämlich Zugang zu dem individuellen Patienten zu erlangen. Dies kann auf unterschiedlichen Ebenen passieren. Aus dem Wort Behandlung kann in einer ersten Annäherung eine wichtige Zugangsebene abgeleitet werden: Hand-an-legen, um Zugang zu bekommen zum Patienten, über Körperkontakt und Berührung zu den inneren Erfahrungswelten eines Menschen. Vor diesem Hintergrund stellen sich komplementäre Methoden als essenziell und unverzichtbar für das pflegeberufliche Tätigkeitsfeld dar. Innerhalb von verschiedenen praktischen Einsätzen, die ich im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege - Ausbildung absolvierte, musste ich feststellen, dass sich die Behandlung von Patienten meist ausschließlich auf Funktionsstörungen und die Krankheit allein konzentriert und die Anwendung komplementärer Methoden höchst ambivalent und (vielleicht auch aus diesem Grunde) oftmals lieber übersehen und ignoriert wird. Die Ursache hierfür wird meist durch den Zeitdruck und der daraus resultierenden hohen Arbeitsbelastung begründet. Diese Erfahrungen bewogen mich dazu, der Bedeutung von komplementären Methoden für die professionelle Pflege hinsichtlich Zuwendung und Kommunikation grundlegend nachzugehen und die pflegeberufliche Begegnung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden in den Fokus meines Blicks zu nehmen.

## 1.1. Forschungsstand und Problembeschreibung

In Bezug auf den aktuellen Forschungsstand hinsichtlich komplementärer Methoden führte das ZQP 2015 eine Pilotstudie durch, mit dem Ziel, die Wirkung und Relevanz bei der Anwendung von komplementären Methoden für die Praxis im Seniorenheim deutlich zu machen. Daraus resultierte unter anderem das Ergebnis, dass komplementäre Methoden gut in den Pflegealltag integrierbar sind. Außerdem konnte festgestellt werden, dass die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern, sowie die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte durch die Anwendung komplementärer Methoden gesteigert werden konnte (Lenz 2013). Des Weiteren wurde von dem Zentrum für Qualität in der Pflege 2016 eine Online-Übersicht erstellt, welche erstmalig systematisch die in Deutschland relevanten komplementären Konzepte darstellt (Lenz 2013). Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass sich bisherige Studien hauptsächlich speziell auf die Anwendung und Auswirkung einer ausgewählten komplementären Methode auf den individuellen Patienten fokussieren und man sie dahingehend untersucht, ob sie sich als Therapie in der Praxis bewährt. So wurde etwa von Gierse (2011) über die Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit und Entwicklung e.V., das interuniversitäre Kolleg für Gesundheit und Entwicklung untersucht, ob durch die rhythmische Massage als rehabilitative Maßnahme nach operativer Behandlung einer Humeruskopf-Trümmerfraktur linksseitig Einfluss genommen bzw. eine Funktionsverbesserung herbeigeführt werden kann. Anhand der Ergebnisse konnten Veränderungen der Hautfarbe, der Schmerzwahrnehmung, der Vitalfunktionen, der Körpertemperatur, der Bewegungsfähigkeit, sowie der seelischen Befindlichkeit bei der Patientin festgestellt werden. Demnach gilt die rhythmische Massage als denkbare Behandlungserweiterung, bzw. als ein ganzheitliches Behandlungskonzept (Gierse 2011). Insgesamt bestehen durchaus Erkenntnisse darüber, dass durch gezielten Körperkontakt die Wahrnehmungsfähigkeit gefördert und zur Stressreduktion und Schmerzlinderung beigetragen werden kann (Helmbold 2007). Die Anwendung von komplementären Methoden für die Pflegepraxis zeigt sich vielseitig und komplex. Die Schwierigkeit besteht, so Bienstein (2017), jedoch darin, dass durch die Komplexität und Vielseitigkeit komplementärer Methoden in der Pflege die wissenschaftliche Begründung der Wirksamkeit von bestimmten Gesamtkonzepten sehr schwer ist. Es kann nie mit Sicherheit entschieden werden, ob der Mensch oder das Konzept gewirkt hat. Dieses Problem erstreckt sich über alle Konzepte, welche sich aus verschiedenen Teilaspekten zusammensetzen und das Ziel der menschlichen Zuwendung anstreben (Bienstein 2017). Insgesamt besteht ein großes Problem darin, die Wirksamkeit von pflegerischen

Maßnahmen nachzuweisen. So verfügt die Medizin z.B. zur Zeit über maximal 15-20% evidenzbasiertes Wissen, die Pflege weltweit nur über maximal 0,05% (Bienstein 2016). Bisherige Studien untersuchen folglich speziell die Anwendung und Effekte ausgewählter komplementärer Methoden, jedoch nicht das Phänomen komplementärer Methoden von ihrem Ursprung aus. Es bestehen wenige Erkenntnisse darüber, welche Bedeutung komplementäre Methoden für den Zugang zum Anderen in der pflegeberuflichen Begegnung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden hinsichtlich Zuwendung, Wohlbefinden und Kommunikation haben. Auch Erkenntnisse darüber, inwiefern komplementäre Methoden Einfluss auf die pflegeberufliche Begegnung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden haben, sind bisher nur wenig erforscht. Vor diesem Hintergrund ist im Anschluss an Hülsken - Giesler (2008) deutlich hervorzuheben, dass auf der Ebene der Pflegepraxis wie auch auf der Ebene der Pflegewissenschaft die dringende Notwendigkeit einer intensiven Auseinandersetzung und Reflexion über den menschlichen Körper innerhalb des professionellen pflegeberuflichen Tätigkeitsfeldes besteht (Hülsken-Giesler 2008) und somit die Bedeutung komplementärer Methoden für die professionelle Pflege hinsichtlich Zuwendung und Kommunikation zu untersuchen.

## 1.2.Fragestellungen

Aus diesen Überlegungen ergibt sich folgende Fragestellung, die zu ergründen ist:

- Welche Bedeutung haben komplementäre Methoden aus dem Blickwinkel professionell Pflegender?

Diese Fragestellung wird durch folgende Fragestellungen konkretisiert:

- Inwiefern sind komplementäre Methoden in die Pflege- genauer - in die pflegerische Begegnung integriert.
- Welches Ziel wird mit der Anwendung komplementärer Methoden verfolgt?
- Wie werden komplementäre Methoden in der Pflege erlebt und beschrieben?
- Welchen Einfluss haben komplementäre Methoden in der direkten Pflegebegegnung?

### **1.3. Ziel**

Innerhalb der vorliegenden Arbeit sollen Erkenntnisse darüber erlangt werden, inwiefern sich die Anwendung von komplementären Methoden auf die Begegnung zwischen Pflegenden und Gepflegten auswirkt und welche Bedeutung die Anwendung komplementärer Methoden für den Aspekt von Zuwendung und Kommunikation für die professionelle Pflegebegegnung hat. Im Verlauf der vorliegenden Arbeit wird sich nicht auf eine bestimmte Anwendung bzw. komplementäre Methode bezogen. Mit der Bezeichnung komplementärer Methoden ist die Bandbreite und Komplexität der Methoden für die pflegeberufliche Praxis beschrieben. Es soll untersucht werden, welche Möglichkeiten das Phänomen in seiner Gesamtheit eröffnet, um einen Zugang zum Patienten zu erlangen, und was in solchen Begegnungsformen durch die Anwendung komplementärer Methoden zwischen Pflegenden und zu Pflegenden passiert. Im Fokus liegt somit der Kern der pflegeberuflichen Begegnung. Für die Beantwortung der Fragestellungen soll eine empirische Untersuchung durchgeführt und bei der grundlegenden Exploration des Wissens über komplementäre Methoden in der Pflege angesetzt werden. Da das Forschungsgebiet noch relativ unbekannt ist, soll durch explorative Experteninterviews die subjektive Bedeutung von komplementären Methoden für die professionelle Pflege in den Blick genommen und bei der grundlegenden Exploration des Wissens angesetzt werden.

### **1.4. Aufbau der Arbeit**

Das zweite Kapitel dient der Begründung der zugrundeliegenden Methodik. Hier wird zunächst die Literaturrecherche beschrieben. Anschließend wird in mehreren Schritten das methodische Vorgehen begründen. Das dritte Kapitel dient als Grundlage und theoretische Rahmung der gegebenen Thematik. Über einen historischen Rückblick wird die Reduktion des Menschen in der Geschichte auf seine mechanische Körperfunktion ermittelt und daraus die Herausforderung für die zukünftige Pflegearbeit abgeleitet, den Menschen wieder als dreidimensionales Wesen bestehend aus Geist, Körper und Seele zu betrachten. Hiernach wird sich mit dem Kern pflegeberuflichen Handelns auseinandergesetzt. Durch diese Vorarbeit kann auf die im Titel der Bachelorarbeit genannten komplementären Methoden eingegangen werden. Der Hauptteil ist innerhalb des vierten Kapitels verankert. Hier werden die Ergebnisse aus den Experteninterviews zusammenfassend dargestellt. Im Rahmen der Diskussion werden zum einen die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der



Literatur im Vergleich zu den Ergebnissen aus den Experteninterviews diskutiert. Zum anderen erfolgt eine kritische Bewertung der Ergebnisse. In diesem Zuge werden die Stärken und Schwächen bzw. Einschränkungen der Arbeit geprüft. Abschließend folgt eine Schlussfolgerung für die vorliegende Bachelorarbeit.

## **2. Methodik**

### **2.1. Literaturrecherche**

Für einen ersten Feldzugang zu der gegebenen Thematik wurde eine Recherchestrategie entwickelt und in der Datenbank MEDLINE mit der Suchmaschine Pubmed eine orientierende Suche gestartet. Der vollständige Suchverlauf ist in Anhang A zu finden. Außerdem wurde eine Handsuche in dem Bibliothekskatalog der HAW, sowie in den Literaturverzeichnissen einiger aufgefundener Artikel sowie in Journalen, welche Interesse erweckten, durchgeführt. Die Literaturrecherche diente dazu, relevante Erkenntnisse sowie den aktuellen Forschungsstand zu erfassen, um auf dieser Grundlage die Studie durchführen zu können. Die Literaturrecherche erfolgte in einem begrenzten Rahmen, um trotzdem weiterhin einen freien Blick für das Forschungsvorhaben und die weitere Bearbeitung zu wahren. Mit der Literaturrecherche sollte ein gewisses Vorwissen erlangt werden und die Sensibilität für den Forschungsgegenstand erhöht werden (Shaha und Schnepf 2013b).

### **2.2. Methodische Überlegungen**

Für die Beantwortung der Fragestellung wurde ein qualitatives Design gewählt. Die Wurzeln qualitativen Denkens liegen weit zurück. Schon Aristoteles (384-322 v.Chr.) beschreibt die Erforschung des Menschen, insbesondere der Seele, als Besonderheit der Wissenschaft, wofür auch ein spezieller wissenschaftlicher Zugang notwendig ist. Erst in den letzten 10 bis 20 Jahren wurde innerhalb der Forschung wieder ein qualitativer Ansatz verfolgt (Mayring 2016). Der qualitativen Forschung liegt die moderne und postmoderne philosophische Bewegung zugrunde (Shaha und Schnepf 2013a). Bei qualitativen Methoden geht es darum, eine Erfahrung oder das Erleben von Menschen subjektiv darzustellen. Diese Methode wird verwendet, wenn Detailspekte nicht bekannt sind und keine passenden Messinstrumente zur Verfügung stehen. Durch die detaillierte

Beschreibung dieser Phänomene kann Wissen vermittelt, es können unbekannte Aspekte aufgezeigt oder auch Grundlagen für eine quantitative Erhebung geliefert werden (Shaha und Schnepf 2013a). Eine Form der qualitativen Forschung ist die Phänomenologie. Erlebnisse, Erfahrungen und vor allem deren Bedeutung für den Menschen können mit der phänomenologischen Forschung erfasst werden. Ziel ist es, aus der Perspektive der Menschen ihre Wirklichkeit und ihre Sicht eines Phänomens darzustellen (Shaha und Schnepf 2013a). Das Verstehen eines Phänomens d.h. ein Objekt menschlicher Erfahrung wird mit dieser Methode fokussiert. Die Phänomenologie versucht Erfahrungen von Individuen und ihre Absichten in ihrer Eigenwelt zu verstehen (Morse und Field 1998).

Das Vorhaben soll die Integration von komplementären Methoden in der direkten pflegerischen Begegnung untersuchen. Der Kern der pflegerischen Begegnung steht somit im Mittelpunkt. Um wie oben beschrieben die Erfahrungen, Erlebnisse und Wahrnehmungen von Experten bezogen auf dieses Phänomen zu ermitteln, wurde sich für die Phänomenologie entschieden.

### **2.3. Stichprobe**

Innerhalb des qualitativen Forschungsdesigns kommt es bei Auswahl der Stichprobe auf zwei verschiedene Ziele an. Entweder ist eine heterogene oder eine homogene Teilnehmergruppe gefragt. Die Fragestellungen beziehen sich auf ein bestimmtes Phänomen und auf die Erfahrung von Experten. Somit ist die Teilnehmergruppe der vorliegenden Arbeit homogen. Die Untersuchung soll sich auf die Anwendung komplementärer Methoden in der direkten pflegerischen Begegnung fokussieren. In Bezug auf dieses Phänomen scheint es Wissenslücken zu geben, wodurch sich eine homogene Gruppe als unterstützend erweist (Shaha und Schnepf 2013a). Anhand von detaillierten Untersuchungen eines Falles oder weniger Fälle sollen Rückschlüsse auf das Ganze gezogen werden (Helmbold 2007). Für die qualitative Befragung wurde dafür eine Stichprobe von vier Personen gemacht. Ziel war es, Individuen zu finden, die unterschiedliche Erfahrungen mit dem zu untersuchenden Phänomenen besitzen, wodurch eine große Bandbreite an verschiedenen Beschreibungen und dem zu untersuchenden Thema erhofft wurde (Helmbold 2007). Zielführend konnten vier Expertinnen, welche komplementäre Pflegemaßnahmen selbst in die pflegerische Begegnung integrieren, für

die Befragung ausgewählt werden. Ausgeschlossen wurden Personen, die komplementäre Methoden nicht anwenden und diesen negativ gegenüberstehen.

#### **2.4. Datenerhebung**

Zielperspektive der Datenerhebung ist die Exploration von narrativen Daten (Helmbold 2007). Die subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen der Befragten können zu der gegebenen Thematik durch einen explorativen Charakter ermittelt werden. Für die Datenerhebung des vorliegenden Forschungsvorhabens stellt sich daher das Interview als zentrales Erhebungsinstrument dar. Der direkte Zugang zu den Erfahrungen wird insofern ermöglicht, da die Befragten durch das Interview nicht so sehr in ihren Antworten eingeschränkt werden. Es können eher spontane, weniger durchdachte Antworten in Bezug auf die subjektiven Erlebnisse gegeben werden (Bortz und Döring 2016). Das Interview ist flexibel gestaltet, wodurch die Möglichkeit besteht, auch neue, spontan auftretende Fragen weiter zu verfolgen (Bortz und Döring 2016). Die Interaktion zwischen Befragten und Interviewer stellt den entscheidenden Vorteil von Interviews dar, da bei unklaren Aussagen direkt Nachfragen gestellt werden und die Sichtweisen der Teilnehmenden somit deutlich ermittelt werden können (Brandenburg, Mayer und Panfil 2013).

#### **2.5. Durchführung**

Der Feldzugang fand über die Pflegedienstleitung und die ausgewählten Expertinnen direkt statt. Für eine erste Kontaktaufnahme wurde zunächst telefonisch angefragt und bei Interesse, an dem Vorhaben teilzunehmen, dann eine E-mail mit zusammenfassenden Informationen verschickt (s. Anhang B). So konnte zeitnah ein passender Termin für das Interview vereinbart werden. Zwei Expertinnen erklärten sich sofort für die Teilnahme an dem Interview bereit. Aus einem Hospiz konnten zwei weitere Teilnehmerinnen gewonnen werden. Für die Durchführung der Interviews wurden die Teilnehmerinnen in einem geschützten Raum, der von ihnen selbst ausgewählt wurde, aufgesucht. Zwei der Expertinnen wurden an ihrem Arbeitsplatz, die anderen beiden Teilnehmerinnen im privaten Umfeld befragt. Alle Interviews fanden außerhalb der Dienstzeit statt. Vorher wurden die Interviewteilnehmerinnen über das Ziel der Bachelorarbeit, die Anonymisierung und die jederzeit bestehende Möglichkeit, das Interview abubrechen, von der Interviewerin aufgeklärt. Insgesamt wurden drei Interviews im Zeitraum vom 06. bis 20. April 2017 mit insgesamt vier Personen durchgeführt. Die Interviews dauerten

zwischen 22.24 und 43.31 Minuten. Alle Teilnehmenden waren weiblich und Experten auf dem zu untersuchenden Gebiet. Sie weisen alle eine Berufserfahrung von mindestens 15 Jahren auf. Zwei Interviewteilnehmerinnen sind heute selbstständig und arbeiten Vollzeit als Expertinnen auf ihrem Gebiet. Die anderen beiden Teilnehmerinnen arbeiten in 75 Prozent Teilzeit in einem Hospiz. Das Interview im Hospiz wurde auf Wunsch der beiden Teilnehmerinnen zusammen durchgeführt. Die beiden anderen Interviews fanden in Einzelgesprächen statt.

## 2.6. Das Interview

Die Interviews basieren auf einem selbst entwickelten Interviewleitfaden (s. Anhang D), welcher innerhalb der Befragung flexibel an die Interviewsituation angepasst wurde. Der Leitfaden sollte keine feste Reihenfolge oder Antwortmöglichkeiten vorgeben, sondern viel mehr einen Rahmen für die Datenerhebung und -auswertung schaffen, um im weiteren Verlauf eine Vergleichbarkeit der Antworten zu ermöglichen (Bortz und Döring 2016). Durch die ersten Fragen des Leitfadens sollten in Anlehnung an Bortz und Döring (2016) zunächst biografische Grundinformationen zu den jeweiligen Teilnehmerinnen ermittelt werden. Dadurch lässt sich ein Bild der Lebenssituation der Person darstellen in Bezug auf ihre Arbeitserfahrung (Bortz und Döring 2016). Im Fokus der Experteninterviews steht die Bedeutung von komplementären Pflegemethoden für die professionelle Pflege hinsichtlich Zuwendung und Kommunikation. Um dabei möglichst nah bei den Erfahrungen des Einzelnen zu bleiben, wurde nach konkreten Ereignissen und Situationen gefragt, die den Teilnehmenden in Bezug auf die Anwendung komplementärer Methoden besonders im Gedächtnis geblieben sind. Die Teilnehmenden wurden gebeten, möglichst detailliert von diesen eindrücklichen Situationen zu berichten (Helmbold 2007). Die Fragen werden in Form von offenen Fragen formuliert. Hiermit soll dem Interviewten die Möglichkeit geboten werden, spontane und wenig durchdachte Antworten zu geben, sowie den Inhalt und die Ausführlichkeit der Fragen selbst zu bestimmen (Brandenburg, Panfil und Meyer 2013). Die beschriebenen Situationen und subjektiven Geschichten sind es, welche den detailreichen beschreibenden Kontext bilden, der die qualitative Forschung so bedeutend macht (Morse und Field 1998, S. 90-91).

Nach mündlicher Aufklärung und schriftlicher Einwilligungserklärung (s. Anhang C. ) wurden die Interviews mit der Smartphone App „Sprachmemos“ aufgezeichnet. Hierdurch konnten die Inhalte im Anschluss mittels Transkriptionssoftware „f5“ am Computer

verschriftlicht werden. Um einen vertraulichen Umgang mit den Daten zu gewährleisten, werden die transkribierten Interviews anonymisiert dargestellt. Es können keine Rückschlüsse auf die befragten Personen gezogen werden. Angelehnt an Fuß und Karbach (2014) wurden für die Transkription Transkriptionsregeln festgelegt (s. Anhang E). So konnten die verbal aufgenommenen Daten in Form von Interviews für die Analyse und so für Dritte zugänglich gemacht werden (Fuß und Karbach 2014).

## **2.7. Datenanalyse und Interpretation**

Ziel der Datenanalyse ist es, aus den ermittelten Daten Antworten in Bezug auf die Forschungsfragen zu extrahieren (Shaha und Schnepf 2013b). Für die Auswertung müssen die Daten in eine schriftliche Form gebracht werden. Die Transkription stellt somit die zentrale Ausgangsbasis für die Datenanalyse dar (Fuß und Karbach 2014).

Für die vorliegende Arbeit wurde keine spezifische Methode der Datenanalyse ausgewählt, vielmehr wurde sich an verschiedenen Empfehlungen für eine qualitative Datenanalyse und Interpretation orientiert. Angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring (2010) wurde versucht, die einzelnen Schritte des hier beschriebenen Interpretationsvorgangs zu berücksichtigen. Die Grundformen des Interpretierens: die Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung von Daten konnten richtungsweisend und als Hilfestellung für die eigene Analyse genutzt werden, um das Ziel „durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ zu verfolgen (Mayring, 2010 S.65). So wurde versucht, angelehnt an Mayring (2010), alles Material zu berücksichtigen und auf das Wesentliche zu reduzieren (Mayring 2010). Weiterführend wurde der Ansatz der Interpretativen Phänomenologischen Analyse mit einbezogen welche das Ziel der Rekonstruktion von subjektiven Sichtweisen und Sinngebungen von Individuen verfolgt. Für die eigene Analyse konnten daran anschließend die folgenden Arbeitsschritte vorgenommen werden. Als erstes wurden die Interview Transkripte nacheinander gründlich gelesen. Daraus konnte ein allgemeines Verständnis des zu untersuchenden Phänomens aus der subjektiven Sicht der Befragten entwickelt werden. Hinsichtlich der Fragestellungen wurden aussagekräftige Zitate in jedem Dokument markiert. Die zentrale Bedeutung jedes dieser Zitate wurde zusammengefasst und mittels Paraphrasierung nur auf den Inhalt beschränkt umschrieben. Inhaltsgleiche Paraphrasen werden zu Themenclustern zusammengefasst (Döring und Bortz 2016). Abschließend konnten sieben Kategorien benannt werden, unter denen sich

themengleiche Cluster und Zitate einordnen ließen.

### **3. Theoretischer Rahmen**

Der theoretische Rahmen umfasst drei Unterkapitel. Zunächst wird ein historischer Rückblick beschrieben, der die Sichtweise auf den Menschen in der Historie beleuchtet. Im Anschluss wird die Pflege als Profession und damit der Kern pflegeberuflichen Handelns in den Blick genommen, um darüber auf die im Titel dieser Bachelorarbeit genannten komplementären Methoden zurückzukommen. Dieses Kapitel begründet das Forschungsvorhaben der vorliegenden Arbeit und dient als Überleitung für die folgenden Erkenntnisse und die Ergebnisdarstellung aus den geführten Experten Interviews.

#### **3.1. Historischer Rückblick**

Der erste Höhepunkt der rational empirischen Medizin liegt in der griechischen und römischen Antike. Diese Zeit ist unter anderem gekennzeichnet durch das Wirken und die Sichtweisen des Griechen Hippokrates von Kos (ca. 460–375 v. Chr). Hippokrates war einer der ersten Revolutionäre auf dem Gebiet der Medizin und als berühmtester Arzt seiner Zeit bekannt. Er gilt heute als der Begründer der Medizin als Wissenschaft (Eckart 2013) oder auch als Vater der (europäischen) Heilkunde (Pauli 2016). In seiner Behandlung stützte sich Hippokrates auf die Anamnese (Krankengeschichte) und Diagnose seiner Patienten und setzte Maßstäbe für die ethische Verantwortung von Ärzten (Pauli 2016). Grundlegende Aspekte der hippokratischen Medizin sind unter anderem eine therapeutische Handlungsweise, also das Anwenden von therapeutischen Maßnahmen (diätetisch, medikamentös, chirurgisch) als auch eine genaue und differenzierte Beobachtung des Kranken unter Berücksichtigung seiner Krankengeschichte, seiner Lebensumstände und der klimatischen Bedingungen des Ortes. Es geht deutlich hervor, dass die hippokratische Medizin sich nicht allein auf die Krankheit fokussiert, sondern den Menschen in seiner Ganzheit behandelt. Die natürlichen Heilungskräfte des Erkrankten sollen durch Diät, eine Umstellung der Lebensweise, durch Medikamente in Form von pflanzlichen Drogen, sowie chirurgisch behandelt werden (Eckart 2013). Hippokrates entwickelte die sogenannte Humoralpathologie, welche für die nächsten 2000 Jahre richtungsweisend bleiben sollte. Die Entstehung von Krankheit wurde vor diesem Hintergrund durch ein Ungleichgewicht der Körpersäfte begründet ("Vier-Säfte-Lehre"). Das ärztliche Handeln befasste sich also damit, das gestörte Mischungsverhältnis der

Körpersäfte (Dyskrasie) zu erkennen. Die Krankenbeobachtung und auch die Anamnese des Patienten wurden als ein wichtiger Teil für die individuelle Behandlung angesehen (Eckart 2013). Bis 869 n. Chr. galt nach alter geisteswissenschaftlicher Überlieferung die allgemein gültige Vorstellung, dass der Mensch aus Leib, Seele und Geist besteht. Im Jahre 869 n. Chr. wurde nach einem Konzil der Kirchenväter, zusammenfassend gesagt, dem Menschen die Existenz seines selbstständigen Geistes abgesprochen. Nun war der Mensch nur noch ein zweigliedriges Wesen, bestehend aus Leib und Seele, wobei der Seele lediglich einige geistige Eigenschaften zugesprochen wurden (Fintelmann 1988). Für alle neuen Erkenntnisse und Entdeckungen, die seit dem Jahre 869 n. Chr. erforscht wurden, kam es im Jahr 1858 zu einer weiteren Wende. Dieses Jahr ist kennzeichnend für den Fortschritt in der Medizin und wird von Fintelmann (1988) auch als die Geburtsstunde der modernen Medizin bezeichnet. Rudolf von Virchow veröffentlichte in diesem Jahr in Berlin seine Zellularpathologie und machte in seiner Anschauung den Menschen zum eindimensionalen Wesen. Die Ursache von Krankheit ist demnach allein durch Störungen der Körperzellen zu begründen. Alle bisher in der Medizin gültigen Erkenntnisse wurden durch Virchows Thesen für ungültig erklärt, insbesondere die bis dahin vertretene Humoralpathologie, welche die alte hippokratische Medizin in ihrer Säftelehre vertrat (Fintelmann 1988). In der Praxis der Medizin setzte sich ab dem 19. Jahrhundert der mechanistisch materialistische Standpunkt eindeutig durch. Die Zelle gilt als einzige Wirklichkeit des Menschen. Alle Lebensfunktionen innerhalb des Organismus folgen demnach rein mechanischen, physikalischen und chemischen Gesetzmäßigkeiten. Andere Ansichten, die im Gegensatz zu der unorganischen Welt eigenen Gesetzen folgten, wurden abgestritten und bekämpft (Fintelmann 1988).

