

# Physiotherapie in der häuslichen „*Palliative Care*“



17. Vorarlberger Palliativ-Basis-Lehrgang 2017, Bildungshaus Batschuns

## **Verfasserin**

Bianka Franz

## **Betreuung**

Gebhard Mathis

## **Abgabe**

Egg, am 31.10.2017



## Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	4
2. Begriffserklärung – „ <i>Palliative Care</i> “ .....	6
3. Physiotherapie am Ende des Lebens .....	7
3.1 Lebensqualität und Unabhängigkeit .....	9
3.2 Aktivität .....	9
3.3 Symptomlinderung und Wohlbefinden .....	11
3.4 Hoffnung .....	11
4. Physiotherapeutische Interventionsmöglichkeiten.....	12
4.1 Atemtherapie .....	13
4.2 Lymphdrainage und Kompressionstherapie.....	13
4.3 Trainingstherapie .....	15
4.4 Mobilisationen und Kontrakturprophylaxe.....	16
4.5 Massagen und Entspannungstechniken .....	17
5. Anwendungsgebiete.....	18
5.1 Schmerz.....	18
5.2 Respiratorische Symptome .....	20
5.3 Lymphödem.....	20
5.4 Fatigue und Schwäche.....	21
5.5 Angst.....	22
5.6 Demenz .....	23
6. Schlussbemerkung.....	24
7. Literaturverzeichnis .....	26

## 1. Vorwort

Im Jahre 1999 absolvierte ich die Massageausbildung mit einer Zusatzausbildung in Manueller Lymphdrainage in Walchsee, Tirol. Nach einer 3-jährigen Anstellung als Masseurin konnte ich die Ausbildung zur Physiotherapeutin in Hall, Tirol beginnen.

Schon bevor ich den Beruf der Physiotherapeutin erlernte, haben ältere Menschen und deren Anliegen einen besonderen Reiz auf mich ausgeübt. Seither ist die physiotherapeutische Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase ein Teil meiner täglichen Arbeit und bereichert meinen Aufgabenbereich.

Die herkömmliche Aufgabe von Physiotherapeuten in der Rehabilitation, die auf Verbesserung und Aufbau, bzw. Wiedererlangen von Funktionen ausgelegt ist, bildet für mich den Unterschied zur Arbeit mit palliativen Patienten. Hier geht es vorrangig um das Lindern von Symptomen, oft auch um ein gemeinsames Aushalten, dass eben keine Verbesserung erzielt werden kann und die Erkrankung unaufhaltsam ihren Tribut fordert.

Die gemachten Erfahrungen in den letzten 17 Berufsjahren haben mich dazu bewogen den Palliativ-Basislehrgang in Batschuns zu besuchen. Für mich ist es interessant zu erfahren, welche Aufgaben und Möglichkeiten andere Disziplinen in der Betreuung von Menschen bis zu ihrem Tod wahrnehmen bzw. wahrnehmen können. Interessant zu erfahren ist für mich auch, wie in anderen Institutionen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit funktioniert.

Meine Erwartungen an diese Ausbildung sind Anregungen, wie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auch in der häuslichen palliativen Pflege funktionieren kann, die auch zu einer besseren Qualität der ganzheitlichen Betreuung von Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt führt.

Inspiziert durch das Buch von Physiotherapeut Peter Nieland „Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende“ möchte ich mit dieser Projektarbeit einen Beitrag zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der häuslichen „Palliative Care“ leisten.

Die Philosophin Birgit Jaspers beschreibt in ihrem Beitrag zum Buch von Peter Nieland das Problemfeld, dass Physiotherapeuten lange nicht als gleichwertige Partner in der Versorgung schwerkranker Menschen angesehen wurden und deren Beitrag bei der Behandlung und Begleitung deutlich unterschätzt wurde. Die Physiotherapeuten sollten selbst auf eine bessere Beteiligung an Entscheidungsprozessen drängen und deutlich machen, dass sie sich als Mitglied des behandelnden Teams verstehen.



