

Integrative Pflege



EIN HANDBUCH FÜR LEHRENDE DER PFLEGEFACHBERUFE

Anita Lunde | Martine Busch

Thora Jenny Gunnarsdottir | Torkel Falkenberg

Monique van Dijk | Marianne J.E. van der Heijden

Belinda M. Kohler | Dominik Dupont | Cornelia Mahler



Funded by
the European Union

IMPRESSUM DER DEUTSCHEN ÜBERSETZUNG

AUTOREN

Belinda M. Kohler MA, Universitätsklinikum Tübingen, Deutschland
Dominik Dupont MSc, Universitätsklinikum Tübingen, Deutschland
Prof. Dr. Cornelia Mahler MA RbP, Universitätsklinikum Tübingen, Deutschland

KORRESPONDENZ

Prof. Dr. Cornelia Mahler cornelia.mahler@med.uni-tuebingen.de

BEITRÄGE VON

Sara Kerstin Kohler MSc, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Schweiz
Marion Bajer MSc, Gesundheit Österreich GmbH, Österreich

DANKSAGUNGEN

Wir möchten uns bei unseren europäischen Kolleg*innen herzlich dafür danken, dass sie uns die Übersetzung ihres Werkes ins Deutsche anvertraut haben. Ein besonderer Dank gilt Marianne J. E. van der Heijden, die uns während des Übersetzungs- und Adaptionprozesses in einem intensiven und wertvollen Austausch sowohl inhaltlich als auch formal begleitet hat. Ein weiterer Dank gilt Dr. Regina Stolz für die konstruktiven und bereichernden Diskussionen zur deutschen Terminologie, sowie unseren studentischen Hilfskräften Caroline Hoffschult und Felix Baumgartner für ihre Unterstützung im formalen Übersetzungsprozess.

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Dieses Material ist nicht als Ersatz für medizinische oder andere professionelle Beratung gedacht. Die Autor*innen geben gegenüber den Lesenden keine Zusicherungen oder Gewährleistungen hinsichtlich der Richtigkeit oder Vollständigkeit dieses Materials.

PRODUKTION

Overbosch Communicatie

GRAFIKGESTALTUNG

Elles Kruip

ISBN PRINT

978-3-00-086934-1

ISBN PDF

978-3-00-086935-8

© Februar 2026

PARTNER



VIA University
College



UNIVERSITY
OF ICELAND



Van Praag
Instituut



IMPRESSUM DES ENGLISCHSPRACHIGEN ORIGINALS

AUTHORS

Anita Lunde MSc, RN, VIA University College, Denmark
Martine Busch, MA, van Praag Instituut, the Netherlands
Thora Jenny Gunnarsdottir PhD, RN, University of Iceland, Iceland
Torkel Falkenberg PhD, Karolinska Institutet, Sweden
Monique van Dijk PhD, Erasmus University Medical Center, the Netherlands
Marianne J.E. van der Heijden PhD, Erasmus University Medical

CORRESPONDING AUTHORS

Anita Lunde anil@via.dk
Marianne van der Heijden m.j.e.vanderheijden@erasmusmc.nl

CONTRIBUTIONS FROM

Dorte Wiwe Dürr, MSc, RN, VIA University College, Denmark
Jette Westenholz Jørgensen MSc, RN, VIA University College, Denmark
Douwe Bosga, van Praag Instituut, the Netherlands
Ko Hagoort, Erasmus University Medical Center, the Netherlands

ACKNOWLEDGEMENTS

Many thanks to our associate partners, expert panel members and participants in our survey and focus groups.

DISCLAIMER

This material is not intended to be, and should not be considered, a substitute for medical or other professional advice.
The authors make no representations or warranties to readers as to the accuracy or complete-ness of this material.

PRODUCTION

Overbosch Communicatie

GRAPHIC DESIGN

Elles Kruip

ISBN NUMBER

978-90-9036800-9

© February 2023

PARTNER



Van Praag
Instituut



VIA University
College



UNIVERSITY
OF ICELAND



Integrative Pflege

EIN HANDBUCH FÜR LEHRENDE DER PFLEGEFACHBERUFE

Anita Lunde | Martine Busch

Thora Jenny Gunnarsdottir | Torkel Falkenberg

Monique van Dijk | Marianne J.E. van der Heijden

Belinda M. Kohler | Dominik Dupont | Cornelia Mahler

SPONSOREN



EIN VORWORT ZUR DEUTSCHEN ÜBERSETZUNG

VON MARIANNE J. E. VAN DER HEIJDEN IM NAMEN DES INES KONSORTIUMS

Dear readers,

In 2019, the Erasmus+ programme awarded us funding to carry out a three-year project: The Integrative Nursing Education Series, in short, the INES project. This marked the first time that a European approach to Integrative Nursing was addressed within a major EU-funded education project. Earlier initiatives, such as the EU-funded CAMbrella project, focused primarily on research and development in complementary medicine.

Our INES consortium - consisting of nurses, educators, scientists and integrative medicine experts - working at five institutes in four countries had a shared vision. We wanted to help nurses understand the benefits and limitations of complementary therapies based on the latest scientific evidence; teach nurses how to communicate with patients and other healthcare professionals on this topic; and how to apply self-care strategies to benefit their own health and wellbeing. In short, contribute to the emerging field of Integrative Nursing. Our shared ambition was to create a comprehensive resource on Integrative Nursing for nurse educators in Europe to implement in their teaching— a solid foundation upon which others could continue to build.

This INES Handbook includes a competency profile for nursing students and is the result of surveys and interviews with nursing teachers and researchers in 11 European countries, consultations with the WHO working group on the global strategy for Complementary Medicine, EU Parliament advisors and leading national centers for complementary medicine. Other important partners in the INES project have been the American pioneers of the concept of integrative nursing, professor Mary Jo Kreitzer and professor Mary Khoitan.

During the INES project we were restricted to publish in English, the shared working language of our INES consortium. It is our great pleasure to now share with you the German translation of the INES Handbook, adapted and extended by Professor Cornelia Mahler and her colleagues from the University of Tübingen Belinda Kohler and Dominik Dupont. We are deeply grateful for their efforts to make our work accessible to our German speaking colleagues and to enrich the INES Handbook with perspectives from Germany, Austria, and Switzerland. Moreover, we are delighted that the translation and adaptation of the INES Handbook has fostered new collaborations with like minded colleagues.

We hope this book will inspire you to include teachings on integrative nursing in your curricula. We strongly believe that the future of healthcare will benefit greatly from the contributions of the integrative nurses to come. With this German edition of the INES Handbook we celebrate new European collaborations!

Marianne J.E. van der Heijden, PhD, Erasmus University Medical Center, The Netherlands

Prof. Monique van Dijk, PhD, RN, Erasmus University Medical Center, The Netherlands

Martine Busch, MA, van Praag Institute, Utrecht, the Netherlands

Torkel Falkenberg†, PhD, Karolinska Institutet, Sweden

Prof. Thora Jenny Gunnarsdottir, PhD, University of Iceland, Iceland

Anita Lunde, MSc, RN, VIA University Colleges, Denmark

INHALTSÜBERSICHT

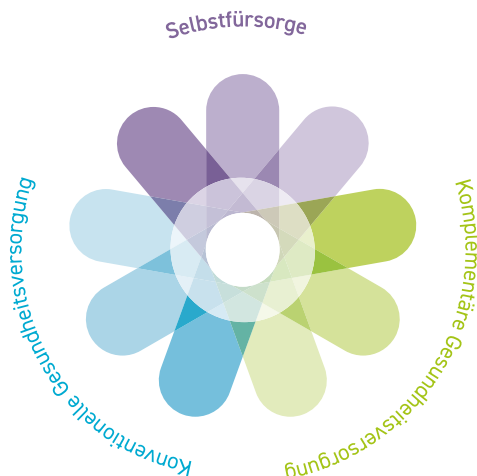
EIN VORWORT ZUR DEUTSCHEN ÜBERSETZUNG VON MARIANNE J. E. VAN DER HEIJDEN	7
EINE EINFÜHRUNG ZUR DEUTSCHEN ÜBERSETZUNG DES "INTEGRATIVE NURSING EDUCATION SERIES HANDBOOK", DEM INES-D HANDBUCH	9
INTEGRATIVE PFLEGE: ZEITLOS UND TRANSFORMATIV	24
EIN VORWORT VON MARY JO KREITZER, PHD, RN, FAAN, FNAP	
EINLEITUNG ZUM HANDBUCH	25
SERIE 01 INTEGRATIVE PFLEGE	
1. Integrative Pflege in Europa und das INES-Modell der integrativen Pflege	35
2. Gute Gründe für integrative Pflege in Europa	45
3. Die integrative Pflegefachperson und die Selbstpflege /-fürsorge	57
4. Ines experience lab: Eine praktische Einführung in komplementäre Interventionen	67
SERIE 02 INTEGRATIVE PFLEGE IN EINEM KONVENTIONELLEN UMFELD	
5. Die integrative Pflegefachperson in der konventionellen Gesundheitsversorgung	81
6. Regularien und Verordnungen - Gesetzgebung	91
7. Gesundheitsberatung, Lebensstil und Selbstfürsorge der Patient*innen	103
SERIE 03 INTEGRATIVE PFLEGE UND KOMPLEMENTÄRE UND NICHT-PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONE	
8. Beliebte komplementäre Interventionen aus der Sicht der Nutzer*innen	115
9. Interventionen instead of interventionen	127
10. Integrative Pflege und Symptommanagement: Was Sie als Pflegefachperson tun können	141
11. Kommunikation über komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen mit Ihren Patient*innen	157
ANHANG 1 - INES-GLOSSAR	172
ANHANG 2 - DIE INES-LERNERGEBNISSE GEMÄSS DEM EUROPÄISCHE QUALIFIKATIONSRAHMEN STUFE 4 (EQR4)	174
ANHANG 3 - INES-DIDAKTISCHER RAHMEN	176
ANHANG 4 - INES-DIDAKTISCHER RAHMEN	178

EINE EINFÜHRUNG ZUR DEUTSCHEN ÜBERSETZUNG DES INTEGRATIVE NURSING EDUCATION SERIES HANDBOOKS, DEM INES-D HANDBUCH

Belinda M. Kohler, Dominik Dupont, Sara Kerstin Kohler, Marion Bajer, Cornelia Mahler

Aus pflegefachlichem Verständnis sind komplementäre Pflegeinterventionen (KPI) wie beispielsweise Wickel und Auflagen ein originärer Bestandteil ganzheitlicher Gesundheitsversorgung und lassen sich historisch als ein zentrales Tätigkeitsfeld der Pflege verorten. Das INES-Projekt ist ein EU-finanziertes Projekt von Erasmus Plus, welches von 2019-2022 von fünf nordeuropäischen Hochschulen durchgeführt wurde. Ziel des Projekts war es, Wissen, Einstellungen, Kompetenzen und Fähigkeiten europäischer Pflegefachpersonen in Bezug auf evidenzbasierte und sichere komplementäre nicht-pharmakologische Interventionen zu fördern und integrative Pflege zu stärken. Auf Basis internationaler Literaturrecherchen wurde eine Best-Practice Datenbank sowie ein Kompetenzprofil zur integrativen Pflege in der Grundausbildung für den europäischen Raum entwickelt. Aus den Erkenntnissen des Projekts entstand die Integrative Nursing Education Series und das INES-Modell der Integrativen Pflege, festgehalten im INES-Handbuch für Lehrende in der berufsqualifizierenden Bildung für Pflegefachberufe in englischer Sprache. Es soll Lehrende bei der Vermittlung der Grundlagen integrativer Pflege und komplementärer Pflegeinterventionen (KPI) unterstützen.

Das hier vorliegende INES-D Handbuch hat das Ziel, die Inhalte einem deutschsprachigen Publikum, d.h. Lehrenden in der Pflege, egal ob in der Ausbildung oder dem Studium, zugänglich zu machen. Gleichzeitig wurde eine begriffliche Anpassung an die deutschsprachigen Gegebenheiten in Deutschland, Österreich und der Schweiz (D-A-CH-Raum), die sich wiederum selbst als heterogen darstellen, so weit wie möglich vorgenommen.



I. INTEGRATIVE PFLEGE IM D-A-CH-RAUM

Integrative Pflege ist im deutschsprachigen Raum (D-A-CH-Raum) durch eine gemeinsame historische Tradition geprägt, die auf zentrale Persönlichkeiten und naturheilkundliche Konzepte zurückgeht und zugleich in aktuellen pflegfachlichen Kontexten der Versorgung präsent ist. Gleichzeitig zeigen sich zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz Unterschiede darin, wie integrative Pflege in den jeweiligen Gesundheitssystemen verankert ist, sei es in den gesetzlichen Rahmenbedingungen, den strukturellen Gegebenheiten der Versorgung oder den Bildungslandschaften und der curricularen Verankerung integrativer Pflege innerhalb dieser.

Vor diesem Hintergrund verfolgen die nachfolgenden Kapitel das Ziel, zentrale Grundlagen, begriffliche Klärungen sowie länderspezifische Besonderheiten darzustellen, um ein gemeinsames Verständnis für die deutschsprachige Version des INES-Handbuchs (INES-D) zu schaffen und dessen Einbettung in die pflegfachliche Landschaft des D-A-CH-Raums nachvollziehbar zu machen.

II. HINTERGRÜNDE UND ZIELSETZUNG DER ÜBERSETZUNG DES INES-HANDBUCHS

Zielsetzung und Adressaten der Übersetzung

Durch die Übersetzung des englischen INES-Handbuchs ins Deutsche sollen die durch die europäischen Kolleg*innen erarbeiteten Inhalte zu evidenzbasierten komplementären, nicht-pharmakologischen Pflegeinterventionen im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz) verbreitet werden und Lehrenden insbesondere in der primärqualifizierenden Pflegebildung vielfältige methodische und didaktische Lehrinhalte an die Hand gegeben werden. Durch Einbezug des deutschsprachigen Lehr- und Versorgungssettings können Wissen, Einstellung, Kompetenzen und Fähigkeiten von Pflegefachpersonen in Bezug auf evidenzbasierte und sichere nicht-pharmakologische pflegerische Interventionen und deren Integration in die Patientenversorgung in allen relevanten Bereichen der Gesundheitsversorgung im deutschsprachigen Raum gestärkt werden.

Arbeitsgruppe zur deutschsprachigen Übersetzung

Die deutschsprachige Version des INES-Handbuchs wurde von einer Arbeitsgruppe aus Pflegewissenschaftler*innen und Pflegepädagog*innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz erarbeitet, die jeweils über einen Arbeits- bzw. Interessenschwerpunkt im Bereich der integrativen Pflege verfügen. Die Gruppe begleitete den gesamten Übersetzungs- und Adaptionprozess, diskutierte terminologische Entscheidungen, entwickelte das einleitende Kapitel zu länderspezifischen Besonderheiten, ergänzte in Kapitel 6 länderspezifische rechtliche Rahmenbedingungen und Regularien für Deutschland, Österreich und die Schweiz und stimmte zentrale inhaltliche Aspekte mit einer der Autorinnen des englischsprachigen Originals ab.

Vorgehensweise im Rahmen der Übersetzung

Die Übersetzung des Handbuchs ins Deutsche ist bewusst eng am englischen Originaltext geblieben, um die inhaltliche Authentizität und die ursprüngliche fachliche Intention der Autor*innen unverändert zu bewahren. Durch diese Nähe zum Ausgangstext bleibt die konzeptionelle und didaktische Struktur des Handbuchs erhalten und ermöglicht den Lesenden einen unverfälschten Zugang zu den grundlegenden Ideen und Prinzipien der integrativen Pflege, wie sie im INES-Projekt entwickelt wurden.

So finden sich im Handbuch zahlreiche Fallbeispiele, die aus dem englischen Originaltext direkt übernommen wurden. Dabei kann es vorkommen, dass dargestellte Tätigkeiten oder Zuständigkeitsbereiche von Pflegefachpersonen nicht vollständig den beruflichen Rollen in Deutschland, Österreich oder der Schweiz entsprechen. Diese Beispiele wurden in Abstimmung mit den Autor*innen bewusst beibehalten, um die inhaltliche Authentizität und den internationalen Kontext des Materials beizubehalten. Lesende erhalten dadurch nicht nur Anregungen zur Anwendung integrativer Pflege, sondern zugleich einen Einblick in die Arbeitsweisen und Verantwortungsbereiche von Pflegefachpersonen in anderen europäischen Ländern.

Gleichzeitig wurden dort, wo es für den deutschsprachigen fachlichen Kontext erforderlich erschien, gezielte terminologische Anpassungen vorgenommen. Dazu zählt unter anderem die Verwendung des Begriffs *Intervention* anstelle von *therapy*, wie im Unterkapitel 1.2 erläutert, um die pflegewissenschaftlich und berufsrechtlich etablierte Terminologie im deutschsprachigen Raum abzubilden. Ebenso wurde der Begriff interprofessionell verwendet, wo das englische Original von *interdisciplinary* spricht, um die im deutschsprachigen Gesundheitswesen gebräuchliche und konsentrierte Bezeichnung für die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen zu verwenden und ein einheitliches Begriffsverständnis zu fördern.

III. ZENTRALE BEGRIFFE UND KONZEPTE

Bei der Erstellung der deutschsprachigen Version ergab sich die besondere Situation, dass nicht nur ein englischsprachiger Originaltext aus einem europäischen Pflegepädagogik- und Wissenschaftskontext übertragen wurde, sondern dass die Adressierung dreier deutschsprachiger Länder mit jeweils eigenen fachsprachlichen Traditionen berücksichtigt werden musste. Da in Deutschland, Österreich und der Schweiz unterschiedliche Begriffe für vergleichbare pflegerische und pädagogische Konzepte genutzt werden, wurden im Handbuch einheitliche Terminologien gewählt und nachfolgend genauer erläutert, um ein gemeinsames Verständnis zu ermöglichen. Für die praktische Anwendung im jeweiligen nationalen Kontext bleibt es selbstverständlich sinnvoll, die dort etablierten Begrifflichkeiten der Gesundheitsversorgung in der Lehre zu verwenden.

Im Zuge der Übersetzung wurden insbesondere folgende zentrale Begriffe harmonisiert und anschließend näher ausgeführt:

Traditionelle, komplementäre und integrative Pflege

Die World Health Organization (WHO) beschreibt verschiedene Begrifflichkeiten im Kontext der Medizin. Beschrieben wird die traditionelle Medizin, welche sich auf verschiedene historische und kulturelle Gesundheitspraktiken bezieht und bislang eher auf Erfahrungswissen basiert, aber zunehmend mit wissenschaftlichen Methoden fundiert wird. Die Komplementärmedizin hingegen beinhaltet ergänzende Interventionen, die neben der konventionellen Medizin angewendet werden und darauf abzielen, die Gesundheitsversorgung ganzheitlicher zu unterstützen. Die integrative Medizin wird als evidenzbasierter Ansatz beschrieben, welcher konventionelle medizinische Versorgung mit traditionellen und komplementären Ansätzen und Interventionen kombiniert ¹. Analog zu diesen Definitionen kann man die pflegerische Versorgung betrachten: Komplementäre Pflegeinterventionen (KPI) werden als Ergänzung zur konventionellen pflegerischen Versorgung durchgeführt. Implizit steht hierbei, dass der konventionellen Pflege Vorrang vor den komplementären Interventionen gewährt wird. In der integrativen Pflege wird ein kombinatorischer Ansatz angewendet, welcher mit dem Blick auf die bestmögliche

Wirkung die individuell am besten geeignete Intervention bzw. Versorgungsplanung priorisiert². Im einleitenden Kapitel des englischen Originals wird diesbezüglich ebenfalls eine Differenzierung der Begrifflichkeiten vorgenommen. Da es sich bei dieser deutschen Version primär um eine Übersetzung handelt, werden die Terminologien integrativ und komplementär so verwendet, wie im englischsprachigen Original.

Interventionen oder Therapien

Im englischen Original des INES-Handbuchs wurde der Begriff *therapy* im Zusammenhang mit komplementären pflegerischen Handlungen an und mit Patient*innen verwendet. Der englische Begriff *therapy*, wurde im Zuge der Übersetzung jedoch nicht übernommen, sondern durch den Begriff Intervention ersetzt.

Diese Entscheidung folgt der pflegewissenschaftlichen und berufsrechtlichen Systematik, nach der der Begriff Therapie im deutschsprachigen Raum vorrangig im Kontext ärztlicher oder therapeutischer Tätigkeiten verstanden wird. Pflegefachpersonen führen hingegen eigenverantwortlich pflegerische Interventionen durch, die auf pflegerischer Diagnostik, klinischem Urteil und wissenschaftlicher Evidenz basieren. Auch internationale Klassifikationen wie ICNP® (International Classification for Nursing Practice) und NIC (Nursing Interventions Classification) verwenden konsequent den Begriff Intervention, um die eigenständige Logik pflegerischen Handelns zu beschreiben. Diese begriffliche Differenzierung verdeutlicht die professionelle Abgrenzung und stärkt die interprofessionelle Klarheit innerhalb der Gesundheitsversorgung, sodass der Begriff im Konsens der Arbeitsgruppe aus Deutschland, Österreich und der Schweiz in der deutschsprachigen Version konsequent verwendet wird.

Patient*innen oder Pflegeempfangende

Im Rahmen der Übersetzung des INES-Handbuchs wurde entschieden, den Begriff Patient*innen beizubehalten. Diese Entscheidung trägt der internationalen Anschlussfähigkeit des Originals Rechnung, da der englische Terminus *patient* weltweit in Forschung, Lehre und Praxis etabliert ist. Zudem gewährleistet die Beibehaltung sprachliche und inhaltliche Kohärenz mit rechtlichen und fachlichen Bezugsrahmen wie beispielsweise dem deutschen Sozialgesetzbuch V (SGB V), den AWMF-Leitlinien und WHO-Dokumenten.

Somit wird unter dem Begriff Patient*in jeder Pflegeempfänger oder Pflegeempfängerin verstanden, egal in welchem Setting er/sie sich befindet – in der ambulanten oder stationären Akut- oder Langzeitversorgung, wohlwissend, dass im Sprachgebrauch sowohl in einzelnen Settings als auch in den D-A-CH-Raum z.T. andere Begriffe verwendet werden.

Im Kontext der integrativen Pflege versteht die Arbeitsgruppe den Begriff Patient als ein partnerschaftliches Verständnis, welches Patient*innen als aktiv Mitwirkende begreift. Schließlich unterstützt die terminologische Einheitlichkeit eine konsistente Verständigung innerhalb des deutschsprachigen Raums und erleichtert die curriculare sowie wissenschaftliche Zusammenarbeit.

Rolle von Bezugspersonen im Kontext der integrativen Pflege

Obwohl Bezugspersonen im englischen Originaltext des Handbuchs nicht explizit genannt werden und dies in der Übersetzung beibehalten wurde, um nahe am Ursprungstext zu bleiben, sind sie im Verständnis integrativer Pflege dennoch zentral mitzudenken. Der Begriff Bezugspersonen umfasst

dabei sowohl Angehörige als auch andere nahestehende Personen, die Patient*innen im Alltag unterstützen. Integrative Pflege betrachtet Patient*innen auch im Kontext ihres sozialen Umfelds, in dem Bezugspersonen wesentlich zur emotionalen Stabilisierung, zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität beitragen. Sie sichern häufig die Kontinuität der Versorgung im häuslichen Umfeld und unterstützen die Umsetzung komplementärer pflegerischer Interventionen über den klinischen Rahmen hinaus. Durch gezielte Anleitung, Schulung und Beratung können Patient*innen sowie Bezugspersonen in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt werden, wodurch Symptomkontrolle, Adhärenz und Sicherheit im Alltag verbessert werden. Lehrende sind daher eingeladen, im Rahmen der Vermittlung integrativer und komplementärer Pflegeinterventionen die Bedeutung von Bezugspersonen aktiv zu thematisieren und diese Perspektive in Lernprozesse einzubetten.

IV. MEILENSTEINE UND PRÄGENDE PERSÖNLICHKEITEN DER INTEGRATIVEN PFLEGE IM D-A-CH-RAUM

Im Folgenden werden zentrale Persönlichkeiten und historische Meilensteine der integrativen Pflege im D-A-CH-Raum vorgestellt, die maßgeblich zur Entwicklung und Anwendung integrativer Pflegeinterventionen über die letzten Jahrhunderte beigetragen haben. Hierzu gehört aus geschichtlicher Perspektive zunächst Hildegard von Bingen. Abgesehen von den (paläo-) anthropologischen Quellen zur Anwendung von Naturmaterialien mit dem Ziel eines therapeutischen Nutzens ist Hildegard von Bingen eine der ersten Persönlichkeiten in der mitteleuropäischen Geschichte, welche mit naturheilkundlichen Interventionen in Verbindung gebracht wird. Im Jahr 1098 geboren und 2012 von Papst Benedikt XVI. heiliggesprochen gilt sie als Pionierin der christlichen-naturheilkundlichen Medizin. Sie beschrieb bereits in frühen Texten das Vorhandensein von Nahrungsmittelunverträglichkeiten, gab Ernährungsempfehlungen mit Kostaufbau und betonte die Relevanz der psychischen und emotionalen Verfassung für den Heilungsprozess. Beispiele für ihre über 2000 Kräuterrezepturen sind Galgantpräparate bei Durchblutungsstörungen und Krampfstörungen oder Birnenhonigpuder zur Blutreinigung bei rheumatischen Erkrankungen oder Migräne. Ebenso berichtet sie von äußeren Anwendungen von Kräutern wie Salbei oder Schafgarbe als Auszug ³.

Paracelsus (1493–1541), Arzt, Alchemist und Philosoph, gilt als eine der prägendsten Figuren der Medizingeschichte und als Wegbereiter der Naturheilkunde. Er betonte die Bedeutung individueller Krankheitsbilder, Umweltfaktoren und einer ganzheitlichen Sicht auf den Menschen und seine Umgebung, die Natur. Seine Lehre von den "Signaturen" der Pflanzen und seine Auffassung, dass Heilmittel im rechten Maß zugleich Gift und Arznei sein können ("Dosis facit venenum"), wirken bis heute in naturheilkundlicher Diagnostik und Therapie nach. In der naturheilkundlichen Pflege findet sein Denken Resonanz in der individualisierten Anwendung von pflanzenbasierten Pflegeinterventionen sowie in einem salutogenetischen Menschenbild, das auf Selbstheilungskräfte und den Einklang mit der Natur setzt ⁴.

Eine weitere relevante historische Person im Kontext der Naturheilkunde ist Pfarrer Sebastian Kneipp (1821–1897). Dieser hatte sich im Jahr 1847 mit Tuberkulose infiziert und, nachdem ihn die damaligen Ärzte bereits als austherapiert angesehen hatten, durch Bäder in der Donau selbst behandelt. Kneipps grundlegende Erklärungen von Erkrankungsphänomenen beziehen sich auf die Grundlagen der Humoralpathologie. Die Säulen der Medizin nach Sebastian Kneipp umfassen (1) Hydrotherapie, (2) Ernährungstherapie, (3) Heilkräuterkunde, (4) Bewegungstherapie und (5) Ordnungstherapie. Hierbei wird der Gedanke deutlich, dass Gesundheit ein Zustand ist, der längerfristig aufrechterhalten werden sollte. Insbesondere im Bereich der Hydrotherapie hat Kneipp spezifische neue Therapien wie Bäder, Güsse und Waschungen begründet ⁵.

Im frühen 20. Jahrhundert begründete Rudolf Steiner die Anthroposophie, aus welcher er zusammen mit der niederländischen Ärztin Ita Wegmann die anthroposophische Medizin entwickelte. Die Anthroposophische Medizin basiert auf einem ganzheitlichen Menschenbild, welches die verschiedenen Ebenen des menschlichen Seins einbezieht ⁶. Dies zeigt sich in zwei grundlegenden Betrachtungen der Anthroposophischen Menschenkunde. Neben der Anthroposophischen Medizin haben sich auch die anthroposophische Arzneitherapie, die anthroposophische Physiotherapie, Heileurythmie und künstlerische Therapien entwickelt ⁷.

In der anthroposophischen Pflege und Medizin werden verschiedene Heilmittel eingesetzt, die sich in vielen Fällen auf Substanzen natürlichen Ursprungs stützen, etwa Pflanzen und Pflanzenteile, Metalle oder tierische Produkte ⁷. Neben Arzneitherapien gehören auch rhythmische Massage, künstlerische Therapien sowie Heileurythmie zu den angewendeten Verfahren. Ein zentrales Element der anthroposophischen Pflege sind äußere Anwendungen mit Tinkturen, Salben, Ölen oder Badezusätzen, die in Form von Einreibungen, Wickeln, Umschlägen, Bädern und weiteren Interventionen zur Unterstützung des Wohlbefindens und der Symptomregulation eingesetzt werden. Rudolf Steiner und die anthroposophische Gesundheitsversorgung sind insbesondere in Deutschland, Österreich und der Schweiz bis heute prominent, wirken jedoch auch über diese Ländergrenzen hinaus ⁸.

Im deutschsprachigen Raum bestehen bis heute Kliniken, Rehabilitationszentren und Institute, die mit Konzepten der anthroposophischen Medizin nach Rudolf Steiner und Ita Wegman sowie mit naturheilkundlichen Traditionen nach Paracelsus, Hildegard von Bingen oder Kneipp arbeiten. Diese Einrichtungen bieten aufbauend auf der Schulmedizin eine komplementäre, ganzheitlich orientierte Versorgung an, verbinden historische Heilkonzepte mit modernen pflegerischen und medizinischen Ansätzen und prägen damit sowohl das integrative Gesundheitsverständnis als auch die Versorgungspraxis im D-A-CH-Raum.

V. INTEGRATIVE PFLEGE IM D-A-CH-RAUM – EINE AKTUELLE BESTANDSAUFNAHME DEUTSCHLAND | Dominik Dupont

Bis heute ist die Nutzung integrativer, komplementärer und naturheilkundlicher Gesundheitsinterventionen in der deutschen Bevölkerung weit verbreitet. Häufige Gründe sind die Unterstützung konventioneller Therapien, die Linderung von Nebenwirkungen sowie der Wunsch nach sanften, ganzheitlichen Maßnahmen ^{9,10}. Im klinischen Kontext finden diese Interventionen vor allem Anwendung, wenn keine wirksamen konventionellen Optionen bestehen, als Supportivtherapie bei Chemotherapie oder in der Versorgung vulnerabler Gruppen wie Kindern, älteren Menschen und Palliativpatient*innen ^{11,2}. Unter Pflegefachpersonen ist die Akzeptanz besonders hoch. Befragungen an den vier Universitätsklinika in Baden-Württemberg und unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zeigen, dass Pflegefachpersonen integrative, komplementäre und naturheilkundliche Gesundheitsinterventionen häufiger befürworten und anwenden als Ärztinnen ^{12,13}. Gleichzeitig konstatierten Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Physiotherapeut*innen und weitere, welche an den vier Universitätskliniken in Baden-Württemberg befragt wurden, nicht ausreichend qualifiziert zu sein, um komplementäre, integrative und naturheilkundliche Verfahren anzubieten oder dazu zu beraten ¹³.

Eine Studie, welche auf einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung basiert, untersuchte mit insgesamt 4.065 Teilnehmenden die Verwendung und Akzeptanz von traditioneller, komplementärer

und integrativer Medizin in Deutschland. Die Studie konstatiert, dass 70% der Befragten bereits integrative Medizin genutzt haben, davon 32,8% in den letzten 12 Monaten. Bezüglich der Wirksamkeitseinschätzung bezeichneten 27% der Teilnehmenden die traditionelle europäische Medizin als sehr wirksam und 44% als teilweise wirksam. Eine Mehrheit von insgesamt 71% sprach sich für mehr Forschung in diesem Bereich aus. Der häufigste Anwendungsgrund für komplementäre, integrative und/oder traditionelle Medizin waren muskuloskelettale Schmerzen mit insgesamt 17% ¹⁴. Dies ist ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die integrative Pflege, welche mit äußerlich angewendeten Pflegeinterventionen einen Beitrag zur Symptomlinderung leisten kann. Ein Beispiel hierfür ist die Anwendung von Kohlblattumschlägen bei symptomatischer Osteoarthritis ¹⁵.

ÖSTERREICH | Marion Bajer

In Österreich werden unter dem Begriff "Komplementäre Pflege" Methoden umfasst, die die konventionelle Versorgung ergänzen und auf einem ganzheitlichen Menschenbild basieren. Häufig beschrieben wird der Einsatz von komplementären Methoden im Kontext von Gesundheitsförderung, Linderung von Symptomen und Verbesserung von Lebensqualität ^{16, 17}.

In der österreichischen Pflegepraxis sind komplementäre Methoden zunehmend etabliert. Die Österreichische Gesellschaft für Komplementäre und Ganzheitliche Pflege (ÖGKOP) nennt unter anderem Aromapflege, Basale Stimulation, Therapeutic Touch, Craniosacrale Körperarbeit, Tuina und Ohrakupunktur ¹⁸. Pflegefachpersonen stehen dem Interesse der Patient*innen an komplementären Therapien im Allgemeinen unterstützend gegenüber, wobei die Sicherheit der Patient*innen im Interessensfokus der Pflegefachpersonen steht ¹⁹. Besonders in der Palliative Care und Pflege von Menschen mit Demenz kommen komplementäre Verfahren zum Einsatz. Aromapflege mit Lavendel und Melissenöl wird zur Reduktion von Unruhe und agitiertem Verhalten genutzt. Basale Stimulation fördert Wahrnehmung und Kommunikation. Validation dient der wertschätzenden Kommunikation mit desorientierten Menschen, Therapeutic Touch soll Entspannung und Schmerzlinderung bewirken ²⁰.

Die wissenschaftliche Absicherung ist heterogen. Für Aromapflege liegen positive Effekte bei Unruhe und agitiertem Verhalten vor, weshalb Leitlinien diese Methode empfehlen. Für Basale Stimulation, Validation und Therapeutic Touch fehlen belastbare Nachweise. Ihre Anwendung beruht vor allem auf klinischer Erfahrung. Insgesamt besteht ein erheblicher Forschungsbedarf, um evidenzbasierte Standards zu etablieren. Die demografische Entwicklung, insbesondere die steigende Zahl an Demenzkranken, erhöht die Relevanz komplementärer Ansätze. Sie tragen nicht nur zur Verbesserung des Wohlbefindens und zur Entlastung von Pflegefachpersonen bei, sondern fördern auch die Qualität stationärer Einrichtungen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit ²⁰. Für die Zukunft ist eine Aktualisierung der gesetzlichen Weiterbildungsregelungen sowie die Integration komplementärer Methoden in evidenzbasierte Leitlinien erforderlich ²¹.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Komplementäre Pflege in Österreich rechtlich verankert und praktisch etabliert ist, vor allem in der Palliativversorgung. Grundsätzlich liegt wenig Evidenz vor, die eine Aussage über die Akzeptanz von komplementärer/integrativer Pflege vonseiten der österreichischen Berufsangehörigen in anderen Bereichen zulassen. Während Aromapflege evidenzgestützt empfohlen wird, fehlen für andere Methoden wissenschaftliche Belege. Die Weiterentwicklung dieses Bereichs erfordert Forschung, klare Standards bzw. Empfehlungen sowie eine stärkere Verankerung in der pflegerischen Aus- und Weiterbildung.

In der Schweiz hat die Komplementärmedizin in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Mit einer deutlichen Mehrheit (61%) wurde 2009 im Rahmen einer Volksabstimmung ärztliche Komplementärmedizin (anthroposophische Medizin, traditionelle chinesische Medizin, klassische Homöopathie und Phytotherapie) in die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) aufgenommen und 2017 definitiv als leistungspflichtig bestätigt²². Neben der OKP geben zudem 61% der Schweizer*innen an, eine Zusatzversicherung für komplementäre Methoden zu haben, welche ihnen die Inanspruchnahme ambulanter komplementärer Therapien durch registrierte Therapeut*innen ermöglicht²³. Welche Therapien von dieser übernommen werden, unterscheidet sich teilweise gravierend zwischen den verschiedenen Versicherungen.

Die berichtete Inanspruchnahme komplementärer Medizin nimmt seit Jahren stetig zu. In der alle fünf Jahre durchgeführten schweizerischen Gesundheitsbefragung, gaben 2007 noch 23% an, innerhalb des letzten Jahres eine komplementäre Methode in Anspruch genommen zu haben, 2012 stieg die Anzahl auf 25% und 2022 auf 30,4%^{24, 25, 26}. Eine von Kempainen et al. (2017) durchgeführte europäische Umfrage ergab sogar eine Inanspruchnahme von fast 40%, beruht jedoch auf einer deutlich kleineren Stichprobe²⁷. In einer 2024 von Bollinger et al. durchgeführten Befragung zur generellen KAM-Nutzung gaben 66% der Schweizer*innen an, schon einmal KAM genutzt zu haben.

Am häufigsten finden komplementäre Methoden Anwendung um Schmerzen des Bewegungsapparates, Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen oder psychische Beeinträchtigungen zu behandeln^{28, 23}. Werden Patient*innen befragt, wird am häufigsten die Nutzung von Homöopathie, Osteopathie, Akupunktur und Reflexiologie angegeben^{24, 25}. Bei Befragungen von Therapeut*innen geben diese an, am häufigsten die klassische Massage, gefolgt von Craniosacraltherapie und TCM anzuwenden. Etwas mehr als 40 Prozent der Schweizer*innen setzen komplementäre Methoden als Ergänzung zur Schulmedizin ein und verfolgen das Ziel, aktiv einen Beitrag zu ihrer Gesundheit zu leisten²⁸.

Aus internationalen Untersuchungen ist bekannt, dass Pflegefachpersonen grundsätzlich sehr offen gegenüber komplementären Methoden sind und die Integration in den Lehrplan befürworten²⁹. In der Schweiz wird zwar inzwischen in vielen Institutionen ein breites Angebot an komplementären Methoden offeriert, die Haltung der Pflegefachpersonen ist jedoch aktuell zu wenig gut erhoben. In einem Survey im Rahmen eines Pilotprojektes wurden Nurse Practitioner und Hausärzt*innen einer Gemeinschaftspraxis befragt. In dieser Befragung zeigte sich, dass die meisten befragten Personen einen Mehrwert für die Patient*innen sehen und eine offene Haltung gegenüber KAM haben³⁰.

VI. INTEGRATIVE PFLEGE IN DER BERUFSQUALIFIZIERENDEN BILDUNG DES D-A-CH-RAUMS

Im vorangegangenen Kapitel wurde die hohe gesellschaftliche und professionelle Akzeptanz und somit die Bedeutung integrativer Pflege für die Gesundheitsversorgung im D-A-CH-Raum dargestellt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, in welchem Umfang die Vermittlung integrativer Pflege mit ihren komplementären Interventionen in der berufsqualifizierenden Bildung verankert ist. Konkrete länderspezifische Bestandsaufnahmen hierzu liegen bislang nicht vor.

DEUTSCHLAND | Belinda M. Kohler

Mit Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes im Jahr 2020 wurden die bislang getrennten Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer generalistischen Pflegeausbildung zusammengeführt. Neben der schulischen Berufsausbildung ist seit 2020 im Pflegeberufgesetz die primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung bundesweit rechtlich verankert, die zu einem akademischen Abschluss und zugleich zur Berufszulassung als Pflegefachfrau beziehungsweise Pflegefachmann führt. Im Unterschied zur beruflichen Ausbildung sieht das Pflegestudiumstärkungsgesetz in Verbindung mit dem Pflegeberufgesetz vor, dass Studierende mit Studienbeginn ab 2025 zusätzlich für die eigenverantwortliche Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten qualifiziert werden.

Eine Analyse zentraler gesetzlicher Grundlagen in Deutschland, darunter das Pflegeberufgesetz, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (2020) sowie das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (2019), zeigt, dass Begriffe wie komplementär, integrativ, Heilmethoden, natürlich oder ganzheitlich darin nicht explizit genannt werden. Direkte gesetzliche Verweise auf komplementäre Pflegeinterventionen integrativer Pflege fehlen somit sowohl für die generalistische Ausbildung als auch für das grundständige Studium. Im Bundesrahmenlehrplan für die generalistische Pflegeausbildung finden sich jedoch erste curriculare Bezüge. Der Begriff "komplementär" wird mehrfach in der Curricularen Einheit (CE) 08 genannt, die sich mit der Begleitung von Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase befasst, darunter Kinder, Jugendliche, Erwachsene und alte Menschen. Die CE 08 umfasst insbesondere Themen wie chronische und onkologische Erkrankungen, das Lebensende, Sterben und Palliative Care. In den entsprechenden Passagen wird jeweils die "ggf. Integration komplementärer Heilmethoden in die Pflege" als Bestandteil pflegerischen Handelns benannt. Die Formulierung "ggf." verweist jedoch auf eine fakultative Einbindung, sodass eine verbindliche curriculare Umsetzung nur dann erfolgt, wenn die Inhalte in den jeweiligen Landeslehrplänen konkretisiert werden. Damit hängt die Verankerung integrativer Pflege maßgeblich von der Ausgestaltung der schulinternen Curricula auf Landesebene ab.

Eine exemplarische Durchsicht von 15 Modulhandbüchern primärqualifizierender Pflegestudiengänge an verschiedenen Hochschulen und Universitäten in Deutschland zeigt, dass integrative Pflege mit komplementären und naturheilkundlichen Gesundheitsinterventionen in rund einem Drittel ($n = 5/15$; 33%) der Studiengänge explizit verankert ist. Da die Modulhandbücher zwar den gesetzlichen Vorgaben des Pflegeberufgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung folgen, jedoch nicht den Bundes- oder Landeslehrplänen der beruflichen Ausbildung unterliegen, ist die inhaltliche Ausgestaltung hochschulspezifisch und entsprechend heterogen.

Das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) aus dem Jahr 1997 wurde mehrfach novelliert. 2016 wurden die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, die Kinder- und Jugendlichenpflege sowie die Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege zu einer generalistischen Ausbildung zusammengeführt. Zudem entstand ein dritter Gesundheits- und Krankenpflegeberuf. Zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen gemäß GuKG zählen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP), Pflegefachassistentinnen und -assistenten (PFA) sowie Pflegeassistentinnen und -assistenten (PA).

Die dreijährige Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) wird seit 2024 ausschließlich an Fachhochschulen auf Bachelorniveau angeboten. Berufsangehörige ohne Bachelorabschluss sind berufsrechtlich jenen, die die Ausbildung im tertiären Ausbildungssektor erworben haben, gleichgestellt. Die rechtliche Grundlage für die Ausbildung von DGKP stellt die FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV) dar. DGKP arbeiten im Rahmen ihrer Kernkompetenzen (§ 14 GuKG) eigenverantwortlich, im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie auf Anordnung von Ärztinnen/Ärzten (§ 15 GuKG). Darüber hinaus sind sie berechtigt, Medizinprodukte (§ 15a GuKG) sowie Medikamente, die den Bereichen Nahrungsaufnahme, Körperpflege sowie Pflegeinterventionen bzw. – prophylaxen zugeordnet werden, zu verordnen (§§ 15a & 15b GuKG).

Die Anwendung komplementärer Pflegeinterventionen ist im GuKG geregelt. Nach §14 GuKG dürfen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen komplementäre Methoden eigenverantwortlich anwenden, sofern sie fachlich beherrscht werden. Eine ärztliche Anordnung ist nicht erforderlich, da es sich um pflegerische Tätigkeiten handelt ³¹. Die FH- GuK- AV, die derzeit überarbeitet wird, beinhaltet die Zielsetzung, Studierende zu befähigen, Methoden der integrativen Pflege anwenden zu können. Die inhaltliche Ausgestaltung der Ausbildungsverordnung liegt in der Verantwortung der (Fach-) Hochschulen und gestaltet sich heterogen. Als mögliche Erweiterung der in der berufsqualifizierenden Bildungsmaßnahme erworbenen Kompetenzen, sieht die Gesundheits- und Krankenpflege- Weiterbildungsverordnung (GuK-WV) Zusatzqualifikationen vor, etwa in Aromapflege, Ayurveda, Kinder Tuina und Therapeutic Touch.

SCHWEIZ | Sara Kerstin Kohler

Das Schweizer Bildungssystem der Pflegefachpersonen ist je nach Landesteil verschieden organisiert. In der deutsch- und italienischsprachigen sowie rätoromanischen Schweiz gibt es zwei verschiedene Bildungswege auf dem Tertiärniveau; die Pflegefachperson HF (Höhere Fachschule) und die Pflegefachperson FH (Fachhochschule = Bachelor of Science) ²⁰. In der französischsprachigen Schweiz besteht einzig die Möglichkeit für den Bachelor of Science in Pflege, welcher zu Erlangung der Bezeichnung Pflegefachperson FH führt.

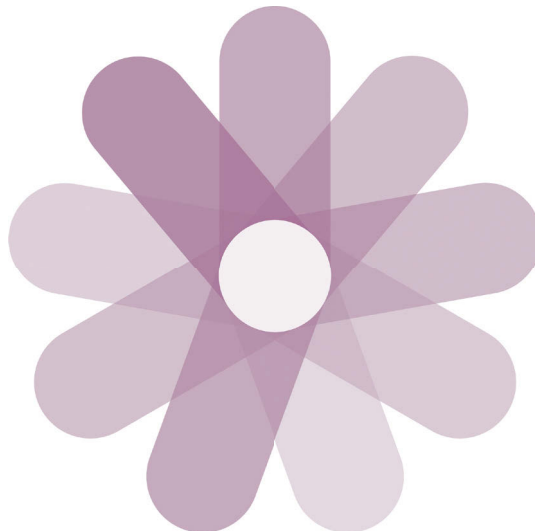
Für die Höheren Fachschulen liegt ein Rahmenlehrplan vor, an dem sich die Bildungsinstitutionen orientieren ³². In diesem Rahmenlehrplan werden keine Elemente mit Bezug zur komplementären oder ganzheitlichen Versorgung dargelegt. Ähnlich wie in Deutschland haben auch in der Schweiz die Fachhochschulen ihre eigenen Curricula, welche regelmäßig akkreditiert werden und sich an den Abschlusskompetenzen für Gesundheitsberufe orientieren. Frei zugänglich ist einzig das Curriculum der

französischsprachigen Schweiz in dem der Begriff der Ganzheitlichkeit in Bezug auf das Menschenbild und die individualisierte Versorgung aufgeführt ist ³³. Ob hier integrative oder komplementäre Pflegeinterventionen mit subsumiert sind, ist nicht ersichtlich. Anhand einer unstrukturierten Erhebung im Oktober 2025 konnte von drei weiteren deutschsprachigen Fachhochschulen eine Rückmeldung eingeholt werden (Interne Korrespondenz, 2025). In den Bereichen Symptommanagement und Chronic Care Management werden verschiedene Sichtpunkte ganzheitlicher Pflege vermittelt. Vor allem im Bereich der Palliativmedizin und des Schmerzmanagements lehren alle Hochschulen auch in kleinerem oder größerem Umfang die Anwendung von Wickeln oder Kompressen im Sinne nicht-pharmakologischer Maßnahmen.

Entgegengesetzt zu den pflegerischen Curricula ist in den medizinischen Curricula der Schweiz die Einbettung der komplementären Medizin gesetzlich vorgegeben und fest verankert ³⁴. Die Umsetzung ist jedoch auch hier den einzelnen Universitäten überlassen ³⁵.

VII. DAS INES-D HANDBUCH

Das INES-Handbuch bildet einen evidenzbasierten, europäisch entwickelten Bezugsrahmen für die Vermittlung integrativer Pflege in der Lehre. Es verbindet theoretische Grundlagen mit didaktisch strukturierten Modulen und praxisnahen Fallbeispielen, die aus unterschiedlichen klinischen und edukativen Kontexten stammen. Die nachfolgende Übersetzung macht das Originalwerk unverändert für den deutschsprachigen Raum zugänglich und ermöglicht eine direkte Auseinandersetzung mit den theoretischen und didaktischen Grundlagen, den Lernzielen sowie den narrativen Fallbeispielen, die gezielt zur Reflexion, Analyse und Anwendung integrativer Pflegeansätze in Ausbildung und Studium genutzt werden können.



VIII. REFERENZEN

1. World Health Organization. Traditional, complementary and integrative medicine (TCIM). 2025. Verfügbar unter: www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine. Zugriff am 09.09.2025.
2. Mahler C, Stolz R. Pflege in der Integrativen Medizin. In: Esch T, Esch B, Hrsg. Integrative Medizin und Gesundheit. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2021. S. 265–278.
3. Kastner U, Kubelka W, Zizenbacher P, Dorfinger G, Steflitsch W, Stappen I, Naßel B, Buchmayr B. Pflanzenheilkunde. In: Frass M, Krenner L, Dembowsky K, Hrsg. Integrative Medizin: evidenzbasierte komplementärmedizinische Methoden. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. S. 253–306. Kapitel 15.
4. Schott H. Der "inwendige Arzt": zur Naturphilosophie des Paracelsus im Kontext der Medizingeschichte. In: Strosetzki C, Hrsg. Gesundheit und Krankheit vor und nach Paracelsus. Wiesbaden: Springer VS; 2022. S. 87–96.
5. Breuss G, Klötzl R, Schiller H. Kneippmedizin: traditionelle europäische Medizin. In: Frass M, Krenner L, Dembowsky K, Hrsg. Integrative Medizin: evidenzbasierte komplementärmedizinische Methoden. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. S. 438–452. Kapitel 20.
6. Bay F. Menschenkundliche Grundlagen einer durch Anthroposophie erweiterten Pflege. In: Heine R, Hrsg. Anthroposophische Pflegepraxis: Grundlagen und Anregungen für alltägliches Handeln. Berlin: Salumed; 2017. S. 101–130.
7. Gierke M. Innere Medizin: Grundlagen und therapeutische Konzepte der anthroposophischen Medizin. Salumed Verlag; 2012.
8. Siber H. Anthroposophische Medizin. In: Frass M, Krenner L, Dembowsky K, Hrsg. Integrative Medizin: evidenzbasierte komplementärmedizinische Methoden. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. S. 455–480. Kapitel 21.
9. Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, Glass BD. Wissen, attitudes and practices of health professionals toward complementary and alternative medicine in cancer care: a systematic review. *J Commun Healthc*. 2020;13(3):205–218. doi:10.1080/17538068.2020.1755202.
10. Stolz R, Klocke C, Schalthorn F, Mächler R, Frick E, Strassner C, et al. Selbstfürsorge älterer Menschen durch die Selbstanwendung von Hausmitteln: eine Analyse im Rahmen der Ho-PES3-Studie. *Spiritual Care*. 2023;12(3):211–218. doi:10.1515/spircare-2023-0005.
11. Klafke N, Mahler C, Uhlmann L, von Hagens C, Bentner M, Schneeweiss A, et al. The effects of an integrated supportive care intervention on quality of life outcomes in outpatients with breast and gynecologic cancer undergoing chemotherapy: results from a randomized controlled trial. *Cancer Med*. 2019;8:3666–3676. doi:10.1002/cam4.2196.
12. Conrad AC, Muenstedt K, Mücke O, Prott FJ, Muecke R, Huebner J. Attitudes of members of the German Society for Palliative Medicine toward complementary and alternative medicine for cancer patients. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2014;140(7):1229–1237. doi:10.1007/s00432-014-1656-9.
13. Hesmert D, Klocke C, Stolz R, Huber R, Samstag Y, Hübner K, et al. Exploring the gap: attitudes, Wissen, and training needs in complementary and integrative medicine among healthcare professionals at German university hospitals. *Front Med*. 2024;11:1408653. doi:10.3389/fmed.2024.1408653.
14. Jeitler M, Ortiz M, Brinkhaus B, Sigl M, Hoffmann R, Trübner M, Michalsen A, Wischnewsky M, Kessler CS. Use and acceptance of traditional, complementary and integrative medicine in Germany: an online representative cross-sectional study. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1372924. doi:10.3389/fmed.2024.1372924.
15. Lauche R, Gräf N, Cramer H, Al-Abtah J, Dobos G, Saha FJ. Efficacy of cabbage leaf wraps in the treatment of symptomatic osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial. *Clin J Pain*. 2016;32(11):961–971. doi:10.1097/AJP.0000000000000352.
16. Hübner J, Sitte T, Hrsg. Komplementäre und alternative Methoden in der Palliativversorgung. Fulda; 2016.
17. Mahler C, Joos S, Hrsg. Integrative Interventionen in der Onkologie. Bern: Hogrefe; 2025.
18. Österreichische Gesellschaft für komplementäre Pflege (ÖGKOP). Herzlich willkommen. 2025. Verfügbar unter: www.oegkop.com. Zugriff am 25.11.2025.

19. Hall H, Brosnan C, Cant R, Collins M, Leach M. Nurses' attitudes and behaviour towards patients' use of complementary therapies: a mixed methods study. *J Adv Nurs*. 2018;74(7):1649–1658.
20. Kircher J. Komplementäre Pflegemethoden im Sinne der Palliative Care bei Menschen mit schwerer Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen. Karl-Franzens-Universität Graz; 2018.
21. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Ärztliche Komplementärmedizin. 2017. Verfügbar unter: www.bag.admin.ch/de/arztliche-komplementaermedizin. Zugriff am 17.09.2025.
22. Bolliger C, Simon M, Zumbrunn A. KAM-Barometer 2024: Studie zu den Erfahrungen der Schweizer Bevölkerung mit der Komplementär- und Alternativmedizin. Erfahrungsmmedizinisches Register; 2024.
23. Klein SD, Torchetti L, Frei-Erb M, Wolf U. Usage of complementary medicine in Switzerland: results of the Swiss Health Survey 2012 and development since 2007. *PLoS One*. 2015;10(10):e0141985. doi:10.1371/journal.pone.0141985.
24. Klein SD, Frei-Erb M, Wolf U. Usage of complementary medicine across Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13666. doi:10.4414/smw.2012.13666.
25. Bundesamt für Statistik (BFS). Inanspruchnahme von Komplementärmedizin in den letzten 12 Monaten. 2022. Verfügbar unter: www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.30305933.html. Zugriff am 17.09.2025.
26. Kempainen LM, Kempainen TT, Reippainen A, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Public Health*. 2018;46:448–455. doi:10.1177/1403494817733869.
27. Barth J, Maier S, Lebet F, King R, Abersfelder A, Bachmann R, Keberle S, Witt CM. What is offered and treated by non-medical complementary therapists in Switzerland: results from a national web survey. *Eur J Integr Med*. 2020;36:101109. doi:10.1016/j.eujim.2020.101109.
28. Zhao FY, Kennedy GA, Cleary S, Conduit R, Zhang WJ, Fu QQ, Zheng Z. Wissen about, attitude toward, and practice of complementary and alternative medicine among nursing students: a systematic review of cross-sectional studies. *Front Public Health*. 2022;10:946874. doi:10.3389/fpubh.2022.946874.
29. Busch AK, Mathier I, Kohler S. Development of an integrative nursing intervention as part of outpatient care in a general practitioner setting in Switzerland. In: Kremling A, Buch C, Schildmann J, Hrsg. *Complementary Medicine in Healthcare: international perspectives on concepts and normative challenges*. Stuttgart: Kohlhammer; 2024.
30. Frei-Erb M, Torchetti L. Komplementärmedizin im Studium Humanmedizin an Schweizer Universitäten: eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Schweiz Z Ganzheitsmed*. 2015;27:144–148. doi:10.1159/000430833.
31. Halmich M. Komplementäre Pflegemethoden: Rechtsrahmen zur Anwendung durch DKGP. *Österr Z Pflegerecht*. 2025;3:76–77.
32. OdaSanté. Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen Pflege. 2021. Verfügbar unter: www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Hoehere_Berufsbildung_und_Hochschulen/PflegeHF/RLP_Pflege_HF_2021_d.pdf. Zugriff am 11.12.2025.
33. Haute école de santé Fribourg (HEDS FR). Rahmenstudienplan 2022: Bachelor of Science HESO-So in Pflege. 2022. Verfügbar unter: www.heds-fr.ch/media/bm0dnfus/pec_2022_soinsnfirriers_nm_de_def_0508.pdf. Zugriff am 11.12.2025.
34. Michaud PA, Jucker-Kupper P, members of the Profiles Working Group. PROFILES: principal objectives and framework for integrated learning and education in Switzerland. 2017. Verfügbar unter: www.profilesmed.ch. Zugriff am 17.09.2025.
35. OdaSanté. Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen Pflege. 2021. Verfügbar unter: www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Hoehere_Berufsbildung_und_Hochschulen/PflegeHF/RLP_Pflege_HF_2021_d.pdf. Zugriff am 11.12.2025.

Integrative Nursing

HANDBOOK

FOR TEACHERS IN NURSING

Anita Lunde | Martine Busch | Thora Jenny Gunnarsdottir | Torkel Falkenberg
Monique van Dijk | Marianne J.E. van der Heijden

SPONSORS



INTEGRATIVE PFLEGE: ZEITLOS UND TRANSFORMATIV

EIN VORWORT VON MARY JO KREITZER, PHD, RN, FAAN, FNP

*Ich gratuliere meinen Kolleg*innen in Europa herzlich zur Veröffentlichung der Integrative Nursing Education Series (INES). Die Bereitstellung von evidenzbasierten Lern- und Lehrmaterialien zur integrativen Pflege für Lehrkräfte wird diese in die Lage versetzen, Lehrplanänderungen vorzunehmen und so die nächste Generation von Pflegefachpersonen darauf vorzubereiten, auf eine Weise zu praktizieren, die sowohl zeitlos als auch transformativ ist. Integrative Pflege ist eine Art zu sein, zu wissen und zu handeln, die eine ganzheitliche Gesundheitsperspektive fördert, um das Wohlbefinden zu optimieren. In vielerlei Hinsicht ist die Praxis der integrativen Pflege zeitlos. Die Prinzipien 1-4 der integrativen Pflege (Kreitzer et al., 2022) führen uns zu unseren Wurzeln zurück, da sie auf universellen Konzepten der Pflege beruhen, die über Zeit und Umfeld hinausgehen.*

Integrative Pflegeprinzipien:

- 1 Der Mensch ist ein ganzheitliches System, das untrennbar mit seiner Umwelt verbunden ist und von ihr beeinflusst wird.
- 2 Der Mensch hat eine angeborene Fähigkeit zur Heilung und zum Wohlbefinden.
- 3 Integrative Pflege ist personenzentriert und beziehungsorientiert.
- 4 Die Natur hat heilende und wiederherstellende Eigenschaften, die zu Gesundheit und Wohlbefinden beitragen.
- 5 Integrative Pflege ist evidenzinformiert und nutzt ein breites Spektrum konventioneller und integrativer Ansätze, wobei je nach Bedarf und Kontext die jeweils schonendste Intervention angewendet wird.
- 6 Integrative Pflege konzentriert sich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden sowohl der Pflegefachpersonen als auch der von ihnen betreuten Personen.

Eine ganzheitliche Versorgung des Menschen, die Integration der Kunst und der Wissenschaft der Pflege in die Pflegepraxis, die Förderung von Heilung, die Linderung von Leid durch mitfühlende Präsenz sowie das Eintreten für alle Menschen bilden die Grundlage pflegerischer Praxis.

Die Grundsätze 5 und 6 fordern uns heraus, unsere Pflegepraxis stetig weiterzuentwickeln und zu verändern. Das Einbeziehen und die umfassende Nutzung integrativer (komplementärer) Interventionen kann die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Patient*innen und das Symptommanagement zu verbessern. Die Konzentration auf unsere eigene Selbstfürsorge als Pflegefachpersonen ist entscheidend. Stress und Burnout im Pflegeberuf sind ein, seit Langem bestehendes Problem, das während der Covid-19-Pandemie zusätzlich verschärft wurde.

Die integrative Pflege findet bei Pflegefachpersonen großen Anklang, entspricht ihren Werten und spiegelt die Art und Weise wider, wie sie in ihrer Profession arbeiten möchten, Patient*innen wünschen sich, auf diese Weise betreut zu werden. Unser kollektives Bestreben und das Bestreben der Pflegefachpersonen, welche integrative Pflege auf der ganzen Welt praktizieren ist es, dass integrative Pflege - Pflege sein wird.

Kreitzer MJ, Koithan M, Sullivan S, Nunez M and M Voss. (2022). Integrative Nursing and the ANA Scope and Standards of Practice: Expanding the Reach of Nursing for Families and Society. *Creative Nursing*, 28(4), 228-233.

EINFÜHRUNG IN DAS HANDBUCH

Dieses INES-Handbuch für Lehrende in grundständigen Bachelor-Studiengängen sowie Ausbildungen in der Pflege, bietet einen Rahmen für die Lehre integrativer Pflege. Es stellt eine Lehrveranstaltungsserie vor, die insbesondere angehenden Pflegefachpersonen allgemeines Wissen und ausgewählte Fähigkeiten über integrative Pflege vermittelt. Das Handbuch bietet Ideen, Lehr- und Lernmaterialien für praktische und strukturierte Lehrveranstaltungen in einem europäischen Umfeld. Es umfasst elf Kapitel, die in drei Serien unterteilt sind.

Über das INES-Projekt

Wir sind eine Gruppe von Pflegepädagog*innen und Forscher*innen aus fünf Instituten in vier europäischen Ländern: Dänemark, Island, den Niederlanden und Schweden. Im Jahr 2019 erhielten wir eine EU-Erasmus+-Finanzierung zur Entwicklung der Integrative Nursing Education Series (INES, Erasmus+ 2019-1-NL01-KA203-060478). Das übergeordnete Ziel des INES-Projekts ist es, das Wissen, die Einstellungen, die Kompetenzen und die Fähigkeiten der europäischen Pflegefachpersonen in Bezug auf evidenzbasierte und sichere, nicht-pharmakologische Interventionen (NPI) und deren Integration in die Patientenversorgung in allen relevanten Bereichen der Gesundheitsversorgung zu stärken.

Das INES-Projekt umfasst:

- eine Übersicht über die veröffentlichte Literatur zu Ausbildungsprogrammen integrativer Pflege für angehende Pflegefachpersonen
- eine Bestandsaufnahme der Kurse für angehende Pflegefachpersonen in ganz Europa zu NPI und komplementären Pflegeinterventionen (KPI)
- ein Kompetenzprofil für angehende Pflegefachpersonen mit in einer Delphi-Studie validierten Lernergebnissen
- ein Handbuch für Lehrende
- einen Fahrplan für die Umsetzung.

Mit dem INES-Projekt betonen wir, dass die integrative Pflege zu einer besseren Gesundheit und einem besseren Wohlbefinden sowohl bei Patient*innen als auch bei Pflegefachpersonen selbst beiträgt. Indem wir dieses Handbuch für Lehrende der Pflege anbieten, streben wir auch ein nachhaltigeres Gesundheitssystem an. Wir erkennen die Heterogenität und den medizinischen Pluralismus in Europa an und finden gleichzeitig eine gemeinsame Basis in einem Ansatz für integrative Pflege.

WAS IST INTEGRATIVE PFLEGE?