Vor dem Hintergrund der technischen Erfindungen von Maschinen innerhalb des allgemeinen historischen Wandels in der Frühmoderne wurden alle physikalischen Körper als Maschinen verstanden. Auch der menschliche Körper gilt als ein materialistisches Objekt, das folglich nur aufgrund des Zusammenspiels seiner Einzelteile funktioniert und im Krankheitsfall rein technisch manipuliert werden kann, um wieder funktionstüchtig zu sein.

Heute sind Virchows Thesen natürlich weitestgehend überwunden, und es besteht eine allumfassende funktionale Betrachtungsweise. Dennoch merkt Fintelmann (1988) an, dass der moderne Klinikalltag nach wie vor bestimmt ist von einer radikalen Reduzierung der Wirklichkeit des Menschen auf einen komplizierten Körper mit physikalischen und

chemischen Reaktionen beruhend auf der Grundeinheit der Zelle (Fintelman 1988). Der Körper gilt als „ökonomische Ressource“, wobei die Betrachtung des Körpers als Gegenstand („das Körper Haben“) über der Betrachtung der Leiblichkeit („des Körper Seins“) steht. Es zeichnet sich das Bild ab, dass die Gesellschaft insgesamt, aber auch das menschliche Subjekt selbst „den Körper als Werkzeug zur instrumentellen Verfolgung von Zielen zu formen und auszunutzen“ vermag (Hülsken - Giesler 2008 S. 73).

### **3.2. Die pflegeberufliche Begegnung im Kontext von Körper und Leib**

Im Folgenden soll das pflegerische Handeln – genauer: die pflegerische Begegnung im Rahmen des professionellen Pflegehandelns, genau betrachtet und der Kern des pflegeberuflichen Handlungsfeldes herausgearbeitet werden.

Die Begegnung und Interaktion zwischen Pflegenden und zu Pflegenden entsteht im Rahmen eines gesellschaftlich vereinbarten Vertrages. Pflegende und zu Pflegenden treten in eine professionelle Beziehung zueinander, in der sie gemeinsam kommunizieren und interagieren.

Ein Mensch wird zu einem Patienten und fordert aufgrund seiner Krankheit und / oder Beeinträchtigung professionelle Leistung ein. Der Patient befindet sich in einer Erwartungshaltung und vertraut auf professionelle Unterstützung und Hilfe bei der Heilung, Linderung von Beschwerden, Verarbeitung der Krankheit (Coping), Prävention oder Verbesserung seines Befindens. In Bezug auf die entwicklungspsychologische Bedeutung der Pflege ist es wichtig zu sagen, dass jede Krankheit im Leben des Menschen eine Kränkung für Autonomie und den Narzissmus bedeutet (Elzer 2007). Ausgangspunkt der Begegnung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden ist folglich die manifeste Krise im Leben eines Menschen (Böhnke 2012). Die Profession unterstützt den Laien darin, aus allen Möglichkeiten eine angemessene Handlungsoption herauszufinden, welche die Autonomie des Patienten wahrt oder wiederherstellt (Darmann Finck 2009). Die Pflege befindet sich in der professionellen Position und bietet in ihrer Berufsrolle ihre Fähigkeiten (Fachwissen) und Fertigkeiten (pflegerisches Handeln) an (Elzer 2007). Professionell Pflegende verfügen auf der einen Seite über die Fähigkeit, wissenschaftlich fundiertes Regelwissen anzuwenden, und auf der anderen Seite über die Kompetenz des hermeneutischen Fallverstehens, sowie zur kritischen Reflexion von Widersprüchen in der



Pflegepraxis. Dies bildet die Voraussetzung für die professionell pflegerische Gestaltung von Pflegesituationen (Darmann Finck 2009).

Die Behandlung von Patienten ist von Pflege- sowie von ärztlichen Tätigkeiten gleichermaßen in einer arbeitsteiligen Ergänzungsfunktion beeinflusst. Das medizinisch mechanische Körperbild (vgl. Kapitel 3.1.) prägt somit auch das pflegerische Handeln grundlegend. Auch die pflegerische Behandlung bezieht sich bis in die 1990er Jahre auf rein instrumentelle Unterstützungsleistungen, wie z.B. im Bereich der Nahrungsaufnahme, Körperpflege oder Ausscheidungsvorgängen. Die Frage nach einem Zusammenhang von Körper und Seele wird dabei nicht einbezogen. Es wird deutlich, dass sich auch pflegerische Tätigkeiten auf die allgemeingültigen Strukturen und Funktionalitäten des Körpers zu reduzieren scheinen (Hülksen- Giesler 2008). Erst ab dem 20. Jahrhundert wird sich wieder mit dem menschlichen Selbstverständnis auseinandergesetzt, und es begründen sich wissenschaftliche Perspektiven, welche den lebendigen Menschen mit seinen Wahrnehmungs- und Empfindungsqualitäten in seinem Körper betrachten, und damit dem menschlichen Leib fokussieren (Hülksen Giesler 2008). Das pflegerische Leistungsrepertoire wird folglich beeinflusst von dem Fortschritt der Medizin, dem neuen Auftreten oder Wegfall von Krankheiten und auch von sozialen und politischen Entwicklungen. Doch die Suche nach der Identität der Pflege kann nicht in dem „was“ gefunden werden, vielmehr ist das Bewusstsein dahingehend zu stärken, „wie“ etwas getan wird. Dieser Ansatz geht in die Richtung zu überlegen, wie ein Patient beim Lagern, Waschen oder Mobilisieren angefasst wird und ob die Berührung eine rein funktionelle Zielperspektive verfolgt oder andere Überlegungen hinzukommen. Überlegungen sollten z.B. dahingehend getroffen werden, wie ein Patient angefasst werden kann, sodass er es als angenehm und beruhigend empfindet und Gefühle von Sicherheit entstehen. Die Antwort auf solche Fragen muss bei jedem Patienten eine andere sein, da nur so von einer individuellen Pflege gesprochen werden kann (Bay 1995). Pflegeberufliche Begegnungen sind folglich von Einzigartigkeit gekennzeichnet und können in Anlehnung an Böhnke (2011) als Handlungskrisen verstanden werden. Eine Krise entsteht in einer Situation, wenn für die Bewältigung neue Herausforderungen auftreten, für die noch keine Standardlösungen also kein Routinewissen und -handeln entwickelt wurden (Bönke 2011). Die Situation ist krisenhaft, da die Auswahl von Handlungsentscheidungen rational und legitim sein muss, um überlebensfähig zu sein (Darmann Finck 2009). Für die Bewältigung einer solchen Krisensituation besteht die grundlegende Herausforderung der institutionalisierten professionellen Pflegearbeit darin, „Zugang zum Anderen“ bzw. zum

Patienten zu gewinnen. Dies kann über unterschiedliche Zugangs- bzw. Kommunikationsebenen passieren. In Bezug auf das pflegerische Sinnverstehen ist zunächst natürlich die Sprache ein wichtiges Medium. Verbale Kommunikation ist ein wesentlicher Aspekt des koordinierten pflegeberuflichen Handelns (Hülksen-Giesler 2008). Vor dem Hintergrund, dass pflegeberufliches Handeln gekennzeichnet ist durch die besondere Spür- und Berührungspraxis in der Begegnung und Interaktion, gilt auch die Körperlichkeit, durch das physische Zusammentreffen von Pflegenden und zu Pflegenden als ein Medium, welches Zugang und Kommunikation ermöglicht (Böhnke 2011).

Körperbezogene Konzepte wie die "Basale Stimulation" zeigen, dass der Austausch von Informationen über taktile Kanäle, also die körperliche Kommunikation, möglich und empirisch nachweisbar ist (Bienstein und Fröhlich 2016). Körperliche Berührung stellt folglich ein Interaktionsmedium dar, welches als Medium der Wechselseitigkeit genutzt werden kann und einen Zugang zwischen Pflegenden und zu Pflegenden begründbar zu machen scheint. Die besondere Körpernähe zum Patienten gilt als ein den Beruf auszeichnendes Privileg und ist kennzeichnend für das pflegerische Handlungsfeld (Bienstein und Fröhlich 2016). Im Anschluss an Hülksen - Giesler (2008) ist in diesem Sinne der Kern pflegebezogener Dienstleistungen angesprochen (Hülksen - Giesler 2008). Dieser entsteht aus der Begegnung bzw. dem Zusammentreffen der Lebenspraxen von Pflegenden und zu Pflegenden, welche gleichermaßen von lebensgeschichtlichen, kulturellen, historischen und sozialisatorischen inneren Erfahrungs- und Wahrnehmungswelten geprägt ist (Böhnke 2011, S. 202). Hier ist die Kunst und Herausforderung der professionellen Pflege verankert, den Zugang zum Patienten über den Körper als Medium hin zum Körperinneren, zu den inneren Erfahrungs- und Empfindungswelten, zur Leiblichkeit des Individuums zu erlangen. Nach naturwissenschaftlich- technischer Bestimmung bezieht sich der Begriff des Körpers (lat. corpus) auf den toten Körper und beschreibt damit den materiellen Körper als Gegenstand (Hülksen - Giesler 2008). Der Begriff des Körpers wird verwendet, wenn der Mensch aufgrund der von außen zu beobachtenden Praktiken gedeutet wird (Böhnke 2011). Der Körper gilt also als Träger eines gesellschaftlichen, historischen, kulturellen und individuellen bzw. praktischen Wissens (Körpergedächtnis) und ist auf dieser Basis aber auch als praktischer Gegenstand und Vermittler von sozialem Sinn zu verstehen. Der Körper als Gegenstand bildet die grundsätzliche Voraussetzung eines Sinnverstehens und sinnvollen Handelns in sozialen Interaktionen (Hülksen- Giesler 2008). Doch um den menschlichen Körper nicht als „Körperding“ zu verstehen und eine rein auf den Körper als

Funktionsmedium gerichtete Perspektive zu verfolgen, ist neben der Dimension des Körper- Seins auch die Dimension des Körper- Habens in das Phänomen der pflegerischen Begegnung mit einzuschließen und damit die Bedeutung des Leibes hervorzuheben (Hülsken Giesler 2008). Die anthroposophische Menschenkunde geht von einer lebendigen Wirklichkeit des Leibes aus. In dieser wird der Leib in vierfacher Art beschrieben: als Stoffleib, welcher die materielle Grundlage bildet, als Lebensleib und als Seelen- oder Empfindungsleib (Fintelman 1988). Der Begriff des Leibes beinhaltet, dass dieser beseelt ist ,und beschreibt das innere Wahrnehmen und Erleben des individuellen Menschen in der Welt mit und in seinem Körper (Böhnke 2011). Der Leib kennzeichnet folglich das Leben selbst und benötigt vor diesem Hintergrund eine andere Zuwendung und Aufmerksamkeit als ein Körper (Hülsken- Giesler 2008).

Durch diesen strukturellen Unterschied von Körper und Leib ist die theoretische Bestimmung des Körperleibs von eminenter Bedeutung für die Pflegearbeit. Der Begriff des Körperleibs beinhaltet auf der einen Seite den gelebten Leib, mit dem der Mensch Dinge wahrnimmt und beeinflussen kann, mit dem er sich ausdrückt und auf andere einwirkt, bezieht auf der anderen Seite aber auch den Körper als Materialität, als physiologischen Körper hinsichtlich genetischer und neurologischer Prozesse mit ein. Der Körperleib schließt alles, was der Mensch wahrnimmt und empfindet, aber auch seinen physiologischen Apparat, mit ein. In der pflegerischen Begegnung kann also über den Körper als Medium und physiologischer Gegenstand Zugang zum Leiblichen, zu den inneren Erfahrungswelten des zu Pflegenden hergestellt werden (Böhnke 2011).

Es wichtig zu sagen, dass ein ebenso wesentlicher Bereich der Pflege nicht mit der direkten körperlichen Berührung einhergeht. Dazu gehören Wahrnehmung und Beobachten des Patienten, welche als Ausgangsbasis den zwischenmenschlichen Kontakt erfordern. Durch die ursprüngliche Bedeutung von Kontakt, nämlich Berührung, wird Kontakt zu einer Begegnung, einer Verbindung und menschlichen Beziehung (von der Heide 1995). Berührung passiert demnach beim Betreten des Patientenzimmers. Der physische Körper des zu Pflegenden wird definiert und damit (meist unterbewusst) der Geist, die Seele, die Vitalfunktionen, das äußere Erscheinungsbild, das Menschsein überhaupt gedeutet (Hülsken- Giesler 2008). Das Krankheitserleben und damit einhergehend die leiblichen Erfahrungen des zu Pflegenden, drücken sich in seinem körperlichen Erscheinungsbild aus (Böhnke 2011).

Natürlich ist die sprachliche Verständigung ein wesentliches Mittel, um Pflegehandlungen zu koordinieren. Auch die Bedeutung der Körperlichkeit, welche den Menschen und die Gesellschaft beeinflusst, ist notwendig und gilt als kennzeichnendes Medium in der pflegerischen Begegnung (Hülksen- Giesler 2008). Dennoch ist das Miteinbeziehen der Leiblichkeit und somit das Verständnis des Körperleibs von eminenter Bedeutung für das hermeneutische Fallverstehen in der pflegeberuflichen Begegnung (Böhnke 2011). Ansonsten zeichnet sich auch im pflegerischen Kontext eine Fokussierung auf den Körper als Gegenstand ab und die Tendenz, „dass der moderne Mensch den Bezug zu seinen ureigensten sinnlichen Wahrnehmungsqualitäten des Körpers zunehmend verliert“ (Hülksen Giesler 2009, S. 81).

Zu untersuchen sind daher methodische Möglichkeiten die einen Zugang zum Patienten über den Körper als Medium zu der leiblichen Existenz des individuellen Menschen eröffnen.

### **3.3. Komplementäre Pflege**

Komplementäre Pflegemaßnahmen (syn. Alternativtherapie, unkonventionelle Therapie, Erfahrungsheilkunde) fassen Therapieverfahren zusammen, welche (teils noch) experimentell oder ohne wissenschaftlich basierten Wirkungsnachweis angewendet werden (Bausewein et al. 2007). „Komplementär“ lässt sich aus dem Lateinischen und Französischen ableiten und bedeutet „sich gegenseitig ergänzend“ (Duden 2001). Eine komplementäre Pflegeanwendung (medizinisch sowie pflegerisch) ist demzufolge als zusätzlich/ergänzend zu einer anderen Behandlung anerkannt und wird nicht anstelle von anderen Behandlungen angewendet. Aus diesem Grund wurde der Begriff : „alternative Pflegemaßnahmen“, der bis in die 1990er Jahre in der Pflegeliteratur zu finden ist, in den letzten Jahren durch „komplementäre Pflegemaßnahmen“ ersetzt (Böhm 2011).

Komplementäre Therapieverfahren und Anwendungen reichen von der Naturheilkunde (Massage- Phytotherapie) über psychotherapeutische Methoden wie Gesprächsführung, Beratung und autogenes Training bis hin zu Verfahren wie Akupunktur und Shiatsu (Ranking-Box 1997, VII.). Die Methoden Akupunktur, Homöopathie und Physiotherapie repräsentieren jeweils ein eigenes Medizinsystem. Sie stehen im Gegensatz zu den therapeutischen Maßnahmen wie z.B. dem Biofeedback, Massagen oder Aromatherapie. Der Ansatz von komplementären Methoden im Allgemeinen ist, dass jedes Individuum in seiner Ganzheit einzigartig ist und entsprechend behandelt und versorgt werden muss

(Offermanns, Bangert und Jevon 2013). Entsprechende Methoden richten sich nach einem Menschenbild, bei dem die Ganzheitlichkeit von Körper, Seele und Geist betrachtet wird, mit dem Ziel, die Selbstheilungskräfte des Menschen zu aktivieren (Lenz 2013). Alle Aspekte seiner physischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse werden darin mit eingeschlossen. Kennzeichnend für die Anwendung komplementärer Methoden ist unter anderem die anhaltende kontinuierliche Aufmerksamkeit. Dies stellt sicher, dass sich der Mensch umsorgt fühlt. Die Basis der Komplementärtherapie ist der stetig positive Ansatz. Das bedeutet, dass es keine Situation gibt, in der nichts mehr für den Patienten getan werden kann (Offermanns, Bangert und Jevon 2013).

Komplementäre Pflegemethoden werden besonders in der palliativen Versorgung zur ergänzenden und verbessernden Symptomkontrolle eingesetzt, um häufige Symptome wie Schmerz, Angst und Unruhe zu lindern. Vor allem wird versucht, Symptome des Leidens durch Induzieren von Entspannung zu verringern. Komplementäre Pflegeanwendungen basieren auf therapeutischen Beziehungen. An dieser Stelle ist es wichtig, den Aspekt von Berührung und Kommunikation in Bezug auf die Anwendung komplementärer Methoden zu nennen (Offermanns, Bangert und Jevon. 2013). Die Pflegenden erfassen den Patienten nicht nur auf der physischen Ebene, sondern auch auf emotionaler, geistiger, spiritueller und psychischer Ebene (Ranking-Box 1997). Bei den meisten komplementären Pflegemethoden geht es um äußere Anwendungen, welche der traditionellen europäischen Naturheilkunde zugrunde liegen. Bekannt für die Entdeckung komplementärer Pflegemaßnahmen waren Hildegard von Bingen, Paracelsus und Sebastian Kneipp. Bekannt wurden die schmerzlindernden Kräfte von Wärme und Kälteanwendungen mit natürlichen Zusätzen am Anfang des 20. Jahrhunderts durch Rudolf Steiner (1861–1925), den Begründer der anthroposophischen Medizin (Hagen 2015).

Heute besteht eine steigende Nachfrage nach komplementären Methoden. Es ist zu beobachten, dass immer mehr Patienten und Familien natürliche Heilmethoden in Form von komplementären Behandlungen bevorzugen (Bächle Helde 2011). Hier bestätigt sich die Aktualität des Themas sowie die Notwendigkeit für eine nähere Untersuchung, welche die Bedeutung der Methoden als Gesamtheit für die Pflege näher in den Blick nimmt.

## 4. Ergebnisdarstellung

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den geführten Interviews vorgestellt.

Bei der Datenanalyse und Interpretation haben sich sieben Kategorien gezeigt, welche sich durch die Aussagen der befragten Experten entwickelt haben. Diese Kategorien werden im Folgenden dargestellt und die Aussagen der Befragten zu der jeweiligen Kategorie aufgeführt.

Um die subjektiven Aussagen der Teilnehmer deutlich hervorzuheben, werden diese zum Teil ausschnittsweise in Form von wörtlichen Zitaten aus dem jeweiligen Interview ergänzt. Die transkribierten Interviews befinden sich im Anhang F. Die wörtlichen Zitate der Teilnehmer sind kursiv geschrieben. Durch Anführungszeichen werden der Beginn und das Ende des jeweiligen wörtlichen Zitates gekennzeichnet. Hinter einem wörtlichen Zitat steht in Klammern, um welches Interview es sich handelt und die Zeilennummer, wo das Zitat im Anhang F. zu finden ist.

### 4.1. Wahrnehmen

Die individuelle Situation, in der ein Mensch der Hilfe bedarf wird erfasst und erst dann eine Handlung entschieden (Interview 01, Z. 122-127). Eine komplementäre Methode wird nicht einfach und direkt angewendet. Viele Patienten lassen anfangs überhaupt keine Berührung zu (Interview 03, Z.176-183). Vor der tatsächlichen physischen Berührung wird zunächst vielmehr durch aufmerksame Beobachtung und Wahrnehmung ohne Übergriffigkeiten geprüft, was der individuelle Mensch braucht und die Körperhaltung des Patienten geprüft (Interview 01, Z. 219-225). *„Denn dieser Übergang von Selbstständigkeit und pflegebedürftig werden ist für jeden Menschen eine unglaubliche Herausforderung und wenn wir das nicht taktvoll hinkriegen dann kann auch jeder das wieder machen sozusagen, dann dann muss ich nicht ne Ausbildung haben“* (vgl Interview 01, Z. 259-264). Für eine direkte Berührung und um damit den gesamten Pflegeprozess einzuleiten, bildet der Zugang zum Patienten zunächst eine essenzielle Voraussetzung. Die Behandlung beginnt *„Mit dem Raum, wie steht derjenige im Raum, der zu mir kommt“* (vgl. Interview 02, Z. 108-109). Durch den Autonomieverlust steht ein Patient neben sich. Mit einer bewussten Begegnung über Wahrnehmung und Beobachtung soll dem Patienten geholfen werden, sein Selbstbewusstsein wieder zu bekommen (Interview 02, 243-253). Pflegende nehmen von diesem Punkt an alle ihnen zur Verfügung stehenden

Möglichkeiten in Anspruch, über z.B. über Gesang einen Zugang zum Patienten zu erlangen um die Situation des Patienten positiv zu beeinflussen (Interview 01, Z. 162-177) und suchen Möglichkeiten vor der tatsächlichen Berührung, Vertrauen aufzubauen (Interview 01, Z. 191-215). B1 beschreibt eindrücklich, wie sie sich dem hilfebedürftigen Menschen bewusst zuwendet und sich diesem in mehreren Schritten von „außen nach innen“ nähert. Durch ihre Wahrnehmung und Beobachtung reflektiert sie die Empfindungen des Patienten und richtet ihr Handeln nur danach aus (Interview 01, Z. 35-57). Somit wird ein Rahmen geschaffen, in dem der zu pflegende Mensch, seine Würde und Persönlichkeit wieder erlangt und sich als Individuum wahrgenommen und verstanden fühlt (Interview 01, Z. 60-65). Durch diesen wertschätzenden Zugang entsteht Vertrauen, welches die Voraussetzung und Grundlage der weiteren pflegerischen Behandlung im Pflegeprozess bildet (Interview 03, Z. 360-369).

#### **4.2. Interaktion**

Der Mensch wird aktiv in den Pflegeprozess mit eingeschlossen. Er hat die Möglichkeit, aus Handlungsoptionen auszuwählen. Es wird nicht über ihn, sondern mit ihm über eine Anwendung bestimmt. Die Handlung wird an den individuellen Menschen angepasst (Interview 03, Z. 328-338). Dem zu Pflegenden wird die Bereitschaft vermittelt, für ihn als Mensch da zu sein. Pflegende und zu Pflegender können sich aufeinander einlassen und gemeinsam interagieren. Die Erfahrungen des Menschen, sowie seine Persönlichkeit und Traditionen werden in den Prozess mit aufgenommen und fließen in die Begegnung mit ein. Pflegende und zu Pflegender treten somit in einen interaktiv dialogischen Prozess ein (Interview 03, Z. 375-398). Auch Angehörige können in den Prozess mit einbezogen werden. Diese stehen dem zu Pflegenden in Pflegesituationen meist eher als Außenstehende hilflos gegenüber. Häufig können keine Worte gefunden werden oder Funktionsbereiche wie z.B. die Nahrungsaufnahme stehen im Mittelpunkt. Komplementäre Methoden ermöglichen auch Angehörigen ihr Bewusstsein zu verändern und durch bewusste Anwendungen wieder mit einander in Interaktion zu treten. Durch bewusste Anwendungen ist auch ihnen ein Mittel gegeben miteinander wieder in Kontakt zu treten (Interview 03, Z. 303- 320 + Z. 431- 441).

### 4.3. Komplementäre Methoden als Rucksack voller Möglichkeiten

Der bisher beschriebene Zugang zum Patienten schafft eine Vertrauensbasis, welche eine eminente Bedeutung für den gesamten Pflegeprozess hat und eine weitere Behandlung erst ermöglicht (Interview 01, Z. 191-215 + Z. 132-141). Von diesem Punkt aus kann die weitere Behandlung geplant werden (Interview 01, Z. 60-65). In den nächsten Schritten wird versucht durch bewusste und direkte Anwendungen das Vertrauen der zu Pflegenden weiterhin zu stützen und aufrecht zu erhalten (Interview 01, Z. 232-247). Die Anwendung komplementärer Methoden zeigt sich vielseitig und komplex (Interview 03, Z. 124-135). Die Befragten benennen eine Bandbreite an Methoden, mit denen sie im Rahmen der zusätzlich erweiterten Pflege arbeiten. Als motorische Handlung sind unter anderem die Pressmassage und Bothmergymnastik zu nennen wie auch Einreibungen, Wickel und Auflagen. Letztere werden umgangssprachlich für verschiedene Anwendungen und Methoden als Sammelbegriff verwendet und je nach Anwendungsform, Wirksubstanz und Temperatur unterschieden. Benannt werden diese vorwiegend nach der Körperregion, an denen sie angewendet werden. „Über Quarkwickeln, Nierenwickel, Auflagen, Organeinreibungen“ bis hin zu „Salbenaufgaben, Fußeinreibungen, Handeinreibungen, Fußbäder, Herzlappen“ (Interview 03, Z. 56-64). Eine positive Wirkung wird durch die Substanzen (in Form von Ölen oder Salben) und die physikalische Anwendung erzielt, aber auch die zusätzliche Zuwendung und Aufmerksamkeit, die Berührung und Nähe sowie das Ansprechen der Sinne durch Duft und Wärme ist maßgebend für die ganzheitliche Wirkung auf den Menschen. Das anfangs über Wahrnehmung und Beobachtung aufgebaute Vertrauen wird durch die Anwendung bewusster Handlungen am Körper weiter unterstützt und aufrecht erhalten (Interview 03, Z. 80-93). Hierfür braucht es ein weites Repertoire an Methoden, welche von B3: als „einen Rucksack. Also ich sag mal, immer Koffer, das wird immer gern benutzt, mit ganz vielen Dingen, die man rausziehen kann, wenn man sie benötigt, und das ist für mich ein zusätzliches Päckchen, sozusagen als Idee oder Anregung. Die ich habe, wenn ich quasi mit Medikamenten oder der Schulmedizin nicht mehr weiterkomme“ beschrieben (Interview 03, Z. 72-78). Komplementäre Methoden stehen der Pflege zusätzlich zur Verfügung und bieten die Möglichkeit, den Pflegeprozess auf unterschiedliche Weise durch sie zu begleiten, (Interview 01, Z. 4- 14 + 27-29) und vor allem die Möglichkeit, als Türöffner ein Vertrauensverhältnis zwischen zu Pflegenden und Pflegenden zu stützen (Interview 03, 185-190).