## 2. Begriffserklärung – „Palliative Care“

Der Begriff „palliativ“ wird abgeleitet aus dem lateinischen Wort *pallium* = Mantel. Dieser Begriff soll eine „Bemäntelung“ der Symptome unheilbarer, progredienter Erkrankungen beschreiben (Vgl. Sykes 2013, S. 2).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert *“Palliative Care“* als *„an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification an impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial an spiritual“* (Sykes 2013, S. 2).

Der international anerkannte Begriff *„Palliativ Care“* stellt somit ein Konzept dar, welches die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie die Begleitung ihrer Angehörigen beinhaltet. Das Konzept umfasst die medizinische, psychosoziale, therapeutische, spirituelle und ehrenamtliche Betreuung (Vgl. Sykes 2013, S. 3).

Während die stationäre Palliativ- und Hospizversorgung in dafür vorgesehenen Institutionen stattfindet, soll die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ermöglichen, dass schwerkranke Patienten so lange wie möglich zu Hause durch qualifizierte Palliativteams betreut werden (Vgl. Sykes 2013, S. 3).

### 3. Physiotherapie am Ende des Lebens

Als Grundlage für diese Projektarbeit führte ich Interviews mit den Hausärzten und der Hauskrankenpflege in meiner nächsten Umgebung durch, um den Bedarf bzw. die Erwartungen an die Physiotherapie in der häuslichen Palliativ Pflege zu erfassen. Die Gespräche waren durchwegs interessant und sehr bereichernd. Der Fragebogen hat lediglich 2 Fragen beinhaltet:

- Was kann oder soll Physiotherapie ihrer Meinung nach in der palliativen Pflege zu Hause leisten?
- Wo kann oder soll Physiotherapie ihrer Meinung nach in der palliativen Pflege zu Hause zum Einsatz kommen?

Die Antworten decken sich durchwegs mit den Themen, die Peter Nieland in seinem eingangs erwähnten Buch ausführt. Für mich sehr eindrücklich war der Unterschied zwischen den Antworten der Ärzte und der Hauskrankenpflegerinnen. Die Anforderungen an die Physiotherapie in der palliativen Pflege zu Hause von Seiten der Ärzte sind ganz konkret und sachlich. Folgende Aufgabengebiete wurden in fast allen ärztlichen Interviews genannt:

- Atemtherapie
- Krafttraining
- passive Bewegungstherapie
- Kontrakturprophylaxe
- Anleitung der Angehörigen und des Pflegepersonals
- Manuelle Lymphdrainage
- Dekubitusprophylaxe
- Funktionserhaltung - so lange wie möglich
- Linderung
- Verlangsamung von Prozessen

Neben den oben genannten Themen haben die Hauskrankenpflegerinnen auch an die soziale und emotionale Ebene appelliert:

- Erhaltung bzw. Verbesserung des Körpergefühls
- Wahrnehmung – sich spüren mittels Durchbewegen
- Entspannungsmassagen
- Berührung
- Aromatherapie – gute Öle und Düfte einsetzen
- Die Menschen sollen es „Fein“ haben

Bei den Interviews wurde durchwegs die Wichtigkeit der physiotherapeutischen Interventionen auch am Ende des Lebens betont. Auch in der letzten Phase des Lebens bleiben physiotherapeutische Maßnahmen wie Schmerzlinderung, Atmungserleichterung, optimale Lagerung, Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, angemessene Muskelkräftigung und Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe wichtig. Die Anleitung von Angehörigen, Pflegekräften und Betreuungspersonen für Lagerungstechniken, Bewegungsübungen und Transfers bekommt in der häuslichen Physiotherapie einen besonderen Stellenwert zugemessen (Vgl. Taylor 2013, S. 21). Meiner Meinung nach ist das Instruieren von Betreuungspersonen vor allem in der häuslichen Betreuung von Menschen sehr wichtig, da es vom zeitlichen Aufwand für die Physiotherapeuten nicht machbar ist, die nötigen Umlagerungen durchzuführen oder auch den optimalen Zeitpunkt für beispielweise ein Training abzuwarten. Trotz aller Vorteile, die eine Betreuung in einer Institution bietet, sollten auch jene Menschen, die den Lebensabend zu Hause verbringen möchten, die bestmögliche Versorgung erhalten. Laut Dahlin werden bisher viele Patienten zu spät oder gar nicht zu einer Physiotherapie überwiesen, obwohl so viele der Bedürfnisse von Palliativpatienten auf körperlicher, seelischer, sozialer und existentieller Ebene erfüllt werden könnten (Vgl. Dahlin 2013, S. 31).