Integrative Pflege hat das Ziel, die Gesundheit zu stärken und das Wohlbefinden der Patient*innen und ihrer Bezugspersonen zu fördern. Integrative Pflege ist ganzheitlich, personenzentriert und basiert auf der Achtung der Autonomie der Patient*innen. MaryJo Kreitzer und Mary Koithan entwickelten 2014 das Konzept, welches:

- aus einer interprofessionellen und nicht-hierarchischen Mischung aus konventioneller und evidenzbasierter komplementärer nicht-pharmakologischer Gesundheitsversorgung besteht
- zwei oder mehr Pflegeparadigmen und Behandlungsmodalitäten kombiniert
- bei der Behandlung von Symptomen wie Schmerzen und Angstzuständen so wenig intensiv wie möglich vorgeht
- die Selbstpflegepraktiken von Pflegefachpersonen in Arbeits und Lebenssituationen einbezieht.

Die in diesem Handbuch verwendeten Begriffe und die dazugehörigen Definitionen sind im Glossar (Anhang 1) aufgeführt.

Integrative Pflegefachpersonen verbinden ihre Kompetenzen der konventionellen Pflege mit ihren Fähigkeiten in komplementären und nicht-pharmakologischen Interventionen. Sie sind in der Lage, Patient*innen über relevante KPI zu informieren, ausgewählte Interventionen durchzuführen und mit entsprechenden anderen Gesundheitsfachberufen zu kommunizieren und zusammenzuarbeiten.

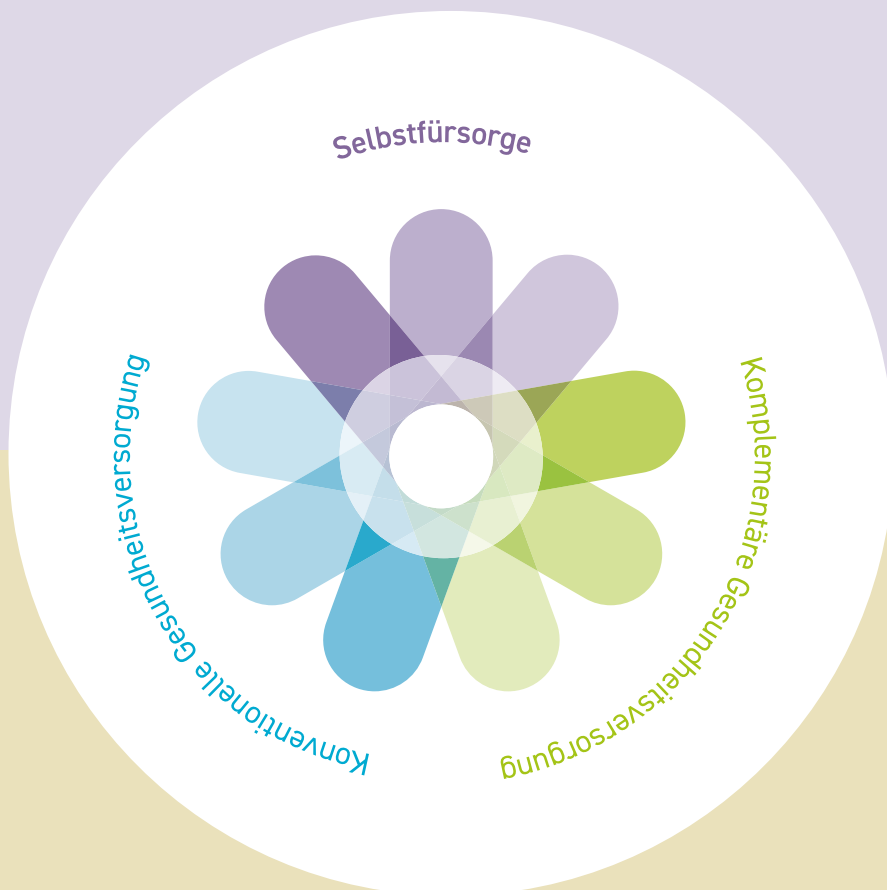
Auf der nächsten Seite ist ein dynamisches Modell in Form einer Blüte (in Anlehnung an das Modell von Dr. Wayne Jonas) abgebildet, das in Europa verwendet wird. Die violetten Blütenblätter stehen für die Perspektive der Patient*innen auf ihre eigene Gesundheit und Selbstfürsorge. Die blauen Blütenblätter stehen für ein biomedizinisch dominiertes Paradigma mit Schwerpunkt auf dem biologischen Organismus und der körperlichen Gesundheit. Die grünen Blütenblätter stehen für ein ganzheitliches Paradigma, das andere Beziehungen zwischen Körper, Geist und Seele anerkennt als die Beziehungen, die normalerweise in der konventionellen Gesundheitsversorgung akzeptiert werden. Sowohl die konventionelle als auch die komplementäre Gesundheitsfürsorge umfassen Interventionen, die nicht primär auf Medikamenten beruhen. Diese werden als nicht-pharmakologische Interventionen bezeichnet. Die weiße zentrale Form, in der sich die drei Kreise überschneiden, stellt dar, wo und wann integrative Pflege stattfindet. Diese Form, die hier als Kreis dargestellt ist, variiert in Größe und Gestalt je nach Kontext im Hinblick auf die Bedürfnisse der einzelnen Patient*innen, die professionelle Einschätzung der spezifischen Situation und das landesspezifische Gesundheitssystem. (Mehr über das INES-Modell und das Verständnis von integrativer Pflege erfahren Sie in Kapitel 1)

WARUM INTEGRATIVE PFLEGE LEHREN?

Während sich die konventionelle Gesundheitsfürsorge häufig auf die Behandlung akuter oder chronischer Krankheiten konzentriert, sind die Elemente, die für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patient*innen notwendig sind, weitaus komplexer, als wir gemeinhin wahrhaben wollen. Florence Nightingale verstand diese Komplexität und schrieb ausführlich über die sozialen und umweltbedingten Faktoren, die die Gesundheit und das Wohlbefinden einer Person oder einer Bevölkerung beeinflussen. Heute werden diese Faktoren als "Gesundheitsdeterminanten" bezeichnet und entsprechen den Zielen für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen.

Im Jahr 2011 wurde die, von der Weltgesundheitsorganisation 1948 vorgeschlagene, Definition von Gesundheit neu konzipiert, um den Herausforderungen heutiger Gesellschaften gerecht zu werden. Gesundheit wird nun als die Fähigkeit des Menschen definiert, sich den körperlichen, emotionalen und sozialen Herausforderungen des Lebens anzupassen und sie selbst zu bewältigen¹. Die integrative Pflege bietet einen vielversprechenden Ansatz zur Bewältigung dieser Herausforderungen und sollte daher entsprechend in der Pflegeausbildung berücksichtigt werden.

INES DYNAMISCHES MODELL DER INTEGRATIVEN PFLEGE



INES DYNAMISCHES MODELL DER INTEGRATIVEN PFLEGE

1.1 WIE LEHRENDE DIESES HANDBUCH VERWENDEN KÖNNEN

Wir ermutigen Sie, das Lehrmaterial an Ihren länderspezifischen Kontext anzupassen und gegebenenfalls in Ihre eigene Sprache zu übersetzen. Als Gruppe haben wir festgestellt, dass die Terminologie innerhalb der integrativen Pflege beispielsweise bezüglich der komplementären Interventionen nicht einheitlich ist. Wir schlagen einen pragmatischen Ansatz bei der Formulierung vor, damit die Terminologie den Wert der integrativen Pflege für die Pflegeausbildung nicht beeinträchtigt. Ein Glossar (Anhang 1) mit einer Übersicht über die Definitionen wird hinzugefügt. Das Handbuch ist in drei Serien unterteilt, die für verschiedene Formen des mittleren weißen Kreises im INES-Modell stehen:



SERIE 1 **INTEGRATIVE PFLEGE**

In Serie 1 geben wir in vier Kapiteln eine gründliche Einführung in die integrative Pflege in Europa, warum wir sie verwenden, wer die integrative Pflegefachperson ist und wie integrative Pflege aus praktischer Sicht aussieht. Die zentrale weiße Form steht für die gleichmäßige Betonung der drei Bereiche in dieser Serie.



SERIE 2 **INTEGRATIVE PFLEGE IN EINEM KONVENTIONELLEN UMFELD**

Serie 2 befasst sich mit den Möglichkeiten der integrativen Pflege im Rahmen der konventionellen Gesundheitsversorgung und die Nutzung der Selbstpflege. In drei Kapiteln erörtern wir die Rationale der integrativen Pflege und die Umsetzung der integrativen Pflege in der Versorgungspraxis, von der Regulierung und Politik bis hin zur klinischen Praxis. Das weiße Oval veranschaulicht die Betonung der konventionellen Gesundheitsversorgung sowie der Prävention und der Selbstpflege der Patient*innen.



SERIE 3 **INTEGRATIVE PFLEGE UND KOMPLEMENTÄRE UND NICHT-PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN**

Serie 3 betont die Positionierung von komplementären und nicht-pharmakologischen Interventionen im Modell der integrativen Pflege. Populäre komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen werden aus der Anwender*innenperspektive betrachtet. Es werden Interventionen dargestellt, die von Pflegefachpersonen angewendet werden können, sowie Möglichkeiten der Kommunikation mit Patient*innen über komplementäre und nicht-medikamentöse Maßnahmen erläutert. Das weiße Oval in Richtung des grünen Kreises veranschaulicht diesen Schwerpunkt.

PRAKTISCHE HINWEISE UND VORSCHLÄGE FÜR DIE VERWENDUNG DES HANDBUCHS IN IHREM BILDUNGSKONTEXT

Nach Ansicht unseres INES-Expertengremiums wäre die Vergabe von 5-8 ECTS-Punkten für einen Kurs in integrativer Pflege sinnvoll und sollte vorzugsweise im 3. oder 4. akademischen Jahr stattfinden. Wenn diese Bedingungen möglich sind, schlagen wir vor, sich an die vorgegebene Reihenfolge des Handbuchs und der zugehörigen Module zu halten. Darüber hinaus schlagen wir vor, dass Sie als Lehrende aus den drei Serien die Kapitel auswählen, die für Ihren Bildungskontext relevant sind unter der Betrachtung des zeitlichen Rahmens und den verfügbaren Lehr- und Lernmaterialien.

Eine der folgenden Kombinationen kann empfohlen werden, wenn die Durchführung des gesamten Kurses nicht möglich ist:

- Kurze Zeit für die Priorisierung eines theoretischen Ansatzes für die integrative Pflege: 
- Kurze Zeit, in der ein praktischer Ansatz im Vordergrund steht: 
- Mittelfristig ein ausgewogenes Verhältnis zwischen theoretischem und praktischem Ansatz: 

SERIE 1 INTEGRATIVE PFLEGE

1	Integrative Pflege in Europa und das INES-Modell der integrativen Pflege	  
2	Gute Gründe für die integrative Pflege in Europa	 
3	Die integrative Pflegefachperson und die Selbstpflege der Pflegefachperson	 
4	INES-Erfahrungslabor: Eine praktische Einführung in KPI	 

SERIE 2 INTEGRATIVE PFLEGE IN EINEM KONVENTIONELLEN UMFELD

5	Die integrative Pflegefachperson in der konventionellen Gesundheitsversorgung	
6	Regularien und Verordnungen - Gesetzgebung	
7	Lebensstil der Patient*innen, Prävention und Selbstfürsorge	

SERIE 3 INTEGRATIVE PFLEGE UND KOMPLEMENTÄRE UND NICHT-PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN

8	Beliebte komplementäre Pflegeinterventionen (KPI) aus Sicht der Nutzer*innen	 
9	Wie komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen bewertet werden	
10	Integrative Pflege und Symptombehandlung: Was Sie als Pflegefachperson tun können	
11	Kommunikation über komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen mit Patient*innen	

Vielleicht möchten Sie auch einige der Inhalte in bestehende Kurse aufnehmen. Wir schlagen vor, dass das Thema integrative Pflege und KPI ganz natürlich in die Ausbildung passt:

- Palliativmedizin
- Prävention von Tumorerkrankungen
- Altenpflege
- Symptommanagement
- Schmerzbehandlung
- Körperpflege

Jedes Kapitel der drei Serien hat den gleichen Aufbau:

- Einleitung
- Lernziele
- Fallbeispiele
- Didaktische Überlegungen
- Lehr- und Lernmaterialien

LERNZIELE UND DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN

Lernziele sind Beschreibungen der spezifischen Kenntnisse, Fertigkeiten oder Fachkenntnisse, die Lernende durch eine Lernaktivität erwerben. Die INES-Lernergebnisse basieren auf dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) der Stufen 4. bis 6. Diese Stufen entsprechen der Verantwortung und Entscheidungsfindung in stabilen bis komplexen Pflegesituationen. Zur Klassifizierung der Lernziele wird die Bloom'sche Taxonomie verwendet. Die Lernziele wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege in einer Delphi-Studie validiert und sind im INES-Kompetenzprofil aufgeführt (siehe Anhang 2). Für jedes Modul werden spezifische Lernziele hervorgehoben.

Didaktische Anregungen wurden aus dem Didaktischen Beziehungsmodell von Hiim und Hippe abgeleitet (siehe Anhang 3). Mit diesem Modell als Grundlage geben wir konkrete Vorschläge für die Planung, die Lehrveranstaltungen und die Evaluierung der Module. Wir ermutigen die Lehrenden, angehende Pflegefachpersonen aktiv in die Lehrveranstaltungen einzubeziehen, da sie Pioniere bei der Vermittlung von Wissen und der Anwendung integrativer Pflege in einem europäischen Kontext sein werden.

DER ZWECK DER FALLBEISPIELE

Jedem Kapitel sind Fallbeispiele beigelegt, die das dargestellte Wissen in einen praxisorientierten Kontext stellen. Sie unterstützen Lehrende bei der methodisch-didaktischen Umsetzung und fördern die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten. Die Fallbeispiele veranschaulichen konkrete Situationen und ordnen diese zugleich in den übergeordneten konzeptionellen Rahmen integrativer Pflege ein. Die Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als Andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es liegt im Ermessen der Lehrenden, wie er bzw. sie, sie je nach kulturellem, pädagogischem und gesetzlichem Kontext am besten einsetzt. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen oder zu erweitern. In Anhang 4 haben wir alle Fallbeispiele nach Kapiteln gegliedert und mit Schlüsselwörtern versehen zusammengestellt.

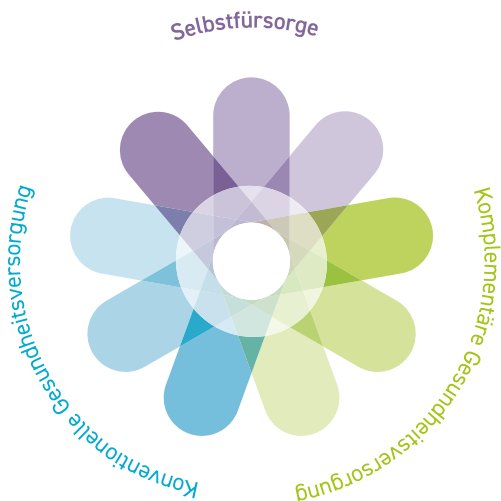
LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien" finden Sie die im Text verwendeten Referenzen und Vorschläge für weitere Materialien, wie Websites oder Videos. Diese wurden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- 1 Wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (von Fachpersonen überprüfte Artikel, Websites von Universitäten und Forschungszentren).
- 2 Berufliche Glaubwürdigkeit (Berufsverbände und renommierte Gesundheitseinrichtungen).
- 3 Das INES-Netzwerk.

Eine Einschränkung dieses Abschnitts ist, dass alle Lehr- und Lernmaterialien in englischer Sprache vorliegen, was bedeutet, dass viele andere vertrauenswürdige Ressourcen in anderen Sprachen nicht aufgeführt sind. Wir ermutigen die Lehrende, auch Materialien in ihrer eigenen Sprache zu verwenden und dabei die oben genannten ersten beiden Kriterien zu berücksichtigen.

INES-SERIE DER INTEGRATIVEN PFLEGE



SERIE 1 **INTEGRATIVE PFLEGE**

In Serie 1 geben wir in vier Kapiteln eine gründliche Einführung in die integrative Pflege in Europa, warum wir sie verwenden, wer die integrative Pflegefachperson ist und wie integrative Pflege aus praktischer Sicht aussieht. Die zentrale weiße Form steht für die gleichmäßige Betonung der drei Bereiche in dieser Serie.



SERIE 2 **INTEGRATIVE PFLEGE IN EINEM KONVENTIONELLEN UMFELD**

Serie 2 befasst sich mit den Möglichkeiten der integrativen Pflege im Rahmen der konventionellen Gesundheitsversorgung und der Selbstpflege. In drei Kapiteln erörtern wir die Rationale der integrativen Pflege und die Umsetzung der integrativen Pflege in der Versorgungspraxis, von der Regulierung und Politik bis hin zur klinischen Praxis. Das weiße Oval veranschaulicht die Betonung der konventionellen Gesundheitsfürsorge sowie der Prävention und der Selbstfürsorge der Patient*innen.



SERIE 3 **INTEGRATIVE PFLEGE UND KOMPLEMENTÄRE UND NICHT-PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN**

Serie 3 betont die Positionierung von komplementären und nicht-pharmakologischen Interventionen im Modell der integrativen Pflege. Populäre komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen werden aus der Anwenderinnenperspektive betrachtet. Es werden Interventionen dargestellt, die von Pflegefachpersonen angewendet werden können, sowie Möglichkeiten der Kommunikation mit Patient*innen über komplementäre und nicht-medikamentöse Maßnahmen erläutert. Das weiße Oval in Richtung des grünen Kreises veranschaulicht diesen Schwerpunkt.





“Als Pflegefachperson haben wir die Möglichkeit, Geist, Seele, Herz und Körper unserer Patient*innen, ihrer Familien und uns selbst zu heilen. Sie mögen deinen Namen vergessen, aber sie werden nie vergessen, wie du ihnen geholfen hast, sich zu fühlen.”

MAYA ANGELOU

1 INTEGRATIVE PFLEGE IN EUROPA UND DAS INES-MODELL DER INTEGRATIVEN PFLEGE

1.1 EINLEITUNG

*In diesem Kapitel wird eine europäische Perspektive der integrativen Pflege vorgestellt, die von Pflegepädagog*innen und Pflegeforschenden im Rahmen des INES-Projekts entwickelt wurde. Ziel ist es, angehende Pflegefachpersonen mit den Definitionen der integrativen Pflege und der integrativen Gesundheitsversorgung vertraut zu machen. Wir schlagen vor, die Lehrveranstaltungen mit Hilfe des INES-Modells der integrativen Pflege zu strukturieren.*

Terminologie

Begriffe wie "integrative Gesundheitsversorgung" und "integrative Medizin" können als inter-professionelle und nicht-hierarchische Mischung aus konventionellen und komplementären nicht-pharmakologischen Interventionen in der Pflege und Medizin definiert werden ^{1,2}. Diese Definition entspricht dem Rahmen für integrative Pflege, der von der Universität von Minnesota, USA, stammt. Das Konzept der integrativen Pflege steht im Einklang mit der Pflege-theorie, -praxis und -geschichte als ganzheitlicher und personenzentrierter Ansatz, der auf humanistischen Werten beruht ³. Die integrative Pflege ist in vielen Ländern ein aufstrebendes Feld, wurde aber bisher vor allem in den USA umgesetzt ⁴.

In vielen europäischen Ländern sind Begriffe wie integrative Medizin und integrative Pflege noch immer nicht geläufig, und die Beschäftigten im Gesundheitswesen verwenden immer noch den veralteten Begriff Komplementär- und Alternativmedizin (CAM). Ein früheres europäisches Forschungsprojekt - CAMbrella - kam 2012 zu dem Schluss, dass die Alternativmedizin aus Sicht der Bürger*innen ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist, dass aber die Integration der Alternativmedizin in das konventionelle Gesundheitssystem in Europa unzureichend ist. Zu den Gründen dafür könnten die Vielfalt der Definitionen für CAM, eine wissenschaftliche Skepsis gegenüber CAM und ein stark etabliertes System der Biomedizin und der medizinischen Industrie in Europa gehören ⁵. CAMbrella schlug die folgende pragmatische Definition vor:

"Die Alternativmedizin umfasst eine Vielzahl verschiedener medizinischer Systeme und Interventionen, die auf Kenntnissen, Fähigkeiten und Praktiken beruhen, die aus Theorien, Philosophien und Erfahrungen abgeleitet sind und zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit sowie zur Vorbeugung, Diagnose, Linderung oder Behandlung körperlicher und geistiger Krankheiten eingesetzt werden. Die Alternativmedizin wird hauptsächlich außerhalb der konventionellen Gesundheitsversorgung eingesetzt, aber in einigen Ländern werden bestimmte Behandlungen von der konventionellen Gesundheitsversorgung übernommen oder angepasst ⁶." [Eigene Übersetzung aus dem Englischen]

"CAM represents a variety of different medical systems and therapies based on the knowledge, skills and practices derived from theories, philosophies and experiences used to maintain and improve health, as well as to prevent, diagnose, relieve or treat physical and mental illnesses. CAM has been mainly used outside conventional health care, but in some countries certain treatments are being adopted or adapted by conventional health care ⁶."

Der Begriff "Alternativmedizin" bezieht sich auf Medizin und Behandlungen, die anstelle der konventionellen Gesundheitsversorgung eingesetzt werden, daher sind alternative Gesundheitsansätze nicht Gegenstand der integrativen Pflege, der integrativen Gesundheitsversorgung und somit auch nicht Gegenstand dieses Handbuchs. Integrative Pflege beabsichtigt, komplementäre, nicht-pharmakologische Ansätze einzubeziehen, die für Patient*innen von Nutzen sind. Komplementäre (Pflege-) Interventionen (KPI) werden in Europa meist außerhalb des Gesundheitssystems praktiziert. Im Rahmen eines Literaturreviews zu europäischen Curricula in der Pflegeausbildung wurden lediglich zwei Angebote gefunden, welche KPI integrierten ⁷. Eine Mapping-Studie, die eine gezielte Auswahl von fünfzehn europäischen Ländern repräsentiert, fand keinen einheitlichen Ansatz für integrative Pflege, komplementäre oder nicht-pharmakologische Interventionen in der Pflegeausbildung. Obwohl diesbezügliche Kurse an den Ausbildungsinstituten thematisiert bzw. behandelt wurden, waren die Kurse nicht in die reguläre Pflegeausbildung integriert ⁸. Wenn die KPI in der konventionellen Pflegepraxis eingesetzt werden, basiert ihr Einsatz häufig auf persönlichen Kompetenzen und klinischen Entscheidungen auf der Ebene zwischen Pflegefachperson und Patient*innen und nicht auf organisatorischer oder politischer Ebene. In einigen Ländern haben Krankenpflegeorganisationen Berufsverbände gegründet, die sich für die integrative Gesundheitsversorgung in der Pflege einsetzen, dies ist u. a. in den Niederlanden, Dänemark und Island der Fall.

Grundsätze der integrativen Pflege

Die von Kreitzer und Koithan entwickelten sechs Prinzipien der integrativen Pflege dienen als grundlegende Inspiration für dieses Lehrhandbuch ^{3,4}. Kreitzer und Koithan definieren integrative Pflege als:

"Eine Art des Seins, Wissens und Handelns, die die Gesundheit und das Wohlbefinden von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften durch fürsorgliche und heilende Beziehungen fördert. Integrative Pflegefachpersonen nutzen Evidenz, um sowohl traditionelle als auch neue Interventionen zu gestalten, die die Heilung des ganzen Menschen beziehungsweise ganzer Systeme unterstützen." [Eigene Übersetzung aus dem Englischen]

"A way of being-knowing-doing that advances the health and well-being of persons, families, and communities through caring/healing relationships. Integrative nurses use evidence to inform traditional and emerging interventions that support whole person / whole systems healing."

Die sechs Grundsätze und die dazugehörigen Indikatoren sind praktisch ausgerichtet und in jedem klinischen Pflegesetting anwendbar ⁴:

- 1 Der Mensch ist ein ganzheitliches System, das untrennbar mit seiner Umwelt verbunden ist und von ihr beeinflusst wird.
- 2 Der Mensch hat eine angeborene Fähigkeit zur Heilung und zum Wohlbefinden.
- 3 Integrative Pflege ist personenzentriert und beziehungsorientiert.
- 4 Die Natur hat heilende und wiederherstellende Eigenschaften, die zu Gesundheit und Wohlbefinden beitragen.
- 5 Integrative Pflege ist evidenzinformiert und nutzt ein breites Spektrum konventioneller und integrativer Ansätze, wobei je nach Bedarf und Kontext die jeweils schonendste Intervention angewendet wird.
- 6 Integrative Pflege konzentriert sich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden sowohl der Pflegefachpersonen als auch der von ihnen betreuten Personen.

Das INES-Modell: Ein europäischer Ansatz für integrative Pflege

Das INES-Modell schlägt einen praktischen und dynamischen Ansatz für die integrative Pflege in Europa vor (Abbildung 1). Es besteht aus drei Bereichen, die als verschiedenfarbige Blütenblätter dargestellt sind und den dazugehörigen Wechselbeziehungen. Die drei Bereiche sind: Selbstfürsorge (violette Blütenblätter), konventionelle Gesundheitsfürsorge (blaue Blütenblätter) und komplementäre Gesundheitsfürsorge (grüne Blütenblätter). Sowohl die konventionelle als auch die komplementäre Gesundheitsversorgung umfassen Interventionen, die nicht in erster Linie auf Medikamenten beruhen. Diese werden als nicht-pharmakologische Interventionen bezeichnet. Der weiß umrandete Kreis stellt die sich immer wieder überschneidenden Bereiche dar - und hier findet integrative Pflege statt. Größe und Form dieses Kreises variieren je nach Kontext und den Bedürfnissen der einzelnen Patient*innen, der fachlichen Einschätzung der spezifischen Situation und des landesspezifischen Gesundheitssystems. Ziel der integrativen Pflege ist die Stärkung der Gesundheit und die Förderung des Wohlbefindens von Patient*innen und Bezugspersonen. Dennoch bezieht die integrative Pflege auch die eigene Selbstfürsorge der Pflegefachpersonen in Arbeits- und Lebenssituationen ein. Die integrative Pflegefachperson strebt nach ihrer eigenen (integrativen) Gesundheit.

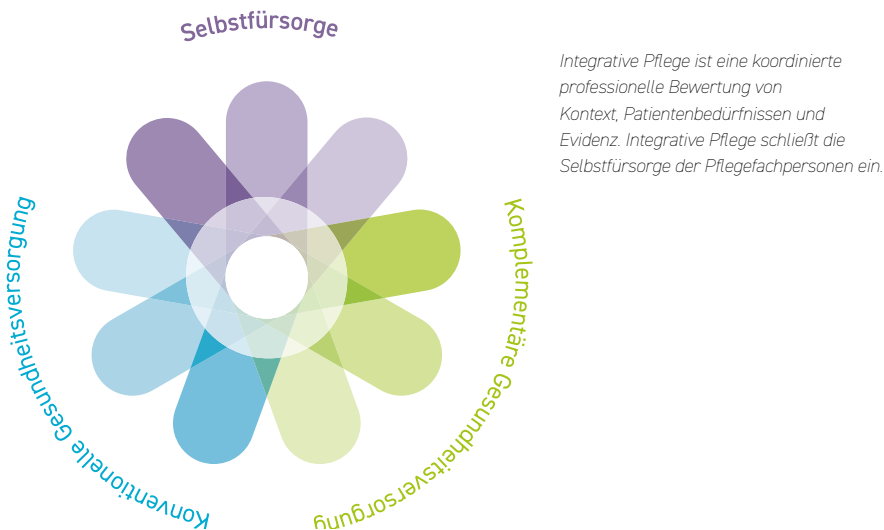


Abbildung 1: INES-Modell der Integrativen Pflege, inspiriert durch das Modell der Integrativen Medizin von Dr. Wayne Jonas ⁹.

Wie das INES-Modell veranschaulicht, werden in der integrativen Pflege und Gesundheitsversorgung zwei oder mehr Pflegeparadigmen und Behandlungsmodalitäten kombiniert, die aus einer interdisziplinären und nicht hierarchischen Mischung aus konventioneller und evidenzbasierter komplementärer, nicht-pharmakologischer Gesundheitsversorgung bestehen. Mit Hilfe des integrativen Ansatzes wird die Pflegefachperson in der Lage sein, die Überschneidungen der drei Bereiche im INES-Modell zu verstehen, zu steuern, zu interagieren und zu reflektieren. Die Pflegefachperson wird wissen, wann und warum sie die Bereiche trennen und kombinieren und wann sie sie als Ganzes betrachten sollte. Integrative Pflegefachpersonen betreuen Patient*innen auf der Grundlage ihrer Kompetenzen als qualifizierte

Pflegefachperson und fügen gleichzeitig Kompetenzen in Bezug auf relevante komplementäre nicht pharmakologische Interventionen und/oder Kenntnisse zur Information der Patient*innen über relevante nicht-pharmakologische Interventionen hinzu.

Die integrative Pflege basiert auf der Achtung und Offenheit gegenüber der Autonomie, den Entscheidungen, der eigenen Gesundheitsfürsorge und dem Lebensstil der Patient*innen, wie in den oberen violetten Blütenblättern des INES-Modells dargestellt. Dies bedeutet, dass die formale hierarchische Struktur zwischen Pflegefachperson und Patient*innen abgeschwächt wird, während die Kommunikation und Zusammenarbeit verbessert wird.

Eine integrative Pflegefachperson kann mit den Patient*innen über evidenzbasierte Empfehlungen sprechen und die Patient*innen darüber informieren, welche komplementären, nicht-pharmakologischen Maßnahmen angewandt werden können bzw. welche Maßnahmen kontraindiziert sind. Dies steht im Gegensatz zu Situationen, in denen Patient*innen Informationen zurückhalten und auf eigene Faust entscheiden alternative Behandlungsmethoden mit der konventionellen Medizin zu kombinieren, was in bestimmten Fällen zu unerwünschten Nebenwirkungen führt. Integrative Pflege trägt nicht nur zu einer besseren Pflege bei, sondern hilft auch, Risiken im Rahmen eigener Interventionen zu minimieren.

Das INES-Modell richtet sich an Pflegefachpersonen in einem spezifischen klinischen Kontext. Das INES-Modell kann für angehende Pflegefachpersonen auf verschiedenen Ebenen, entsprechend ihres Lernstands, zum Verständnis der integrativen Pflege als Anleitung dienen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, integrative Pflege:

- Besteht aus einer interprofessionellen und nicht-hierarchischen Mischung aus konventionellen und evidenzbasierten komplementären nicht-pharmakologischen Pflege- und Gesundheitsinterventionen.
- Bezieht Selbstpflegepraktiken von Pflegefachpersonen in die Arbeits- und Alltagswelt ein.

1.2 LERNZIELE

Lernziele sind Beschreibungen des spezifischen Wissens, der Fähigkeiten oder des Fachwissens, das Lernende durch gezielte Lernaktivität erlangen. Die INES-Lernziele (Anhang 2) wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege durch die Delphi-Methode validiert ¹⁰. Für dieses Kapitel werden die folgenden Lernziele vorgeschlagen.

Wissen

- ✓ Anwendung allgemeiner Kenntnisse über KPI und integrative Pflege.

Verantwortung und Autonomie

- ✓ Anwendung eines ganzheitlichen und integrativen Ansatzes in Bezug auf grundlegende pflegerische und klinische Entscheidungen in nicht-komplexen Patientensituationen.

1.3 FALLBEISPIELE

Anwendung eines ganzheitlichen und integrativen Ansatzes in Bezug auf grundlegende pflegerische Fallbeispiele werden eingesetzt, um die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten zu fördern, einen expliziten Praxisbezug herzustellen und Lehrende in der didaktischen Gestaltung ihrer Lehre zu inspirieren. Sie verbinden anschauliche Situationsbeschreibungen mit den zugrunde liegenden konzeptionellen Grundlagen integrativer Pflege und machen deren systematische Einbettung in professionelles Handeln nachvollziehbar. Die verwendeten Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis und aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es bleibt den Lehrenden überlassen, wie sie bzw. er, sie am besten einsetzt, je nach kulturellem und pädagogischem Kontext. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen.

FALLBEISPIEL 1 ~ Integrative Pflegepraxis auf Expertenebene

Pflegefachperson Ida trifft eine 19-jährige Frau und ihre Mutter in der psychiatrischen Abteilung, in die die junge Frau kürzlich eingewiesen wurde. Die junge Frau hat sich mit einem Computerspiel isoliert, in dem sie sich lieber "aufhält" als in der realen Welt. Oft liegt sie im Bett in der Embryohaltung und äußert sich gegenüber ihrer Mutter und anderen Personen sehr abfällig. Sie hat sich seit mehreren Tagen weder gewaschen noch ein Deodorant benutzt, und ihr Zimmer riecht übel. Ida spürt, dass in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter etwas ganz und gar nicht stimmt und dass sie sich eigentlich gegenseitig vermissen. In einer Spätschicht sitzt die Mutter im Flur mit ihrem Laptop (wie so oft) und die Tochter im Zimmer mit ihrem Laptop. Für Ida sind Körper und Geist eng miteinander verbunden, und sie überlegt daher, wie sie mit einem integrativen Ansatz sowohl die junge Frau als auch die Mutter betreuen kann. Ida ist der Meinung, dass eine körperliche Erfahrung Potenzial für Wohlbefinden und Entlastung der Spannungen zwischen den beiden hat.

Ida fragt Tochter und Mutter, ob es in Ordnung wäre, einen Impuls zu Massageölen zu geben. Beide willigen ein. Ida sagt: "Ich hole euch zwei Schüsseln mit heißem Wasser und ätherischen Ölen". Ohne viel zu reden, bietet Ida zunächst der Mutter ein Fußbad an, und nach einer Weile folgt auch die Tochter. Anstatt mit der intellektuellen und wortgewandten Mutter über das Angebot zu diskutieren, entscheidet sich Ida dafür, sie durch das Erleben der Maßnahme zu führen: Versucht, die Augen zu schließen - konzentriert euch auf eure Füße - spürt". Der Geruch von duftendem Öl erfüllt den Raum. Nach 30 Minuten sitzen Mutter und Tochter eng beieinander, ohne auf soziale Medien zuzugreifen oder ihre Laptops zu benutzen. Ida sagt zur Tochter: "Ich möchte deine Füße abtrocknen und massieren, und eigentlich ist es für mich am besten, wenn du dich auf dein Bett legst". Bisher hat sie Körperkontakt und Hilfe bei der Hygiene verweigert, aber jetzt darf Ida ihre Füße mit langsamen, rhythmischen Bewegungen massieren. Sie sprechen darüber, wie weich die Füße sind und wie das Massageöl für Entspannung sorgt. Die Fußbäder brachten für den Moment Ruhe und Präsenz, und Mutter und Tochter machten eine gemeinsame Erfahrung, bei der die Tochter Fürsorge annehmen konnte, ohne diese abzuwehren.

1.4 DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hiim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden. Wir schlagen in diesem Kapitel vor, den Lernenden das INES-Modell vorzustellen, um ein Verständnis für integrative Pflege in Europa auf der Grundlage bestehender Definitionen von integrativer Pflege und integrativer Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Lernbedingungen: Die Lernbedingungen für diese Lektionen richten sich danach, auf welchem Lernstand sich die Lernenden befinden. Im letzten Ausbildungs- oder Studienjahr sind angehende Pflegefachpersonen mit den allgemeinen Kompetenzen im Rahmen des Lehrplans vertraut, z. B. mit Pflegetheorien, Ethik und klinischer Entscheidungsfindung. Sie verfügen über klinische Erfahrungen und mögliche Beispiele für nicht-pharmakologische Interventionen, auf die sie zurückgreifen können. Jüngere Lernende sind möglicherweise offener für einen anderen Ansatz in der Pflege. Auch sind die Voraussetzungen der Lernenden für das Verständnis und die Reflexion über Paradigmen im Gesundheitswesen zu berücksichtigen.

Umfeld: Möglichkeiten oder Einschränkungen in Bezug auf z. B. Lehrplan, Räumlichkeiten und verfügbare Lehr- und Lernmaterialien. Die Lehreinheiten sind für klassische Präsenzvorlesungen geeignet, da die theoretischen Inhalte von den Lehrenden sinnvoll aufgearbeitet und strukturiert werden können. Die Lehre auf Grundlage dieses Kapitels kann aber auch online stattfinden. Die Inhalte lassen sich als einzelne Lehreinheiten oder als Einführung in einen Kurs organisieren. Das INES-Modell strukturiert Ansätze in der integrativen Pflege und bildet den Rahmen für die Kapitel in diesem Handbuch. Da verschiedene Kapitel für eine bestimmte Lehrveranstaltung gewählt werden können, bilden diese auch den Rahmen.

Ziele: Relevant aus dem INES- Lernendenprofil und von einem Expertengremium als angemessen bewertet wurden die Ziele "Anwendung allgemeiner Kenntnisse über KPI und integrative Pflege" und "Anwendung eines ganzheitlichen und integrativen Ansatzes in Bezug auf grundlegende pflegerische und klinische Entscheidungen in nicht-komplexen Patientensituationen". Beide Lernziele sind nach der Bloom'schen Taxonomie auf der dritten Stufe angesiedelt. Die angehenden Pflegefachpersonen sollen Informationen verstehen und in neuen Situationen anwenden. Das bedeutet, dass diese Lektionen darauf abzielen, dass die Lernenden in der Lage sind, faktisches und theoretisches Wissen über integrative Pflege und komplementäre Interventionen anzuwenden. In Bezug auf Verantwortung und Autonomie wird ein Fokus auf nicht-komplexe Versorgungssituationen gesetzt, wobei die Verantwortung und Autonomie für Pflegefachpersonen auf die Entscheidungsfindung in unvorhersehbaren Situationen abzielt. Dies zeigt, dass eine Lehrveranstaltung über integrative Pflege einen Prozess in Gang setzen kann, der die Lernenden in die Lage versetzt, spezifische komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen in konkreten und begrenzten Pflegesituationen zu integrieren.

Die ausgewählten Ziele sollten in Kombination mit relevanten Lektionen aus diesem Lehrhandbuch betrachtet werden und können für diese spezifischen Lektionen operationalisiert werden, z.B.

- ✓ Die Lernenden sind in der Lage, Definitionen der integrativen Pflege und des INES-Modells der integrativen Pflege zu verstehen.
- ✓ Die Lernenden sind in der Lage, ausgewählte Pflegesituationen zu analysieren und für einen integrativen Ansatz zu argumentieren.

Inhalt: Je nach Umgebung, Lehr- und Lernmaterialien und Lernvoraussetzungen der Lernenden können für diese Lektionen verschiedene theoretische Ansätze gewählt werden. Inspirationen finden Sie im Abschnitt über Lehr- und Lernmaterialien. Vorschläge sind in Tabelle 1 aufgeführt.

TABELLE 1 Vorschläge für die Lehrveranstaltungen vor, während und nach einer Lerneinheit: 1) Vor der Lehrveranstaltung 2) Während der Lehrveranstaltung 3) Gruppenarbeitsphase 4) Nachbereitung der Gruppenarbeitsphase	
1	• Empfohlene Literatur: Mary Jo Kreitzers Artikel über "Integrative Nursing" ³ und/oder das webbasierte Material ¹¹ • Relevante Vorbereitung: Länderspezifische Definitionen von Komplementär- und Alternativmedizin und -pflege • Bitten Sie die Lernenden, vor der Lehrveranstaltung ihre unmittelbaren Überlegungen zur integrativen Pflege aufzuschreiben
2	• Vortrag über Definitionen und das INES-Modell der integrativen Pflege und länderspezifische Perspektiven • Erleichtern Sie den Dialog mit den Lernenden über ihre unmittelbaren Gedanken und Überlegungen • Ausgewählte Fälle, die zeigen, dass klinische Entscheidungen, die das INES-Modell und den Kreis der integrativen Pflege widerspiegeln, ihre Form und Größe verändern können
3	• Lernaufgabe: Gruppenbasierte Analysen zur Anwendung des INES-Modells in spezifischen Patientensituation, um mögliche Unterschiede zwischen konventioneller und integrierter Pflege aufzuzeigen • (von Lehrenden unterstützt oder von den Lernenden gesteuert)
4	• Präsentation und Diskussion der Ergebnisse aus der Gruppenarbeitsphase

Lernprozess: Der vorgeschlagene Inhalt impliziert einen Wechsel zwischen induktiven und deduktiven Lehrmethoden. Die selbstständige Vorbereitung und die Wiederholung des Materials durch Lehrende, zusammen mit moderierten Analysen und Diskussionen, schaffen Möglichkeiten für vertieftes Lernen. Integrative Pflege ist in vielen europäischen Ländern ein relativ unbekanntes Phänomen, und es wird den Lernprozess der Lernenden unterstützen, wenn sie ihre klinischen Erfahrungen einbeziehen, z. B. über den Einsatz nicht-pharmakologischer Interventionen und deren Bezug zur integrativen Pflege und dem INES-Modell. Wenn die Lernenden aktiv an der Kombination eines theoretischen und praktischen Ansatzes zur integrativen Pflege beteiligt sind, wird dies den Lernprozess unterstützen.

Vorschläge für die Evaluation der Lehreinheit

- ✓ Ein kleiner summativer Test, der den Lernenden zeigt, ob sie den Inhalt des INES-Modells und die Definition der integrativen Pflege verstanden haben.
- ✓ Formatives Feedback von der Lehrperson, wenn beispielsweise Gruppenarbeiten präsentiert werden.
- ✓ Lernaufgaben/Arbeitsaufträge mit Analyse eines Falles und damit verbundenen Vorschlägen zur Anwendung der integrativen Pflege (formative und summative Beurteilung).
- ✓ Peer-Feedback von Mitlernenden bei Gruppenarbeiten.

1.5 VORSCHLÄGE FÜR LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Lehr- und Lernmaterialien

Im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien" finden Sie die im Text verwendeten Referenzen und Vorschläge für weitere Informationsquellen, wie Websites oder Videos. Diese werden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- 1 Wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (von Fachleuten geprüfte Artikel, Websites von Universitäten und Forschungszentren).
- 2 Berufliche Glaubwürdigkeit (Berufsverbände und renommierte Gesundheitseinrichtungen).
- 3 Das INES-Netzwerk.

Eine Einschränkung dieser Quellen ist, dass sie in englischer Sprache vorliegen, was bedeutet, dass viele andere vertrauenswürdige Veröffentlichungen in anderen Sprachen nicht aufgeführt sind. Wir ermutigen Lehrpersonen, auch Veröffentlichungen in ihrer eigenen Sprache zu verwenden und dabei die oben genannten ersten beiden Kriterien zu berücksichtigen.



Bücher, Referenz: 4, 9, 12

- Kreitzer M, Koithan, M. Integrative Nursing.
- Jonas W. How Healing Works: Get Well and Stay Well Using Your Hidden Power to Heal.
- Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. Complementary and alternative therapies in Nursing.



Websites:

- CAMbrella resources: <https://cam-europe.eu/library-cam/cambrella-research-reports/>
- WHO and traditional, complementary and integrative medicine: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1
- The U.S Department of Health and Human Services: National center for Complementary and Integrative Health: <https://www.nccih.nih.gov/>
- University of Minnesota: Center for Spirituality & Healing: <https://csh.umn.edu/academics/focus-areas/integrative-nursing>
- The International Learning Collaboration: The Fundamental of Care Framework: <https://ilccare.org/resource/the-fundamentals-of-care-framework/>
- Norway's National Research Center in Complementary and Alternative Medicine: <https://nafkam.no/en>



Wissenschaftliche Artikel über Definitionen, Referenzen: : 1, 2, 6

- Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework.
- Frisch NC, Rabinowitsch D. What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review.
- Falkenberg T, Lewith G, Roberti di Sarsina P, von Ammon K, Santos-Rey K, Hok J, et al. Towards a pan-European definition of complementary and alternative medicine—a realistic ambition?



Wissenschaftliche Artikel über integrative und komplementäre Pflege, Referenzen: 3,13

- Kreitzer MJ. Integrative nursing: application of principles across clinical settings.
- Johannessen B. Why do Norwegian nurses leave the public health service to practice CAM?
- The Coursera platform (coursera.org), reference: 14 You can enroll in an online integrative nursing specialization offered by the University of Minnesota.

1.6 REFERENZEN

1. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. BMC Health Serv Res. 2004;4(1):15.
2. Frisch NC, Rabinowitsch D. What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review. J Holist Nurs. 2019;37(3):260-72.
3. Kreitzer MJ. Integrative nursing: application of principles across clinical settings. Rambam Maimonides Med J. 2015;6(2):e0016.
4. Kreitzer MJ, Koithan M. Integrative Nursing. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2019.
5. CAMbrella. The Roadmap for European CAM Research. 2012.
6. Falkenberg T, Lewith G, Roberti di Sarsina P, von Ammon K, Santos-Rey K, Hok J, et al. Towards a pan-European definition of complementary and alternative medicine—a realistic ambition? Forsch Komplementmed. 2012;19 Suppl 2:6-8.
7. Gunnarsdottir TJ, van der Heijden MJE, Busch M, Falkenberg T, Hansen T, van Dijk M, et al. What are nursing students taught about complementary therapies and integrative nursing? A literature review. European Journal of Integrative Medicine. 2022;52:102138.
8. van der Heijden MJE, Busch M, Gunnarsdottir TJ, Lunde A, Falkenberg T, van Dijk M. Educational courses on non-pharmacologic complementary interventions for nurses across Europe: The INES mapping pilot study. Nurse Educ Today. 2022;116:105419.
9. Jonas W. How Healing Works: Get Well and Stay Well Using Your Hidden Power to Heal. San Francisco Lorena Jones Books 2018.
10. Lunde A, Gunnarsdottir TJ, Busch M, van der Heijden MJE, Falkenberg T, van Dijk M, et al. Integrative nursing in Europe- a competency profile for nursing students validated in a Delphi study Nurse Educ Today. submitted
11. Healing Cfs. Integrative Nursing: Center for Spirituality & Healing, ; 2022 [Available from: <https://www.csh.umn.edu/education/focus-areas/integrative-nursing>.
12. Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. Complementary and Alternative Therapies in Nursing. 8th ed. New York Springer Publishing Company 2018.
13. Johannessen B. Why do Norwegian nurses leave the public health service to practice CAM? Complement Ther Clin Pract. 2009;15(3):147-51.
14. University of Minnesota. EINLEITUNG to Integrative Nursing Coursera.org; 2022 [Available from: <https://www.coursera.org/learn/integrative-nursing-EINLEITUNG> .



2 GUTE GRÜNDE FÜR INTEGRATIVE PFLEGE IN EUROPA

2.1 EINLEITUNG

Seit ihren frühesten Anfängen ist die Pflege eine holistische Disziplin mit dem Schwerpunkt auf pflegerische Fürsorge und Heilung. In diesem Kapitel wird aufgezeigt, warum es wichtig ist, angehenden Pflegefachpersonen die Grundlagen integrativer Pflege zu lehren (Kapitel 1) und wie der Rahmen der integrativen Pflege dabei helfen kann, einige der unten genannten Herausforderungen im Gesundheitssystem zu betrachten.

Gründe, warum integrative Pflege wichtig ist:

- 1 Pflegefachpersonen sollten wissen, dass die Allgemeinbevölkerung sowie Patient*innen zunehmend nicht-pharmakologische komplementäre Interventionen anwenden.
- 2 Es besteht ein dringender Bedarf an wirksamen und sicheren nicht-pharmakologischen Interventionen sowohl für hospitalisierte Menschen wie auch für Menschen mit chronischen Erkrankungen.
- 3 Pflegefachpersonen sollten ermutigt werden, Strategien zur Selbstpflege und Selbstfürsorge anzuwenden, um ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu fördern.
- 4 Integrative Pflege hilft Pflegefachpersonen, sich zu erholen.
- 5 Pflegefachpersonen spielen eine wichtige Rolle bei der Bewältigung der Herausforderungen der Nachhaltigkeit und des Schutzes unseres Planeten.

2.2 LERNZIELE

Lernziele sind Beschreibungen des spezifischen Wissens, der Fähigkeiten oder des Fachwissens, das Lernende durch gezielte Lernaktivität erlangen. Die INES-Lernziele (Anhang 2) wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege durch die Delphi-Methode validiert¹. Für dieses Kapitel werden die folgenden Lernziele vorgeschlagen.

Wissen

- ✓ Anwendung allgemeiner Kenntnisse über komplementäre Interventionen und integrative Pflege.
- ✓ Verständnis ausgewählter komplementärer und nicht-pharmakologischer Interventionen sowie deren Evidenz und Sicherheit.

Fertigkeiten

- ✓ Bereitstellung allgemeiner Informationen für Patient*innen und Kolleg*innen über relevante komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen.
- ✓ Die Autonomie und die Wünsche der Patient*innen in Bezug auf komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen anerkennen.

Verantwortung und Autonomie

- ✓ Anwendung eines ganzheitlichen und integrativen Ansatzes in Bezug auf grundlegende pflegerische und klinische Entscheidungen in nicht-komplexen Patientensituationen.

2.3 FÜNF GRÜNDE FÜR DIE BEDEUTUNG DER INTEGRATIVEN PFLEGE UND DER DAMIT VERBUNDENEN FALLBEISPIELE

Fallbeispiele werden eingesetzt, um die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten zu fördern, einen expliziten Praxisbezug herzustellen und Lehrende in der didaktischen Gestaltung ihrer Lehre zu inspirieren. Sie verbinden anschauliche Situationsbeschreibungen mit den zugrunde liegenden konzeptionellen Grundlagen integrativer Pflege und machen deren systematische Einbettung in professionelles Handeln nachvollziehbar. Die verwendeten Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis und aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es bleibt den Lehrenden überlassen, wie sie bzw. er, sie am besten einsetzt, je nach kulturellem und pädagogischem Kontext. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen.

BEGRÜNDUNG 1 | Popularität von nicht-pharmakologischen komplementären Interventionen innerhalb der Allgemeinbevölkerung

Einer der Grundsätze der integrativen Pflege besteht darin, dass sie das gesamte Spektrum der therapeutischen Modalitäten einsetzt, wobei je nach Bedarf von der geringsten bis zur höchsten Intensität vorgegangen wird. Zu diesen Modalitäten gehören nicht-pharmakologische Interventionen und komplementäre Interventionen. Ein systematisches Review von 49 in 15 Ländern durchgeführten Erhebungen ergab, dass die Nutzung von Komplementär- und Alternativmedizin zwischen 9,8 % und 75 % in der Bevölkerung schwankt². Mehrere Studien belegen die Beliebtheit komplementärer Interventionen in der Allgemeinbevölkerung in ganz Europa, was darauf hindeutet, dass die Patient*innen bereits schonenderen Behandlungen suchen^{2,3}. Die Beliebtheit solcher Behandlungen in der Allgemeinbevölkerung ist einer der Gründe, warum es wichtig ist, angehenden Pflegefachpersonen integrative Pflege zu lehren.

Das Pflegepersonal muss in der Lage sein, Anleitung und Informationen über KPI zu geben (siehe Kapitel 11). Pflegefachpersonen sollten Patient*innen fragen, ob sie nicht-pharmakologische Maßnahmen und KPI anwenden und zu welchem Zweck. So ist es beispielsweise wichtig zu wissen, ob jemand Phytotherapeutika oder Nahrungsergänzungen verwendet, da diese mit der regulären Medikation interagieren oder Nebenwirkungen haben können. Sie sollten auch in der Lage sein, KPI zu empfehlen, wenn sie glauben, dass diese zur Linderung der Symptome oder zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen können. Für einige Zielgruppen wurden klinische Leitlinien für den Einsatz von nicht-pharmakologischen und komplementären Interventionen entwickelt. Es ist wichtig, dass Pflegefachpersonen mit diesen Informationen vertraut sind. Ein Beispiel sind die klinischen Praxisleitlinien zum evidenzbasierten Einsatz integrativer Intervention während und nach einer Brustkrebsbehandlung⁴.

FALLBEISPIEL 1 ~ Komplementäre Interventionen und Brustkrebs

Während der klinischen Lehrveranstaltungen übt eine angehende Pflegefachfrau auf der Station für chirurgische Onkologie mit ihrer Pflegepädagogin, wie sie eine Frau auf eine Mastektomie vorbereitet. Die Frau sagt, sie habe große Angst vor der Operation. Obwohl sie Medikamente zur Bewältigung ihrer Angst nimmt, fragt sie, ob die angehende Pflegefachfrau und die Pflegepädagogin andere Interventionen kennen, die für Frauen mit Brustkrebs empfohlen werden. Die angehende Pflegefachfrau hat sich über komplementäre Maßnahmen informiert und Leitlinien über diese Interventionen für Brustkrebspatientinnen gelesen. Sie schlägt sie nach und geht am nächsten Tag mit der Patientin die empfohlenen Interventionen durch. Darunter sind auch geistig-körperliche Interventionen wie Meditation, Entspannung und Massage. Die Patientin ist daran interessiert, einige dieser Interventionen auszuprobieren.

BEGRÜNDUNG 2 | Bedarf an mehr, wirksamen und sicheren nicht-pharmakologischen Interventionen

Das Durchschnittsalter der Weltbevölkerung wächst stetig. Heute können die meisten Menschen davon ausgehen, dass sie mindestens 60 Jahre oder älter werden. In allen Ländern der Welt nehmen sowohl die Anzahl als auch der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung zu. Mit dem Alter kommen häufige Gesundheitsstörungen wie Arthrose, Diabetes, Depression, Arteriosklerose und Demenz. Das höhere Alter ist auch durch das Auftreten verschiedener komplexer Gesundheitszustände gekennzeichnet, die gemeinhin als geriatrische Syndrome bezeichnet werden. Nicht nur die Alterung der Bevölkerung führt zu einer Zunahme chronischer Krankheiten und Leiden. Auch Veränderungen im gesellschaftlichen Verhalten tragen zu einer stetigen Zunahme dieser häufigen und kostspieligen langfristigen Gesundheitsprobleme bei.

Die derzeitigen Behandlungen von Krankheiten und Symptomen sind in erster Linie pharmakologisch. Pflegefachpersonen sollten über andere Interventionen wie nicht-pharmakologische Maßnahmen Bescheid wissen, die dazu beitragen können, die Lebensqualität der Patient*innen zu erhalten oder zu verbessern und die Belastung durch Symptome zu verringern. Nicht-pharmakologische Maßnahmen und ergänzende Interventionen wie Massagen, Atemübungen und Musikinterventionen haben sich als sicher und wirksam bei der Linderung von Schmerzen, der Verringerung von Angstzuständen und der Verbesserung des Schlafs erwiesen (siehe Kapitel 10).

FALLBEISPIEL 2 ~ Arthritis und Lebensstil

Jürgen Schmidt ist ein 65-jähriger Mann, der an Arthritis leidet und starke Schmerzen hat. Sein Arzt hat ihm Medikamente verschrieben, aber obwohl sie seine Schmerzen lindern, fühlt er sich etwas schläfrig. Deshalb sucht er nach anderen Möglichkeiten, um sich besser zu fühlen. Herr Schmidt wendet sich an eine Pflegefachfrau, die ihn ermutigt, heiße Bäder zu nehmen und Übungen im Wasser zu machen. Zudem schlägt sie ihm vor, ein Tagebuch zu führen, um herauszufinden, welche Dinge oder Handlungen in seinem Tagesablauf dazu führen, dass er sich schlechter fühlt und welche dazu, dass er sich besser fühlt. Nach einigen Wochen beginnt Herr Schmidt, weniger Schmerzen zu empfinden, und daraufhin reduziert er die Einnahme von Analgetika. Er ernährt sich gesünder und achtet mehr darauf, sich nicht überanzustrengen.

BEGRÜNDUNG 3 | Ermutigung der Pflegefachpersonen zur Anwendung von Selbstpflegestrategien

Es erscheint selbstverständlich: Die eigene Selbstfürsorge und Selbstpflege hat oberste Priorität, bevor andere angemessen versorgt werden können. Die Sicherheitsvorschriften in Flugzeugen werden manchmal als Beispiel herangezogen: Setzen Sie erst die Sauerstoffmaske auf und kümmern Sie sich dann um Ihre Kinder. Aber wie lässt sich diese Regel im wirklichen Leben und bei der Arbeit befolgen? Wir müssen uns um uns selbst kümmern, wenn wir uns um andere kümmern wollen⁹. Für Pflegefachpersonen kann das von kleinen Dingen wie ausreichend Wasser trinken während der Arbeit bis hin zu größeren Dingen wie der Beendigung ungesunder Gewohnheiten im Privatleben reichen. Pflegefachpersonen sollten auch über ihre eigene Gesundheit während der Arbeit nachdenken und versuchen Stress zu reduzieren (siehe Kapitel 3).

FALLBEISPIEL 3 ~ Stress und Ernährung

Anna, eine angehende Pflegefachfrau, erlebt im dritten Studienjahr vermehrt Stress bei Aufgaben und Prüfungen. In diesem Jahr lernt sie etwas über integrative Pflege, und letzte Woche sprachen die Lernenden im Kochclub darüber, wie wichtig es ist, sich gesund zu ernähren, und wie Nahrung Stress beeinflussen kann. Sie sprachen auch darüber, wie ein gesundes Leben geführt werden kann und wie Methoden (Bsp.: Yoga und Sport) angewendet werden können. Anna beschließt, einige Übungen zu machen sowie den Zuckerkonsum zu reduzieren und mehr Gemüse zu essen.

BEGRÜNDUNG 4 | Unterstützung von Pflegefachpersonen bei der Regeneration

Von Anfang an war die professionelle Pflege eine holistische Disziplin, die sich auf Pflege und Heilung konzentriert hat ⁹. Die Gesundheitssysteme von heute sind kompliziert, vielfältig und anspruchsvoll. Das Gesundheitssystem ist angesichts der wachsenden Zahl älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen belastet. In vielen Teilen der Welt gibt es einen Mangel an Pflegefachpersonen. Die Verantwortung und die Anforderungen an die Profession Pflege führen häufig dazu, dass sie weniger Zeit für die grundsätzliche/eigentliche Versorgung der Patient*innen haben, da sie viel Zeit für die Dokumentation und Verwaltung aufwenden müssen. Stress im Gesundheitssystem belastet auch Pflegefachpersonen, und die Zahl der Fälle von Burnout unter Pflegekräften nimmt zu ¹⁰. Es ist eine Herausforderung, diese Situation zu ändern. Integrative Pflege bietet den Pflegefachpersonen Möglichkeiten, die zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung im klinischen Umfeld beitragen können. Die integrative Pflege spricht auch Pflegefachpersonen an, die ihren Beruf im Einklang mit ihren persönlichen Werten und der Leidenschaft ausüben möchten, die sie zur Pflege berufen hat ¹¹, und trägt dazu bei, die Freude an der pflegerischen Tätigkeit wiederzubeleben ⁹.

FALLBEISPIEL 4 ~ Komplementäre Interventionen in der Altenpflege

*Ein Zitat einer Pflegefachfrau, die in einem Pflegeheim arbeitet, über den Einsatz von ergänzenden Maßnahmen oder Ablenkungsaktivitäten für ältere Menschen: "Ich finde es wichtig, meinen Mitarbeiter*innen zu zeigen, dass es nicht immer möglich ist, Dinge mit Medikamenten für Menschen mit Demenz zu regeln. Das ist einfach eine Tatsache, vor allem, wenn wir uns um schwierige, wütende und unruhige Personen kümmern. Gerade dann kann es besser sein, ergänzende Maßnahmen wie Musik oder Aktivitäten zu nutzen, um die Person abzulenken, oder die Aufmerksamkeit auf Tätigkeiten zu lenken, wie den Tisch zu decken, Pfannkuchen zu backen etc. um der betroffenen Person adäquat zu helfen."*

BEGRÜNDUNG 5 | Nachhaltigkeit und planetare Gesundheit

Gesundheit und Krankheit betreffen jeden Menschen auf diesem Planeten. In dem Maße, wie die Welt immer stärker vernetzt ist, nehmen auch die Probleme im Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsversorgung zu. Wie wir auf globaler Ebene miteinander interagieren, mit den Tieren um uns herum und mit unseren globalen natürlichen Ressourcen, wirkt sich darauf aus, wie wir das Leben auf lokaler Ebene erleben. Die COVID-19-Pandemie ist das jüngste Beispiel dafür.

Im Jahr 2015 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen einstimmig die siebzehn Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals - SDGs), die alle Länder auffordern, bis 2030 die Armut zu beenden, Ungleichheit zu beseitigen und den Klimawandel zu bekämpfen. <https://sdgs.un.org/goals>. Wie die frühe Arbeit von Florence Nightingale betonen auch die SDGs die Bedeutung eines gesunden Lebensumfelds, guter sanitärer Einrichtungen und sauberen Trinkwassers. Darüber hinaus nimmt die Bildung für alle einen wichtigen Platz in den SDGs ein. In allen Arbeitsbereichen

können Pflegefachpersonen zur Förderung eines nachhaltigen Lebensstils und einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung beitragen, sowohl auf lokaler als auch auf globaler Ebene. Zum Beispiel können sie bei der Erhebung von Daten über Lebensqualität und Wohlbefinden helfen. <https://efn.eu/>

Die integrative Pflegeperspektive fordert uns auf, von einer "wirzentrierten" Haltung zu einer "planetenzentrierten" Position überzugehen. Wie Rosa et al. sagen: "Es ist notwendig, unsere Fähigkeit zum Mitgefühl zu erweitern, um die transkulturellen und transnationalen Bedürfnisse unseres globalen Dorfes sowie die Erfahrungen von Tieren und Arten, die unzähligen Ökosysteme und natürlichen Ressourcen, auf die wir angewiesen sind, und die planetare Gesundheit als Ganzes einzubeziehen [Eigene Übersetzung]" ¹². Die integrative Pflegefachperson könnte die planetare Gesundheit unterstützen, indem sie das Bewusstsein schärft und gemeinsam mit anderen Berufsgruppen nachhaltige Aktionspläne initiiert.



World Health Organization¹³

FALLBEISPIEL 5 ~ Freiwilliges Engagement für das Wohlbefinden der Gemeinschaft

John, Pflegestudent und Aktivist, interessiert sich für die Konzepte der integrativen Pflege. Er möchte Nachhaltigkeit in sein Leben integrieren und dies auch zu einem Bestandteil seines zukünftigen Berufs als Pflegefachperson machen. John erkennt die Bedeutung des Wohlbefindens der Gemeinschaft und beginnt, sich ehrenamtlich zu engagieren. Er arbeitet mit psychiatrischen Pflegefachpersonen zusammen, die obdachlose Menschen betreuen, versorgt sie mit Lebensmitteln und unterstützt bei der Medikamentengabe. Sein Freund Tom ist davon inspiriert und möchte am Programm „Man-Friend“ teilnehmen, das vom Roten Kreuz organisiert wird. Tom besucht Menschen, die einsam sind, liest ihnen vor und hilft im Haushalt. Zudem motiviert er weitere Schulfreunde, sich in einem Programm zur Unterstützung von Menschen mit Drogenproblemen zu engagieren.

2.4 DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hiim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge

für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden¹⁴. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden.