Durch das Zulassen von der bisher ungewohnten Berührung und Aufmerksamkeit, die dem zu Pflegenden entgegengebracht wird, gewinnt dieser Zutrauen zu der gesamten Pflegesituation und dadurch auch zu sich selbst (Interview 03, Z. 80-103 + Z. 321-338).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Befragten zunächst einen Zugang zum Patienten finden und dadurch Vertrauen aufbauen. In einem nächsten Schritt soll dieses Vertrauen durch die Anwendung komplementärer Methoden, welche sie auf die individuelle Situation zurechtschneiden, aufrechterhalten werden, um die Selbstwahrnehmung des Menschen in seinem Körper positiv zu beeinflussen und damit seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Der Patient fühlt sich als Mensch wahrgenommen und kann auf dieser Ebene auch andere Behandlungen wie z.B. die Körperpflege zulassen (Interview 03, Z. 360-398).

#### 4.4. Wohlbefinden

Bei der Anwendung zusätzlich ergänzender Methoden wird darauf geachtet, den Menschen in seiner Gesamtheit zu betrachten. B2 beschreibt, dass sie bei der Pressmassage aus diesem Grund besonders auch mit der Wadenstruktur arbeitet, denn *„in der Wadenstruktur ist eben auch unheimlich viel, wenn die nicht fließt, dann stockt es im Körper, und das ist so ein nicht beachteter, wie sagt man denn nicht beachteter ein selten beachtetes- na das fehlt mir jetzt- das Wort- Körperteil“* (Interview 02, Z. 225- 228).

B3 beschreibt, dass Pflegeprobleme, wie zum Beispiel Unruhe, meist durch ein Unwohlsein des Patienten bestehen. *„weil ich glaube einfach, wenn jemand unruhig ist, weil man so kalte Füße hat und dann nicht schlafen kann ist ist, und das erleben wir hier zumindest, dann sitzt der auf der Klingel und kann selber nicht erklären, was da los ist mit ihm - und ne Schlaftablette wird ihm dann auch vielleicht nicht helfen“*. Viel mehr kann dem Patienten in dieser Situation eine Wärmflasche an den Füßen helfen und durch die damit vermittelte besondere Aufmerksamkeit, die ihm entgegen gebracht wird, das Gefühl von Wohlbefinden wiederhergestellt werden (Interview 03, Z. 443- 451).

Durch die Anwendung komplementärer Methoden wird sich dem hilfebedürftigen Menschen bewusst ganzheitlich zugewendet. Dem Patienten wird vermittelt, für ihn als Mensch vollkommen da zu sein. B4 beschreibt die Möglichkeit der Durchführung auch wenn wenig Zeit ist. *„du hast nur fünf Minuten Zeit und das kannst du auch durchführen als das dir da was dazwischen kommt und diese Zeit- das bemerken die ja aber auch, dass*

*du dann voll da bist für die“* (Interview 03, Z. 201- 207). Eine bewusste Handlung wird ohne Unterbrechung durchgeführt. Zu Pflegenden nehmen wahr, dass sich Zeit genommen, Aufmerksamkeit geschenkt und ihnen eine gewisse Bereitschaft entgegengebracht wird, für ihn als Mensch da zu sein (interview 02, Z. 113- 120).

Bei der Anwendung zusätzlich ergänzender Methoden geht es nicht darum, punktuell einen Körperteil zu behandeln mit dem Ziel, hier eine Heilung zu vollbringen, sondern durch die bewusste Anwendung eine besondere Art der Zuwendung zu vermitteln und dabei den gesamten Körper anzusprechen und ein Bewusstsein beziehungsweise eine Körperwahrnehmung zu verändern. Es geht um die Sichtweise, das Zusammenwirken von Körper, Seele und Geist als Ganzes zu begreifen, um somit durch bewusste Handlungen das Gefühl von Wohlbefinden zu verbessern, um hierdurch eine positive Wirkung auf den zu Pflegenden zu erreichen. Durch die Möglichkeit des Einsatzes komplementärer Methoden kann dieses Gefühl von Wohlbefinden des zu Pflegenden wiederhergestellt und gehalten werden und bietet dem zu Pflegenden dadurch Stabilität (Interview 03, Z.80-103).

Mithilfe der direkten Anwendung kann ein emotionaler Zustand folglich positiv beeinflusst werden. Zusätzlich ergänzende Methoden ermöglichen das Gefühl von Wohlbefinden. Direkte Anwendungen, wie zum Beispiel Wickel, werden nicht als zusätzliche Last angesehen, welche im Rahmen der medizinisch technischen Behandlung ertragen werden müssen. Vielmehr geht es darum, durch bestimmte Anwendungen durch Aufmerksamkeit, Zuwendung und Ruhe ein Gefühl von Wohlbefinden herzustellen mit dem Ziel, die Selbstheilungskräfte des Patienten zu aktivieren und die allgemeine Pflege dadurch zu ermöglichen (Interview 03, Z. 329-338). Der zu Pflegenden spürt diese angenehme, andere Art von Berührung und Aufmerksamkeit ihm gegenüber (Interview 02, Z. 177-183) und kann auf dieser Ebene eine allgemeine weiterfolgende Pflege auch besser zulassen (Interview 03, Z. 360- 369).

Wohlbefinden entsteht auf beiden Seiten. Auf der Seite des zu Pflegenden, als auch auf der Seite des Akteurs, also des Pflegenden (Interview 02, Z. 177-183). *„Das sind sozusagen die Worte, die ich still zurückgebe. Wo ich immer denke es funktioniert doch, dass es gspürt wird (...) das hat mich unheimlich berührt“* (Interview 02, Z.169-173).

Komplementäre Methoden bieten in jeder Situation eine Möglichkeit zu handeln. Und es besteht nie das unbefriedigende Gefühl, dass nichts mehr für einen Patienten getan werden kann (Interview 03, Z. 486-491). Die Pflegenden können durch eine bewusste Anwendung

eine Situation positiv beeinflussen und damit auch sich selbst ein positives Gefühl vermitteln (Interview 03, Z. 286-300). B1 beschreibt: *„mir geht es gut, wenn ich mit ner Substanz oder irgendeiner Handlung, eine Situation verbessern kann“* (Interview 01, Z. 115-118). Weiterführend wird von B1 beschrieben: *„In erster Linie versuche ich, die Situation zu erfassen und dann zu handeln. So, und dann geht es mir gut und dem Patienten auch und ich höre nicht auf zu handeln, bis es ihm gut geht. auch das“* (Interview 01, Z. 125-127).

Das Gefühl von Wohlbefinden auf beiden Seiten ist wichtig in der pflegerischen Begegnung. So beschreibt B2: *„Für mich ist es einfach ganz wichtig, dass man, dass ich mich wohlfühle und dass ich arbeiten kann, und dadurch ist es automatisch, denke ich, auch angenehm für den für die Menschen, die kommen, und das ist ja immer individuell* (Interview 02, Z. 268-271). B4 ergänzt weiterführend *„je mehr du dann natürlich an Wissen im Gepäck hast, desto mehr kannst du ausprobieren und und kannst dabei aber auch eine Ruhe ausstrahlen. Es ist ja auch ganz viel -wie wie du einfach durch deine Ausstrahlung auf auf Menschen wirkt“* (Interview 03, Z. 489-491). Durch diese Aussage wird deutlich, welche Bedeutung das Wohlbefinden auf beiden Seiten in der pflegerischen Begegnung hat und inwiefern sich dieses auf die Pflegequalität auswirken kann.

#### **4.5. Qualitätskriterien**

Für die bewusste Anwendung ist ein spezielles Wissen notwendig, welches sich aus Erfahrungswissen und einer durch spezielle Fortbildungen erworbenen Fachkompetenz zusammensetzt. Je mehr Wissen vorhanden ist, umso vielfältiger kann das Angebot an komplementären Methoden in der Pflege sein (Interview 03, Z. 86-91 + Z. 410-415). Auch Tradition spielt für die Durchführung eine wichtige Rolle (Interview 03 Z. 388-398). Die Pflegenden können durch dieses spezielle Wissen eine Ruhe und Sicherheit ausstrahlen, die sich positiv auf den Patienten auswirkt (Interview 03, Z. 486-491). Die Qualität einer Methode lässt sich nicht an einer fehlerfreien Anwendung allein fest machen, entscheidend ist, dass Pflegenden auch selbst von der Anwendung überzeugt sind und eine gewisse Haltung gegenüber der Methoden sowie dem Patienten gegenüber haben (Interview 03, Z. 407-409).

Ein maßgebliches Qualitätsmerkmal ist, dass die Pflegenden eine Begegnung auch ihrerseits zulassen können. Damit ist eine innere Haltung gemeint, den zu Pflegenden, also

den leidenden Menschen bedingungslos anzunehmen, so wie er ist (Interview 02, Z. 305-312). B2 berichtet von einer inneren Bereitschaft, auch etwas verändern und beeinflussen zu wollen (Interview 02, Z. 209-217) mit dem Bewusstsein, damit auf beiden Seiten auch Grenzen zu überschreiten (Interview 02, Z. 284-293). Eine Anwendung ist nicht eine rein motorische Handlung, sondern wird mit dem Bewusstsein der durchführenden Person wahrhaftig und echt (Interview 02, Z. 124-136). Das Zulassen und sich Hineinversetzen in die Situation des zu Pflegenden nimmt damit auch Einfluss auf emotionaler und physischer Seite der durchführenden Person. B2 spricht von dem Hineinversetzten in den zu behandelnden Menschen als wirkliche Körperarbeit (Interview 02, Z. 187-203) und *„diese intensive Körper-horch-fühl Arbeit macht mit mir auch immer ganz viel. Also wenn ich manchmal in den anderen Körper reinhorche und dabei bin, denjenigen ja zu entspannen, merke ich, dass meine Organe sich auch entspannen, also manchmal grummelt mein Bauch, dadurch, dass ich eben bewege und nicht nur an einer Stelle, sondern den ganzen Menschen und mich dazu sozusagen“* (vgl. Interview 02, Z. 319-325).

Ein entscheidendes Qualitätsmerkmal liegt folglich darin, ob eine Handlung mit Wahrhaftigkeit und vollkommener Bereitschaft durchgeführt wird oder nur die motorische Handlung für sich allein, steht: *„weil Waschen kann jeder, darum geht es gar nicht sondern es geht darum, welche Wahrnehmung habe ich beim Waschen“* und dabei den Menschen mit all seinen Eigenschaften als „etwas ganz besonderes in den Vordergrund zu stellen“ (vgl. Interview 01, Z. 268-279). Bereitschaft bedeutet, sich vollkommen auf den zu Pflegenden einzulassen und sich intensiv mit demjenigen auch beschäftigen zu wollen (Interview 03, Z. 493-503).

#### **4.6. Kontinuität**

Um das Vertrauen von zu Pflegenden zu halten, stellt Kontinuität in der Anwendung bewusster Methoden eine wesentliche Voraussetzung dar. Es werden Multiplikatoren gebraucht und Menschen, die das Konzept mit tragen. Die Anwendungen brauchen *„Erklärung und es braucht halt ja ein paar mehr Menschen im Team, die das dann auch weiter tragen oder überhaupt mittragen“* (vgl. Interview 03, Z. 453-474).

#### 4.7. Grenzen und Hindernisse

Das Etablieren von komplementären Methoden setzt Kontinuität und Multiplikatoren voraus (Interview 03, Z. 453-474). Durch institutionelle Hindernisse wie z.B. Personalmangel, die hohe Arbeitsbelastung und den daraus resultierenden Zeitdruck, ist die Etablierung komplementärer Methoden erschwert (Interview 03, Z. 412-415). Die Anwendung komplementärer Methoden erfordert, wie bereits beschrieben, eine enorme physische, psychische und emotionale Kraft und Bereitschaft, sich mit dem zu Pflegenden auch intensiv auseinanderzusetzen. B3 und B4 beschrieben, dass es aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen dafür keinen Gegenpol gibt und keine Ressourcen bestehen. *„Wir können nicht was geben, was wir selber eben auch nicht haben so (..) auch in der Schweiz haben die eben gesagt, du darfst keine Einreibungen oder Wickel oder so was machen, (...) wenn du selber eben Kopfschmerzen oder wenn es dir eben nicht gut geht, dann darfst du das nicht machen“* (Interview 03, Z. 540-545). Weil der Pflegende das dann mit überträgt aufgrund der gemeinsamen Interaktion und gegenseitigen Wirkung zwischen zu Pflegenden und Pflegenden während der direkten Anwendung. Dadurch, dass die Anwendung auch etwas mit dem Pflegenden macht und auch hier Grenzen überschritten werden und eine enorme Sensibilität der durchführenden Person gefordert ist, ist eine Anwendung nicht möglich wenn es der durchführenden Person (Akteur) nicht gut geht. B 4 beschreibt *„Ja du kannst dich ja nicht darauf einlassen. Dann bist du ja eigentlich mit dir schlecht drauf und das ist es dann ja wahrscheinlich, dann spürst du ja auch gar nichts“* (Interview 03, Z. 552-553). (Interview 03, Z. 521 -555).

Auch durch den schnellen Wechsel von Patienten sowie durch die unterschiedlichen Dienste und Wechsel der Kollegen ist die Kontinuität der Anwendungen erschwert. Auch das fehlende Material für zum Beispiel Wickelanwendungen stellt ein Hindernis in der Durchführung dar (Interview 03, Z. 273-280 + Z. 505).

### 5. Diskussion

In dem folgenden Kapitel erfolgt die Diskussion der Ergebnisse. Unter Einbeziehung des Erkenntnisgewinns der vorliegenden Untersuchung werden das Ziel und die Ergebnisse der Arbeit in Zusammenhang mit der theoretischen Rahmung und bereits vorhandenem Wissen diskutiert. Im Anschluss daran werden die Stärken und Schwächen der vorliegenden empirischen Untersuchung aufgeführt.

## 5.1. Diskussion der Ergebnisse

Ziel der Bachelorarbeit ist es, sowohl aus dem Stand der aktuellen Literatur als auch durch wenige aber gezielte Experteninterviews die Bedeutung von komplementären Pflegemethoden hinsichtlich Zuwendung und Kommunikation für die professionelle Pflege zu untersuchen. Durch die empirische Untersuchung konnte die Integration komplementärer Methoden in die Pflege genauer: in die pflegerische Begegnung innerhalb des Pflegealltags ermittelt werden. Durch die Befragung von Experten konnte sich dem Kern der pflegerischen Begegnung genähert und in diesem Zuge untersucht werden, was in solchen Begegnungsformen durch die Anwendung komplementärer Methoden aus subjektiver Sichtweise geschieht. Die Aspekte von Zuwendung und Kommunikation sind dahingehend entscheidend, als dass durch die Anwendung komplementärer Methoden und die dadurch entstehende besondere Art der Zuwendung auch ein anderer Einblick in den zu pflegenden Menschen möglich ist und eine "Körperleib" bezogene Begegnung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden stattfinden kann. Durch die Anwendung komplementärer Methoden kann ein spezieller Raum für die professionelle pflegeberufliche Begegnung geschaffen werden. Als wichtigstes Ergebnis dieser Untersuchung konnte festgestellt werden, dass ein Mensch der zum Patient wird ein Ungleichgewicht in seinem Leben erfährt und sich damit in einem Ausnahmezustand befindet. Im Anschluss an Böhnke (2011) ist die Pflege besonders geprägt durch das Phänomen des Spürens und Berührens in der körpernahen Kommunikation und Interaktion (Böhnke 2011). Einen Menschen zu pflegen, ohne ihn anzufassen, ist undenkbar (Helmbold 2007, S. 16). Körperkontakte sind vielfältig in der Pflege und erstrecken sich von (technischen) pflegerischen Handlungen wie z.B. dem Legen eines Blasenkatheters, was auch immer als ein Eingriff in die Intimsphäre des zu Pflegenden steht, bis hin zu pflegerischen Bewegungskonzepten wie z.B. Kinästhetik. Dazwischen passiert eine Vielzahl von sinnvollen, gewollten und nicht gewünschten Körperkontakten und Berührungen, die durchaus sowohl für Pflegenden als auch für den zu Pflegenden als Grenzüberschreitung gewertet werden können. die Art und Weise der körperlichen Handlungen entscheidet darüber, inwiefern sich die Verhältnisse von Beziehung und Macht in der direkten pflegerischen Patientenversorgung ausdrücken (Böhnke 2011, S. 201 ff.). Vor diesem Hintergrund bieten komplementäre Methoden ein breites Repertoire an Möglichkeiten, den Autonomieverlust des zu pflegenden Menschen aufzufangen. Dieser wird innerhalb der Anwendung direkt in den Pflegeprozess mit einbezogen mit dem Ziel, seine Selbstheilungskräfte durch das Gefühl des Wohlbefindens und Vertrauens zu aktivieren.

Die Literaturrecherche zeigt ein breites Spektrum von komplementären Methoden für die Pflege und stellt die Vielseitigkeit und Komplexität dieses Konzeptes dar. Über die internationale „Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit und Entwicklung“, das interuniversitäre „Kolleg für Gesundheit und Entwicklung“ konnten unter anderem interessante Erkenntnisse über Forschung und Publikationen hinsichtlich komplementärheilkundlicher Gesundheitswissenschaften erlangt werden. Auch über das „Zentrum für Qualität in der Pflege“ sowie das „Internationale Fachgremium für Wickel und Kompressen“ verdeutlicht die Notwendigkeit und Aktualität von komplementären Pflegemethoden zur Gesundheitsförderung in der Pflegepraxis. Insgesamt ist die Anwendung komplementärer Methoden ein rege diskutiertes Thema. Es werden vor allem spezifische Konzepte hinsichtlich der Effektivität geprüft und untersucht, welchen Einfluss eine bestimmte Anwendung auf ein ausgewähltes Pflegeproblem hat.

Die Bandbreite der in der Literatur beschriebenen komplementären Methoden findet sich größtenteils auch in den Ergebnissen der Interviews wieder. In den Experteninterviews wird vorwiegend auf die Anwendung von rhythmischen Einreibungen, sowie auf die Anwendung von Wickeln und Auflagen als ein Aspekt der erweiterten Pflege und Einbindung in den Pflegeprozess eingegangen. Über die Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit und Entwicklung e.V. in Graz/Schloss Seggau, Österreich konnte die Wirksamkeit von rhythmischen Einreibungen in Bezug auf verschiedene Pflegeprobleme ermittelt werden. So zeigt Radünz (2011), inwiefern die Rhythmische Massage Einfluss nehmen kann auf die Ursache der Symptome einer obstruktiven Schlafapnoe und damit auch auf die meist durch diese Krankheit stark beeinträchtigte Lebensqualität eines Patienten. Im Rahmen der Ergebnisse dieser Einzelfallstudie konnte festgestellt werden, dass die Behandlungsziele des Patienten wie Schwindelfreiheit, Verminderung der Müdigkeit und Steigerung der Leistungskraft nach der Therapieserie erreicht werden konnten (Radünz 2011). Weiterführend wird von Gierse (2011) auf die Vielseitigkeit positiver Auswirkungen auf den Organismus durch die Anwendung von rhythmischen Massagen eingegangen. In dieser Studie konnten über den gesamten Therapieverlauf hin prozessuale Veränderungen des Leibgefühls seitens des Patienten festgestellt werden. Bei den Ergebnissen konnten Veränderungen der Hautfarbe, der Schmerz Wahrnehmung, der Vitalfunktionen, der Körpertemperatur, der Bewegungsfähigkeit und der seelischen Befindlichkeit unter Anwendung der rhythmischen Massage dokumentiert werden (Gierse 2011).

Im Rahmen des aktuellen Forschungsstandes sowie im Hinblick auf die aus der Literatur bekannten Erkenntnisse ist eine positive Wirkung von komplementären Methoden auf den menschlichen Organismus unumstritten. Die Anwendungen wirken sich positiv auf den menschlichen Organismus aus und weisen eine Reduzierung von Beschwerden und Schmerzen sowie eine Steigerung des Wohlbefindens auf. Außerdem wird die Anwendung komplementärer Methoden in der Literatur als eine besondere Form der Aufmerksamkeit der Pflegenden gegenüber dem zu Pflegenden beschrieben (Riehm 2011). Die Auswirkungen zeigen sich unter anderem in der allgemeinen Beeinflussung des physischen und psychischen Befindens. Sie wirken nicht nur lokal, sondern auf allen Ebenen des Menschen. Zusätzlich können ergänzende Methoden den Körper beim Umgang mit Stress und Unwohlsein unterstützen und wirken schmerzlindernd. Der Körper kommt während der Anwendung zur Ruhe (Buchmayr 2009). Das Pflegeproblem: Schmerz kann z.B. durch äußere Anwendungen nicht nur punktuell, sondern in seiner Ganzheit erfasst und behandelt werden. Dadurch, dass der zu Behandelnde in die Vorbereitung und Durchführung der Anwendung mit einbezogen werden kann, entstehen Gefühle von Zuneigung, Interesse, Respekt und Zusammengehörigkeit zwischen Pflegenden und zu Pflegenden (Buchholz und Zinck 1995). Insgesamt zeigen alle Studien einen positiven Effekt, betonen jedoch in einem Ausblick den dringenden Bedarf weiter Nachforschung zur Überprüfung von Wirkung und Effektivität komplementärer Methoden.

Der bisher beschriebene Erkenntnisgewinn spiegelt sich auch in den Ergebnissen der geführten Interviews deutlich wieder. Aus der subjektiven Sichtweise der Experten werden durchaus positive Wirkungen beschrieben, welche auf die Anwendung bestimmter komplementärer Methode zurückzuführen sind. Es wird eine Bandbreite an komplementären Methoden genannt, mit welchen die Befragten selbst arbeiten und die sie im Rahmen der pflegerischen Patientenversorgung anwenden. Dabei wird deutlich, dass eine Anwendung komplementärer Methoden nicht in Frage gestellt wird. Vielmehr ist eine Integration der Methoden in den Pflegeprozess als ein wesentlicher Aspekt der professionellen Pflege festzustellen. Für die befragten Experten stellt die Anwendung komplementärer Methoden also einen Teil ihres Pflegeverständnisses dar. So wird bei der direkten Anwendung nicht ausschließlich eine sofortige positive Wirkung bei dem Patienten erwartet. Vielmehr geht es darum, komplementäre Methoden als Gesamtkonzept zu verstehen, welches den Pflegeprozess ergänzend positiv beeinflusst. Durch die Bandbreite und Vielfältigkeit der Methoden ist der Pflege die Möglichkeit gegeben, auf



unterschiedlichen Wegen und Ebenen über den Körper als Medium einen Zugang zu den inneren Erfahrungswelten des Patienten zu erlangen. Komplementäre Methoden ermöglichen der Pflege, den Menschen auf körperlicher seelischer und geistiger Ebene ganzheitlich zu erfassen und zu behandeln, wodurch ein positiveres Körpergefühl entsteht und die Selbstwahrnehmung des Menschen in seinem Körper gefördert werden kann. Dieser besondere Zugang zum Patienten stellt die Voraussetzung und Grundlage in der pflegerischen Behandlung dar und kann die weitere medizinisch- technische bzw. funktionelle Pflege bedeutend effektiver gestalten. Die professionelle Begegnung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden ist somit genauso wichtig, wie eine medizinisch- technische Behandlung.

Die in der Literatur beschriebene Fähigkeit der professionellen Pflege „des leibkörperbezogenen Spurenlesens welche immer ein Suchen, Rekonstruieren und Konstruieren der lebensgeschichtlich geprägten Spuren erfordert“ (Böhnke 2011 S. 215), konnte auch innerhalb der Experteninterviews ermittelt werden. In diesem Zusammenhang wird die Pflege als Kunst beschrieben, mit professioneller Kompetenz über die unterschiedlichsten Wegen Zugang zum Patienten zu erlangen.

Hinsichtlich der Beschreibung und Durchführung komplementärer Methoden ist zu bemerken, dass diese meist auf eine lange Tradition und Geschichte zurückblicken. Die Anwendung von Wickeln und Auflagen zum Beispiel gehört seit Jahrtausenden als Heilmittel zu der Behandlung von erkrankten Menschen und gilt als traditionell erprobte Methode. Schon Hippokrates setzte sich für diese Heilmethode ein und beschreibt die Wärme- und Wasserwirkungen z. B. mit der Anwendung von Salz, Dampf, heißen Umschlägen und Kataplasmen (Bächle-Helde 2011). Diese Erkenntnisse spiegeln sich in den vorliegenden Ergebnissen wieder. Es werden Anwendungen beschrieben, welche auf alten Traditionen beruhen, von Generation zu Generation und auch innerhalb des Teams weitergeben und unter Einbeziehung von einem bestimmten Fachwissen angepasst werden.

Bei der Datenauswertung wird deutlich, dass die einzelnen Kategorien nicht vollkommen voneinander zu trennen sind. Somit sind die Kategorien eher als ein sich aufbauender Prozess darzustellen. Die Kategorien: Wahrnehmung, Wohlbefinden und Interaktion bilden den Kern und stellen dabei die pflegeberufliche Herausforderung hinsichtlich der Integration von komplementären Methoden in die professionelle Pfl egetätigkeit dar. Die Datenanalyse wurde auch dadurch erschwert, dass innerhalb der Anwendung

komplementärer Methoden jeweils auf beiden Seiten eine Wirkung auf den Organismus zu erkennen ist. Die Anwendung nimmt also ganzheitlich Einfluss auf den Akteur (den Pflegenden) als auch auf den zu Pflegenden.