### 3.1 Lebensqualität und Unabhängigkeit

In einer Studie wurden Patienten mit terminalen Erkrankungen befragt, was in ihrem Leben für sie wichtig sei, das Ergebnis war: „*die Dinge selbst in die Hand zu nehmen*“. (Dahlin 2013, S. 32). Das heißt, dass das eigene Mitwirken und die eigene Beteiligung an Abläufen und Entscheidungen bis zu Letzt eine sehr hohe Priorität hat.

Lebensqualität hat viel mit Unabhängigkeit zu tun. Durch frühzeitiges Einsetzen einer angepassten Trainingstherapie kann die Unabhängigkeit und somit auch die persönliche Lebensqualität sehr gut unterstützt werden. Damit zum Beispiel der Gang zur Toilette so lange wie möglich selbstständig bewältigt werden kann. Dinge, die für uns selbstverständlich sind wie Zähne putzen, sich die Haare kämmen oder einfach sich selbstständig die Nase putzen zu können, diese Aufgaben werden für viele Menschen zu unüberwindbaren Herausforderungen. Um die Unabhängigkeit so lange wie möglich zu erhalten können meiner Meinung nach auch die Physiotherapeuten gemeinsam mit den Angehörigen und Pflegenden viel beitragen.

### 3.2 Aktivität

Durch die Früherkennung von Krankheiten und den Möglichkeiten der Medizin konnte die Lebensdauer bei vielen unheilbaren Krankheiten verlängert werden. Diese Tatsache setzt aber auch neue Maßstäbe an die Betreuung dieser Menschen. Ein Wunsch unter vielen ist, so lange wie möglich aktiv und beweglich zu bleiben.

Physiotherapeutische Strategien zur Optimierung der noch vorhandenen Fähigkeiten und Funktionen können die Lebensqualität der Patienten relevant erhöhen. Durch Motivation zur Mitarbeit bei Aktivitäten unterstützen die Physiotherapeuten die Patienten dabei, ihre Fähigkeiten im Rahmen des Möglichen zu nutzen, statt ihre

Unfähigkeit zu beklagen: „*Ich finde Physiotherapie wunderbar. Wenn ich aus dem Trainingsraum komme, bin ich richtig zufrieden mit mir selbst. Ich hätte nicht gedacht, dass ich es noch einmal schaffen würde, Treppen zu steigen. ... wenn man von Therapeuten unterstützt wird, traut man sich gleich viel mehr zu ...*“ (Taylor 2013, S. 17 f). Oft haben die Patienten nicht mehr die nötige Motivation, die Dinge selbst in Angriff zu nehmen. Mit Unterstützung geht vieles leichter.



### 3.3 Symptomlinderung und Wohlbefinden

Linderung der Symptome und Schenken von Wohlbefinden sind ebenfalls Effekte, die mit Physiotherapie erzielt werden können. Wie die Frauen der Hauskrankenpflege in den Interviews angeregt haben, kann hier auch die Aromatherapie mit guten Ölen und Düften ihren Platz finden.

In der Physiotherapie gibt es eine Anzahl von Möglichkeiten, wie Massagen Entspannungstechniken, Manuelle Lymphdrainage, und viele mehr, die zur Schmerzlinderung und Entspannung beitragen. Ein Patient sagte: *„es ist einfach schön, massiert zu werden und die Gedanken dabei für eine Weile abschalten zu können.“* (Dahlin 2013, S. 34) Das körperliche Training vermittelt sowohl physisch als auch psychisch ein Gefühl des Wohlbefindens.