Lernbedingungen: Die Lernbedingungen für diese Lektionen hängen davon ab auf welchem Lernstand sich die Lernenden befinden und ob es sich um einen Pflicht- oder Wahlpflichtkurs handelt. Lernende im letzten Jahr sind mit den allgemeinen Kompetenzen innerhalb des Lehrplans der Pflege vertraut, wie z. B. Pflegetheorie, Ethik und klinische Entscheidungsfindung. Sie verfügen über klinische Erfahrungen und Beispiele für nicht-pharmakologische Interventionen, auf die sie zurückgreifen können. Jüngere Lernende sind möglicherweise offener für einen anderen Ansatz in der Pflege. Die Voraussetzungen der Lernenden für das Verständnis und die Reflexion über Paradigmen im Gesundheitswesen sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Umfeld: Möglichkeiten und Einschränkungen ergeben sich beispielsweise in Bezug auf Curriculum, Unterrichtsform und verfügbare Ressourcen. Diese Unterrichtseinheiten eignen sich besonders für klassische Präsenzveranstaltungen, da der theoretische Inhalt von Lehrenden im Vorfeld strukturiert und vermittelt werden kann. Dieses Kapitel kann jedoch auch online umgesetzt werden. Die Inhalte lassen sich sowohl in einzelne Unterrichtseinheiten gliedern als auch als Einführung in einen Kurs gestalten.

Ziele: Die Lernziele sind gemäß der Bloom'schen Taxonomie auf der dritten Stufe angesiedelt. Die Lernenden sollen Informationen verstehen und in neuen Situationen anwenden können. Das bedeutet, dass diese Lektionen in Bezug auf das Wissen darauf abzielen, dass die Lernenden in der Lage sind, faktische und theoretische Prinzipien über integrative Pflege und KPI anzuwenden. In Bezug auf Verantwortung und Autonomie wird ein Fokus auf nicht-komplexe Versorgungssituationen gesetzt, wobei die Verantwortung und Autonomie für Pflegefachpersonen auf die Entscheidungsfindung in unvorhersehbaren Situationen abzielt. Dies bedeutet, dass ein Kurs für angehende Pflegefachpersonen über integrative Pflege einen Prozess in Gang setzen kann, der die Lernenden in die Lage versetzt, spezifische komplementäre nicht-pharmakologische Interventionen in konkreten und begrenzten Pflegesituationen zu integrieren. Sie sollten in der Lage sein, einen ganzheitlichen Ansatz unter Berücksichtigung ausgewählter nicht-pharmakologischer Interventionen anzuwenden. .

TABELLE 1 Vorschläge für die Lehrveranstaltungen vor, während und nach einer Lerneinheit:

1) Vor der Lehrveranstaltung 2) Während der Lehrveranstaltung
3) Gruppenarbeitsphase 4) Nachbereitung der Gruppenarbeitsphase

1

- Das National Institute of Health in den USA unterhält eine Website über komplementäre und integrative Gesundheit. www.nccih.nih.gov Die Lernenden werden ermutigt, sich nach Anweisung der Lehrperson auf dieser Website über komplementäre Gesundheitsprodukte und -praktiken zu informieren und sich auf die Diskussion in der Lehrveranstaltung vorzubereiten.
- Fragen Sie Freunde und Familienmitglieder, ob sie über NPIs oder KPI Bescheid wissen und ob sie Erfahrungen damit haben.
- Das Earl E. Bakken Center for Spirituality and Healing gibt ein Beispiel dafür, wie man sein Denken über die Gesundheit des Planeten ändern kann: <https://www.takingcharge.csh.umn.edu/change-your-thinking-about-planetary-health>

TABELLE 1 Vorschläge für die Lehrveranstaltungen vor, während und nach einer Lerneinheit: 1) Vor der Lehrveranstaltung 2) Während der Lehrveranstaltung 3) Gruppenarbeitsphase 4) Nachbereitung der Gruppenarbeitsphase	
2	• Nach der Lektüre von Fallbeispiel 1 (KPI und Brustkrebs) konnten die Lernenden reflektieren und analysieren: • Was sind die empfohlenen Leitlinien für komplementäre Interventionen für Brustkrebspatient*innen? (Geben Sie allgemeine Informationen und spezifische Gesundheitsansätze und suchen Sie auch nach Wissen). • Welche Wünsche haben Patient*innen in Bezug auf komplementäre Interventionen und welche Überlegungen haben Sie in Bezug auf die Wünsche der Person und ihrer Selbstbestimmung?
3	• Diskussionsgruppe: Die Lernenden werden ermutigt, sich mit den Nachhaltigkeitsrichtlinien und -grundsätzen ihrer Pflegeeinrichtungen zu befassen. Die Beobachtungen können als Thema für Gruppendiskussionen unter den Lernenden dienen. Sie können darüber nachdenken, wie sie ihre Rolle in diesem Bereich sehen.
4	• Die Lernenden denken darüber nach, wie sie für sich selbst sorgen wollen. Sie werden ermutigt, drei Wochen lang etwas an ihrem Lebensstil zu ändern und darüber in einem Tagebuch zu berichten.

Lernprozess: Der vorgeschlagene Inhalt impliziert einen Wechsel zwischen induktiven und deduktiven Lehrmethoden. Die selbstständige Vorbereitung und die Wiederholung des Materials durch Lehrende, zusammen mit moderierten Analysen und Diskussionen, schaffen Möglichkeiten für vertieftes Lernen. Integrative Pflege ist in vielen europäischen Ländern ein relativ unbekanntes Phänomen, und es wird den Lernprozess der Lernenden unterstützen, wenn sie ihre klinischen Erfahrungen einbeziehen, z. B. über den Einsatz nicht-pharmakologischer Interventionen und deren Bezug zur integrativen Pflege und dem INES-Modell. Wenn die angehenden Pflegefachpersonen aktiv an der Kombination eines theoretischen und praktischen Ansatzes zur integrativen Pflege beteiligt sind, wird dies den Lernprozess unterstützen.

Vorschläge für die Evaluation der Lerneinheit

- ✓ Ein kleiner summativer Test, der den Lernenden zeigt, ob sie den Inhalt des INES-Modells und die Definition der integrativen Pflege verstanden haben.
- ✓ Formatives Feedback von der Lehrperson, wenn die Gruppenarbeit präsentiert wird.
- ✓ Kleine Aufgabe mit Analyse eines Falles und damit verbundenen Vorschlägen zur Anwendung der integrativen Pflege (formative und summative Beurteilung).
- ✓ Peer-Feedback von anderen Lernenden in Gruppenarbeit.

2.5 VORSCHLÄGE FÜR LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien" finden Sie die im Text verwendeten Referenzen und Vorschläge für weitere Informationsquellen, wie Websites oder Videos. Diese werden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- 1 Wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (von Fachleuten geprüfte Artikel, Websites von Universitäten und Forschungszentren).
- 2 Berufliche Glaubwürdigkeit (Berufsverbände und renommierte Gesundheitseinrichtungen).
- 3 Das INES-Netzwerk.

Eine Einschränkung dieser Quellen ist, dass sie in englischer Sprache vorliegen, was bedeutet, dass viele andere vertrauenswürdige Veröffentlichungen in anderen Sprachen nicht aufgeführt sind. Wir ermutigen Lehrpersonen, auch Veröffentlichungen in ihrer eigenen Sprache zu verwenden und dabei die oben genannten ersten beiden Kriterien zu berücksichtigen.



Bücher, Referenzen: 9, 15

- Kreitzer MJ, Koithan M. Integrative Nursing.
- Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. Complementary and Alternative Therapies in Nursing.



Website:

- Das durch Erasmus finanzierte europäische NurSusTOOLKIT bietet kostenlose, evidenzbasierte Online-Ressourcen für den Rahmen für Nachhaltigkeitskompetenz in der Pflegeausbildung. Diese Materialien sind kostenlos und können individuell angepasst werden. Weitere Informationen finden Sie unter: <http://www.nursus.eu/>



Wissenschaftlicher Artikel über die Verbindung von Nachhaltigkeit und Pflege, Referenz: 16

- Dossey BM, Rosa WE, Beck DM. Nursing and the Sustainable Development Ziele: From Nightingale to Now.

2.6 REFERENZEN

1. Lunde A, Gunnarsdottir TJ, Busch M, van der Heijden MJE, Falkenberg T, van Dijk M, et al. Integrative nursing in Europe- a competency profile for nursing students validated in a Delphi study Nurse Educ Today. submitted
2. Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. Int J Clin Pract. 2012;66(10):924-39.
3. Kempainen LM, Kempainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. Scand J Public Health. 2018;46(4):448-55.
4. Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Hersman D, et al. Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. J Natl Cancer Inst Monogr. 2014;2014(50):346-58.
5. Boitor M, Gelinac C, Richard-Lalonde M, Thombs BD. The Effect of Massage on Acute Postoperative Pain in Critically and Acutely Ill Adults Post-thoracic Surgery: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Heart Lung. 2017;46(5):339-46.
6. Karbandi S, Hosseini SM, Masoudi R, Hosseini SA, Sadeghi F, Moghaddam MH. Recognition of the efficacy of relaxation program on sleep quality of mothers with premature infants. J Educ Health Promot. 2015;4:97.
7. Kuhlmann AYR, de Rooij A, Kroese LF, van Dijk M, Hunink MGM, Jeekel J. Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery. Br J Surg. 2018;105(7):773-83.
8. Quinn J. The integrated Nurse: Wholeness, Self-Discovery, and Self-Care. In: Kreitzer MJ, Koithan M, editors. Integrative Nursing 1st ed. New York Oxford University Press 2014. p. 17-32.
9. Kreitzer MJ, Koithan M. Integrative Nursing. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2019.
10. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. Hum Resour Health. 2020;18(1):41.
11. Kreitzer MJ. Integrative nursing: application of principles across clinical settings. Rambam Maimonides Med J. 2015;6(2):e0016.
12. Rosa WE, Upvall MJA, V.L. Integrative nursing and planetary health. In: Kreitzer MJ, Koithan M, editors. Integrative Nursing 2nd ed. New York Oxford University Press 2019. p. 612-20.
13. World Health Organization. Sustainable Development Ziele: World Health Organization, ; 2022 [Available from: <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/sustainable-development-goals>].
14. Hiim H, Hippe E. [Learning through experiences, understanding and action: A textbook in didactics]. Læring gennem oplevelse, forståelse og handling: En studiebog i didaktik. 2nd edition ed. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag; 2012.
15. Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. Complementary and Alternative Therapies in Nursing. 8th ed. New York Springer Publishing Company 2018.
16. Dossey BM, Rosa WE, Beck DM. Nursing and the Sustainable Development Ziele: From Nightingale to Now. Am J Nurs. 2019;119(5):44-9.





3 DIE INTEGRATIVE PFLEGEFACHPERSON UND DIE SELBSTPFLEGE /-FÜRSORGE

3.1 EINLEITUNG

In diesem Kapitel werden das Wesen der integrativen Pflegefachperson, die Selbstfürsorge und die Selbstreflexion betrachtet. Die integrative Pflegefachperson als Individuum wird in der gesamten Literatur über integrative Pflege ^{1,2} hervorgehoben und auch in einer Durchsicht der veröffentlichten Literatur über entsprechende Ausbildungsprogramme für angehende Pflegefachpersonen ³ betont. Integrative Pflege ist viel mehr als nur ein Tun, sie setzt auch eine bestimmte Art der Präsenz voraus. Grundlegend für diesen Ansatz ist das Bewusstsein der Pflegefachpersonen für die eigene Gesundheit und ihre Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstfürsorge. Einer der sechs von Kreitzer und Koithan vorgeschlagenen Grundsätze besagt, dass sich die integrative Pflege auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegenden und der von ihnen betreuten Menschen konzentriert ¹.

Pflegefachpersonen arbeiten oft unter stressbehafteten Rahmenbedingungen und haben dennoch eine Vorbildfunktion, wenn sie sich um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patient*innen kümmern. Die Selbstfürsorge als Mensch und Pflegefachperson steht in engem Zusammenhang mit der Fürsorge für Patient*innen. Der Prozess der Selbsterkenntnis dauert ein Leben lang. Dazu gehört der Wille, kontinuierlich zu wachsen und sich in kleinen, realistischen und machbaren Schritten zu verändern ⁴. Ziel dieses Kapitels ist es, einen Prozess der Selbstreflexion in Gang zu setzen und die Lernenden zu konkreten komplementären Interventionen und/oder nicht-pharmakologischen Interventionen anzuleiten, die im Zusammenhang mit der Selbstpflege hilfreich sind.

Die Präsenz der Pflegefachperson bei der Begegnung mit den Patient*innen ist für die integrative Pflege von wesentlicher Bedeutung. Präsenz bedeutet, dass man sich vor der Interaktion mit den Patient*innen wirklich öffnet und auf sie einstellt. Durch die Zentrierung wird die Pflegefachperson verfügbar und kann sich auf die Bedürfnisse der Patient*innen konzentrieren. Der Zentrierungsprozess wird als ein kurzer meditativer Prozess von 10 bis 20 Sekunden beschrieben, der darauf abzielt, Ablenkungen zu eliminieren. Dies kann außerhalb des Patientenzimmers kurz vor dem Betreten oder während der Händedesinfektion geschehen. Tiefes Atmen und Schließen der Augen können dabei helfen, sich zu zentrieren und von Ablenkungen zu befreien ⁵.

Die integrative Pflegefachperson:

- Ist sich eines ganzheitlichen Ansatzes bewusst und hat diesen verinnerlicht.
- Ist sich ihrer eigenen Werte bewusst und kann sich selbst reflektieren.
- Ist präsent, zentriert und sich der eigenen Energie bewusst.
- Nimmt eigene Körpersignale wahr und reagiert auf diese.
- Verbessert das Wohlbefinden, z. B. durch den Einsatz von Muskelentspannungstechniken.
- Hat einen gesunden Lebensstil in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Ruhe.

Die obigen Aussagen sind aus der Literatur und den INES-Daten abgeleitet und nicht nach Wichtigkeit geordnet. Außerdem sind die Aussagen normativ und beschreiben die ideale integrative Pflege und die Pflegefachperson. Examierte sowie angehende Pflegefachpersonen können sie als Orientierung nutzen. Die Literatur weist auf enge Zusammenhänge zwischen der eigenen physischen und psychischen Gesundheit der Pflegefachperson und ihrer Fähigkeit hin, Präsenz zu zeigen und einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen.

3.2 LERNZIELE

Lernziele sind Beschreibungen des spezifischen Wissens, der Fähigkeiten oder des Fachwissens, das Lernende durch gezielte Lernaktivität erlangen. Die INES-Lernziele (Anhang 2) wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege durch die Delphi-Methode validiert ⁶. Für dieses Kapitel werden die folgenden Lernziele vorgeschlagen.

Verantwortung und Autonomie

- ✓ Erkennen eigener Selbstfürsorgepraktiken in Arbeits- und Lebenssituationen.
- ✓ Demonstration von Autonomie in der kontinuierlichen persönlichen Arbeit mit eigenen Grenzen, der Fähigkeit zur Selbstreflexion und beruflicher Neugier.

3.3 FALLBEISPIELE

Fallbeispiele werden eingesetzt, um die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten zu fördern, einen expliziten Praxisbezug herzustellen und Lehrende in der didaktischen Gestaltung ihrer Lehre zu inspirieren. Sie verbinden anschauliche Situationsbeschreibungen mit den zugrunde liegenden konzeptionellen Grundlagen integrativer Pflege und machen deren systematische Einbettung in professionelles Handeln nachvollziehbar. Die verwendeten Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis und aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es bleibt den Lehrenden überlassen, wie sie bzw. er, sie am besten einsetzt, je nach kulturellem und pädagogischem Kontext. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen.

FALLBEISPIEL 1 ~ Aus der Sicht der integrativen Pflegefachpersonen

*Peter arbeitet in einer Ambulanz für Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden. Vor einer Konsultation nimmt sich Pflegefachmann Peter einige Sekunden Zeit, um sich zu konzentrieren, er atmet ein paar Mal tief durch und konzentriert sich darauf, präsent zu sein, wenn er die Tür öffnet. Im Sprechzimmer trifft Pflegefachmann Peter auf die junge Frau Lea, bei der ein körperliches Distress-Syndrom diagnostiziert wurde. Sie klagt über Schmerzen in Muskeln und Gelenken, Empfindungsstörungen und extreme Fatigue. Als integrative Pflegefachperson empfiehlt Peter den Patient*innen manchmal, Atemtechniken in Verbindung mit Zeichnen auszuprobieren. Peter leitet Lea nun zu Atemübungen an und bittet sie dann, zu zeichnen: "Wie würde Ihr Leben aussehen, wenn es eine Pflanze wäre?" Lea zeichnet einen verdorrten Baum mit einem abgebrochenen Ast. Anhand der Zeichnung erzählt sie von einer komplizierten Beziehung zu ihrer Mutter und einer Ausbildung, die sie nicht bewältigen kann. Peter nutzt die Zeichnung dann für ein Gespräch über Faktoren, die Lea belasten und ihr Leiden hervorrufen und aufrechterhalten könnten.*

*Peter weiß, dass er sein pflegerisches Handeln ständig reflektieren und sich auf die Autonomie und die Bedürfnisse der Patient*innen konzentrieren muss. Er muss seine Intuition nutzen und spüren, was die einzelne Person will - für Peter ist die integrative Pflege "ein zusätzliches Paar Ohren und Augen". Zum Feierabend fährt Peter mit dem Fahrrad nach Hause, denn das bedeutet Bewegung und eine geistige Auszeit vor den familiären Verpflichtungen.*

FALLBEISPIEL 2 ~ Aus der Sicht von angehenden Pflegefachpersonen, die einen Kurs über integrative Pflege besuchen

Zwei angehende Pflegefachfrauen, Nanna und Maria, berichten über ihre Erfahrungen mit einem 6-wöchigen Wahlfachkurs über integrative Pflege. Beide fanden diesen Kurs spannend, insbesondere den "praktischen Lehrveranstaltungen", bei dem erfahrene Pflegefachpersonen einen integrativen Ansatz demonstrierten. Die Lernenden erlebten körperlich, wie Energieübungen für Wohlbefinden sorgen: "Das war der beste Tag überhaupt", sagt Maria begeistert.

"Wir wurden motiviert, täglich zu üben". Maria hat 14 Tage lang täglich Yoga praktiziert: "Auch wenn es nur 10 Minuten waren, hat es mir gut getan, ich bin besser in den Tag gestartet". Nanna ging täglich in der Natur spazieren: "Das hat meinen Geist entspannt". Beide Lernende erwähnten, dass Stress und Burnout bei jungen examinierten Pflegefachpersonen weit verbreitet sind, und sie sind überzeugt, dass beispielsweise Yoga oder ein täglicher Spaziergang in der Natur dazu beitragen könnten, Stress und das Risiko eines Burnouts zu verringern.

Während der gesamten Lehrveranstaltung konnten sie an das anknüpfen, was sie in den ersten Semestern über die Grundpflege gelernt hatten. Der integrative Ansatz forderte die Lernenden heraus, nicht-pharmakologische Interventionen anzuwenden, bevor sie zum Beispiel Analgetika verabreichen. Sie sagten: "Wir können Schmerzen unter anderem durch therapeutische Berührung, Atemübungen und das Hören von Musik lindern. Wir sind uns des ganzheitlichen Ansatzes und des Heilungspotenzials der integrativen Pflege sehr bewusst geworden".

*Nach Abschluss des Kurses stellen Nanna und Maria fest, dass die integrative Pflege mehr und anders ist, als sie erwartet hatten. Sie fühlten sich ermutigt, mit Patient*innen in Bezug auf komplementäre Interventionen zusammenzuarbeiten.*

3.4 DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN UND LEHRMETHODEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hiim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden⁷. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden.

Dieses Kapitel kann für die Studierenden ungewohnte Inhalte enthalten, da bisher vor allem die Gesundheit der Patient*innen und mögliche Krankheitsbilder im Fokus standen. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit, den persönlichen Werten und existenziellen Fragen ist ein sehr individueller Prozess. Unter Anleitung der Lehrperson erfordert dies ethische Überlegungen sowie eine gemeinsame Verständigung aller Beteiligten auf ein sicheres Lernumfeld.

Lernbedingungen: Die Lernbedingungen für dieses Modul hängen davon ab, in welchem Ausbildungsabschnitt sich die Lernenden befinden und ob es sich um einen Pflicht- oder Wahlkurs handelt. Es ist davon auszugehen, dass ein Wahlpflichtkurs Lernende einschließt, die bereits über Kenntnisse und/oder Interesse an integrativer Pflege verfügen, während Pflichtkurse wahrscheinlich Lernende mit breiteren Lernvoraussetzungen einschließen, die berücksichtigt werden müssen. Die Lernvoraussetzungen in Bezug auf Pflege-theorien und wissenschaftliche Lektüre hängen auch vom aktuellen Wissensstand ab. Einige Lernende sind sich ihrer eigenen Gesundheit vielleicht schon sehr bewusst, während andere gesundheitliche Probleme haben. Im Rahmen des INES-Projekts haben wir festgestellt, dass die Lernenden oft sehr motiviert sind, an ihrer eigenen Gesundheit zu arbeiten.

Umfeld: Möglichkeiten und Einschränkungen ergeben sich beispielsweise in Bezug auf Curriculum, Unterrichtsform und verfügbare Ressourcen. In diesem Kapitel sind das eigene Wohlbefinden und die Fähigkeit zur Selbstreflexion der Lehrkräfte entscheidend. Authentische Lehrende zeigen, wie Selbstfürsorge und Selbstbewusstsein funktionieren. Ein Vorschlag wäre, auch Gastdozent*innen aus der Klinik einzuladen und Settings zu schaffen, die erfahrungsorientiertes Lernen und Reflexion ermöglichen (Kapitel 4). Da Änderungen des Lebensstils große Anstrengungen erfordern, besteht ein wichtiger Teil der didaktischen Reflexion darin, Lernende in kleinen, machbaren Schritten zu unterstützen und Möglichkeiten für die fortlaufende Bewertung kleiner Veränderungen zu schaffen.

Eine Lehrveranstaltung über mindestens ein paar Wochen ist vorzuziehen. Wenn möglich, beginnen Sie mit 1-4 Lektionen und treffen Sie sich nach 1-8 Wochen zu einer Nachbereitung. Die Nachbereitungssitzung kann auch online abgehalten werden. Wenn möglich, können auch die Selbstpflege und die Präsenz in der Begegnung mit den Patient*innen über mehrere Ausbildungsabschnitte hinweg Teil des Lehrplans sein.

Ziele: Nach der Bloom'schen Taxonomie wurde das Ziel "Erkennen eigener Selbstfürsorgepraktiken in Arbeits- und Lebenssituationen" aus dem INES-Lernendenprofil von einem Expert*innengremium als angemessen eingestuft und befindet sich auf der Stufe des Erinnerns (erste Stufe gemäß Bloom'scher Taxonomie). Dieses Ziel spiegelt wider, dass die Lehre über die integrative Pflegefachperson nur einen Prozess in Gang setzen kann, in dem sich die Lernenden ihrer selbst als wichtiger Teil der integrativen Pflege bewusst werden. Abhängig von der Kursstruktur und den verfügbaren Lehr- und Lernmaterialien könnten einige Lernende in der Lage sein, die eigene Selbstpflegepraxis zu verstehen - was die zweite Stufe der Bloom'schen Taxonomie widerspiegelt. Dies deutet darauf hin, dass der Prozess der Autonomie in der weiteren persönlichen Arbeit mit den eigenen Grenzen, der Fähigkeit zur Selbstreflexion und der professionellen Neugier beginnt, was das zweite Ziel dieses Moduls ist.

Inhalt: Einige der vorgeschlagenen Lehr- und Lernmaterialien können als Materialien in diesem Kapitel verwendet werden (siehe Tabelle 1). Die Lernenden können Online-Materialien nutzen, um ihren eigenen Gesundheitszustand zu testen und zu messen und einen Plan zur Selbstfürsorge zu entwickeln (z. B. inspiriert von Quinn, siehe unten). Je nach Lernvoraussetzungen und verfügbaren Lehr- und Lernmaterialien sollten die Lehrenden den Abstraktionsgrad der ausgewählten Texte einschätzen und dabei zwischen konkreten und abstrakten Inhalten abwägen. Fallbeispiele von erfahrenen integrativen Pflegefachpersonen können ebenfalls sinnvolle Inhalte liefern. Das Konzept der Präsenz (z. B. von Snyder) kann analysiert und mit den in der eigenen Einrichtung verwendeten Pflege-theorien in Beziehung gesetzt werden.

TABELLE 1 Vorschläge für die Lehrveranstaltungen vor, während und nach einer Lerneinheit:
1) Vor der Lehrveranstaltung 2) Während der Lehrveranstaltung 3) Nach der Lehrveranstaltung

1	• Bewerten Sie Ihren eigenen Gesundheitszustand mit Online-Tools (siehe Lehr- und Lernmaterialien). • Bitten Sie die Lernenden, sich an eine Situation zu erinnern und zu beschreiben, in der sie die Anwesenheit einer anderen Person erlebt haben und was diese Situation für sie bedeutet hat. • Bitten Sie die Lernenden, Begegnungen zu beschreiben, bei denen sie die Anwesenheit einer anderen Person erwartet hatten, die andere Person jedoch abgelenkt war, z. B. durch mobile Geräte, und wie sie sich dabei fühlte. Und/oder: • Bitten Sie die Lernenden sich an klinische Erfahrungen zu erinnern und diese zu beschreiben, bei denen sie sich bewusst waren, dass sie bei der Begegnung mit den Pflegeempfangenden anwesend waren.
2	• Vortrag über die integrative Pflegefachperson, Selbstreflexion, Selbstfürsorge und Präsenz. • Erleichterung der Reflexion in den Lehrveranstaltungen auf der Grundlage der Vorbereitungen der Lernenden. • Führen Sie einen Plan zur Selbstfürsorge ein. • Stellen Sie Möglichkeiten der Selbstfürsorge vor, die die Lernenden nutzen können.
3	• Entwicklung eines Plans zur Selbstfürsorge, z. B. auf der Grundlage der Vorschläge von Janet Quinn. • Tägliche kleine, selbst gewählte Initiativen zur Selbstfürsorge und damit verbundene Erlebnisse, die in Tagebuchform festgehalten werden.

Lernprozess: Da es bei diesen Inhalten um die Lernenden selbst geht, ist ein hohes Maß an Beteiligung an den Lernprozessen zu empfehlen. Dialog und Partizipation - z.B. durch Übungen und Reflexionen in der Lehrveranstaltung und schriftliche Reflexion außerhalb der Lehrveranstaltung - ermöglichen ein vertieftes Lernen durch die kontinuierliche Verbindung von Theorie und Praxis, körperlichen und emotionalen Erfahrungen und kognitiver Verarbeitung.

Ausgehend von der Literatur über integrative Pflege und den INES-Daten kann es effektiv sein, "praktische" Schulungen/Erfahrungslernen anzubieten (Kapitel 4). Beispielsweise nehmen Lernende gemeinsam an einer Yogastunde teil und reflektieren ihre Erfahrungen. Sie könnten auch andere komplementäre Interventionen anwenden und bewerten, wie sich dies auf ihr körperliches und geistiges Wohlbefinden auswirkt. Selbstreflexions- und Zentrierungsübungen werden für einige Lernende sehr herausfordernd sein und stellen akkumulative Lernprozesse dar.

Vorschläge für die Evaluation der Lehreinheit

- ✓ Selbstfürsorgeplan, z. B. auf der Grundlage von Vorschlägen von Quinn.
- ✓ Nachbereitung der Selbsteinschätzung, z. B. mit Hilfe von Online-Tools.
- ✓ Feedback von gleichaltrigen Lernenden.
- ✓ Feedback von der Lehrperson auf der Grundlage eines schriftlichen Plans zur Selbstfürsorge oder einer mündlichen Präsentation von Erfahrungen in Bezug auf Selbstfürsorge und Selbstreflexion.

3.5 VORSCHLÄGE FÜR LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien" finden Sie die im Text verwendeten Referenzen und Vorschläge für weitere Informationsquellen, wie Websites oder Videos. Diese werden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- 1 Wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (von Fachpersonen geprüfte Artikel, Websites von Universitäten und Forschungszentren).
- 2 Berufliche Glaubwürdigkeit (Berufsverbände und renommierte Gesundheitseinrichtungen).
- 3 Das INES-Netzwerk.

Eine Einschränkung dieser Quellen ist, dass sie in englischer Sprache vorliegen, was bedeutet, dass viele andere vertrauenswürdige Veröffentlichungen in anderen Sprachen nicht aufgeführt sind. Wir ermutigen Lehrpersonen, auch Veröffentlichungen in ihrer eigenen Sprache zu verwenden und dabei die oben genannten ersten beiden Kriterien zu berücksichtigen.



Bücher, Referenzen: 4, 5, 8

- Quinn J. The integrated Nurse: Wholeness, Self-Discovery, and Self-Care. In: Kreitzer MJ, Koithan M, editors. Integrative Nursing, p. 17-32. In this book chapter, Quinn describes four dimensions of self and examples of questions for self-reflection, listed in the table below. The questions give the students possibilities to explore each dimension and expand their self-awareness. To each dimension, Janet Quin also suggests concrete strategies and suggestions to improve students' self-care.
- Snyder M. Presence In: Lindquist R, Tracy MF, Snyder M, editors. Complementary and Alternative Therapies in Nursing.
- Baart AJ, Vosman F. Relationship based care and recognition. Part one: Sketching good care from the theory of presence and five entries. In: Leget C, Gastmans M, Verkerk M, editors. Care, Compassion and Recognition: An Ethical Discussion.

TABELLE 2 Strategien zur Selbstfürsorge

Inneres Selbst	Äußeres Selbst
• Wie erlebe ich mein inneres Wohlbefinden im Moment und im Allgemeinen? • Die Qualität meiner Gefühle und Gedanken? • Was gibt meinem Leben einen Sinn? Wert oder Bedeutung?	• Mein allgemeines Empfinden meines körperlichen Wohlbefindens und meiner Gesundheit im Moment und im Allgemeinen? • Wodurch fühlt sich mein Körper stark, vital und wohl? • Wodurch fühlt sich mein Körper schwach an?
Relationales Selbst	Weltliches Selbst
• Wer und wie bin ich in Beziehungen? • Mit wem fühle ich mich verbunden und warum? • Welche Beziehungen machen mich am glücklichsten und zufriedensten? Welche Beziehungen tun das nicht? • Welche Beziehungen waren die schwierigsten und warum?	• Meine Umgebung? Zuhause, am Arbeitsplatz, etc. - Wie erlebe ich diese Umgebung im Moment und im Allgemeinen? • Wie kann ich die Natur verstehen und nutzen? • Wie ist die allgemeine Erfahrung an meinem Arbeitsplatz? Was ist meine Rolle hier?



Websites:

- The Center for Spirituality and Healing at University of Minnesota hosts a portal with many resources in relation to integrative health. It offers a tool called 'Taking charge of your health and well-being':
Center for Spirituality and Healing - University of Minnesota | (umn.edu)

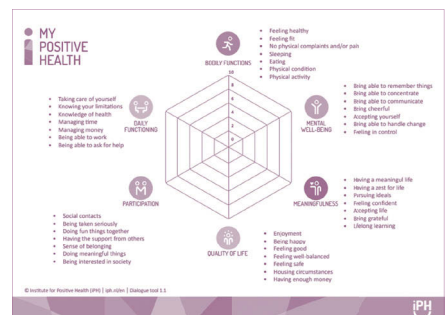


- Based on simple questions, a student can rate his or her own well-being and based on this assessment will be guided to proceed with small changes in relation to: health, relationships, security, purpose, community and environment.
- The Dutch Institute for Positive Health, founded by former general practitioner Machteld Huber, offers a broader view of health, elaborated in six dimensions agreed upon in a scientific qualitative consensus process with relevant stakeholders: Free pdf-tool is available here: Free Downloads - Stichting Institute for Positive Health (iph.nl)



Wissenschaftliche Artikel, Referenzen: 9, 10, 11

- Kuis EE, Goossensen A, van Dijke J, Baart AJ. Self-report questionnaire for measuring presence: development and initial validation.
- Lundberg K, Jong M, Jong MC, Porskrog Kristiansen L. Patients' experiences of the caring encounter in health promotion practice: a qualitative study in Swedish primary health care.
- van Vliet M, Jong MC, Jong M. A Mind-Body Fertigkeiten Course Among Nursing and Medical Students: A Pathway for an Improved Perception of Self and the Surrounding World.



3.6 REFERENZEN

1. Kreitzer MJ, Koithan M. Integrative Nursing. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2019.
2. Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. Complementary and Alternative Therapies in Nursing. 8th ed. New York Springer Publishing Company 2018.
3. Gunnarsdottir TJ, van der Heijden MJE, Busch M, Falkenberg T, Hansen T, van Dijk M, et al. What are nursing students taught about complementary therapies and integrative nursing? A literature review. *European Journal of Integrative Medicine*. 2022;52:102138.
4. Quinn J. The integrated Nurse: Wholeness, Self-Discovery, and Self-Care. In: Kreitzer MJ, Koithan M, editors. *Integrative Nursing* 1st ed. New York Oxford University Press 2014. p. 17-32.
5. Snyder M. Presence In: Lindquist R, Tracy MF, Snyder M, editors. *Complementary and Alternative Therapies in Nursing*. 8th ed. New York Springer Publishing Company 2018.
6. Lunde A, Gunnarsdottir TJ, Busch M, van der Heijden MJE, Falkenberg T, van Dijk M, et al. Integrative nursing in Europe- a competency profile for nursing students validated in a Delphi study *Nurse Educ Today*. submitted
7. Hiim H, Hippe E. [Learning through experiences, understanding and action: A textbook in didactics]. *Læring gennem oplevelse, forståelse og handling: En studiebog i didaktik*. 2nd edition ed. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag; 2012.
8. Baart AJ, Vosman F. Relationship based care and recognition. Part one: Sketching good care from the theory of presence and five entries. In: Leget C, Gastmans M, Verkerk M, editors. *Care, Compassion and Recognition: An Ethical Discussion*: Peeters; 2011.
9. Kuis EE, Goossensen A, van Dijke J, Baart AJ. Self-report questionnaire for measuring presence: development and initial validation. *Scand J Caring Sci*. 2015;29(1):173-82.
10. Lundberg K, Jong M, Jong MC, Porskrog Kristiansen L. Patients' experiences of the caring encounter in health promotion practice: a qualitative study in Swedish primary health care. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):232.
11. van Vliet M, Jong MC, Jong M. A Mind-Body Fertigkeiten Course Among Nursing and Medical Students: A Pathway for an Improved Perception of Self and the Surrounding World. *Glob Qual Nurs Res*. 2018;5:2333393618805340.





4 INES EXPERIENCE LAB: EINE PRAKTISCHE EINFÜHRUNG IN KOMPLEMENTÄRE INTERVENTIONEN

4.1 EINLEITUNG

In diesem Kapitel - dem INES Experience Lab - werden angehende Pflegefachpersonen zwei nicht-pharmakologische komplementäre Interventionen auf einer persönlichen Ebene erleben. In der Pflegepraxis können diese Interventionen sowohl für die Selbstpflege als auch für Patient*innen eingesetzt werden. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt darauf, wie diese beiden Interventionen den einzelnen Lernenden helfen können, sich zu entspannen ^{1,2} (Kapitel 2). Dieser Schwerpunkt bezieht sich auf das fünfte und sechste Prinzip der integrativen Pflege: Integrative Pflege ist informiert von Evidenz und nutzt das gesamte Spektrum konventioneller und integrativer Ansätze, wobei je nach Bedarf und Kontext die schonendste Intervention eingesetzt wird. Integrative Pflege konzentriert sich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegenden sowie derer, denen sie Pflege zukommen lassen.

Bei diesen ausgewählten einfachen nicht-invasiven Interventionen handelt es sich um eine Handmassage sowie eine Entspannungstechnik. Beide können leicht in den Lehrveranstaltungen mit begrenzter Anleitung durchgeführt werden, entweder zu zweit (Handmassage) oder einzeln in einer Gruppe (Entspannungsübung). Bei diesen Interventionen geht es darum, zusammenzuarbeiten, zu lernen, wie man sich mit einer anderen Person verbindet (Handmassage), und zu lernen, auf den eigenen Körper und Geist zu achten (Entspannungsübung). Beide Interventionen sind gut erforscht, sicher und lassen sich leicht in die Pflegepraxis übertragen.

4.2 LERNZIELE

Lernziele sind Beschreibungen des spezifischen Wissens, der Fähigkeiten oder des Fachwissens, das Lernende durch gezielte Lernaktivität erlangen. Die INES-Lernziele (Anhang 2) wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege durch die Delphi-Methode validiert ³. Für dieses Kapitel werden die folgenden Lernziele vorgeschlagen.

Wissen:

- ✓ Anwendung allgemeiner Kenntnisse über komplementäre Interventionen und integrative Pflege.

Verantwortung und Autonomie :

- ✓ Bewertung und Anwendung einfacher evidenzbasierter komplementärer und nicht-pharmakologischer Interventionen für Wohlbefinden und Entspannung.
- ✓ Eigene Selbstfürsorgepraktiken in Arbeits- und Lebenssituationen erkennen.

4.3 **SKILLS LAB EXPERIENCE #1: HANDMASSAGE MIT FALLBEISPIEL UND DIDAKTISCHEN ÜBERLEGUNGEN**

Einführung

Die Handmassage ist eine einfache Wohlfühlintervention, die leicht in den Pflegealltag integriert werden kann. Sie vermittelt Zuwendung durch Berührung, individuelle Aufmerksamkeit und Präsenz. Die von Pflegefachpersonen durchgeführte Handmassage ist eine sichere und wirksame Intervention, die nachweislich die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient*in stärkt, das Wohlbefinden und die Entspannung der Patient*in verbessert und Stress und Ängste abbaut ^{4,5} (siehe auch Kapitel 9).

Die Berührung von Personen scheint ein natürlicher und integraler Bestandteil der Pflege zu sein, der zu instrumentellen und funktionellen Zwecken eingesetzt wird, z. B. bei der Körperpflege, bei der Wundversorgung, bei der Erleichterung von Transfers und der Mobilität im Bett. Berührungen werden in der Gesundheitsfürsorge jedoch immer seltener, da die Beurteilung der Vitalparameter automatisiert wird und die Anzahl der Patient*innen pro Pflegefachperson durch den Pflegefachpersonenmangel steigt und die Zeit pro Patient*in weniger wird. Das Bewusstsein dafür, wie mitfühlende, fürsorgliche und ermutigende Berührungen auf Personen wirken, ist Teil der integrativen Pflege. Berührungen ermöglichen auch den Aufbau einer persönlichen Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient*in.

Technik

Die Massage ist eine therapeutische Manipulation des Weichteilgewebes des Körpers mit dem Ziel, eine Normalisierung dieses Gewebes zu erreichen. Verschiedene Arten von Streichbewegungen können eingesetzt werden, um Druck auf die kutanen und subkutanen Gewebe auszuüben. Die Art der Streichbewegungen und die Stärke des Drucks müssen auf das gewünschte Ergebnis und das zu massierende Körperteil abgestimmt sein. Massagebewegungen können auf den gesamten Körper oder auf bestimmte Bereiche wie Hände, Füße oder Rücken angewendet werden.

Zu den häufig verwendeten Streichbewegungen gehören:

- Effleurage: Langsames, rhythmisches Streichen mit leichtem Hautkontakt.
- Friktionsbewegungen: Mittlerer Druck wird mit dem Daumen oder den Fingern auf einen bestimmten Bereich ausgeübt.
- Druckmassage: Ähnlich wie die Friktionsbewegungen, allerdings mit der ganzen Hand ausgeführt.
- Petrissage (Kneten): Anheben einer großen Hautfalte und des darunter liegenden Muskels sowie Festhalten und Zusammendrücken des Gewebes zwischen Daumen und Fingern.
- Perkussionsschläge: Klopfen des Gewebes mit der Hand.

In diesem Kapitel werden Lernende einige dieser Streichbewegungen während einer einfachen Handmassage üben.

FALLBEISPIELE

Fallbeispiele werden eingesetzt, um die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten zu fördern, einen expliziten Praxisbezug herzustellen und Lehrende in der didaktischen Gestaltung ihrer Lehre zu inspirieren. Sie verbinden anschauliche Situationsbeschreibungen mit den zugrunde liegenden konzeptionellen Grundlagen integrativer Pflege und machen deren systematische Einbettung in professionelles Handeln nachvollziehbar. Die verwendeten Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis und aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es bleibt den Lehrenden überlassen, wie sie bzw. er, sie am besten einsetzt, je nach kulturellem und pädagogischem Kontext. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen.

FALLBEISPIEL 1 ~ Eine entspannende Handmassage in einer Lehrveranstaltung erleben

*In der Lehrveranstaltung über komplementäre Interventionen in der Pflege werden Nadja und Carmen eingeteilt, um sich gegenseitig die Hände zu massieren. Beide kennen sich mit komplementären Interventionen nicht aus, sind aber daran gewöhnt, im Skills Lab pflegerische Tätigkeiten aneinander zu üben. Carmen fühlt sich jedoch mit keiner Technik zum Stressabbau wohl. "Ich mag Dinge wie Yoga oder Meditation nicht, sie machen mich nervöser", sagt sie. Nadja gelingt es jedoch, sie sanft davon zu überzeugen, die Handmassage auszuprobieren, indem sie sie auf die möglichen Vorteile für ihre künftigen Patient*innen hinweist. Sie beschließen, dass Carmen mit der Massage beginnen wird und Nadja mit dem Empfangen.*

Nach ein paar Minuten des Kicherns und Plauderns wird Carmen ruhiger und folgt sorgfältig dem Protokoll. Sie konzentriert sich voll und ganz darauf, Nadjas Hand zu massieren und scheint ihre anderen Mitlernenden nicht mehr wahrzunehmen. Nach einer Weile werden beide ruhig und scheinen sich zu entspannen. Als die Massage beendet ist, ist Carmen von sich selbst überrascht. Ich hätte nie gedacht, dass mir das gefallen würde, aber es ist wirklich sehr schön! Nadja bestätigt dies: 'Ja, mir hat es auch gefallen. Es war sehr entspannend. Vielen Dank!'

DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN UND LEHRMETHODEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hiim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden.

Lernbedingungen: Dieses Kapitel kann bereits zu Beginn der Ausbildung oder des Studiums gelehrt werden, da es hauptsächlich darum geht, milde komplementäre Interventionen auf einer persönlichen Ebene zu erleben. Die Lernenden sind vielleicht mit Massagen im Allgemeinen vertraut und haben vielleicht sogar schon selbst eine Massage erlebt.

Umfeld: Das Setting für die Handmassage sollte ein Raum sein, in dem die Lernenden in Gruppen eingeteilt werden können und die Lehrende je nach den Bedürfnissen der Lernenden Anweisungen geben kann. Die Lehrperson sollte in der Lage sein, umherzugehen und zu beobachten, ob die Lernenden das Protokoll korrekt befolgen. Als Hilfsmittel sollten Massageöl für jedes Paar, mit oder ohne ein paar Tropfen eines ätherischen Öls, und (Papier-) Handtücher zum Schutz des Arbeitsbereichs zur Verfügung stehen. Häufig verwendete Massageöle sind Jojobaöl und Traubenkernöl, die auch für Allergiker unbedenklich sein sollten. Die Lernenden sollten ± 30 Minuten lang ungestört arbeiten können.

Ziele: Nach der Bloom'schen Taxonomie reichen die Lernziele im Zusammenhang mit diesem Kapitel von einfachen bis zu komplexeren Lernzielen. Das Wissensziel lautet: Allgemeines Wissen über komplementäre Interventionen und integrative Pflege anwenden. Anwenden bedeutet, dass die angehende Pflegefachpersonen Daten und Prinzipien auswählen, übertragen und verwenden, um ein Problem zu lösen oder die Aufgabe mit einem Minimum an Anleitung zu erledigen. Dies sollte bei der Handmassage möglich sein, wenn die Lernenden eine Einführungsvorlesung gehört und ein Lehrvideo gesehen haben. Ein Lernziel für Verantwortung und Selbstständigkeit in diesem Kapitel ist die "Bewertung und Anwendung einfacher evidenzbasierter komplementärer und nicht-pharmakologischer Interventionen für Wohlbefinden und Entspannung". Dieses Ziel kann erreicht werden, wenn Lernende vor der Durchführung der Handmassage das Protokoll gelesen haben. Lernende können auch ihre eigenen Erfahrungen mit der Handmassage und die der anderen Teilnehmenden auswerten. Das andere Ziel, "eigene Selbstfürsorgepraktiken in Arbeits- und Lebenssituationen zu erkennen", kann durch Reflexionen während der Lehrveranstaltung sowie durch Vorabreflexionen erreicht werden. Darüber hinaus können die Lernenden dazu angeregt werden, die Übung über einen bestimmten Zeitraum hinweg durchzuführen und die Erfahrungen in einem Tagebuch außerhalb des Unterrichts zu dokumentieren. Die Lernenden sollten außerdem in der Lage sein, allgemeines Wissen über komplementäre Interventionen, wie beispielsweise Entspannungsübungen, anzuwenden und persönliche Erfahrungen mit diesen Übungen zu interpretieren.

Inhalt: Da es sich um ein sehr praktisches Kapitel handelt, in dem die Lernenden zwei Interventionen selbst erleben werden, geben wir praktische Vorschläge und Hilfsmittel, die vor, während und nach der Lehrveranstaltung eingesetzt werden können. Je nach Länge der Lerneinheit kann die Lehrperson eine Auswahl treffen. Inspirationen finden Sie im Abschnitt über die Lehr- und Lernmaterialien. Die Vorschläge sind in Tabelle 1 aufgeführt.

TABELLE 1 Vorschläge für die Lehrveranstaltungen vor, während und nach einer Lerneinheit: 1) Vor der Lehrveranstaltung 2) Während der Lehrveranstaltung 3) Nach der Lehrveranstaltung	
1	Vorbereitung zu Hause durch Anschauen eines Anleitungsvideos: Massage Techniques for Caregivers - Hand & Lower Arm Massage, UK Integrative Medicine & Health: https://www.youtube.com/watch?v=u9pi-O_0TVM Bitten Sie die Lernenden, ihre unmittelbaren Überlegungen zur Handmassage vor der tatsächlichen Veranstaltung aufzuschreiben, nachdem sie das Video gesehen haben. Vorschläge für Fragen: • Würden Sie selbst gerne eine Handmassage erhalten? Warum/warum nicht/unter welchen Umständen? • Hatten Sie schon einmal eine Massage? Welche Art von Massage? Mit welcher Wirkung? Hat sie Ihnen gefallen? • Können Sie sich vorstellen, eine Pflegefachperson zu sein, die Handmassagen durchführt? • Was ist Ihr erster Eindruck von der Durchführbarkeit der Handmassage in der Pflegepraxis?
2	• Vortrag über Handmassage und die Bedeutung von Berührung (siehe Lehr- und Lernmaterialien unten) • Lernvideo und Protokoll besprechen • Führen Sie eine Handmassage vor verwenden Sie das Protokoll zur Anwendung der Handmassage zur Entspannung (Anhang 1) • Erleichterung der Handmassage in Paaren • Erleichtern Sie die Reflexion in der Klasse. Vorschläge für Fragen: 1. Wie haben Sie die Handmassage erlebt und empfangen? 2. War die Arbeit mit der Handmassage hilfreich, um die Bedeutung der Berührung zu verstehen? Auf welche Art und Weise? 3. Können Sie sich vorstellen, eine Pflegefachperson zu sein, die Handmassagen durchführt? 4. Welche Vorstellung haben Sie von der Durchführbarkeit der Handmassage in der Pflegepraxis?
3	• Überlegen Sie sich eine Initiative zur Selbstfürsorge, die Sie in Ihr Leben integrieren möchten, um Stress besser zu bewältigen (siehe auch Kapitel 2)

Lernprozess: Das Erleben einer KPI ist eine Aktivität, die die Lernziele auf relevante Weise unterstützt. Sie unterstützt die Kohärenz zwischen Theorie und Praxis, da Lernende sowohl etwas über die Handmassage und die Bedeutung der Berührung lernen als auch ihre eigenen persönlichen Erfahrungen als Handmassage-Geber*in machen können. Während dieser praktischen Tätigkeit ist es wichtig, dass sich die Lernenden sicher und ausreichend informiert fühlen. Dies kann von Person zu Person unterschiedlich sein. Das Beschreiben und Diskutieren der eigenen Erfahrungen kann hilfreich sein, um diese auf die Situation von Patient*innen zu übertragen.

Vorschläge für die Evaluation der Lehreinheit

- ✓ Rückmeldungen von anderen Lernenden: Wie hat ihr Gegenüber die Handmassage durchgeführt? Wurde das Protokoll eingehalten, konnte eine Verbindung hergestellt werden, war die Handmassage entspannend und angenehm zu empfangen?
- ✓ Feedback der Lehrperson in Bezug auf die Lernziele.
- ✓ Feedforward: Anhand der Feedback-Evaluierung können Lernende auch einschätzen, wie es weitergehen soll: Was kann in Bezug auf Technik, Einstellung, Wissen verbessert werden?



4.4 **SKILLS LAB EXPERIENCE #2: ENTSPANNUNGSTECHNIK - ATMEN MIT FALLBEISPIEL UND DIDAKTISCHEN ÜBERLEGUNGEN**

Einführung

Entspannungsinterventionen können helfen, Stress und die Auswirkungen von stressbedingten Krankheiten zu verringern. Sie haben sich als wirksam erwiesen, um Schmerzen, Angst und Depressionen zu lindern, den Blutdruck zu senken und die Lebensqualität zu verbessern ⁶⁻⁸. Darüber hinaus können sowohl examinierte als auch angehende Pflegefachpersonen selbst Entspannungstechniken anwenden, um ihren eigenen Stress zu bewältigen ⁹⁻¹¹. Beispiele für Entspannungstechniken sind Atemübungen, progressive Muskelentspannung, Meditation, gelenkte Imagination und Yoga.

In Stressphasen produziert der Körper Botenstoffe, die ihn auf ‚Kampf oder Flucht‘ vorbereiten. Diese erhöhen den Stoffwechsel, den Blutdruck sowie die Herz- und Atemfrequenz und verengen gleichzeitig die Blutgefäße. Dieser Effekt wird als Stressreaktion bezeichnet. In Notfallsituationen kann die Stressreaktion lebensrettend sein, doch bei andauernder Aktivierung durch alltägliche Stressoren wirkt sie sich negativ auf die Gesundheit aus. Eine häufige Ausschüttung von Stresshormonen kann zur Entwicklung stressbedingter Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Magen-Darm-Beschwerden beitragen.

Niemand kann allen Stress vermeiden, aber es ist möglich, ihm entgegenzuwirken, indem gelernt wird, eine Entspannungsreaktion zu erzeugen. Die Entspannungsreaktion bremst den Stress, indem sie eine langsamere Atmung, einen niedrigeren Blutdruck und eine geringere Herzfrequenz bewirkt ⁶. Der Begriff der Entspannungsreaktion wurde von Herbert Benson ¹² geprägt. Sie wird definiert als die persönliche Fähigkeit, den Körper zur Freisetzung von Chemikalien und Gehirnsignalen anzuregen, die Muskeln und Organe verlangsamen und den Blutfluss zum Gehirn erhöhen. Die Entspannungsreaktion ist ein geistig aktiver Prozess, der durch Übung verstärkt wird. Sich einfach nur auf die Couch zu legen, zu lesen oder durch die sozialen Medien zu scrollen, sind "Aktivitäten", die nicht die physischen und psychischen Vorteile der Entspannungsreaktion bewirken.

Technik

Unabhängig davon, welche Technik angewandt wird, können diese Tipps dazu beitragen, dass das Entspannungserlebnis optimiert wird:

- 1 Die Wahl einer geeigneten Technik mit der sich die beteiligten Menschen wohlfühlen.
- 2 Es wird eine passive Haltung ohne Erwartungshaltung auf ein bestimmtes Ergebnis eingenommen.
- 3 Die Wahl eines ruhigen Umfelds ohne Ablenkung und ohne Technik und Bildschirme
- 4 Eine bequeme Sitzposition, die für 10 min annehmbar ist
- 5 Anfangs werden Entspannungssitzungen von etwa 5 min durchgeführt, mit Übung wird ein längerer Zeitraum möglich sein
- 6 Entspannung ist eine Fähigkeit, die erlernt werden muss, daher ist Übung erforderlich.
- 7 Es gibt nicht die eine Entspannungsmethode, die für alle geeignet ist. Deshalb wird probiert, bis alle Bedürfnisse gestillt werden können.

In diesem Kapitel empfehlen wir, mit einer einfachen Atemübung zu beginnen. Mit einer gesunden Lunge, ist das Atmen natürlich und leicht. Das Zwerchfell leistet etwa 80 % der Arbeit, um die Lungen mit einem Gemisch aus Sauerstoff und anderen Gasen zu füllen und dann das überschüssige Kohlendioxid (CO₂) auszustoßen. Wir atmen etwa 20.000-mal am Tag ein und aus, was unserem Körper hilft, richtig zu funktionieren. Doch selbst gesunde Menschen nutzen nicht immer ihre volle Lungenkapazität, was zu allen möglichen gesundheitlichen Problemen führen kann, da die Giftstoffe und das überschüssige Kohlendioxid nicht ausreichend ausgeatmet werden. Stress und Ängste können zu einer oberflächlichen Atmung führen. Darauf zu achten, wie geatmet wird, kann nicht nur in stressigen Zeiten hilfreich sein, sondern ist auch gut für die Gesundheit im Allgemeinen.

FALLBEISPIEL 2 ~ Die entspannende Wirkung der Atmung

Lisa befindet sich im höheren Semester des Pflegestudiums und liebt die Arbeit als Pflegefachfrau. Ihre Noten sind gut, aber jetzt, wo sie ihr Studium fast abgeschlossen hat, bereitet ihr die Angst vor dem Versagen zunehmend Probleme. Das Studium zu Hause, in einem kleinen und überfüllten Haus mit vier Geschwistern, trägt auch nicht gerade dazu bei, dass sie sich wohl fühlt. Sie hat Schwierigkeiten einzuschlafen, fühlt sich angespannt und ängstlich. Sie bittet um eine Online-Beratung bei ihrer Tutorin Frau Klein.

Frau Klein schlägt vor, gemeinsam eine einfache Atemübung zu machen, damit sie sich entspannter fühlt. Sie stellt zunächst sicher, dass Lisa bequem auf ihrem eigenen Bett sitzt und in den nächsten 10 Minuten nicht von ihren Geschwistern gestört werden kann. Dann schlägt sie vor, gemeinsam in einem bestimmten Rhythmus zu atmen: 4 Mal sanft einatmen und 4 Mal ausatmen. Aber das klappt nicht, Lisa wirkt zu angespannt. Dann versucht es Frau Klein mit 3 Ein- und 3 Ausatmungen und bittet Lisa, ihre Hand auf den Bauch zu legen und zu versuchen, Bauch zu atmen. Das funktioniert gut. Lisa sitzt bequem und atmet ruhig ein und aus. Sie ist überrascht, wie entspannend das ist. So einfach und so kraftvoll“, sagt sie. Ich werde versuchen, das öfter zu praktizieren.

DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN UND LEHRMETHODEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hiim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden ¹³. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden.

Lernbedingungen: Dieses Kapitel kann schon früh in den Ausbildungen oder dem Studium gelehrt werden, da es hauptsächlich darum geht, sanfte komplementäre Interventionen auf einer persönlichen Ebene zu erfahren. Lehrkräfte sollten sich vergewissern, dass die Lernenden mit Entspannungsübungen vertraut sind. Viele junge Menschen nehmen an Yoga- oder Achtsamkeitskursen teil. Doch Selbstreflexions- und Zentrierungsübungen können für manche Lernende eine große Herausforderung darstellen. Es kann sein, dass sie sich bei diesen Entspannungsübungen aus den verschiedensten Gründen nicht wohl fühlen. Die Teilnahme ist freiwillig, alternativ werden die Lernenden gebeten still zu sitzen und einen festen Punkt vor sich zu fixieren, damit andere Lernende nicht das Gefühl haben, beobachtet zu werden.

Es könnte hilfreich sein, die Lehrveranstaltung damit zu beginnen, die Lernenden aufzufordern, persönliche Erfahrungen mit Stressbewältigungsmethoden mitzuteilen.

Tipps für die Lehrpersonen:

- Es steht Ihnen frei, diese Vorschläge zu übernehmen oder an die Bedürfnisse ihrer Lernenden, die Kultur und länderspezifischen Gegebenheiten anzupassen.
- Wenn die Lehrperson selbst nicht in der Lage ist, die Lernenden durch diese Übungen zu führen, können Sie Expert*innen auf diesem Gebiet einladen, um die Übungen mit den angehenden Pflegefachpersonen durchzuführen.
- Entspannungstechniken gelten im Allgemeinen als sicher für gesunde Personen. In den meisten Forschungsstudien wurden keine negativen Nebenwirkungen festgestellt.

Umfeld: Die Entspannungsübung kann im Plenum (mit der Gruppe) oder auch online durchgeführt werden. Wenn sie online durchgeführt wird, sollte sich die Lehrperson darüber im Klaren sein, dass es schwieriger ist, den Grad des Wohlbefindens der einzelnen Lernenden zu überwachen. Es erfordert zusätzliche Anweisungen und mehr Aufmerksamkeit, um sicherzustellen, dass alle angehenden Pflegefachpersonen ihre Erfahrungen teilen. Ein Vorschlag ist, die Übung mit einem Check-in zu beginnen und zu beenden: Wie fühlen sich alle in diesem Moment? Je nach gewählter Übung sollten ± 15 Minuten für die Übung eingeplant werden.

Ziele: Nach der Bloom'schen Taxonomie reichen die Lernziele zu diesem Kapitel von einfachen bis zu komplexeren Lernzielen. Das Wissensziel lautet: Anwendung allgemeiner Kenntnisse über komplementäre Interventionen und integrative Pflege. Anwenden bedeutet im Allgemeinen, dass Lernende Daten und Prinzipien auswählen, übertragen und verwenden, um ein Problem oder eine Aufgabe mit einem Minimum an Anleitung zu lösen. Dies sollte für eine Entspannungsübung machbar sein, wenn die Lernenden einen Einführungsimpuls gehört und ein Lehrvideo gesehen haben. Ein Lernziel für Verantwortung und Selbstständigkeit in diesem Kapitel ist die Bewertung und Anwendung einfacher evidenzbasierter komplementärer und nicht-pharmakologischer Interventionen für Wohlbefinden und Entspannung. Das andere Ziel, eigene Selbstfürsorgepraktiken in Arbeits- und Lebenssituationen zu erkennen, kann durch die Arbeit mit den Reflexionen während der Lehrveranstaltung und den Reflexionen vor der Lehrveranstaltung erreicht werden. Lernende könnten auch motiviert werden, die Übung während eines bestimmten Zeitraums anzuwenden und sie in einem Tagebuch (außerhalb der Lehrveranstaltung) auszuwerten. Die angehenden Pflegefachpersonen sollten auch in der Lage sein, allgemeines Wissen über komplementäre Interventionen wie eine Entspannungsübung anzuwenden und persönliche Erfahrungen mit der Entspannungsübung zu interpretieren.

Inhalt: Da es sich um ein sehr praktisches Kapitel handelt, in dem die Lernenden zwei Interventionen selbst erleben werden, geben wir praktische Vorschläge und Hilfsmittel, die vor, während und nach den Lehrveranstaltungen eingesetzt werden können. Je nach Länge der Lehrveranstaltung kann die Lehrperson eine Auswahl treffen. Inspirationen finden Sie im Abschnitt über die Lehr- und Lernmaterialien. Die Vorschläge sind in Tabelle 2 aufgeführt.

TABELLE 2 Vorschläge für die Lehrveranstaltungen vor, während und nach einer Lerneinheit:
1) Vor der Lehrveranstaltung 2) Während der Lehrveranstaltung 3) Nach der Lehrveranstaltung

1	• Zur Vorbereitung sehen Sie sich eine kurze Einführung von Dr. Andrew Weil an (2:40) https://www.youtube.com/watch?v=ScIzWqr5xpE • Beantworten Sie die folgenden Fragen: – Denken Sie an eine frühere stressige Situation in Ihrem persönlichen oder "studentischen" Leben - beschreiben Sie die Situation – Wie war Ihre Reaktion: körperlich, emotional und verhaltensmäßig? – Wie sind Sie mit der Situation umgegangen und wie hat sich die Bewältigungsstrategie auf die stressige Situation ausgewirkt?
2	• Diskussion im Klassenzimmer: Wie gehen Sie mit Stress oder einer stressigen Situation um? Teilen Sie Ihre Erfahrungen bei der Vorbereitung auf diesen Kurs mit. • Sehen Sie sich mit Ihrer Klasse ein Video an: – Martin Boroson - One Moment Meditation, wie man in einem Moment meditiert: https://www.youtube.com/watch?v=F6eFFCi12v8 – Wählen Sie eine der Atemübungen von Andrew Weil: https://www.drweil.com/health-wellness/body-mind-spirit/stress-anxiety/breathing-three-exercises/ • Oder versuchen Sie eine Meditationsübung mit geführten Bildern, wie z.B.: • Ohio State University Wexner Medical Center: https://wexnermedical.osu.edu/integrative-complementary-medicine/resources/relaxation-response • City of Hope National Medical Center: https://www.youtube.com/watch?v=qcdbCphVa1g • Benson-Henry-Institut für Mind Body Medicine: https://bensonhenryinstitute.org/guided-relaxation-exercises/ • Erleichtern Sie die Reflexion in der Klasse. Vorschläge für Fragen: – Würden Sie diese Technik bei Ihren zukünftigen Patient*innen anwenden? – Was bräuchten Sie, damit Sie sich kompetent genug fühlen?
3	• Versuchen Sie, diese Übung zu machen, wenn Sie sich das nächste Mal gestresst fühlen. • Schreiben Sie Selbstreflexionen in ein Tagebuch. Wenn Sie bereits einen Selbstfürsorgeplan entwickelt haben (Kapitel 2), verbinden Sie diese Erfahrung mit dem Selbstfürsorgeplan. • Beschreiben Sie Ihre Erfahrung mit der Entspannungsübung in Ihren eigenen Worten - machen Sie Ihre eigene Erzählung. • Sie möchten dies zu Hause praktizieren? Machen Sie einfach mehrmals am Tag Pausen mit Atemübungen, um Ihre Energie aufzufrischen, Ablenkungen loszulassen und Ihre Konzentration zu steigern. • Stellen Sie sich hin, atmen Sie tief ein und heben Sie die Arme langsam über den Kopf. • Atmen Sie aus, während Sie die Arme senken. Wiederholen Sie dies 3 Mal.

Lernprozess: Eine einfache Atemübung hilft Lernenden zu erfahren, wie es sich anfühlt und wie schnell eine Entspannungsreaktion erreicht werden kann. Die Reflexion mit anderen vertieft das Verständnis für diese komplementäre Intervention als eine Möglichkeit zur Förderung des Wohlbefindens.