Es ist wichtig zu erwähnen, dass zwei der befragten Experten nicht in einem Angestelltenverhältnis arbeiten, sondern selbstständig tätig sind. Die beiden anderen Teilnehmerinnen arbeiten in einem Hospiz. Das bedeutet, dass alle befragten Experten aus einem anders strukturierten Arbeitsalltag kommen. Rückschlüsse auf den stationären Klinikalltag können daher nur vermutet werden. Doch auch innerhalb eines externen Praxiseinsatzes in Österreich auf einer Akutstationen konnte die Integration komplementärer Methoden in den stationären Pflegealltag beobachtet werden. Die Anwendung komplementärer Methoden galt hier nicht als zusätzliche Last, sondern wurde als bedeutende Ressource angesehen und in die pflegerische Patientenversorgung integriert. Man konnte deutlich beobachten, dass die Pflegequalität dadurch bedeutend positiv beeinflusst wurde und die Anwendungen zu einer Förderung von Wohlbefinden sowohl auf Seiten der Pflegenden als auch auf Seiten des Patienten beitragen konnten.

Abschließend kann gesagt werden, dass alle Fragen innerhalb des Interviews ausführlich beantwortet wurden und interessante sowie inspirierende Erfahrungen in Bezug auf die Anwendung komplementärer Methoden beschrieben wurden. Von den Befragten wurde jedoch auch deutlich hervorgehoben, dass ein entscheidendes Hindernis für die Etablierung komplementärer Methoden darin besteht, dass es keine Multiplikatoren gibt und es demnach an Kontinuität in der Anwendung fehlt. Von den Befragten wird vermutet, dass Pflegenden die Anwendung der zusätzlich ergänzenden Methoden als zusätzliche Last verstehen und diese nicht auch noch in ihrem Arbeitsalltag mit aufnehmen können und wollen.

### **5.3. Limitationen**

Die vorliegende Bachelorarbeit ist eine qualitative explorative Untersuchung, die auf Grundlage von erhobenen Interviewdaten die Bedeutung komplementärer Methoden aus der subjektiven Sicht von Experten darstellt und diese in einen Zusammenhang mit den in der Literatur beschriebenen Erkenntnissen stellt. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung wird durch einige Faktoren in ihrer Aussagekraft eingeschränkt.

Wie oben beschrieben, ist es zunächst wichtig zu erwähnen, dass eine Limitation darin besteht, dass zwei der befragten Experten nicht in einem Angestelltenverhältnis arbeiten, sondern selbstständig tätig sind, während die anderen beiden Teilnehmerinnen in einem Hospiz arbeiten. Alle befragten Experten arbeiten in einem anders strukturierten Arbeitsalltag. Rückschlüsse auf die Integration komplementärer Methoden in den stationären Pflegealltag im Setting Krankenhaus können folglich nur vermutet werden.

Die vier befragten Expertinnen waren das Höchstmaß der zu befragenden Teilnehmer, da eine höhere Stichprobe als  $n = 4$  aufgrund des zeitlich begrenzten Bearbeitungsraumes der Bachelorarbeit nicht möglich gewesen wäre. Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus der Tatsache, dass nicht alle Interviews als Einzelinterviews durchgeführt wurden. Das Interview 03 fand auf Wunsch der Teilnehmenden zu zweit statt. So hatten die Teilnehmerinnen in diesem Interview mehr Zeit, ihre Antworten vorzubereiten, da immer nur eine Person zur Zeit sprechen konnte. Außerdem besteht die Vermutung, dass die Teilnehmer in ihren Aussagen eingeschränkt wurden, da jeweils schon Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren.

Es muss gesagt werden, dass die Untersuchung nicht die Perspektive der zu Pflegenden beleuchtet, sodass eine verbesserte Pflegequalität und das Gefühl von Wohlbefinden durch die Anwendung komplementärer Methoden nur aus Perspektive der durchführenden Experten beschrieben werden konnte.

## **7. Schlussfolgerung**

Nach der intensiven Auseinandersetzung mit komplementären Methoden in der Pflege bin ich mehr denn je von der Bedeutung dieser überzeugt und sehe sie als einen unerlässlichen Aspekt der professionellen Pflege an. Für die pflegerische Behandlung ist ein Zugang zum Patienten notwendig. Die verschiedenen Zugangswege, welche durch die Anwendung komplementärer Methoden in der pflegerischen Begegnung ermöglicht werden, gelten somit als bedeutende Ressource im pflegerischen Handlungsfeld.

Der Ursprung der medizinischen Behandlung liegt in der Auffassung, das Ungleichgewicht, in dem sich ein Patient aufgrund von Krankheit befindet, ganzheitlich zu behandeln. Der behandelnde Hausarzt war über das gesamte Leben seiner Patienten gut

informiert. Im Rahmen der Anamnese wurde sich nach den Lebensumständen des Patienten erkundigt und Informationen hinsichtlich seines körperlichen Zustandes, der beruflichen Tätigkeiten und der klimatischen Bedingungen, in denen der Patient lebt, gesammelt. Die Schwächen konnten so ermittelt und in Stärken umgewandelt werden. Es galt die allgemeingültige Auffassung, dass nicht die Krankheit, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit behandelt werden muss. Seitdem ist eine umfassende Entwicklung in der medizinischen und auch pflegerischen Patientenversorgung dokumentiert. In der heutigen medizinisch- pflegerischen Behandlung wird ein Mensch zu einem Objekt, das aufgrund von Funktionsstörungen, selbstverständlich auch technisch behandelt werden muss. Aufgrund der verschiedenen Fachrichtungen und Zuständigkeitsbereiche wird ein Patient zusätzlich in unterschiedliche Funktionsbereiche eingeteilt, welche unabhängig voneinander behandelt werden. Die Pflege steht in der professionellen Position, dieses Ungleichgewicht und die Einzelteile wieder zusammenzufügen und die Ganzheitlichkeit im Leben des Menschen wiederherzustellen um die Selbstwahrnehmung des Patienten zu stärken und über diesen Weg seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren.

Wenn ein Teil des Körpers erkrankt ist, leidet der Mensch auf allen Ebenen seines Seins. Krankheit nimmt Einfluss auf körperlicher, seelischer und geistiger Ebene. Davon lässt sich das Verständnis ableiten, die ganze Wirklichkeit des Menschen wahrzunehmen und so die Ebenen von Körper, Seele und Geist gleichermaßen in die pflegerische Behandlung miteinzuschließen und zur Grundlage des pflegerischen Handelns zu machen. Innerhalb des Heilungsprozesses hat auch die Seele eine bedeutende Rolle und entscheidet mit über Krankheit oder Gesundheit und braucht in der pflegerischen Behandlung genauso eine heilsame Behandlung wie der Körper.

Die Herausforderung besteht darin, mit dem gleichen Mut und der gleichen Entschlossenheit, mit der Virchow zu seiner Zeit die Reduzierung des Menschen auf die Zelle publizierte, dieses reduzierte Menschenbild allgemein zu überwinden und die Bedeutung von komplementären Methoden, die einen professionellen Rahmen für Zuwendung und Kommunikation ermöglichen, in der pflegerischen Patientenversorgung hervorzuheben.

In der heutigen Zeit in der alle Erdteile bereits entdeckt sind und auch innerhalb des technischen Fortschritts verlässlich immer neue und große Erkenntnisse festzustellen sind, ist es Zeit und gilt die Herausforderung der Forschung nach innen zu schauen. Das

Bewusstsein der Allgemeinheit wieder mehr auf den Menschen selbst seine inneren Werte, die Seele, Wurzeln und Traditionen zu lenken.

Die Integration komplementärer Methoden als ein die Pflege erweiterndes Konzept stellt für mich die Grundlage der professionellen Pflegearbeit dar. Waschen, beziehungsweise pflegen kann jeder. Viel eher geht es um die Beobachtung und Wahrnehmung, die während der Körperpflege passiert. Im Anschluss an Batschko (2017) ist es dringend notwendig, dass die Pflege einen Kulturimpuls erfährt und wieder etwas Ganzheitliches wird, wo sowohl die Leiblichkeit des Menschen wahrgenommen wird, anstatt den menschlichen Körper auf seine Funktion hin zu reduzieren, als auch dem Menschen in der pflegerischen Begegnung seine Würde zurückzugeben wird. Denn der Übergang von Selbstständigkeit in Pflegebedürftigkeit, ist für jeden Menschen ein unglaublicher Eingriff in seine Persönlichkeit. Wenn hier kein wertschätzender, feinfühlig und respektvoller Umgang passiert kann nicht von professioneller Pflege gesprochen werden. Damit ist die Fähigkeit verbunden, den zu Pflegenden dort abzuholen wo er sich befindet und ihn innerhalb der Pflege über unterschiedliche Zugangs- und Kommunikationswege begleite, um ihn nicht zusätzlich in „Angst und Schrecken zu versetzen“. So stellt die Pflege wahrhaftig eine Kunst dar, welche natürlich mit Können zu tun hat, welches in der Pflegerischen Begegnung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden jedoch ganz zurückgestellt werden muss, und der zu Pflegenden dabei in den Mittelpunkt, also in den Fokus rücken soll. Die Anwendung komplementäre Methoden schaffen einen Raum für eine wertschätzende Begegnung und ermöglichen der Pflege ohne Übergriffigkeiten einen Zugang über den Körper beziehungsweise die Haut als natürliche Grenze des Menschen und Organ des Nervensinnensystems zur Leiblichkeit und inneren Erfahrungswelten des Menschen herzustellen. Die Methoden können eingebaut werden in die Körperpflege, Prophylaxen und den gesamten Pflegeprozess und gelten somit als eine die Pflege besonders auszeichnende Ressource. Die Anwendung und Integration komplementärer Methoden in die Pflege ist keine Frage der Zeit, sondern eine Frage der Professionalität und Kunst (Batschko 2017).

Eine positive Wirkung zusätzlich ergänzender Methoden ist heute wahrlich unumstritten. Die Zuwendung Nähe und Aufmerksamkeit der Pflege dem Pflegenden gegenüber, der Raum der innerhalb der Anwendung geschaffen wird sowie die Ruhe und das Wohlbefinden nehmen Einfluss auf die pflegerische Patientenversorgung und spielen eine

große Rolle für das pflegerische Handlungsfeld. Dieser Ansatz wird bisher im Allgemeinen eher wenig berücksichtigt. Zumal die Investition in Technik und Forschung sowie deren Ergebnisse messbar ist in der pflegerischen Patientenversorgung braucht es wenig an Maschine und Technik sondern eher an Mensch und Personal die das Konzept der Komplementären Methoden mit tragen. Die Ideen und Konzepte sowie ein gewisser Bedarf liegen vor. Zahlreiche Studien und Forschungsarbeiten weisen einen positiven Effekt bestimmter Anwendungen auf den menschlichen Organismus vor. Nun gilt es, die Herausforderung anzunehmen und die Bedeutung komplementärer Methoden als einen Aspekt professioneller Pflege zu begreifen und diese als Ressource anzusehen welche die Pflegequalität und das eigene Wohlbefinden in der pflegerischen Patientenversorgung nur positiv beeinflussen kann. Jede Veränderung beginnt klein, selbst globale Veränderungen.

## 8. Literaturverzeichnis

- Bächle-Helde, B. (2011): Sind alternative Pflegemethoden evidenzbasiert? Eine Literaturstudie am Beispiel von Wickel und Auflagen. Zuletzt abgerufen 4. Mai 2017. über: <https://www.pflege-wissenschaft.info/archiv/2011/november/1482-RLVHXTDWEMZGPCSJBUFKYN>. S. 597-603.
- Bausewein, C., Roller, S., & Voltz, R. (2007). *Leitfaden Palliativmedizin - Palliative Care* (3. Aufl.). München u.a.: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Bay, F., Menschenkundliche Grundlagen einer durch Anthroposophie erweiterten Pflege. in: Heine, R., & Bay, F. (1995). *Pflege als Gestaltungsaufgabe. Anregungen aus der Anthroposophie für die Praxis*. Hippokrates-Verlag. (S. 15).
- Bienstein, C. (2017) Basale Stimulation: Was sagt die Wissenschaft?, in: Die Schwester der Pfleger - die führende Fachzeitschrift für die Pflege, Januar 2017, 56, S.22 -23.
- Bienstein, C., & Fröhlich, A. (2016). *Basale Stimulation® in der Pflege: Die Grundlagen* (8., durchgesehene und ergänzte Auflage.). Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.
- Böhm, I., 2011, *Komplementäre Pflegemethoden in stationären Einrichtungen der Palliative Care von Tumorpatientinnen in Österreich*, Diss., Wien 2011.
- Böhnke, U.: Die bewegten Leibkörper in Pflegesituationen- Körperkontakte Pflegeberuflichen Handelns. in: Schmidt, R.-B., Schetsche, M.,(Hg.) (2012). *Körperkontakt: Interdisziplinäre Erkundungen*. Giessen: Psychosozial-Verlag, (S. 201ff.).
- Brandenburg, H., Panfil, E.-M., & Mayer, H. ( 2013): Erhebungsmethoden, in: Brandenburg, H., Panfil, E.-M., & Mayer, H. (2013). *Pflegewissenschaft 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (2. vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber. S. 114.
- Buchmayr, B., 2009 in: Likar, R., Bernatzky, G., Märkert, D., & Ilias, W. (2009). *Schmerztherapie in der Pflege: Schulmedizinische und komplementäre Methoden* (2009. Aufl.). Springer.
- Buchholz, G., Zinck, C., Begleitung und Pflege Sterbender und Verstorbener in: Heine, R., & Bay, F. (1995). *Pflege als Gestaltungsaufgabe. Anregungen aus der Anthroposophie für die Praxis*. Hippokrates-Verlag.

- Darmann- Fink, I.: Professionalisierung durch fallrekonstruktives Lernen - Zur Struktur des pflegerischen Handelns 1.1. Professionelles Handeln im Spiegel der strukturtheoretischen Handlungstheorie von Oevermann (S. 11- 19) in: Darmann- Finck, I., Böhnke, U., & Straß, K. (2009). *Fallrekonstruktives Lernen: Ein Beitrag zur Professionalisierung in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit* (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Döring, N., Bortz, J., (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Duden, *Das Fremdwörterbuch*, 7., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Mannheim/ Leipzig/Wien/ Zürich: Dudenverlag 2001.
- Eckart, W. U. (2013). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* (7. völlig neu bearbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
- Elzer, M. (2007) Professionelle Kommunikation und Beziehung (S. 147 ff.) In: Elzer, M., & Sciborski, C. (2007). *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und non-verbalen Interaktion* (1. Aufl.). Bern: Huber, Bern.
- Fintelmann, V. (1988). *Intuitive Medizin, Einführung in eine anthroposophisch ergänzte Medizin* (2. durchgesehene Aufl.) Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Fuß, S., & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung* (1. Aufl.). Opladen Toronto: UTB GmbH.
- Gierse, B. (2011): Die Wirkung der Rhythmischen Massage als rehabilitative Maßnahme nach operativer Behandlung einer Humeruskopfrümmerfraktur linksseitig. Über: Komplementärheilkundliche Gesundheitswissenschaften | Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung. (o. J.). Abgerufen 7. Mai 2017, über: [http://www.inter-uni.net/static/download/publication/komplementaer/SZ\\_Gierse\\_B\\_Rhythmische\\_Massage\\_rehabilitativ\\_2011.pdf](http://www.inter-uni.net/static/download/publication/komplementaer/SZ_Gierse_B_Rhythmische_Massage_rehabilitativ_2011.pdf)
- Hagen, U. (2015). Wickel und Auflagen in der onkologischen Pflege. *Heilberufe*, 67(7-8), 30–33. Zugriff über: <http://doi.org/10.1007/s00058-015-1592-3>
- Helmbold, A. (2007). *Berühren in der Pflegesituation: Intentionen, Botschaften und Bedeutung* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.



- Hülsken-Giesler, M. (2008). *Der Zugang zum Anderen*. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. *Pflegewissenschaft und Pflegebildung*, Band 3. Göttingen: V&R unipress.
- Lenz, T., (2013) Pflege mit kaltem Guss und aromatischen Ölen- ZQP Presseinformation. Zuletzt abgerufen 27. Mai 2017, über: [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2013\\_10\\_14\\_PI\\_Pflege\\_mit\\_kaltem\\_Guss\\_und\\_aromatischen\\_Oelen.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2013_10_14_PI_Pflege_mit_kaltem_Guss_und_aromatischen_Oelen.pdf)
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6., überarbeitete Aufl.). Weinheim Basel: Beltz.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1998). *Qualitative Pflegeforschung: Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege* (First Thus). Verlag Hans Huber.
- Offermanns, P., Bangert, D., (Hrsg.) & Jevon, P. (2013). *Pflege von sterbenden und verstorbenen Menschen: Praxishandbuch für Pflegenden*. (M. Herrmann, Übers.) (1. Aufl.). Verlag Hans Huber.
- Pauli, C. (2016). *Medizin - Geschichte einer Wissenschaft*. Köln: Edition Fackelträger.
- Radünz, S. (2011): Die Rhythmische Massage nach Dr. Ita Wegman als Therapie bei Patienten mit einer Obstruktiven Schlafapnoe. Über : Komplementärheilkundliche Gesundheitswissenschaften | Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung. (o. J.). Abgerufen 1. Mai 2017 um 16.20 Uhr, von: [http://www.interuni.net/static/download/publication/komplementaer/SZ\\_Raduenz\\_S\\_Rhythmische\\_Massage\\_u\\_Schlafapnoe\\_2011.pdf](http://www.interuni.net/static/download/publication/komplementaer/SZ_Raduenz_S_Rhythmische_Massage_u_Schlafapnoe_2011.pdf)
- Rankin-Box, D., & Box, D. R.-. (1997). *Handbuch alternative, erweiterte Pflegepraxis*. Urban & Fischer Verlag.
- Riehm, C.: Wickel und Auflagen in: Kränzle, S., Schmid, U., & Seeger, C. (2011). *Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung* (4. Aufl. 2011). Springer.
- Shaha, M., schnepp, W., (2013a): Qualitative Designs, in: Brandenburg, H., Panfil, E.-M., & Mayer, H. (2013). *Pflegewissenschaft 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (2. vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber. (S. 67 -84).

- Shaha, M., Schnepf, W., (2013b): Qualitative Analyse, in: Brandenburg, H., Panfil, E.-M., & Mayer, H. (2013). *Pflegewissenschaft 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (2. vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber. (S. 151 - 169)
- Von der Heide, U. „Die Rhythmische Einreibung“ in: Heine, R., & Bay, F. (1995). *Pflege als Gestaltungsaufgabe. Anregungen aus der Anthroposophie für die Praxis*. Hippokrates-Verlag. (S. 147-165)
- ZQP 2016: Pflegequalität: Deutsche sind verunsichert - Stiftung ZQP. (April 2016). Zuletzt abgerufen 27. Mai 2017, über: <https://www.zqp.de/pflegequalitaet-deutsche-sind-verunsichert-2/>

#### Expertengespräch

- Batschko, E.-M., (2017): Gespräch mit der Verfasserin am 10. April 2017. In Hamburg.  
(Funktionsbezeichnung der Interviewpartnerin: Krankenschwester, Mitbegründerin der Carus Akademie 1997, Lehrerin für Rhythmische Einreibungen und Rhythmische Massage nach Wegman/Hauschka an der Carus Akademie Hamburg)

# I. Anhang

## A. Anhang : Pubmed Suchverlauf

### History

[Download history](#)[Clear history](#)

		Recent queries		
Search	Add to builder	Query	Items found	Time
<a href="#">#40</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((((((((relation) OR relationship) OR connection) OR reciprocal relationship) OR correlation)) AND (((well-being) OR welfare) OR patient welfare) OR health welfare)) AND (((grant) OR attention) OR donation)) AND (((care) OR support) OR maintenance) OR nursing) OR "Nursing"[Mesh]) AND (((communication) OR Interaction) OR dynamic interaction) OR "Communication"[Mesh]) AND (((complementary nursing methods) OR alternative care) OR complementary measures) OR complementary options) OR complementarity)	<a href="#">81</a>	04:40:52
<a href="#">#39</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((relation) OR relationship) OR connection) OR reciprocal relationship) OR correlation	<a href="#">3291708</a>	04:24:28
<a href="#">#38</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((well-being) OR welfare) OR patient welfare) OR health welfare	<a href="#">5726646</a>	04:23:48
<a href="#">#37</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((grant) OR attention) OR donation	<a href="#">628250</a>	04:23:04
<a href="#">#36</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((care) OR support) OR maintenance) OR nursing) OR "Nursing"[Mesh]	<a href="#">10399519</a>	04:22:29
<a href="#">#35</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((communication) OR Interaction) OR dynamic interaction) OR "Communication"[Mesh]	<a href="#">1245511</a>	04:21:21
<a href="#">#34</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((complementary nursing methods) OR alternative care) OR complementary measures) OR complementary options) OR complementarity	<a href="#">62125</a>	04:20:34
<a href="#">#33</a>	<a href="#">Add</a>	Search correlation	<a href="#">706210</a>	04:19:07
<a href="#">#32</a>	<a href="#">Add</a>	Search reciprocal relationship	<a href="#">5793</a>	04:18:54
<a href="#">#31</a>	<a href="#">Add</a>	Search connection	<a href="#">67885</a>	04:18:42
<a href="#">#30</a>	<a href="#">Add</a>	Search relationship	<a href="#">1366658</a>	04:18:29
<a href="#">#29</a>	<a href="#">Add</a>	Search relation	<a href="#">1438468</a>	04:18:17
<a href="#">#28</a>	<a href="#">Add</a>	Search health welfare	<a href="#">62277</a>	04:17:58
<a href="#">#27</a>	<a href="#">Add</a>	Search patient welfare	<a href="#">17019</a>	04:17:34
<a href="#">#26</a>	<a href="#">Add</a>	Search welfare	<a href="#">103326</a>	04:17:08
<a href="#">#25</a>	<a href="#">Add</a>	Search well-being	<a href="#">5688960</a>	04:16:50
<a href="#">#24</a>	<a href="#">Add</a>	Search donation	<a href="#">23113</a>	04:16:36
<a href="#">#23</a>	<a href="#">Add</a>	Search attention	<a href="#">356666</a>	04:16:24
<a href="#">#22</a>	<a href="#">Add</a>	Search grant	<a href="#">252784</a>	04:16:12
<a href="#">#21</a>	<a href="#">Add</a>	Search "Nursing"[Mesh]	<a href="#">237370</a>	04:15:59
<a href="#">#18</a>	<a href="#">Add</a>	Search nursing	<a href="#">668983</a>	04:15:28
<a href="#">#17</a>	<a href="#">Add</a>	Search maintenance	<a href="#">256905</a>	04:15:09

## Recent queries

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
<a href="#">#16</a>	<a href="#">Add</a>	Search <b>support</b>	<a href="#">8523309</a>	04:14:51
<a href="#">#14</a>	<a href="#">Add</a>	Search <b>care</b>	<a href="#">2058002</a>	04:14:02
<a href="#">#13</a>	<a href="#">Add</a>	Search " <b>Communication</b> "[Mesh]	<a href="#">418599</a>	04:13:05
<a href="#">#9</a>	<a href="#">Add</a>	Search <b>dynamic interaction</b>	<a href="#">18944</a>	04:11:47
<a href="#">#8</a>	<a href="#">Add</a>	Search <b>Interaction</b>	<a href="#">656574</a>	04:11:31
<a href="#">#7</a>	<a href="#">Add</a>	Search <b>communication</b>	<a href="#">615027</a>	04:10:44
<a href="#">#5</a>	<a href="#">Add</a>	Search <b>complementarity</b>	<a href="#">9769</a>	04:09:22
<a href="#">#4</a>	<a href="#">Add</a>	Search <b>complementary options</b>	<a href="#">1469</a>	04:08:37
<a href="#">#3</a>	<a href="#">Add</a>	Search <b>complementary measures</b>	<a href="#">5656</a>	04:08:18
<a href="#">#2</a>	<a href="#">Add</a>	Search <b>alternative care</b>	<a href="#">44344</a>	04:07:52
<a href="#">#1</a>	<a href="#">Add</a>	Search <b>complementary nursing methods</b>	<a href="#">2229</a>	04:07:24

## B. Anhang : Informationsblatt

### Informationsblatt für ein Experteninterview im Rahmen der Bachelor Arbeit

#### Die Bedeutung von Komplementären Pflegemaßnahmen hinsichtlich Zuwendung und Kommunikation für die professionelle Pflege

---

Sehr geehrte Frau .....,

mit diesem Informationsblatt möchte ich Ihnen einige Informationen zu meiner Arbeit zu Verfügung stellen.

Ich bin Studierende im 8. Semester des Dualen Studiengangs Pflege (Bachelor of Arts) an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) in Kooperation mit der Albertinen Schule in Hamburg Schnelsen. Im Rahmen meiner Bachelor Arbeit plane ich die Durchführung von zwei explorativen Experteninterviews. Durch dieses Vorgehen soll die subjektive Bedeutung von komplementären Methoden hinsichtlich Zuwendung und Kommunikation für die professionelle Pflege in den Blick genommen werden. Der zeitliche Rahmen des Interviews umfasst circa 30 - 45 Minuten. Die Ergebnisse des Interviews werden angelehnt an das Verfahren, einer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Hierfür soll das Interview mit ihrem Einverständnis anhand eines Aufnahmegeräts aufgenommen werden. Dies ermöglicht auch die spätere Transkription und dient der verbesserten Nachvollziehbarkeit der Inhalte. Die beschriebene qualitative Inhaltsanalyse des Experteninterviews mit Ihnen soll u.a. die Grundlage meiner Bachelor Arbeit werden. Gerne stelle ich Ihnen nach Fertigstellung der Arbeit ein Exemplar zu Verfügung.

Um einen vertraulichen Umgang mit den Daten zu gewährleisten, werden die transkribierten Interviews anonymisiert dargestellt und stehen nur mir sowie der Erst- und Zweitgutachterin zur Verfügung. Der Tonträger ist geschützt und das Dokument wird nach Abgabe der Arbeit vernichtet.

Ich freue mich sehr auf das Gespräch mit Ihnen, Sie müssen sich hierfür nicht vorbereiten.  
Bei Fragen stehe ich Ihnen selbstverständlich jeder Zeit zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen,  
Lilian Bernstein

*Die Arbeit wird begleitet durch Katharina Straß (Erstgutachterin der Bachelor Arbeit) sowie durch Dr. Sünje Prühlen (Lehrerin der Albertinen Schule und Zweitgutachterin der Bachelor Arbeit ) bei Fragen wenden Sie sich gerne auch an die Erstgutachterin Frau Katharina Straß:*

Katharina Straß

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege und Management

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Dualer Studiengang Pflege (BA)

Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg, T +49.40.428 75-7075

E-Mail: [katharina.strass\(@\)haw-hamburg.de](mailto:katharina.strass(@)haw-hamburg.de)

## C. Anhang : Einverständniserklärung

### Einwilligungserklärung

Mit der Unterschrift erklären Sie sich mit der Auswertung und Verwendung des Interviews einverstanden. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden. Die Daten werden anonym dargestellt. Ihr Name wird dabei durch einen Code ersetzt. Zugriff auf diese Informationen habe nur ich sowie die Erst und Zweitgutachterin der Bachelor Arbeit.