### 3.4 Hoffnung

Ein wichtiger Ansatz des palliativ tätigen Physiotherapeuten ist, seine Patienten bei der Gewöhnung und Anpassung an die Veränderungen, die sich im Krankheitsverlauf ergeben, zu unterstützen. Der rehabilitativ-palliative Ansatz, den der Physiotherapeut umsetzt, verhilft dem Patienten zu funktioneller Verbesserung. Mag die Verbesserung auch noch so klein sein gegenüber den vielen Verlusten, die mit dem Fortschreiten der Erkrankung einhergehen, so bietet sie dem Patienten doch eine realistische Hoffnung und eine positive Sicht (Vgl. Jennings 2013, S. 9). Hoffnung bedeutet in diesem Zusammenhang, die Hoffnung auf eine zeitlich begrenzte Verbesserung, beispielsweise eine Schmerzlinderung oder die Möglichkeit, eine bestimmte Tätigkeit noch selbstständig durchführen zu können. Hierbei geht es nicht um die Hoffnung auf Heilung, wie auch folgendes Patientenzitat zeigt: *„Es ist so schön, dass sich*

*jemand um mich kümmert; das macht mich außerordentlich glücklich und dankbar und ich merke, dass sie an mich glauben. Sie sind bereit, an meiner Gesundheit zu arbeiten, daran, dass es mir besser geht, ...“ (Dahlin 2013, S. 33).*



#### **4. Physiotherapeutische Interventionsmöglichkeiten**

Bei allen nachfolgenden physiotherapeutischen Interventionen gilt es, eine bestimmte Vorgehensweise einzuhalten. Zu Beginn jeder Therapie sollte grundsätzlich die Zustimmung des Patienten eingeholt werden. Als Physiotherapeut sollte ich erklären, was ich beabsichtige zu tun, welche Maßnahmen durchgeführt werden und welche Wirkung damit erzielt werden soll. Es ist wichtig die Ziele gemeinsam zu stecken und zu erarbeiten. Der Patient darf mitentscheiden, was er zulassen will oder auch nicht. Erst dann soll Berührung stattfinden.

## 4.1 Atemtherapie

Dyspnoe bei Belastung tritt als eines der ersten Symptome bei Atemwegsobstruktion und Sauerstoffkapazitätsproblemen auf. Werden die Ursachen und Auslöser der Dyspnoe unzureichend behandelt, führt dies meist zu massiver Atemnot und Angst. Hier kann die Physiotherapie einen wichtigen Beitrag zur Symptomlinderung leisten. Die Atemnot der Betroffenen kann durch Maßnahmen zur Atemökonomisierung, Pacing und Entspannungstechniken gelindert werden (Vgl. Müllauer 2013, S. 79 ff). Wesentliche Behandlungsmaßnahmen für die Atemwegsobstruktion sind Inhalationen mit bronchienerweiternden und entzündungshemmenden Medikamenten, die PEP-Therapie und die Schulung des Patienten. Sollte das Sekret das Hauptproblem der Atemwegsobstruktion darstellen, so kann hier mit Methoden zur Sekretmobilisation und –evakuierung gearbeitet werden. Zur Unterstützung von Patienten mit einer Hustenschwäche stehen verschiedene physiotherapeutische Techniken zur Verfügung wie Lagerungen, Atemmuskeltraining, Rumpf- und Thoraxmobilisationen, ein spezielles Hustentraining, das Erlernen des Huffens, Air Stacking und verschiedene passive Maßnahmen, die von Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) oder mit Cystischer Fibrose (CF) frühzeitig beherrscht werden sollten (Vgl. Müllauer 2013, S. 83 f).