Vorschläge für die Evaluation der Lehreinheit

- ✓ Anwesenheit und aktive Teilnahme.
- ✓ Feedback von anderen Lernenden.
- ✓ Feedback der Lehrperson in Bezug auf die Lernziele.
- ✓ Feedforward: Lernende berichten von ihren eigenen Erfahrungen.

VORSCHLÄGE FÜR LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien" finden Sie die im Text verwendeten Referenzen und Vorschläge für weitere Informationsquellen, wie Websites oder Videos. Diese werden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- 1 Wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (von Fachpersonen geprüfte Artikel, Websites von Universitäten und Forschungszentren).
- 2 Berufliche Glaubwürdigkeit (Berufsverbände und renommierte Gesundheitseinrichtungen).
- 3 Das INES-Netzwerk.

Eine Einschränkung dieser Quellen ist, dass sie in englischer Sprache vorliegen, was bedeutet, dass viele andere vertrauenswürdige Veröffentlichungen in anderen Sprachen nicht aufgeführt sind. Wir ermutigen Lehrpersonen, auch Veröffentlichungen in ihrer eigenen Sprache zu verwenden und dabei die oben genannten ersten beiden Kriterien zu berücksichtigen.



Bücher, Referenzen: 14, 15, 16

- Benson H, Proctor W. Relaxation Revolution: The Science and Genetics of Mind Body Healing. New York: Scribner; 2011.
- Kreitzer MJ, Koithan M. Integrative Nursing.
- Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. Complementary and Alternative Therapies in Nursing.
 - Chapter on Massage: 249-264
 - Chapter on Relaxation: 275-288



Websites:

- National Center for Complementary and Integrative Health: <https://www.nccih.nih.gov/health/massage-therapy-what-you-need-to-know>
- National Center for Complementary and Integrative Health: <https://www.nccih.nih.gov/health/relaxation-techniques-what-you-need-to-know>



Anweisungen:

- For instruction drawings: <https://www.wikihow.com/Massage-Hands>
- See protocol in annex 1
- See for another protocol: <https://beauty.onehowto.com/article/how-to-give-a-hand-massage-7777.html>



4.5 REFERENZEN

1. Gunnarsdottir TJ, van der Heijden MJE, Busch M, Falkenberg T, Hansen T, van Dijk M, et al. What are nursing students taught about complementary therapies and integrative nursing? A literature review. *European Journal of Integrative Medicine*. 2022;52:102138.
2. Kemper K, Bulla S, Krueger D, Ott MJ, McCool JA, Gardiner P. Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress. *BMC Complement Altern Med*. 2011;11:26.
3. Lunde A, Gunnarsdottir TJ, Busch M, van der Heijden MJE, Falkenberg T, van Dijk M, et al. Integrative nursing in Europe- a competency profile for nursing students validated in a Delphi study *Nurse Educ Today*. submitted
4. Kolcaba K, Schirm V, Steiner R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatr Nurs*. 2006;27(2):85-91.
5. Schaub C, Von Gunten A, Morin D, Wild P, Gomez P, Popp J. The Effects of Hand Massage on Stress and Agitation Among People with Dementia in a Hospital Umfeld: A Pilot Study. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2018;43(4):319-32.
6. Bhasin MK, Denninger JW, Huffman JC, Joseph MG, Niles H, Chad-Friedman E, et al. Specific Transcriptome Changes Associated with Blood Pressure Reduction in Hypertensive Patients After Relaxation Response Training. *J Altern Complement Med*. 2018;24(5):486-504.
7. Meyer B, Keller A, Wohlbier HG, Overath CH, Muller B, Kropp P. Progressive muscle relaxation reduces migraine frequency and normalizes amplitudes of contingent negative variation (CNV). *J Headache Pain*. 2016;17:37.
8. Shah K, Ramos-Garcia M, Bhavsar J, Lehrer P. Mind-body treatments of irritable bowel syndrome symptoms: An updated meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2020;128:103462.
9. Botha E, Gwin T, Purpora C. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. *JB I Database System Rev Implement Rep*. 2015;13(10):21-9.
10. Manansingh S, Tatum SL, Morote ES. Effects of Relaxation Techniques on Nursing Students' Academic Stress and Test Anxiety. *J Nurs Educ*. 2019;58(9):534-7.
11. Windle S, Berger S, Kim JEE. Teaching Guided Imagery and Relaxation Techniques in Undergraduate Nursing Education. *J Holist Nurs*. 2021;39(2):199-206.
12. Benson H, Beary JF, Carol MP. The relaxation response. *Psychiatry*. 1974;37(1):37-46.
13. Hiim H, Hippe E. [Learning through experiences, understanding and action: A textbook in didactics]. *Læring gennem oplevelse, forståelse og handling: En studiebog i didaktik*. 2nd edition ed. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag; 2012.
14. Benson H, Proctor W. *Relaxation Revolution: The Science and Genetics of Mind Body Healing*. New York: Scribner; 2011.
15. Kreitzer MJ, Koithan M. *Integrative Nursing*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2019.
16. Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. *Complementary and Alternative Therapies in Nursing*. 8th ed. New York: Springer Publishing Company 2018.

ANNEX 1

PROTOKOLL ZUR ANWENDUNG DER HANDMASSAGE ZUR ENTSPANNUNG

Protokoll zur Anwendung der Handmassage zur Entspannung

Jede Hand wird ± 5 Minuten lang massiert. Die Massage ist kontraindiziert, wenn die Hand verletzt, gerötet oder geschwollen ist

1. VORBEREITUNG

- Bereiten Sie Ihren Arbeitsbereich vor, indem Sie ein Handtuch auslegen, um den Tisch oder eine andere Arbeitsfläche vor dem Massagemedium/Trägeröl zu schützen.
- Bitten Sie Ihr Gegenüber, sich in eine bequeme Position zu setzen, in der er den Arm ausstrecken und sich entspannen kann.
- Achten Sie darauf, dass Sie auch bequem sitzen können.
- Wählen Sie ein Massagemedium und erwärmen Sie eine ca. münzgroße Portion des Mediums, indem Sie es zwischen Ihren Händen verreiben.

2. DURCHFÜHRUNG

Handrücken

- Kurze, mittellange, gerade Streichbewegungen werden vom Handgelenk bis zu den Fingerspitzen ausgeführt, es wird mäßiger Druck ausgeübt (Effleurage).
- Große, halbkreisförmige, dehnende Striche werden mit mäßigem Druck von der Mitte zur Seite der Hand ausgeführt.
- Mit leichtem Druck werden kleine, kreisförmige Streichbewegungen über die ganze Hand gemacht (mit dem Daumen kleine O's machen).
- Die federleichten, geraden Streichbewegungen werden vom Handgelenk bis zu den Fingerspitzen ausgeführt, wobei sehr leichter Druck ausgeübt wird.

Handfläche

- Kurze, mittellange, gerade Streichbewegungen werden mit mäßigem Druck vom Handgelenk bis zu den Fingerspitzen ausgeführt.
- Mit mäßigem Druck wird das Gewebe der gesamten Handfläche sanft geknetet und angehoben.
- Kleine kreisförmige Streichbewegungen werden mit mäßigem Druck über die gesamte Handfläche geführt (mit dem Zeigefinger kleine O's machen).
- Große, halbkreisförmige Dehnungsstreichungen werden von der Mitte der Handfläche zu den Seiten hin mit mäßigem Druck ausgeführt.

Finger

- Jeder Finger wird von der Basis bis zur Spitze auf beiden Seiten und auf der Vorder- und Rückseite sanft zusammengedrückt.
- An jedem Finger wird ein sanfter Bewegungsumfang durchgeführt.
- Auf jedes Nagelbett wird sanfter Druck ausgeübt.

3. ABSCHLUSS

- Die Hand der empfangenden Person liegt zwischen den Händen der massierenden Person. Die obere Hand der massierenden Person wird sanft einige Male zurückgezogen, danach dreht die empfangende Person ihre Hand und der Vorgang wird einige Male wiederholt.



Die Pflege von sich selbst als Person und als
Pflegefachperson sowie die Pflege von Patient*innen
sind eng miteinander verbunden

5 DIE INTEGRATIVE PFLEGEFACHPERSON IN DER KONVENTIONELLEN GESUNDHEITSVERSORGUNG

5.1 EINLEITUNG

Trotz der zunehmenden Betonung einer patient*innenzentrierten Gesundheitsversorgung verfolgt das herkömmliche Gesundheitssystem im Allgemeinen einen krankheitsorientierten Ansatz, der sich auf das biomedizinische wissenschaftliche Modell und die Autonomie der Angehörigen der Gesundheitsberufe stützt^{1,2}. Aus dieser Perspektive arbeiten die verschiedenen Fachkräfte des Gesundheitswesens unabhängig und parallel zueinander. Wenn sich die Gesundheitsversorgung in Richtung eines integrativen Ansatzes bewegt, nimmt die Konzentration auf medizinische Diagnosen ab und der Informationsaustausch und die Kommunikation zwischen den verschiedenen beteiligten Partner*innen nimmt zu².

Berichte und Forschungsarbeiten über die Einführung integrativer Pflege und komplementärer Interventionen in die konventionelle Gesundheitsversorgung stammen überwiegend aus den USA³. Diese Beispiele unterstützen einen ganzheitlichen Ansatz in der Gesundheitsversorgung und stellen eine zusätzliche Möglichkeit dar, den Bedürfnissen der Patient*innen über die typische medizinische Behandlung hinaus gerecht zu werden. Die Schwerpunktbereiche zielen auf die Behandlung von Symptomen und die Verbesserung der Lebensqualität des Einzelnen ab. Wenn man diese Berichte aus der Perspektive der klinischen Entscheidungsfindung in der Pflege⁴ interpretiert, beinhaltet eine erfolgreiche Umsetzung einen vielschichtigen komplexen Prozess, der von der Begegnung zwischen Pflegefachperson und Pflegeempfänger*in auf der Mikroebene bis zur Politik und Strategie im Gesundheitswesen auf der Makroebene reicht. In Europa gibt es diese vielschichtige Umsetzung der integrativen Pflege nicht und muss auf der Mikroebene oder in ausgewählten Einheiten auf der Mesoebene gefunden und anerkannt werden. In einem klinischen Umfeld konzentrieren sich die professionell Pflegenden oft auf einen konventionellen, medizinisch orientierten Ansatz. Ziel dieses Kapitels ist es, angehende Pflegefachpersonen zu inspirieren, sich ihres Potenzials bewusst zu werden, die Pflegepraxis in Richtung eines stärker integrierten Ansatzes zu verändern. Das Kapitel konzentriert sich auf die Mikroebene und auf Veränderungen in kleinen Schritten. Die Frage ist: Wie können examinierte wie angehende Pflegefachpersonen in ihrer täglichen klinischen Praxis und bei der Entscheidungsfindung mit integrativer Pflege arbeiten und vielleicht mit der Zeit die Kultur, die Kolleg*innen und die Führungskräfte in ihren eigenen Einrichtungen beeinflussen.

Die folgenden Aspekte werden behandelt:

- 1 Warum und wie man in der täglichen Praxis mit integrativer Pflege arbeitet.
- 2 Kommunikation mit Kolleg*innen über integrative Pflege.
- 3 Anhand von Fallbeispielen und klinischen Beispielen der integrativen Pflege.

Warum und wie man in der täglichen Praxis mit integrativer Pflege arbeitet

Die Fundamentals of Care (FoC) sind ein konzeptioneller Rahmen von Kitson et al. und eine Antwort auf die Tatsache, dass die Qualität der professionellen Pflege weltweit unzureichend ist, was zu negativen Erfahrungen, einer verlängerten Verweildauer im Krankenhaus und einem höheren Sterberisiko der Patient*innen führt⁵. FoC hilft Pflegekräften, ihre pflegerischen Aktivitäten zu definieren und zu priorisieren, und betont die vertrauensvolle, therapeutische Beziehung zwischen der Pflegefachperson und Patient*innen als grundlegend. Diese Perspektive unterstützt einen integrativen Ansatz.

Versäumnisse in der Pflege und eine schlechte Pflegequalität sind seit mehr als 10 Jahren international zu beobachten und auch in europäischen Krankenhäusern dokumentiert ⁶, was mitunter zu einer hohen Sterblichkeit im Krankenhaus führt ⁷. In dem Debattenartikel "Shitty Nursing" aus dem Jahr 2019 wird auf dieser Grundlage vorgeschlagen, dass ein neuer Weg für europäische Pflegefachpersonen darin besteht, die Pflegepraxis neu zu bewerten und neu auszurichten, um die fatalen Folgen der unterlassenen Pflege zu vermeiden ⁸. Dieser neue Weg nach vorn könnte sich an den Praktiken und Werten der integrativen Pflege orientieren.

Die WHO fordert mehr Aufmerksamkeit für traditionelle und komplementäre Praktiken in den Mitgliedstaaten als Strategie zur Gesunderhaltung der Bevölkerung ⁹. In ihrer Strategie 2014-2023 argumentiert die WHO, dass die nicht-konventionelle Medizin zur Erhaltung der Gesundheit und zur Prävention von Krankheiten beiträgt, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, die derzeit einen unterschätzten Teil der Gesundheitsversorgung ausmachen ¹⁰. Gleichzeitig ist die Gewährleistung der Qualität der Pflegeausbildung eine erklärte strategische Priorität, um zu den Gesundheitszielen der Bevölkerung beizutragen ¹¹.

Wird ein patient*innenorientierter In den Beispielen für die erfolgreiche Umsetzung der integrativen Pflege 3 Ansatz hervorgehoben. In den USA besteht sowohl bei bestimmten Patient*innengruppen als auch in der Allgemeinbevölkerung ein großes Interesse an komplementären Interventionen und nicht-pharmakologischen Interventionen (NPI), z. B. zur Behandlung chronischer Symptome. Auch in den europäischen Ländern wird der Einsatz von komplementären Interventionen von der Bevölkerung stärker anerkannt ⁹. In der integrativen Pflege konzentriert sich der Einsatz von NPI und als therapeutischer Ansatz auf die Befähigung der Patient*innen und die Stärkung der individuellen Mechanismen zur Selbstbehandlung von Symptomen. (Serie 1, Kapitel 2 - und Serie 3, Kapitel 1)

Die Grundsätze der integrativen Pflege welche von Kreitzer und Kolleg*innen formuliert wurden dienen als praktische Anleitung für Pflegefachpersonen und sind in jedem klinischen Umfeld anwendbar¹². In jedem der sechs Grundsätze sind konkrete Indikatoren und Beispiele für integrative Pflege zu finden, die in der klinischen Praxis angewendet werden können. Grundsatz 3 besagt, dass im Rahmen der integrativen Pflege eine patient*innenzentrierte Pflege Pflegefachpersonen dazu auffordert, voll und ganz präsent zu sein und genau zuzuhören, um die besten Optionen für die Heilung der betroffenen Person zu finden. Grundsatz 5 besagt, dass integrative Pflege mit der schonendsten Intervention beginnt, die zur Linderung der Symptome erforderlich ist. Dies ist eine praktische Anleitung für Pflegefachpersonen in ihrer täglichen Praxis bei jeder Begegnung von der Mikro- bis zur Mesoebene. (Serie 1, Kapitel 3).

Kommunikation mit Kolleg*innen über integrative Pflege

Pflegefachpersonen haben bei der Integration komplementärer Interventionen in die Gesundheitspraxis eine Vorreiterrolle gespielt. Studien über die Einstellung von Pflegefachpersonen zu berichten, dass diese Einstellung insgesamt positiv ist, obwohl es immer noch eine gewisse Skepsis gegenüber den Interventionen und den sie unterstützenden Beweisen gibt ¹³. Pflegefachpersonen, die in der Ausbildung tätig sind, haben Berichten zufolge eine positive Einstellung zu und sehen diese Interventionen als vorteilhaft für Patient*innen bei einer Vielzahl von Symptomen an und sind offen für ihre Anwendung. Sie sind der Meinung, dass sowohl in der Pflegepraxis als auch in der Lehre eine Rolle spielen können ¹⁴.

Hall et al. (2017) führten ein systematisches Review der Einstellung von Pflegefachpersonen zu KPI durch, die fünfzehn Studien aus sieben Ländern umfasste ¹⁵. Die Ergebnisse zeigten, dass Pflegefachpersonen KPI

als gute Ergänzung zur konventionellen Pflege wahrnehmen. Sie fanden auch heraus, dass KPI Vorteile für die Praxis der Pflege bietet, indem sie deren Instrumentarium erweitert und die Pflege ganzheitlicher und in vielen Fällen lohnender macht. Pflegefachpersonen berichteten von Hindernissen durch andere Kolleg*innen und Ärzt*innen, da diese der Einführung der KPI in ihre Arbeit manchmal skeptisch oder ablehnend gegenüberstanden. Die Einrichtungen, in denen sie arbeiteten, unterstützten die Integration nicht immer. Ein Thema stellt dar, dass Pflegefachpersonen die KPI als eine relevante Option im Kontext der Grenzen der konventionellen Gesundheitsversorgung wahrnehmen, wenn Symptome wie Schmerzen, Stress und Schlafprobleme nicht mit Medikamenten gelindert werden können. Ein weiterer Aspekt ist, dass eine positive Einstellung zu KPI und NPI die Möglichkeiten des Pflegepersonals erweitert, Patient*innen angemessen zu versorgen, und gleichzeitig ihre Arbeitszufriedenheit erhöht. Die Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass professionell Pflegendе KPI nicht als Alternative zur konventionellen Pflege ansehen, sondern vielmehr als Möglichkeit, eine personalisiertere Pflege zu leisten.

Die Kommunikation von Positivbeispielen und ein offener Umgang mit der Nutzung von Komplementär- und Alternativmedizin durch Patient*innen wird die integrative Pflege fördern und die kollegiale Skepsis verringern. Die oben erläuterten Ergebnisse zeigen, wie wichtig der Einfluss von Kolleg*innen ist und wie wichtig es ist, mit den Kolleg*innen über KPI und integrative Pflege zu sprechen. Mit Basiswissen und Aufgeschlossenheit können Pflegefachpersonen beschreiben, wofür integrative Pflege steht und wie KPI und NPIs funktionieren, und so die Kultur sowohl auf institutioneller als auch auf kollegialer Ebene positiv beeinflussen. Die Bedeutung der interprofessionellen Kommunikation und der Teambildung zwischen Pflege und Ärzt*innen wird in einem Studienprotokoll eines integrativen Beratungsprogramms für Krebspatient*innen als Schlüsselement hervorgehoben ¹⁶.

Anwendung von Fallstudien und klinischen Beispielen der integrativen Pflege

Wenn Sie komplexe Phänomene und den ganzheitlichen Charakter der professionellen Pflege untersuchen, dann sind exemplarische Fälle und Fallstudien empfehlenswerte Methoden ^{17, 18}. Fallbasiertes Lernen ist ein weit verbreitetes Lehrmittel in der Ausbildung im Gesundheitswesen, bei dem Fälle aus der klinischen Praxis verwendet werden, um Theorie und Praxis miteinander zu verbinden ¹⁹.

In der INES-Mapping-Studie zeigte eine SWOT-Analyse der Ergebnisse, dass klinische Beispiele und die Verwendung von Best Practices eine Stärke der bestehenden Kurse sind ²⁰. Darüber hinaus hielten die an der INES-Delphi-Studie teilnehmenden Expert*innen das Wissen aus Fallbeispielen für sehr geeignet, um angehende Pflegefachpersonen über KPI und NPIs zu lehren ²¹. Deshalb schlagen wir vor, Fälle und Positivbeispiele zu verwenden, um zu zeigen und zu verstehen, wie examinierte und angehende Pflegefachpersonen mit integrativer Pflege in der täglichen klinischen Praxis in einer konventionellen Gesundheitseinrichtung arbeiten können. Die Lernenden können auch ermutigt werden, Fallbeispiele in der klinischen Praxis zu verwenden, wenn sie das Potenzial der integrativen Pflege mit Kolleg*innen diskutieren wollen. In diesem Handbuch werden Fallgeschichten vorgestellt, um die Komplexität der Kombination verschiedener Wissensarten in der integrativen Pflegepraxis zu veranschaulichen.

5.2 LERNZIELE

Lernziele sind Beschreibungen des spezifischen Wissens, der Fähigkeiten oder des Fachwissens, das Lernende durch gezielte Lernaktivität erlangen. Die INES-Lernziele (Anhang 2) wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege durch die Delphi-Methode validiert ²¹. Für dieses Kapitel werden die folgenden Lernziele vorgeschlagen.

Wissen

- ✓ Anwendung allgemeiner Kenntnisse über komplementäre Interventionen und integrative Pflege.
- ✓ Interpretation von Erkenntnissen aus Fallbeispielen über den Einsatz von komplementären und nicht-pharmakologischen Interventionen durch Pflegefachpersonen.
- ✓ Verständnis der Hindernisse und Erleichterungen für die Umsetzung der integrativen Pflege im eigenen Kontext/Land.

Fertigkeiten

- ✓ Bereitstellung allgemeiner Informationen für Patient*innen und Kolleg*innen über relevante komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen.
- ✓ Bei der Befriedigung der Grundbedürfnisse der Patient*innen die am wenigsten invasive Pflegemaßnahme wählen.
- ✓ Analyse individueller und spezifischer Pflegesituationen unter Berücksichtigung verschiedener Gesundheitsansätze..

Verantwortung und Autonomie

- ✓ Anwendung eines ganzheitlichen und integrativen Ansatzes in Bezug auf grundlegende pflegerische und klinische Entscheidungen in nicht-komplexen Pflegesituationen.

5.3 FALLBEISPIELE

Fallbeispiele werden eingesetzt, um die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten zu fördern, einen expliziten Praxisbezug herzustellen und Lehrende in der didaktischen Gestaltung ihrer Lehre zu inspirieren. Sie verbinden anschauliche Situationsbeschreibungen mit den zugrunde liegenden konzeptionellen Grundlagen integrativer Pflege und machen deren systematische Einbettung in professionelles Handeln nachvollziehbar. Die verwendeten Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis und aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es bleibt den Lehrenden überlassen, wie sie bzw. er, sie am besten einsetzt, je nach kulturellem und pädagogischem Kontext. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen.

FALLBEISPIEL 1 ~ Beispiele zur Stressbewältigung aufzeigen

Marianne ist angehende Pflegefachfrau auf einer allgemeinchirurgischen Station. An der Pflegeschule hat sie an einem Kurs über integrative Pflege teilgenommen und ist sehr inspiriert, Atemübungen sowohl zur Behandlung von Patientensymptomen als auch als ihre eigene Strategie einzusetzen, z. B. nach einem stressigen Arbeitstag oder bei Schlafproblemen.

Marianne erzählt der Pflegedienstleiterin von dem Kurs über integrative Pflege und fragt, ob sie eine Personalversammlung damit beginnen kann, ihren Kolleg*innen die 4-7-8-Atemübung vorzuführen. In der nächsten Woche erhält Marianne die Gelegenheit, die ersten 10 Minuten einer Personalversammlung zu nutzen. Sie beginnt damit, dass sie ihre Kolleg*innen einlädt, die Atemübung auszuprobieren. Sie bittet sie, es sich auf ihren Stühlen bequem zu machen und führt sie durch die Übung. Sie stellt fest, dass mehrere Kolleg*innen positiv eingestellt sind, aber einige scheinen auch skeptisch zu sein. Sie beschließt, diese Skepsis zu ignorieren. Dennoch machen alle mit, und Marianne leitet ihre Kolleg*innen durch 8 Wiederholungen der Atemübung. In den letzten 5 Minuten erzählt Marianne, dass sie die Atmung als persönliche Strategie zur Stressbewältigung einsetzt und dass sie die Atemübung am Vortag auch als pflegerische Intervention bei einem Patienten eingesetzt hat, der nach einer großen Operation große Angst vor der Mobilisierung hatte. Der Patient bat um mehr Schmerzmittel, obwohl diese bereits verabreicht worden waren. Marianne spürte die Nervosität des Patienten und schlug vor, die Atemübung auszuprobieren, woraufhin sie sich neben den Patienten setzte und sie sie gemeinsam durchführten. Die Atemübung sorgte für so viel Ruhe, dass der Patient anschließend ohne zusätzliche Schmerzmittel mobilisiert werden konnte. Nach der Personalversammlung sprachen mehrere Pflegefachpersonen Marianne an und lobten sie dafür, dass sie ihnen auf sehr praktische Weise vor Augen geführt hatte, wie hilfreich einfache nicht-pharmakologische Interventionen in der Pflege sind.

FALLBEISPIEL 2 ~ Kommunikation mit Kolleg*innen

Pflegefachfrau May empfängt eine Patientin, der eine adjuvante Behandlung gegen Lungenkrebs beginnen soll. Die Patientin sagt, dass sie im Winter unter Depressionen und schwierigen Gedanken leidet. Im Gespräch erwähnt sie außerdem, dass sie, obwohl es Herbst ist, die Einnahme von Johanniskraut eingestellt hat, da sie weiß, dass dies selten mit der Behandlung vereinbar ist. Der Arzt bestätigt, dass Johanniskraut nicht empfohlen wird, solange sie in aktiver Behandlung ist.

Nach der Konsultation meint Pflegefachfrau May, dass es mutig von der Patientin war, über den Einsatz von komplementären Interventionen zu sprechen. Pflegefachfrau May macht sich Sorgen um die psychische Gesundheit der Patientin, da die dunkle Jahreszeit beginnt und die Behandlung der Patientin anspruchsvoll ist. Während der Konsultation wurde nicht über einen Ersatz für Johanniskraut diskutiert. May weiß, dass eine ihrer Kolleginnen mehr über KPI weiß als May selbst. May fragt ihre Kollegin, ob es stimmt, dass die Patientin Johanniskraut nicht zusammen mit einer adjuvanten Behandlung einnehmen soll. Kollegin Charlotte bestätigt, dass es Bedenken wegen möglicher Wechselwirkungen gibt. Sie schlägt vor, dass May bei der nächsten Konsultation die Patientin fragt, wie sie die Wirkung von Johanniskraut in ihrem Alltag konkret erlebt. Charlotte schlägt vor, dass auf der Grundlage des Gesprächs mit der Patientin andere KPI vorgeschlagen werden können.

Beispiele für andere KPI sind Achtsamkeit, Meditation oder Lichttherapie. May ist durch das Gespräch mit Charlotte inspiriert und fühlt sich wohl dabei, der Patientin beim Termin offen zu begegnen. Sie beschließt auch, mit dem Arzt zu sprechen, bevor sie sich mit der Patientin trifft.

5.4 DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN UND LEHRMETHODEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hiim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden. Dieses Kapitel konzentriert sich auf das Verständnis der Lernenden für die Möglichkeiten der integrativen Pflege in einem konventionellen Gesundheitswesen, wie es im INES-Modell dargestellt wird. In Europa sind Beispiele für integrative Pflege vor allem auf der Mikroebene zu finden, auf institutioneller Ebene jedoch noch nicht üblich. Das Kapitel befähigt die Lernenden, integrative Pflege in der täglichen Praxis mitzugestalten.

Lernbedingungen: Da dieses Kapitel in erster Linie einen theoretischen Ansatz verfolgt, richten sich die Lernbedingungen für dieses Kapitel danach, in welchem Ausbildungsabschnitt sich die Lernenden befinden. Es wird erwartet, dass sie zumindest ein gewisses Wissen über integrative Pflege und KPI /NPIs sowie über die Struktur und die Philosophie innerhalb des konventionellen Gesundheitswesens haben, um mögliche Barrieren und Erleichterungen für die Akzeptanz der integrativen Pflege verstehen zu können. Die klinischen Erfahrungen der Lernenden, z.B. die Skepsis von Kolleg*innen oder positive Beispiele oder Beobachtungen von integrativer Pflege in einem konkreten klinischen Setting, sind ebenfalls relevante Lernbedingungen. In einer Gruppe von Lernenden können einige skeptisch und andere positiv eingestellt sein. Das Wissen über Kommunikations- und Organisationstheorie aus der formalen Pflegeausbildung sind relevante Lernvoraussetzungen, die es zu berücksichtigen gilt.

Rahmenbedingungen: Die Inhalte dieses Kapitels können sowohl in einer Lehrveranstaltung vor Ort als auch online zusammen mit kleinen Arbeitsgruppen umgesetzt werden.

Ziele: Gemäß den validierten Lernzielen aus dem INES-Lernendenprofil und der Bloom'schen Taxonomie ist ein Lernziel für dieses Kapitel besonders spezifisch: Interpretation von Erkenntnissen aus Fallbeispielen über den Einsatz von komplementären und nicht-pharmakologischen Interventionen durch Pflegefachpersonen. Dieses Lernziel betont die Bedeutung exemplarischer Fälle in diesem Kapitel, da das Ziel ist, dass die Lernenden durch die Fallarbeit ein relativ hohes Niveau innerhalb der Taxonomie erreichen. Die Bereitstellung relevanter Informationen für Kolleg*innen ist ebenfalls ein spezifisches Lernziel dieses Kapitels, während die anderen Lernziele auch in anderen Kapiteln zu finden sind.

Inhalt: Gemäß dem INES-Modell spiegelt dieses Kapitel wider, wie sich der Kreis auf die konventionelle Gesundheitsversorgung zu bewegt. Tabelle 1 enthält Vorschläge für den Inhalt.

TABELLE 1 Vorschläge für die Lehrveranstaltungen vor, während und nach einer Lerneinheit:
1) Während der Lehrveranstaltung 2) Außerhalb der Veranstaltung 3) Während der Lehrveranstaltung

1	Vortrag über die integrative Pflegefachperson in einer konventionellen Gesundheitseinrichtung und Einführung in Gruppenarbeiten.
2	In Gruppenarbeit können die Lernenden aus den folgenden Aufgaben wählen: • Erarbeiten Sie fünf Argumente für einen integrativen Ansatz in der Pflege. • Der Umgang mit Skepsis: Sind Sie in der klinischen Praxis auf Skepsis gestoßen, und wie und warum würden Sie heute damit umgehen? Bereiten Sie zwei oder drei Beispiele vor. • Erarbeiten Sie drei Beispiele, wie die Kommunikation zwischen Kolleg*innen eine Barriere darstellen kann und wie sie zu einem Förderfaktor für integrative Pflege verändert werden kann. • Analysieren Sie ein Fallbeispiel, die Beispiele für integrative Pflege in der täglichen Praxis zeigt. Die Lernenden können ihre eigenen Fälle auf der Grundlage von Erfahrungen konstruieren, oder die Lehrperson kann beispielhafte Fälle vorgeben. • Beschreiben und reflektieren Sie die Unterschiede zwischen der konventionellen und der integrativen Gesundheitsversorgung, z. B. aus der Perspektive verschiedener Paradigmen, unter Verwendung der Heilsphilosophie oder des Rahmens verschiedener teamorientierter Gesundheitsversorgungsansätze.
3	Die Lernenden präsentieren die ausgewählten Aufgaben, gefolgt von Dialogen und feedback von anderen Lernenden und Lehrenden.

Lernprozess: Die eigenständige Vorbereitung der Lernenden in Verbindung mit der aktiven Begleitung durch Lehrende bei der gemeinsamen Durcharbeitung der Inhalte durch moderierte Analysen und Diskussionen eröffnen Möglichkeiten für eine vertiefte Auseinandersetzung. Dialog, Übungen und Reflexionen im Unterricht fördern diese durch die Verbindung von Theorie und Praxis. Ergänzend kann praxisorientiertes, erfahrungsbasiertes Lernen angeboten werden.

Vorschläge für die Evaluation der Lerneinheit

- ✓ Feedback von anderen Lernenden in Gruppenarbeiten und bei der Präsentation von Aufgaben.
- ✓ Formatives Feedback von der Lehrperson, wenn die Gruppenarbeit durchgeführt und präsentiert wird.

5.5 VORSCHLÄGE FÜR LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien" finden Sie die im Text verwendeten Referenzen und Vorschläge für weitere Informationsquellen, wie Websites oder Videos. Diese werden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- 1 Wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (von Fachpersonen geprüfte Artikel, Websites von Universitäten und Forschungszentren).
- 2 Berufliche Glaubwürdigkeit (Berufsverbände und renommierte Gesundheitseinrichtungen).
- 3 Das INES-Netzwerk.

Eine Einschränkung dieser Quellen ist, dass sie in englischer Sprache vorliegen, was bedeutet, dass viele andere vertrauenswürdige Veröffentlichungen in anderen Sprachen nicht aufgeführt sind. Wir ermutigen Lehrpersonen, auch Veröffentlichungen in ihrer eigenen Sprache zu verwenden und dabei die oben genannten ersten beiden Kriterien zu berücksichtigen.



Video - Lehrmaterialien Illustrative Beispiele für einen "neuen Weg" in der Pflege:

- Dagmarsminde in Dänemark: Mai Bjerre Eiby: Es gibt eine Behandlung für alle Demenzkranken - YouTube
- Silent disco organised by the Dutch nursing student Teun Toebes: SILENT DISCO - Toos (83) danst en geniet - sTeun en toeverlaat - YouTube
- Fußmassage während der Chemotherapie: https://www.youtube.com/watch?v=15_dd8soXGk
- Live music at the ICU: https://www.youtube.com/watch?v=_MPFvwGdowc

Resources for the suggested assignments



The salutary philosophy, reference: 22

- Antonovsky A (1979) Health, Stress and Coping. San Francisco, Jossey-Bass: *Antonovsky's Sense of Coherence (SOC) construct, a global orientation in which an individual perceives life as comprehensible, manageable and meaningful. SOC theory of health and well-being supports an integrative approach and challenges the conventional pathogenetic perspective. 'Unravelling the Mystery of Health' was published in 1987 and was translated into many languages.*



Framework of different health care approaches, references: 2, 23

- Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework.
- Frisch NC, Rabinowitsch D. What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review.

Integrative nursing in clinical practice, references: 3, 12, 24

- Finn D, Lee C. 28: Integrating Complementary Therapies into Practice Settings In: Lindquist R, Tracy MF, Snyder M, editors. Complementary Therapies in Nursing.
- Kreitzer MJ. Integrative nursing: application of principles across clinical settings.
- Kreitzer MJ, Koithan M. Integrative Nursing.

Communication as barrier or facilitator for integrative nursing, references: 15, 25

- Hall H, Leach M, Brosnan C, Collins M. Nurses' attitudes towards complementary therapies: A systematic review and meta-synthesis.
- Hall H, Brosnan C, Frawley J, Wardle J, Collins M, Leach M. Nurses' communication regarding patients' use of complementary and alternative medicine.

5.6 REFERENZEN

1. Witt CM, Chiaramonte D, Berman S, Chesney MA, Kaplan GA, Stange KC, et al. Defining Health in a Comprehensive Context: A New Definition of Integrative Health. *Am J Prev Med.* 2017;53(1):134-7.
2. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res.* 2004;4(1):15.
3. Finn D, Lee C. 28: Integrating Complementary Therapies into Practice Settings In: Lindquist R, Tracy MF, Snyder M, editors. *Complementary Therapies in Nursing* 9th ed. New York: Springer Publishing Company 2022.
4. Gillespie M. Using the Situated Clinical Decision-Making framework to guide analysis of nurses' clinical decision-making. *Nurse Educ Pract.* 2010;10(6):333-40.
5. Kitson A, Conroy T, Kuluski K, Locock L, Lyons R. Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. 2013.
6. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(2):126-35.
7. Wieczorek-Wojcik B, Gaworska-Krzeminska A, Owczarek AJ, Kilanska D. In-hospital mortality as the side effect of missed care. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):2240-6.
8. Richards DA, Borglin G. 'Shitty nursing' - The new normal? *Int J Nurs Stud.* 2019;91:148-52.
9. World Health Organization. Traditional, complementary and integrative medicine World Health Organization, ; 2022 [Available from: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1].
10. World Health Organization. Global strategic directions for Nursing and Midwifery World Health Organization, ;2022 [Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344562/9789240033863-eng.pdf>].
11. Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Public Health.* 2018;46(4):448-55.
12. Kreitzer MJ. Integrative nursing: application of principles across clinical settings. *Rambam Maimonides Med J.* 2015;6(2):e0016.
13. Balouchi A, Mahmoudirad G, Hastings-Tolsma M, Shorofi SA, Shahdadi H, Abdollahimohammad A. Wissen, attitude and use of complementary and alternative medicine among nurses: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract.* 2018;31:146-57.
14. Lartey G, Sturgeon LP, Garrett-Wright D, Kabir UY, Eagle S. A Survey of School Nurses' Perceptions of Complementary, Alternative, and Integrative Therapies. *J Sch Nurs.* 2019;35(4):256-61.
15. Hall H, Leach M, Brosnan C, Collins M. Nurses' attitudes towards complementary therapies: A systematic review and meta-synthesis. *Int J Nurs Stud.* 2017;69:47-56.
16. Valentini J, Frohlich D, Stolz R, Mahler C, Martus P, Klafke N, et al. Interprofessional evidence-based counselling programme for complementary and integrative healthcare in patients with cancer: study protocol for the controlled implementation study CCC-Integrativ. *BMJ Open.* 2022;12(2):e055076.
17. Heale R, Twycross A. What is a case study? *Evid Based Nurs.* 2018;21(1):7-8.
18. Sandelowski M. One is the liveliest number: the case orientation of qualitative research. *Res Nurs Health.* 1996;19(6):525-9.
19. McLean SF. Case-Based Learning and its Application in Medical and Health-Care Fields: A Review of Worldwide Literature. *J Med Educ Curric Dev.* 2016;3.
20. van der Heijden MJE, Busch M, Gunnarsdottir TJ, Lunde A, Falkenberg T, van Dijk M. Educational courses on non-pharmacologic complementary interventions for nurses across Europe: The INES mapping pilot study. *Nurse Educ Today.* 2022;116:105419.
21. Lunde A, Gunnarsdottir TJ, Busch M, van der Heijden MJE, Falkenberg T, van Dijk M, et al. Integrative nursing in Europe- a competency profile for nursing students validated in a Delphi study *Nurse Educ Today.* submitted
22. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco Jossey-Bass; 1979.
23. Frisch NC, Rabinowitsch D. What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review. *J Holist Nurs.* 2019;37(3):260-72.
24. Kreitzer MJ, Koithan M. Integrative Nursing. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2019.
25. Hall H, Brosnan C, Frawley J, Wardle J, Collins M, Leach M. Nurses' communication regarding patients' use of complementary and alternative medicine. *Collegian.* 2018;25(3):285-91.



6 REGULARIEN UND VERORDNUNGEN - GESETZGEBUNG

6.1 EINLEITUNG

Dieses Kapitel befasst sich mit den gesetzlichen Regularien und Verordnungen, die für die Anwendung von KPI gelten. Für die Anwendung dieser Interventionen ist es von hoher Relevanz zu wissen, dass jedes Land spezifische Regularien und Verordnungen für die Anwendung von komplementären Interventionen hat. Die integrative Pflegefachperson muss darüber informiert sein, was erlaubt und geregelt ist und was nicht. Er/sie muss dazu befähigt werden sich über die gesetzlichen Voraussetzungen der Interventionserbringung im jeweiligen Land zu informieren. Darüber hinaus sollten integrativ tätige Pflegefachpersonen Bescheid wissen, welche Interventionen von Versicherungen finanziert werden und welche als individuelle Gesundheitsleistungen auf Selbstzahlungsbasis in Anspruch genommen werden müssen.

Regulierung und Gesetzgebung

Eine KPI sollte idealerweise im Austausch zwischen der Pflegefachperson und den Patient*innen ausgewählt werden und auf aktueller Evidenz basieren. Es könnte hilfreich sein, das erforderliche Ausbildungs- bzw. Studiums-niveau für die Anwendung der KPI zu berücksichtigen (Abbildung 1). Eine Pflegefachperson darf KPI nur dann in Verbindung mit ihrer pflegerischen Tätigkeit anwenden, wenn sie die dafür erforderliche formale Ausbildung abgeschlossen hat. Auch die Einrichtung, in der die Pflegefachperson arbeitet, muss eine solche Tätigkeit genehmigen. So darf beispielsweise eine Pflegefachfrau in Island, die auch als Reflexologin zugelassen ist, im Krankenhaus keine Reflexzonenmassage anbieten. Eine Pflegefachperson, die gelernt hat nicht-komplexe Massageinterventionen anzuwenden, darf Patient*innen nur eine Massage geben, sofern Patient*innen die Zustimmung erteilt haben. In Dänemark dürfen Pflegefachpersonen, die in Akupunktur ausgebildet sind, Akupunktur in der pflegerischen Versorgung anwenden, wenn sie eine besondere Vereinbarung mit der Abteilungsleitung und den zuständigen Ärzt*innen getroffen haben.

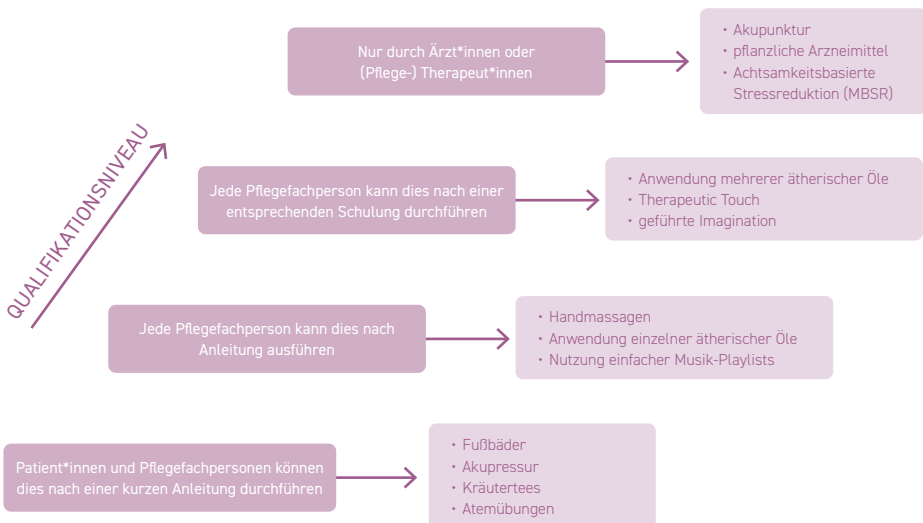


Abbildung 1: Erforderliches Qualifikationsniveau für die Anwendung komplementärer Therapien. Mit freundlicher Genehmigung von M. Giesberts – HAN University of Applied Science, Nijmegen, Niederlande 2020

Die Auswahl einer KPI hängt davon ab, was in dem jeweiligen Land erlaubt ist. Die Auswahl eines Anbieters bestimmt sich ebenfalls dadurch, wer die betreffende KPI anwenden darf oder eine Zulassung dafür besitzt. Die gesetzlichen Regelungen zur Anwendung komplementärer Interventionen unterscheiden sich von Land zu Land. Das Fehlen von Richtlinien ist häufig auf mangelnde gesetzliche Vorgaben zurückzuführen ¹. Die Europäische Union (EU) konstatiert, dass Mitgliedstaaten dafür verantwortlich sind die Anwendung von Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) ² innerhalb der Gesundheitssysteme zu organisieren und gesetzlich zu regeln. Norwegen ist eines der wenigen Länder, welches Regeln und Vorschriften für den Einsatz von CAM eingeführt hat. So werden beispielsweise die meisten alternativen Behandlungsmethoden außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems angeboten, sodass Patient*innen in solchen Fällen weniger Rechte haben. Dies beinhaltet, dass die Patient*innen im Falle von Verletzungen keinen Anspruch auf Entschädigung geltend machen können. Zum Schutz der Patient*innen verlangen die nationalen Behörden jedoch, dass die Anbieter von komplementären Interventionen als solche registriert sind und eine Versicherung vorweisen können, die eventuelle Schäden abdeckt. Inanspruchnehmende sind verpflichtet einen registrierten Anbieter zu nutzen ³. Tabelle 1 enthält einen Vergleich der Gesetzgebung, der Inanspruchnahme und der Anwendung von CAM in den nordischen Ländern. In Island beispielsweise ist die Ausübung von Alternativmedizin zwar gesetzlich geregelt, aber nicht gesetzlich definiert. Das bedeutet, dass es Vorschriften darüber gibt, wie CAM zu praktizieren ist, und dass diejenigen, die CAM praktizieren, registriert sein müssen. CAM-Anbieter registrieren sich freiwillig in dem System. CAM wird von der öffentlichen Krankenversicherung nicht erstattet. Ausnahmen existieren für spezifische Behandlungen, die von autorisiertem Gesundheitspersonal verschrieben oder durchgeführt werden. CAM wird in einigen Kursen der akademischen Ausbildung erwähnt, aber nicht speziell gelehrt. In Island gibt es kein nationales Zentrum für die Erforschung von CAM.

CAM IST	DÄNEMARK	FINNLAND	ISLAND	NORWAY	SCHWEDEN
... gesetzlich geregelt	👍	👎	👍	👍	👎 ^a
... gesetzlich definiert	👎	👎	👎	👍	👎
...erlaubt für die Behandlung von Kindern unter 8 Jahren	👍	👍	👍	👍	👎
...erlaubt für die Behandlung von schweren Erkrankungen und Infektionserkrankungen	👎	👍	👍 ^b	👍 ^b	👎
...reguliert in einem freiwilligen Register für komplementäre Therapeut*innen	👍	👎	👍	👍	👎
...finanziert durch die öffentliche Krankenversicherung	👎 ^c	👎 ^c	👎 ^c	👎 ^c	👎 ^c
...Teil von Wahlmöglichkeiten in der Hochschulbildung	👍	👎	👍	👍	👍
...wissenschaftlich untersucht und das Wissen wird durch ein nationales Zentrum disseminiert	👎	👎	👎	👍	👎

^a eine CAM ist indirekt durch schwedisches Recht geregelt.

^b Nur nach Genehmigung durch den für Patient*innen zuständigen Ärzt*innen.

^c Nicht generell, aber einige CAM-Behandlungen, wie Chiropraktik, Osteopathie, Naprapathie, Massage oder Akupunktur, können erstattet werden, wenn sie von einem zugelassenen Gesundheitsdienstleister durchgeführt, verschrieben oder in Zusammenarbeit mit ihm durchgeführt werden.

Vitamine und Phytotherapeutika unterliegen, je nach Land, anderen Bestimmungen als Medikamente. So werden Nahrungsergänzungsmittel in vielen Ländern nicht nach den gesetzlichen Voraussetzungen für Arzneimittel hergestellt. In Dänemark zum Beispiel werden Nahrungsergänzungsmittel von der dänischen Veterinär- und Lebensmittelbehörde geregelt.

Da die Verwendung von Phytotherapeutika verbreitet ist und das Angebot an frei verkäuflichen Medikamenten zugenommen hat, sollte man bedenken, dass man Produkte auf pflanzlicher Basis und Nahrungsergänzungsmittel nicht unkritisch verwenden sollte. Zu den Risiken und zur sicheren Anwendung einiger Phytotherapeutika und Nahrungsergänzungsmittel gibt es bislang nur wenige wissenschaftliche Studien. Daher sollten stets die Hinweise in der Packungsbeilage sowie Empfehlungen von Fachpersonal beachtet werden. Viele Menschen reagieren allergisch auf Naturprodukte, weshalb bei deren Anwendung besondere Vorsicht geboten ist. (Kapitel 9)

Im Folgenden sehen Sie eine Tabelle zur rechtlichen Situation in den deutschsprachigen Ländern mit darunterliegenden ergänzenden Erläuterungen. Bitte beachten Sie, dass dies keine rechtlich verbindlichen Angaben sind, sondern lediglich eine Übersicht der aktuellen Gesamtsituation.

TABELLE 2 Vergleichende Darstellung der Gesetzgebung, Anwendung und Ausübung von CAM in den deutschsprachigen Ländern			
KOMPLEMENTÄRE MEDIZIN IST...	DEUTSCHLAND	ÖSTERREICH	SCHWEIZ
...gesetzlich reguliert	(👍)	(👍)	👍
...gesetzlich definiert	👎	(👎)	(👍)
...erlaubt für die Behandlung von Kindern unter 8 Jahren	👍	👍	👍
...erlaubt für die Behandlung von schweren Erkrankungen und Infektionserkrankungen	👍	👍	👍
...reguliert in einem freiwilligen Register für komplementäre Therapeut*innen	(👍)	(👎)	👍
...finanziert durch die öffentliche Krankenversicherung	(👎)	(👎)	(👍)
...Teil von Wahlmöglichkeiten in der Hochschulbildung	👍	👍	(👍)
...wissenschaftlich untersucht und das Wissen wird durch ein nationales Zentrum disseminiert	(👍)	👎	(👍)

Deutschland

In Deutschland sind komplementäre Medizin und Pflege nur teilweise durch verschiedene gesetzliche Regelungen abgedeckt. Es existiert kein spezifisches Gesetz, das ausschließlich diese Themen behandelt. Beispielsweise reguliert das Arzneimittelgesetz (AMG) pflanzliche, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel. Darüber hinaus werden Aspekte der komplementären Medizin und Pflege im Heilpraktikergesetz, im Sozialgesetzbuch V sowie in der ärztlichen Berufsordnung angesprochen.

Eine gesetzliche Definition von komplementärer Medizin und Pflege existiert in Deutschland nicht. Lediglich in § 38 und § 39 des AMG werden Registrierung und damit auch die Definition homöopathischer und traditioneller pflanzlicher Arzneimittel thematisiert. Für komplementäre Therapeut*innen existiert in Deutschland kein freiwilliges Register. Ärzt*innen mit entsprechenden Zusatzqualifikationen können sich, beispielsweise in Naturheilkunde oder Akupunktur, in Fachgesellschaften oder Landesärztekammern registrieren lassen. Heilpraktiker*innen benötigen eine behördliche Zulassung durch das Gesundheitsamt, werden dort erfasst, jedoch gibt es kein spezielles Register für die Ausübung komplementärer Verfahren.

Nur wenige komplementäre Interventionen werden von den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland erstattet, darunter beispielsweise Akupunktur bei chronischen Rückenschmerzen oder Kniegelenksarthrose im Rahmen der speziellen Schmerztherapie. In einzelnen Studiengängen werden komplementäre Interventionen thematisiert, im Medizinstudium können an einigen Standorten Wahlfächer belegt werden. Komplementäre Interventionen werden in Deutschland zwar gesundheitswissenschaftlich erforscht, es existiert jedoch kein spezifisches nationales Zentrum zur Verbreitung der Forschungsergebnisse.

Österreich

In Österreich sind komplementärmedizinische Interventionen gesetzlich geregelt, allerdings nicht durch ein eigenes spezifisches Gesetz, sondern verteilt über verschiedene Gesundheits- und GewerbeGesetze. Zu den relevanten Gesetzen zählen unter anderem das Ärztegesetz 1998, das Ausbildungsvorbehaltsgesetz, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), das Hebammengesetz, das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz, das MTD-Gesetz (gehobene medizinisch-technische Dienste), das Psychotherapiegesetz, das Psychologengesetz sowie das Zahnärztegesetz. Komplementärmedizinische Maßnahmen gelten als medizinische Behandlung, sobald sie diagnostisch oder therapeutisch eingesetzt werden. Daher greifen dieselben Regeln zur Einwilligung: Bei Kindern ist die Zustimmung der Eltern erforderlich. Schwere Erkrankungen und Infektionskrankheiten dürfen ausschließlich von Ärzt*innen diagnostiziert und behandelt werden, auch im Rahmen der Komplementärmedizin. Ein staatliches, freiwilliges Register für komplementäre Therapeut*innen existiert in Österreich nicht. Es gibt jedoch mehrere private, freiwillige Register und Listen von Fachgesellschaften und Berufsverbänden. Diese Listen bieten eine Orientierung, stellen aber keine rechtliche Qualifikation oder Erlaubnis zur Behandlung dar. Komplementäre Interventionen werden von den öffentlichen Krankenversicherungen nur dann erstattet, wenn sie wissenschaftlich anerkannt sind, was meist nicht zutrifft. Ein nationales Zentrum zur Verbreitung wissenschaftlicher Ergebnisse im Bereich Komplementärmedizin und Pflege existiert in Österreich nicht.

Schweiz

In der Schweiz ist die ärztliche Komplementärmedizin gesetzlich geregelt und umfasst die Übernahme von Leistungen wie Akupunktur, anthroposophische Medizin, Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin, klassische Homöopathie und Phytotherapie. Die Organisationen OdAKT (Organisation der Arbeitswelt Komplementär Therapie) und OdaAM (Organisation der Arbeitswelt Alternativmedizin) regulieren die Anerkennung von Therapeutinnen. Anerkannte Therapeutinnen können – abhängig von den Vorgaben des jeweiligen Kantons – praktizieren und ihre Leistungen über die Zusatzversicherung abrechnen. Ärztliche Komplementärmedizin ist unter bestimmten Voraussetzungen über die obligatorische Krankenversicherung erstattungsfähig, therapeutische Leistungen können unter bestimmten Bedingungen über die Zusatzversicherung abgerechnet werden. Jede Hochschule entscheidet eigenständig, inwieweit Wahlmöglichkeiten im Bereich der komplementären Medizin und Pflege angeboten werden. Komplementäre Interventionen werden in in der Schweiz zwar gesundheitswissenschaftlich erforscht, es existiert jedoch kein spezifisches nationales Zentrum zur Verbreitung der Forschungsergebnisse.

6.2 LERNZIELE

Lernziele sind Beschreibungen des spezifischen Wissens, der Fähigkeiten oder des Fachwissens, das Lernende durch gezielte Lernaktivität erlangen. Die INES-Lernziele (Anhang 2) wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege durch die Delphi-Methode validiert ⁵. Für dieses Kapitel werden die folgenden Lernziele vorgeschlagen.

Wissen

- ✓ Die Anwendung der nationalen gesetzlichen Grundlagen, Regularien und Verordnungen, die für die Durchführung der ausgewählten Interventionen relevant sind.
- ✓ Verstehen der Hindernisse und Förderfaktoren bei der Umsetzung der integrativen Pflege im eigenen Kontext/Land.
- ✓ Das Verstehen möglicher Wechselwirkungen, sollten Patient*innen KPI anwenden.

6.3 FALLBEISPIELE

Fallbeispiele werden eingesetzt, um die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten zu fördern, einen expliziten Praxisbezug herzustellen und Lehrende in der didaktischen Gestaltung ihrer Lehre zu inspirieren. Sie verbinden anschauliche Situationsbeschreibungen mit den zugrunde liegenden konzeptionellen Grundlagen integrativer Pflege und machen deren systematische Einbettung in professionelles Handeln nachvollziehbar. Die verwendeten Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis und aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es bleibt den Lehrenden überlassen, wie sie bzw. er, sie am besten einsetzt, je nach kulturellem und pädagogischem Kontext. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen.

FALLBEISPIEL 1 ~ Worüber eine Pflegefachperson Auskunft geben kann

Pflegefachfrau Dina spricht mit Fatima: Einer 51-jährigen Frau, die in den letzten sechs Monaten mehrere Harnwegsinfektionen hatte. Vor vier Tagen wurde Fatima im örtlichen Krankenhaus einer Blasenspiegelung unterzogen, doch die Untersuchung ergab nichts Verdächtiges in den Harnwegen. Daher hat Fatimas Hausarzt Dina gebeten, mit Fatima über die Vorbeugung von Harnwegsinfektionen zu sprechen.

*Pflegefachfrau Dina erkennt zunächst die Unannehmlichkeiten der Untersuchung und die vielen Harnwegsinfekte an, die Fatima hatte, und bittet sie, die gesamte Anamnese der Harnwegsinfekte zu erzählen. Dies führt zu einem langen Gespräch und vielen Fragen von Fatima. Fatima erzählt auch, dass sie von einem Phytotherapeutika gehört hat, dass bei Harnwegsinfektionen gut wirkt, und fragt Dina, ob sie dieses Medikament kennt und empfehlen würde. Dina begegnet dieser Frage vorsichtig, denn sie weiß, dass eine Pflegefachfrau keine Behandlung empfehlen darf und dass nur Ärzt*innen eine Behandlung für Infektionskrankheiten verschreiben können. Dina antwortet also, dass sie ein bestimmtes pflanzliches Arzneimittel kennt, das angeblich zur Gesunderhaltung der Schleimhäute beiträgt, aber Dina erklärt, dass sie als Pflegefachfrau keine Medikamente empfehlen darf, und empfiehlt Fatima, ihren Hausarzt danach zu fragen.*

FALLBEISPIEL 2 ~ Was eine Pflegefachfrau in der Praxis tun darf

Richard, ein 60-jähriger pensionierter Polizist, wurde gestern nach einem Herzinfarkt aus dem Krankenhaus entlassen. Die Pflegefachfrau Sandra begrüßt Richard in der Ambulanz, als er zu einem Nachsorgetermin sowie zur Informationsvermittlung für die Selbstinjektion mit einem Gerinnungshemmer erscheint. Zunächst bittet Sandra Richard, von sich und den Ereignissen zu berichten. Richard beschreibt sich als vollkommen fit und gesund bis zum plötzlichen Infarkt. Mit tränenerfüllter Stimme erzählt er, wie schwer es für ihn ist zu sehen, wie besorgt seine Ehefrau und seine beiden erwachsenen Kinder um ihn sind.

Sandra fragt anschließend, ob Richard Brustschmerzen habe, was er verneint. Allerdings fühle er sich sehr müde und habe Schmerzen in allen Muskeln seines Nackens, der Schultern und des Rückens. Zudem habe er letzte Nacht sehr schlecht geschlafen. Sandra fragt, ob sie seinen Nacken und die Schultern berühren dürfe. Beim Abtasten stellt Sandra fest, dass die Muskulatur sehr verspannt ist und kommt zu dem Schluss, dass sich die Anspannung der vergangenen Woche in den Nackenmuskeln niedergeschlagen hat. Sandra hat kürzlich einen Kurs in Aromamassage besucht und weiß, dass eine Massage mit Lavendelöl Richard beim Einschlafen unterstützen könnte. Lavendel gilt als sicher in der Anwendung und hat keine Nebenwirkungen oder Kontraindikationen. Es bestehen keine Regelungen, die eine Anwendung oder Empfehlung der Massage verbieten würden. Daher fragt Sandra Richard, ob seine Ehefrau ihm eine entspannende Massage geben könnte. Richards Gesicht hellt sich auf, er sagt, dass seine Frau ihm gerne eine Massage geben wird, und dass er es kaum erwarten kann, ihr zu erzählen, wie sie ihm helfen kann.

6.4 DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN UND LEHRMETHODEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hiim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden ⁶. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden.

Lernbedingungen: Die Lernbedingungen für dieses Kapitel hängen davon ab, in welchem Ausbildungsjahr bzw. Semester sich die Lernenden befinden und ob der Kurs als Pflicht- oder Wahlfach gilt. Von den Lernenden wird zumindest erwartet, dass sie die Do's and Dont's der Pflegegesetzgebung ihres Landes kennen.

Umfeld: Dieses Kapitel kann sowohl in den Lehrveranstaltungen als auch online und in kleinen Arbeitsgruppen eingesetzt werden. Dieses Kapitel bezieht sich auf Regularien und Verordnungen, und das Thema verlangt von den Lernenden, dass sie sich mit den Regularien und Verordnungen in ihrem eigenen Land befassen. Daher ist dieses Kapitel eher für Lernende geeignet, die diesen Kurs für fünf oder mehr ECTS-Punkte bzw. dem Stundenäquivalent dieser belegen.

Ziele: Gemäß der Bloom'schen Taxonomie des INES-Lernendenprofil gibt es hier mehrere Ziele. Ausgehend von den vorgeschlagenen Lernzielen konzentriert sich dieses Kapitel auf die Entwicklung der Kenntnisse der Lernenden über die Gesetzgebung und die Verordnungen zur Integration komplementärer Interventionen in ihre Praxis.

Angesichts der großen Unterschiede zwischen den Rechtsvorschriften der einzelnen Länder in Bezug auf die Zulassung/Registrierung von Pflegefachpersonen sowie den Gesetzen zu Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln ist es auch ein Ziel, dass die Lernenden die einschlägigen Rechtsvorschriften lesen und reflektieren können. Darüber hinaus tragen Gruppenarbeiten zur Vertiefung der Reflexionsfähigkeiten und zum Verständnis dafür bei, welche Mechanismen die Integration komplementärer Interventionen in die tägliche Pflegepraxis behindern oder erleichtern können.

Inhalt: Nach dem INES-Modell spiegelt dieses Kapitel wider, wie sich der weiße Kreis der INES-Blüte zur konventionellen Gesundheitsversorgung bewegt.

TABELLE 2 Vorschläge für die Lehrveranstaltungen vor, während und nach einer Lerneinheit:

1) Vor der Lehrveranstaltung 2) Während der Lehrveranstaltung 3) Nach der Lehrveranstaltung
4) Während der Lehrveranstaltung

1	• Vorbereitung zu Hause mit entsprechenden Weblinks zu verschiedenen relevanten Lehr- und Lernmaterialien.
2	Vortrag über die Kompetenzen der Pflegefachpersonen in Bezug auf das Informieren, Beraten und Unterstützen der Patient*innen bei der Inanspruchnahme komplementärer Interventionen: • Kurze Einführung zur Klärung der folgenden Themen, was die Pflegefachperson in ihrem jeweiligen Land beachten sollte. Die aufgeführten Themen sind zentrale Schwerpunkte: – Wo findet man Informationen zu spezifischen nationalen Gesetzgebungen bezüglich der Rechte und Pflichten von Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der Verordnung von Behandlungen und der Medikamentengabe? – Gesetzliche Regelungen zur Einstufung von natürlichen Nahrungsergänzungsmitteln als Arzneimittel oder als Nahrungsergänzung. – Welche Barrieren lassen sich für die Anwendung komplementärer Interventionen identifizieren? – Vorschriften und gesetzliche Regelungen darüber, welche komplementären Interventionen von Therapeuten ohne medizinischen Hintergrund durchgeführt werden dürfen. – Gibt es Register für Anbieter komplementärer Interventionen (alternative Therapeuten)? – Was versteht man unter Quacksalberei? – Gesetzliche Regelungen zur Medikamentengabe im Zusammenhang mit Homöopathie und pflanzlichen Arzneimitteln. – Die Relevanz der Dokumentation. • Einführung für die Gruppen, die zwei Fallgeschichten des Kapitels in die Reflexionen zur rechtlichen Grundlage der Pflegefachpersonen einzubeziehen. • Einführung in eine nationale Interaktionsdatenbank, wie z. B. www.interaktionsdatenbanken.dk oder www.naturaldatabase.com.
3	Die Lernenden arbeiten in kleinen Gruppen und lernen: • Die beiden Fallgeschichten des Kapitels dienen der Suche nach rechtlichen Grundlagen, die die Überlegungen der Pflegefachpersonen unterstützen. • Die oben genannten Themen. • Die nationale Interaktionsdatenbank für mögliche Wechselwirkungen spezifischer pflanzlicher Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel zu nutzen, wie z. B.: • Johanniskraut (<i>Hypericum Perforatum</i>) • Ingwer (<i>Zingiber officinale</i>) • Knoblauch (<i>Allium sativum</i>) • Fischöl (Omega-3-Fettsäure) • Ginkgo biloba • Heidelbeere (<i>Vaccinium myrtillus</i>) • Baldrian (<i>Valeriana officinalis</i>)
4	Je nach Anzahl der Gruppen erstellt jede Gruppe eine PowerPoint, Prezi oder Posterpräsentation zu einem oder zwei zugewiesenen Themen. • Fördern Sie die Reflexion der Gruppenarbeit der Lernenden im Klassenzimmer. • Geben Sie sofortiges Feedback.