---

Unterschrift

---

Datum

## D. Anhang: Interviewleitfaden

### Vorabinformationen:

- Wie lange arbeiten Sie schon in der Pflege /in diesem Beruf ?
- Werdegang
- Ich habe Sie aus diesem Grund ausgewählt, weil Sie die Expertin sind (Sie diese bestimmte Erfahrung haben )

### Interview:

- 1) Mit welchen komplementären Methoden haben Sie bisher Kontakt und welche wenden Sie selbst an?
- 2) Wie würden Sie diese beschreiben oder definieren?
- 3) Situation(en)
  - (besonders eindrückliche- bedeutende Situation(en) in der Sie mit komplementären Pflegemethoden gearbeitet haben...
  - Ergründen der jeweiligen Situation durch: Anlass, Art und Weise, Emotionen, Reaktionen, Verlauf, Abschluss, Gedanken... usw.
  - Was veranlasste Sie dazu, bei dem Menschen diese bestimmte Methode anzuwenden?
  - In welcher Art und Weise geschah dies?
  - Müssen für die Durchführung bestimmte Rahmenbedingungen gegeben sein (Zeit, Setting, Umgebung)?
  - Wie verläuft eine Anwendung?
  - Wie fühlen Sie sich dabei - Wie haben Sie selber bei der Anwendung der Methode gefühlt - wie hat Ihr Körper in dieser Situation reagiert - wie haben Sie die Reaktion des Patienten wahrgenommen
  - Warum haben Sie so empfunden und welche Gedanken hatten Sie dabei?
  - Hat die Situation etwas in Ihnen verändert?



- 4) Warum ist diese (beschriebene) Situation bewusst geworden und in Ihrem Gedächtnis geblieben?
- 5) Bedeutung für Zuwendung und Kommunikation
  - Zurück kommen auf die Bedeutung für Zuwendung und Kommunikation durch diese Situation/ durch die Anwendung
  - dabei Bezug nehmen auf Bedeutung für Zuwendung und Kommunikation aus dem Blickwinkel der Pflege
  - Auswirkung und Umgang mit diesen Erfahrungen
  - Welche Veränderungen verbinden Sie mit dieser Erfahrung?
  - Auswirkungen des Empfindens auf **berufliche** Situation
  - Haben Sie sich mit dem Patienten darüber unterhalten- über diese Erfahrung?
- 6) Schluss:
  - Vorstellungen
  - Wünsche
  - Visionen
  - Ratschläge für die Praxis
  - Ergänzungen
  - Anmerkungen zum Interview

## E. Anhang: Transkriptionsregeln

Angelehnt an (Fuß & Karbach 2014) wurden für die Transkription Transkriptionsregeln festgelegt:

- 1) Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. an das schriftdeutsch angenähert. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
- 2) Längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei, drei oder vier Punkte gesetzt.
- 3) Deutlich längere Pausen, die über 4 Sekunden andauern, werden mit in Klammern gesetzter (kurze Pause) notiert.
- 4) Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichen gekennzeichnet.
- 5) Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großbuchstaben gekennzeichnet.
- 6) Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie z.B. lachen oder seufzen) werden in Klammern notiert.
- 7) Absätze der interviewenden Person werden durch „I“ gekennzeichnet
- 8) Die befragten Personen erhalten das Kürzel „B“ mit der jeweiligen Zahl
- 9) Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert.
- 10) Jede Zeile wird mit fortlaufender Zeilen Nummerierung gekennzeichnet.
- 11) Unverständliche Passage/ Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht.
- 12) Alle Angaben, die Rückschlüsse auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert und wie folgt gekennzeichnet : ( -- -- )
- 13) Ein Satzabbruch wird mit : / gekennzeichnet

(Fuß & Karbach, 2014 s. 28 )

## F. Anhang : Transkribierte Interviews

### Interview 01:

Interviewnummer:	01
Datum der Aufnahme:	06. April 2017
Ort der Aufnahme:	privates Umfeld: Zuhause im Wohnzimmer
Dauer der Aufnahme:	22:24 Minuten
Befragte Person:	B1
Interviewerin:	Lilian Charlotte Bernstein (I)
Besonderheiten:	keine

1 I: Und zwar, die erste Frage ist: Mit welchen komplementären Pflegemethoden oder  
2 Methoden haben Sie bisher Kontakt und welche wenden sie selbst an?

3

4 B1: Also ich bin zuhause in der anthroposophischen Pflege und das ist ne Erweiterung zur  
5 allgemeinen Pflege dadurch, dass sie Einreibungen anbietet, die in Bezug auf die  
6 Wirksamkeiten der Substanzen, dass die Substanzen die wir anwenden bei den Einreibungen  
7 eine durch eine, durch eine rhythmische Einreibung eine Vertiefung erfahren, so dass das  
8 wirkt, was ich mache, nicht nur einfach auftrage, sondern durch rhythmische Bewegungen  
9 begleitender Prozess. Dann haben wir die Wickel und Auflagen in der Pflgeotherapie, die bei  
10 akuten Krankheitsverläufen z.B. einer Commotio, oder bei einer Stauchung oder bei hohem  
11 Fieber, wo wir durch äußere Anwendungen Auflagen oder auch Wickel den Prozess  
12 sozusagen begleiten, ja oder auch bei Mittelohrentzündungen bei Kindern zum Beispiel, dass  
13 wir ableitende Auflagen machen, damit der Schmerz gemildert wird aber auch der  
14 Krankheitsprozess auch in eine andere Richtung dadurch nimmt.

15

16 I. Mhm

17

18 B1: Das dritte waren also/ das eine waren die Einreibungen, das andere waren die äußeren  
19 Anwendungen (...) mhm was war da noch (...) keine Ahnung (holt tief Luft) und das die  
20 Pflege ein Prozess ist, der das ist ganz wichtig vielleicht/ der verfolgt, dass die Individualität,  
21 dass die Begegnung sozusagen, dass eine Begegnung von Menschen stattfinden kann. So das  
22 hat ja jetzt nichts mit den komplementären Methoden zu tun, aber das ist natürlich ein Weg.

23

24 I. Wie definieren Sie die komplementären Pflegemethoden denn also/ wie würden sie die  
25 beschreiben?

26

27 B1: Wenn ich sie beschreiben soll, dann ist es natürlich etwas was zusätzlich zum Pflegen zur  
28 Pflege uns zur Verfügung steht, in der Pflgeherapie und das gehört für mich dazu, insofern  
29 als das ich auf ganz unterschiedliche Weise Prozesse begleiten kann.

30

31 I: Mhm ok. Dann in Bezug auf eine besondere Situation oder besonders eindrückliche  
32 bedeutende Situation. Können sie sich da an eine bestimmte Situation erinnern, die damit zu  
33 tun hatte?

34

35 B1: Da nehme ich das Beispiel. Ich wurde von einem Arzt zu einem Patienten geschickt, den  
36 ich nicht kannte und der Schlüssel war/ oder ja (..) war unter der Fußmatte und ich traf auf  
37 dem/ auf einen Menschen im Bette, der vor der/ vor seinem / lag die Prothese/ lag auf dem  
38 Nachttisch. Er hatte erbrochen, er hatte sich voll ge/eingenässt und gekotet und die  
39 Atmosphäre, die Räume waren, der Raum war verdunkelt und er lag unter der Bettdecke,  
40 unter der Bettdecke zusammengekauert und konnte/ auch weil er keine Zähne drin hatte und  
41 ganz verklebt und gar nicht richtig sprechen und ich habe mich vorgestellt ich habe gefragt,  
42 ob ich das Fenster öffnen darf, ob er das verträgt, wenn ich mehr Licht, wenn ich die  
43 Gardinen zurücknehme, dann habe ich im Umraum versucht Ordnung zu schaffen und habe  
44 das auch immer besprochen mit ihm, ob ich das darf, so ein bisschen aufräumen im Umfeld  
45 und dann immer näher kommend habe ich dann gesagt, wo ich denn den Eimer mit dem  
46 Erbrochenen ausleeren könne und dann habe ich die Pflege, habe ich die Pflege begonnen,  
47 hab ihn immer gefragt, hab ihm immer besprochen, was ich mache, jede einzelne Handlung.  
48 Hab abgedeckt, damit er keine Wärme verliert, dass war mir ganz wichtig, so und für mich  
49 war das Erlebnis eigentlich/ je mehr ich zu ihm selber eben in Bezug auf die Pflegehandlung/  
50 habe, je mehr erwachte sein Innenleben. Und als er dann, als ich dann auch die Mundpflege  
51 gemacht hatte sehr behutsam die Zähne gereinigt hatte und ihm wieder zurück gab und er zu  
52 essen und zu trinken ja/ das habe ich in der Küche vorbereitet gefragt was denn gerne und so,  
53 da war er wieder da als Persönlichkeit, saß im Bett und war mir ein gegenüber und für mich,  
54 war sehr eindrücklich, wie er aus dem Prozess von Atmosphäre schaffen erst mal mit ihm  
55 besprechen auch immer nachfragend, ob er das zulassen kann wie da immer mehr als  
56 gegenüber oder als Reaktion von ihm seine Individualität in Erscheinung trat, was mich  
57 unglaublich gefreut hat.

58 I: Mhm-

59

60 B1: So, plötzlich war er da so und dann konnte ich weiter organisieren, dann habe ich  
61 organisiert, dass regelmäßig für ihn Essen bereitet wird, dass da jemand kommt der sein  
62 Zimmer aufräumt, dass die ganzen Küchenreste und Abfälle weggeräumt werden, das Grobe  
63 hatte ich schon gemacht aber das er wieder ja als Persönlichkeit, wieder in seinem in seinem  
64 so sein /sich entdecken konnte und einfach ja seine Würde wieder hatte, dass war für mich das  
65 beglückenste Ereignis, Erlebnis.

66

67 I: mhm, was dann ja auch auf die Beziehung zwischen ihnen beiden also sehr verändert hat,  
68 also danach.

69

70 B1: Ja also das war dann Augenhöhe, dass war dann Augenhöhe, das war klar, dieser Kontakt  
71 war wirklich dann so, dass das er mit seinen ganzen Kompetenzen die er durch sein Leben am  
72 Morgen hatte, seine Biografie: hat er mir erzählt und ich war tief beeindruckt was er im Leben  
73 geschafft hatte, was er alles geschafft hatte und die Situation in der ich ihn vorgefunden hatte,  
74 das war für mich klar, dass das eine Ausnahmesituation aus der er ganz leicht durch Pflege  
75 auch befreit werden kann.

76

77 I: Mhm. und in Bezug auf die Wickel und Auflagen, erinnern Sie sich da an eine besondere  
78 Situation wo sie die Wickel und Auflagen sozusagen angewendet haben?

79

80 B1: ja, also akut Commotio nach einem Reitunfall. Arnicawickel also das heißt Arnica  
81 innerlich geben, da nehme ich die Essenz, also die Tropfen auf ein Glas Wasser dann eine  
82 Kopfhaut, das heißt ein warmer Kopfschlag. Ruhe natürlich, nach einer  
83 Gehirnerschütterung; ein Gehirn was sich bewegt kann nicht gut denken und der Kopf muss  
84 kühl sein. Fieber ist auch nicht gut, aber in diesem Fall ist es Bewegung gewesen. Also wie  
85 kommt diese Bewegung zur Ruhe und das ist die Arnikahaut und wenn die zu warm ist oder  
86 so, denn Kopf braucht ja Kühle eigentlich/ dann kann man auch den Kopf besprühen mit  
87 Arnika. Ich habe immer erlebt, dass durch diese Arnikatropfen und die äußere Behandlung,  
88 dass man das/ der Mensch/ die Abheilung der Commotio, die ja auftritt mit Übelkeit mit  
89 Schwindel und wahnsinnigem Kopfschmerz in drei Tagen eigentlich geschafft ist, nur durch  
90 äußere Anwendung und Ruhe, so.

91

92 I: Mhm, sind für die dann auch bestimmte Rahmenbedingungen irgendwie Voraussetzung,  
93 also dass ein bestimmter Zeitaufwand mit eingerechnet werden muss oder dass das eine  
94 bestimmte Umgebung sein muss?

95

96 B1: Nein. Umgebung nicht, das muss ich überall können. Das kann ich auch am  
97 Hauptbahnhof, wenn ich also so was in der Tasche hätte. Ne, so dann kann ich auch da Hilfe  
98 leisten und der Zeitaufwand, der ist ziemlich gering. Also ich muss nur meine Flasche  
99 nehmen, also ich muss/ ne ich muss ne Windel nehmen, ich muss heißes Wasser haben, also  
100 das habe ich in drei Minuten fertig und dann trete ich dahin/ an den Patienten trete ich und  
101 bespreche das mit ihm und während der Besprechung lege ich dann die Kopfhaut wie sie  
102 genannt wird schon an.

103

104 I: Macht diese Anwendung auch was mit Ihnen persönlich?

105

106 B1: Ich weiß nicht wie es ihnen geht, ich selber bin/mir geht es super gut, wenn ich was tun  
107 kann. Ich bin keine Krankenschwester, die am Bette sitzt und Händchen hält und bespricht,  
108 sondern wenn ich gerufen werden, auch eine Situation, wo eine Freundin von mir nach einer  
109 Epiduralanästhesie völlig außer sich geraten war und ich sah der Ehemann sitzt Händchen  
110 haltend da, dann denke ich „oh oh em ja , äm äh dass kann man auch machen“, aber die drehte  
111 völlig durch und ich bin raus gegangen und habe eine Arnicakompresse gemacht, ne heiße.  
112 Ich brauche erst einmal einen Augenblick Abstand, bin raus gegangen. Es war im  
113 Krankenhaus, bin raus gegangen, habe mir eine Windel organisiert, Arnikakompressen wieder  
114 heiß auf die Bruchstelle, also auf die Einstichstelle und sie war in ganz kurzer Zeit wieder bei  
115 sich. das war für mich ein Phänomen. und mir geht es gut, wenn ich mit einer Substanz oder  
116 irgendeiner Handlung, eine Situation verbessern kann. Ich bin nicht die Krankenschwester,  
117 die psychologisierend am Bette sitzt oder mich nur durch Sprüchen die, das Händchen hält,  
118 das bin ich nicht.

119

120 I: mhm

121

122 B1: Also wenn die akute Situation vorbei ist, erzähle ich gerne Geschichten. Das mache ich  
123 mit Kindern auch, wenn ich die mal behandelt habe, dann sage ich, möchtest du jetzt damit du  
124 noch ein bisschen liegen kannst, möchtest, soll ich dir ne Geschichte erzählen, dass mache ich  
125 gerne, aber in erster Linie versuche ich die Situation zu erfassen und dann zu handeln. So und

126 dann geht es mir gut und dem Patienten auch und ich höre nicht auf zu handeln, bis es ihm gut  
127 geht, auch das.

128

129 I: mhm, ja. Warum ist die Situation zum Beispiel, die sie als erstes erzählt haben bei Ihnen so  
130 im Gedächtnis geblieben?

131

132 B1: Weil ich daran erkannt habe, dass die Pflege wie Florence Nightingale gesagt hat, die  
133 Pflege ist eine Kunst und das hat natürlich mit Können zu tun, was aber ganz zurückgestellt  
134 werden muss, wenn der zu Pflegende in den Mittelpunkt und in den Fokus rücken soll. Die  
135 Kunst ist etwas Wunderbares, aber sie steht für mich (...) gerade da wo ich die Individualität  
136 wieder erwecken kann, dass ist für mich das Können. und nicht das, ich hab ne Kompetenz  
137 und die schützte ich hier jetzt aus und ich habe gelernt (..)erst das dann, das dann, das dann  
138 das, sondern wie brauchst du Mensch meine Kompetenz, dass heißt mein Können, meine  
139 Kunst wie kann ich mich dir zur Verfügung stellen. Das war eigentlich dieser Prozess, den ich  
140 da durchgemacht habe mit diesem Patienten/wo auf beiden Seiten, also am Ende dann eine,  
141 eine wirkliche Begegnung von zwei Menschen möglich wurde.

142

143 I: Mhm, und dann noch einmal auf die Bedeutung von Zuwendung und Kommunikation um  
144 darauf noch einmal zurückzukommen, was, ja was, das dazu bedeutet?

145

146 B1: Mhm, Zuwendung und Kommunikation.

147

148 I: Genau, oder nur Kommunikation vielleicht.

149

150 B1: Wichtig finde ich die (..), oder für mich ist abhängig, die Wertschätzung der  
151 Persönlichkeit dadurch, dass ich kommuniziere was ich mache.

152

153 I: Mhm.

154

155 B1: So. So klingst jetzt ein bisschen verdreht, aber sie verstehen es ja. So und bei der  
156 Demenz, als Beispiel ist es unglaublich wichtig, dass ich die Schritte: Kommunikation,  
157 Verständnisebene mit meinen Händen sozusagen wie begleite, damit ich den Menschen nicht  
158 in Angst und Schrecken versetzte durch mein: ich muss ihn pflegen, ich muss ihn in die  
159 Wanne kriegen.

160 I: Mhm.

161

162 B1: So der muss, der stinkt. Äh, ich muss ihn jetzt in die Wanne kriegen (lacht) sondern, dass  
163 ich mir die Zeit gebe, nachvollziehbar für den Menschen, wo auch immer er sich befindet mit  
164 seiner Persönlichkeit mit einbeziehe und das geht nicht in fünf Minuten. Das geht nicht in  
165 fünf Minuten, aber da ist es wichtig, dass auch da, dass ich den Menschen dort abhole wo er  
166 ist und ich hab es immer versucht über Gesang, oder dass mache ich immer noch. dass ich  
167 einfach singe und die Generation, die jetzt in der Demenz ist, dass sind ja Nachkriegs oder  
168 auch noch kriegstraumatisierte Menschen, die haben unglaublich viel gesungen.

169

170 I: Mhm.

171

172 B1: In meiner Jugend waren es dann die Wandervögel und über den Gesang, habe ich sie alle  
173 eingefangen. Die singen dann mit und sitzen in der Badewanne und haben es noch gar nicht  
174 gemerkt und deshalb ist es für mich ganz wichtig, den Zugang zu dieser Individualität zu  
175 finden und meine Pflegehandlung da zu kommunizieren oder umgekehrt zu beginnen, durch  
176 Berührung und dann Möglichkeiten zu suchen, wie ich dem anderen Menschen begegnen  
177 kann, denn die Pflege ist ein Prozess.

178

179 I: Sie sagten gerade, genau dass dauert dann nicht fünf Minuten. Aber gerade um den Prozess  
180 dann ja zu betrachten geht es dann, wenn sie den ersten Schritt dann ja gemacht haben, dann  
181 ja eigentlich schneller und einfacher.

182

183 B1: So ist es.

184

185 I: Wenn das nicht jedes Mal wieder dieser Kampf in Führungsstrichen bedeutet,

186

187 B1: Genau.

188

189 I: Wie kriege ich den jetzt eben in die Badewanne.

190

191 B1: Es ist so, dass ich zu jedem Menschen den Schlüssel finden muss, so sehe ich das und das  
192 geht bei den Kindern in der Massage ganz genauso. Wenn da ein Angstkind ist und sagt: „Du



193 ich lass mich aber nicht von dir massieren, dann sage ich: „Du hast auch ein völliges Recht  
194 dazu nein zu sagen.

195

196 I: Mhm.

197

198 B1: Und ich bin froh, dass du mit deinem Papa gekommen bist, der kann dich jetzt  
199 beschützen und weißt du was, ich massiere als erstes jetzt deinen Papa. und dann guckst du  
200 zu und dann kannst du ja mal überlegen, ob ich dir dann auch den Fuß behandeln darf.

201

202 I. Mhm.

203

204 B1: Und dann habe ich in der zweiten und in der dann, hat er das zugelassen. Fuß durfte ich  
205 machen. aber mehr nicht, hat er dann gesagt (lacht). Und dann beim nächsten Mal, da habe  
206 ich dann gedacht, so ich muss den Schlüssel zu ihm finden und der ist ein Fantasie ein ganz  
207 ängstliches Kind, unglaublich intellektuell und immer dazwischen mit seinem hellen Verstand  
208 „und das machst du nicht mit mir und du darfst mich anfassen, aber nicht mit Öl“ und so  
209 immer so, ne. Reglementierte mich, bis ich rauskriegte, bei der dritten Behandlung, dass er  
210 Geschichten gerne hört. Und der ist so, taucht so ab in diese Geschichtenwelt, die ich dann  
211 ganz leise erzähle, sodass er auch gut zuhört. Ich nehme ihn mit ,(...) ich kann alles  
212 massieren, inzwischen. Und so gehe ich mit demenziellen Patienten um. So gehe ich  
213 eigentlich mit jedem Patienten um. Was hast du, was trägst du für ein Geheimnis, dass ich  
214 ergründen muss. Ich, wie finde ich den Schlüssel zu dir. Und nicht, wie stelle ich meine  
215 Waschschüssel in dein Bett. Oder wie rücke ich dir auf den Leib oder wie fasse ich dich an.

216

217 I: Mhm.

218

219 B1: Wenn der Patient so (zeigt eine geöffnete Hand) liegt. Zum Beispiel, mit einer geöffneten  
220 Hand, dann ist es für mich etwas anderes, als wenn er die Hand so (dreht die Hand um sodass  
221 der Handrücken nach oben zeigt) nimmt. Das ist Supination (dreht die Hand wieder mit der  
222 Handfläche nach oben) und da ist die Frage, darf ich meine Hand darauf legen. Wenn er so  
223 liegt (dreht die Hand wieder mit dem Handrücken nach oben: Pronation) In Pronation würde  
224 ich ihn nicht anfassen. Ich würde meine auch nicht drauf legen, das möchte ich auch nicht  
225 haben.

226

227 I: Mhm, ja.

228 B1: Also keine Übergriffigkeiten, nur weil ich kompetent bin. Überhaupt nicht, es war dann  
229 immer die Frage: was ist der Schlüssel zu dir und findet jetzt ne Begegnung statt, in jeder  
230 Situation. Und das ist nicht ne Frage der Zeit, sondern das ist ne Frage der Kunst.

231

232 I: Ja, ich war am Freitag bei Frau (-- -- ) und da sagte sie, oder das ist mir so im Kopf  
233 geblieben, dass sie sagte „eine Medizin, kann sie sich ohne rhythmische Einreibungen oder  
234 Massagen nicht vorstellen“, was sagen sie dazu?

235 B1: Das ist richtig. Weil das mit den Händen eine Begegnung ist zwischen Mensch und  
236 Mensch. Das ist eine Begegnung, die den Leib berührt und wenn sie bedenken, wie wenig das  
237 heute geschieht, dass der Leib berührt wird und der Leib gewürdigt wird, ähm, dann ist es  
238 eigentlich eine unerlässliche Therapie. Denn Novalis hat gesagt, der Leib ist ein Tempel und  
239 nichts ist heiliger als seine göttliche Gestalt, nämlich der Leib und diesen Tempel zu berühren  
240 auch mit dieser Haltung, nicht übergriffig zu sein, ist etwas was die anthroposophische  
241 Medizin eben ermöglicht (...). Und wir bauen das ein, als Prophylaxen in der Pflege. Was ist  
242 ne Pneumonieprophylaxe? Das kann ich machen, wenn der Patient am Waschbecken  
243 gewaschen wurde und er kriegt ne Rückeneinreibung, damit seine Atmung vertieft wird.  
244 Damit das, was ich ihm genommen habe durch die Pflege, ihm als neue Möglichkeit an die  
245 Haut mit der Substanz wieder antrage. So das ist etwas ganz Besonderes. Oder Dekubitus  
246 Prophylaxe. Ich kann diesen Bereich ernähren, dadurch, dass ich ihm mit meiner Hand  
247 sozusagen anrege, die Durchblutung zu fördern z. B. Ja!

248

249 I: Mhm.

250

251 B1: Oder Kontrakturen. Ich kann Kontrakturen lösen, indem ich an den Gelenken zum  
252 Beispiel lemniskatische Bewegungen mache ohne, dass ich ihn strecke, dehne oder puffe oder  
253 ziehe. Ich kann es mit ganz sanften Berührungen. Kann ich dem Menschen diesen Leib  
254 sozusagen würdigen, wenn ich nur den Leib angucke.

255

256 I: Mhm haben sie denn zum Schluss Vorstellungen, Visionen oder Ratschläge für die Praxis,  
257 die sie noch sozusagen erwähnen wollen oder können?

258

259 B1: Also ich glaube, dass die Pflege eine Kulturimpuls werden muss, so. Und dass da, wo  
260 Pflege geleistet wird, eine Schulung notwendig ist, dass die, dass man sowohl den Leib

261 wieder adelt, als auch dem Menschen seine Würde wieder zurück gibt, denn dieser Übergang  
262 von Selbstständigkeit und pflegebedürftig werden, ist für jeden Menschen eine unglaubliche  
263 Herausforderung und wenn wir das nicht taktvoll hinkriegen, dann kann auch jeder das wieder  
264 machen sozusagen, dann dann muss ich nicht ne Ausbildung haben.

265

266 I: Mhm mhm.

267

268 B1: Und ich wünsche mir, dass die Ausbildungen heute so sind, dass man oder dass es  
269 möglich ist, dass etwas, als etwas ganz Besonderes in den Vordergrund zu stellen und nicht  
270 den Pflegenden die Pflege abzunehmen und sie von Hausfrauen machen zu lassen. Ich habe  
271 nichts gegen Hausfrauen, zu machen, weil Waschen kann jeder. Darum geht es gar nicht,  
272 sondern es geht darum, welche Wahrnehmung habe ich beim Waschen. Hat er den  
273 Nierenbereich kalt, wenn ich dann komme. Wie ist seine Wärmebildung, wie reagiert er auf  
274 diese oder jene Substanz, wenn ich ein Fußbad mache mit Lavendel, mit Rosmarin am  
275 Morgen, damit er erwacht oder so. Da wünsche ich mir also, das ist für mich Pflege: ein  
276 Kulturimpuls und ich unterrichte es selber auch und habe die den Grundkurs  
277 anthroposophische Pflege also einundzwanzig Jahre auch in Berlin unterrichtet und hier in  
278 Hamburg auch seit neunundachtzig. Für mich ist das wichtig, dass die Pflege wieder etwas  
279 Ganzheitliches wird als ein, als Kulturaufgabe.