## 4.2 Lymphdrainage und Kompressionstherapie

Lymphödeme sind ein häufig zu beobachtendes, körperlich und seelisch stark belastendes Symptom bei schwerkranken und sterbenden Menschen. Dabei sind Ödeme oft entstellend, schmerzhaft, immobilisierend und mit körperlichem und auch psychischem Leid verbunden. Durch die Proliferation des betroffenen Gewebes fühlen sich die ödematösen Extremitäten meist schwer und unförmig an. Oft kommt es auch

durch das eingelagerte Eiweiß zur Ausbildung von Fibrosen (Vgl. Nieland 2013, S 103 ff). Im Rahmen der manuellen Lymphdrainage wird versucht, durch Lockerungsgriffe dieses Gewebe aufzuweichen (Vgl. Herpertz 2003, S.146 f).

Physiotherapeuten haben eine Reihe von Maßnahmen zur Behandlung von Ödemen und deren Begleiterscheinungen zur Verfügung. Die Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE) sieht vor, dass durch Bandagierung und Manuelle Lymphdrainage das Ödem maximal reduziert wird und anschließend mit einer individuell angefertigten Bestrumpfung gehalten wird.

Die Manuelle Lymphdrainage (MLD) besteht aus einer Reihe von bestimmten Grundgriffen in Richtung Lymphabfluss, durch die Dehnungs- und Füllreize an den Lymphangionen wirksam werden. Diese Reize führen zu verstärkten Kontraktionen der Lyphangione und somit wird der Lymphabfluss beschleunigt. Durch die Griffe kommt es zu einem stärkeren Einströmen von interstitieller Flüssigkeit in die Lymphkapillare und somit zu einer erhöhten Lymphproduktion. Die Wirkung der MLD auf das Vegetativum zeigt sich in einer sympathikolytischen oder vagotonen Wirkung mit Senkung der Herzfrequenz und des Blutdruckes sowie einem Anstieg der Darmperistaltik. Die MLD macht müde und führt zur Entspannung der quergestreiften Muskulatur (Vgl. Herpertz 2003, S. 246 f).

Zu einer optimalen Betreuung gehört auch die Instruktion einer guten Hautpflege um Hautdefekte zu vermeiden. Zur Aktivierung der Muskelpumpe sind leichte aktive, assistive und passive Bewegungsübungen die ideale Aktivität des Palliativpatienten (Vgl. Nieland 2013, S. 111). Vor allem bei der KPE ist es äußerst wichtig, immer bedürfnisorientiert zu arbeiten und wann immer es möglich ist die Betreuungspersonen in die Therapie miteinzubinden.

Wir dürfen auch die Wirkung der Berührung nicht unterschätzen. Aufgrund der oft sehr langen Ruhephasen und Bewegungslosigkeit von Palliativpatienten geht zunehmend die Orientierung und die Wahrnehmung der Lage des Körpers im Raum

verloren. Die Manuelle Lymphdrainage und die passive, assistive und aktive Bewegung in der Kompression wirken nicht nur entödematisierend sondern vermitteln auch taktile und propriozeptive Reize. Gleichzeitig wird durch die sanfte, lange Berührung der Haut Oxytocin ausgeschüttet. Damit erfüllt die Manuelle Lymphdrainage eine wichtige palliative Funktion indem sie Vertrauen schafft und Angst reduziert.

Die Durchführung der Therapie in einer entspannten und schmerzfreien Lagerung des Patienten in einer wohltemperierten Umgebung kann ebenfalls zu einer Reduktion des Stoffwechsels führen (Vgl. Nieland 2013, S. 109 f).

Gerade bei der Manuellen Lymphdrainage tauchen immer wieder Fragen zu den absoluten und relativen Kontraindikationen auf. In der Palliativmedizin wandeln sich viele absolute Kontraindikationen zugunsten einer Verbesserung der Lebensqualität in relative Kontraindikationen (Vgl. Nieland 2013, S. 115).