Lernprozess: Die eigenständige Vorbereitung der Lernenden in Verbindung mit der aktiven Begleitung durch Lehrende bei der gemeinsamen Durcharbeitung der Inhalte durch moderierte Analysen und Diskussionen eröffnen Möglichkeiten für eine vertiefte Auseinandersetzung. Dialog, Übungen und Reflexionen im Unterricht fördern diese durch die Verbindung von Theorie und Praxis. Ergänzend kann praxisorientiertes, erfahrungsbasiertes Lernen angeboten werden.

Vorschläge für die Evaluation der Lehreinheit:

- ✓ Feedback von Lernenden mit ähnlichem Ausbildungsstand in Gruppenarbeit.
- ✓ Formatives Feedback der Lehrenden, wenn die Gruppenarbeit fortgesetzt und präsentiert wird.
- ✓ Feedforward: Kommentierung der vertieften Auseinandersetzung der Gruppe mit den Themen und deren Präsentation..

Summative Evaluation: Ein Pflichtkurs könnte mit einem Multiple-Choice-Test und ein Wahlkurs mit einem Quiz, z. B. Kahoot, abgeschlossen werden.

6.5 VORSCHLÄGE FÜR LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Mehrere Einrichtungen haben über die Vorschriften und die Sicherheit bei der Anwendung von KPI berichtet.

WHO, Referenz: 7

Die WHO-Strategie für traditionelle Medizin 2014-2023 wurde als Reaktion auf die Resolution der Weltgesundheitsversammlung zur traditionellen Medizin entwickelt und eingeführt. Die Strategie zielt darauf ab, die Mitgliedstaaten bei der Entwicklung proaktiver Strategien und der Umsetzung von Aktionsplänen zu unterstützen, die die Rolle der traditionellen Medizin bei der Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung stärken sollen.

CAMBrella, Referenz: 8

Ist ein europäisches Forschungsnetzwerk für CAM, das zwischen 2010 und 2012 ein Forschungsprogramm zur Situation der CAM in Europa durchgeführt hat. Eines der Ziele dieses Netzwerks war die Überprüfung des rechtlichen und regulatorischen Status der Komplementär- und Alternativmedizin in Europa. Die Berichte der CAMbrella-Projekte sind verfügbar.

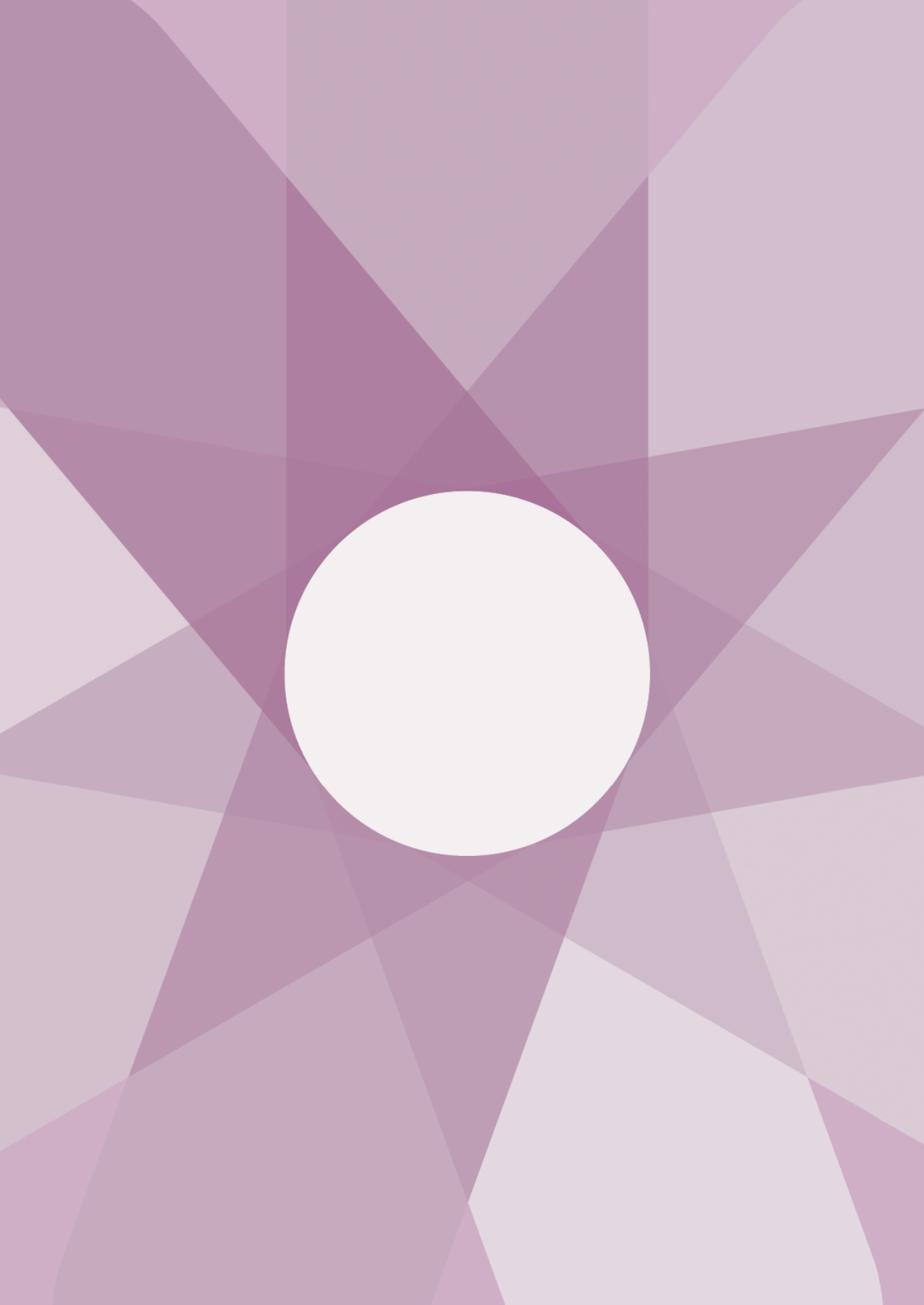
NAFKAM, Referenz: 4

Norwegen ist eines der wenigen Länder, die gesetzliche Grundlagen und Vorschriften für die Anwendung von CAM haben. NAFKAM ist die Abkürzung für Norwegens Nationales Forschungszentrum für Komplementär- und Alternativmedizin, eine offizielle Forschungs- und Informationseinrichtung der norwegischen Gesundheitsdirektion, die an der UiT, der Arktischen Universität Norwegens, angesiedelt ist und deren Aufgabe es ist, Wissen darüber zu entwickeln, wie CAM bei Krankheiten und Gesundheitsproblemen helfen kann. Ihre Aufgabe ist es auch, forschungsbasierte und qualitätsgesicherte Informationen über die potenzielle Wirksamkeit und die Risiken gängiger CAMs zu entwickeln und anzubieten.

Ihr Ziel ist es, durch informierte und wissensbasierte Gesundheitsentscheidungen zu einer höheren Patientensicherheit beizutragen. Nafkam.no ist die offizielle Webseite der norwegischen Gesundheitsbehörden für Fakten über CAM. Hier ist ein Beispiel für ihre Richtlinien: <https://www.forbrukertilsynet.no/english/guidelines/traditional-complementary-medicine-tcm-information-consumers-july-2017> Und auch ein Link zu den norwegischen Gesetzen, die CAM beeinflussen: <https://nafkam.no/en/patient-safety/norwegian-laws-influencing-cam> Ein ähnliches Institut, das von der US-Regierung betrieben wird, ist das National Center for Complementary and Integrative Health in den USA - www.nccih.nih.gov

REFERENZEN

1. Ijaz N, Boon H. Statutory Regulation of Traditional Medicine Practitioners and Practices: The Need for Distinct Policy Making Guidelines. *J Altern Complement Med.* 2018;24(4):307-13.
2. Wiesener S, Falkenberg T, Hegyi G, Hok J, Roberti di Sarsina P, Fonnebo V. Legal status and regulation of complementary and alternative medicine in Europe. *Forsch Komplementmed.* 2012;19 Suppl 2:29-36.
3. Norway's National Research Center in Complementary and Alternative Medicine. NAFKAM 2022 [Available from: <https://nafkam.no/en/about-us#:~:text=NAFKAM%20is%20short%20for%20Norway%27s,The%20Arctic%20University%20of%20Norway>].
4. National Center for Complementary and Integrative Health. What does NCCIH do?: NIH; 2022 [updated 13-12-2022. Available from: <https://www.nccih.nih.gov/>].
5. Lunde A, Gunnarsdóttir TJ, Busch M, van der Heijden MJE, Falkenberg T, van Dijk M, et al. Integrative nursing in Europe- a competency profile for nursing students validated in a Delphi study *Nurse Educ Today.* submitted
6. Hiim H, Hippe E. [Learning through experiences, understanding and action: A textbook in didactics]. *Læring gennem oplevelse, forståelse og handling: En studiebog i didaktik.* 2nd edition ed. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag; 2012.
7. World Health Organization. Traditional, complementary and integrative medicine *World Health Organization*; 2022 [Available from: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1].
8. CAMbrella. CAMbrella A European research network for CAM: EUROCAM; 2018 [updated 2018. Available from: <https://cam-europe.eu/library-cam/cambrella-research-reports/>].
9. Jong MC, Gunnarsdóttir TJ, Lunde A, Skovgaard L, Väänänen T, Jong M. Komplementär och Alternativmedicin (KAM) i de Nordiska länderna: Skilnader och likheter avseende lagstiftning, användning och utövande. In: Rønne-Pedersen L, Ranheim A, editors. *Integrativ vård.* Stockholm: Liber Förlag; 2023.





7 GESUNDHEITSBERATUNG, LEBENSSTIL UND SELBSTFÜRSORGE DER PATIENT*INNEN

7.1 EINLEITUNG

Pflegefachpersonen sind häufig in der Situation, Patient*innen bei der Auswahl geeigneter Gesundheitsmaßnahmen zu beraten und zu unterstützen. Dies ist nicht immer einfach, da eine Pflegefachperson eine Doppelrolle innehat: Sie muss die medizinischen Interessen der Patient*innen bestmöglich unterstützen und gleichzeitig ihre Autonomie fördern. In der Praxis sind diese beiden Aufgaben nicht immer kongruent. Manchmal steht die Ausübung der Selbständigkeit eines Patienten in direktem Widerspruch zu seinen medizinischen Bedarfen. So kann beispielsweise eine Person mit einer Knieverletzung entschlossen sein, ein wichtiges Tennismatch zu spielen. Dies gilt umso mehr für lebensstilbedingte Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einige Krebsarten und chronische Atemwegserkrankungen. Diese Krankheiten haben gemeinsame lebensstilbedingte Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Tabakkonsum und schädlicher Alkoholkonsum, die oft Teil des sozialen Umfelds und der kindlichen Umgebung sind und sich nur schwer verändern lassen.

In diesem Kapitel lernen die Teilnehmenden etwas über Lifestyle-Coaching und relevante komplementäre nicht-pharmakologische Interventionen wie Mind-Body-Therapien und Tai-Chi. Die Lernenden werden auch mit einer Perspektive vertraut gemacht, die einen umfassenderen Einblick in die Situation von Patient*innen, deren Krankheitsverständnis und derzeitiger Selbstbehandlungspraktiken einschließlich komplementärer Interventionen ermöglicht. Diese Perspektive hilft den Lernenden, offener für die persönlichen Situationen und die Hintergründe von Patient*innen zu sein, und verringert das Risiko eines medizinisch dominierten und moralisierenden Ansatzes in der (Lifestyle-)Pflege. Da sich dieses Kapitel auf den Lebensstil und die Selbstfürsorge konzentriert, die wichtigen violetten Blütenblätter im INES-Modell, wird betont, dass der Aufbau einer Beziehung zu den Patient*innen vor der Intervention steht, was sich auf den dritten Grundsatz der integrativen Pflege bezieht: *Integrative Pflege ist personenzentriert und beziehungsorientiert.*

7.2 LERNZIELE

Lernziele sind Beschreibungen des spezifischen Wissens, der Fähigkeiten oder des Fachwissens, das Lernende durch gezielte Lernaktivität erlangen. Die INES-Lernziele (Anhang 2) wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege durch die Delphi-Methode validiert ¹. Für dieses Kapitel werden die folgenden Lernziele vorgeschlagen.

Fertigkeiten

Reflexiv

- ✓ Analyse individueller und spezifischer Patientensituationen unter Berücksichtigung verschiedener Gesundheitsansätze.
- ✓ Die Autonomie und die Wünsche der Patient*innen in Bezug auf komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen anzuerkennen.

Ethisch

- ✓ Ein offener und neugieriger Umgang mit den Patient*innen in Bezug auf ihre Bedürfnisse und Präferenzen bei komplementären und nicht-pharmakologischen Interventionen.

Verantwortung und Autonomie:

- ✓ Einfache, evidenzbasierte komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen für das Wohlbefinden und zur Entspannung zu bewerten und anzuwenden.

Gesundheit, gesunder Lebensstil und Gesundheitscoaching

Im Jahr 1948 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit. Im Jahr 1986 wurde hinzugefügt, dass Gesundheit ein positives Konzept ist, das die sozialen und persönlichen Ressourcen sowie die körperlichen Fähigkeiten betont. Außerdem ist Gesundheit eine Ressource, die das Funktionieren des Einzelnen in der Gesellschaft unterstützt, und kein Selbstzweck. Im Jahr 2011 wurde eine neue Definition von Gesundheit vorgeschlagen, in der Belastbarkeit, Sinnhaftigkeit und Selbstmanagement im Mittelpunkt stehen ².

Im Einklang mit der WHO-Definition von Gesundheit ist die Gesundheitsförderung ein wichtiger Schwerpunkt der Pflegepraxis. Ein genaues und umfassendes Verständnis dessen, was Gesundheit für die Menschen bedeutet und wie Gesundheit erlebt wird, ermöglicht es den Pflegefachpersonen, die Menschen zur Selbstfürsorge zu schulen und dabei die individuelle Geschichte, Kultur sowie den Glauben jedes Einzelnen zu respektieren. Gesundheitscoaching in der Pflege ist eine zusätzliche patientenzentrierte und -orientierte Strategie, auf die Pflegefachpersonen zurückgreifen können, um die Selbstfürsorge der Patient*innen zu motivieren, zu steuern und zu überwachen. Gesundheitscoaching aus einer integrativen Pflegeperspektive betont zusätzlich die Bedeutung eines sicheren, nicht-wertenden Umfelds, in dem die Pflegefachperson gemeinsam mit den Patient*innen nach dem sucht, was für sie in Bezug auf das Gesundheitsverhalten am wichtigsten ist ³. Die Patient*innen sind die Expert*innen und nicht die Pflegefachperson, die "es am besten weiß". Die integrative Pflegefachperson bezieht auch KPI ein, um das Erreichen eines gesunden Lebensstils zu unterstützen (Tabelle 1), wobei sie sich bewusst ist, dass die Bereitschaft zur Veränderung bei den Menschen unterschiedlich ausgeprägt ist.

Integratives Gesundheitscoaching in der Pflege von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen zielt darauf ab, die Symptome der Betroffenen zu verringern und eine Verschlimmerung zu verhindern⁴. Es werden vier Schlüsselkomponenten eines gesunden Lebensstils angesprochen, die bei der Symptomreduzierung hilfreich sein können (Tabelle 1). Da die Gesundheitsförderung ein schnell wachsender Bereich im Gesundheitswesen ist, werden häufig neue Forschungsergebnisse hinzukommen, sodass das Pflegepersonal sein Wissen und seine Fähigkeiten in Bezug auf diese Schlüsselkomponenten auf dem neuesten Stand halten muss.

TABELLE 1 Schlüsselkomponenten eines gesunden Lebensstils und relevante komplementäre Interventionen

SCHLÜSSELKOMponentEN	BESCHREIBUNG	KOMPLEMENTÄRE INTERVENTIONEN
ERNÄHRUNG	Essen Sie überwiegend Gemüse und Obst, Vollkornprodukte, fettarme Proteine und gesunde Öle. Essen Sie nicht zu viel und vermeiden Sie Fast Food sowie Zucker. Empfohlen wird die 90/10-Regel: 90 % der Zeit wählen Sie Lebensmittel, die gut für Sie sind, und 10 % der Zeit essen Sie das, worauf Sie Lust haben ⁵ .	Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel (immer Risiken prüfen), achtsames Essen
KÖRPERLICHE AKTIVITÄT UND BEWEGUNG	Ein bewegungsarmer Lebensstil beeinträchtigt nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern auch den Schlaf, gesunde Beziehungen und soziale Verbundenheit. Natürliche Bewegung wie Gartenarbeit, Wandern und manuelle Hausarbeit sollten ausgeübt werden und spezifische Übungen wie Fitness oder Sport sollten empfohlen werden.	Qigong, Tai-Chi, Yoga
SCHLAF-HYGIENE	Schlafen Sie jede Nacht 7-8 Stunden, halten Sie eine regelmäßige Schlaf-Wach-Routine, Begrenzung der Verwendung von Beruhigungs- und Aufputzmitteln (einschließlich Kaffee am späten Abend), schalten Sie elektronische Geräte aus und schlafen Sie in einem dunklen Raum.	Entspannung und Tiefenatmung, geführte Imagination, Achtsamkeit
STRESS-MANAGEMENT	Entfernen Sie umweltbezogene Stressoren so weit wie möglich, verstehen Sie Ihre individuelle Reaktion auf Stress und fördern Sie Resilienz sowie positive Emotionen.	Achtsamkeit, Entspannung und Atmung, Massage, therapeutische/ heilende Berührung, Musik

Referenz: Kreitzer MJ, Koithan M. Integrative Pflege. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2019.⁶

Verbindung und Kommunikation

Um Patient*innen dazu zu befähigen (Empowerment), eigenständig Ziele für eine Verhaltensänderung zu setzen, sollte die integrative Pflegefachperson einen patientenzentrierten Kommunikationsstil anwenden. Bestandteile dieses Kommunikationsstils sind der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Patient*innen sowie Kompetenzen im Bereich der motivierenden Gesprächsführung und der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

Die Verbindung mit den Patient*innen ist der Schlüssel zu einer effektiven personalisierten Pflege. Dazu gehört, dass man sich auf die Patient*innen konzentriert und ihnen gegenüber wirklich präsent und offen ist, bevor mit ihnen interagiert wird. (siehe auch Kapitel 3). Pflegefachpersonen können drei Tools einsetzen, um diese Verbindung herzustellen ⁸. Das erste Tool ist die aktive Herstellung von Verbundenheit, indem sie Patient*innen gleich im ersten Moment des Kontakts als Person anerkennen. Das zweite Tool ist eine Art "Antenne", um sich auf das Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens der Patient*innen einzustellen. Dieses Einstimmen kann durch aktives Zuhören bei Patient*innen hervorgerufen werden. Das dritte Tool ist das Stellen einfühlsamer Fragen, um das Gesundheitsverständnis der Patient*innen, ihrer Behandlungspräferenzen und die der Familienangehörigen herauszufinden sowie Erwartungen und Enttäuschungen zu besprechen.

Eine klinische Kommunikationsfähigkeit, die hilfreich sein kann, ist die motivierende Gesprächsführung ⁶. Pflegefachpersonen können diese Fähigkeit entwickeln, um die persönlichen Motivationen der Patient*innen für eine nachhaltige Verhaltensänderung zu ergründen. Motivierende Gesprächsführung erfolgt durch das Stellen offener, anregender Fragen, die Anerkennung der Autonomie und Eigenverantwortung der Patient*innen sowie durch das Zurückhalten von Bewertungen. Besonders wirksam ist diese Methode, wenn Patient*innen gegenüber Veränderungen ihres Lebensstils ambivalent sind, zum Beispiel hinsichtlich ihrer Wahrnehmung des eigenen Erkrankungsrisikos. Die vier Leitprinzipien der motivierenden Gesprächsführung werden durch das Akronym OARS dargestellt (Abbildung 1).

O	Offene Fragen, die den Patient*innen ermöglichen, mehr Informationen zu geben, einschließlich ihrer Gefühle, Einstellungen und ihres Verständnisses.
A	Affirmationen, also kurze positiv formulierte Sätze, die dabei helfen, selbstsabotierende oder negative Gedanken zu überwinden.
R	Spiegelungen als Möglichkeit, Ambivalenzen zum Ausdruck zu bringen.
S	Zusammenfassen, um den Patient*innen zu signalisieren, dass sie gehört werden.

Abbildung 1 Motivierende Gesprächsführung – OARS, 2013 ⁹

Gemeinsame Entscheidungsfindung ist der Prozess, bei dem Patient*innen und Behandelnde gemeinsam evidenzbasierte Entscheidungen treffen, die sich an den Werten und Präferenzen der Patient*innen orientieren. Damit wird sichergestellt, dass der/die Einzelne dabei unterstützt wird, die für ihn/sie richtigen Entscheidungen zu treffen ¹⁰. Die amerikanische Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) hat einen fünfstufigen Prozess für die gemeinsame Entscheidungsfindung entwickelt, der SHARE genannt wird und in der Pflegepraxis angewendet werden kann ¹¹.

	S	Beziehen Sie Ihre Patient*innen aktiv mit ein
	H	Unterstützen Sie Ihre Patient*innen dabei, Behandlungsoptionen zu eruieren und miteinander zu vergleichen
	A	Erfragen Sie die Werte und Präferenzen Ihrer Patient*innen
	R	Treffen Sie gemeinsam mit Ihren Patient*innen eine Entscheidung
	E	Evaluieren Sie die Entscheidung Ihrer Patient*innen

Aus Sicht der Patient*innen stellen sich drei Fragen: Welche Möglichkeiten habe ich, was sind die Vor- und Nachteile der einzelnen Optionen für mich, und wie bekomme ich Unterstützung, um die für mich richtige Entscheidung zu treffen? ³.

Wenn die gemeinsame Entscheidungsfindung genutzt wird, um nicht-pharmakologische KPI zur Unterstützung eines gesünderen Lebensstils zu erörtern, kann der Entscheidungsfindungsrahmen von Cohen (2002) ebenfalls hilfreich sein (siehe Kapitel 9 und 10) ¹². Dieser Rahmen berücksichtigt sowohl die Wirksamkeit als auch die Sicherheit von KPI.

7.3 FALLBEISPIELE

Fallbeispiele werden eingesetzt, um die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten zu fördern, einen expliziten Praxisbezug herzustellen und Lehrende in der didaktischen Gestaltung ihrer Lehre zu inspirieren. Sie verbinden anschauliche Situationsbeschreibungen mit den zugrunde liegenden konzeptionellen Grundlagen integrativer Pflege und machen deren systematische Einbettung in professionelles Handeln nachvollziehbar. Die verwendeten Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis und aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es bleibt den Lehrenden überlassen, wie sie bzw. er, sie am besten einsetzt, je nach kulturellem und pädagogischem Kontext. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen.

FALLBEISPIEL 1 ~ Schlafen und Bewegung

Pflegefachfrau Simone arbeitet in einer ambulanten Klinik für Menschen mit affektiven psychischen Störungen. Dort trifft sie auf Leah, eine 30-jährige junge Frau, die an einer Depression leidet. Leah wurde kürzlich aus der psychiatrischen Klinik entlassen und hat vor kurzem ein ambulantes Programm begonnen.

Leah befindet sich weiterhin im Krankenstand und kann in ihrem Beruf als Zahnärztin nicht arbeiten. Dies empfindet sie als sehr belastend, da ihre Kollegin sie häufig fragt, wann sie zurückkehren wird. Leah klagt über Schlafprobleme: Sie wacht früh am Morgen auf und kann nicht wieder einschlafen, weil sie beginnt, sich Sorgen über ihr Leben zu machen. Sie fühlt sich den ganzen Tag erschöpft und müde.

Als integrative Pflegefachfrau weiß Simone, wie wichtig es ist, das Wohlbefinden der Patientin zu fördern und einem Rückfall in die Depression vorzubeugen. Sie ist wirklich offen und interessiert daran, wie Leah mit ihren Schlafproblemen umgeht. Leah berichtet, dass sie nachts einfach im Bett bleibt und hofft, wieder einschlafen zu können, manchmal nimmt sie ein verschriebenes Beruhigungsmittel. Sie nimmt das Medikament jedoch nicht gerne und fragt: "Was kann ich anstelle von Medikamenten tun?" Pflegefachfrau Simone erkundigt sich, wie Leahs Tagesablauf aussieht, ob und wie sie tagsüber schläft und welche Aktivitäten sie unternimmt. Leah erzählt, dass sie viel fernsieht und auf dem Sofa ruht. Sie hat wenig Energie, um richtig zu kochen, was es ihr schwer macht, sich gesund zu ernähren und Sport zu treiben. "Es ist sehr schwierig und peinlich für mich, darüber zu sprechen. Das ist überhaupt nicht wie ich, ich fühle mich so schwach, aber Sie müssen wissen, dass ich kein fauler Mensch bin", möchte sie Simone überzeugen.

Simone erklärt, dass der Verlust von Energie ein häufiges Problem während einer depressiven Phase ist. Sie fragt Leah, welche Aktivitäten ihr früher Freude bereitet haben. Leah mag Yoga und die Natur. Simone empfiehlt ihr, wieder sanftes Yoga zu machen und tägliche Aktivitäten in der Natur zu finden, zum Beispiel einen Spaziergang in einer ruhigen Umgebung und frische Luft zu schnappen. Diese Aktivitäten beruhigen das Nervensystem und machen auf natürliche Weise müde, was helfen kann, Leahs Schlafverhalten zu verbessern.

FALLBEISPIEL 2 ~ Ernährung

Nach der Diagnose einer rheumatoiden Arthritis in den Fingern und im Handgelenk der linken Hand leidet der 55-jährige Peter, Mathematiklehrer, unter zunehmenden Schmerzen. Peter sucht seine Hausärztin auf, die ihm ein nichtsteroidales Antirheumatikum (NSAR) als Schmerzmittel verschreibt. Nach einigen Tagen der Einnahme verspürt Peter Übelkeit, Bauchschmerzen und Müdigkeit, woraufhin er das Schmerzmittel absetzt.

Einen Monat später sucht Peter wegen wiederkehrender Schmerzen die Pflegefachfrau in der Klinik auf. Peter ist entschlossen, alternative Wege der Schmerzbewältigung zu finden und nicht ausschließlich auf medikamentöse Behandlung zurückzugreifen. Er hat bereits begonnen, einen gesünderen Lebensstil zu führen: Er meditiert täglich 20 Minuten, schwimmt zweimal pro Woche und geht jeden Tag lange mit seinem Hund spazieren. Im vergangenen Monat hat Peter festgestellt, dass der Verzehr von Fleisch und zuckerreichen Lebensmitteln seine Beschwerden verschlimmert. Daher hat er auf eine vegetarische Ernährung umgestellt und seitdem eine gewisse Schmerzreduktion erlebt.

Die beratende Pflegefachfrau zeigt sich offen für Peters neuen Lebensstil. Sie hört aufmerksam zu und unterstützt Peters Umgang mit der Situation. Gleichzeitig ist sie sich der Gefahr eines Proteinmangels bewusst. Sie spricht dies vorsichtig an und fragt Peter, wie er seinen Proteinbedarf in der Ernährung abdeckt. Peter antwortet: "Ich weiß nicht, wie ich meine Ernährung so gestalten kann, dass mein Proteinbedarf gedeckt ist." Die Pflegefachfrau empfiehlt ihm eine abwechslungsreiche Ernährung mit Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten und Vollkornprodukten und regt Peter dazu an, seine Ernährung genauer zu betrachten. Sie schlägt vor, in den nächsten zwei Wochen täglich zum Mittag- und Abendessen sein Essen zu dokumentieren und zusätzlich zu vermerken, ob sich die Arthritis-Symptome verschlechtern oder verbessern. Beim nächsten Termin werden die Ergebnisse gemeinsam besprochen und bei Bedarf eine Ernährungsberatung hinzugezogen.

7.4 DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN UND LEHRMETHODEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hliim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden ¹⁴. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden.

Dieses Kapitel kombiniert allgemeines Wissen in Bezug auf die gemeinsame Entscheidungsfindung, motivierende Gesprächsführung und integrative Pflegeinterventionen im Rahmen eines konventionellen Gesundheitswesens. Sie bezieht sich auch auf den zweiten und dritten Grundsatz der integrativen Pflege: Der Mensch hat die angeborene Fähigkeit die individuelle Gesundheit und das Wohlbefinden zu fördern. Die integrative Pflege bezieht sich auf diese Fähigkeit und ist personenzentriert sowie beziehungsorientiert.

Lernbedingungen: Die Lernbedingungen für dieses Kapitel hängen davon ab, wie weit die Ausbildung/ Studium vorangeschritten ist. Personen, die ihre Ausbildung oder ihr Studium in der Pflege abschließen, verfügen über umfassende Kenntnisse der gemeinsamen Entscheidungsfindung und der motivierenden Gesprächsführung.

Umfeld: Dieses Kapitel kann in einer klassischen Lehrveranstaltung gelehrt werden oder, wenn möglich, in einer Simulationsumgebung, z. B. auf einer Krankenhausstation oder in einer Ambulanz. Da der Lerninhalt dieses Kapitels auf einer offenen und neugierigen Herangehensweise an die Bedürfnisse und Präferenzen der Patient*innen beruht, kann das Kapitel in einen Kurs über integrative Pflege sowie in den Lehrveranstaltungen in gemeinsamer Entscheidungsfindung und motivierender Gesprächsführung im Allgemeinen und bei spezifischen Patientengruppen oder Zuständen aufgenommen werden. Es ist von Vorteil, wenn Lehrende die Voraussetzungen für die Lehrveranstaltungen zu Patientenbeteiligung, gemeinsamer Entscheidungsfindung, Motivationsgesprächen und integrativer Pflege mitbringt.

Ziele: Die vorgeschlagenen Lernziele beziehen sich auf Fähigkeiten, Verantwortung und Autonomie. Das Ziel "Verantwortung und Autonomie" sowie die ethische Fähigkeit beziehen sich auf die "Anwendung" in der Bloom'schen Taxonomie, während sich die reflexive Fähigkeit sowohl auf die "Anwendung" als auch auf das "Verstehen" bezieht.

Inhalt: Je nach Umfeld, Lehr- und Lernmaterialien und Lernvoraussetzungen der Lernenden können für diese Lektionen unterschiedliche theoretische und praktische Ansätze gewählt werden. Anregungen finden Sie im Abschnitt Lehr- und Lernveranstaltungen. Vorschläge zum Inhalt sind in Tabelle 2 aufgeführt.

TABELLE 2 Vorschläge für die Lehrenden für die Lehrveranstaltungen:

1) Vor der Lehrveranstaltung; 2) Während der Lehrveranstaltung 3) Gruppenarbeitsphase
4) Besprechung der Gruppenarbeitsphase 5) Nachbereitung

1	- Überlegungen vor den Lehrveranstaltungen: - Was ist Ihrer Meinung nach eine gesunde Lebensweise, und warum? Kann das allgemein übertragen werden oder gilt das für Sie selbst? Ist diese Lebensweise schwer zu pflegen? Wenn ja, warum? - Welche Erfahrungen oder Traditionen haben Sie in Ihrer Familie in Bezug auf Selbstfürsorge und gesunde Lebensweise? - Beschreiben Sie eine persönliche Erfahrung mit einem beabsichtigten Verhalten in Bezug auf einen gesunden Lebensstil und Ihr tatsächliches Verhalten.- In welchen Bereichen arbeiten Pflegefachpersonen in Ihrem Land mit Lebensstil-Beratung und Prävention?
2	- Wählen Sie eine der Schlüsselkomponenten einer gesunden Lebensweise aus (Tabelle 1) und erörtern Sie, warum die in Tabelle 1 vorgeschlagenen Aktivitäten einander ergänzen. Welche anderen komplementären und nicht-pharmakologischen Interventionen und Strategien könnte die Pflegefachperson empfehlen? Diskutieren Sie mit Ihrer Gruppe. - Warum sind Patientenbeteiligung und gemeinsame Entscheidungsfindung notwendig, wenn die Pflegefachpersonen den Patient*innen helfen, einen gesunden Lebensstil zu entwickeln? Diskutieren Sie mit Ihrer Gruppe. - Bilden Sie eine Gruppe von drei Personen. Machen Sie ein Interview oder ein Rollenspiel (außerhalb oder während der Lehrveranstaltung): Person 1 ist Patient*in, Person 2 ist interviewende Person, Person 3 ist beobachtende Person.
3	- Wählen Sie eine der Komponenten des gesunden Lebensstils aus und nehmen Sie ein motivierendes Interview in der vorher besprochenen Dreierkonstellation auf, mit 1-2 komplementären Interventionen in Bezug auf die Verhaltensweisen, die die Gesundheit beeinflussen. (Was bedeutet eine gesunde Lebensweise für die Patient*innen? Wie verhalten sich Patient*innen um einen gesunden Lebensstil im Alltag aufrechtzuerhalten? Welche Herausforderungen werden erlebt? Welche KPI könnten relevant sein?) - Die beobachtende Person macht sich Notizen darüber, wie die Pflegefachperson die Autonomie und Wünsche der Patient*in im Gespräch erfüllt werden und ob die Pflegefachperson eine aufgeschlossene und neugierige Haltung im Dialog mit dem/der Patienten*in fördert. Ist sie in der Lage, eine Verbindung mit dem/der Patient*in aufzubauen? - Besprechen Sie das Gespräch in der Gruppe: Wie ist es gelaufen? Alle drei Perspektiven sollen in der Diskussion einbezogen werden. (Patient*innenperspektive, Perspektive der Pflegefachperson und Beobachter*innenperspektive).
4	- Präsentieren Sie die Gruppendiskussionen vor der Kohorte. - Sammlung der gewonnenen Erkenntnisse.
5	Finden Sie einen medizinischen oder pflegerischen Leitfaden zur Lebensstilberatung/ Prävention für Ihr eigenes Land. Werden komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen vorgeschlagen? Was sollte ergänzt werden?

Lernprozess: Der vorgeschlagene Inhalt impliziert einen Wechsel zwischen induktiven und deduktiven Lehrmethoden. Die Analysen des Interviews/Rollenspiels und die Diskussionen schaffen Möglichkeiten für vertieftes Lernen, da die Interview-/Rollenspielsituation eine praktische Erfahrung mit theoretischem Wissen über Patientenbeteiligung und gemeinsame Entscheidungsfindung verbindet.

Vorschläge für die Evaluation der Lehreinheit

- ✓ Peer-Feedback von anderen Lernenden in der Gruppe.
- ✓ Formatives Feedback durch die Lehrperson in Bezug auf die Präsentation der Gruppenarbeit.

7.5 VORSCHLÄGE FÜR LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien" finden Sie die im Text verwendeten Referenzen und Vorschläge für weitere Informationsquellen, wie Websites oder Videos. Diese werden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- 1 Wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (von Fachpersonen geprüfte Artikel, Websites von Universitäten und Forschungszentren).
- 2 Berufliche Glaubwürdigkeit (Berufsverbände und renommierte Gesundheitseinrichtungen).
- 3 Das INES-Netzwerk.

Eine Einschränkung dieser Quellen ist, dass sie in englischer Sprache vorliegen, was bedeutet, dass viele andere vertrauenswürdige Veröffentlichungen in anderen Sprachen nicht aufgeführt sind. Wir ermutigen Lehrpersonen, auch Veröffentlichungen in ihrer eigenen Sprache zu verwenden und dabei die oben genannten ersten beiden Kriterien zu berücksichtigen.



Bücher:

- <https://www.routledge.com/Lifestyle-Nursing/Merlo-Berra/p/book/9781032013343>



Websites:

- <https://www.hufelandgesellschaft.de/holzschuhpreis#c1738>
- <https://lifestylemedicine.org/overview/>



Website/Leitfaden: 1,2,3

- <https://www.cpoc.org.uk/shared-decision-making>
- <https://www.ahrq.gov/health-literacy/professional-training/shared-decision/tools/factsheet.html>
- <https://aqua.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/AQuA-A3Q-Poster-11.pdf>

7.6 REFERENZEN

1. Lunde A, Gunnarsdottir TJ, Busch M, van der Heijden MJE, Falkenberg T, van Dijk M, et al. Integrative nursing in Europe- a competency profile for nursing students validated in a Delphi study Nurse Educ Today. submitted
2. Huber M, Kottner JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d4163.
3. Steele K, Wagner JL. Facilitating Lifestyle Change and Health Coaching Integrative Nursing 2nd ed. New York Oxford University Press; 2019.
4. Barr JA, Tsai LP. Health coaching provided by registered nurses described: a systematic review and narrative synthesis. BMC Nurs. 2021;20(1):74.
5. Group. RJIInFyhfhahDTGLB. Integrative nutrition: Feed your hunger for health and happiness. Dallas: Green Leaf Book Group; 2014.
6. Kreitzer MJ, Koithan M. Integrative Nursing. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2019.
7. Zeh S, Christalle E, Zill JM, Harter M, Block A, Scholl I. What do patients expect? Assessing patient-centredness from the patients' perspective: an interview study. BMJ Open. 2021;11(7):e047810.
8. den Hertog R, Niessen T. Taking into account patient preferences in personalised care: Blending types of nursing Wissen in evidence-based practice. J Clin Nurs. 2021;30(13-14):1904-15.
9. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping people to change 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
10. Alliance AQ. Shared Decision Making – Case Studies: Aqua; [Available from: <https://aqua.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/AQuA-A3Q-Poster-11.pdf>].
11. AHRQ. The SHARE Approach: Essential Steps of Shared Decision Making: AHRQ; 2014 [Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/education/curriculum-tools/shareddecisionmaking/tools/shareposter/shareposter.pdf>].
12. Cohen MH, Eisenberg DM. Potential physician malpractice liability associated with complementary and integrative medical therapies. Ann Intern Med. 2002;136(8):596-603.



Wertschätze was Du tust und steigere
den Wert durch dein Handeln.

8 BELIEBTE KOMPLEMENTÄRE INTERVENTIONEN AUS SICHT DER NUTZER*INNEN

8.1 EINLEITUNG

In den letzten Jahrzehnten hat die Anwendung von KPI in allen europäischen Ländern an Popularität gewonnen. Eine von CAMbrella, einem paneuropäischen Forschungsnetzwerk für Komplementär- und Alternativmedizin, durchgeführte Umfrage ergab, dass die Mehrheit der Bürger*innen in Europa eine positive Einstellung zur Anwendung von komplementären Interventionen hat ¹. Die Länder unterscheiden sich jedoch stark in der Nutzung. Zum Beispiel haben 2018 fast 40 % der Bevölkerung in der Schweiz und Deutschland in den letzten 12 Monaten mindestens eine komplementäre Intervention genutzt, während es in Ungarn nur 9,5 % der Bevölkerung waren ². Eine systematische Überprüfung von 49 Studien in 15 europäischen Ländern ergab, dass zwischen etwa 10 % und 75 % der Bevölkerung KPI nutzen ². Daher ist es für Pflegefachpersonen wichtig, über KPI-Kenntnisse zu verfügen, da sie häufig mit Patient*innen zu tun haben, die sie in Kombination mit einer konventionellen Standardbehandlung anwenden (weitere Informationen siehe Kapitel 2). Eine 2012 durchgeführte Umfrage ergab, dass Patient*innen in der Primärversorgung sich einen Allgemeinmediziner*in wünschen, welche sich Fragen zur Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) anhören und bei Bedarf an CAM-Praktizierende verweisen oder mit ihnen zusammenarbeiten ³. In diesem Kapitel soll beschrieben werden, warum und wie Patient*innen komplementäre Interventionen auswählen und in Anspruch nehmen. Dabei werden die folgenden Fragen behandelt:

- 1 Welches sind die beliebtesten Interventions-Modalitäten, die von Patient*innen genutzt werden und wie können komplementäre Interventionen kategorisiert werden?
- 2 Wer sind die Nutzer und was motiviert sie, komplementäre Interventionen in Anspruch zu nehmen?
- 3 Welche Faktoren bestimmen die Wahl der KPI?

Welches sind die beliebtesten komplementären Interventionen, die von Patient*innen in Anspruch genommen werden und wie können sie kategorisiert werden?

Die im Jahr 2018 in Europa am häufigsten genutzten Interventionen waren Massageinterventionen, die von 11,9 % der Bevölkerung in Anspruch genommen wurden, gefolgt von Homöopathie (5,7 %), Osteopathie (5,2 %), Phytotherapeutika (4,6 %), Akupunktur (3,6 %), Chiropraktik (2,3 %), Fußreflexzonenmassage (1,7 %) und spirituelles Heilen (1,3 %). Andere Modalitäten, wie chinesische Medizin, Akupressur und Hypnotherapie haben etwa 1 % oder weniger in Anspruch genommen ². Dies ist ein durchschnittliches Muster in Europa, aber es gibt deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern.

Es gibt viele Möglichkeiten, die verschiedenen Interventionen zu kategorisieren. Zum Beispiel nach den fünf Säulen der Kneipp-Therapie (Wasser, Pflanzen, Bewegung, Ernährung und Balance, die zu einem ganzheitlichen Ansatz für die menschliche Gesundheit kombiniert werden) ⁴ oder manchmal auch nur eine einfache Liste der Modalitäten in alphabetischer Reihenfolge, beginnend mit Akupunktur. In der INES-Serie haben wir uns für Abbildung 1 entschieden, wie sie vom Van Praag Instituut (2015) ⁵ beschrieben und aus einem früheren Modell des damaligen American National Center for Complementary and Alternative Medicine (heute NCCIH) angepasst wurde. In Abbildung 1 unten sind die fünf am besten definierten ganzheitlichen medizinischen Systeme dargestellt: Ayurvedische Medizin, traditionelle

chinesische Medizin, anthroposophische Medizin, Naturheilkunde und Homöopathie. In diesen Systemen sind vier Kategorien komplementärer Interventionen verankert, von denen die meisten auch von Pflegefachpersonen oder anderen Gesundheitsberufen in der täglichen Versorgung durchgeführt werden können. Diese komplementären Interventionen werden nach ihrem (mutmaßlichen) Wirkmechanismus kategorisiert: Biologische Therapien, Mind-Body-Therapien, Biofeld-Therapien und manuelle Therapien.

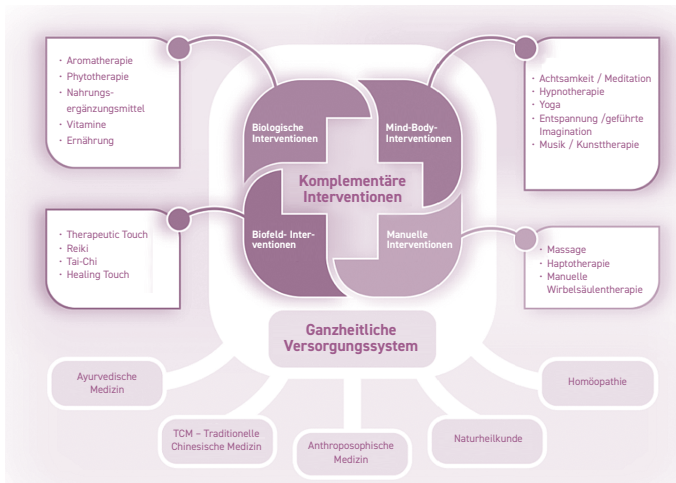


Abbildung 1. Kategorien von komplementären Interventionen, angepasst vom Van Praag Instituut (© 2023), vom früheren amerikanischen NCCaM, jetzt NCCIH.

Wer sind die Nutzenden und was motiviert sie, komplementäre Interventionen in Anspruch zu nehmen?

Eine Studie über die Nutzung von komplementären Interventionen in Europa ergab vier Hauptkategorien von Gründen für die Nutzung selbiger ⁶. Die größte Kategorie war ein schlechter Gesundheitszustand. Die zweite Kategorie war ein negatives Bild der Gesundheitsversorgung. Die dritte Kategorie war ein seit langem bestehendes Gesundheitsproblem, die letzte und kleinste Kategorie waren nicht erfüllte Bedürfnisse. Die Patient*innen können also verschiedene Gründe haben, außerhalb des bestehenden Gesundheitssystems Heilung zu suchen.

Darüber hinaus, können der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand, Krankheitsanzeichen und -symptome sowie die Abwesenheit von Symptomen Motivatoren sein ^{6,7}. Im letzteren Fall kann die Motivation der Menschen in der Prävention, der allgemeinen Gesunderhaltung und der Neugier liegen. Ein weiterer häufig beschriebener Grund ist das Wohlbefinden, das z. B. durch Massagen, Nahrungsergänzungsmittel, Atemtechniken und Achtsamkeit gefördert wird, um gesund zu bleiben und die Homöostase des Körpers zu erhalten.

Rücken- und Nackenschmerzen sind die häufigsten Symptome, bei denen Menschen eine komplementäre Intervention in Anspruch nehmen, gefolgt von Schmerzen in Armen, Händen, Füßen oder Beinen sowie

Allergien, Tumorerkrankungen und Magen- oder Verdauungsproblemen ². Auch Depressionen können ein Grund sein, eine komplementäre Intervention in Anspruch zu nehmen. Manuelle Interventionen (z. B. Massageintervention) sind bei allen Gesundheitsproblemen mit Abstand am beliebtesten.

Die Krebsdiagnose ist ein häufiger Grund für die Inanspruchnahme und Anwendung von komplementären Interventionen. Nach ihrer Motivation für die Anwendung befragt, nennen Menschen mit einer Krebsdiagnose die Verbesserung des körperlichen, allgemeinen und emotionalen Wohlbefindens und den Wunsch, die Fähigkeit des Körpers, die Tumorerkrankung zu bekämpfen, zu verbessern ⁷. Für einige Patient*innen kann das Gefühl der Hoffnung entscheidend für ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität sein. Diese Hoffnung, wird nach Ansicht einiger Patient*innen vom konventionellen medizinischen System nicht ausreichend beachtet oder aufrechterhalten ⁸. Sowohl für die Gruppe der schwerkranken Patient*innen als auch für andere Gruppen von Patient*innen, wie Menschen mit Magenproblemen und Schmerzen des Bewegungsapparats, kann die Motivation auch den Wunsch widerspiegeln, selbst zu handeln und an der eigenen Behandlung teilzunehmen ⁹ und eine neue Agenda für das eigene Leben aufzustellen ¹⁰. Manche Menschen können auch von ihren Ärzt*innen motiviert werden, komplementäre Interventionen wie Akupunktur anzuwenden ¹¹. Insgesamt gibt es mehrere Motivationsfaktoren für die Inanspruchnahme und für manche Menschen ist die Aussage "Es kann nicht schaden" die eigentliche Motivation ¹⁰.

Bei der Beschreibung der Nutzenden komplementärer Interventionen ist ein allgemeiner geschlechtsspezifischer Unterschied festzustellen: Frauen nutzen komplementäre Interventionen häufiger als Männer. Außerdem ist der/die Nutzende gut ausgebildet und verfügt über ein mittleres oder hohes Einkommen. Menschen, die weder gut ausgebildet noch wohlhabend sind, aber als Menschen mit chronischen Krankheiten eingestuft werden können, bilden eine größere Gruppe von Nutzer*innen ^{1, 12}. Alle Altersgruppen der Erwachsenen nutzen komplementäre Interventionen, wobei die Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen leicht überwiegt. In den oben genannten Erhebungen sind Kinder nicht erfasst, dennoch berichtete eine nationale Beobachtungsstudie in den Niederlanden, dass 4,9 % der niederländischen Kinder im Alter von 0 bis 12 Jahren und 2,1 % der Kinder zwischen 12 und 18 Jahren im Jahr 2017 komplementäre Interventionen in Anspruch genommen haben ¹³.

Welche Faktoren bestimmen die Wahl der Intervention?

Wirtschaftliche Erwägungen können bei der Entscheidung für oder gegen die Anwendung einer komplementären Intervention entscheidend sein. In den meisten europäischen Ländern werden die Interventionen von den Nutzenden ⁵ selbst bezahlt, aber in einigen Ländern wie Deutschland, Norwegen, Schweden, Dänemark, den Niederlanden und der Schweiz werden die Kosten für einige komplementäre Interventionen erstattet ^{2, 6}.

Wie bereits erwähnt, nehmen Menschen mit mittlerem oder höherem Einkommen am häufigsten komplementäre Interventionen in Anspruch, und es besteht sogar ein Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der Wahl von Komplementärinterventionen.

Eine Studie von Kemppainen et al. ergab, dass ein geringeres Einkommen mit der Inanspruchnahme von Mind-Body-Interventionen verbunden war, während Interventionen wie Akupunktur, Akupressur, Homöopathie, Phytotherapeutika und manuelle Interventionen mit einem höheren Einkommen verbunden waren ². Mind-Body-Interventionen unterscheiden sich von diesen anderen Interventionen durch ihr hohes Maß an Selbstbeteiligung, im Gegensatz dazu sind die anderen Interventionen stärker von versorgenden

Gesundheitsprofessionen abhängig. Die Therapien, die von Fachpersonen abhängig sind, können teurer sein und bieten dem Nutzenden weniger Kontrolle ⁷ (weitere Informationen siehe Kapitel 10).

8.2 LERNZIELE

Lernziele sind Beschreibungen des spezifischen Wissens, der Fähigkeiten oder des Fachwissens, das Lernende durch gezielte Lernaktivität erlangen. Die INES-Lernziele (Anhang 2) wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege durch die Delphi-Methode validiert ¹⁴. Für dieses Kapitel werden die folgenden Lernziele vorgeschlagen.

Wissen

- ✓ Verständnis für die Inanspruchnahme komplementärer und nicht-pharmakologischer Interventionen durch Patient*innen und die damit verbundenen Argumente und Erfahrungen.

Fertigkeiten

Reflexiv

- ✓ Die Autonomie und die Wünsche der Patient*innen in Bezug auf komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen anzuerkennen.

Ethisch

- ✓ Ein offener und neugieriger Umgang mit den Patient*innen in Bezug auf ihre Bedürfnisse und Präferenzen bei komplementären und nicht-pharmakologischen Interventionen.

8.3 FALLBEISPIELE

Fallbeispiele werden eingesetzt, um die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten zu fördern, einen expliziten Praxisbezug herzustellen und Lehrende in der didaktischen Gestaltung ihrer Lehre zu inspirieren. Sie verbinden anschauliche Situationsbeschreibungen mit den zugrunde liegenden konzeptionellen Grundlagen integrativer Pflege und machen deren systematische Einbettung in professionelles Handeln nachvollziehbar. Die verwendeten Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis und aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es bleibt den Lehrenden überlassen, wie sie bzw. er, sie am besten einsetzt, je nach kulturellem und pädagogischem Kontext. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen.

FALLBEISPIEL 1 ~ Die Geschichte von Lola

Jonas ist Auszubildender der Pflege im dritten Jahr und absolviert derzeit sein Abschlusseinsatz in einer Klinik. Heute kommt die 52-jährige Lola, die vor 10 Tagen eine Knieprothese erhalten hat, zur Entfernung der Fäden. Jonas spürt sofort einen guten Draht zu Lola, und das Gespräch kommt auf Ernährung und Nährstoffe, da Lola erzählt, dass sie durch eine Umstellung ihrer Ernährung in den letzten 18 Monaten 25 kg abgenommen hat. Lola erzählt, dass sie vor zwei Jahren wegen Schmerzen im Knie ihren Hausarzt aufgesucht hat. Der Hausarzt verschrieb ihr eine MRT-Untersuchung des Knies. Im anschließenden Gespräch erklärte der Hausarzt, dass die Schmerzen durch eine schwere Arthrose verursacht wurden. Zur Behandlung wurde Lola eine Knieprothese angeboten.

Voraussetzung dafür war jedoch, dass sie zuvor 20 kg abnimmt, da der Arzt erklärte, dass das Gewicht zu dem Zustand des Knies (Arthrose) und dem ebenfalls diagnostizierten Prädiabetes beiträgt. Der Hausarzt empfahl Lola, eine Ernährungsberaterin aufzusuchen. Lola erzählt, dass sie im folgenden Jahr einen harten Kampf gegen die Kilos führte, indem sie versuchte, einen Diätplan einzuhalten, aber sie gewann nie. Eine gute Freundin ermutigte sie immer wieder dazu ein Angebot außerhalb des regulären Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen. Eines Tages begann Lola eine Behandlung bei einem Heilpraktiker. Sie beschreibt, wie dieser Kurs für sie einen Wendepunkt darstellte. Sie hatte das Gefühl, dass der Heilpraktiker versuchte zu verstehen, warum sie zugenommen hatte, und er Fragen zu ihrem Schlaf stellte, zu Krisen und Traumata in ihrem Leben und zu ihrem Lebensstil im Allgemeinen – Fragen, die der Hausarzt und die Ernährungsberaterin nie gestellt hatten. Sie erhielt gute Ratschläge zur Zusammensetzung der Ernährung, zu den Lebensmitteln, die sie vorteilhaft aus der Ernährung ausschließen könnte, zu Nahrungsergänzungsmitteln und auch dazu, wie sie die Schlafqualität verbessern könnte. In den ersten Monaten blieb sie in engem Kontakt mit dem Heilpraktiker. Lola erklärt, wie diese Gespräche, in denen der Naturheilkundler mit seinem ganzheitlichen Ansatz nicht nur ihren Körper, sondern auch ihr Leben betrachtete, ihre Motivation und ihr Verständnis für den eigenen Körper entscheidend verändert haben.

*Sie befolgte die Ratschläge des Heilpraktikers, nahm 25 Kilogramm ab und wurde ihren Prädiabetes los. Jonas findet Lolas Geschichte sehr anregend und fragt, ob er ihr ein paar Fragen stellen darf. Lola sagt, dass er sehr willkommen ist, und sie gibt ihre Erfahrungen auch gerne an andere Patient*innen weiter. Jonas fragt sie also, warum sie sich für diese spezielle komplementäre Intervention entschieden hat und wie sich dieser Ansatz von dem der Ernährungsberaterin unterscheidet. Nach dem Gespräch mit Lola hat Jonas über die Bedeutung eines holistischen Ansatzes nachgedacht und darüber, wie er diesen in die Pflege übernehmen könnte.*

8.4 DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hiim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden ¹⁵. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden.

Lernbedingungen: Dieses Kapitel basiert auf grundlegendem pflegerischem Wissen über das Verständnis der Patient*innen von Gesundheit und Krankheit sowie über Bewältigungsstrategien und kann in alle Bereiche der Pflegeausbildung integriert werden. Erfahrungen von Patient*innen und Bezugspersonen der Lernenden können ebenso einbezogen werden wie persönlichen Erfahrungen. Eine Differenzierung hinsichtlich der drei vorgeschlagenen Lerninhalte ist gut möglich.

Umfeld: Dieses Kapitel passt in ein theoretisches Lehrsetting oder eine Online-Umgebung und kann auch ein Thema in klinischen Situationen sein, in denen es Zugang zu Patient*innen gibt, die komplementäre Interventionen anwenden. Der Inhalt ist in zwei Sitzungen gegliedert, dazwischen besteht die Möglichkeit zur eigenständigen Gruppenarbeit.

Ziele: Die vorgeschlagenen Lernziele in Bezug auf das Wissen und die reflexiven/ethischen Fähigkeiten beziehen sich auf ein umfassendes Verständnis der Inanspruchnahme komplementärer Interventionen durch die Bevölkerung und die Motive der Patient*innen für die Nutzung dieser sowie auf einen Rahmen für die Identifizierung der Wirkmechanismen und des Verständnisses, auf denen die ausgewählten Interventionen beruhen. In diesem Kapitel wird das wissensbezogene Lernziel stark gewichtet, während die reflexiven/ethischen Fähigkeiten nur auf einer allgemeinen Ebene angesprochen werden. Die Ziele dieses Kapitels beziehen sich auf die zweite Ebene der Bloom'schen Taxonomie, bei der die Lernenden in der Lage sind, Ideen oder Konzepte zu erklären.

Inhalt: Verschiedene theoretische Ansätze je nach Umfeld und Lernvoraussetzungen der Lernenden sind im Abschnitt Lehr- und Lernmaterialien aufgeführt. Die angehenden Pflegefachpersonen können sich auf dieses Modul vorbereiten, indem sie z. B. den Artikel "The use of complementary and alternative medicine" (CAM) in Europe lesen ⁶. In den nachstehenden Tabellen sind Vorschläge für Inhalt und Struktur aufgeführt. Die Vorschläge spiegeln verschiedene Arbeitsmethoden für die Lernenden wider, die sich auf die lokale oder nationale Nutzerperspektive konzentrieren. Die Arbeitsmethoden können an die Lernbedingungen angepasst werden.

TABELLE 1 Vorschläge für die Lehrveranstaltungen 1) Während der Lehrveranstaltung 2) Außerhalb der Lehrveranstaltung 3) Während der Lehrveranstaltung	
INHALT 1	Studieren Sie eine beliebige KPI in Ihrem Land
1	Die angehenden Pflegefachpersonen werden in das Thema eingeführt: • Zielsetzung des Themas • Lernziele • Der Zeitplan

2	1. Suchen Sie im Internet nach offiziellen Daten darüber, welche komplementären Interventionen in Ihrem Land am beliebtesten sind. Machen Sie sich Notizen. 2. Wählen Sie eine der fünf besten Interventionen aus und beschreiben Sie diese: • Die Funktionsweise - Welche der vier Modalitäten der KPI und zu welchem gesamten medizinischen System sie gehört - siehe Abbildung 3 • Die Indikationen • Wie Sie und Ihr Team/Partner die Intervention selbst erleben können • Finden Sie eine zuverlässige YouTube-Ressource, um die Intervention selbst zu praktizieren/erleben • Hat Ihnen die Durchführung/Praxis/Erfahrung gefallen? • Was haben Sie erlebt? • Welches Potenzial hat die Intervention Ihrer Meinung nach in der Pflege? 3. Erstellen Sie eine Präsentation mit den Ergebnissen Ihrer Studie über die ausgewählte Intervention
3	1. Präsentieren Sie die Ergebnisse Ihrer Studie vor Ihren Mitlernenden 2. Beteiligen Sie die Klasse an der Diskussion der Ergebnisse 3. Fassen Sie die gewonnenen Erkenntnisse zusammen

INHALT 2	Welche komplementären Interventionen werden in Ihrer Region eingesetzt?
1	Die angehenden Pflegefachpersonen werden in das Thema eingeführt: • Ziel des Themas • Lernergebnisse • Der Zeitplan
2	1. Suchen Sie im Internet nach offiziellen Daten darüber, welche komplementären Interventionen in Ihrem Land am beliebtesten sind. Machen Sie sich Notizen. 2. Wählen Sie eine der fünf besten Interventionen aus und beschreiben Sie diese: • Die Funktionsweise - Welche der vier Modalitäten der KPI und zu welchem gesamten medizinischen System sie gehört - siehe Abbildung 3 • Die Indikationen • Wie Sie und Ihr Team/Partner die Intervention selbst erleben können • Finden Sie eine zuverlässige YouTube-Ressource, um die Intervention selbst zu praktizieren/erleben • Hat Ihnen die Durchführung/Praxis/Erfahrung gefallen? • Was haben Sie erlebt? • Welches Potenzial hat die Intervention Ihrer Meinung nach in der Pflege? 3. Erstellen Sie eine Präsentation mit den Ergebnissen Ihrer Studie über die ausgewählte Intervention
3	1. Präsentieren Sie die Ergebnisse Ihrer Studie vor Ihren Mitlernenden 2. Beteiligen Sie die Kohorte an der Diskussion über die Ergebnisse 3. Fassen Sie die gewonnenen Erkenntnisse zusammen

INHALT 3	Erfahrungen einer Person mit der Anwendung von KPI bei Gesundheitsstörungen
1	Die angehenden Pflegefachpersonen werden in das Thema eingeführt: • Ziel des Themas • Lernergebnisse • Der Zeitplan
2	Planen und bereiten Sie ein kurzes Interview mit einer oder zwei Personen vor, z. B. mit einem Patient*innen / Personen der Familie / Personen aus der Nachbarschaft und befreundete Personen. Konzentrieren Sie sich auf die Erfahrungen der Person mit der Nutzung sowie auf ihre Autonomie und ihre Wünsche in Bezug auf die Nutzung. • Überlegen Sie, wen Sie befragen wollen • Entscheiden Sie über die Form des Interviews (z. B. strukturiert/halbstrukturiert) • Erstellen Sie einen Interview-Leitfaden, der Themen wie Entscheidungsfreiheit, Präferenzen und Wünsche bei der Auswahl der komplementären Intervention enthält • Berücksichtigen Sie ethische Überlegungen entsprechend der Interviewsituation und den ausgewählten Daten • Führen Sie das Interview durch • Analysieren Sie die Ergebnisse des Interviews • Reflektieren Sie, wie es Ihnen gelungen ist, während des gesamten Interviews offen und neugierig zu sein, und analysieren Sie • Überlegen Sie, wie dieses Wissen in der Begegnung zwischen Pflegefachperson und Patient*innen genutzt werden kann.
3	1. Präsentieren Sie die Ergebnisse Ihrer Studie vor Ihren Mitlernenden 2. Beteiligen Sie die Kohorte an der Diskussion über die Ergebnisse 3. Fassen Sie die gewonnenen Erkenntnisse zusammen

Lernprozess: Der vorgeschlagene Inhalt impliziert eine Kombination aus induktiven und deduktiven Lehrmethoden. Das theoretische Eintauchen der Lernenden in die Überlegungen und Motivationen der Bevölkerung und der Patient*innen zu komplementären Interventionen bietet einen sicheren Ausgangspunkt für die Lernenden zu Beginn der Ausbildung und kann dazu beitragen, ihre Überlegungen in Bezug auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu hinterfragen. Lernende Personen in späteren Ausbildungsphasen werden mit der Durchführung von Fragebögen/Interviews auch Erfahrungen mit diesen Methoden im Lernprozess sammeln.

Vorschläge für die Evaluation der Lehreinheit: Formatives Feedback von der Gruppe und Lehrkräften an diejenigen, die Gruppenarbeiten präsentieren sowie fördern der Diskussion in Bezug auf ausgewählte Inhalte und Lernziele. Der Schwerpunkt liegt auf schriftlichen Aufgaben und mündlicher Prüfung.

8.5 VORSCHLÄGE FÜR LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien" finden Sie die im Text verwendeten Referenzen und Vorschläge für weitere Informationsquellen, wie Websites oder Videos. Diese werden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- 1 Wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (von Fachpersonen geprüfte Artikel, Websites von Universitäten und Forschungszentren).
- 2 Berufliche Glaubwürdigkeit (Berufsverbände und renommierte Gesundheitseinrichtungen).
- 3 Das INES-Netzwerk.