280

281 B1: So, zu jetzt. Klappe zu. (lacht)

## Interview 02:

Interviewnummer:	02
Datum der Aufnahme:	09. April 2017
Ort der Aufnahme:	privates Umfeld: Zuhause auf der Terrasse
Dauer der Aufnahme:	37:56 Minuten
Befragte Person:	B2
Interviewerin:	Lilian Charlotte Bernstein (I)
Besonderheiten:	keine

1 I. Als allererstes würde ich gerne wissen, wie dein beruflicher Werdegang war, also wie du  
2 sozusagen angefangen hast.

3

4 B2: Wie ich angefangen habe. Mit der Massage, oder wie ich mit der (...) mit der Gymnastik  
5 habe ich ja angefangen und also wie ich darauf gekommen bin, wie ich darauf gekommen bin.  
6 Ich war in der, auf der Suche natürlich wie jeder und war neunzehn und habe in, auf ne, eine  
7 Familie in Detmold noch gearbeitet. Nachdem ich aus Amerika nach einem Jahr wiederkam,  
8 da habe ich ausgeholfen, weil die Mutter damals eine Schwangerschaftspsychose hatte und  
9 ich die drei Kinder übernommen habe. Weil der Vater normal gearbeitet hat, da habe ich dann  
10 da ein halbes Jahr em gewohnt und die Kinder mitgehütet als Mutter. Mit neunzehn hatte ich  
11 plötzlich drei Kinder (lacht) und von da aus hat mich ne Freundin angerufen und hat gesagt  
12 (...) nein quatsch, anders herum (...) das darf ich sagen ne?

13

14 I: Mmh

15

16 B2: Das war so. Ich wollte mal Kindergärtnerin werden und da hatte ich eben auf (..) in dieser  
17 Familie kam so dieser Wunsch. Ja doch, dann will ich Waldorfkindergärtnerin werden. Und  
18 dann bin ich eben nach Stuttgart gegangen, weil ja da das Waldorfseminar ist oder gibt und  
19 dann hatte ich da einen Vorstellungstermin. Und bin hin, habe dann drei Tage mitgemacht  
20 und weil ich selber Waldorfschülerin bin, war mir das alles viel zu viel und hat mich fast  
21 erstickt wie das da alles so heilig war und dann hab ich gesagt: Mhm das möchte ich jetzt  
22 nicht. Dann muss ich noch einmal gucken und dann hat ne Freundin von mir mich angerufen  
23 und hat gesagt ich hab gehört, du bist in Stuttgart komm mich doch mal besuchen oder komm  
24 mal bei meiner Ausbildung vorbei und die hat die Bothmer-Gymnastikausbildung gemacht

25 und da habe ich gesagt ich kann aber überhaupt keine Gymnastik und ich bin ganz unsportlich  
26 so. Und dann habe ich dann da aber einen Tag mitgemacht und dann hab ich noch einen  
27 zweiten Tag mitgemacht und nen dritten Tag und nach dem dritten Tag habe ich mich von  
28 alleine angemeldet. (lacht)

29

30 I: Also bei der Gymnastik (..) ?

31

32 B2: Bei der Gymnastik und das war sozusagen mein größtes Glück, weil das eine Gymnastik-  
33 Ausbildung ist, die am Raum und (..),die den Körper im Raum und mit dem wie der Körper  
34 mit dem Raum verbunden ist. Reine Körper, drei Jahre ganz, ganz intensiv. Jeden Tag am  
35 Körper gearbeitet, durch bestimmte Übungen, die der Graf von Bothmer entwickelt hat. Da  
36 waren aber auch Sport mit als Fach, Fechten, Akrobatik, Jonglage. Das heißt: Man musste  
37 sich sozusagen, man hat drei Jahre lang gelernt sich richtig zu öffnen.

38

39 I: Mhm.

40

41 B2: Rhythmisch und (...) ja wie soll ich sagen noch, ja man hat einfach an sich und am  
42 Körper gearbeitet und dadurch öffnest du natürlich, verarbeitest auch noch ganz andere  
43 Sachen. Körperarbeit ist immer aufräumen mit sich selber auch und dann auch sozusagen,  
44 wenn man dann da (....)

45

46 I: Wie ging das denn, also hat man dann nur mit sich also mit sich selbst auseinander gesetzt  
47 oder hat man dann auch viel so interaktionsmäßig also, also gegenseitig?

48

49 B2: Ja, ja ganz viel gegenseitig ganz viele Spiele, Wahrnehmungsspiele, Körperarbeit zu  
50 zweit, einfach das man diese Übungen beherrscht und (...)

51

52 I: Wie hieß das noch einmal, Bo Bothmer?

53

54 B2: Bothmer Gymnastik, mit B o th, das ist eben, weil der Graf von Bothmer das entwickelt  
55 hat.

56

57 I: Mhm

58

59 B2: Und der hat eben diese Körperhaltungs- eine Gymnastik zur Körperhaltung entwickelt.

60

61 I: Und das hast du drei Jahre lang gemacht?

62

63 B2: Und das habe ich drei Jahre gemacht und in den nach zwei 1/2 Jahren gab es die  
64 Möglichkeit die Pressel-Massageausbildung zu machen das hat aber nichts mit der Bothmer  
65 Gymnastik zu tun. Das war einfach nur, weil das in Stuttgart war und weil es meine drei  
66 besten Freunde gemacht hat und dann wollte ich eben auch diese Gymn... diese Massage  
67 lernen, und ja - manchmal fragt man sich warum man zu bestimmten Sachen kommt.

68

69 I: Ja.

70

71 B2: Und das war auch mein großes Glück, dass ich dann wirklich parallel, sozusagen zu der  
72 Ausbildung diese Massage, das waren sechs Wochen ganz, ganz intensive. Jeden Tag ne  
73 Ausbildung von sechs Wochen und dann immer Fortbildungswochenende, weil sonst hätte  
74 ich es auch gar nicht geschafft. Das habe ich dann in den, in den großen sechs Wochen Ferien  
75 im Sommer gemacht, während alle anderen wo anders hin (lacht). Genau und dann habe ich  
76 sozusagen nach der Ausbildung, nach der Massageausbildung/ bin ich hier nach Hamburg  
77 gekommen und habe mich selbstständig gemacht. Das hat aber nicht lange gehalten, weil ich  
78 dann schwanger wurde und dann habe ich sozusagen meine vier Kinder gekriegt nacheinander  
79 und hab aber die Massage immer weiter gemacht. aber eher im Familien –Bekanntenkreis, um  
80 in den Griffen zu bleiben. Und somit habe ich dann als der Kleinste fünf war, sechs war, hab  
81 ich das erste Mal das wirklich groß angemeldet als, wie sagt man, als Gewerbe und da hatte  
82 ich meinen ersten großen Praxisraum. Der hier unten war am Ende unserer Straße und da war  
83 ich zwei Jahre drin und dann bin ich jetzt schon seit Jahren in Blankenese und hab eben auch  
84 die (...). Arbeite eben mit beiden, weil ich eben die, das kombiniere. Und habe eben  
85 weiterentwickelt, dadurch dass ich eben jetzt auch wirklich die ganze Zeit auch das ich an  
86 dem Thema Massage und Bewegung dran war und bin auch zu allen Fortbildungen hin  
87 gefahren in Stuttgart, ne warte mal meistens in Kassel, em da entwickelt man das einfach  
88 auch weiter und in fünfundzwanzig Jahren ist auch schon wieder von den Menschen her so  
89 viel passiert von.. wenn man sich allein diese Mobiltelefonzeit anguckt, was sich da  
90 entwickelt hat.

91

92 I: Wie bekommst du da die Information? Also wie kommst du an den, an den  
93 Fortbildungskatalog?

94

95 B2: Ich bin im Berufsverband von der Gymnastik und und sonst werde ich eben  
96 angeschrieben von der Massage. Wenn da Fortbildungen sind und habe auch andere Massage  
97 Techniken noch dazugenommen.

98

99 I: Ah, ja, sehr gut. Genau aus dem Grund habe ich dich eben ausgewählt: als Expertin und  
100 Person mit besonderer Erfahrung in dem Gebiet. Und dann hattest du eben schon einmal  
101 gesagt: Wie du das benennst, welche Methode oder welche Maßnahmen wendest du an  
102 sozusagen? Also wie du das noch einmal beschreiben würdest. was du machst und wie du das  
103 definieren würdest.

104

105 B2: Dafür gibt es eben noch gar nicht das Wort. Da bin ich selber am Suchen (lacht). Dadurch  
106 das ich eben zusätzlich zu der Pressmassage, die ich ursprünglich gelernt habe noch weitere  
107 Fortbildungen gemacht habe: von der Massage, unterschiedliche Techniken noch gelernt habe  
108 und eben ganz viel mit der Gymnastik. Mit dem Raum: wie steht derjenige im Raum, der zu  
109 mir kommt. Wie war schon die Begegnung, da fängt schon die Massage an. Letztendlich und  
110 das fängt manchmal vom Handgeben oder von von der Begegnung fängt es an und und da  
111 kombiniere ich eben die Gymnastik mit der Massage. Dadurch, dass ich einen bestimmten  
112 Rhythmus, der nicht direkt zu der Massage gehört, sondern den ich sozusagen auf, aus dem  
113 Raum hole. Ich habe ja auch immer zwischen den einzelnen Elementen, wo ich am Körper  
114 bin, mache ich ne Pause, um dadurch, dass der Körper sich dann so ein bisschen erholen  
115 kann. Weil dann ganz viel bewegt wurde, wenn ich massiere und wenn ich dann nicht arbeite,  
116 arbeite ich trotzdem, obwohl ich daneben stehe, dass kann man noch nicht so in Worte fassen  
117 (lacht) was ich dann mache. Also de (kurze Pause) ich könnte auch zum Beispiel nicht  
118 dazwischen, jetzt zum Schreibtisch gehen und ein Glas Wasser trinken oder mal kurz raus  
119 gehen oder irgendwelche anderen Sachen machen. Weil ich eben dabei bin, weil es alles ein  
120 Prozess ist, eine, eine Bewegung. Du hast das auch mal ganz toll in Worte gefasst. dieses  
121 sozusagen ich nehme es auseinander. Ich nehme mir etwas und gebe es verwandelt zurück.  
122 Und es gibt auch ganz viele Masseure, die dann lüften oder abstreichen und abschütteln  
123 sowas, das muss ich gar nicht, weil ich finde da zerstört man eher was, weil es in diesem  
124 Rhythmus ist. Ich halt eben dann hinterher die Hände auf den Körper und eben auch mit der  
125 Handinnenfläche, weil da unheimlich viel passiert an (kurze Pause) an Wahrhaftigkeit, wenn

126 ich jetzt so darüber nachdenke, die Handinnenfläche ist eben auch, wenn dir jemand die Hand  
127 gibt „und so hallo“ (demonstriert einen leichten Händedruck) gibt es auch ganz viel. Wenn  
128 du aber wirklich die Herzen sprechen lässt, dann merkst du, dann weißt du, oh, es gibt ja auch  
129 welche. Ich mache das auch manchmal so so, dass man noch ne Hand drüber legt oder sowas,  
130 das ist dann manchmal zu viel aber manchmal passt es auch. Und deshalb gebe ich es eben  
131 verwandelt zurück. Mit dem wie ich arbeite und von der Bewegung her, von auch, von der  
132 Haltung her wie ich arbeite. Dass ich nicht selber hinterher eine Massage brauche, sondern  
133 das ich aufrecht stehe und eben von den Rückenstreckern her arbeite und aber auch nicht die  
134 Bewegung, das die anfängt bei den Händen, sondern wenn ich arbeite, dann kommt sie  
135 sozusagen von hinten und ich lasse es so durch fließen. Dadurch kommt eine Wahrhaftigkeit  
136 rein und das ist das was derjenige spürt. Das ich auch während der Massage arbeite ich mit  
137 dem Raum. Auch mit meinem hinteren Raum, das ist auch ganz wichtig, dass du nicht dieses:  
138 so das man dann nicht zum Schluss immer so, sondern das du wirklich im Raum, das ich im  
139 Raum stehe, hinten auch sowie vorne und den Seiten und in diesem Raum eben was bewege  
140 was auseinandernehme behandle wieder zurückgebe.

141

142 I: Ja, sehr schön. Erinnerst du dich an eine besondere Situation, eine besonders eindrückliche  
143 Situation, die du erlebt hast einmal, die etwas verändert hat in dir bei einer Behandlung.

144

145 B2: Vom Patienten her...? oder ...? Der da lag?

146

147 I: Mhm genau .

148

149 B2: Inwiefern mich das verändert hat?

150

151 I: Genau, eine Situation die für dich besonders eindrücklich war, die du bisher sozusagen  
152 immer noch im Kopf hast.

153

154 B2: Ok. Da muss ich kurz nachdenken. Zwei Sachen fallen mir gleich ein (kurze Pause).

155

156 I: Das muss keine Besonders, also einfach eine Situation, die dir noch im Gedächtnis  
157 geblieben ist die dir bewusst geworden ist.

158

159 B2: Was mir bewusst geworden ist bei der bei der Massage (..)?



160 I: Ja genau. Oder ob du dich an irgendeine Situation erinnerst bei der Massage, also direkt bei  
161 der Anwendung, die vielleicht etwas verändert hat oder die dir immer noch in deinem  
162 Gedächtnis geblieben ist, an die du dich immer noch erinnerst, oder die etwas mit dir gemacht  
163 hat, oder wo du immer noch dran denkst oder die besonders eindrücklich war.

164

165 B2: Da gibt es Einige. Erstens finde ich es unheimlich beeindruckt, oder womit ich auch  
166 arbeite, was ich hinterher aufschreibe, was die Menschen sagen, wenn sie sich das erste Mal  
167 hinsetzen. Und wenn das außergewöhnlich war, weil manchmal Worte gefunden werden die  
168 mich verwundern lassen, dadurch dass sie so wie du das zum Beispiel auch gesagt hattest:  
169 Das sind sozusagen die Worte, die ich still zurück gebe. Wo ich immer denke es funktioniert  
170 doch, dass es gespürt wird, sogar dann, ja: ich hatte eben einen Herrn, einen Freund damals  
171 der auch Bothmer Gymnast war, der war sehr herzkrank. Der ist schon länger verstorben, der  
172 kam jede Woche zur Massage und der hat auch ganz intensiv immer erzählt, was er  
173 wahrnimmt während der Massage, das hat mich unheimlich berührt.

174

175 I: Hat er das während dessen gemacht?

176

177 B2: Ne, im Nachhinein. Und ja, das machen Einige. Interessanterweise auch gerade die  
178 Männer, dass die da sitzen und vor sich hin starren und in Worte fassen was sie, was ich mit  
179 ihnen gemacht habe, weil sie so verwundert sind, so das hört sich jetzt so ein bisschen  
180 „verwundert so ha, ha was mach ich denn?“ Aber weil es eben doch eine andere Berührung ist  
181 und eine andere Massage ist als klassische, als die klassische Massage oder die gewöhnliche  
182 Massage und dass ist das was mich wahnsinnig freut und berührt und das es wahrgenommen  
183 wird und dann gibt es noch/ Ich habe eine Frau die mit Kinderlähmung kommt. Die ist  
184 halbseitig gelähmt und da fand ich es für mich interessant, es gibt jetzt einmal diese Frau mit  
185 der Kinderlähmung die ich massiere und einen ganz großen, fast zwei Meter Mann, der auch  
186 etwas korpulent ist und wenn ich den massiere und ich bestehe ja darauf, deswegen wird man  
187 ja auch so warm eingepackt, dass man dadurch so komplett los lässt. Wenn die Muskulatur  
188 gelöst ist und wenn man sich fallen lassen kann, lässt die Seele, kann die Seele sich fallen  
189 lassen, der Stress kann sich fallen lassen und der Körper wird schwer. und das heißt dann bin  
190 ich im Prinzip glücklich, weil ich die Muskulatur im ganzen gelösten Zustand einladen kann  
191 durch meine Griffe sich zu entspannen. Und bei diesem zwei Meter Mensch ist es wirklich  
192 Körperarbeit, weil der wahnsinnig schwer ist, wenn er los lässt. Und da bin ich ganz gut  
193 kaputt hinter her. Bei dieser Frau mit der Kinderlähmung, das ist eine ganz zarte Person und

194 dadurch, dass ich auf der Seite massiere, auf den Seiten massiere, ist es auf der einen Seite,  
195 die normale Seite und auf der anderen Seite, die Kinderlähmung. Wo sich das ganze Gewebe  
196 eben verhärtet und wo keine Muskulatur ist, versuche ich aber genau die gleiche Massage  
197 anzuwenden und versuch da rein zu gehen um und in so, so ne ganz verstrickte harte  
198 Muskulatur ist durch durch Handinnenfläche durch die ja auch punktuell teilweise, aber da  
199 merke ich eben, dass ich ganz anders hinhorchen muss. Ich sage ja auch ganz oft, ich horche  
200 in die Muskulatur rein. Und danach bin ich fix und fertig und das hat mich so ein bisschen  
201 überrascht, dass das Hinhorchen, das sich hineinversetzten, das einen das doch ganz schön  
202 anstrengt. Das hat mich auch verwundert, ansonsten müsste ich dich noch anrufen wenn mir  
203 noch irgendwelche Sachen einfallen.

204

205 I: Dann vielleicht noch einmal zu der Frau mit der Halbseitenlähmung. Diese ist zu dir  
206 gekommen und hat dich aufgesucht und was hast du dann bei ihr gemacht. Also welche  
207 Anwendung oder, oder wie entscheidest du dann was du bei ihr anwendest?

208

209 B2: Ich frage einfach, wie sie, ob man irgendetwas berücksichtigen muss und ob sie auf der  
210 Seite gut liegen kann. Und sie kann ganz normal liegen so wie ich ganz normal behandle. Es  
211 ist einfach nur eine andere eine ganz andere, eine ganz andere Menschenhälfte, die eben so  
212 ein bisschen verkümmert ist. Aber ich versuche eben und dadurch kommt dieser bei mir fast  
213 hinterher dieser Erschöpfungszustand, weil ich da so viel reinhorche oder so viel intensiv  
214 intensive Kraft, oder ich weiß gar nicht wie man das nennen kann. So viel reingebe oder mich  
215 so hoch konzentrieren muss, da rein zu horchen, das man hinterher wirklich so: (stößt einen  
216 Seufzer aus) Ich habe gemerkt einfach danach, kann ich eigentlich keinen mehr massieren.  
217 Danach brauche ich mindestens zwei Stunden Pause.

218

219 I: Wie entscheidest du jedes Mal individuell, also na klar: Der Mensch kommt rein, und dann  
220 entscheidest du spontan, was du machst. Oder du sprichst das auch ab mit dem Mensch oder  
221 auch mit ihr dann? Änderst du dann auch deine Behandlung sozusagen oder wie entscheidest  
222 du dann was du machst?

223

224 B2: Ich frag natürlich erst einmal was der Grund ist, warum sie kommen und dadurch das ich  
225 die Pressel-Massage , arbeitet eben auch mit, mit den Waden und in der Wadenstruktur ist  
226 eben auch unheimlich viel, wenn die nicht fließt dann stockt es im Körper und das ist so ein  
227 nicht beachteter wie sagt man, denn nicht Beachteter, ein selten Beachtetes- na, das fehlt mir

228 jetzt, das Wort-Körperteil. Also man denkt eben auch, wenn die das ist eben auch, wenn die  
229 Menschen dann rein kommen. Wo ich mit der Gymnastik arbeite beziehungsweise mit meiner  
230 Ausbildung, ich sehe wie der Mensch sich bewegt ,was er für Wünsche hat, was er mir  
231 erzählt. Es gibt auch welche, die nicht so viel erzählen, wo ich das dann sozusagen nach der  
232 Behandlung dann auch sage, was ich empfehlen würde, dadurch das ich dann erst mal das  
233 mache, wenn sie ganz klare Vorstellungen haben: „Ich möchte nur den Rücken massiert  
234 haben“ das ich hinterher dann sage: „ich würde auch also vielleicht ne Ganzkörper Massage  
235 oder auch nur eine Wadenbehandlung empfehlen, weil eben der Mensch ganz schnell neigt  
236 sich raus zu katapultieren, aus dem Körper ne bei Stress. Da gibt ja diese ganzen Worte  
237 „komm mal runter“, „bleib mal auf dem Boden“ und diese ganzen Worte, weil man sich eben  
238 so ein bisschen „ich krieg kalte Füße“ „da hab ich kalte Füße gekriegt“, „da bin ich, das hab  
239 ich doch nicht gemacht“, also das heißt, auch diese ganzen Bedeutungen sagt man, zieht sich  
240 sozusagen (...) seelisch oder bewusst sozusagen ein bisschen nach oben und oben ist dann  
241 der Trapezius hier (zeigt und symbolisiert den Trapezius und wie die Last darauf liegt). Der  
242 na, der der zieht dann zu. Der hat dann immer alles zu tragen, es lastet auf meinen Schultern  
243 sagt man auch ne? Das ist dieser Halsmuskel, der sich komplett verspannt und dadurch spürt  
244 man es oben und dann irgendwann es kommen eben auch einige die mit burn out. So wird es  
245 ja, es ist ja eigentlich nur ein Erschöpfungszustand. Das ist dann noch ne Stufe weiter das ist  
246 dann bis oben und dann (stößt Luft aus) dann steht man neben sich und kommt nicht mehr.  
247 Dann kann man nicht mehr auf nicht mehr aufstehen. Es gibt eben auch Mütter die wissen  
248 dann nicht mehr, wie das mit den Kindern geht, die kommen aus dem Bett nicht mehr raus,  
249 weil sie neben sich stehen und die dann wieder rein zu holen in den Körper, in dem die waren  
250 mit diesem Rhythmus mit dem..und das kann ich manchmal sehen und empfehlen, als wenn  
251 sie sagen ich möchte gerne nur den Rücken haben oder ich möchte, möchte jetzt zweimal  
252 kommen und nur den Rücken. Kann ich dann vorsichtig empfehlen, dass das ich die Waden  
253 massieren würde um einfach unten den Körper zu öffnen um es fließen zu lassen.

254

255 I: Müssen (..) also klar, ich ich weiß das du den Raum hast, müssen, oder was ist wichtig für  
256 eine Behandlung, für dich? Wie, wie muss das sein also wie muss die Atmosphäre sein, wie  
257 oder gibt es überhaupt Dinge die auf jeden Fall vorhanden sein müssen in der Behandlung?  
258 Also dass, ich weiß nicht, dass es eine bestimmte Temperatur hat, dass die Umgebung stimmt,  
259 oder was muss muss sozusagen gegeben sein, für die Behandlung?

260

261 B2: Für die Behandlung muss eigentlich gar nichts da sein. Es muss keine Raumtemperatur  
262 sein. Es muss eigentlich gar nichts sein. Ich hab es hier zuhause auch schon mal gehabt, aber  
263 da ist es einfach. Das was man, was man bewegt mit anderen Menschen. Das kennt man ja  
264 auch schon innerhalb der Familie, wenn man auch im Urlaub war und wieder kommt, dann  
265 merkt man eigentlich nicht so wie wo wo was für ein wie sagt man da, da gibt es auch so ein  
266 Wort für nicht das Klima im Haus, sondern auch die (lacht) fehlt mir heute, kommt gleich.  
267 Jedenfalls, äh, das war mir zu nah, weil weil man auch ein bisschen, nicht was da lässt aber  
268 ich wollte es einfach in einem neutralen Raum haben und für mich ist einfach ganz wichtig,  
269 das man das ich mich wohlfühle und das ich arbeiten kann und dadurch ist es automatisch  
270 denke ich auch angenehm für den, für die Menschen die kommen und das ist ja immer  
271 individuell. Ich hab, ich geh auch manchmal zur Massage und bin länger zu einer Frau  
272 gegangen, die ein gelbes Zimmer hat und ganz viel Holz da drin und ganz anders eingerichtet  
273 ist und es war mir irgendwann zu viel auch von ihr von der Körperarbeit her es stimmte dann  
274 einfach nicht und es muss einfach stimmen und das ist letztendlich das aller Wichtigste-das  
275 man/ da spielt natürlich der Raum auch eine große Rolle. Dass du reinkommst und schon mal  
276 sagst, hach hier ist es schön und das ist die erste Entspannung.

277

278 I: Noch einmal zu dieser einen Situation. Vielleicht mit der Frau mit der Halbseitenlähmung  
279 das ist, hast du eben vielleicht schon ein bisschen angedeutet das es bewusst geworden ist,  
280 oder die Situation ist bewusst geworden, weil du das so nach gespürt hast. Das diese  
281 Erschöpfung sozusagen da war (..) oder? oder wieso ist diese besondere Situation bei dir  
282 geblieben?

283

284 B2: (kurze Pause) Ne bei mir geblieben, also sie sie hat mich überrascht, dass ich sozusagen  
285 als Parallelbild wo ich wirklich so einen schweren Körper so einen losgelassenen schweren  
286 Körper von so einem großen schweren Mann, da da kann ich es nachempfinden von der  
287 Körperarbeit und da habe ich danach merke ich einfach, dass ich kaputt bin, weil ich wirklich  
288 viel Körperarbeit gemacht habe und bei der andern das hat mich überrascht, dass ich  
289 sozusagen die gleiche Erschöpfung habe aber nur von der seelischen, nicht seelisch, sondern  
290 das ich versuche ja oder mental oder wie sagt man dieses Horchen ist einfach so anstrengend  
291 was ich aber natürlich automatisch tue, das mache ich dann nicht mit Absicht, aber dieses  
292 hineinhorchen und versuchen, dass Gleiche, dass sie sozusagen aufsteht und auch das Gefühl  
293 an dieser Seite hat als ganzer Mensch wieder zu gehen.

294

295 I: Gut, dann ist „überrascht“ das richtige Wort. Danke. Ach so ja, zurück zu der Zuwendung  
296 und Kommunikation durch die Behandlung. Welche Bedeutung hat da diese Zuwendung und  
297 Kommunikation für dich? Also es hat wahrscheinlich auch viel mit Vertrauen zu tun, ja  
298 welche Bedeutung hat da während der Behandlung die Zuwendung und Kommunikation für  
299 dich?