### **4.3 Trainingstherapie**

Der Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen, einschließlich eines regelmäßigen Trainings, wurde für verschiedene Erkrankungen belegt. Außerdem bessert sich der Zustand von Patienten mit chronischen, langwierigen bzw. palliativ zu behandelnden Erkrankungen durch körperliche Aktivität (Vgl. Dahlin 2013, S. 27). So sind zum Beispiel Widerstandsübungen sehr gut dazu geeignet, um die Kraft und Ausdauer von Muskelgruppen zu verbessern. Dehnungsübungen sind für alle Palliativpatienten geeignet. Sie können Schmerzen lindern und verbessern das Körpergefühl der Patienten. Körperliche Aktivitäten, Krafttraining und Ausdauertraining können die Lebensqualität und das Selbstvertrauen verbessern und dadurch die Angst reduzieren. Das Gefühl von Selbstwirksamkeit lindert die Angst. Wichtig ist es, dass

das Training immer wieder adaptiert wird an die Möglichkeiten von schwerstkranken Menschen (Vgl. Cobbe 2013, S. 129 f).

#### 4.4 Mobilisationen und Kontrakturprophylaxe

Wie oben bereits erwähnt, reduziert sich durch die oft sehr langen Liege- und Ruhephasen die eigene Körperwahrnehmung. Hier können aktive, aktiv-assistive und passive Mobilisationen entgegenwirken. Verschiedene Lagerungstechniken zur Vermeidung von Kontrakturen können angewendet und auch den betreuenden Angehörigen instruiert werden.



## 4.5 Massagen und Entspannungstechniken

Die Wahrnehmung des Verlustes von Autonomie und Kontrolle über den eigenen Körper und dessen Funktionen wird als Abhängigkeit empfunden, die Angst und Einsamkeit auslöst. Körperliches Wohlbefinden und mentale Entspannung, die durch Massagen erzielt werden, reduzieren Angstgefühle und können somit Schmerzen lindern und Entspannung fördern (Vgl. Nieland 2013, S. 186). Die Psychologin Dr. Melitta Schwarzmann betonte in einem persönlichen Gespräch, dass körperliche Berührungen die Seele erreichen.

Die Massage ist eine sehr strukturierte Form der Zuwendung in einer ansonsten oft berührungsarmen Umgebung. Angst führt zu einer hohen muskulären Spannung. Hier finden verschiedene Entspannungstechniken wie autogenes Training oder die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson Anwendung (Vgl. Simader 2013, S 147).



## 5. Anwendungsgebiete

### 5.1 Schmerz

In der Literatur werden viele Arten von unterschiedlichen Schmerzen beschrieben. Die für die Palliativmedizin wichtigsten Kategorien sind die nozizeptiven und die neuropathischen Schmerzen. Eine einfache, weithin akzeptierte Definition hat McCaffery vorgeschlagen: „*Schmerz ist das, was der Betroffene so empfindet, und Schmerz ist da, wenn der Betroffene es sagt.*“ (Nieland 2013, S. 62 f) Diese Definition macht auch deutlich, wie schwierig es ist Schmerzen zu beurteilen und zu interpretieren. Cicely Saunders prägte in diesem Zusammenhang den Begriff des „Totalen Schmerzes“, der sowohl körperliche Beschwerden, als auch spirituelles, emotional und soziales Leid beinhaltet (Vgl. Nieland 2013, S 62 f).

Eine effektive interdisziplinäre Zusammenarbeit ist bei der Schmerztherapie unverzichtbar. In der häuslichen „*Palliative Care*“ ist es häufig der Hausarzt, der die Koordination der Schmerztherapie übernimmt. Schmerz ist das häufigste Symptom, das ein Arzt in der Palliativmedizin zu behandeln hat. Der Kern der Schmerzbehandlung besteht in einer pharmakologischen Therapie. Trotzdem ist eine enge Zusammenarbeit der Physiotherapeuten mit dem behandelnden Hausarzt, Ärzteteam bzw. Schmerztherapeuten und mit dem Pflegeteam sehr wichtig, damit zum Beispiel beim Üben von Aktivitäten und Pacing stets eine optimale Schmerzlinderung gegeben ist. Wie oben beschrieben, stehen den Physiotherapeuten einige nichtpharmakologische Maßnahmen zur Schmerzlinderung zur Verfügung (Vgl. Nieland 2013, S. 67).