Eine Einschränkung dieser Quellen ist, dass sie in englischer Sprache vorliegen, was bedeutet, dass viele andere vertrauenswürdige Veröffentlichungen in anderen Sprachen nicht aufgeführt sind. Wir ermutigen Lehrpersonen, auch Veröffentlichungen in ihrer eigenen Sprache zu verwenden und dabei die oben genannten ersten beiden Kriterien zu berücksichtigen.



Bücher, Referenz:16

- Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. Complementary and Alternative Therapies in Nursing.

Verwendungsvorschlag: Dieses Buch trägt zu einem grundlegenden Verständnis des Konzepts ganzheitlicher Medizinsysteme bei.



Wissenschaftliche Artikel, Referenzen: 2, 6

- Kempainen LM, Kempainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. <https://doi.org/10.1177%2F1403494817733869>
- Fjaer EL, Landet ER, McNamara CL, Eikemo TA. The use of complementary and alternative medicine (CAM) in Europe. BMC Complement Med Ther. 2020;20(1):108.<https://doi.org/10.1186/s12906-020-02903-w>

Verwendungsvorschlag: Dieser Artikel trägt zu einem grundlegenden Verständnis der Nutzung von komplementären Interventionen durch die europäische Bevölkerung bei.



Websites:

- Understanding Kneipp: Kneipp philosophy <https://www.youtube.com/watch?v=DLUA46PeTms>

Verwendungsvorschlag: Dieses Video bietet eine kurze Einführung in die fünf Säulen nach Kneipp.

- Suchen Sie im Internet nach Webseiten aus dem jeweiligen Land und der Region zu folgenden Themen: Bevölkerungsumfragen zu komplementären Interventionen, Zusammenhang zwischen Krankheitsinzidenz und Gesundheitsverhalten sowie Patient*innenerzählungen in Form von Fallbeispielen, Romanen, Artikeln usw.

8.6 REFERENZEN

1. Nissen N, Johannessen B, Schunder Tatzber S, Weidenhammer W. Citizens' needs and attitudes towards CAM. *CambRELLA*; 2012.
2. Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Public Health*. 2018;46(4):448-55.
3. Jong MC, van de Vijver L, Busch M, Fritsma J, Seldenrijk R. Integration of complementary and alternative medicine in primary care: what do patients want? *Patient Educ Couns*. 2012;89(3):417-22.
4. Locher C, Pforr C. The legacy of Sebastian Kneipp: linking wellness, naturopathic, and allopathic medicine. *J Altern Complement Med*. 2014;20(7):521-6.
5. van Praag institute. Categories of complementary therapies 2022
6. Fjaer EL, Landet ER, McNamara CL, Eikemo TA. The use of complementary and alternative medicine (CAM) in Europe. *BMC Complement Med Ther*. 2020;20(1):108.
7. Davis MA, Weeks WB, Coulter ID. A proposed conceptual model for studying the use of complementary and alternative medicine. *Altern Ther Health Med*. 2011;17(5):32-6.
8. Nierop-van Baalen C, Grypdonck M, van Hecke A, Verhaeghe S. Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. *J Adv Nurs*. 2020;76(7):1520-37.
9. Hostl A, Venkat S, Stein B, Muller M, Hechtel K, Yurttas H, et al. [Use of complementary and alternative medicine in chronic pain : A survey among patients in a pain clinic]
Anwendung von Komplementärmedizin bei chronischen Schmerzen: Eine Fragebogenerhebung unter Patienten einer Schmerztagesklinik. *Schmerz*. 2021;35(6):412-8.
10. Pedersen IK. 'It can do no harm': Body maintenance and modification in alternative medicine as a non risk health regimen. *Soc Sci Med*. 2013;90:56-62.
11. Wode K, Henriksson R, Sharp L, Stoltenberg A, Hok Nordberg J. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med*. 2019;19(1):62.
12. Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *Int J Clin Pract*. 2012;66(10):924-39.
13. Vos B, Rake JP, Vlieger A. Adverse events associated with pediatric complementary and alternative medicine in the Netherlands: a national surveillance study. *Eur J Pediatr*. 2021;180(7):2165-71.
14. Lunde A, Gunnarsdottir TJ, Busch M, van der Heijden MJE, Falkenberg T, van Dijk M, et al. Integrative nursing in Europe- a competency profile for nursing students validated in a Delphi study *Nurse Educ Today*. submitted
15. Hiim H, Hippe E. [Learning through experiences, understanding and action: A textbook in didactics]. *Læring gennem oplevelse, forståelse og handling: En studiebog i didaktik*. 2nd edition ed. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag; 2012.
16. Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. *Complementary and Alternative Therapies in Nursing*. 8th ed. New York Springer Publishing Company 2018.





9 WIE MAN KOMPLEMENTÄRE INTERVENTIONEN BEWERTET

9.1 EINLEITUNG

Unter dem Begriff Integrative Pflege versteht man die koordinierte professionelle Bewertung des Versorgungskontexts, der Patientenbedürfnisse und der Evidenz im Rahmen der konventionellen Gesundheitsversorgung, der Selbstpflege und des Lebensstils sowie der komplementären und nicht-pharmakologischen Gesundheitsversorgung. Wie können Pflegefachpersonen die Informationen und Evidenz zur Integration von nicht-pharmakologischen und komplementären Interventionen in die tägliche pflegerische Versorgung kritisch bewerten?

In diesem Kapitel wird die Evidenz aus einer interprofessionellen Perspektive betrachtet, einer Perspektive, die für die integrative Pflege besser geeignet ist als der traditionelle biomedizinische Ansatz. Lehrende, die integrative Pflege lehren, betonen die Bedeutung eines hohen wissenschaftlichen Standards ¹. Dies bezieht sich auch auf den fünften Grundsatz der integrativen Pflege: Die integrative Pflege ist evidenzinformiert und nutzt das gesamte Spektrum konventioneller und integrativer Ansätze, wobei sie je nach Bedarf und Kontext die schonendste Intervention einsetzt.

Evidenzbasierte Praxis

Der Begriff der evidenzbasierten Praxis (EBP) geht auf den Begriff der evidenzbasierten Medizin zurück, der von Sackett et al. im Jahr 1996 ² geprägt wurde. Er bezieht sich auf die klinische Praxis, die auf der besten verfügbaren klinischen Evidenz, der individuellen klinischen Expertise und der Perspektive der Patient*innen basiert. In der Pflege integriert EBP Forschungsergebnisse, klinisches Fachwissen und Patientenwerte (siehe Abbildung 1). Dieser problemlösungsorientierte Ansatz für die klinische Praxis ermutigt die Pflegefachpersonen, eine individuell zugeschnittene Patientenversorgung zu gewährleisten. Es ist ein Prozess, der mit den Patient*innen beginnt und endet.

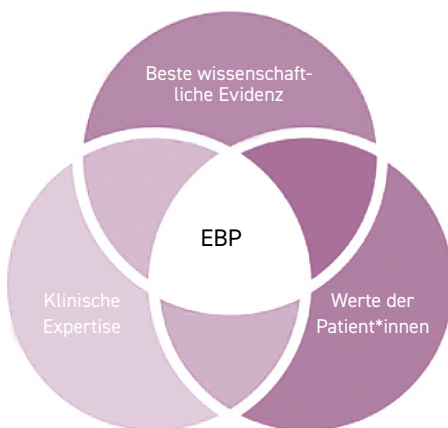


Abbildung 1: Evidenzbasierte Praxis

Forschungsstrategien in Arzneimittelstudien

Vorgeschlagene Forschungsstrategien für komplementäre Interventionen



Abbildung 2: Vorgeschlagene Strategie für die Erforschung komplementärer Interventionen ³

Bewertung der Evidenz

Komplementärmedizinische Interventionen sind oft mild und haben moderate, spezifische und unspezifische Wirkungen, während sie gleichzeitig die Patient*innen als ganze Person ansprechen. Ein rigoroser quantitativer Ansatz zur Sammlung von Evidenz, wie z. B. eine randomisierte klinische Studie (RCT), lässt jedoch zwangsläufig den Kontext, das Paradigma, das philosophische Verständnis und die Anwendung komplementärer Interventionen außer Acht. Sie vernachlässigt ebenfalls die Komplexität von Gesundheit und Heilung. Fønnebø und Kollegen (2007) schlugen daher eine andere Forschungsstrategie vor, die keine neuen methodischen Elemente enthält, sondern die vorhandenen Elemente in einer Weise organisiert, die auf die pragmatische klinische Praxis zugeschnitten ist ³. Die Autoren schlagen vor, die klinische Praxis als Ausgangspunkt zu nehmen und von dort aus Erkenntnisse zu gewinnen, im Gegensatz zu herkömmlichen RCTs (Abbildung 2).

Zachariae und Johannessen (2011) schlugen eine andere, mehrschichtige Taxonomie für die Bewertung der Auswirkungen komplementärer Interventionen vor, die unterschiedliche Forschungsmethoden für verschiedene Arten von Auswirkungen anerkennt ⁴.

EVIDENZSTUFE	DOKUMENTIERTER SUBJEKTIVER EFFEKT	DOKUMENTIERTER PHYSIOLOGISCHER EFFEKT	DOKUMENTIERTE MECHANISMEN, DIE DER BEHANDLUNGSTHEORIE ENTSPRECHEN
	I	II	III
A ¹	+	+	+
B ²	+	+	-
C ³	+	+	-
D ⁴	+	-	-
E ⁵	+	-	-
F ⁶	-	-	-

Abbildung 3: Mehrschichtige Taxonomie für die Bewertung der Auswirkungen komplementären Interventionen nach Zachariae und Johannessen ⁴

¹ Evidenz für spezifische Wirkungen, die über Placebo hinausgehen, und Nachweis zur Unterstützung der vorgeschlagenen Behandlungstheorie

² Evidenz für über Placebo hinausgehenden Wirkungen auf spezifische Symptome

³ Evidenz für Wirkungen auf bestimmte Symptome, aber kein Unterschied zu Placebo, was auf unspezifische Mechanismen hinweist

⁴ Evidenz für selbstberichteten Wirkungen auf bestimmte Symptome, aber keine dokumentierten physiologischen Wirkungen

⁵ Evidenz von Wirkungen auf das selbstberichtete allgemeine Wohlbefinden, aber keine dokumentierten physiologischen Wirkungen

⁶ Keine Evidenz für selbstberichtete oder physiologische Wirkungen

Für sehr wenige komplementäre Interventionen gibt es Belege auf der höchsten Stufe (A) für ein bestimmtes Leiden. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass andere Interventionen nicht von Wert sind. Es kann komplementäre (Pflege-)Interventionen geben, die keine dokumentierten biologischen Auswirkungen auf eine Krankheit wie Krebs haben und deren Wirkmechanismen wir nicht kennen (z. B. therapeutische Berührung oder Massage). Dennoch können solche Interventionen den Patient*innen helfen, sich besser zu fühlen und ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Frage ist demnach nicht nur, ob es Nachweise gibt oder nicht, sondern auch, welche Art von Nachweisen angemessen sind.

Dies bedeutet, dass Pflegefachpersonen auch nach professions- und disziplinübergreifenden Forschungsdesigns suchen sollten, wenn sie die Auswirkungen komplementärer Interventionen bewerten und erforschen wollen. Die Bewertung wissenschaftlicher Publikationen, unabhängig von ihrer Gestaltung, sollte auf konsistente und validierte Weise erfolgen, z B. mit Hilfe der Critical Appraisal Checklist des Joanna Briggs Institute (<https://jbi.global/critical-appraisal-tools>).

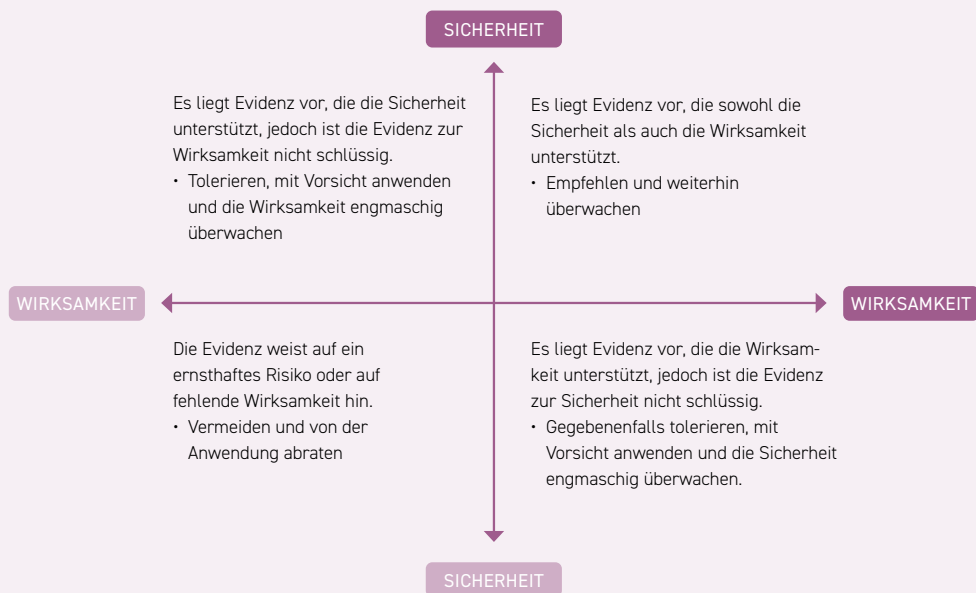


Abbildung 4: Das ethische Framework von Cohen und Eisenberg. Angepasst von Cohen & Eisenberg. Ann Intern Med 2002;136(8):596-603

Evidenz und Sicherheit

Um Angehörigen der Gesundheitsberufe und Patient*innen bei der klinischen Entscheidungsfindung zu helfen, schlugen Cohen & Eisenberg (2002) vor, nicht nur die evidenzbasierte Wirksamkeit, sondern auch die Sicherheit zu berücksichtigen (siehe Abbildung 3) ⁵. Wenn eine Intervention sowohl wirksam als auch sicher ist, kann sie zur Anwendung empfohlen werden, z. B. Musik zur Linderung der Ängste oder Akupressur zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen bei onkologischen Patient*innen. Möchten Patient*innen eine KPI anwenden, die zwar sicher ist, deren Wirksamkeit aber nicht eindeutig feststeht, so kann diese dennoch unterstützt werden, sofern sie nach den nationalen Rechtsvorschriften zulässig ist (siehe Kapitel 6). Ein Beispiel ist die Akupressur zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft ⁶. Wenn eine Intervention wirksam, aber nicht sicher ist, sollte sie in Bezug auf Dosis, Häufigkeit und Behandlungsphase genau überwacht werden. So ist beispielsweise Johanniskraut bei leichten Depressionen wirksam, kann aber die Wirksamkeit einer Chemotherapie verringern und die Hauttoxizität einer Strahlentherapie erhöhen. Nur wenn eine Intervention nachweislich nicht wirksam und nicht sicher ist, sollte von ihr abgeraten werden.

9.2 LERNZIELE

Lernziele sind Beschreibungen des spezifischen Wissens, der Fähigkeiten oder des Fachwissens, das Lernende durch gezielte Lernaktivität erlangen. Die INES-Lernziele (Anhang 2) wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege durch die Delphi-Methode validiert ¹. Für dieses Kapitel werden die folgenden Lernziele vorgeschlagen.

Wissen

- ✓ Verständnis ausgewählter KPI sowie deren Evidenz und Sicherheit.
- ✓ Verständnis über mögliche Interaktionen, wenn Patient*innen KPI anwenden.

Fertigkeiten

- ✓ **Reflexiv:** Analyse der Evidenz häufig verwendeter komplementärer und nicht-pharmakologischer Interventionen.

Verantwortung und Selbstständigkeit

- ✓ Bewertung und Anwendung einfacher evidenzbasierter komplementärer und nicht-pharmakologischer Interventionen für Wohlbefinden und Entspannung.
- ✓ Einfache evidenzbasierte komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen zur Linderung von Symptomen wie Angst, Schmerzen und Übelkeit im Rahmen einer Pflegeplanung zu bewerten und anzuwenden.

9.3 FALLBEISPIELE

Fallbeispiele werden eingesetzt, um die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten zu fördern, einen expliziten Praxisbezug herzustellen und Lehrende in der didaktischen Gestaltung ihrer Lehre zu inspirieren. Sie verbinden anschauliche Situationsbeschreibungen mit den zugrunde liegenden konzeptionellen Grundlagen integrativer Pflege und machen deren systematische Einbettung in professionelles Handeln nachvollziehbar. Die verwendeten Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis und aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es bleibt den Lehrenden überlassen, wie sie bzw. er, sie am besten einsetzt, je nach kulturellem und pädagogischem Kontext. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen.

FALLBEISPIELE 1 ~ Aus der Sicht der integrativen Pflegefachfrau

Frau Müller, eine 66-jährige ehemalige Lehrerin, leidet seit vielen Jahren unter ungewöhnlicher Müdigkeit und Schmerzen, bevor bei ihr kürzlich Fibromyalgie diagnostiziert wurde. Ihr Arzt erklärt, dass niemand weiß, was diese Krankheit verursacht, und dass es bisher keine Heilung gibt. Die Standardbehandlung umfasst Patientenaufklärung, Bewegung und verschiedene Medikamente zur Linderung der Symptome. Frau Müller macht deutlich, dass sie so wenig Medikamente wie möglich verwenden möchte, auch wegen der möglichen Nebenwirkungen. Sie zieht es vor, zunächst komplementäre Interventionen auszuprobieren. Ihrem Rheumatologen fehlt es an Wissen und Erfahrung auf diesem Gebiet und er empfiehlt ihr eine integrative Pflegefachfrau. Nach einer ganzheitlichen Bedarfsanalyse erstellt die integrative Pflegefachfrau Betty gemeinsam mit Frau Müller einen evidenzbasierten Pflegeplan, um die Schmerzen zu lindern und Frau Müller bei der Bewältigung ihrer Symptome zu helfen.

Als Lehr- und Lernmaterial verwendet sie die App "About Herbs" des Memorial Sloan Kettering Cancer Center und Informationen von der Website des American National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), Abschnitt über Schmerzen. Ebenfalls hilfreich ist das White Paper on Nonpharmacologic Strategies for Pain des Academic Consortium for Integrative Medicine and Health (ACIMH) ⁸. Um sicherzugehen, führt sie auch eine Schnellsuche in der Datenbank PubMed nach "Fibromyalgie, Rheumatologie, Schmerzen, KPI" durch.

Der Pflegeplan sieht Änderungen der Lebensweise vor, insbesondere Schlafhygiene und Ernährungsumstellung, Tai-Chi-Kurse und Massagen. Betty erkennt, dass es für Frau Müller schwierig sein wird, sich an den Plan zu halten, da er ihre aktive Beteiligung erfordert, also beschließt sie, ihn in kleinere, leichter durchführbare Schritte zu unterteilen. Sie vereinbaren, dass Betty Frau Müller in den nächsten 6 Monaten mit monatlichen Folgekonsultationen unterstützen wird.

FALLBEISPIEL 2 ~ Aus der Sicht des Patienten

Nach der Diagnose eines malignen Melanoms im Stadium IIIB ist der 60-jährige Herr Mukherjee sehr ängstlich und überfordert. Er möchte weder die genauen Details zu seiner Krebsart noch zu den Behandlungsmöglichkeiten erfahren. Die Fülle an medizinischen Informationen überfordert ihn und verstärkt seine Angst zusätzlich. Seine Ehefrau und Tochter suchen deshalb einen traditionellen Ayurveda-Arzt auf, in der Hoffnung, dass ein ganzheitlicher Ansatz seine Angst lindert und möglicherweise sogar den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst. Der Ayurveda-Arzt verschreibt eine Panchakarma-Behandlung, die den Körper von unerwünschten Stoffen entgiften soll. Zudem empfiehlt er eine Kombination aus pflanzlichen Mitteln: Amalaki (*Emblica officinalis*) und Ananta (*Decalepis hamiltonii*). Herrn Mukherjee wird außerdem Yoga und Entspannungsübungen nahegelegt. Seine Schwester besorgt ihm darüber hinaus das frei verkäufliche homöopathische Mittel "Black Salve".

Der behandelnde Onkologe empfiehlt als primäre Therapie eine Operation mit anschließender systemischer Behandlung. Von der ayurvedischen Therapie weiß der Onkologe zunächst nichts. Erst als Pflegefachmann Peter Herrn und Frau Mukherjee fragt, wie sie mit der belastenden Situation umgehen und wie er sie unterstützen kann, erfährt er von der ayurvedischen Behandlung. Peter erkennt, wie wichtig dieser Ansatz für Herrn Mukherjee ist, möchte aber sicherstellen, dass die ergänzenden Maßnahmen sicher mit der konventionellen Therapie kombiniert werden können.

Peter weiß, dass es keine wissenschaftlichen Belege dafür gibt, dass ayurvedische Behandlungen Krebs heilen können. Er recherchiert die empfohlenen Heilpflanzen in PubMed sowie auf verschiedenen Krebsinformationsseiten und in klinischen Leitlinien. Dabei stellt er fest, dass es nur wenige veröffentlichte Informationen über die in der Ayurveda verwendeten Kräuter gibt und dass einige gebräuchliche Pflanzen sogar gefährliche Nebenwirkungen in Kombination mit Krebsmedikamenten oder Strahlentherapie haben können. Auch Abführmittel zur Entgiftung – egal ob pflanzlich oder konventionell – können zahlreiche Nebenwirkungen verursachen. Peter entscheidet sich, die Krankenhausapothekerin um eine Bewertung möglicher Wechselwirkungen und Nebenwirkungen zu bitten und den Onkologen von Herrn Mukherjee zu informieren, damit dieser die Sicherheitsaspekte mit Herrn Mukherjee besprechen kann. Peter achtet darauf, eine offene und empathische Beziehung zu Herrn Mukherjee aufrechtzuerhalten, um ihn bei der Bewältigung seiner Erkrankung und der Gesamtsituation bestmöglich zu unterstützen. Obwohl Herr Mukherjee und seine Familie die ayurvedische Behandlung fortsetzen möchten, fühlen sie sich durch Peters Unterstützung gestärkt und stimmen zu, zunächst die Empfehlungen der Apothekerin und des Onkologen abzuwarten.

FALLBEISPIEL 3 ~ Aus der Sicht der angehenden Pflegefachfrau

Die Pflegestudierende Aisha leidet unter Spannungskopfschmerzen, so lange sie denken kann. Sie weiß, dass dies mit Stress zusammenhängt und dass es hilfreich ist, sich gesünder zu ernähren, ausreichend Wasser zu trinken und regelmäßig zu schlafen. Aber das hilft nicht immer oder ist als Lernende nicht immer machbar. In solchen Situationen greift sie zu Analgetika. Als Aisha einen Kurs in integrativer Pflege besucht, lernt sie andere und natürlichere Möglichkeiten kennen, mit Kopfschmerzen umzugehen. Sie lernt auch, wie man verlässliche Informationen und Nachweise über komplementäre Interventionen findet. Als Aufgabe beschließt sie, nach Belegen für ihre eigene Situation zu suchen. Sie beginnt mit Google Scholar und verwendet die Checkliste (Anhang 1) und wendet sich dann dem Buch *Integrative Nursing* aus der Schulbibliothek zu. Da findet sie:

- Es hat sich gezeigt, dass das Auftragen von ätherischem Pfefferminzöl auf die Schläfen die Symptome von Spannungskopfschmerzen lindert.
- Vitamin-B-Präparate können Kopfschmerzsymptome lindern
- Akupunktur und Yoga können Migräne-Kopfschmerzen lindern.

All diese neuen Informationen wecken Aishas Interesse, aber sie weiß nicht, ob und wie sie die verschiedenen komplementären Interventionen kombinieren soll. Sie bittet ihre Lehrerin, ihr dabei zu helfen, einen persönlichen integrativen Behandlungsplan zu erstellen, um ihre Spannungskopfschmerzen erfolgreich zu behandeln.

9.4 DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN UND LEHRMETHODEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hiim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden³. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden.

Lernbedingungen: Die Lernbedingungen für dieses Kapitel hängen vom Ausbildungsstand der Lernenden ab. Welchen Kenntnisstand haben sie in Bezug auf die Suche, Bewertung und kritische Prüfung von Belegen? Sind sie bereits mit den verschiedenen Arten von Forschung vertraut? Haben sie Erfahrung mit der selbständigen Suche in wissenschaftlichen Datenbanken? Können sie verschiedene Forschungsparadigmen verstehen?

Umfeld: Dieses Kapitel kann sowohl in Präsenz als auch online gelehrt werden. Die Lehrperson sollte für die Lernenden leicht erreichbar sein, da es wichtig ist, dass sie lernen, zuverlässige Informationen zu finden und zwischen persönlichen, kommerziellen, ideologischen und wissenschaftlichen Online-Informationen zu unterscheiden.

Ziele: Da sich dieses Kapitel auf die Bewertung von Evidenz für nicht-pharmakologische und komplementäre Interventionen konzentriert, für die die Taxonomie von Zachariae und Johannessen (2011) vorgeschlagen wird, wird empfohlen, dass die Lernenden sich das Wissen aneignen wie man nach quantitativer als auch nach qualitativer Evidenz sucht⁴.

Inhalt: Je nach Umfeld, Lehr- und Lernmaterialien und Lernvoraussetzungen der Lernenden können für diese Lektionen unterschiedliche theoretische und praktische Ansätze gewählt werden. Inspirationen finden Sie im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien". Vorschläge sind in Tabelle 3 aufgeführt. Hier stellen wir drei ähnliche Aufgaben für die Suche nach Belegen vor, je nach Kenntnisstand bei der Suche nach wissenschaftlichen Informationen und deren kritischer Bewertung.

Lernprozess: Die Lehrmethoden können zwischen einem deduktiven (Theorie) und induktiven (Erfahrung) Ansatz variieren. Die Fälle stellen eine induktive Art des Lernens dar, während die Suche nach zuverlässigen Informationen eine deduktive Art des Lernens ist. Der Lernprozess variiert zwischen der Einführung von Problemen oder Übungen, die den Lernenden die Möglichkeit geben, ein praktisches, realistisches Problem zu lösen unter Berücksichtigung des theoretischen Kontexts.

Vorschläge für die Evaluation der Lehreinheit:

Wenn die Lernenden die Fallarbeit in der Lehre präsentieren, könnte die Lehrperson ein formatives Feedback geben.

TABELLE 1 Vorschläge für die Lehrveranstaltung 1) Vor der Lehrveranstaltung
2) Während der Lehrveranstaltung 3) Außerhalb der Lehrveranstaltung

1	• Suchen Sie anhand des Falls von Frau Müller nach zuverlässigen Informationen über Tai-Chi und Massage zur Behandlung von Fibromyalgie-Symptomen. Machen Sie sich Notizen zu den Schritten, die Sie unternommen haben, um die Websites/Artikel zu finden, und zu den Kriterien, die Sie zur Beurteilung der Informationen verwenden. • Viele Menschen behaupten, dass es "keine Beweise für komplementäre Interventionen" gibt. Schreiben Sie in 350 Worten, warum diese Aussage nicht stimmt.
2	• Gruppenaufgabe: Wählen Sie ein Krankheitsbild aus, z. B. Rückenschmerzen oder Brustkrebs. Recherchieren Sie in wissenschaftlichen Datenbanken (oder in von der Lehrperson zur Verfügung gestellten Beispielartikeln) und bewerten Sie kritisch einen Artikel pro Gruppe über komplementäre Behandlungsmethoden für diese Krankheit. Diskutieren Sie Ihre Ergebnisse mit Ihrer Gruppe. • Gruppenzuweisung: Wählen Sie ein medizinisches Problem, z. B. Rückenschmerzen oder Brustkrebs. Stöbern Sie im Internet und bewerten Sie kritisch drei Websites über komplementäre Behandlungsmethoden für diese Krankheit. Wie haben Sie diese Websites gefunden? Welche Aspekte behandeln sie? Bieten sie gute Informationen? Wie können Sie sich sicher sein? Diskutieren Sie Ihre Ergebnisse mit Ihrer Gruppe. • Gruppenaufgabe: Wählen Sie eine komplementäre Intervention aus den Bereichen Massage, ätherische Öle, therapeutische Berührung, Musik und Akupressur. Beschreiben Sie diese und stellen Sie sie in der Klasse vor: • ihre Geschichte in Bezug auf die Pflege (siehe Quellen) • die (angebliche) Wirkungsweise • ihre Wirksamkeit für das Wohlbefinden Diskutieren Sie, warum die von Ihnen gefundenen Informationen zuverlässig sind.
3	• Schauen Sie sich die Website 'About Herbs' an • (https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/herbs/search) und suchen Sie nach Informationen über die Qualität und Sicherheit von ätherischen Ölen zur Behandlung von Schlafproblemen.

9.5 VORSCHLÄGE FÜR LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien" finden Sie die im Text verwendeten Referenzen und Vorschläge für weitere Informationsquellen, wie Websites oder Videos. Diese werden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- 1 Wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (von Fachpersonen geprüfte Artikel, Websites von Universitäten und Forschungszentren).
- 2 Berufliche Glaubwürdigkeit (Berufsverbände und renommierte Gesundheitseinrichtungen).
- 3 Das INES-Netzwerk.

Eine Einschränkung dieser Quellen ist, dass sie in englischer Sprache vorliegen, was bedeutet, dass viele andere vertrauenswürdige Veröffentlichungen in anderen Sprachen nicht aufgeführt sind. Wir ermutigen Lehrpersonen, auch Veröffentlichungen in ihrer eigenen Sprache zu verwenden und dabei die oben genannten ersten beiden Kriterien zu berücksichtigen.



Bücher, Referenzen: 10, 11, 12

These books describe many complementary therapies, their clinical use and evidence in nursing.

- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing interventions classification (NIC)
- Kreitzer MJ, Koithan M. Integrative Nursing. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2019.
- Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. Complementary and Alternative Therapies in Nursing. 8th ed. New York Springer Publishing Company 2018.

- Academic Consortium for Integrative Medicine and Health: https://imconsortium.org/wp-content/uploads/2021/05/MovingBeyondMedications_FINAL-8_8_2017.pdf
- You can also use the information of the Integrative Care Science Center on quality review of CAM news in the mass media: <https://www.integrativecare.se/en/criticam>
- Where to find reliable information in addition to scientific resources and books? See annex 1.
- Memorial Sloan Kettering Cancer Center, About Herbs: <https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/herbs>



Webseiten

- Clinical guideline on complementary therapies for breast cancer: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5892208/>
- NAFKAM: how to evaluate information regarding CAM <https://nafkam.no/en/patient-safety/how-evaluate-information>
- Academic Consortium for Integrative Medicine and Health: <https://imconsortium.org/resourcesjournal/comprehensive-pain-care/>

9.6 REFERENZEN

1. van der Heijden MJE, Busch M, Gunnarsdottir TJ, Lunde A, Falkenberg T, van Dijk M. Educational courses on non-pharmacologic complementary interventions for nurses across Europe: The INES mapping pilot study. *Nurse Educ Today*. 2022;116:105419.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2.
3. Fonnebo V, Grimsgaard S, Walach H, Ritenbaugh C, Norheim AJ, MacPherson H, et al. Researching complementary and alternative treatments-the gatekeepers are not at home. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:7.
4. Zachariae R, Johannessen H. A Methodological Framework for Evaluating the Evidence for Complementary and Alternative Medicine (CAM) for Cancer. *Cancers (Basel)*. 2011;3(1):773-88.
5. Cohen MH, Eisenberg DM. Potential physician malpractice liability associated with complementary and integrative medical therapies. *Ann Intern Med*. 2002;136(8):596-603.
6. Matthews A, Haas DM, O'Mathuna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(9):CD007575.
7. Lunde A, Gunnarsdottir TJ, Busch M, van der Heijden MJE, Falkenberg T, van Dijk M, et al. Integrative nursing in Europe- a competency profile for nursing students validated in a Delphi study *Nurse Educ Today*. submitted
8. Tick H, Nielsen A, Pelletier KR, Bonakdar R, Simmons S, Glick R, et al. Evidence-Based Nonpharmacologic Strategies for Comprehensive Pain Care: The Consortium Pain Task Force White Paper. *Explore (NY)*. 2018;14(3):177-211.
9. Hiim H, Hippe E. [Learning through experiences, understanding and action: A textbook in didactics]. *Læring gennem oplevelse, forståelse og handling: En studiebog i didaktik*. 2nd edition ed. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag; 2012.
10. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. *Nursing interventions classification (NIC)* St Louis: Elsevier; 2018.
11. Kreitzer MJ, Koithan M. *Integrative Nursing*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2019.
12. Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. *Complementary and Alternative Therapies in Nursing*. 8th ed. New York Springer Publishing Company 2018.

ANNEX 1: WIE SIND INFORMATIONEN IM INTERNET ZU BEWERTEN?

Es wird empfohlen, dass die angehenden Pflegefachpersonen in wissenschaftlichen Standards nach Evidenz suchen. In der Praxis werden sie wahrscheinlich auch "Doktor Google" benutzen. Wir empfehlen die folgenden Tipps für die Suche nach vertrauenswürdigen Informationen im Internet:

1. PRÜFEN SIE IMMER, OB DIE INFORMATIONEN VERTRAUENSWÜRDIG SIND

Suchen Sie nach zuverlässigen und unabhängigen Websites, z. B. Websites der Regierung, von Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäusern), Universitäten, Berufsverbänden und Patientenvereinigungen. Zuverlässig bedeutet, dass die Informationen von erfahrenen Expert*innen auf dem Gebiet der komplementären Interventionen bestätigt wurden.

Wenn Sie auf kommerziellen Websites surfen, sollten Sie sich darüber im Klaren sein, dass deren Betreiber ein Interesse haben. Sie wollen ein Produkt oder eine Dienstleistung verkaufen, mit der man sich besser fühlt. Das kann bedeuten, dass sie manchmal nicht über die Nachteile, Nebenwirkungen oder Risiken Produkts oder einer Behandlung informieren. Seien Sie also besonders kritisch, wenn Sie kommerzielle Websites besuchen.

Checkliste: Leitfragen zur Beurteilung, ob eine Website zuverlässig ist

- Welche Organisation steht hinter der Website?
- Was ist der Zweck oder Auftrag dieser Organisation?
- Wurden die Informationen auf der Website sorgfältig aufbereitet? Gibt es Quellen? Wurden die Informationen von jemandem überprüft, der sich mit dem Thema gut auskennt, z. B. von einer medizinischen Fachperson oder einem wissenschaftlichen Forscher*innen?
- Können Sie mit der Organisation hinter der Website in Kontakt treten?
- Wie aktuell sind die Informationen auf der Website? Wenn die Website seit einigen Jahren nicht mehr aktualisiert wurde, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass die Informationen nicht (mehr) korrekt sind.
- Fragt die Website nach Ihren persönlichen Daten? Wenn ja, warum?

In der Regel finden Sie die Antwort auf diese Fragen auf der Website selbst, auf der Seite "Über uns" oder "Über

diese Website". Können Sie keine Antworten auf diese Fragen finden oder sind die Antworten vage? Dann sind die Informationen wahrscheinlich nicht objektiv und zuverlässig.

2. GLAUBEN SIE NICHT ZU SCHNELL, WAS SIE LESEN

Seien Sie kritisch, wenn große Versprechungen gemacht werden. Denken Sie zweimal nach, wenn Sie auf diese Art von Behauptungen stoßen:

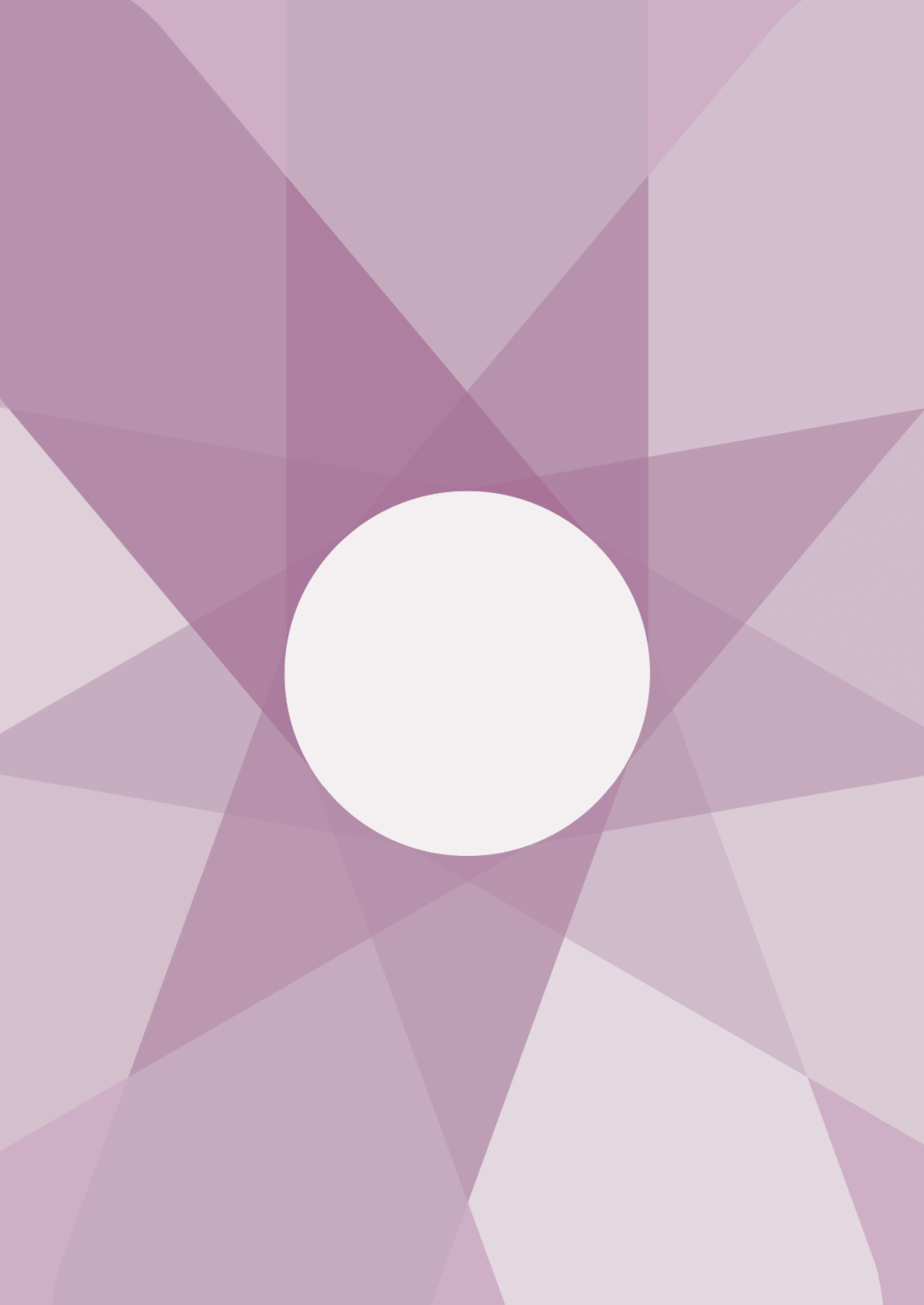
- wirkt gegen alle Ihre Beschwerden
- wirkt garantiert/immer gegen...
- die Weltneuheit
- die Lösung für
- das Mittel gegen
- natürlich und ohne Risiken.

Klingt etwas zu schön, um wahr zu sein? Dann ist das wahrscheinlich der Fall.

Lobt jemand ein Produkt oder eine Behandlung anstelle der medizinischen Behandlung? Dann ist das ein zusätzlicher Grund, kritisch zu sein. Hüten Sie sich auch vor Berichten von Menschen, die behaupten, sie seien durch eine alternative Behandlung geheilt worden. Dies ist kein Beweis dafür, dass die Behandlung tatsächlich funktioniert.

Seien Sie vorsichtig mit persönlichen Geschichten. Nur weil einige wenige Menschen positiv über eine bestimmte Behandlung berichten, heißt das nicht, dass sie bei allen Menschen funktioniert.

Sind Sie nicht sicher, ob etwas zu schön ist, um wahr zu sein? Suchen Sie nach einer Bestätigung für die Behauptungen der Website. Prüfen Sie, ob zuverlässige Websites diese Informationen bestätigen.





10 INTEGRATIVE PFLEGE UND SYMPTOMMANAGEMENT: WAS SIE ALS PFLEGEFACHPERSON TUN KÖNNEN

10.1 EINLEITUNG

In diesem Kapitel lernen die Lernenden zwei nicht-pharmakologische Interventionen (NPI) kennen, die zur Symptombehandlung eingesetzt werden können. Da es bei der integrativen Pflege nicht nur um die Behandlung von Symptomen geht, sondern um eine, auf die ganze Person bezogene, beziehungsorientierte Pflege unter Berücksichtigung der gelebten Erfahrung des Individuums, sollten die in diesem Kapitel vorgeschlagenen komplementären Interventionen immer im Kontext der integrativen Pflege beurteilt werden.

Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf Symptomen, die in der Pflegepraxis häufig vorkommen: Angst, Stress, chronische Schmerzen, Depressionen, Schlafprobleme und Übelkeit. Abgesehen von Übelkeit werden diese auch als die Top-5 der Symptome aufgeführt, die in der Lehre zur integrativen Pflege in Europa angesprochen werden ¹.

Angst, Stress, chronische Schmerzen, Depressionen, Schlafprobleme und Übelkeit können jeden treffen, entweder als Begleiterscheinung einer chronischen Krankheit, als Nebenwirkung einer medizinischen Behandlung oder als eigenständiger Zustand. Folglich sind diese Symptome in fast allen Bereichen der pflegerischen Versorgung anzutreffen, z. B. in der Akutpflege, der Langzeitpflege, der Altenpflege, der psychiatrischen Pflege, der onkologischen sowie der palliativen Pflege.

Mehrere nicht-pharmakologische Selbsthilfestrategien und komplementäre Interventionen haben sich bei diesen Symptomen als wirksam erwiesen und sind sicher und leicht in den Pflegealltag zu integrieren. Zwei Symptome - chronische Schmerzen und Übelkeit - und die entsprechenden komplementären Interventionen werden ausführlicher erörtert (siehe Abschnitt "Didaktische Reflexion" und Anhang 1). Weitere evidenzbasierte Informationen zu den vorgeschlagenen komplementären Interventionen sind in Kapitel 9 zu finden.

Dieses Kapitel bezieht sich auf den fünften Grundsatz der integrativen Pflege: Integrative Pflege ist evidenzinformiert und nutzt die gesamte Bandbreite konventioneller und integrativer Ansätze, wobei je nach Bedarf und Kontext die schonendste Intervention eingesetzt wird.

10.2 LERNZIELE

Lernziele sind Beschreibungen des spezifischen Wissens, der Fähigkeiten oder des Fachwissens, das Lernende durch gezielte Lernaktivität erlangen. Die INES-Lernziele (Anhang 2) wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege durch die Delphi-Methode validiert ². Für dieses Kapitel werden die folgenden Lernziele vorgeschlagen.

Wissen

- ✓ Verständnis ausgewählter KPI sowie deren Evidenz und Sicherheit.
- ✓ Anwendung allgemeiner Kenntnisse über KPI und integrative Pflege.
- ✓ Verständnis über möglichen Interaktionen, wenn Patient*innen KPI anwenden.

Fertigkeiten

- ✓ Angemessene Informationen über KPI in Bezug auf die spezifischen Bedürfnisse der Patient*innen geben.
- ✓ Die am wenigsten invasive Pflegemaßnahme wählen zur Deckung der Patientenbedürfnisse.
- ✓ Aufbau einer vertrauensvollen und fürsorglichen Beziehung zu den Patient*innen.
- ✓ Ethische Klugheit in spezifischen Patientensituationen zeigen.
- ✓ Ein offener und neugieriger Umgang mit den Patient*innen in Bezug auf ihre Bedürfnisse und Präferenzen bei KPI.

Verantwortung und Selbstständigkeit

- ✓ Anwendung eines holistischen und integrativen Ansatzes in Bezug auf grundlegende pflegebezogene und klinische Entscheidungen in nicht-komplexen Patientensituationen.
- ✓ Einfache evidenzbasierte KPI zur Linderung von Symptomen wie Angst, Schmerzen und Übelkeit im Rahmen eines Pflegeplans bewerten und anwenden.
- ✓ Komplexe Patientensituationen analysieren und bei Bedarf Patient*innen, an eine/n Spezialisten für integrative Pflege überweisen oder eine einschlägige Gesundheitsfachperson konsultieren.

10.3 FALLBEISPIELE

Fallbeispiele werden eingesetzt, um die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten zu fördern, einen expliziten Praxisbezug herzustellen und Lehrende in der didaktischen Gestaltung ihrer Lehre zu inspirieren. Sie verbinden anschauliche Situationsbeschreibungen mit den zugrunde liegenden konzeptionellen Grundlagen integrativer Pflege und machen deren systematische Einbettung in professionelles Handeln nachvollziehbar. Die verwendeten Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis und aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es bleibt den Lehrenden überlassen, wie sie bzw. er, sie am besten einsetzt, je nach kulturellem und pädagogischem Kontext. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen.

FALLBEISPIEL 1 ~ Handmassage mit Lavendelöl zur Symptombekämpfung

John ist Bewohner einer Langzeitpflegeeinrichtung und leidet an der Alzheimer-Krankheit. Er zeigt Anzeichen von Unruhe, vor allem am Nachmittag. Das Pflegepersonal hat nach Möglichkeiten gesucht, seine Unruhe zu lindern, und herausgefunden, dass es hilft, sich mit John hinzusetzen, eine kleine Menge gemischtes Lavendelöl aufzutragen und seine Hände ein paar Minuten lang zu massieren. Diese einfache Kombination aus Anwesenheit, Massage und Aromatherapie half, die Unruhe zu verringern.

FALLBEISPIEL 2 ~ Einfache Atemübungen zur Symptomkontrolle

Frau Klein ist 92 Jahre alt und hat eine COPD, die gut kontrolliert ist. Sie lebt noch allein in einer kleinen Wohnung und wird täglich von einer kommunal angestellten Pflegefachperson besucht. Heute kommt Pflegefachfrau Ilse, um Frau Klein zu baden und ihr beim Anziehen zu helfen. Sie stellt fest, dass Frau Klein sehr kurzatmig ist und ängstlich wirkt. Sie hat am Nachmittag einen Termin beim Gynäkologen und macht sich Sorgen, dass sie vielleicht operiert werden muss. Pflegefachfrau Ilse fragt sie, ob sie mit ihr gemeinsam etwas gegen das Atemproblem unternehmen möchte. Sie fragt sie, wo sie sich am besten entspannen kann, im Bett oder auf einem Stuhl. Sie möchte auf ihrem Stuhl sitzen. Ilse versucht, es ihr bequemer zu machen, indem sie ein Kissen auf den Tisch vor ihr legt, auf dem sie ihre Arme ablegen kann. Pflegefachfrau Ilse fragt, ob es in Ordnung ist, dass sie ihre Hand auf Frau Kleins Bauch legt, um ihr zu helfen, sich auf eine tiefere Atmung zu konzentrieren. Das klappt. Nach einer Weile legt Frau Klein ihre eigene Hand auf ihren Bauch. Im Verlauf der Intervention gibt sie an, dass sie mehr Luft hat und sie können mit dem Baden und Anziehen beginnen.

SYMPTOME UND KOMPLEMENTÄRE INTERVENTIONEN

Integrative Pflegefachpersonen beginnen immer mit der Anerkennung und Validierung des Leidens der Patient*innen, bevor sie sich dem/den Symptom(en) zuwenden. Dies ist ein wichtiger erster Schritt für einen personenzentrierten Ansatz. Dann sammelt die Pflegefachperson relevante Daten: Bewertung des Schweregrads der Symptome mit validierten Screening-Instrumenten, eine Bewertung des Sicherheitsrisikos, ein patientenzentriertes klinisches Gespräch mit aktivem Zuhören und offenen Fragen und gegebenenfalls eine körperliche Untersuchung. Danach folgt der klinische Entscheidungsfindungsprozess (siehe auch Kapitel 7), in dem die Pflegefachperson und die Patient*innen gemeinsam einen Plan für das Symptommanagement entwickeln. Dieser Plan ist so evidenzbasiert wie möglich, d.h. er umfasst Interventionen mit starker Evidenz, spiegelt die Präferenzen und Werte der Patient*innen wider und ist kongruent mit dem Fachwissen der Pflegefachperson. Die Wahl einer komplementären Intervention kann sich am ethischen Rahmen von Cohen & Eisenberg (2002) ² orientieren.

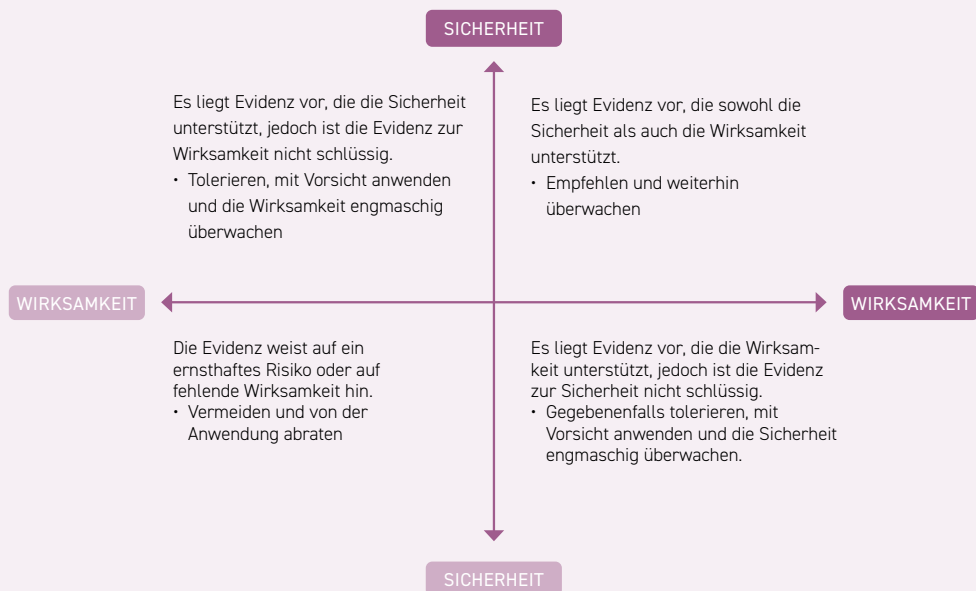


Abbildung 1: Das ethische Framework von Cohen und Eisenberg. Angepasst von Cohen & Eisenberg. Ann Intern Med.2002;16;136(8):596-603

Um den Gesundheitsberufen und den Patient*innen bei der Entscheidungsfindung zu helfen, schlugen Cohen & Eisenberg (2002) vor, neben der Evidenz auch die Sicherheit einer Intervention zu berücksichtigen². Wenn eine Intervention sowohl wirksam als auch sicher ist, kann sie zur Anwendung empfohlen werden, z. B. Musik zur Linderung der Ängste von Krebspatient*innen³ oder Akupressur zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen im onkologischen Versorgungskontext⁴. Wenn eine Intervention sicher ist, aber die Wirksamkeit aufgrund nicht schlüssiger Studienergebnisse oder einer begrenzten Anzahl von Studien nicht klar ist, die Patient*innen sie aber bevorzugen, kann sie unterstützt werden. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn eine schwangere Frau Akupressur zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen anwenden möchte und dies nach den nationalen Rechtsvorschriften zulässig ist⁵. Wenn eine Intervention wirksam, aber nicht sicher ist, sollte sie in Bezug auf Dosis, Häufigkeit und Behandlungsphase genau überwacht werden. So ist Johanniskraut beispielsweise bei leichten Depressionen wirksam, kann aber die Wirksamkeit einer Chemotherapie verringern und die Hauttoxizität einer Strahlentherapie verstärken. Nur wenn eine Intervention nachweislich nicht wirksam und nicht sicher ist, sollte von ihr abgeraten werden.

Die Auswahl einer komplementären Intervention sollte idealerweise gemeinsam mit den Patient*innen getroffen werden und sich auf gesicherte Erkenntnisse stützen. Der oben erwähnte Cohen-Rahmen könnte dabei hilfreich sein. Es könnte auch bedeutsam sein, zu berücksichtigen, welches Ausbildungsniveau für die Anwendung der komplementären Intervention erforderlich ist (Abbildung 2). Die Zubereitung von Kräutertee zum Stressabbau oder die sanfte Massage des P6-Akupressurpunkts zur Linderung von Übelkeit sind einfache Interventionen, die nach einer kurzen Einweisung von jeder Pflegefachperson oder Patient*in durchgeführt werden können. Die Verwendung verschiedener ätherischer Öle oder therapeutischer Berührungen gegen unruhiges Verhalten bei Demenz erfordern jedoch eine ausführlichere Ausbildung.

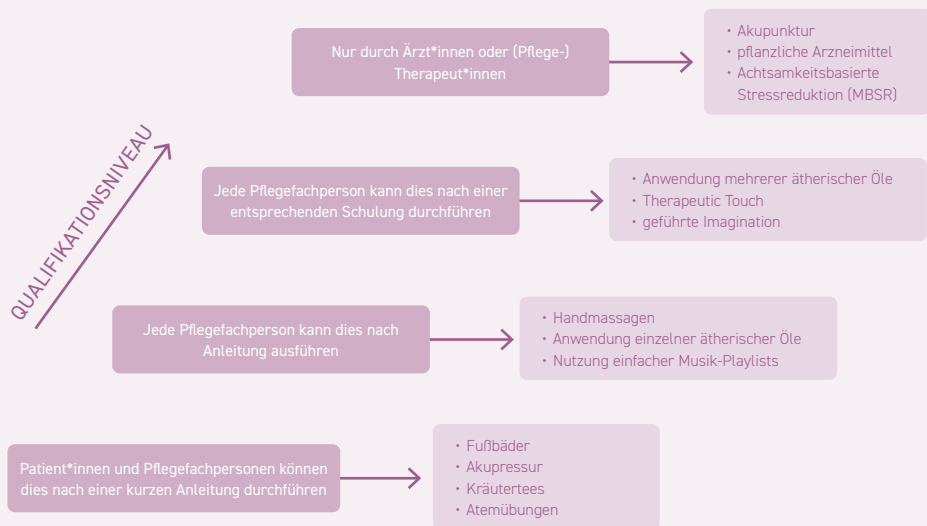


Abbildung 2: Für die Anwendung komplementärer Interventionen erforderliches Ausbildungsniveau. Mit freundlicher Genehmigung von M. Giesberts - HaN University of applied Science, Nijmegen, The Netherlands 2020

Auch die Art und Weise, wie die KPI angewendet wird, kann bei der Auswahl der am besten geeignete Maßnahme für die Patient*innen hilfreich sein (Abbildung 3). Viele komplementäre Interventionen können als Selbstmanagementstrategien eingesetzt werden, die von den Patient*innen selbst durchgeführt werden können, wie z. B. Atemübungen oder Fußbäder mit einem einfachen ätherischen Öl. Das Pflegepersonal kann Patient*innen leicht über diese Interventionen beraten. Andere selbst durchgeführte Maßnahmen, die eine aktive Beteiligung der Patient*innen erfordern, wie z. B. Yoga oder Tai-Chi, bedürfen einer Anleitung durch eine Expert*in, entweder persönlich oder online. Eine weitere Kategorie sind Interventionen, bei denen die Patient*innen keine aktiven Rollen spielen, wie z. B. Massagen oder therapeutische Berührungen, die von der Pflegefachperson durchgeführt werden. Bei der Auswahl einer Intervention sollte sich die Pflegefachperson ihren eigenen Grenzen in Bezug auf Wissen und Fähigkeiten bewusst sein und sich darüber im Klaren sein, wann sie sich an andere Expert*innen wenden sollten.

SELBSTÄNDIG DURCHGEFÜHRTE INTERVENTIONEN	SELBSTÄNDIG DURCHGEFÜHRTE INTERVENTIONEN MIT ANLEITUNG	INTERVENTIONEN DURCH FACHPERSONEN
• Begrenzte Anleitung • Leicht zu erlernen • Leicht durchzuführen ✓ Fußbad ✓ Akupressur ✓ Kräutertees ✓ Atemtechniken ✓ Anwendung einzelner ätherischer Öle	• Anleitung durch Expert*innen ✓ Anwendung mehrerer ätherischer Öle ✓ Geführte Imagination ✓ Yoga ✓ Tai chi ✓ Achtsamkeit ✓ Musik	✓ Massage ✓ Therapeutic touch

Abbildung 3: Anwendungsformen von KPI

10.4 DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN UND LEHRMETHODEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hiim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden.

Lernbedingungen: Die Lernvoraussetzungen für dieses Kapitel richten sich danach, in welchem Ausbildungsabschnitt sich die Lernenden befinden. Von den Lernenden wird erwartet, dass sie Kenntnisse über die häufigsten Symptome haben, mit denen sie in der pflegerischen Versorgung zu tun haben werden. Haben sie auch Erfahrung mit der Beurteilung von Symptomen wie Übelkeit und Schmerzen in der Praxis? Bei welcher Art von Patient*innen und in welchem Umfeld? Sind sie mit "Clinical Reasoning" vertraut?

Umfeld: Dieses Kapitel kann sowohl in Präsenz als auch online eingesetzt werden, wobei der praktische Teil in kleinen Arbeitsgruppen erfolgt. Der Inhalt befasst sich mit dem, was Pflegefachpersonen in der Praxis tun können, und kann daher in Kombination mit oder nach der praktischen Erfahrung in Kapitel 4 gelehrt werden. Es kann auch in die reguläre Lehre zum Symptomanagement und zum Erlernen der Erstellung von Pflegeplänen eingebettet werden.

Ziele: Gemäß der im INES-Lernendenprofil erwähnten Bloom'schen Taxonomie können hier mehrere Ziele unterschieden werden. Abhängig von den Lernbedingungen können einige dieser Ziele stärker betont werden als andere.

Für das Wissen gibt es zwei Ziele. Beide befinden sich nach der Bloom'schen Taxonomie auf der zweiten Stufe, und die Lernenden sollten in der Lage sein, Ideen oder Konzepte zu erklären. In diesem Fall sollten die Lernende in der Lage sein, ausgewählte Interventionen zu beschreiben, zu diskutieren und ihre möglichen Wechselwirkungen zu verstehen.

Wenn beispielsweise eine bestimmte Intervention angewandt wird, muss die lernende Person in der Lage sein zu verstehen, wie sie sowohl in das für die Anwendung KPI erforderliche Ausbildungsniveau als auch in den ethischen Rahmen von Cohen passt - und sie muss in der Lage sein, den Patient*innen zu erklären, wie sicher sie ist.

Fünf Ziele gelten für die Fertigkeiten in dem Sinne, dass die Lernenden die Intervention verstehen, sie erklären und die Entscheidung für die Anwendung einer bestimmten Intervention begründen können. Wenn die Lernenden über keine spezifischen Kenntnisse und zusätzliche Ausbildungen in diesem Bereich verfügen, sollte der Schwerpunkt auf nicht-invasiven Interventionen liegen, wie z. B. einfachen Massagen, Musikhören und Atemübungen - wie in Giesberts Ausbildungsstufen für Komplementärinterventionen dargestellt (siehe Abbildung 2).

Drei Ziele beziehen sich auf Verantwortung und Autonomie. Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Ziele durch die Fähigkeiten der lernenden Person begrenzt sind: Lernende müssen ihre Grenzen kennen und bei Bedarf die Lehrenden um Rat fragen.

Inhalt: Nach dem INES-Modell zeigt dieses Kapitel, wie sich der weiße Kreis nach rechts bewegt, während Symptome und Interventionen thematisiert werden. Für Lernende kann es hilfreich sein, die konstante Bewegung des Kreises zu erkennen, abhängig davon, was die Patientin oder der Patient gerade benötigt. Auch wenn das Management spezifischer Symptome im Vordergrund steht, bleibt die integrative Pflege stets eine ganzheitlich personenzentrierte Versorgung.

TABELLE 1 Vorschläge für die Lehrveranstaltung 1) Vor der Lehrveranstaltung
2) Während der Lehrveranstaltung 3) Außerhalb der Lehrveranstaltung

- | | |
|----------|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Schauen Sie sich das folgende Video an zu Akupressur bei Nausea und Emesis: https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/acupressure-nausea-and-vomiting • Lesen Sie den Artikel von Coelho et al. (2017) "Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review"⁶. Können Sie sich vorstellen, selbst eine komplementäre Intervention bei Palliativpatienten anzuwenden? Gibt es komplementäre Interventionen, mit denen Sie sich mehr verbunden fühlen als mit anderen? Wenn ja, welche und warum? |
| 2 | <p>Die Lernenden wählen eine Fallstudie aus (zwei Lernende in einer Gruppe):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wählen Sie zwei komplementäre Interventionen aus, die für die Fallstudie relevant sind (unter Berücksichtigung des Giesberts'schen Rahmens). • Erstellen Sie anhand der Fallstudie einen Behandlungsplan für die beiden ausgewählten Interventionen (siehe den Behandlungsplan für Schmerzen als Anregung, Anhang 2). • Diskutieren Sie in der Gruppe, wie Sie den Patient*innen über die beiden ausgewählten komplementären Interventionen informieren können (was sind relevante Informationen und warum?). • Diskutieren Sie mit dem vorliegenden ethischen Rahmen von Cohens: Sind diese Interventionen sicher und wirksam? • Erstellen Sie ein Rollenspiel, das sich an der Fallstudie orientiert - wählen Sie aus, wer die Patient*innen und wer der Lernende sein soll. • In dem Rollenspiel sollte die "angehende Pflegefachperson" den "Patient*innen" über die gewählten Interventionen informieren und sie dann anwenden. • Am Ende des Rollenspiels befragt die "Pflegefachperson" den/die Patient*in, um die Bereitstellung von Informationen und die ergänzende Interventionen zu bewerten. <p>In der Klasse (in Peer-Gruppen und unter Anleitung der Lehrperson) stellen die Gruppen einer anderen Gruppe den Pflegeplan und die KPI vor.</p> <p>Im Plenum sollten die Lernenden diskutieren, wer die geeignete Person ist, um diese bei eigenen Grenzen zu konsultieren oder an sie zu verweisen.</p> |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Nutzen Sie die unten aufgeführten Quellen, um Informationen über die empfohlene Dosis von Ingwer zur Prophylaxe von postoperativer Übelkeit und Erbrechen (PONV) zu finden. Warum sollte er bei anderen Arten von Übelkeit vermieden werden? • Informieren Sie sich über vier KPI, die zur Behandlung von Schlafproblemen eingesetzt werden können. Verwenden Sie das Modell von Cohen und das Giesberts-Rahmenwerk, um KPI auszuwählen. |

Lernprozess: Die eigenständige Vorbereitung der Lernenden in Verbindung mit der aktiven Begleitung durch Lehrende bei der gemeinsamen Durcharbeitung der Inhalte durch moderierte Analysen und Diskussionen eröffnen Möglichkeiten für eine vertiefte Auseinandersetzung. Dialog, Übungen und Reflexionen im Unterricht fördern diese durch die Verbindung von Theorie und Praxis. Ergänzend kann praxisorientiertes, erfahrungsbasiertes Lernen angeboten werden (siehe Kapitel 4).