300

301 B2: Stell noch einmal die Frage.

302

303 I: Welche Bedeutung hat die Zuwendung und Kommunikation bei der Behandlung?

304

305 B2: (kurze Pause) Bedingungslos, weil ich sozusagen... Ich fange an in dem: ich auch horche.  
306 Und es fällt mir immer auf, wenn ich mich mit einer Freundin unterhalte, die immer sagt „och  
307 (seufzt) das könnte ich ja nicht was du machst, dann hast du da manchmal, ja einen Pickel  
308 Körper oder dann könntest dann hast du mal ein, weiß nicht und was?!“ und also vor diesem  
309 Äußerlichen bei Rücken oder, oder Körperteile sind ja ganz ganz unterschiedlich und das ist  
310 für mich, wenn ich darüber nachdenke überhaupt gar keine Frage, weil, weil ich in der  
311 Berührung arbeite oder wie wie kann man das das Äußerliche sehe ich fast gar nicht, weil ich  
312 nur im, im im Tasten bin, im Tastsinn. (kurze Pause)

313

314 I: Und hat, haben die Behandlungen irgendwelche Auswirkungen auf dein privates Leben  
315 sozusagen. Also verändert das auch irgendetwas mit deiner Sichtweise? Oder hat die  
316 Behandlung Auswirkungen auf dein privates Leben?

317

318 B2: Ja. Ein (kurze Pause) es ist jeder Beruf den man ausführt, der macht ja was mit einem am  
319 Tag und ich merke dadurch das ich diese intensive Arbeit, diese intensive Körper-horch-fühl  
320 Arbeit habe, macht es mit mir auch immer ganz viel. Also wenn ich manchmal in den anderen  
321 Körper rein horche und dabei bin, denjenigen zu entspannen und zu ja zu entspannen, merke  
322 ich das mein (..) meine Organe sich auch entspannen. Also manchmal grummelt mein Bauch,  
323 ohne das das irgendetwas war und derjenige der massiert wird, da ist es auch. Also dadurch  
324 das ich eben bewege und nicht nur an einer Stelle, sondern den ganzen Menschen und mich  
325 dazu sozusagen.

326

327 I: Mhm ja.

328

329 B2: Und das wenn man dann nach hause kommt oder (...) mhm (kurze Pause) ich bin einfach  
330 zufrieden und und bin arbeite wahnsinnig gerne so mit, mit dieser Arbeit aber eine richtige  
331 Auswirkung oder so hat es eigentlich nur im Prinzip nur das die Kinder dann auch dauernd  
332 fragen (lacht)

333

334 I: Hast du zum Schluss irgendwelche Wünsche, Visionen oder Ergänzungen oder Ratschläge  
335 für die Praxis oder irgendetwas in der Richtung also auf deinen Beruf bezogen?

336

337 B2: (kurze Pause) Schwierige Frage, eigentlich gar keine schwierige Frage, aber ich bin im  
338 Moment wahnsinnig dankbar, dass sich das so so rumspricht (...) dass (...) dadurch das ich es  
339 auch nicht benennen kann, was was ich da genau mache ist es eben ne ne besondere Massage,  
340 die vielleicht noch einmal einen anderen Namen bekommt oder das ich es anders beschrieben  
341 kann und (...) ja es gehen eigentlich die Wünsche so in Erfüllung. Das es einfach auch, ja das  
342 es die Menschen erreicht und jetzt wie ich da drei Jahre wirklich bin, dass es sich immer mehr  
343 rum spricht, mein Wunsch ist es natürlich, wenn der jüngste klar, eh der jüngste etwas größer  
344 ist, dass ich dann meinen Raum ganz für mich habe, weil ich ihn jetzt noch zur Hälfte  
345 untervermietet habe und das ich dann wirklich damit arbeiten kann und mein Wunsch ist es  
346 auch dass ich immer noch das (...) das Finanzielle so bestimmen kann, dass ich nicht auf die  
347 Zeit achten muss, weil Gespräche und die Gespräche, die manchmal davor oder danach  
348 entstehen, die sind manchmal genauso wichtig, weil man da sich da immer bewusst sein  
349 bewusst machen muss, dass man was löst und ich bin kein Gesprächstherapeut, aber trotzdem  
350 müssen manche Dinge dann einfach gesagt werden oder ich höre dann einfach zu und  
351 hinterfrage dann nicht, sondern ich weiß das ich geöffnet habe und dem einfach noch ein  
352 bisschen Raum geben muss und das sind das ist in der heutigen heutigen Zeit, glaube ich  
353 ziemlich schwer, weil es immer auf Zeit und Zack und nein und jetzt muss der nächste und  
354 jetzt das und das und äh (..) das ich das eigentlich noch ein bisschen behalten kann, so zu  
355 arbeiten weil ich das sehr schätze.

356

357 I: Ja, sehr schön. hast du noch Ergänzungen oder Anmerkungen?

358

359 B2: Nein, vielen Dank.

### Interview 03:

Interviewnummer:	03
Datum der Aufnahme:	20. April 2017
Ort der Aufnahme:	Konferenz- Besprechungsraum im Hospiz
Dauer der Aufnahme:	43:31 Minuten
Befragte Personen:	B3 und B4
Interviewerin:	Lilian Charlotte Bernstein (I)
Besonderheiten:	Das Interview fand auf Wunsch der Teilnehmerinnen als gemeinsames Interview statt

1 I.: Ok und zwar würde ich gerne als erstes wissen, wie lange ihr schon in der Pflege arbeitet  
2 und wie sozusagen wie ihr euch dazu entschlossen habt, euren Werdegang sozusagen, wie  
3 lange ihr schon im Beruf seit.

4

5 B3: Vierzig Jahre schon. Ja ich wusste nicht was ich machen sollte und vom Arbeitsamt hieß  
6 es dann Arzthelferin sei eine gute Sache und dann war ich bei meinem Kinderarzt und da habe  
7 ich gemerkt, ja das gefällt mir mit Menschen, mit Kindern und bin dann Kinderschwester  
8 geworden im Uke und da habe ich schon festgestellt, dass ich auf der Onkologie gut  
9 aufgehoben bin. Dann bin ich ja über die Therapien zur Anthroposophie gekommen, hab drei  
10 Monate mal in der Ita-Wegman-Klinik gearbeitet und bin dann in Rissen auf einer  
11 anthroposophischen Abteilung gelandet. Aber bei Erwachsenen war, ne ein bisschen ne  
12 Umstellung, ja hat mir aber viel Spaß und auch viel Erfahrung gebracht und aufgrund von so  
13 Umstrukturierungen in der Klinik bin ich dann seit fast zwölf Jahren dann hier im Hospiz.  
14 Palliativmedizin hat mich schon immer interessiert. Schon in der Kinder-Onkologie, weil ich  
15 in der Kinder-Onkologie schon gearbeitet hatte.

16

17 I: Und wie lange war das auf der anthroposophischen Station? Also wie lange warst du dann  
18 da?

19

20 B3: 24 Jahre (...) ja ich bin ne alte Frau (lacht).

21

22 I: Und wie lange bist du, oder hast du vorher was anderes gemacht? (schaut B4 an)

23 B4: Ne, ich habe auch nichts anderes gemacht. Ich habe Abi gemacht und habe dann erst  
24 einmal ein Praktikum gemacht, weil ich eigentlich Physiotherapie machen wollte. Das war  
25 damals schwierig Plätze zu kriegen und deswegen habe ich zur Überbrückung noch einmal  
26 ein Pflegepraktikum, dann gedacht, so mache ich erst einmal eine Ausbildung als  
27 Krankenschwester und dann kann ich immer noch wechseln und während der Ausbildung  
28 habe ich schon gemerkt, dass ich auf keinen Fall auf irgendeiner normalen Station arbeiten  
29 möchte und habe meinen Intensiveinsatz auf einer Inneren-Intensivstation verlängert.  
30 Sozusagen, hab dann mein Examen auch gemacht und bin da dann auch geblieben. Habe die  
31 Ausbildung zur Anästhesie-Intensivfachkraft gemacht und hab auch auf Intensiv, dann bis  
32 neunzehnhundert (..) also zehn Jahre auf Intensiv gearbeitet bin dann schwanger gewesen und  
33 hab zwei Kinder dann bekommen. Das war so eine Pause. Ich habe auch noch studiert  
34 zwischendurch also ich habe halbtags gearbeitet, meistens, und habe Pflege studiert, eine Zeit  
35 lang. Durch die Kinder hatte ich das dann aber nach dem Vordiplom abgebrochen und war  
36 dann erst im ambulanten Intensivpflegedienst und habe dann gelesen, dass das Hospiz wieder  
37 aufmacht und hatte mich während des Studiums schon irgendwie mit Palliativmedizin und  
38 Hospizarbeit beschäftigt und ja, dann war das mein Zeichen, das ich hier anfangen soll und  
39 bin jetzt auch genau wie (——) irgendwie im Sommer genau zwölf Jahre hier.

40

41 I: Wieso hast du (Frage an B4 gerichtet) entschieden, das da während der Ausbildung keine  
42 normale Station in Frage kommt?

43

44 B4: Das war ja früher tatsächlich Funktionspflege die gemacht wurde und den Sinn habe ich  
45 nicht verstanden und dass ich eigentlich über keinen der Patienten Bescheid wusste und das  
46 war eben das was im Intensivbereich (..). Da hattest du deine drei oder vier Patienten, die du  
47 betreut hast. Hattest einen ganz anderen Zusammenhalt mit den Ärzten. Hattest ne flachere  
48 Hierarchie und wusstest halt über deine Patienten Bescheid und, und es war ein ganz anderes  
49 Umgehen.

50

51 I: Aha ok. Also und genau aus diesem Grund habe ich euch auch ausgewählt, also als  
52 Experten. Und als erste Interviewfrage würde ich gerne wissen, mit welchen komplementären  
53 Pflegemaßnahmen ihr sozusagen Kontakt habt und welche ihr hier anwendet (...) und wie ihr  
54 die sozusagen definieren oder beschreiben würdet. was ihr eben macht.

55

56 B3: Also überhaupt. Also Kontakt hab ich ja natürlich auf der anthroposophischen Abteilung



57 ganz vielfältig von: über Quarkwickeln, Nierenwickel, Auflagen, Organeinreibungen, also das  
58 war sehr komplex würde ich jetzt mal sagen und auch eben wie die jeweiligen Fortbildungen,  
59 die dann angeboten/ oder gemacht werden mussten, um das überhaupt zu können. Selbst bei  
60 Wickeln und Auflagen waren Fortbildungen nötig. Kennengelernt habe ich das eben in der  
61 Ita- Wegmann-Klinik vorher und das habe ich so spannend, ja und hier habe ich natürlich am  
62 Anfang noch einiges eingesetzt. Also wenig Wickel, weniger, eher eben Salbenauflagen,  
63 Fußeinreibungen, Handeinreibungen, Fußbäder, Herzlappen. Eher sehr einfache Geschichten.  
64 Die man auch, ich sag mal von der Handhabung mal eben herstellen - auch machen kann.

65

66 I: Wie würdest du das denn beschrieben, diese Methoden. Also komplementäre  
67 Pflegemethoden. Wie würdest du das definieren oder beschreiben?

68 B3: Also was wir hier machen (..) wie würde ich das beschreiben (...)

69

70 I: Wie würdest du die Arbeit beschrieben, also was ist das...

71

72 B3: Ah. Also für mich ist das was. In der Hospizarbeit braucht man eigentlich so einen  
73 Rucksack. Also ich sag mal, immer Koffer das wird immer gern benutzt, mit ganz vielen  
74 Dingen die man rausziehen kann, wenn man sie benötigt und das ist für mich ein zusätzliches  
75 Päckchen, sozusagen als Idee oder Anregung. Die ich habe, wenn ich quasi mit  
76 Medikamenten oder der Schulmedizin nicht mehr weiterkomme. Was ganz wichtig ist,  
77 eigentlich in der Palliativmedizin, finde ich also, weil manchmal Medikamente nicht  
78 unbedingt alles ist.

79

80 B4: Ne ganz viel ja nicht. Es geht ja eigentlich um Zuwendung und Körperkontakt und das ist  
81 ja häufig viel, ja hilft den Menschen, ja viel mehr als wenn du vorbei gehst und jemand sagt  
82 „ich hab so Angst“ und du sagst „tja, da hab ich ne Tavor“ irgendwie, und gehst wieder raus.  
83 Ist das für den natürlich deutlich hilfreicher, wenn du bei dem am Bett sitzt und manchmal  
84 nur die Hand hältst, aber manchmal vielleicht auch ne Fußeinreibung machst und einfach den  
85 ganzen Menschen im Blick hast und und guckst: Mensch wenn der kalte Füße hat, dann wird  
86 er wohl nicht schlafen können. Was kann ich dem da Gutes tun und je mehr Wissen du  
87 darüber hast, desto vielfältiger kann dein Angebot, ja auch sein, was du für denjenigen dann  
88 auch speziell ja letztendlich zuschneidest. Es hilft dir ja nichts, wenn du weißt, dass Lavendel  
89 beruhigend ist, wenn der das nicht riechen mag. Dann wirst du dem damit keinen Gefallen tun.  
90 Das heißt, du musst noch was anderes anbieten können und und bei vielen Patienten ist es ja

91 tatsächlich so, dass die auch diesen Körperkontakt unheimlich genießen. Die sind häufig  
92 alleine, ja auch, einige haben manchmal ja auch gar keine Angehörigen und einfach dieses da  
93 sein und die Wärme spüren und ohne Handschuhe auch mal angefasst werden. Die haben ja  
94 auch so viele Krankenhausaufenthalte hinter sich, wo eigentlich sobald sie reinkommen sich  
95 die Pflegeperson die Handschuhe anzieht und den Menschen irgendwie auch gar nicht ohne  
96 Handschuhe berührt. Und da sind die hier häufig auch, stelle ich immer wieder fest, das die  
97 erstaunt sind und sagen „wie das machen sie jetzt ohne Handschuhe“, irgendwie, wenn man  
98 jetzt Einreibungen macht und so und wenn sie das als angenehm empfunden haben. Das ja  
99 auch tatsächlich wieder abfordern und manchmal eher auch abfordern als ein  
100 Schmerzmedikament. Das wir, oder das wie so ein Ritual ist, dass sich Leute immer wieder  
101 melden und am Abend sagen: „ja aber sie machen doch noch die Nackeneinreibung  
102 oder?“ Irgendwie, und das als sehr wohltuend empfinden und das aber dann auch so einen, ja  
103 sich über das Gespräch auch freuen, und über die Nähe die dann einfach dadurch entsteht.

104

105 I: Ja, das hatte ich auch in dem anderen Interview, das die Patienten dann „wie sie haben  
106 keine Handschuhe an, dürfen sie das denn überhaupt“ und dann „ja sie können ja mal gucken,  
107 was sie da schöner finden“ (lacht).

108

109 B4: Ja, aber das ist ja auch ganz viel bei Auszubildenden (..) wir haben aus dem Krankenhaus  
110 und Altersheim das wir das den natürlich auch freistellen, wie sie Sachen machen aber die  
111 sehr, sehr viel mit Handschuhen arbeiten. Es gibt natürlich immer Situationen, wo man mit  
112 Handschuhen arbeiten muss aber es gibt auch ganz viele Situationen, wo ich das ja für mich  
113 entscheide, wie ich das auch möchte und wenn ich mir vorstelle, ich werde angefasst von  
114 jemanden würde ich das ohne Handschuhe vielfach als angenehmer empfinden.

115

116 I: Und hast du (B4 wird angeschaut und angesprochen) noch eine Ergänzung. Also welche  
117 Sachen du noch anwendest oder aus dem Koffer der Möglichkeiten sozusagen rausholst?  
118 (lacht) (...) Ja, das ist eine schöne Beschreibung.

119

120 B4: (lacht) Ja, also tatsächlich. Wickel habe ich noch nie gemacht. Fühle ich mich auch nicht  
121 kompetent genug, irgendwie dafür, weil ich eben während der Palliativausbildung zwar  
122 immer Anregungen bekommen habe, aber tatsächlich nie ne wirkliche Fortbildung im Bereich  
123 Wickel, Auflagen gemacht habe. Das Wissen was ich habe, habe ich von von (—) und (—  
124 —). Hier überwiegen, irgendwie bekommen und eben auch die die Sachen die wir einsetzen

125 jetzt auch an fertigen Mixturen sozusagen. Jetzt ist hier ein Standard das Aconit-Schmerz-  
126 öl und das Solum-Öl, was wir einsetzen für Einreibungen, aber auch Auflagen, teilweise.  
127 Genau. Eine Bauchmassage so eine Kolonmassage. Was machen wir noch?(..) Einreibungen,  
128 Rückeneinreibungen machen wir viel. Fußbäder auch gerne mal, sowohl und und jetzt aus der  
129 basalen Stimulation auch irgendwie beruhigende Waschungen, anregende eher seltener  
130 irgendwie bei uns, Handbäder auch. Und genauso benutzen wir auch Aromen um  
131 Raumbeduftung oder auch gegen Übelkeit. Irgendwie finde ich, irgendwie Pfefferminze und  
132 Zitrone ganz schön, das man, kann man ja auch wie so ein Duftsaltz benutzen, in so einem  
133 Leinentuch, was sich die Leute dann auch selber unter die Nase halten können. Also da  
134 machen wir auch einiges (...). Mit dem Duften finde ich immer so ein bisschen schwer, so.  
135 Raumbeduftung ist nicht so meins (lacht)

136

137 I: Da sind so viele Öle. Habt ihr immer so verschiedene.

138

139 B4: Genau wir haben so viele verschiedene ätherische Öle.

140

141 B3: Naja, so viele sind es nicht, eben Aconit-Öl das ist es halt

142

143 B4: Ne, aber diese Aroma-Öle diese ätherischen Öle.

144

145 B3: Ne, aber der Aromatherapeut ist nicht mehr da und ich bin da auch eher vorsichtig mit  
146 Aromatherapie als solches, kenne ich mich nicht aus würde ich nicht einsetzen.

147

148 B4: Ne, das ist ja eher Aromapflege was wir da machen. Therapeutisch darfst du da auch gar  
149 nicht, da musst du tatsächlich so eine abgeschlossene Fortbildung haben. Insofern (...)  
150 (räuspert sich) sind das eben so unterstützende Sachen das man sagt: Ok, bei Kopfschmerzen:  
151 Pfefferminze oder eben bei Übelkeit: Zitrone und Minze. Und das dann in ein Öl rein gibt und  
152 entweder für eine Einreibung benutzt oder aber eben verdampft über Verdampfer oder so.  
153 Duftsteine die wir haben. Wir haben einmal diese Steine oder wir haben diese Lämpchen und  
154 manchmal lege ich aber auch, tropfe ich auch nur so ein paar Tropfen auf einen Waschlappen  
155 und lasse den dann am Kopfende liegen und den kann man dann einfach auch wieder raus  
156 nehmen.

157

158 I: Also ist sehr flexibel sozusagen mit allem was man hat und...

159 B4: Ja, und man muss auch immer gucken was passt für Denjenigen, was Derjenige braucht.  
160 B3: Zum Beispiel bei Hustenreiz kann man auch einfach eine Schale mit Tee machen.  
161 Ingwertee und dann noch ätherische Öle rein tropfen, vorsichtig, also ja.  
162  
163 B4: Ja. Und es ist auch immer viel, was die Leute für Erfahrungen mitbringen. Ich finde  
164 immer, wenn die von Rissen kommen, dann haben die teilweise auch einen ganz hohen  
165 Anspruch, manchmal, weil die dann mit Wickeln und Auflagen und allem irgendwie  
166 manchmal dann (..)  
167 B3: vertraut sind  
168  
169 B4: sehr vertraut sind (lacht). Genau (...) und einige können sich es gar nicht vorstellen, dass  
170 das überhaupt funktionieren kann und sind dann aber doch irgendwie vielfach angetan.  
171  
172 I: Ist es eher tendenziell, dass Menschen das annehmen? Oder das sie sagen, ne das möchte  
173 ich nicht, oder das ist mir jetzt zu viel oder kündigt ihr das auch direkt so an: ich mache jetzt  
174 mit Ihnen eine komplementäre Pflegemaßnahme, das heißt das und das oder (...)  
175  
176 B3: Also auf jeden Fall muss man das sagen, weil also ich merke hier, dass viele erst einmal  
177 auch gar keine Berührung zulassen können, also die werden ja im Krankenhaus  
178 wahrscheinlich wirklich nicht so berührt, wie sie berührt werden möchten. Also, so stelle ich  
179 mir das vor und sind erst einmal, auch ich würde fast sagen, manche stehen auch unter Schock  
180 noch und die muss man auch erst einmal hier ankommen lassen und erst dann kann man über  
181 die Pflege mit bekommen, lässt der was zu oder ist das total doof für den. Es gibt ja auch viele,  
182 würde ich mal, würde ich mal sagen, die das gar nicht zulassen können. Das sie überhaupt  
183 berührt werden. Also es sind einige, doch die das gar nicht/  
184  
185 B4: Manchmal ist es aber auch Türöffner für Leute die sich komplett verschließen und sich  
186 gar nicht pflegen lassen mögen und wenn du dann über eine Einreibung, Fußeinreibung oder  
187 ne? (sucht dabei Zustimmung bei B3) nur mal den Rücken irgendwie einreibst, dann hast du  
188 schon einmal eine erste Berührung gesetzt. Dann merkt derjenige, oh, ich mag das vielleicht  
189 doch und die sich dann auch öffnen und auch dann eine Körperpflege zulassen können also  
190 das ist (...).  
191  
192 B3: Ja oder sich auch ganz anders spüren auf einmal aha ich habe da noch Füße also so (...)

193 B4: Genau, ja die Körperwahrnehmung verändert sich dadurch auch (...)  
194  
195 B3: Ja und machen sich Gedanken, weil sie das vorher nie, da wurden die Füße, die wurden  
196 überhaupt nie beachtet.  
197  
198 I: Also könnte dies so eine Art Schlüssel darstellen, also das ganze Konzept jetzt insgesamt  
199 um irgendwie Zugang (...)  
200  
201 B4: Ja du hast ja dadurch, dass das ja auch immer auch etwas ist, wofür du dir Zeit nehmen  
202 musst, und das sagtest du ja auch, das du für Wickel häufig gar nicht die Zeit hast. Du  
203 brauchst dann ja auch irgendwie ne? auch tatsächlich ne Viertelstunde Ruhe dafür und wenn  
204 du weißt, die hast du nicht, dann machst du eher ne Auflage. Irgendwie, dann weißt du du  
205 hast nur fünf Minuten Zeit und das kannst du auch durchführen. Als das dir da was  
206 dazwischen kommt und diese Zeit/ das bemerken die ja aber auch, dass du dann voll da bist  
207 für die.  
208  
209 I: Ok. Dann als zweites würde ich gerne wissen ob ihr euch, jeder einzeln an eine Situation  
210 erinnert, die besonders bedeutend und eindrücklich war. An die ihr euch noch erinnert, die  
211 vielleicht auch etwas verändert hat, die etwas mit der Anwendung von komplementären  
212 Pflegemethoden zu tun hatte, also (...)  
213  
214 B3: Also ich kann mich aus der Schweiz erinnern, dass die da mittags/ da gab es eben immer  
215 die Wickel, die heißen Wickel. Für jeden Patienten einen anderen natürlich und ich fand das  
216 eben sehr eindrucksvoll. Da gab es einen heißen Schafgarbenwickel nach dem Mittagessen  
217 und die Leute haben ne Stunde danach also die haben geschlafen tief und fest und das war für  
218 mich sehr eindrücklich, so das habe ich noch nie gesehen, das Menschen so zum Schlafen  
219 gebracht werden. (lacht)  
220  
221 I: Und das war jeden Tag nach dem Mittagessen ?  
222  
223 B3: Ja.  
224  
225 I: Wie hieß das : heiße....  
226

227 B3: Leber-Schafgarben-Wickel. Also das kriegte natürlich nicht jeder/ also das war ganz  
228 speziell. Es gab auch heiße Nierenwickel (...). mittags und ja, ganz unterschiedlich eben. Aber  
229 das war am eindrucklichsten, das die Gäste, die Patienten, die eben Leber-Schafgarben-  
230 Wickel haben, so geruht haben, dass sie wirklich schlafen konnten und das auch selber so  
231 danach auch so empfunden haben- eine ganz, eine ganz schöne Ruhe und Entspannung und  
232 Schlaf. Das war für mich sehr eindrucksvoll.

233

234 I: Hast du den dann auch mit angewendet?

235

236 B3: Also ich habe das selber auch gemacht, ja. Ich habe das dann mit mir, ne an mir nicht  
237 ausprobiert.

238

239 I: Ne, das nicht, aber es war sozusagen deine Aufgabe.

240

241 B3: Ja, das war meine Aufgabe.

242

243 I: Und hatten die dann irgendeine Schlafstörung oder war das einfach so (...) oder war das die  
244 Regel sozusagen, dass die das kriegen? Oder wie kam das dazu, dass die den bekommen  
245 haben, den Wickel?

246

247 B3: Das war Inhalt der Therapie, da. also da wurde im Team kollektiv mit den ganzen  
248 Therapeuten wurde entschieden, was für eine Therapie derjenige bekommt, die waren dann  
249 drei/vier Wochen da (..) und über Kunsttherapie oder Heileurythmie wurde auch entschieden,  
250 über die äußeren Anwendungen. und da war eben eher auch die Konstitution wurde angeguckt,  
251 was für den helfen könnte oder eben auch die Probleme, die derjenige hat.

252

253 I: Ah ja, verstehe. Und wie funktioniert, also wie muss man den machen?

254

255 B3: Schafgaben-Leber-Wickel. man kocht aus Schaf- Schaf aus getrockneter Schafgabe einen  
256 Tee, der muss ziehen und dann muss man eben diese Wickel vorbereiten- natürlich alles  
257 Baumwolle und Wolle. Und dann muss man ein inneres Wickeltuch und ein Äußeres, und  
258 muss mit einer Kollegin, das eben in diesem kochend heißen Tee tauchen und das ist eine  
259 ganz schöne Arbeit, auch weil man es eben zu zweit machen muss, weil man dann eben  
260 diesen Wickel so doll auswringen muss, dass eben fast kein Wasser mehr drin ist, weil das

261 dann am meisten wärmt. Und das ist schon eine ganz tolle/ also habe ich als eine ganz tolle  
262 Arbeit empfunden. Das war fast wie so ein Ritual, auch unter den Pflegenden: so „wer wringt  
263 mit mir“ so, (lacht) das war sehr eindrucksvoll für mich, weil ich das eben/ gut ich kannte das  
264 von einer Mutter auch das ich, wenn ich Fieber hatte auch Wickel kriegte, aber es ging über  
265 Wadenwickel dann nicht hinaus. Also so das war schon sehr eindrucksvoll.