Was tut gut und lindert Schmerzen? Diese Frage sollte immer individuell eruiert werden und laufend hinterfragt werden. Es kann eine Trainingstherapie den positiven Nebeneffekt einer Schmerzdämpfung haben. Trainingstherapie wirkt sich positiv auf

die Haltung, Beweglichkeit, Kraft, Gelenkigkeit und die Durchblutung aus. Die Trainingstherapie muss allerdings sehr dosiert und sensibel eingesetzt werden, engmaschig überwacht und fortlaufend den Bedürfnissen der Patienten angepasst werden. Funktionelle Bewegung und Aktivität hat eine positive psychische Auswirkung, verstärkt das Selbstvertrauen und das Wohlbefinden der Patienten. Genauso können auch Massagen einen schmerzlindernden Effekt haben. Massagen fördern die Entspannung, lösen Schmerzen und Angst. Mittels Massagen kann auch Adhäsionen und Kontrakturen entgegengewirkt werden. Wärme dämpft die Übertragung von Schmerzsignalen, führt über eine Muskelentspannung zu einer Zunahme der Durchblutung. Kälte wirkt lokal anästhetisch und durch die Senkung der Durchblutung können entzündliche Prozesse gehemmt werden. Es bieten sich auch sämtliche Entspannungstechniken an um dem Schmerz entgegenzuwirken (Vgl. Nieland 2013, S. 68 ff).

Eine supportive Schmerzbehandlung gelingt immer dann am besten, wenn alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams nicht nur eng zusammenarbeiten, sondern auch den Wert der verschiedenen Interventionen untereinander anerkennen (Vgl. Nieland 2013, S. 68).

## 5.2 Respiratorische Symptome

In vielen Fällen kann die Physiotherapie einen wertvollen und unterstützenden Beitrag leisten. Bei Respiratorischen Symptomen kommen vor allem Elemente der oben beschriebenen Atemtherapie zum Einsatz. Atemnot führt unweigerlich zu Anspannung und Angst. Dieser Symptomkomplex stellt sich den Physiotherapeuten als eine der größten Herausforderungen bei der Versorgung von Palliativpatienten dar. Die Behandlung respiratorischer Symptome gehört zu den Kernaufgaben der Physiotherapie. Dabei geht es um Atemkontrolle, Coping-Strategien, Umgang mit der Angst und das Pacing der Aktivitäten (Vgl. Taylor 2013, S. 91 f).

## 5.3 Lymphödeme

Die Aufgabe des Lymphsystems bestehen in der Abwehr schädlicher Stoffe (immunologische Funktion) und im Abtransport makromolekularer Substanzen (Drainagefunktion). Dabei wird die interstitielle Flüssigkeit über Lymphkapillaren in Lymphkollektoren abtransportiert (Vgl. Herpertz 2003, S. 40 f.). Ein Ödem ist eine krankhafte Flüssigkeitsansammlung im interstitiellen bzw. extravasalen Raum, die zu einer Gewebeschwellung führt und die sichtbar und tastbar ist (Vgl. Nieland 2013, S. 106). Es werden das primäre und das sekundäre Lymphödem unterschieden, wobei beide Arten in der Palliativmedizin auftreten.

Bei proteinreichen Ödemen ist die Lymphdrainage die Therapie der Wahl. Diuretika können bei proteinreichen Ödemen nicht effektiv eingesetzt werden, da sie die Proteine nicht aus dem Interstitium entfernen können. Sie können lediglich Salze und Flüssigkeit aus dem Interstitium entfernen. Aus diesem Grund sind Diuretika nur bei Ödemen sinnvoll, die proteinarm sind oder grundsätzlich zur Generalisation neigen (Vgl. Herpertz 2003, S. 74 f).