Integrative Pflege ist in vielen europäischen Ländern ein relativ unbekanntes Phänomen. Es wird den Lernprozess der Lernenden unterstützen, wenn sie ihre früheren klinischen Erfahrungen - z. B. über den Einsatz nicht-pharmakologischer Interventionen - aktiv mit der integrativen Pflege in Verbindung bringen können.

Vorschläge für die Evaluation der Lehreinheit

- ✓ Feedback von Peer-Lernenden in Gruppenarbeit.
- ✓ Formatives Feedback der Lehrperson, wenn die Gruppenarbeit durchgeführt und präsentiert wird.
- ✓ Feedforward: Die Lernenden erstellen ihre eigenen Erzählungen oder präsentieren Informationen zu Interventionen ihrer Wahl.

10.5 VORSCHLÄGE FÜR LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien" finden Sie die im Text verwendeten Referenzen und Vorschläge für weitere Informationsquellen, wie Websites oder Videos. Diese werden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- 1 Wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (von Fachpersonen geprüfte Artikel, Websites von Universitäten und Forschungszentren).
- 2 Berufliche Glaubwürdigkeit (Berufsverbände und renommierte Gesundheitseinrichtungen).
- 3 Das INES-Netzwerk.

Eine Einschränkung dieser Quellen ist, dass sie in englischer Sprache vorliegen, was bedeutet, dass viele andere vertrauenswürdige Veröffentlichungen in anderen Sprachen nicht aufgeführt sind. Wir ermutigen Lehrpersonen, auch Veröffentlichungen in ihrer eigenen Sprache zu verwenden und dabei die oben genannten ersten beiden Kriterien zu berücksichtigen.

🔖 Über Schmerzen, Referenzen: 7, 8, 9

- Urits I, Schwartz RH, Orhurhu V, Maganty NV, Reilly BT, Patel PM, Wie C, Kaye AD, Mancuso KF, Kaye AJ, Viswanath O. A Comprehensive Review of Alternative Therapies for the Management of Chronic Pain Patients: Acupuncture, Tai Chi, Osteopathic Manipulative Medicine, and Chiropractic Care.
- Nahin RL, Boineau R, Khalsa PS, Stussman BJ, Weber WJ. Evidence-Based Evaluation of Complementary Health Approaches for Pain Management in the United States
- Garza-Villarreal EA, Pando V, Vuust P, Parsons C. Music-Induced Analgesia in Chronic Pain Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis.
- Academic Consortium for Integrative Medicine & Health, Comprehensive Pain Care Overview
- <https://imconsortium.org/resourcesjournal/comprehensive-pain-care/>
- https://imconsortium.org/wp-content/uploads/2021/05/MovingBeyondMedications_FINAL-8_8_2017.pdf
- Briggs P, Hawrylack H, Mooney R. Inhaled peppermint oil for postop nausea in patients undergoing cardiac surgery. Nursing. 2016;46(7):61-7.
- Hunter JJ, Maunder RG, Sui D, Esplen MJ, Chaoul A, Fisch MJ, et al. A randomized trial of nurse-administered behavioral interventions to manage anticipatory nausea and vomiting in chemotherapy.
- About Herbs/Memorial Sloan Kettering Cancer Center: https://www.mskcc.org/cancer-care/integrative-medicine/herbs/ginger#msk_professional

🔖 Über Übelkeit und Erbrechen, Referenzen: 4, 5, 10-15

- Hofmann D, Murray C, Beck J, Homann R. Acupressure in Management of Postoperative Nausea and Vomiting in High-Risk Ambulatory Surgical Patients.
- Matthews A, Haas DM, O'Mathuna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy.
- Lu C, Chen X, Yan X, He J, Nie Z. The preventive and relieving effects of ginger on postoperative nausea and vomiting: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.
- Sedigh Maroufi S, Moradimajd P, Moosavi SAA, Imani F, Samaee H, Oguz M. Dose Ginger Have Preventative Effects on PONV-Related Eye Surgery?
- Marcus DM, Snodgrass WR. Do no harm: avoidance of herbal medicines during pregnancy.
- Lee A, Chan SK, Fan LT. Stimulation of the wrist acupuncture point PC6 for preventing postoperative nausea and vomiting.

10.6 REFERENZEN

1. Lunde A, Gunnarsdottir TJ, Busch M, van der Heijden MJE, Falkenberg T, van Dijk M, et al. Integrative nursing in Europe- a competency profile for nursing students validated in a Delphi study Nurse Educ Today. submitted
2. Cohen MH, Eisenberg DM. Potential physician malpractice liability associated with complementary and integrative medical therapies. Ann Intern Med. 2002;136(8):596-603.
3. Nguyen KT, Xiao J, Chan DNS, Zhang M, Chan CWH. Effects of music intervention on anxiety, depression, and quality of life of cancer patients receiving chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer. 2022;30(7):5615-26.
4. Hofmann D, Murray C, Beck J, Homann R. Acupressure in Management of Postoperative Nausea and Vomiting in High-Risk Ambulatory Surgical Patients. J Perianesth Nurs. 2017;32(4):271-8.
5. Matthews A, Haas DM, O'Mathuna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015(9):CD007575.
6. Coelho A, Parola V, Cardoso D, Bravo ME, Apostolo J. Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017;15(7):1867-904.
7. Urits I, Schwartz RH, Orhurhu V, Maganty NV, Reilly BT, Patel PM, et al. A Comprehensive Review of Alternative Therapies for the Management of Chronic Pain Patients: Acupuncture, Tai Chi, Osteopathic Manipulative Medicine, and Chiropractic Care. Adv Ther. 2021;38(1):76-89.
8. Nahin RL, Boineau R, Khalsa PS, Stussman BJ, Weber WJ. Evidence-Based Evaluation of Complementary Health Approaches for Pain Management in the United States. Mayo Clin Proc. 2016;91(9):1292-306.
9. Garza-Villarreal EA, Pando V, Vuust P, Parsons C. Music-Induced Analgesia in Chronic Pain Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pain Physician. 2017;20(7):597-610.
10. Lu C, Chen X, Yan X, He J, Nie Z. The preventive and relieving effects of ginger on postoperative nausea and vomiting: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Nurs Stud. 2022;125:104094.
11. Sedigh Maroufi S, Moradimajid P, Moosavi SAA, Imani F, Samaee H, Oguz M. Dose Ginger Have Preventative Effects on PONV-Related Eye Surgery? A Clinical Trial. Anesth Pain Med. 2019;9(5):e92072.
12. Marcus DM, Snodgrass WR. Do no harm: avoidance of herbal medicines during pregnancy. Obstet Gynecol. 2005;105(5 Pt 1):1119-22.
13. Lee A, Chan SK, Fan LT. Stimulation of the wrist acupuncture point PC6 for preventing postoperative nausea and vomiting. Cochrane Database Syst Rev. 2015(11):CD003281.
14. Briggs P, Hawrylack H, Mooney R. Inhaled peppermint oil for postop nausea in patients undergoing cardiac surgery. Nursing. 2016;46(7):61-7.
15. Hunter JJ, Maunder RG, Sui D, Esplen MJ, Chaoul A, Fisch MJ, et al. A randomized trial of nurse-administered behavioral interventions to manage anticipatory nausea and vomiting in chemotherapy. Cancer Med. 2020;9(5):1733-40.



ANNEX 1: ZWEI SYMPTOME UND WIRKSAME KOMPLEMENTÄRE INTERVENTIONEN ZU IHRER LINDERUNG

1. CHRONISCHE SCHMERZEN UND WIRKSAME KOMPLEMENTÄRE INTERVENTIONEN

Chronische Schmerzen sind Schmerzen, die anhaltend oder intermittierend auftreten und länger als sechs Monate andauern. Häufige Beispiele sind Arthritis in Knien, Rücken oder Nacken, häufige Migräne und diabetische Neuropathie. Chronische Schmerzen können auf viele verschiedene Arten erlebt werden und variieren stark in Bezug auf Intensität, Dauer und Reaktion auf die Behandlung. Es handelt sich um eine subjektive Erfahrung, die mehr als nur die körperliche Komponente umfasst und die Lebensqualität und das Wohlbefinden eines Menschen stark beeinflussen kann. Da es sich bei chronischen Schmerzen um ein so komplexes Phänomen handelt, kann es eine ziemliche Herausforderung sein, chronische Schmerzen zu verstehen und mit ihnen den Alltag zu bewältigen. Traditionell werden chronische Schmerzen mit Nicht-Opioïd- oder Opioïd-Analgetika behandelt, aber es ist bekannt, dass diese Medikamente schwerwiegende unerwünschte Wirkungen haben können. Darüber hinaus sind sie nicht immer so wirksam wie erhofft und behandeln nur einen Teil des Problems.

Ein integrativer und ganzheitlicher Ansatz zur Schmerzbehandlung berücksichtigt den ganzen Menschen und nutzt eine ganze Reihe von Therapien und Interventionen, um eine optimale Heilung zu fördern, einschließlich nicht-pharmakologischer und komplementärer Maßnahmen, die sich als wirksam zur Linderung chronischer Schmerzen erwiesen haben.

Nachfolgend sind einige evidenzbasierte ergänzende Interventionen für chronische Schmerzen aufgeführt, geordnet nach dem Ausbildungsniveau, das Pflegefachpersonen zur Umsetzung benötigen.

Es wurde festgestellt, dass das **Hören von Musik** die Symptome von Schmerzen, Ängsten und Depressionen bei einer Vielzahl von Patient*innen mit chronischen Schmerzen verringert. Außerdem trägt es zur Verringerung von Angst- und Depressionssymptomen bei, die bei chronischen Schmerzen häufig zu Beeinträchtigungen führen. Musik, die von Patient*innen ausgewählt wird, hat eine größere schmerzlindernde

Wirkung als Musik, die von Forschern ausgewählt wird (Garza-Villarreal 2017).

Guided imagery (auch Visualisierung oder geführte Meditation genannt) ist eine Entspannungstechnik, bei der positive, friedliche Situationen wie ein schöner Strand oder eine friedliche Wiese visualisiert werden. Sie kann ergänzend zur Behandlung von Fibromyalgie-Symptomen wie Schmerzen, Müdigkeit und Depression eingesetzt werden. Sie kann auch die Selbstwirksamkeit von Fibromyalgie-Patient*innen im Umgang mit ihren Symptomen verbessern (Nahin et al. 2016).

Tai chi ist eine chinesische Körper-Geist-Übung zur Förderung von fließenden Körperbewegungen, Koordination und Gleichgewicht, die in Asien schon seit Hunderten von Jahren zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention eingesetzt wird. Es ist wirksam bei chronischen Schmerzen im unteren Rückenbereich. Eine 12-wöchige Tai-Chi-Intervention zur Behandlung von Schmerzen im unteren Rückenbereich führte im Vergleich zu einem Kernstabilitätstraining auch zu einer verbesserten Kniestreckung und rechten Plantarflexion. Dies zeigt, dass Tai-Chi neben der Schmerzlinderung auch positive neuromuskuläre Effekte haben kann (Urits et al. 2021).

Akupunktur ist eine nützliche Behandlung bei der Behandlung von Migräne. Ein Cochrane-Review aus dem Jahr 2016 wertete 22 RCTs mit über 4.000 Teilnehmern aus und stellte fest, dass Akupunktur bei 41 % der Patient*innen zu einer 50%igen Verringerung der Migränehäufigkeit führte.

Die Akupunktur war der Scheinakupunktur in Bezug auf die Verringerung der Migräne überlegen, und auch 12 Monate nach der Behandlung wurde noch immer ein kleiner Vorteil festgestellt (Urits et al. 2021).

FALLBEISPIEL 3 ~ Schmerzbewältigung

Susan ist angehende Pflegefachfrau in einem Kurs für integrative Pflege und beschließt, einen Teil der Aufgaben in ihrem praktischen Einsatz zu übernehmen. Ein Patient auf ihrer Station ist Jens, der neben anderen Symptomen aufgrund von Arthritis unter chronischen Schmerzen leidet. Susan möchte wissen, ob es eine Intervention gibt, die Jens angeboten werden kann, um seinen Umgang mit den Schmerzen zu verbessern. Im Rahmen eines integrativen Pflegeassessments möchte sie Jens als ganzen Menschen sehen, der untrennbar mit seinem Umfeld und seiner Gemeinschaft verbunden ist und von seiner Gesundheit, seiner Sicherheit, seinem Ziel und seinen Beziehungen beeinflusst wird. Nach einem guten Gespräch stellt sie Fragen zu den Schmerzen, nimmt eine Schmerzbewertung vor und fragt ihn, ob er Interesse an komplementären und nicht-pharmakologischen Maßnahmen hat. Es stellt sich heraus, dass er sehr daran interessiert ist, einige davon auszuprobieren: Er liebt Musik, fühlt sich wohl, wenn er einfache körperliche Übungen macht, und ihm wurde gesagt, dass Akupunktur ihm helfen könnte. Susan beginnt, sich über diese Interventionen zu informieren und entwickelt einen Plan. Sie hat festgestellt, dass die Interventionen bei sorgfältiger Anwendung sicher sind und dass sie Jens Tai-Chi-Übungen beibringen und ihn ermutigen könnte, seine Lieblingsmusik zu hören. Sie bespricht diese Interventionen mit Jens, informiert ihn diesbezüglich und berät ihn, wie er sie anwenden kann. Sie weiß jedoch, dass sie nicht über genügend Wissen verfügt, um über Akupunktur zu sprechen, und empfiehlt Jens nach seiner Entlassung an einen Akupunkteur.

2. ÜBELKEIT UND WIRKSAME NICHT-PHARMAKOLOGISCHE UND KOMPLEMENTÄRE INTERVENTIONEN

Übelkeit und Erbrechen haben vielfältige Ursachen, sind aber beides grundlegende biologische Reflexe, die vor der Aufnahme von Giftstoffen und anderen schädlichen Reizen schützen sollen. Übelkeit ist ein subjektives Phänomen eines unangenehmen Gefühls im hinteren Teil des Rachens und im Magen, das zu Erbrechen führen kann, aber nicht muss. Übelkeit wird oft mit Erbrechen in Verbindung gebracht, aber es handelt sich um zwei unterschiedliche Erfahrungen, die unterschiedlich bewertet werden. Übelkeit und Erbrechen sind Begleiterscheinungen zahlreicher Erkrankungen wie Schwangerschaft, Chemotherapie, starken Schmerzen, Infektionen, chronische Magenprobleme und im Kontext von Operationen. Sie können auch durch Medikamente, einschließlich Anästhetika, verursacht werden. Unangenehme Erfahrungen mit Übelkeit können außerdem zu künftiger antizipatorischer Übelkeit und Angst beitragen. Übelkeit und Erbrechen werden in der Regel durch eine veränderte Nahrungs- und

Flüssigkeitszufuhr, Änderungen der Lebensweise sowie durch Antiemetika und/oder Anxiolytika behandelt.

Ein integrativer und ganzheitlich ausgerichteter Ansatz zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen berücksichtigt den ganzen Menschen und nutzt eine ganze Reihe von Therapien und Interventionen zur Förderung einer optimalen Heilung, einschließlich KPI, die sich als wirksam zur Prävention oder Linderung von Übelkeit erwiesen haben.

Nachfolgend sind mehrere evidenzbasierte komplementäre Interventionen für Übelkeit und Erbrechen aufgeführt, geordnet nach dem erforderlichen Ausbildungsstand der Patient*innen und der Pflegefachpersonen.

Ingwer (*Zingiber officinale*) ist ein viel verwendetes Phytotherapeutikum zur Behandlung von postoperativer Übelkeit und Erbrechen (PONV). Er verfügt über klinisch relevante Wirkmechanismen und kann präoperativ als Prophylaxe für PONV verabreicht werden. Ingwer scheint bei der Verringerung des Auftretens von postoperativem Erbrechen weniger wirksam zu sein

(Lu et al. 2021, Sedigh et al. 2019). Ingwerpräparate sollten nicht zur Behandlung von Übelkeit während der Schwangerschaft oder Stillzeit eingesetzt werden, da keine Daten über die Auswirkungen auf den menschlichen Fötus vorliegen und Bedenken hinsichtlich der Entwicklung des Embryos in Tierstudien bestehen (Marcus & Snodgrass 2005).

Durch Stimulierung des Akupressurpunkts Pericard 6 (PC6 oder P6), der sich an der Innenseite des Handgelenks befindet, kann die Akupressur nachweislich PONV reduzieren (Lee et al. 2009, Hofman et al. 2017). Sie ist auch wirksam bei Chemotherapie-induzierter Übelkeit und Erbrechen (CINV) bei Brustkrebspatientinnen (Greenlee et al. 2017). Es handelt sich um eine einfache Technik, die leicht von Pflegefachpersonen angewendet oder den Patient*innen gebracht werden kann.

Pfefferminze ist ein bekanntes und häufig verwendetes ätherisches Öl (Aromatherapie) zur Linderung von Übelkeit. Es ist wirksam bei schwangeren und postoperativen Patient*innen nach Herzoperationen (Briggs et al. 2016). In präklinischen Studien zeigte es antivirale, entzündungshemmende, antioxidative, antibakterielle, antimykotische, antidiabetische und antifibrotische Wirkungen.

(<https://www.mskcc.org/cancer-care/integrative-medicine/herbs/peppermint#references-41>)

Eine 20-minütige **verhaltenstherapeutische Intervention**, bestehend aus achtsamkeitsbasierter Entspannung, kann bei Patient*innen, die sich einer Chemotherapie gegen solide Tumore unterziehen, die antizipatorische Übelkeit und das Erbrechen in der Mitte der Behandlung reduzieren (Hunter et al. 2020).

FALLBEISPIEL 4 ~ Postoperative Übelkeit und Erbrechen

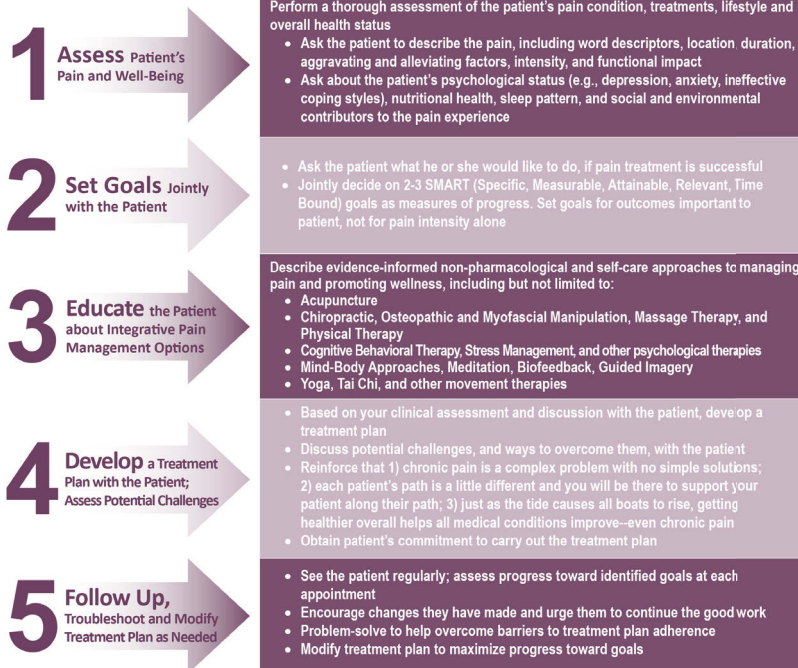
Janet ist eine 60-jährige Frau, die in der Rekonvaleszenz nach Operationen immer wieder unter Übelkeit und Erbrechen gelitten hat. Jetzt soll ihr ein neues Knie eingesetzt werden. Sie äußert gegenüber der Pflegefachfrau ihre Bedenken über ihre früheren Erfahrungen mit Übelkeit nach Operationen, die ihre Genesung aufgrund von Dehydrierung verzögert haben. Die Pflegefachfrau hat ein offenes Ohr für ihre Sorgen, und gemeinsam besprechen sie pharmakologische und nicht-pharmakologische Ansätze gegen Übelkeit. Die integrative Pflegefachfrau informiert über Ernährungsrichtlinien zur Bewältigung von Übelkeit sowie über Aromatherapie und Selbstakupressur bei Übelkeit. Sie bittet Janet, zu versuchen, ätherisches Pfefferminzöl aus einem Wattebausch zu inhalieren, und demonstriert, wie man den Perikard 6 (P6) an der Innenseite des Handgelenks akupressiert. Mit Hilfe des Ärzteteams wird ein Plan erstellt, der sowohl pharmakologische als auch nicht-pharmakologische Ansätze umfasst. Postoperativ leidet Janet unter leichter Übelkeit und wendet Akupressur und Aromatherapie an. Es geht ihr viel besser als erwartet und sie kann bereits leichte Kost zu sich nehmen. Zum Zeitpunkt der Entlassung verspürt sie nur noch gelegentlich leichte Übelkeit und fühlt sich in der Lage, nach Hause zu gehen.

ANNEX 2: UMFASSENDE SCHMERZTHERAPIEPLAN

MOVING BEYOND MEDICATIONS

Non-Pharmacological Approaches to Pain Management and Well-Being

In response to the current public health crisis of opioid abuse, overdose, and death, many organizations have issued guidelines and recommendations for treating pain, including the former Surgeon General's "Turn the Tide" campaign. Similar to other guidelines, this campaign recommends non-pharmacological approaches as first line pain treatment, with opioids to be considered only if these and non-opioid pharmacological treatments are ineffective. This document expands upon those recommendations to help primary care clinicians and their patients with this approach.



Resources for Information on Nonpharmacological Approaches to Pain Management and Wellbeing

ACADEMIC
COLLABORATIVE
FOR INTEGRATIVE
HEALTH
The Collaborative
www.integrativehealth.org

ACADEMIC CONSORTIUM
FOR INTEGRATIVE
MEDICINE & HEALTH
www.imconsortium.org

AIHM
Academy of Integrative Health & Medicine
www.aihm.org

INTEGRATIVE
HEALTH POLICY
CONSORTIUM
www.iipc.org

Akademisches Konsortium für Integrative Medizin und Gesundheit: https://imconsortium.org/wp-content/uploads/2021/05/MovingBeyondMedications_FINAL-8_8_2017.pdf



11 KOMMUNIKATION ÜBER KOMPLEMENTÄRE UND NICHT-PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN MIT IHREN PATIENT*INNEN

11.1 EINLEITUNG

Es ist gut dokumentiert, dass Pflegefachpersonen im Allgemeinen eine positive Einstellung gegenüber der Anwendung von KPI haben. Dennoch versäumt es die Mehrheit der Pflegefachpersonen, die Patient*innen über Risiken und Nutzen solcher Interventionen aufzuklären, weil sie nicht ausreichendes Wissen dazu haben ^{1,2}.

Formale Ausbildung, Unterweisung durch Berufskolleg*innen sowie eine offene Kultur und eine positive Einstellung im Team fördern eine solche Kommunikation. In einer qualitativen Studie wurde festgestellt, dass Pflegefachpersonen bei ihren Begegnungen mit Patient*innen selbstverständlich auch über komplementäre Interventionen und nicht-pharmakologische Maßnahmen sprechen können. Gleichzeitig wurden jedoch die ärztliche Dominanz, Zeitmangel und mangelnde Kenntnisse als Kommunikationshindernisse genannt ³.

Die Vorteile eines offenen Dialogs mit Patient*innen über komplementäre Interventionen in der onkologischen Versorgung wurden in einer systematischen Übersichtsarbeit ⁴ dokumentiert. Die Patient*innen waren sehr zufrieden mit den Informationen und Empfehlungen zu komplementären Interventionen sowie mit dem Dialog, der in das konventionelle Krankenhaussetting integriert wurde. Es zeigte sich, dass der offene Dialog die Lebensqualität der Patient*innen positiv beeinflusste und ihre Hauptsorgen, wie Angst und psychische Belastung, linderte. Ein offener Dialog wird als patientenzentriertes Gespräch beschrieben, in dem die Pflegefachfrau oder der Pflegefachmann die Bedürfnisse, Werte und Präferenzen der Patient*innen in Bezug auf komplementäre Interventionen respektiert, ohne zu urteilen, und sie dabei unterstützt, evidenzinformierte Entscheidungen zu treffen, die das Wohlbefinden bestmöglich fördern.

In anderen Studien wurde jedoch festgestellt, dass die Patient*innen die Anwendung KPI häufig nicht offenlegen. Die Hauptgründe dafür sind die Angst vor einer negativen Reaktion der Gesundheitsberufe, die Ansicht, dass die Offenlegung der Anwendung von KPI für die Angehörigen der Gesundheitsberufe nicht relevant ist, und dass sie nicht nach der Anwendung gefragt werden ^{5,6}. Es scheint, dass sowohl Patient*innen als auch Fachpersonal darauf warten, dass der jeweils andere das Gespräch über das Thema beginnt. Dies wurde als "eine Kultur des Wartens" ⁷ bezeichnet..

In diesem Kapitel geht es um Folgendes:

- 1 Die Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen und Patient*innen, die bereits komplementäre Interventionen zusammen mit konventionellen Behandlungen anwenden.
- 2 Beratung von Patient*innen, die KPI außerhalb der konventionellen Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen.
- 3 Kommunikation mit Patient*innen beim Einsatz nicht-pharmakologischer Interventionen in der klinischen Praxis.

Das Kapitel stützt sich auf Kommunikationstheorien, die den Lernenden bereits aus der allgemeinen Pflegeausbildung bekannt sein könnten: Die professionelle Begegnung, der beziehungsorientierte Dialog und das aktive Zuhören.

Kommunikation mit Patient*innen, die bereits KPI zusammen mit konventioneller Therapie anwenden

Die integrative Pflegefachperson hat die Aufgabe, einen offenen, respektvollen und nicht-wertenden Dialog zu führen. Auf der Grundlage einer Überprüfung der einschlägigen Literatur gaben Schofield et al. die folgenden Empfehlungen für die Besprechung von KPI mit Patienten ⁸.

EMPFOHLENER SCHRITT	INHALT
1. Verstehen Sie die Patient*innen	Stellen Sie offene Fragen, um herauszufinden, wie Patient*innen ihre Situation und ihre Krankheit verstehen. Was sind Ihre Sorgen und Hoffnungen, und welche Informationen wünschen sie sich?
2. Respektieren Sie kulturelle Vielfalt	Seien Sie sich der kulturellen Vielfalt und den unterschiedlichen Krankheits- und Behandlungsmodellen bewusst und seien Sie ihnen gegenüber respektvoll.
3. Fragen	Stellen Sie Routinefragen zu den KPI, seien Sie aufgeschlossen und bescheiden und verwenden Sie vielleicht spezielle Formulierungen, wie z. B. "Machen Sie noch etwas anderes gegen die Nebenwirkungen? Machen Sie deutlich, warum Sie diese Frage stellen.
4. Erkunden	Erkundigen Sie sich nach den Einzelheiten der Verwendung von KPI durch die Patient*innen, indem Sie aktiv zuhören und nach den Gründen und Ergebnissen fragen.
5. Antworten	Reagieren Sie auf den emotionalen Zustand der Patient*innen und seine Art der Bewältigung, unterstützen Sie z. B. den Wunsch nach Hoffnung und Kontrolle. Empathie ausdrücken.
6. Diskussion	Diskutieren Sie relevante Bedenken über KPI und respektieren Sie dabei die Überzeugungen und Entscheidungen der Patient*innen. Die Patient*innen möchten vielleicht etwas über mögliche Schäden, den Nutzen, den Zeitrahmen für die Untersuchung und die Kosten wissen.
7. Beratung	Fördern Sie den Einsatz von KPI, die von Nutzen sein könnten, akzeptieren Sie den Einsatz von KPI, für die es keine Beweise für Schaden oder Nutzen gibt, und raten Sie vom Einsatz ab, der unsicher ist.
8. Zusammenfassen	Fassen Sie das Wesentliche des Gesprächs zusammen und prüfen Sie, ob die Patient*innen alles verstanden haben.
9. Dokumentation	Dokumentieren Sie die Kommunikation in den Pflegeunterlagen.
10. Monitor	Nachbereitung der Kommunikation.

Tenner et al. (2019) haben ein ähnliches Modell vorgeschlagen, mit Hinweisen auf gemeinsame Entscheidungsfindung und empirisch validierte Kommunikationsstrategien ⁹.

STRATEGIE	RICHTLINIE
Fragen-Sagen-Fragen	• Fragen Sie die Patient*innen nach dem Interesse an und der Verwendung von KPI. Erzählen Sie von Entscheidungen, die auf Evidenz beruhen, aus einer konventionellen Perspektive. • Fragen Sie nach dem Verständnis der Patient*innen auf der Grundlage des Dialogs und zeigen Sie Empathie.
Beraten, zusammenarbeiten, verhandeln	• Raten Sie von potenziell schädlichen KPI ab und ermutigen Sie die Anwendung nützlicher. • Zusammenarbeit trotz potenzieller Konflikte in Bezug auf die Entscheidungen der Patient*innen. • Bleiben Sie im Gespräch, indem Sie zu einem zukünftigen Dialog einladen
Zusammenfassen	• Überprüfen Sie, ob die Patient*innen das Gespräch und die möglichen Entscheidungen verstanden haben.

Beide Kommunikationsmodelle setzen einen offenen Ansatz voraus und respektieren die Sichtweisen und Entscheidungen der Patient*innen in Bezug auf KPI. Die Gedanken und Erfahrungen der Patient*innen werden erforscht, während die Pflegefachperson für die Eröffnung des Dialogs verantwortlich ist. Er/sie muss vermeiden passiv oder abweisend zu sein. Darüber hinaus setzen diese Kommunikationsmodelle voraus, dass die Pflegefachperson über allgemeines und spezifisches Wissen über KPI verfügt, um den Patient*innen eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Ethische Überlegungen ergeben sich, wenn die Autonomie der Patient*innen mit Überlegungen zu möglichen Schäden abgewogen wird. Adams et al.¹⁰ heben die folgenden Faktoren in einer Risiko-Nutzen-Analyse der komplementären Interventionen zusammen mit oder im Vergleich zur konventionellen Behandlung hervor:

- A Schwere und Akuität der Erkrankung.
- B Heilbarkeit mit konventioneller Behandlung.
- C Grad der Invasivität, assoziierte Toxizitäten und Nebenwirkungen der konventionellen Behandlung.
- D Qualität der Nachweise für die Sicherheit und Wirksamkeit der gewünschten komplementären Intervention.
- E Grad des Verständnisses der Risiken und des Nutzens der gewünschten komplementären Intervention.
- F Kenntnis und freiwillige Akzeptanz dieser Risiken durch die Patient*innen.
- G Die dauerhafte Absicht der Patient*innen, die gewünschten komplementären Interventionen anzuwenden.

Beratung von Patient*innen, die KPI außerhalb des bestehenden Gesundheitswesens in Anspruch nehmen

Die Quellen für Informationen über komplementärmedizinische Interventionen außerhalb der konventionellen Gesundheitsversorgung sind vielfältig. In vielen Ländern können sowohl das Marketinggesetz als auch andere Werberichtlinien die private Ausübung von komplementären Interventionen und die Informationen über die angebotenen KPI (im Gegensatz zur Gesundheitsgesetzgebung) regeln (Kapitel 6). Von Patient*innen wird erwartet, dass sie in der Lage sind, die Gültigkeit von Informationen selbst zu beurteilen und, dass sie im Allgemeinen nach vertrauenswürdigen Informationsquellen suchen. Vielleicht finden sie Informationen im Internet, in Zeitschriften oder hören von Freunden, Verwandten oder anderen Patient*innen von bestimmten Interventionen. Ratschläge durch Laien enthalten möglicherweise keine Informationen zu potenziellen Schäden einer bestimmten komplementären Intervention, und Patient*innen, die sich selbst behandeln, müssen in der Lage sein, zu beurteilen, ob ihr Zustand für eine bestimmte KPI ¹⁰ geeignet ist. Patient*innen, die auf der Suche nach Hoffnung und nach etwas sind, das eine heilende Wirkung haben könnte, versetzt sie in eine sehr verletzte und prekäre Situation. Die Antworten auf die folgenden Fragen und Empfehlungen können Patient*innen, die beabsichtigen eine KPI in Anspruch zu nehmen, als Orientierungshilfe dienen ¹¹.

- 1 Was wollen Sie mit der Behandlung erreichen, z. B. Linderung von Symptomen, Stärkung des Immunsystems oder neue Energie? Was kann ein realistisches Ziel sein?
- 2 Wie viel Zeit, Mühe und Geld sind Sie bereit zu investieren?
- 3 Wie lange wollen Sie die Behandlung ausprobieren, bevor Sie entscheiden, ob Sie davon profitieren? Was wäre ein angemessener und realistischer Zeitraum?
- 4 Sie haben immer die Möglichkeit, um ein unverbindliches Gespräch mit Fachpersonen zu bitten, bevor Sie beginnen. Es ist wichtig, dass Sie sich sicher fühlen und zufriedenstellende Antworten auf Ihre Fragen bekommen.

Diese Fragen können auch Pflegefachpersonen, die nicht über spezielle KPI-Kenntnisse verfügen, als Orientierungshilfe dienen, wenn sie Patient*innen bei der Entscheidungsfindung unterstützen.

Das norwegische Nationale Forschungszentrum für Komplementär- und Alternativmedizin (NAFKAM) ¹² bietet die folgenden Leitlinien für Patient*innen (und Pflegepersonal) zur Bewertung von Informationen im Hinblick auf sichere Entscheidungen:

- A Prüfen Sie, ob die Informationen auf Fakten und soliden Forschungsergebnissen beruhen und aktuell sind.
- B Prüfen Sie die Informationen hinsichtlich übertriebener Versprechungen wie "Wunderheilung", "natürlich und unschädlich" oder "garantierte Wirkung".
- C Seien Sie skeptisch, wenn auf eine universelle Wirkung oder Forschung ohne genaue Dokumentation verwiesen wird oder wenn Anschuldigungen gegen das konventionelle Gesundheitssystem erhoben werden.

Weitere Hinweise sind in Anhang 1 zu finden.

Kommunikation mit Patient*innen bei der Anwendung nicht-pharmakologischer und komplementärer Interventionen in der klinischen Praxis

Als integrative Pflegefachperson lassen Sie sich bei der Behandlung von Symptomen und dem Wohlbefinden von den Grundsätzen leiten, den ganzen Menschen (Körper - Geist - Seele) zu betrachten und je nach Bedarf und Kontext die schonendste Intervention anzuwenden. Ein konkretes Beispiel wäre der Einsatz einer nicht-pharmakologischen Intervention wie die geführte Imagination zum Schmerzmanagement. In diesem Fall muss die Pflegefachperson den Patient*innen und die Angehörigen über die Intervention informieren und die Zustimmung zur Anwendung der Intervention einholen. Die Antworten der Patient*innen können sich auf einem Kontinuum von sehr interessiert bis hin zu Widerstand, bewegen. Die Pflegefachperson könnte die Technik des Motivational Interviewing anwenden, um die Patient*innen zu unterstützen und zu motivieren bestehende Gewohnheiten und Praktiken bei der Schmerzbehandlung zu ändern.

Die Information und Kommunikation mit den Patient*innen über nicht-pharmakologische Interventionen sollte von der Autonomie der Patient*innen und der Verantwortung der Pflegefachperson geleitet werden ¹³.

*Autonomie der Patient*innen:*

- Die Pflegefachperson befolgt den Ethikkodex und ist dafür verantwortlich, dass das Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung in Bezug auf den Einsatz nicht-pharmakologischer Interventionen gewährleistet ist.
- Die Pflegefachperson stellt sicher, dass die Patient*innen ausreichende und angemessene Informationen erhalten, um einem bestimmten Pflege- oder Behandlungsplan mit nicht-pharmakologischen Interventionen zustimmen zu können.
- Der Dialog und die gemeinsame Entscheidungsfindung geben den Patient*innen Sicherheit.

Verantwortung:

- Die Pflegefachperson ist für die von ihrer eingeleiteten Intervention verantwortlich und muss die gewünschte Wirkung und mögliche Nebenwirkungen kontinuierlich überwachen.
- Die integrative Pflege misst allen Bereichen des Wohlbefindens den gleichen Stellenwert bei und ist sehr sensibel für explizite und implizite Signale der Patient*innen.
- Die Pflegefachperson ist dafür verantwortlich, die relevanten Informationen zu sammeln und die Patient*innen in verständlicher Sprache zu beraten.

11.2 LERNZIELE

Lernziele sind Beschreibungen des spezifischen Wissens, der Fähigkeiten oder des Fachwissens, das Lernende durch gezielte Lernaktivität erlangen. Die INES-Lernziele (Anhang 2) wurden von Pflegepädagog*innen und Expert*innen für integrative Pflege durch die Delphi-Methode validiert ¹⁴. Für dieses Kapitel werden die folgenden Lernziele vorgeschlagen.

Fertigkeiten

Kommunikativ

- ✓ Bereitstellung allgemeiner Informationen für Patient*innen (und Kollegen) über relevante komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen.
- ✓ Führen eines vertrauensvollen, offenen und professionellen Dialogs mit Patient*innen über komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen.
- ✓ Patienten bei der Suche nach verlässlichen Informationen über gängige komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen zu unterstützen.
- ✓ Angemessene Informationen über komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen in Bezug auf die spezifischen Bedürfnisse der Patient*innen bereitzustellen.

Reflexiv

- ✓ Die Autonomie und die Wünsche der Patient*innen in Bezug auf komplementäre und nicht-pharmazeutische Interventionen anzuerkennen.

Ethisch

- ✓ Ein offener und interessierter Umgang mit den Patient*innen in Bezug auf ihre Bedürfnisse und Präferenzen bei komplementären und nicht-pharmakologischen Interventionen.

11.3 FALLBEISPIELE

Fallbeispiele werden eingesetzt, um die aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit den Inhalten zu fördern, einen expliziten Praxisbezug herzustellen und Lehrende in der didaktischen Gestaltung ihrer Lehre zu inspirieren. Sie verbinden anschauliche Situationsbeschreibungen mit den zugrunde liegenden konzeptionellen Grundlagen integrativer Pflege und machen deren systematische Einbettung in professionelles Handeln nachvollziehbar. Die verwendeten Fallbeispiele stammen sowohl aus der pädagogischen als auch aus der klinischen Praxis und aus verschiedenen Ländern. Einige sind ausführlicher als andere. Sie können entweder als Beispiel oder als Fall für eine weitere Analyse verwendet werden, aber es bleibt den Lehrenden überlassen, wie sie bzw. er, sie am besten einsetzt, je nach kulturellem und pädagogischem Kontext. Wir ermutigen Lehrende, die Fallbeispiele entsprechend anzupassen.

FALLBEISPIEL 1 ~ Kommunikation mit einer an Brustkrebs erkrankten Patientin

*Eine junge Frau mit Brustkrebs im 4. Stadium erhält eine Chemotherapie. Sie lebt mit drei kleinen Kindern ohne Partner. Vor allem ihre Mutter sucht im Internet nach Informationen über komplementäre Interventionen. Die Frau selbst interessiert sich für komplementäre Möglichkeiten, und Pflegefachfrau Joan weiß, dass die Frau verschiedene natürliche Nahrungsergänzungsmittel einnimmt. Von ihren Kolleg*innen hat sie erfahren, dass die Frau vor der Chemotherapie ein spezielles Fastenritual einhält, um die Wirkung der Chemotherapie zu verstärken. Bevor sie sich mit der Frau trifft, befragt Joan einen Kollegen nach Beweisen für das Fastenritual.*

Joan weiß, dass sie als Pflegefachfrau die Kommunikation einleiten und anerkennen muss, dass die junge Frau komplementäre Interventionen anwendet. Sie fragt im Rahmen des Gesprächs vor der Chemotherapie, ob die Frau andere Dinge tut, um Nebenwirkungen zu reduzieren und ihr Wohlbefinden zu steigern. Die Frau erzählt ihr, dass sie hohe Dosen von Vitamin C, Kalzium und Vitamin D einnimmt und dass sie die Einnahme von Magnesium in Erwägung zieht. "Ich muss ALLES tun, was ich kann - ich darf nicht an dieser Krankheit sterben", sagt sie. Joan ist sich ihrer eigenen verbalen und nonverbalen Kommunikation sehr bewusst und sagt, sie verstehe die Gefühle und Prioritäten der Frau. Joan sagt, dass es Hinweise darauf gibt, dass Antioxidantien die Wirkung der Chemotherapie abschwächen können, und sie empfiehlt daher, während der Chemotherapie kein Vitamin C einzunehmen.

Stattdessen empfiehlt Joan, mit der Einnahme von Magnesium zu beginnen, da dies ein Mineral ist, das lebenswichtige Prozesse im Körper unterstützt. Joan spürt, dass sich die Frau bei dem Gespräch über komplementäre Interventionen etwas zu entspannen beginnt. So erzählt sie, dass manche Patienten, die die Wirkung der Chemotherapie verstärken wollen, ein Fastenritual durchführen. Sie erwähnt auch, dass es derzeit keine Beweise für eine schädliche oder positive Wirkung gibt. Die Frau lächelt und sagt: "Danke, dass Sie mich gefragt haben. Es stimmt, dass ich vor und nach der Chemotherapie faste, und ich werde das auch weiterhin tun, weil ich einfach gesund werden MUSS. Joan lächelt ihr zu, um ihr Mitgefühl auszudrücken, und antwortet: "Das respektiere ich wirklich. Dann fragt sie ganz offen nach den Erfahrungen der Frau mit dem Fastenritual.

Die Frau erzählt ihr, dass sie am ersten Tag sehr hungrig ist, ihr aber nach der Chemotherapie nur einen Tag lang übel ist. Joan wiederholt, dass es keine Beweise für die Wirkung des Fastenrituals gibt und fügt hinzu, dass Hunger die Übelkeit verschlimmern kann. Joan schlägt der Frau vor, das Fastenritual bei der nächsten Chemotherapie zu unterbrechen, damit sie erfahren kann, ob es einen Unterschied bei der Übelkeit macht, wenn sie vor der Behandlung isst statt zu fasten. Die Frau verspricht, dies in Erwägung zu ziehen, und fügt hinzu, dass sie auch über Akupunktur nachdenkt.

Joan spürt, dass ihre Botschaft über das Fastenritual angekommen ist, und sie fragt, bei was ihr die Akupunktur im Moment helfen soll. Die Frau antwortet, dass sie gerne etwas mehr Energie hätte. Sie leidet nur unmittelbar nach der Chemotherapie unter Übelkeit und Nebenwirkungen. Auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse kann Joan die Akupunktur empfehlen, aber sie empfiehlt auch, sich über die erforderlichen zeitlichen und finanziellen Ressourcen im Klaren zu sein. Es ist sehr wichtig, dass die ergänzende Behandlung Energie und Wohlbefinden spendet und die Frau in ihrem Alltag nicht belastet. Joan fragt, ob die Frau andere Dinge für ihr Wohlbefinden tut. Die Frau erzählt ihr, dass sie an einem Online-Yogakurs teilnimmt, der ihr viel Spaß macht. Joan erkennt an, dass die Frau so aktiv ist, und schlägt vor, das Gespräch bei der nächsten Konsultation fortzusetzen.

11.4 DIDAKTISCHE ÜBERLEGUNGEN UND LEHRMETHODEN

Das didaktische Beziehungsmodell von Hiim und Hippe zeigt sechs miteinander verknüpfte didaktische Elemente auf, die den Rahmen für die folgenden didaktischen Überlegungen und konkreten Vorschläge für Lehrmethoden, -kontexte und -inhalte bilden ¹⁵. Im Anhang 3 kann mehr über das Modell in Erfahrung gebracht werden.

Lernbedingungen: Die Lernbedingungen für dieses Kapitel richten sich danach auf welchem Ausbildungsstand sich die Lernenden befinden. Angehende Pflegefachpersonen, die sich am Ende ihrer Ausbildung befinden, verfügen über ein umfangreiches Wissen in den Bereichen Kommunikation, Ethik, Patientenbeteiligung und klinische Entscheidungen, auf das sie zurückgreifen können. Studien zeigen, dass das mangelnde Wissen der Pflegefachpersonen über KPI und NPI ihre Kommunikation mit den Patient*innen beeinträchtigt. Zeitmangel und die Kultur der Gesundheitseinrichtung sind ebenfalls ausschlaggebend. Das Grundwissen der Lernenden über integrative Pflege und komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen ist eine Voraussetzung dafür, darüber zu kommunizieren und zu beraten. Die Lernenden können Erfahrungen auf Stationen im Krankenhaus machen, auf denen es Widerstände gegen KPI gibt, oder auf Stationen, die einen offenen Ansatz verfolgen und diese umfassend nutzen. Die Lernenden werden auch von der allgemeinen Einstellung zur pflegerischen Versorgung in ihrer Bildungseinrichtung und der Offenheit für die integrative Pflege beeinflusst.

Umfeld: Dieses Kapitel kann in einer Präsenzveranstaltung gelehrt werden oder, wenn möglich, in einer Simulation in Kontext einer Station im Krankenhaus. Da der Lerninhalt dieses Moduls auf Beziehungen und auf verbaler und nonverbaler Kommunikation basiert, ist es wünschenswert, dass die Lehrenden anwesend sind. Das Kapitel kann in einen Kurs über integrative Pflege integriert werden, in einer einzelnen Sitzung oder in mehreren Sitzungen hintereinander. Das Kapitel kann auch in den Lehrveranstaltungen über Kommunikation im Allgemeinen und in Bezug auf bestimmte Patientengruppen oder -bedingungen eingebunden werden. Es ist von Vorteil, wenn die Lehrperson über die Voraussetzungen für die Lehrveranstaltungen über Kommunikation und integrierte Pflege verfügt und diese miteinander verbindet.

Ziele: Die vorgeschlagenen Lernziele in Bezug auf Fähigkeiten und Ethik beziehen sich auf die Anwendung in der Bloom'schen Taxonomie, während sich die reflexive Fähigkeit auf das Verstehen bezieht. Diese Lernziele liegen auf einer niedrigeren Taxonomiestufe als die allgemeinen Kommunikationsfähigkeiten der angehenden Pflegefachpersonen. Die niedrigere Taxonomie spiegelt die Auswirkungen der umfassenden integrativen Pflegekompetenzen in Bezug auf die Kommunikation wider. Dennoch muss dieses Modul den Lernenden die Fähigkeit vermitteln, Patient*innen allgemeine und angemessene Informationen zu geben und sie bei der Suche nach vertrauenswürdigen Informationen anzuleiten. Die Fähigkeit, die Autonomie der Patient*innen anzuerkennen und einen offenen und neugierigen Zugang zu den KPI zu finden, bedeutet, dass man in der Lage ist, die Situation und die Präferenzen der Patient*innen zu verstehen. Reflexive Fähigkeiten hingegen hängen von den Kenntnissen und Erfahrungen aus einer fortgeschrittenen oder spezialisierten Stufe der integrativen Pflege ab. Die ethischen und reflexiven Fähigkeiten sind auch Teil anderer Module.

Inhalt: Je nach Umfeld, Lehr- und Lernmaterialien und Lernvoraussetzungen der Lernenden können für diese Lektionen unterschiedliche theoretische und praktische Ansätze gewählt werden. Anregungen finden Sie im Abschnitt der Lehr- und Lernmaterialien. Vorschläge sind in Tabelle 1 aufgeführt.

TABELLE 1 Vorschläge für die Lehrveranstaltung	
1) Vor der Lehrveranstaltung 2) Während der Lehrveranstaltung 3) Gruppenarbeitsphase 4) Besprechung der Phasen	
1	• Bitten Sie die Lernenden, sich an die Theorie und die Modelle der Kommunikation zu erinnern, die sie bereits in ihrer Ausbildung gelernt haben. • Bitten Sie die Lernenden, eine Fallgeschichte aus ihrer klinischen Zeit mitzubringen, in der ein Patient nach KPI gefragt hat oder in der die Lernenden erfahren haben, dass ein Patient eine komplementäre Intervention zusätzlich zu einer konventionellen Behandlung praktiziert. Der Fall sollte die damit verbundenen kommunikativen Erfahrungen der Lernenden beinhalten. • Als Literatur könnten die Artikel von Scofield und Adams empfohlen werden (siehe Lehr- und Lernmaterialien unten).
2	• Vortrag über Faktoren, die die Kommunikation mit Patienten über KPI/nicht-pharmakologische Interventionen entweder erleichtern oder behindern, und Bezugnahme auf die ethischen Verpflichtungen der Pflegefachpersonen. • Dialogbasierte Reflexion mit den Lernenden über: – Verantwortlichkeiten und Grenzen dieser Art von Kommunikation. – Welche Art von Wissen über KPI / NPI ist für einen offenen Ansatz erforderlich? – Welches Wissen und welche Erfahrungen haben sie aus ihrer Ausbildung, die im Hinblick auf diese spezifische Art der Kommunikation relevant sind? • Lassen Sie die Lernenden einen eigenen Fall gemäß den vorgeschlagenen Kommunikationsmodellen analysieren und ethische Überlegungen zur Patientenautonomie und zur Beharrlichkeit bei der Anwendung/dem Versuch von KPI einbeziehen. Die in diesem Kapitel enthaltene Erzählung kann als Beispielfall verwendet werden, bevor die Lernenden ihre eigenen Fälle bearbeiten. • Führen Sie praktische Kommunikationsübungen ein, die in Gruppen durchgeführt werden können. Zum Beispiel: a) Kommunikation mit einem Patienten, der KPI verwendet b) Beratung eines Patienten, der ein KPI wünscht c) Information von Patient*innen über eine bestimmte nicht-pharmakologische Intervention. Bei der Übung werden den angehenden Pflegefachpersonen Rollen wie Pflegefachperson, Patient*in, Angehörige und beobachtende Person zugewiesen.
3	• Vollständiges Rollenspiel. • Feedback und Reflexion in der Gruppe unter der Leitung von Beobachtern und aus der Perspektive der Pflegefachperson und der Patient*in. Was lief gut, was könnte verbessert werden und wie haben sie den Dialog erlebt?
4	• Sammlung der Wahrnehmungen und Erkenntnisse.

Lernprozess: Der vorgeschlagene Inhalt impliziert einen Wechsel zwischen induktiven und deduktiven Lehrmethoden. Die erleichterten Analysen eigener Fälle und Diskussionen schaffen Möglichkeiten für vertieftes Lernen. Wenn die Lernenden einen theoretischen und praktischen Ansatz zur Kommunikation über KPI und nicht-pharmakologische Interventionen kombinieren, wird dies die Lernprozesse unterstützen. Rollenspiele erfordern immer ein sicheres Lernumfeld. Im sicheren Lernumfeld kann die Reflexion über die verschiedenen Rollen sowohl zu direktem als auch indirektem Lernen führen, das für die integrative Pflege von Bedeutung ist.

Vorschläge für die Evaluation der Lehreinheit

- ✓ Ein kleiner summativer Test, der zeigt, ob die Lernenden die empfohlenen Schritte für die Kommunikation mit Patient*innen über KPI verstanden haben.
- ✓ Kleine Aufgabe mit Analyse eines Falles und Vorschlägen für einen kommunikativen Ansatz und ethische Überlegungen.
- ✓ Formatives Feedback von der Lehrperson an die Lernenden, das praktische kommunikative Fähigkeiten präsentiert, z. B. auf der Grundlage von Gruppenarbeit.
- ✓ Peer-Feedback von Kommilitonen in praktischer Gruppenarbeit, um relevante kommunikative Fähigkeiten zu üben.

11.5 LEHR- UND LERNMATERIALIEN

Im Abschnitt "Lehr- und Lernmaterialien" finden Sie die im Text verwendeten Referenzen und Vorschläge für weitere Informationsquellen, wie Websites oder Videos. Diese werden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- 1 Wissenschaftliche Glaubwürdigkeit (von Fachpersonen geprüfte Artikel, Websites von Universitäten und Forschungszentren).
- 2 Berufliche Glaubwürdigkeit (Berufsverbände und renommierte Gesundheitseinrichtungen).
- 3 Das INES-Netzwerk.

Eine Einschränkung dieser Quellen ist, dass sie in englischer Sprache vorliegen, was bedeutet, dass viele andere vertrauenswürdige Veröffentlichungen in anderen Sprachen nicht aufgeführt sind. Wir ermutigen Lehrpersonen, auch Veröffentlichungen in ihrer eigenen Sprache zu verwenden und dabei die oben genannten ersten beiden Kriterien zu berücksichtigen.



Lehr- und Lernmaterialien für die Kommunikation, Referenzen: 8, 9, 16

- Schofield P, Diggins J, Charleson C, Marigliani R, Jefford M. Effectively discussing complementary and alternative medicine in a conventional oncology Umfeld: communication recommendations for clinicians.
- Tenner L, Hlubocky FJ, Blanke CD, LeBlanc TW, Marron JM, McGinnis MM, et al. Let's Talk About Those Herbs You Are Taking: Ethical Considerations for Communication With Patients With Cancer About Complementary and Alternative Medicine.
- Adams KE, Cohen MH, Eisenberg D, Jonsen AR. Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings.



Lehr- und Lernmaterialien zur Beschreibung der für die Kommunikation maßgeblichen Faktoren, Referenzen: 3, 4, 7, 17

- Hall H, Brosnan C, Frawley J, Wardle J, Collins M, Leach M. Nurses' communication regarding patients' use of complementary and alternative medicine. *Collegian*. 2018;25(3):285-91.
- Stie M, Jensen LH, Delmar C, Norgaard B. Open dialogue about complementary and alternative medicine (CAM) integrated in conventional oncology care, characteristics and impact. A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2020;103(11):2224-34.
- Nissen N, Laursen SS, Rossau HK. Communication about Complementary and Alternative Medicine in Danish Oncological Settings: An Intervention Study. *Complement Med Res*. 2020;27(6):392-400.
- Spencer CN, Lopez G, Cohen L, Urbauer DL, Hallman DM, Fisch MJ, et al. Nurse and patient characteristics predict communication about complementary and alternative medicine. *Cancer*. 2016;122(10):1552-9.



Internationale Lehr- und Lernmaterialien zur Suche nach vertrauenswürdigen und evidenzbasierten Informationen über komplementäre- und nicht-pharmakologische Interventionen:

- National Center for Complementary and Integrative Health: <https://www.nccih.nih.gov/>
- Norway's National Research Center in Complementary and Alternative Medicine: <https://nafkam.no/en/nafkam-english-front-page>
- Memorial Sloan Kettering Cancer Center: <https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine>



Lehr- und Lernveranstaltungen für einen erweiterten Kommunikationsansatz, Referenzen: 18, 19

- About deep listening: Deep Listening | Center for Spirituality and Healing - University of Minnesota (umn.edu) This website includes questions for practice and reflections
- Institute of Communicology: <https://communicology.com/>
- Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'Brien B, Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring.
- Karoliussen, M and Hov, R (2020): Nightingale's Legacy. Old Holistic Insight Supported by New Science.

11.6 REFERENZEN

1. Balouchi A, Mahmoudirad G, Hastings-Tolsma M, Shorofi SA, Shahdadi H, Abdollahimohammad A. Wissen, attitude and use of complementary and alternative medicine among nurses: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract.* 2018;31:146-57.
2. Chang HY, Chang HL. A review of nurses' Wissen, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *J Clin Nurs.* 2015;24 (11-12):1466-78.
3. Hall H, Brosnan C, Frawley J, Wardle J, Collins M, Leach M. Nurses' communication regarding patients' use of complementary and alternative medicine. *Collegian.* 2018;25(3):285-91.
4. Stie M, Jensen LH, Delmar C, Norgaard B. Open dialogue about complementary and alternative medicine (CAM) integrated in conventional oncology care, characteristics and impact. A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2020;103(11):2224-34.
5. Robinson A, McGrail MR. Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med.* 2004;12(2-3):90-8.
6. Faith J, Thorburn S, Tipples KM. Examining the association between patient-centered communication and provider avoidance, CAM use, and CAM-use disclosure. *Altern Ther Health Med.* 2015;21(2):30-5.
7. Nissen N, Laursen SS, Rossau HK. Communication about Complementary and Alternative Medicine in Danish Oncological Settings: An Intervention Study. *Complement Med Res.* 2020;27(6):392-400.
8. Schofield P, Diggins J, Charleson C, Marigliani R, Jefford M. Effectively discussing complementary and alternative medicine in a conventional oncology Umfeld: communication recommendations for clinicians. *Patient Educ Couns.* 2010;79(2):143-51.
9. Tenner L, Hlubocky FJ, Blanke CD, LeBlanc TW, Marron JM, McGinnis MM, et al. Let's Talk About Those Herbs You Are Taking: Ethical Considerations for Communication With Patients With Cancer About Complementary and Alternative Medicine. *J Oncol Pract.* 2019;15(1):44-9.
10. Mantle F. The risks associated with consumer magazines giving advice on complementary therapies. *Nurs Times.* 2009;105(48):19-21.
11. Myskja AKoabPvrmeimMD, 1. udgave, 1. oplag; s. 98-100. [Complementary and alternative medicine: Towards integrative medicine]. *Komplementær og alternativ behandling: På vej mod en integreret medicin.* 1st edition ed. Copenhagen Munksgaard Danmark 2010.
12. Bergli TL. How to evaluate information: NAFKAM; 2018 [Available from: <https://nafkam.no/en/patient-safety/how-evaluate-information>].
13. Ringdahl D. Integrative Nursing Practice. *Integrative Nursing* 2nded. Oxford Oxford University Press; 2019. p. 167-84.
14. Lunde A, Gunnarsdottir TJ, Busch M, van der Heijden MJE, Falkenberg T, van Dijk M, et al. Integrative nursing in Europe- a competency profile for nursing students validated in a Delphi study *Nurse Educ Today.* submitted
15. Hiim H, Hippe E. [Learning through experiences, understanding and action: A textbook in didactics]. *Læring gennem oplevelse, forståelse og handling: En studiebog i didaktik.* 2nd edition ed. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag; 2012.
16. Adams KE, Cohen MH, Eisenberg D, Jonsen AR. Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings. *Ann Intern Med.* 2002;137(8):660-4.
17. Spencer CN, Lopez G, Cohen L, Urbauer DL, Hallman DM, Fisch MJ, et al. Nurse and patient characteristics predict communication about complementary and alternative medicine. *Cancer.* 2016;122(10):1552-9.
18. Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'Brien B, Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring. 1991. *J Adv Nurs.* 2006;53(1):75-87; discussion -90.
19. Karoliussen MH, Hov R. Nightingale's Legacy: Old Holistic Insight Supported by New Science. *Holist Nurs Pract.* 2020;34(4):234-43.

ANNEX 1:

WIE BEWERTET MAN INFORMATIONEN IM INTERNET?

Tipps für die Suche nach vertrauenswürdigen Informationen im Internet

- 1 Prüfen Sie immer, ob die Informationen zuverlässig sind
- 2 Glauben Sie nicht zu schnell, was Sie lesen
- 3 Besprechen Sie die Informationen immer mit der/dem Ärztin/Arzt oder Ihrer Pflegefachperson

1. PRÜFEN SIE IMMER, OB DIE INFORMATIONEN ZUVERLÄSSIG SIND

Suchen Sie nach zuverlässigen und unabhängigen Websites, z. B. Websites der Regierung, von Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäusern), Universitäten, Berufsverbänden und Patientenvereinigungen. Zuverlässig bedeutet, dass die Informationen von erfahrenen Expert*innen auf dem Gebiet der komplementären Pflege geprüft wurden. Wenn Sie auf kommerziellen Websites surfen, sollten Sie sich darüber im Klaren sein, dass deren Betreiber ein Interesse haben. Sie wollen ein Produkt oder eine Dienstleistung verkaufen, mit der sich Menschen besser fühlen. Das kann bedeuten, dass sie manchmal nicht über die Nachteile, Nebenwirkungen oder Risiken Produkts oder einer Behandlung informieren. Seien Sie also besonders kritisch, wenn Sie kommerzielle Websites besuchen.

Checkliste: Leitfragen, um festzustellen, ob eine Website zuverlässig ist:

Welche Organisation steht hinter der Website?

- Was ist der Zweck oder die Aufgabe dieser Organisation?
- Wurden die Informationen auf der Website sorgfältig aufbereitet? Gibt es Quellen? Wurden die Informationen von jemandem geprüft, der sich mit dem Thema bestens auskennt, z. B. von einer medizinischen Fachperson oder einem wissenschaftlichen Forscher?
- Können Sie mit der Organisation hinter der Website in Kontakt treten?
- Wie aktuell sind die Informationen auf der Website? Wenn die Website seit einigen Jahren nicht mehr aktualisiert wurde, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass die Informationen nicht (mehr) korrekt sind.
- Fragt die Website nach Ihren persönlichen Daten? Wenn ja, warum?

In der Regel finden Sie die Antwort auf diese Fragen auf der Website selbst, auf der Seite "Über uns" oder "Über diese Website". Sie können keine Antworten auf diese Fragen finden oder die Antwort ist vage? Dann sind die Informationen wahrscheinlich nicht objektiv und zuverlässig.

2. GLAUBEN SIE NICHT ZU SCHNELL, WAS SIE LESEN

Seien Sie kritisch, wenn große Versprechungen gemacht werden. Denken Sie zweimal nach, wenn Sie auf derartige Behauptungen stoßen:

- wirkt gegen alle Ihre Beschwerden
- wirkt garantiert/immer gegen...
- das Erste der Welt
- das Mittel gegen
- natürlich und ohne Risiken

Hört sich etwas zu gut an, um wahr zu sein?
Dann ist das meistens der Fall.

Lobt jemand ein Produkt oder eine Behandlung anstelle der medizinischen Behandlung? Dann ist das ein zusätzlicher Grund, kritisch zu sein. Hüten Sie sich auch vor Berichten von Menschen, die behaupten, sie seien durch eine alternative Behandlung geheilt worden. Dies ist kein Beweis dafür, dass die Behandlung tatsächlich funktioniert.

Seien Sie vorsichtig mit persönlichen Geschichten. Nur weil ein paar Menschen positiv über eine bestimmte Behandlung berichten, heißt das nicht, dass sie auch bei allen anderen funktioniert. Sind Sie nicht sicher, ob etwas zu schön ist, um wahr zu sein? Suchen Sie nach einer Bestätigung für die Behauptungen auf der Website. Prüfen Sie, ob zuverlässige Websites diese Informationen bestätigen.

ANHANG

ANHANG 1 – INES-GLOSSAR

Die Literatur zur traditionellen Medizin im weitesten Sinne kennt eine Fülle von Definitionen und Begriffen, die in Kultur, Geschichte und Traditionen wurzeln. Diese Vielfalt spiegelt sich auch in einer Übersicht der WHO wider, in der die Formulierung "Traditionelle Medizin" eine lange Geschichte von Wissen und Erfahrungen hervorhebt. Traditionelle Medizin ist demnach "die Summe des Wissens, der Fertigkeiten und der Praktiken, die auf Theorien, Überzeugungen und Erfahrungen beruhen, die in verschiedenen Kulturen beheimatet sind, unabhängig davon, ob sie erklärbar sind oder nicht, und die zur Erhaltung der Gesundheit sowie zur Vorbeugung, Diagnose, Verbesserung oder Behandlung von körperlichen und geistigen Krankheiten eingesetzt werden". Da es keine klar definierte und von allen Fachleuten akzeptierte Terminologie gibt, schlagen wir eine pragmatische Verwendung von Definitionen und Terminologie entsprechend dem lokalen Umfeld und der gängigen Praxis vor. Wir verwenden die Begriffe Integrative Pflege oder KPI, um jegliche negative Konnotation mit dem Wort "alternativ" zu vermeiden.