266

267 I: Ja, das hört sich toll an. Also finde ich also, Wahnsinn. Und hier auch also im Hospizalltag  
268 sozusagen?

269

270 B3: Ja. Also anfangs haben wir das gemacht, weil eben- man weiß das das für die Leber gut  
271 ist und dass die Menschen zur Ruhe kommen also haben wir das manchmal abends gemacht,  
272 weil der Aufwand hier einer, ja ich sag mal, einer Wickelküche war doch dann sehr komplex.  
273 (...) Oder ja hat sich nicht so etabliert, weil die Gäste halt auch schnell wechseln und auch  
274 diese Tücher ja, kamen dann abhanden und das Equipment muss dann auch schon da sein und  
275 nur für diese Zwecke da sein und das war eben immer recht schwierig. Eine Küche haben wir  
276 also daran würde es nicht scheitern, aber es ja (...) es ist, ich glaube auch, dass dieses  
277 konstante jeden Mittag eben so einen Wickel machen, ist in der Palliativarbeit schwierig. Das  
278 habe ich gemerkt, da muss man eher situativ eben gucken was an dem Tag eben gerade dran  
279 ist, weil es kann sein, dass es am nächsten Tag schon ganz anders ist, deshalb ist was  
280 Regelmäßiges, finde ich, immer ein bisschen schwierig.

281

282 I: Ja, ja. Und noch einmal auf eine Situation, eine andere Situation die hier auf Station oder  
283 hier Hospiz sozusagen etwas ausgelöst hat, in dir oder verändert hat. Also das du, bestimmt  
284 ne bestimmte Waschung durchgeführt hast, oder etwas woran du dich immer noch erinnerst?

285

286 B3: Das ist eigentlich ganz simpel. Wenn ich jemanden habe, der präfinal ist und der eine  
287 Wärmflasche an die Füße bekommt und Abstriche, also ich mache spezielle Abstriche an den  
288 Fußsohlen. Das der dann für mich sichtbar besser gehen kann. Das weiß ich natürlich nicht,  
289 weil wenn ich es nicht machen würde, ja - es gibt keinen Gegenvergleich. Aber ich habe für  
290 mich (...) das Gefühl, ja der kann besser gehen und sieht zufriedener aus, irgendwo.

291

292 I: Also du bist auch zufrieden damit (...)?

293

294 B3: Ich, auf jeden Fall, weil ich weiß, mit kalten Füßen ist es kein schöner Tod so (...) und ja.

295 Manchmal kann man das hier nicht, oder kann ich das nicht, dann ist das auch so. Aber wenn  
296 ich dann da bin und was sehe oder mitkriege und ich tue was, dann habe ich eigentlich immer  
297 ein positives Gefühl. Es war auch noch nie so, dass jemand sich dagegen auch (...) also wenn  
298 sich jemand wehren würde, würde ich es ja auch nicht tun. Ich habe eigentlich immer nur  
299 positiv (...) nur positive Reaktionen (...) sprich das derjenige besser gehen kann, habe ich  
300 zumindest im Gefühl (...).

301

302 B4: Ja, finde ich aber auch. Das kann ich nur unterstützen und es ist auch etwas, was man sich  
303 sehr leicht vorstellen kann. Ich finde auch, wenn man Angehörige hat, die begleiten und die  
304 anleitet zugucken auch was. Was braucht der Mensch gerade der da gerade aus dem Leben  
305 geht. Das finde ich eben immer sehr eindrücklich, wie du die auch dann auch deren  
306 Bewusstsein verändern kannst. Die kommen hierher, bei denen ist es dann immer wichtig,  
307 dass die Menschen noch essen. Und das ist ja auch deren Aufgabe, die sie für sich sehen.  
308 dann Essen und Getränke dann anzureichen und wir da ganz großen Gesprächsbedarf immer  
309 haben mit den Menschen, wenn das dann eben nicht mehr möglich ist und wenn man das  
310 umleiten kann in eine andere Aktivität, weil die häufig dieses nur Sitzen nicht aushalten  
311 können und du denen zeigst, wie man ganz einfach- die müssen ja auch nicht alles  
312 lehrbuchmäßig machen, sondern einfach die Füße ein bisschen massieren und das die warm  
313 sind die Füße und das noch einmal erklärst- das ist ja, ja, wenn man selber im Bett liegt mit  
314 kalten Füßen kann man nicht schlafen und man und ich glaube eben auch ganz fest, man geht  
315 schlechter aus dem Leben, wenn man kalte Füße hat, so. (lacht) Und dann haben die eine  
316 andere Aufgabe. Man hat die so ein bisschen aus dieser Nahrungsaufnahmegeschichte raus  
317 gekriegt und die können aber was anderes machen und haben das Gefühl, sie tun für ihren  
318 Angehörigen was Gutes und das find ich ganz schön, wenn man das hinkriegt und dann haben  
319 die auch zusammen dann einen schönen Moment noch. Auch wenn sie nicht mehr verbal  
320 kommunizieren können. So was finde ich sehr schön. Was ich sehr eindrücklich finde, sind  
321 auch mal Quarkwickel. Wenn ne beginnende Parotitis ist oder so, das die Leute, dass als  
322 unglaublich angenehm empfinden dieses Kühlenden. Es ist eben eine andere Kühlung, als  
323 wenn ich ein Cool-Pack aus dem Kühlschrank nehme und das da ranhalte. Das empfinden die  
324 Leute teilweise auch, so es gibt auch immer welche, die lehnen es komplett ab oder die fragen  
325 dann auch wieder genau nach dem Quarkwickel oder der Quarkauflage, ist es ja eigentlich  
326 eher. Ich habe eher so so kleinere Sachen, jetzt gar nicht so ein großes Erlebnis, wo ich jetzt  
327 so denke, wow, das hat mich jetzt so beeindruckt, sondern es sind eher so so kleinere Sachen.  
328 Auch, auch die Herzläppchen- haben wir immer wieder Gäste die sagen, wie wohltuend sie



329 das empfinden und auch den soll man eigentlich gar nicht anwärmen. Aber wir hatten eine  
330 Frau hier, der musste immer angewärmt werden, sonst war es nicht richtig. Dann haben wir  
331 das gemacht für sie, das ist Aurum-Lavendel (..) angewärmt und dann hat sie es als  
332 Herzklappen gekriegt und das war immer so ihr Ritual so für die Nacht so und man hat  
333 geguckt, die Füße sind warm, das Herzläppchen ist da. Man hat noch einmal ein  
334 abschließendes Gespräch und dann ist die gut in die Nacht gekommen und so empfinde ich  
335 das auch, wenn man hier Nachtdienst hat und so die erste Runde macht und so die  
336 Bedürfnisse befriedigt dann kriecht man häufig so eine Stimmung, irgendwie so ins Haus,  
337 dass auch alle gut schlafen können, wenn einem das gelingt. Gelingt einem ja auch nicht  
338 immer.

339

340 I: Lustigerweise habe ich das auch, ich erinnere mich auch bis heute, wenn ich darüber  
341 nachdenke an die Wärmflasche an den Füßen. Das hast du mir damals in meinem Einsatz hier  
342 gesagt, da denke ich immer dran. (lacht)

343

344 B3: (lacht) Ja ich habe das aus Arlesheim eben aus der Schweiz mitgebracht, weil ich selbst  
345 bei den Mittagswickeln hieß es immer „und die müssen alle warme Füße haben“ also das ist  
346 bei den Anthroposophen sowieso: Warme Füße gehören dazu, und zum Beispiel wenn jemand  
347 auch hier mit den Hirntumoren, da passiert ganz viel im Kopf und da ist es oft so, dass die  
348 Füße gar nicht mehr wahrnehmbar sind. Für denjenigen nicht und der ist auch gar nicht mehr  
349 da da ist, überhaupt gar kein Stoffwechsel mehr und da ist es umso wichtiger das da eben so  
350 runter also die nennen das richtig runter ziehen, also auch bei Migräne, dass man Fußbad  
351 macht (unverständlich) oder wie auch immer, das war mir eben da auch so eindrücklich mit  
352 diesen Füßen und ja und meine Erfahrungen eben die haben mich das auch gelehrt, dass das  
353 so sein kann mit den Füßen.

354

355 I: Sehr schön. Was bewirken die Anwendungen in Bezug auf eben Zuwendung und  
356 Kommunikation aus dem Blickwinkel der Pflege, also um nochmal sozusagen auf den Blick  
357 der Pflege zu gucken, was das mit der Zuwendung und Kommunikation zwischen Patient und  
358 euch als Pflegenden macht.

359

360 B3: Naja, auf jeden Fall spürt er eine Stabilität, die wichtig ist. Für, ich sag jetzt mal,  
361 (unverständlich) in dieser Zusammenarbeit, die wir hier noch vollbringen, also ja, dass es eine  
362 Vertrauenssache, also ganz viel Vertrauen, die viele Gäste oder Patienten noch gar nicht

363 mitbringen erst mal, diese eben aus einer Odyssee kommen, die aus einer Klinik und und das  
364 ist hier so eine weitere Station und dann- ich sehe das so als Brücke, das man da über  
365 Kommunikation manchmal nichts wird, aber eben über eine körperliche Arbeit. Dann an den  
366 ran kommt eben so, das man sich dann öffnen kann und die als Patient merken, oh der nimmt  
367 mich wahr, oh der nimmt mich wirklich wahr, wie ich wirklich bin und dann hat die Pflege  
368 das dann leichter, aber der Gast hat es dann im Grunde auch, also das ist ja eine Basis die  
369 irgendwie für beide Seiten befruchtender ist, als wenn das nicht wäre.

370

371 I: Sagt ihr Gast, oder ?

372

373 B3: Gast ja, mhm.

374

375 B4: Es ist ja so eine gemeinsame Sache, sich eben aufeinander einlassen, das ist ja nichts  
376 einseitiges, was ich demjenigen, mit dem ich arbeite überstülpe, sondern das ist was was  
377 gegenseitiges und und da ist genau dieses Handschuhding, das merkt der in dem Moment  
378 eben auch ne- es ist ja auch viel körperlicher auch. Ich siezte, ich teilweise auch dann im Bett  
379 desjenigen- also es ist auch irgendwie näher, es ist körperlicher und bietet dann eine andere  
380 Basis und und manchmal kommt man vielleicht in ein Gespräch, was tiefer ist als derjenige  
381 vielleicht beabsichtigt hat manchmal auch nicht, manchmal muss man auch gar nicht sprechen  
382 und anfänglich, als ich hier angefangen habe zu arbeiten, hatte ich ganz große Angst vor  
383 diesen ganz großen schweren Gesprächen die mir hier so ne, das ich sofort konfrontiert werde  
384 und mich jemand fragt „Wie ist das Sterben?“ und ich jetzt merke, dass das die wenigsten  
385 sind, die das ganz direkt ansprechen und das viele um Ecken herum und auf anderen Wegen  
386 mit mir darüber kommunizieren und ja, man gibt den ja auch ein Werkzeug an die Hand, weil  
387 sie ja wieder ihren Körper kennen lernen, das finde ich eigentlich auch ganz schön, dass (..) sich  
388 häufig Gäste die hier her kommen, so körperlos sind, weil sie das so gewohnt sind, dass  
389 jemand anderes über sie bestimmt und und, dass sie wieder selbst bestimmen können über  
390 sich und auch an an- so alte Hausmittel denken, das ist es ja letztendlich auch ne, das sind ja  
391 so Sachen, die würde ich für meine Kinder auch machen: Thymiantee kochen, wenn die  
392 Husten haben und mit Thymianbutter einreiben und irgendwie machen. Und das muss eben  
393 nicht immer das Ambroxol sein, was ich dann aus der Apotheke irgendwie besorgen muss,  
394 sondern ich kann gucken, was habe ich denn hier eigentlich und das ist für viele, sind das  
395 dann auch so Erinnerungen wieder „ja das hat/ stimmt das hat meine Mutter früher auch  
396 gemacht. Irgendwie da kommen dann eben oder so Wadenwickel oder solche Sachen. Klar

397 kann ich da auch Novalgin geben und senken das Fieber irgendwie, aber das ist eben eine  
398 andere Art und Weise und so ist diese Interaktion miteinander auch anders.

399

400 I: Bist du dann auch so, na klar, man muss die Sachen haben. Man muss die Materialien  
401 haben. Man muss die Herzläppchen, man muss die Läppchen haben und Zeit natürlich ???

402

403 B3: Zeit, ja

404

405 I: Würde das als einzige Rahmbedingung sozusagen sein oder muss dann noch irgendwas für  
406 gegeben sein, irgendwie das bestimmt viel Ruhe da ist oder...

407 B3: Ich finde das schon, dass man auch eine gewisse Haltung dazu haben muss. Ich ich bin  
408 davon überzeugt, dass das ich selber, wenn ich etwas tue, da auch selber davon überzeugt sein  
409 muss, und das ja, ich merke auch-

410 B4: Ein Hintergrundwissen eben auch haben. Ich muss ein Hintergrundwissen haben, dass ich  
411 auch weiß, wann darf ich auch was nicht machen zum Beispiel. Und ich muss es ja auch  
412 sehen, und wenn ich das Wissen nicht habe, dann sehe ich Sachen auch nicht (...) und Ruhe  
413 ja eben auch. Also unsere Klingelanlage ist da eine Katastrophe, früher haben wir es  
414 irgendwie auch mal gemacht, dass wir dann gesagt haben, ich bin da, jetzt und ich bin da,  
415 ohne Telefon. Aber in letzter Zeit ist das schwieriger.

416

417 I: Unterhaltet ihr euch dann auch mit den Erfahrungen des Patienten oder Gastes darüber, wie  
418 sie das aufgenommen haben oder wie sie das fanden, oder gibt es da auch sozusagen eine  
419 Reflexion danach oder...

420

421 B3: Bei denen die das noch können, würde ich, ja auf jeden Fall würde ich immer nachfragen,  
422 ob das jetzt wohltuend war, weil es kann ja auch sein, dass ich völlig schräg lag und es dann  
423 doch nicht so das Richtige war. Das passiert ja auch, das würde ich dann ja nicht rauskriegen,  
424 obwohl das ja auch schwierig ist, weil viele eben keine Körperwahrnehmung mehr haben oder  
425 das auch verb- nicht verbalisieren können. Ich glaube, das ist es auch, dass kannst du gar nicht  
426 erklären.

427

428 I: Und dann zum Schluss, als letzte Frage, ob ihr Vorstellungen, Wünsche, Visionen,  
429 Ratschläge für die Zukunft habt. Außer natürlich mehr Zeit, oder Ergänzungen, was ihr noch  
430 sagen wolltet oder was wichtig wäre, was ich jetzt vergessen habe zu fragen?

431 B4: Ich glaube, dass es ja komplementäre Pflegemaßnahmen sind einfach Sachen, die man  
432 überall einbauen kann, jedenfalls in so einem kleinen Rahmen kann man das machen, so wie  
433 wir es hier letztendlich auch machen und das würde ich mir viel mehr wünschen für alle  
434 Pflegeeinrichtungen ob Krankenhäuser oder Pflegeheime, oder auch zuhause, weil man eben  
435 schön auch Angehörige mit ins Boot holen kann und und die einfach auch ja Dinge- auch  
436 erklären kann, die sie auch durchführen können, das das die Angehörigen miteinander wieder  
437 mehr in Kontakt sind und das haben wir, erlebe ich hier häufig, dieses Schweigen und keine  
438 Worte mehr finden können und aber über so eine Handlung wieder Kontakt zum anderen zu  
439 kriegen. Das finde ich wichtig (...) und da glaube ich eben, das müssen ja gar nicht die ganz  
440 großen Sachen sein, also wo jeder eine Fortbildung braucht oder so, es sind ja häufig auch  
441 ganz kleine Sachen.

442

443 B3: Ja, also so eine Wärmflasche kann selbst in der Klinik gemacht werden. Da sind ja auch  
444 schon Fortschritte, das jemand festgestellt hat, wenn derjenige nicht so auskühlt, dass der eine  
445 viel bessere Wundheilung hat. Also da ist ja schon irgendwie eine Sicht da, das das vielleicht  
446 auch besser wird, das die, ja das man dafür Zeit findet, weil ich glaube einfach, wenn jemand  
447 unruhig ist, weil man so kalte Füße hat und dann nicht schlafen kann ist ist, und das Erleben  
448 wir hier zumindest, dann sitzt der auf der Klingel und kann selber nicht erklären was da los ist  
449 mit ihm und ne Schlaftablette wird ihm dann auch vielleicht nicht helfen. Also ich glaube  
450 dieser Zeitfaktor ist gar nicht so relevant. Also das erlebe ich hier zumindest. In der Klinik  
451 weiß ich das nicht mehr, da bin ich schon zu lange raus.

452

453 B4: Aber du brachst halt auch Leute, du brauchst ja Multiplikatoren sozusagen, wenn wenn  
454 du zu wenig Menschen hast, die darum wissen dann ist es, dann fehlt die Kontinuität und das  
455 ist hier halt eben auch so. (lacht) Inzwischen ja, wir haben, haben einen großen Wechsel  
456 gehabt, irgendwie auch an, an Personal und das so alles mit auf den Weg zu geben, ist dann  
457 manchmal auch schwierig oder gerät dann bei den neueren Kollegen auch in Vergessenheit,  
458 weil die noch mit zu vielen anderen Dingen beschäftigt sind und das ist dann glaube ich auch  
459 einfacher, wenn es von mehreren Leuten getragen wird, weil Kontinuität bei solchen  
460 Maßnahmen einfach auch wichtig ist und, und die Menschen dann auch merken, dass ihnen  
461 bestimmte Sachen gut tun oder was ihnen eben nicht gut tut und dann auch nachfragen  
462 können und der nächste nicht dasteht und sagst: „em,em, was em Läppchen, was denn für  
463 Läppchen“ (lacht) „weiß ich nicht, kenn ich nicht“ so, also da braucht man eben auch  
464 Menschen.

465

466 B3: Ja, sonst schmeißen die es aus dem Bett ...bei der basalen Stimulation, das ist hier für  
467 viele „Handtücher im Bett“ ja also, das braucht Erklärung und es braucht halt, ja ein paar  
468 mehr Menschen im Team, die das dann auch weiter tragen oder überhaupt mittragen.

469

470 B4: Ja, ja genau und das ist das mit den Fortbildungen und das ist bei uns auch irgendwie so.  
471 Da kommt jemand von einer Fortbildung und hat zehn tolle Ideen und sagt das den nächsten  
472 Kollegen. Dann wechselt das aber, wir haben ja so unheimlich verschiedene Dienste immer.  
473 und der nächste, ja (...) weiß dann gar nichts damit anzufangen und irgendwie, nimmt alles  
474 wieder raus, Also so da, ne Kontinuität wäre wichtig, und das wäre hier für uns auch wichtig.

475

476 I: Ja, ich war bei so einem Vortrag in der Carus Akademie und ja, da sagte Frau Dr. (——)

477

478 B3: Ah Frau Dr. (—— ) aha, die kenne ich (lacht).

479

480 I: Genau, die ja. Das sie sich eine Medizin und Behandlung von Patienten nicht ohne  
481 rhythmische Massagen vorstellen kann, das eben dieser ganzheitliche Blick auf den Menschen,  
482 auch gerade dadurch, das, das durch die Medizin und die tausend verschiedenen  
483 Fachrichtungen, der Mensch so zerstückelt ist, irgendwie, das die Pflege da eben dazu da ist,  
484 oder sein sollte, den Menschen eben wieder ganz zu sehen.

485

486 B4: Ja, und das ist hier eben auch. Das man häufig auch an seine Grenzen stößt, auch mit  
487 Medikamenten und dann hast du alles schon gegeben und es hat aber vielleicht trotzdem noch  
488 nichts gebracht und du, oder du musst einfach Zeit überbrücken auch und, und, da brauchst du  
489 ne Idee und und, je mehr du dann natürlich an Wissen im Gepäck hast, desto mehr kannst du  
490 ausprobieren und und kannst dabei aber auch eine Ruhe ausstrahlen. Es ist ja auch ganz viel -  
491 wie wie du einfach durch deine Ausstrahlung auf , auf Menschen wirkst.

492

493 B3: Auf der anderen Seite muss ich mich aber auch mit diesen Menschen beschäftigen und da  
494 merke ich eben, bei den ich sag jetzt mal, bei den jüngeren Pflegenden, die haben wenig  
495 Interesse. Ich weiß nicht, ob es Interesse ist oder auch die wollen diese Verbindung gar nicht,  
496 weil das natürlich auch was mit mir selber macht und da merke ich aber, das brauche ich um  
497 den überhaupt wahrzunehmen, muss ich diesen Menschen ja natürlich erst einmal angucken  
498 und das ist, glaube ich, so ein Zwiespalt, den es heute bei den Jüngeren, ja das hat natürlich

499 auch eine gewisse Gefahr, sag ich jetzt mal, mich mit dem wirklich zu verbinden oder den  
500 wahrzunehmen. Dafür muss ich den auch also auch, den bei den Anthroposophen war das so,  
501 dass die Gäste oder die Patienten erst einmal drei Tage da waren und man drei Tage geguckt  
502 hat, wenn jemand neu kam wie sieht der, wie geht der, wie läuft der, wie ist der was (...) und  
503 das ist schon was, was, ja was, ja auch was mit mir macht und das wollen viele aber gar nicht.

504

505 B4: Aber es liegt glaube ich auch an den schnellen Verläufen, die wir hier haben.

506

507 B3: Klar

508

509 B4: Es ist ja auch, es ist ja was anderes, ob ich jetzt irgendwie die Dame aus Zimmer siebzehn  
510 habe, die hier her kommt und noch mobil ist und kognitiv nicht eingeschränkt ist, die lernst  
511 du ganz anders kennen, als wenn jemand aus dem Krankenhaus für die letzten Meter hier  
512 noch zu uns kommt und eigentlich schon nach zwei Tagen präfinal ist. Den kann ich nicht so  
513 kennen lernen und den möchte ich vielleicht auch gar nicht kennen lernen, weil mir das dann  
514 tatsächlich auch zu viel ist- Leute für drei Tage kennen zu lernen, das entwickelt sich dann  
515 manchmal auch durch Angehörige aber (...)

516

517 B3: Aber, das ist ja eben im Krankenhaus noch viel schlimmer -

518

519 B4: Ja

520

521 B3: Und ich kann die Leute verstehen, die das nicht wollen. Weil da kommst du ja nicht  
522 hinterher.

523

524 B4: Ne, ne, ne.

525

526 B3: So, die sind dann drei/vier/ fünf Tage, fünf Tage und dann kommt der Nächste.

527

528 B4: Und ich glaube das hat tatsächlich was mit dem Alter zu tun. Ich glaube du weißt ne, du  
529 hast nicht noch den größten Teil deiner Arbeitszeit vor dir. Nein das ist ja auch, du musst ja  
530 auch irgendwie gucken wie schütze ich mich selber. Wie gehe ich mit meinen Ressourcen um,  
531 und wenn du irgendwie ganz, ganz frisch bist dann musst du ja auch gucken, ok das mache  
532 ich jetzt auch noch fünfzig Jahre. Irgendwie, ich muss mal sehen, dass ich das da aushalte

533 auch und, und erst mal gucke also, deswegen.

534

535 B3: Ja, wir haben ja auch keinen gegen, also ich sag das jetzt mal so hart, wir haben ja auch  
536 keinen Gegenpol wieder hier, noch in der, im Krankenhaus haben wir was an der Hand, das  
537 wir damit, das wir damit, dass wir nicht krank werden oder das uns das irgendwie zu viel wird,  
538 da passiert ja nichts, da ist ja nichts was wir haben, dass wir uns sozusagen erholen oder  
539 auftanken können und das ist hier ja auch so, dass wir nichts haben, das ist glaube ich aber für  
540 uns wichtig, dass wir uns auch selber pflegen. Wir können nicht was geben, was wir selber  
541 eben auch nicht haben, so (...) auch in der Schweiz haben die eben gesagt, du darfst keine  
542 Einreibungen oder Wickel oder sowas machen, na hauptsächlich die Organeinreibung. Das ist  
543 ja auch was was wir nicht, das ist ja auch sehr intensiv ne Organeinreibung, und da haben die  
544 gesagt, wenn du selber eben Kopfschmerzen oder wenn es dir eben nicht gut geht, dann darfst  
545 du das nicht machen.

546

547 B4: Ach so echt?

548

549 B3: Ja. Weil du das mit überträgst und das fand ich auch sehr eindrücklich, aber das stimmt.  
550 Also wenn du selber eben da gar nicht, ja Kopfschmerzen hast kannst du nicht jemanden (...)

551

552 B4: Ja, du kannst dich ja nicht darauf einlassen. Dann bist du ja eigentlich mit dir schlecht  
553 drauf und das ist es dann ja wahrscheinlich, dann spürst du ja auch gar nichts.

554

555 B3: Ja genau.

556

557 B4: Ja also. Es ist ja auch sowieso viel mit Spüren. Ich fand das ganz eindrücklich mit dieser  
558 Akupunktur, hatte ich mal irgendwie in einer Pallicare. Also da hatte ich also, da spüre ich gar  
559 nichts mit so einem kleinen Streichholz und du solltest da irgendwelche Punkte finden und  
560 alle hatten es so irgendwie und spürten irgendwie was und da hatte es mich total interessiert,  
561 würde ich super gerne machen, aber habe ich glaube ich tatsächlich irgendwie in dem Bereich,  
562 bin ich nicht spürend (lacht).

563

564 B3: Ich war nach einer Akupunktur schon geheilt. Heuschnupfen, der hat mich einmal gepickt  
565 und es war weg.

566 I: Ja, Wahnsinn. Ok, vielen Dank.

# Eidesstattliche Erklärung

---

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

Datum, Ort

Unterschrift

---

Lilian Bernstein