Die in der linken Spalte fett gedruckten Begriffe sind die in diesem Handbuch verwendeten Begriffe.

BEGRIFF IN ALPHABETISCHER REIHENFOLGE	DEFINITION	DIE IM HANDBUCH VERWENDETE KURZFORM
Alternative Medizin	Ein nicht konventioneller Ansatz (Medikamente und Behandlungen), der anstelle der konventionellen Gesundheitsversorgung eingesetzt wird. https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name	
Komplementäre (Pflege-) Interventionen	Ein nicht-konventioneller Ansatz, der zusammen mit der konventionellen Gesundheitsversorgung eingesetzt wird.	KPI
Komplementär- und Alternativmedizin	"Die von den europäischen Bürgern genutzte Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher medizinischer Systeme und Therapien, die auf Kenntnissen, Fähigkeiten und Praktiken beruhen, die aus Theorien, Philosophien und Erfahrungen abgeleitet sind und zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit sowie zur Vorbeugung, Diagnose, Linderung oder Behandlung körperlicher und geistiger Krankheiten eingesetzt werden. CAM wurde hauptsächlich außerhalb der konventionellen Gesundheitsversorgung eingesetzt, aber in einigen Ländern werden bestimmte Behandlungen von der konventionellen Gesundheitsversorgung übernommen oder angepasst [Übersetzung aus dem Englischen]" (Falkenberg et al., 2012).	CAM

Konventionelle Gesundheitsversorgung	"Ein System, in dem Ärzt*innen und andere Fachkräfte des Gesundheitswesens (wie Pflegefachpersonen, Apotheker*innen und Therapeut*innen) Symptome und Krankheiten mit Hilfe von Medikamenten, Bestrahlung oder Operationen behandeln. Wird auch als allopathische Medizin, Biomedizin, Schulmedizin, orthodoxe Medizin und westliche Medizin bezeichnet.[Übersetzung aus dem Englischen]" https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/conventional-medicine	
Integrative Medizin	Eine interdisziplinäre und nicht-hierarchische Mischung aus konventionellen und komplementären Interventionen in der Medizin.	
Integrative Pflege	Integrative Pflege ist personenzentriert und kombiniert zwei oder mehr Pflegeparadigmen und Behandlungsmodalitäten. Sie besteht aus einer interdisziplinären und nicht-hierarchischen Mischung aus konventionellen und evidenzbasierten komplementären nicht-pharmakologischen Interventionen. "Integrative Pflege ist eine Art zu sein, zu wissen und zu handeln, die eine ganzheitliche Gesundheitsperspektive fördert, um das Wohlbefinden zu optimieren. Integrative Pflegende verwenden evidenzbasierte Strategien, um die Heilung des ganzen Menschen, des Systems und des Planeten zu unterstützen [Übersetzung aus dem Englischen]". https://csh.umn.edu/academics/focus-areas/integrative-nursing/principles-integrative-nursing	
Nicht-pharmakologische Interventionen	Jede Art von Gesundheitsintervention, die nicht in erster Linie auf Medikamenten beruht. Nicht-pharmakologische Interventionen gehören sowohl zur konventionellen Gesundheitsversorgung als auch zu den komplementären Interventionen (wie im INES-Modell dargestellt).	NPI

ANHANG 2 – DIE INES-LERNERGEBNISSE GEMÄSS DEM EUROPÄISCHEN QUALIF

BESCHREIBUNG DES NIVEAUS NACH EQF	"Faktisches und theoretisches Wissen in einem breiten Kontext in einem Arbeits- oder Studienbereich".
INES LERNZIELE	Die Lernenden werden in der Lage sein 1. Ausgewählte komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen sowie deren Evidenz und Sicherheit zu verstehen (Kapitel 2, 9, 10) 2. Allgemeines Wissen über komplementäre Interventionen und integrative Pflege anzuwenden (Kapitel 1, 2, 4, 5 und 10) 3. Mögliche Wechselwirkungen zu verstehen, wenn Patient*innen komplementäre Interventionen anwenden (Kapitel 6, 9 und 10) 4. Hindernisse und Erleichterungen für die Umsetzung der integrativen Pflege im eigenen Kontext/Land zu verstehen (Kapitel 5, 6, 7) 5. Nationale Vorschriften und Regeln, die für die Durchführung der ausgewählten Interventionen relevant sind anzuwenden (Kapitel 6) 6. Ein Verständnis für die Nutzung komplementärer und nicht-pharmakologischer Interventionen durch Patient*innen zu haben sowie die damit verbundenen Argumente und Erfahrungen (Kapitel 8) 7. Erkenntnisse aus Fallbeispielen über den Einsatz von komplementären und nicht-pharmakologischen Interventionen durch das Pflegepersonal interpretieren zu (Kapitel 5)

KATIONSRAHMEN NIVEAU 4 (EQF4)

„Eine Reihe von kognitiven und praktischen Fähigkeiten, die erforderlich sind, um Lösungen für spezifische Probleme in einem Arbeits- oder Studienbereich zu finden“.

„Selbstmanagement im Rahmen von Arbeits- oder Lernkontexten, die in der Regel vorhersehbar sind, sich aber ändern können: Beaufsichtigung der Routinearbeit anderer, wobei eine gewisse Verantwortung für die Bewertung und Verbesserung der Arbeits- oder Lernaktivitäten übernommen wird.“

Die Lernenden werden in der Lage sein

Communication

1. Allgemeine Informationen für Patient*innen und Kolleg*innen über relevante komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen bereitzustellen (Kapitel 2, 5, 6, 11)
2. Einen vertrauensvollen, offenen und professionellen Dialog mit Patient*innen über komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen zu führen (Kapitel 11)
3. Patient*innen bei deren Suche nach vertrauenswürdigen Informationen über gängige komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen zu unterstützen (Kapitel 11)
4. Angemessene Informationen über komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen in Bezug auf die spezifischen Bedürfnisse der Patient*innen zu geben (Kapitel 3, 4, 10, 11)

Praktisch

1. Die am wenigsten invasive pflegerische Maßnahme zur Befriedigung der Grundbedürfnisse der Patient*innen auszuwählen (Kapitel 3, 5, 10)

Reflexive

1. Individuelle und spezifische Patientensituationen nach verschiedenen Gesundheitsansätzen zu analysieren (Kapitel 5, 7)
2. Die Autonomie und die Wünsche der Patient*innen in Bezug auf komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen anzuerkennen (Kapitel 2, 7, 8 und 11)
3. Die Evidenz für häufig verwendete komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen zu analysieren (Kapitel 9)

Ethisch

1. Eine vertrauensvolle und fürsorgliche Beziehung zu den Patient*innen aufzubauen (Kapitel 5 und 10)
2. Ethische Klugheit in spezifischen Patienten-situationen zu zeigen (Kapitel 5 und 10)
3. Einen offenen und neugierigen Umgang mit den Patient*innen in Bezug auf deren Bedürfnisse und Präferenzen bei komplementären und nicht-pharmakologischen Interventionen zu etablieren (Kapitel 7, 8, 10, 11)

Die Lernenden werden in der Lage sein

1. Anwendung eines ganzheitlichen und integrativen Ansatzes in Bezug auf grundlegende pflegerische und klinische Entscheidungen in nicht-komplexe Patientensituationen (Kapitel 1, 2, 5 und 10)
2. Bewertung und Anwendung einfacher evidenzbasierter komplementärer und nicht-pharmakologischer Interventionen zur Linderung von Symptomen wie Angst, Schmerzen und Übelkeit im Rahmen eines Pflegeplans (Kapitel 9 und 10)
3. Einfache evidenzbasierte komplementäre und nicht-pharmakologische Interventionen für Wohlbefinden und Entspannung bewerten und anwenden (Kapitel 4, 7, 9)
4. Erkennen der eigenen Selbstfürsorgepraktiken in Arbeits- und Lebenssituationen (Kapitel 3 und 4)
5. Analyse von komplexen Patientensituationen und nach Möglichkeit Überweisung der Patient*innen an einen Spezialisten für integrative Pflege bzw. Konsultation einer entsprechenden medizinischen Fachperson (Kapitel 10)
6. Autonomie in der kontinuierlichen persönlichen Arbeit anhand eigener Grenzen, der Fähigkeit zur Selbstreflexion und beruflicher Neugier demonstrieren (Kapitel 3)

Die didaktische Inspiration für dieses Handbuch stammt von den norwegischen Bildungsforschern Hilde Hiim und Else Hippe, insbesondere von ihrem didaktischen Beziehungsmodell ¹. Bei der Planung und Organisation eines Lehreinheit zur integrativen Pflege kann dieses Modell als Planungs- und Inspirationsinstrument für die Lehrperson dienen. Das Modell enthält alle denkbaren Überlegungen, die eine Lehrperson im Zusammenhang mit der Planung eines Lehrveranstaltungsmoduls anstellen kann.



Bei den Lernbedingungen geht es darum, zu berücksichtigen, wer die Lernenden im Hinblick auf ihre akademischen, körperlichen, sozialen und geistigen Voraussetzungen sind. Alle Lernenden und Lehrpersonen haben Vorkenntnisse, Einstellungen und Erfahrungen, die sich auf die Lernbedingungen auswirken. Relevante Überlegungen für die Lehrperson könnten die folgenden sein: Welche Lernvoraussetzungen bringen die angehenden Pflegefachpersonen in die Lehrveranstaltung ein? Welche Bedürfnisse und Erwartungen haben sie? Wie motiviert sind die Lernenden?

Das Element **"Ziele"** bezieht sich darauf, was die Lehrperson von den Lernenden erreichen möchte - welche Lernziele und -niveaus die angehenden Pflegefachpersonen erreichen sollen. In diesem Handbuch werden die Ziele von den Lernergebnissen des INES-Kompetenzprofils für angehende Pflegefachpersonen inspiriert, aber die Ziele werden auch durch den Lehrplan in Bezug auf Wissen, Fertigkeiten, Verantwortung und Selbstständigkeit bestimmt. Bei der Betrachtung der Ziele ist es wichtig zu fragen: Wie kann ich die Ziele operationalisieren? Was sollen die Lernenden nach meiner Lehrveranstaltung können, und welches Niveau muss erreicht werden?

Das Element Inhalt drückt aus, worum es in der Lehrveranstaltung geht. Der Inhalt wird nicht nur durch den Lehrplan und die Ziele bestimmt, sondern auch durch die für die Lehrveranstaltung verwendeten Lehrmaterialien. Es ist wichtig, sich die Frage zu stellen: Was müssen die angehenden Pflegefachpersonen lernen? Sollen die Lernenden vor der Lerneinheit die Lehrmaterialien lesen? Welche Aktivitäten können

während der Lehrveranstaltung initiiert werden? Die Lehrperson könnte verschiedene Kategorien in Bezug auf das, was die Lernenden tun müssen, unterscheiden: 1) Vor der Lehrveranstaltung, 2) Während der Lehrveranstaltung und 3) Gruppenarbeitsphase, 4) Besprechung der Gruppenarbeitsphase.

Beim **Lernprozess** geht es darum, genau die Lehrmethoden und Lernaktivitäten auszuwählen, die den angehenden Pflegefachpersonen beim Erreichen der Lernziele unterstützen. Nach Hiim und Hippe (2012) kann die Lehrperson drei Hauptprinzipien bei der Vorbereitung des Lernprozesses der Lernenden berücksichtigen.

Der **erste Grundsatz** ist die Einführung von Erfahrungen: Als Erfahrung können die angehenden Pflegefachpersonen eine integrative Intervention in der Lehrveranstaltung ausprobieren, weil diese den Lernenden eine emotionale und handlungsorientierte Erfahrung vermittelt. Der **zweite Grundsatz** ist die Einführung von Problemen und Übungen: Die Lernenden sollen die Möglichkeit erhalten, ein praktisches und realistisches Problem zu lösen. Der **dritte Grundsatz** betrifft die Kohärenz zwischen Theorie und Praxis und die Mitbestimmung: z.B. die Abwechslung der Lehrmethoden zwischen einem deduktiven (Theorie) und induktiven (Erfahrung) Ansatz - und als Mitbestimmungsansatz - lässt die angehenden Pflegefachpersonen während der Lehrveranstaltung Verantwortung übernehmen. Um den Lernenden zu helfen, alle Lernziele zu erreichen, ist es wichtig, die richtigen Lehrmethoden zu wählen, die den Lernprozess der angehenden Pflegefachpersonen unterstützen. Relevante Fragen in diesem Zusammenhang könnten sein: Wie soll die Lehrveranstaltung ablaufen? Welche Übungen werden durchgeführt? Welche Arten von Aktivitäten werde ich wählen? Präsentationen? Gruppenarbeit? Lernende als Mitgestalter und Akteure?

Die **Bewertung** kann in Bezug auf die Lernziele, den Lehrprozess und den Lernprozess der angehenden Pflegefachpersonen erfolgen. Reflexion und Bewertung finden vor, während und nach der Lehrveranstaltung statt und können in zwei Haupttypen unterteilt werden: formativ (fortlaufend und vorwärts gerichtet in Bezug auf den Prozess) oder summativ (Status, Produkt, rückwärtsgerichtet, was haben die Lernenden erreicht). Das formative Feedback unterstützt die Lernenden, da es eine Richtung für ihre zukünftige Arbeit vorgibt und die angehenden Pflegefachpersonen beim Erreichen der Lernziele unterstützt. Es gibt drei Arten von formativem Feedback: Feed Up, Feedback und Feed Forward (Abbildung 2). Beim Feed-up-Prozess sind die Ziele wichtig - die Lernenden stellen die Frage "Wo will ich hin?". Im Feedback-Prozess fragen sich die angehenden Pflegefachpersonen: "Wie bin ich unterwegs?", und im Feed-Forward-Prozess geht es darum, die nächste Stufe zu klären: "Wohin als nächstes"? ^{2,3}



Abbildung 2: Feedback-Ebenen als Bewertungsstrategie ^{2,3}.

REFERENCES

1. Hiim H, Hippe E. [Learning through experiences, understanding and action: A textbook in didactics]. Læring gennem oplevelse, forståelse og handling: En studiebog i didaktik. 2nd edition ed. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag; 2012.
2. Brooks C, Carroll A, Gillies RM, Hattie J. A Matrix of Feedback for Learning Australian Journal of Teacher Education 2019;44(4):14-32.
3. Hattie J, Timperley H. The Power of Feedback. Review of Educational Research. 2007;77(1):81-112.

ANHANG 4 – INES- FALLBEISPIELE

SERIE 1 - KAPITEL 1 | INTEGRATIVE PFLEGE IN EUROPA UND DAS INES-MODELL DER INTEGRATIVEN PFLEGE

Psychiatrie, Körperbewusstsein, Fußbad, Massage	FALLBEISPIEL – Integrative Pflegepraxis auf Expertenebene Pflegefachperson Ida trifft eine 19-jährige Frau und ihre Mutter in der psychiatrischen Abteilung, in die die junge Frau kürzlich eingewiesen wurde. Die junge Frau hat sich mit einem Computerspiel isoliert, in dem sie sich lieber "aufhält" als in der realen Welt. Oft liegt sie im Bett in der Embryohaltung und äußert sich gegenüber ihrer Mutter und anderen Personen sehr abfällig. Sie hat sich seit mehreren Tagen weder gewaschen noch ein Deodorant benutzt, und ihr Zimmer riecht übel. Ida spürt, dass in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter etwas ganz und gar nicht stimmt und dass sie sich eigentlich gegenseitig vermissen. In einer Spätschicht sitzt die Mutter im Flur mit ihrem Laptop (wie so oft) und die Tochter im Zimmer mit ihrem Laptop. Für Ida sind Körper und Geist eng miteinander verbunden, und sie überlegt daher, wie sie mit einem integrativen Ansatz sowohl die junge Frau als auch die Mutter betreuen kann. Ida ist der Meinung, dass eine körperliche Erfahrung Potenzial für Wohlbefinden und Entlastung der Spannungen zwischen den beiden hat. Ida fragt Tochter und Mutter, ob es in Ordnung wäre, einen Impuls zu Massageölen zu geben. Beide willigen ein. Ida sagt: "Ich hole euch zwei Schüsseln mit heißem Wasser und ätherischen Ölen". Ohne viel zu reden, bietet Ida zunächst der Mutter ein Fußbad an, und nach einer Weile folgt auch die Tochter. Anstatt mit der intellektuellen und wortgewandten Mutter über das Angebot zu diskutieren, entscheidet sich Ida dafür, sie durch das Erleben der Maßnahme zu führen: Versucht, die Augen zu schließen - konzentriert euch auf eure Füße - spürt". Der Geruch von duftendem Öl erfüllt den Raum. Nach 30 Minuten sitzen Mutter und Tochter eng beieinander, ohne auf soziale Medien zuzugreifen oder ihre Laptops zu benutzen. Ida sagt zur Tochter: "Ich möchte deine Füße abtrocknen und massieren, und eigentlich ist es für mich am besten, wenn du dich auf dein Bett legst". Bisher hat sie Körperkontakt und Hilfe bei der Hygiene verweigert, aber jetzt darf Ida ihre Füße mit langsamen, rhythmischen Bewegungen massieren. Sie sprechen darüber, wie weich die Füße sind und wie das Massageöl für Entspannung sorgt. Die Fußbäder brachten für den Moment Ruhe und Präsenz, und Mutter und Tochter machten eine gemeinsame Erfahrung, bei der die Tochter Fürsorge annehmen konnte, ohne diese abzuwehren.
---	--

SERIES 1 - KAPITEL 2 | GUTE GRÜNDE FÜR INTEGRATIVE PFLEGE IN EUROPA

Mastektomie, Ängste, Geist-Körper- Interventionen	FALLBEISPIEL 1 – KPI und Brustkrebs Während der klinischen Lehrveranstaltungen übt eine angehende Pflegefachfrau auf der Station für chirurgische Onkologie mit ihrer Pflegepädagogin, wie sie eine Frau auf eine Mastektomie vorbereitet. Die Frau sagt, sie habe große Angst vor der Operation. Obwohl sie Medikamente zur Bewältigung ihrer Angst nimmt, fragt sie, ob die angehende Pflegefachfrau und die Pflegepädagogin andere Interventionen kennen, die für Frauen mit Brustkrebs empfohlen werden. Die angehende Pflegefachfrau hat sich über komplementäre Maßnahmen informiert und Leitlinien über diese Interventionen für Brustkrebspatientinnen gelesen. Sie schlägt sie nach und geht am nächsten Tag mit der Patientin die empfohlenen Interventionen durch. Darunter sind auch geistig-körperliche Interventionen wie Meditation, Entspannung und Massage. Die Patientin ist daran interessiert, einige dieser Interventionen auszuprobieren.
Schmerzen, heiße Bäder, Bewegung	FALLBEISPIEL 2 – Arthritis und Lebensstil Jürgen Schmidt ist ein 65-jähriger Mann, der an Arthritis leidet und starke Schmerzen hat. Sein Arzt hat ihm Medikamente verschrieben, aber obwohl sie seine Schmerzen lindern, fühlt er sich etwas schläfrig. Deshalb sucht er nach anderen Möglichkeiten, um sich besser zu fühlen. Herr Schmidt wendet sich an eine Pflegefachfrau, die ihn ermutigt, heiße Bäder zu nehmen und Übungen im Wasser zu machen. Zudem schlägt sie ihm vor, ein Tagebuch zu führen, um herauszufinden, welche Dinge oder Handlungen in seinem Tagesablauf dazu führen, dass er sich schlechter fühlt und welche dazu, dass er sich besser fühlt. Nach einigen Wochen beginnt Herr Schmidt, weniger Schmerzen zu empfinden, und daraufhin reduziert er die Einnahme von Analgetika. Er ernährt sich gesünder und achtet mehr darauf, sich nicht überanzustrengen.
Stress, Ernährung, Geist-Körper- Intervention	FALLBEISPIEL 3 – Stress und Ernährung Anna, eine angehende Pflegefachfrau, erlebt im dritten Studienjahr vermehrt Stress bei Aufgaben und Prüfungen. In diesem Jahr lernt sie etwas über integrative Pflege, und letzte Woche sprachen die Lernenden im Kochclub darüber, wie wichtig es ist, sich gesund zu ernähren, und wie Nahrung Stress beeinflussen kann. Sie sprachen auch darüber, wie ein gesundes Leben geführt werden kann und wie Methoden (Bsp.: Yoga und Sport) angewendet werden können. Anna beschließt, einige Übungen zu machen sowie den Zuckerkonsum zu reduzieren und mehr Gemüse zu essen.
Ältere Menschen, unruhiges Verhalten, Musik, Pflegeheim	FALLBEISPIEL 4 – Komplementäre Interventionen in der Altenpflege Ein Zitat einer Pflegefachfrau, die in einem Pflegeheim arbeitet, über den Einsatz von ergänzenden Maßnahmen oder Ablenkungsaktivitäten für ältere Menschen: "Ich finde es wichtig, meinen Mitarbeiter*innen zu zeigen, dass es nicht immer möglich ist, Dinge mit Medikamenten für Menschen mit Demenz zu regeln. Das ist einfach eine Tatsache, vor allem, wenn wir uns um schwierige, wütende und unruhige Personen kümmern. Gerade dann kann es besser sein, ergänzende Maßnahmen wie Musik oder Aktivitäten zu nutzen, um die Person abzulenken, oder die Aufmerksamkeit auf Tätigkeiten zu lenken, wie den Tisch zu decken, Pfannkuchen zu backen etc. um der betroffenen Person adäquat zu helfen.
Nachhaltigkeit, Wellness in der Gemeinschaft	FALLBEISPIEL 5 – Freiwilliges Engagement für das Wohlbefinden der Gemeinschaft John, Pflegestudent und Aktivist, interessiert sich für die Konzepte der integrativen Pflege. Er möchte Nachhaltigkeit in sein Leben integrieren und dies auch zu einem Bestandteil seines zukünftigen Berufs als Pflegefachperson machen. John erkennt die Bedeutung des Wohlbefindens der Gemeinschaft und beginnt, sich ehrenamtlich zu engagieren. Er arbeitet mit psychiatrischen Pflegefachpersonen zusammen, die obdachlose Menschen betreuen, versorgt sie mit Lebensmitteln und unterstützt bei der Medikamentengabe. Sein Freund Tom ist davon inspiriert und möchte am Programm, 'Man-Friend' teilnehmen, das vom Roten Kreuz organisiert wird. Tom besucht Menschen, die einsam sind, liest ihnen vor und hilft im Haushalt. Zudem motiviert er weitere Schulfreunde, sich in einem Programm zur Unterstützung von Menschen mit Drogenproblemen zu engagieren.

SERIES 1 - KAPITEL 3 | DIE INTEGRATIVE PFLEGEFACHPERSON UND DIE SELBSTFÜRSORGE DER PFLEGEFACHPERSON

Perspektive der Pflegefachfrau, chronische Schmerzen	FALLBEISPIEL 1 – Aus der Sicht der integrativen Pflegefachperson Peter arbeitet in einer Ambulanz für Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden. Vor einer Konsultation nimmt sich Pflegefachmann Peter einige Sekunden Zeit, um sich zu konzentrieren, er atmet ein paar Mal tief durch und konzentriert sich darauf, präsent zu sein, wenn er die Tür öffnet. Im Sprechzimmer trifft Pflegefachmann Peter auf die junge Frau Lea, bei der ein körperliches Distress-Syndrom diagnostiziert wurde. Sie klagt über Schmerzen in Muskeln und Gelenken, Empfindungsstörungen und extreme Fatigue. Als integrative Pflegefachperson empfiehlt Peter den Patient*innen manchmal, Atemtechniken in Verbindung mit Zeichnen auszuprobieren. Peter leitet Lea nun zu Atemübungen an und bittet sie dann, zu zeichnen: "Wie würde Ihr Leben aussehen, wenn es eine Pflanze wäre?" Lea zeichnet einen verdorrten Baum mit einem abgebrochenen Ast. Anhand der Zeichnung erzählt sie von einer komplizierten Beziehung zu ihrer Mutter und einer Ausbildung, die sie nicht bewältigen kann. Peter nutzt die Zeichnung dann für ein Gespräch über Faktoren, die Lea belasten und ihr Leiden hervorrufen und aufrechterhalten könnten. Peter weiß, dass er sein pflegerisches Handeln ständig reflektieren und sich auf die Autonomie und die Bedürfnisse der Patient*innen konzentrieren muss. Er muss seine Intuition nutzen und spüren, was die einzelne Person will - für Peter ist die integrative Pflege "ein zusätzliches Paar Ohren und Augen". Zum Feierabend fährt Peter mit dem Fahrrad nach Hause, denn das bedeutet Bewegung und eine geistige Auszeit vor den familiären Verpflichtungen.
Angehende Pflegefachfrau, Stress, Burnout, Geist-Körper-Intervention	FALLBEISPIEL 2 – Aus der Sicht von angehenden Pflegefachpersonen, die einen Kurs über integrative Pflege besuchen Zwei angehende Pflegefachfrauen, Nanna und Maria, berichten über ihre Erfahrungen mit einem 6-wöchigen Wahlfachkurs über integrative Pflege. Beide fanden diesen Kurs spannend, insbesondere den "praktischen Lehrveranstaltungen", bei dem erfahrene Pflegefachpersonen einen integrativen Ansatz demonstrierten. Die Lernenden erlebten körperlich, wie Energieübungen für Wohlbefinden sorgten: "Das war der beste Tag überhaupt", sagt Maria begeistert. Wir wurden motiviert, täglich zu üben". Maria hat 14 Tage lang täglich Yoga praktiziert: "Auch wenn es nur 10 Minuten waren, hat es mir gutgetan, ich bin besser in den Tag gestartet". Nanna ging täglich in der Natur spazieren: "Das hat meinen Geist entspannt". Beide Lernende erwähnten, dass Stress und Burnout bei jungen examinierten Pflegefachpersonen weit verbreitet sind, und sie sind überzeugt, dass beispielsweise Yoga oder ein täglicher Spaziergang in der Natur dazu beitragen könnten, Stress und das Risiko eines Burnouts zu verringern. Während der gesamten Lehrveranstaltung konnten sie an das anknüpfen, was sie in den ersten Semestern über die Grundpflege gelernt hatten. Der integrative Ansatz forderte die Lernenden heraus, nicht-pharmakologische Interventionen anzuwenden, bevor sie zum Beispiel Analgetika verabreichen. Sie sagten: "Wir können Schmerzen unter anderem durch therapeutische Berührung, Atemübungen und das Hören von Musik lindern. Wir sind uns des ganzheitlichen Ansatzes und des Heilungspotenzials der integrativen Pflege sehr bewusst geworden". Nach Abschluss des Kurses stellen Nanna und Maria fest, dass die integrative Pflege mehr und anders ist, als sie erwartet hatten. Sie fühlten sich ermutigt, mit Patient*innen in Bezug auf komplementäre Interventionen zusammenzuarbeiten.

SERIES 1 KAPITEL 4 | INES ERLEBNISLABOR: EINE PRAKTISCHE EINFÜHRUNG IN KOMPLEMENTÄRE INTERVENTIONEN

Angehende Pflegefachfrau Handmassage, Entspannung	FALLBEISPIEL 1 – Eine entspannende Handmassage in der Lehrveranstaltung erleben In der Lehrveranstaltung über komplementäre Interventionen in der Pflege werden Nadja und Carmen eingeteilt, um sich gegenseitig die Hände zu massieren. Beide kennen sich mit komplementären Interventionen nicht aus, sind aber daran gewöhnt, im Skills Lab pflegerische Tätigkeiten aneinander zu üben. Carmen fühlt sich jedoch mit keiner Technik zum Stressabbau wohl. "Ich mag Dinge wie Yoga oder Meditation nicht, sie machen mich nervöser", sagt sie. Nadja gelingt es jedoch, sie sanft davon zu überzeugen, die Handmassage auszuprobieren, indem sie sie auf die möglichen Vorteile für ihre künftigen Patient*innen hinweist. Sie beschließen, dass Carmen mit der Massage beginnen wird und Nadja mit dem Empfangen. Nach ein paar Minuten des Kicherns und Plauderns wird Carmen ruhiger und folgt sorgfältig dem Protokoll. Sie konzentriert sich voll und ganz darauf, Nadjas Hand zu massieren und scheint ihre anderen Mitlernenden nicht mehr wahrzunehmen. Nach einer Weile werden beide ruhig und scheinen sich zu entspannen. Als die Massage beendet ist, ist Carmen von sich selbst überrascht. Ich hätte nie gedacht, dass mir das gefallen würde, aber es ist wirklich sehr schön! Nadja bestätigt dies: 'Ja, mir hat es auch gefallen. Es war sehr entspannend. Vielen Dank!
Angehende Pflegefachfrau, Stress, Schlaf, Atmung	FALLBEISPIEL 2 – Die entspannende Wirkung der Atmung Lisa befindet sich im höheren Semester des Pflegestudiums und liebt die Arbeit als Pflegefachfrau. Ihre Noten sind gut, aber jetzt, wo sie ihr Studium fast abgeschlossen hat, bereitet ihr die Angst vor dem Versagen zunehmend Probleme. Das Studium zu Hause, in einem kleinen und überfüllten Haus mit vier Geschwistern, trägt auch nicht gerade dazu bei, dass sie sich wohl fühlt. Sie hat Schwierigkeiten einzuschlafen, fühlt sich angespannt und ängstlich. Sie bittet um eine Online-Beratung bei ihrer Tutorin Frau Klein. Frau Klein schlägt vor, gemeinsam eine einfache Atemübung zu machen, damit sie sich entspannter fühlt. Sie stellt zunächst sicher, dass Lisa bequem auf ihrem eigenen Bett sitzt und in den nächsten 10 Minuten nicht von ihren Geschwistern gestört werden kann. Dann schlägt sie vor, gemeinsam in einem bestimmten Rhythmus zu atmen: 4 Mal sanft einatmen und 4 Mal ausatmen. Aber das klappt nicht, Lisa wirkt zu angespannt. Dann versucht es Frau Klein mit 3 Ein- und 3 Ausatmungen und bittet Lisa, ihre Hand auf den Bauch zu legen und zu versuchen, Bauch zu atmen. Das funktioniert gut. Lisa sitzt bequem und atmet ruhig ein und aus. Sie ist überrascht, wie entspannend das ist. So einfach und so kraftvoll", sagt sie. Ich werde versuchen, das öfter zu praktizieren.

SERIES 2 - KAPITEL 5 | DIE INTEGRATIVE PFLEGEFACHPERSONEN IN DER KONVENTIONELLEN GESUNDHEITSVERSORGUNG

Stress- bewältigung, Atemübungen	FALLBEISPIEL 1 - Anhand von Beispielen zum Stressmanagement Marianne ist angehende Pflegefachfrau auf einer allgemeinen chirurgischen Station. An der Pflegeschule hat sie an einem Kurs über integrative Pflege teilgenommen und ist sehr inspiriert, Atemübungen sowohl zur Behandlung von Patientensymptomen als auch als ihre eigene Strategie einzusetzen, z. B. nach einem stressigen Arbeitstag oder bei Schlafproblemen Marianne erzählt der Pflegedienstleiterin von dem Kurs über integrative Pflege und fragt, ob sie ein Teammeeting damit beginnen kann, ihren Kollegen die 4-7-8-Atemübung vorzuführen. In der nächsten Woche erhält Marianne die Gelegenheit, die ersten 10 Minuten eines Teammeetings zu nutzen. Sie beginnt damit, dass sie ihre Kolleg*innen einlädt, die Atemübung auszuprobieren. Sie bittet sie, es sich auf ihren Stühlen bequem zu machen und führt sie durch die Übung. Sie stellt fest, dass mehrere Kolleg*innen positiv eingestellt sind, aber einige scheinen auch skeptisch zu sein. Sie beschließt, diese Skepsis zu ignorieren. Dennoch machen alle mit, und Marianne leitet ihre Kolleg*innen durch 8 Wiederholungen der Atemübung. In den letzten 5 Minuten erzählt Marianne, dass sie die Atmung als persönliche Strategie zur Stressbewältigung einsetzt und dass sie die Atemübung am Vortag auch als pflegerische Intervention bei einem Patienten eingesetzt hat, der nach einer großen Operation große Angst vor der Mobilisierung hatte. Der Patient bat um mehr Schmerzmittel, obwohl diese bereits verabreicht worden waren. Marianne spürte die Nervosität des Patienten und schlug vor, die Atemübung auszuprobieren, woraufhin sie sich neben den Patienten setzte und sie gemeinsam durchführten. Die Atemübung sorgte für so viel Ruhe, dass der Patient anschließend ohne zusätzliche Schmerzmittel mobilisiert werden konnte. Nach dem Teammeeting sprachen mehrere Pflegefachpersonen Marianne an und lobten sie dafür, dass sie ihnen auf sehr praktische Weise vor Augen geführt hatte, wie hilfreich einfache nicht-pharmakologische Interventionen in der Pflege sind.
Kommunikation, Phytotherapeutika	FALLBEISPIEL 2 - Kommunikation mit Kolleg*innen Pflegefachfrau May empfängt eine Patientin, der eine adjuvante Behandlung gegen Lungenkrebs beginnen soll. Die Patientin sagt, dass sie im Winter unter Depressionen und schwierigen Gedanken leidet. Im Gespräch erwähnt sie außerdem, dass sie, obwohl es Herbst ist, die Einnahme von Johanniskraut eingestellt hat, da sie weiß, dass dies selten mit der Behandlung vereinbar ist. Der Arzt bestätigt, dass Johanniskraut nicht empfohlen wird, solange sie in aktiver Behandlung ist. Nach der Konsultation meint Pflegefachfrau May, dass es mutig von der Patientin war, über den Einsatz von komplementären Interventionen zu sprechen. Pflegefachfrau May macht sich Sorgen um die psychische Gesundheit der Patientin, da die dunkle Jahreszeit beginnt und die Behandlung der Patientin anspruchsvoll ist. Während der Konsultation wurde nicht über einen Ersatz für Johanniskraut diskutiert. May weiß, dass eine ihrer Kolleginnen mehr über KPI weiß als May selbst. May fragt ihre Kollegin, ob es stimmt, dass die Patientin Johanniskraut nicht zusammen mit einer adjuvanten Behandlung einnehmen soll. Kollegin Charlotte bestätigt, dass es Bedenken wegen möglicher Wechselwirkungen gibt. Sie schlägt vor, dass May bei der nächsten Konsultation die Patientin fragt, wie sie die Wirkung von Johanniskraut in ihrem Alltag konkret erlebt. Charlotte schlägt vor, dass auf der Grundlage des Gesprächs mit der Patientin andere KPI vorgeschlagen werden können. Beispiele für andere KPI sind Achtsamkeit, Meditation oder Lichttherapie. May ist durch das Gespräch mit Charlotte inspiriert und fühlt sich wohl dabei, der Patientin beim Termin offen zu begegnen. Sie beschließt auch, mit dem Arzt zu sprechen, bevor sie sich mit der Patientin trifft.

Typ-2-Diabetes, Harnwegsinfektionen, Zystoskopie	FALLBEISPIEL 1 – Worüber eine Pflegefachperson Auskunft geben kann Pflegefachfrau Dina spricht mit Fatima: Einer 51-jährigen Frau, die in den letzten sechs Monaten mehrere Harnwegsinfektionen hatte. Vor vier Tagen wurde Fatima im örtlichen Krankenhaus einer Blasenspiegelung unterzogen, doch die Untersuchung ergab nichts Verdächtiges in den Harnwegen. Daher hat Fatimas Hausarzt Dina gebeten, mit Fatima über die Vorbeugung von Harnwegsinfektionen zu sprechen. Pflegefachfrau Dina erkennt zunächst die Unannehmlichkeiten der Untersuchung und die vielen Harnwegsinfekte an, die Fatima hatte, und bittet sie, die gesamte Anamnese der Harnwegsinfekte zu erzählen. Dies führt zu einem langen Gespräch und vielen Fragen von Fatima. Fatima erzählt auch, dass sie von einem Phytotherapeutika gehört hat, dass bei Harnwegsinfektionen gut wirkt, und fragt Dina, ob sie dieses Medikament kennt und empfehlen würde. Dina begegnet diese Frage vorsichtig, denn sie weiß, dass eine Pflegefachfrau keine Behandlung empfehlen darf und dass nur Ärzt*innen eine Behandlung für Infektionskrankheiten verschreiben können. Dina antwortet also, dass sie ein bestimmtes pflanzliches Arzneimittel kennt, das angeblich zur Gesunderhaltung der Schleimhäute beiträgt, aber Dina erklärt, dass sie als Pflegefachfrau keine Medikamente empfehlen darf, und empfiehlt Fatima, ihren Hausarzt danach zu fragen.
Herzinfarkt, Gerinnungshemmer	FALLBEISPIEL 2 – Was eine Pflegefachfrau in der Praxis tun darf Richard, ein 60-jähriger pensionierter Polizist, wurde gestern nach einem Herzinfarkt aus dem Krankenhaus entlassen. Die Pflegefachfrau Sandra begrüßt Richard in der Ambulanz, als er zu einem Nachsorgetermin sowie zur Informationsvermittlung für die Selbstinjektion mit einem Gerinnungshemmer erscheint. Zunächst bittet Sandra Richard, von sich und den Ereignissen zu berichten. Richard beschreibt sich als vollkommen fit und gesund bis zum plötzlichen Infarkt. Mit tränen erfüllter Stimme erzählt er, wie schwer es für ihn ist zu sehen, wie besorgt seine Ehefrau und seine beiden erwachsenen Kinder um ihn sind. Sandra fragt anschließend, ob Richard Brustschmerzen habe, was er verneint. Allerdings fühle er sich sehr müde und habe Schmerzen in allen Muskeln seines Nackens, der Schultern und des Rückens. Zudem habe er letzte Nacht sehr schlecht geschlafen. Sandra fragt, ob sie seinen Nacken und die Schultern berühren dürfe. Beim Abtasten stellt Sandra fest, dass die Muskulatur sehr verspannt ist und kommt zu dem Schluss, dass sich die Anspannung der vergangenen Woche in den Nackenmuskeln niedergeschlagen hat. Sandra hat kürzlich einen Kurs in Aromamassage besucht und weiß, dass eine Massage mit Lavendelöl Richard beim Einschlafen unterstützen könnte. Lavendel gilt als sicher in der Anwendung und hat keine Nebenwirkungen oder Kontraindikationen. Es bestehen keine Regelungen, die eine Anwendung oder Empfehlung der Massage verbieten würden. Daher fragt Sandra Richard, ob seine Ehefrau ihm eine entspannende Massage geben könnte. Richards Gesicht hellt sich auf, er sagt, dass seine Frau ihm gerne eine Massage geben wird, und dass er es kaum erwarten kann, ihr zu erzählen, wie sie ihm helfen kann.

SERIES 2 - KAPITEL 7 | GESUNDHEITSCOACHING, LEBENSSTIL DER PATIENTEN UND SELBSTHILFE

Depression, Schlaf	FALLBEISPIEL 1: Schlafen und Bewegung Pflegefachfrau Simone arbeitet in einer ambulanten Klinik für Menschen mit affektiven psychischen Störungen. Dort trifft sie auf Leah, eine 30-jährige junge Frau, die an einer Depression leidet. Leah wurde kürzlich aus der psychiatrischen Klinik entlassen und hat vor kurzem ein ambulantes Programm begonnen. Leah befindet sich weiterhin im Krankenstand und kann in ihrem Beruf als Zahnärztin nicht arbeiten. Dies empfindet sie als sehr belastend, da ihre Kollegin sie häufig fragt, wann sie zurückkehren wird. Leah klagt über Schlafprobleme: Sie wacht früh am Morgen auf und kann nicht wieder einschlafen, weil sie beginnt, sich Sorgen über ihr Leben zu machen. Sie fühlt sich den ganzen Tag erschöpft und müde. Als integrative Pflegefachfrau weiß Simone, wie wichtig es ist, das Wohlbefinden der Patientin zu fördern und einem Rückfall in die Depression vorzubeugen. Sie ist wirklich offen und interessiert daran, wie Leah mit ihren Schlafproblemen umgeht. Leah berichtet, dass sie nachts einfach im Bett bleibt und hofft, wieder einschlafen zu können, manchmal nimmt sie ein verschriebenes Beruhigungsmittel. Sie nimmt das Medikament jedoch nicht gerne und fragt: "Was kann ich anstelle von Medikamenten tun?" Pflegefachfrau Simone erkundigt sich, wie Leahs Tagesablauf aussieht, ob und wie sie tagsüber schläft und welche Aktivitäten sie unternimmt. Leah erzählt, dass sie viel fernsieht und auf dem Sofa ruht. Sie hat wenig Energie, um richtig zu kochen, was es ihr schwer macht, sich gesund zu ernähren und Sport zu treiben. "Es ist sehr schwierig und peinlich für mich, darüber zu sprechen. Das ist überhaupt nicht wie ich, ich fühle mich so schwach, aber Sie müssen wissen, dass ich kein fauler Mensch bin", möchte sie Simone überzeugen. Simone erklärt, dass der Verlust von Energie ein häufiges Problem während einer depressiven Phase ist. Sie fragt Leah, welche Aktivitäten ihr früher Freude bereitet haben. Leah mag Yoga und die Natur. Simone empfiehlt ihr, wieder sanftes Yoga zu machen und tägliche Aktivitäten in der Natur zu finden, zum Beispiel einen Spaziergang in einer ruhigen Umgebung und frische Luft zu schnappen. Diese Aktivitäten beruhigen das Nervensystem und machen auf natürliche Weise müde, was helfen kann, Leahs Schlafverhalten zu verbessern.
Rheumatoide Arthritis, Ernährung, Schmerzen	FALLBEISPIEL 2: Ernährung Nach der Diagnose einer rheumatoiden Arthritis in den Fingern und im Handgelenk der linken Hand leidet der 55-jährige Peter, Mathematiklehrer, unter zunehmenden Schmerzen. Peter sucht seine Hausärztin auf, die ihm ein nichtsteroidales Antirheumatikum (NSAR) als Schmerzmittel verschreibt. Nach einigen Tagen der Einnahme verspürt Peter Übelkeit, Bauchschmerzen und Müdigkeit, woraufhin er das Schmerzmittel absetzt. Einen Monat später sucht Peter wegen wiederkehrender Schmerzen die Pflegefachfrau in der Klinik auf. Peter ist entschlossen, alternative Wege der Schmerzbewältigung zu finden und nicht ausschließlich auf medikamentöse Behandlung zurückzugreifen. Er hat bereits begonnen, einen gesünderen Lebensstil zu führen: Er meditiert täglich 20 Minuten, schwimmt zweimal pro Woche und geht jeden Tag lange mit seinem Hund spazieren. Im vergangenen Monat hat Peter festgestellt, dass der Verzehr von Fleisch und zuckerreichen Lebensmitteln seine Beschwerden verschlimmert. Daher hat er auf eine vegetarische Ernährung umgestellt und seitdem eine gewisse Schmerzreduktion erlebt. Die beratende Pflegefachfrau zeigt sich offen für Peters neuen Lebensstil. Sie hört aufmerksam zu und unterstützt Peters Umgang mit der Situation. Gleichzeitig ist sie sich der Gefahr eines Proteinmangels bewusst. Sie spricht dies vorsichtig an und fragt Peter, wie er seinen Proteinbedarf in der Ernährung abdeckt. Peter antwortet: "Ich weiß nicht, wie ich meine Ernährung so gestalten kann, dass mein Proteinbedarf gedeckt ist." Die Pflegefachfrau empfiehlt ihm eine abwechslungsreiche Ernährung mit Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten und Vollkornprodukten und regt Peter dazu an, seine Ernährung genauer zu betrachten. Sie schlägt vor, in den nächsten zwei Wochen täglich zum Mittag- und Abendessen sein Essen zu dokumentieren und zusätzlich zu vermerken, ob sich die Arthritis-Symptome verschlechtern oder verbessern. Beim nächsten Termin werden die Ergebnisse gemeinsam besprochen und bei Bedarf eine Ernährungsberatung hinzugezogen.

SERIES 3 KAPITEL 8 | BELIEBTE KOMPLEMENTÄRINTERVENTIONEN AUS DER SICHT DER NUTZER

Knieplastik,
Gewichtsverlust, Schlaf,
Krise, Trauma

FALLBEISPIEL – Die Geschichte von Lola

Jonas ist Auszubildender der Pflege im dritten Jahr und absolviert derzeit sein Abschlusseinsatz in einer Klinik. Heute kommt die 52-jährige Lola, die vor 10 Tagen eine Knieprothese erhalten hat, zur Entfernung der Fäden. Jonas spürt sofort einen guten Draht zu Lola, und das Gespräch kommt auf Ernährung und Nährstoffe, da Lola erzählt, dass sie durch eine Umstellung ihrer Ernährung in den letzten 18 Monaten 25 kg abgenommen hat. Lola erzählt, dass sie vor zwei Jahren wegen Schmerzen im Knie ihren Hausarzt aufgesucht hat. Der Hausarzt verschrieb ihr eine MRT-Untersuchung des Knies. Im anschließenden Gespräch erklärte der Hausarzt, dass die Schmerzen durch eine schwere Arthrose verursacht wurden. Zur Behandlung wurde Lola eine Knieprothese angeboten.

Voraussetzung dafür war jedoch, dass sie zuvor 20 kg abnimmt, da der Arzt erklärte, dass das Gewicht zu dem Zustand des Knies (Arthrose) und dem ebenfalls diagnostizierten Prädiabetes beiträgt. Der Hausarzt empfahl Lola, eine Ernährungsberaterin aufzusuchen. Lola erzählt, dass sie im folgenden Jahr einen harten Kampf gegen die Kilos führte, indem sie versuchte, einen Diätplan einzuhalten, aber sie gewann nie. Eine gute Freundin ermutigte sie immer wieder dazu ein Angebot außerhalb des regulären Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen. Eines Tages begann Lola eine Behandlung bei einem Heilpraktiker. Sie beschreibt, wie dieser Kurs für sie einen Wendepunkt darstellte. Sie hatte das Gefühl, dass der Heilpraktiker versuchte zu verstehen, warum sie zugenommen hatte, und er Fragen zu ihrem Schlaf stellte, zu Krisen und Traumata in ihrem Leben und zu ihrem Lebensstil im Allgemeinen - Fragen, die der Hausarzt und die Ernährungsberaterin nie gestellt hatten. Sie erhielt gute Ratschläge zur Zusammensetzung der Ernährung, zu den Lebensmitteln, die sie vorteilhaft aus der Ernährung ausschließen könnte, zu Nahrungsergänzungsmitteln und auch dazu, wie sie die Schlafqualität verbessern könnte. In den ersten Monaten blieb sie in engem Kontakt mit dem Heilpraktiker. Lola erklärt, wie diese Gespräche, in denen der Naturheilkundler mit seinem ganzheitlichen Ansatz nicht nur ihren Körper, sondern auch ihr Leben betrachtete, ihre Motivation und ihr Verständnis für den eigenen Körper entscheidend verändert haben.

Sie befolgte die Ratschläge des Heilpraktikers, nahm 25 Kilogramm ab und wurde ihren Prädiabetes los. Jonas findet Lolas Geschichte sehr anregend und fragt, ob er ihr ein paar Fragen stellen darf. Lola sagt, dass er sehr willkommen ist, und sie gibt ihre Erfahrungen auch gerne an andere Patient*innen weiter. Jonas fragt sie also, warum sie sich für diese spezielle komplementäre Intervention entschieden hat und wie sich dieser Ansatz von dem der Ernährungsberaterin unterscheidet. Nach dem Gespräch mit Lola hat Jonas über die Bedeutung eines holistischen Ansatzes nachgedacht und darüber, wie er diesen in die Pflege übernehmen könnte.

Fibromyalgie, Schmerzen, Müdigkeit, Lebensstiländerung, Schlaf, Ernährung	FALLBEISPIEL 1 – Aus der Sicht der integrativen Pflegefachperson Frau Müller, eine 66-jährige ehemalige Lehrerin, leidet seit vielen Jahren unter ungewöhnlicher Müdigkeit und Schmerzen, bevor bei ihr kürzlich Fibromyalgie diagnostiziert wurde. Ihr Arzt erklärt, dass niemand weiß, was diese Krankheit verursacht, und dass es bisher keine Heilung gibt. Die Standardbehandlung umfasst Patientenaufklärung, Bewegung und verschiedene Medikamente zur Linderung der Symptome. Frau Müller macht deutlich, dass sie so wenig Medikamente wie möglich verwenden möchte, auch wegen der möglichen Nebenwirkungen. Sie zieht es vor, zunächst komplementäre Interventionen auszuprobieren. Ihrem Rheumatologen fehlt es an Wissen und Erfahrung auf diesem Gebiet und er empfiehlt ihr eine integrative Pflegefachfrau. Nach einer ganzheitlichen Bedarfsanalyse erstellt die integrative Pflegefachfrau Betty gemeinsam mit Frau Müller einen evidenzbasierten Pflegeplan, um die Schmerzen zu lindern und Frau Müller bei der Bewältigung ihrer Symptome zu helfen. Als Lehr- und Lernmaterial verwendet sie die App "About Herbs" des Memorial Sloan Kettering Cancer Center und Informationen von der Website des American National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), Abschnitt über Schmerzen. Ebenfalls hilfreich ist das White Paper on Nonpharmacologic Strategies for Pain des Academic Consortium for Integrative Medicine and Health (ACIMH) 8. Um sicherzugehen, führt sie auch eine Schnellsuche in der Datenbank PubMed nach "Fibromyalgie, Rheumatologie, Schmerzen, KPI" durch. Der Pflegeplan sieht Änderungen der Lebensweise vor, insbesondere Schlafhygiene und Ernährungsumstellung, Tai-Chi-Kurse und Massagen. Betty erkennt, dass es für Frau Müller schwierig sein wird, sich an den Plan zu halten, da er ihre aktive Beteiligung erfordert, also beschließt sie, ihn in kleinere, leichter durchführbare Schritte zu unterteilen. Sie vereinbaren, dass Betty Frau Müller in den nächsten 6 Monaten mit monatlichen Folgekonsultationen unterstützen wird.
Malignes Melanom, Angstzustände, pflanzliche Heilmittel	FALLBEISPIEL 2 – Aus der Sicht des Patienten Nach der Diagnose eines malignen Melanoms im Stadium IIIB ist der 60-jährige Herr Mukherjee sehr ängstlich und überfordert. Er möchte weder die genauen Details zu seiner Krebsart noch zu den Behandlungsmöglichkeiten erfahren. Die Fülle an medizinischen Informationen überfordert ihn und verstärkt seine Angst zusätzlich. Seine Ehefrau und Tochter suchen deshalb einen traditionellen Ayurveda-Arzt auf, in der Hoffnung, dass ein ganzheitlicher Ansatz seine Angst lindert und möglicherweise sogar den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst. Der Ayurveda-Arzt verschreibt eine Panchakarma-Behandlung, die den Körper von unerwünschten Stoffen entgiften soll. Zudem empfiehlt er eine Kombination aus pflanzlichen Mitteln: Amalaki (<i>Emblica officinalis</i>) und Ananta (<i>Decalepis hamiltonii</i>). Herrn Mukherjee wird außerdem Yoga und Entspannungsübungen nahegelegt. Seine Schwester besorgt ihm darüber hinaus das frei verkäufliche homöopathische Mittel "Black Salve". Der behandelnde Onkologe empfiehlt als primäre Therapie eine Operation mit anschließender systemischer Behandlung. Von der ayurvedischen Therapie weiß der Onkologe zunächst nichts. Erst als Pflegefachmann Peter Herrn und Frau Mukherjee fragt, wie sie mit der belastenden Situation umgehen und wie er sie unterstützen kann, erfährt er von der ayurvedischen Behandlung. Peter erkennt, wie wichtig dieser Ansatz für Herrn Mukherjee ist, möchte aber sicherstellen, dass die ergänzenden Maßnahmen sicher mit der konventionellen Therapie kombiniert werden können.

	Peter weiß, dass es keine wissenschaftlichen Belege dafür gibt, dass ayurvedische Behandlungen Krebs heilen können. Er recherchiert die empfohlenen Heilpflanzen in PubMed sowie auf verschiedenen Krebsinformationsseiten und in klinischen Leitlinien. Dabei stellt er fest, dass es nur wenige veröffentlichte Informationen über die in der Ayurveda verwendeten Kräuter gibt und dass einige gebräuchliche Pflanzen sogar gefährliche Nebenwirkungen in Kombination mit Krebsmedikamenten oder Strahlentherapie haben können. Auch Abführmittel zur Entgiftung – egal ob pflanzlich oder konventionell – können zahlreiche Nebenwirkungen verursachen. Peter entscheidet sich, die Krankenhausapothekerin um eine Bewertung möglicher Wechselwirkungen und Nebenwirkungen zu bitten und den Onkologen von Herrn Mukherjee zu informieren, damit dieser die Sicherheitsaspekte mit Herrn Mukherjee besprechen kann. Peter achtet darauf, eine offene und empathische Beziehung zu Herrn Mukherjee aufrechtzuerhalten, um ihn bei der Bewältigung seiner Erkrankung und der Gesamtsituation bestmöglich zu unterstützen. Obwohl Herr Mukherjee und seine Familie die ayurvedische Behandlung fortsetzen möchten, fühlen sie sich durch Peters Unterstützung gestärkt und stimmen zu, zunächst die Empfehlungen der Apothekerin und des Onkologen abzuwarten.
Angehende Pflegefachfrau, Spannungskopfschmerz, Stress, Geist-Körper-Interventionen, Ernährung	FALLBEISPIEL 3 – Aus der Sicht der angehenden Pflegefachfrau Die Pflegestudierende Aisha leidet unter Spannungskopfschmerzen, so lange sie denken kann. Sie weiß, dass dies mit Stress zusammenhängt und dass es hilfreich ist, sich gesünder zu ernähren, ausreichend Wasser zu trinken und regelmäßig zu schlafen. Aber das hilft nicht immer oder ist als Lernende nicht immer machbar. In solchen Situationen greift sie zu Analgetika. Als Aisha einen Kurs in integrativer Pflege besucht, lernt sie andere und natürlichere Möglichkeiten kennen, mit Kopfschmerzen umzugehen. Sie lernt auch, wie man verlässliche Informationen und Nachweise über komplementäre Interventionen findet. Als Aufgabe beschließt sie, nach Belegen für ihre eigene Situation zu suchen. Sie beginnt mit Google Scholar und verwendet die Checkliste (Anhang 1) und wendet sich dann dem Buch Integrative Nursing aus der Schulbibliothek zu. Das findet sie: Es hat sich gezeigt, dass das Auftragen von ätherischem Pfefferminzöl auf die Schläfen die Symptome von Spannungskopfschmerzen lindert. Vitamin-B-Präparate können Kopfschmerzsymptome lindern. Akupunktur und Yoga können Migräne-Kopfschmerzen lindern. Alle diese neuen Informationen wecken Aishas Interesse, aber sie weiß nicht, ob und wie sie die verschiedenen komplementären Interventionen kombinieren soll. Sie bittet ihre Lehrerin, ihr dabei zu helfen, einen persönlichen integrativen Behandlungsplan zu erstellen, um ihre Spannungskopfschmerzen erfolgreich zu behandeln.

SERIES 3 - KAPITEL 10 | INTEGRATIVE PFLEGE UND SYMPTOMMANAGEMENT: WAS SIE ALS PFLEGEFACHPERSON TUN KÖNNEN

Alzheimer, unruhiges Verhalten, Präsenz, Massage	FALLBEISPIEL 1 – Handmassage mit Lavendelöl zur Symptombekämpfung John ist Bewohner einer Langzeitpflegeeinrichtung und leidet an der Alzheimer-Krankheit. Er zeigt Anzeichen von Unruhe, vor allem am Nachmittag. Das Pflegepersonal hat nach Möglichkeiten gesucht, seine Unruhe zu lindern, und herausgefunden, dass es hilft, sich mit John hinzusetzen, eine kleine Menge gemischtes Lavendelöl aufzutragen und seine Hände ein paar Minuten lang zu massieren. Diese einfache Kombination aus Anwesenheit, Massage und Aromatherapie half, die Unruhe zu verringern.
COPD, Angstzustände, Entspannung, Atmung	FALLBEISPIEL 2 – Einfache Atemübung zur Symptomkontrolle Frau Klein ist 92 Jahre alt und hat eine COPD, die gut kontrolliert ist. Sie lebt noch allein in einer kleinen Wohnung und wird täglich von einer kommunal angestellten Pflegefachperson besucht. Heute kommt Pflegefachfrau Ilse, um Frau Klein zu baden und ihr beim Anziehen zu helfen. Sie stellt fest, dass Frau Klein sehr kurzatmig ist und ängstlich wirkt. Sie hat am Nachmittag einen Termin beim Gynäkologen und macht sich Sorgen, dass sie vielleicht operiert werden muss. Pflegefachfrau Ilse fragt sie, ob sie mit ihr gemeinsam etwas gegen das Atemproblem unternehmen möchte. Sie fragt sie, wo sie sich am besten entspannen kann, im Bett oder auf einem Stuhl. Sie möchte auf ihrem Stuhl sitzen. Ilse versucht, es ihr bequemer zu machen, indem sie ein Kissen auf den Tisch vor ihr legt, auf dem sie ihre Arme ablegen kann. Pflegefachfrau Ilse fragt, ob es in Ordnung ist, dass sie ihre Hand auf Frau Kleins Bauch legt, um ihr zu helfen, sich auf eine tiefere Atmung zu konzentrieren. Das klappt. Nach einer Weile legt Frau Klein ihre eigene Hand auf ihren Bauch. Dann zeigt sie an, dass sie mehr Luft hat und sie können mit dem Baden und Anziehen beginnen.

SERIES 3 KAPITEL 11 | KOMMUNIKATION ÜBER KOMPLEMENTÄRE INTERVENTIONEN UND NICHT-PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN MIT IHREN PATIENT*INNEN

Brustkrebs,
Nahrungsergänzungsmittel,
Vitamine, Fastenrituale

FALLBEISPIEL – Kommunikation mit einer an Brustkrebs erkrankten Patientin

Eine junge Frau mit Brustkrebs im 4. Stadium erhält eine Chemotherapie. Sie lebt mit drei kleinen Kindern ohne Partner. Vor allem ihre Mutter sucht im Internet nach Informationen über komplementäre Interventionen. Die Frau selbst interessiert sich für komplementäre Möglichkeiten, und Pflegefachfrau Joan weiß, dass die Frau verschiedene natürliche Nahrungsergänzungsmittel einnimmt. Von ihren Kolleg*innen hat sie erfahren, dass die Frau vor der Chemotherapie ein spezielles Fastenritual einhält, um die Wirkung der Chemotherapie zu verstärken. Bevor sie sich mit der Frau trifft, befragt Joan einen Kollegen nach Beweisen für das Fastenritual.

Joan weiß, dass sie als Pflegefachfrau die Kommunikation einleiten und anerkennen muss, dass die junge Frau komplementäre Interventionen anwendet. Sie fragt im Rahmen des Gesprächs vor der Chemotherapie, ob die Frau andere Dinge tut, um Nebenwirkungen zu reduzieren und ihr Wohlbefinden zu steigern. Die Frau erzählt ihr, dass sie hohe Dosen von Vitamin C, Kalzium und Vitamin D einnimmt und dass sie die Einnahme von Magnesium in Erwägung zieht. "Ich muss ALLES tun, was ich kann - ich darf nicht an dieser Krankheit sterben", sagt sie. Joan ist sich ihrer eigenen verbalen und nonverbalen Kommunikation sehr bewusst und sagt, sie verstehe die Gefühle und Prioritäten der Frau. Joan sagt, dass es Hinweise darauf gibt, dass Antioxidantien die Wirkung der Chemotherapie abschwächen können, und sie empfiehlt daher, während der Chemotherapie kein Vitamin C einzunehmen.

Stattdessen empfiehlt Joan, mit der Einnahme von Magnesium zu beginnen, da dies ein Mineral ist, das lebenswichtige Prozesse im Körper unterstützt. Joan spürt, dass sich die Frau bei dem Gespräch über komplementäre Interventionen etwas zu entspannen beginnt. So erzählt sie, dass manche Patienten, die die Wirkung der Chemotherapie verstärken wollen, ein Fastenritual durchführen. Sie erwähnt auch, dass es derzeit keine Beweise für eine schädliche oder positive Wirkung gibt. Die Frau lächelt und sagt: "Danke, dass Sie mich gefragt haben. Es stimmt, dass ich vor und nach der Chemotherapie faste, und ich werde das auch weiterhin tun, weil ich einfach gesund werden MUSS. Joan lächelt ihr zu, um ihr Mitgefühl auszudrücken, und antwortet: "Das respektiere ich wirklich. Dann fragt sie ganz offen nach den Erfahrungen der Frau mit dem Fastenritual.

Die Frau erzählt ihr, dass sie am ersten Tag sehr hungrig ist, ihr aber nach der Chemotherapie nur einen Tag lang übel ist. Joan wiederholt, dass es keine Beweise für die Wirkung des Fastenrituals gibt und fügt hinzu, dass Hunger die Übelkeit verschlimmern kann. Joan schlägt der Frau vor, das Fastenritual bei der nächsten Chemotherapie zu unterbrechen, damit sie erfahren kann, ob es einen Unterschied bei der Übelkeit macht, wenn sie vor der Behandlung isst statt zu fasten. Die Frau verspricht, dies in Erwägung zu ziehen, und fügt hinzu, dass sie auch über Akupunktur nachdenkt.

Joan spürt, dass ihre Botschaft über das Fastenritual angekommen ist, und sie fragt, bei was ihr die Akupunktur im Moment helfen soll. Die Frau antwortet, dass sie gerne etwas mehr Energie hätte. Sie leidet nur unmittelbar nach der Chemotherapie unter Übelkeit und Nebenwirkungen. Auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse kann Joan die Akupunktur empfehlen, aber sie empfiehlt auch, sich über die erforderlichen zeitlichen und finanziellen Ressourcen im Klaren zu sein. Es ist sehr wichtig, dass die ergänzende Behandlung Energie und Wohlbefinden spendet und die Frau in ihrem Alltag nicht belastet. Joan fragt, ob die Frau andere Dinge für ihr Wohlbefinden tut. Die Frau erzählt ihr, dass sie an einem Online-Yogakurs teilnimmt, der ihr viel Spaß macht. Joan erkennt an, dass die Frau so aktiv ist, und schlägt vor, das Gespräch bei der nächsten Konsultation fortzusetzen.

SPONSORS



Funded by
the European Union

PARTNERS



Van Praag
Instituut



VIA University
College



**UNIVERSITY
OF ICELAND**