Meine Erfahrungen mit der Manuellen Lymphdrainage in der letzten Lebensphase waren alle sehr bereichernd. Da das Sterben und der nahe Tod eines Menschen für viele von uns etwas Erschreckendes an sich hat, ist dieser Lebensabschnitt meist eine berührungsarme Zeit. Bei der Manuellen Lymphdrainage handelt es sich um eine sehr sanfte spezielle Art von Massage mit einem strukturierten Ablauf, was auch den Patienten eine gewisse Sicherheit vermittelt. Eine Sicherheit loslassen zu dürfen, es zulassen zu dürfen. Es ist immer wieder berührend für mich, welche Gespräche während dieser Zeit entstehen.

## 5.4 Fatigue und Schwäche

Die Fatigue oder die chronische Müdigkeit ist das häufigste Symptom überhaupt in der Palliativmedizin. Radbruch definierte Fatigue bei Palliativpatienten als „*subjektives Gefühl der Müdigkeit, Schwäche oder Kraftlosigkeit*“ (Cobbe 2013, S. 119). Dabei ist diese Müdigkeit anders geartet als die gesunde Schläfrigkeit. Die Fatigue beeinträchtigt nicht nur die Lebensqualität und die Körperfunktionen sondern ist auch eng mit Depressionen und Ängsten verbunden. Zudem muss berücksichtigt werden, dass Motivation und Emotionen einen enormen Einfluss auf die Fatigue haben (Vgl. Cobbe 2013, S. 117 ff).

Bisher hat die Fatigue relativ wenig Aufmerksamkeit erhalten und die Behandlungskonzepte sind noch etwas spärlich. Es ist noch sehr wenig über den Pathomechanismus bekannt. In der Regel entsteht eine chronische Müdigkeit multifaktoriell, unter anderem auch durch therapeutische Interventionen wie z. B. pharmakologische Behandlungen oder körperliche Überanstrengung.

Die Physiotherapie hat die Möglichkeit bei der Bekämpfung von vorhandenen Symptomen mitzuwirken. Physiotherapeutische Maßnahmen können zur Reduktion der Abgeschlagenheit beitragen. Angst und Depression, Atemnot, Schmerzen und

Schlafstörungen können gelindert werden. Lymphödeme, die funktionelle Abläufe stören, sind der Physiotherapie ebenfalls zugänglich (Vgl. Cobbe 2013, S.127).

Die Studie „*Was Krebskranke von den Informationen über Fatigue halten ...*“ von Agnes Glaus macht deutlich, dass die Patienten sich allein schon über Informationsmaterial zum Thema Fatigue freuen würden. Informationen, die ihnen die nötige Bestätigung geben, dass sie mit ihrem Leidensdruck ernst genommen werden (Vgl. Glaus 2002).

Der erste Schritt bei der Behandlung von Fatigue bedeutet für mich das aufmerksame Hinhören, das Aufnehmen der Ängste und Sorgen. Erst wenn ich den Menschen verstehe, kann ich versuchen ihn zu motivieren, aktiv zu werden. Genauso wichtig ist, dass das Umfeld eines Palliativpatienten über das Thema und die Auswirkungen der Fatigue informiert ist. Allein das Wissen zu diesem Symptom würde so manche Situation entschärfen und mehr Verständnis für die Patienten mit sich bringen.

## 5.5 Angst

Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass sich angesichts des bevorstehenden Lebensendes auch Ängste breitmachen. Durch gezielte Assessments soll herausgefunden werden, ob und welche Berufsgruppe des multiprofessionellen Teams die Angst behandeln soll (Vgl. Simader 2013, S. 140). Unter anderem kann Angst auch die psychische Dimension des Schmerzes sein. Die Angst von Schmerzen, die Angst vor Ungewissheit, die Angst vor Leid oder die Angst vor Einsamkeit (Vgl. Gottschling 2016, S. 43).

Laut Nieland ist aus Erfahrungen und Beobachtungen bekannt, dass auch physio- und trainingstherapeutische Interventionen effektive Ansätze zur Behandlung von Ängsten darstellen (Vgl. Simader 2013, S. 141).

Einen großen Vorteil bei meiner physiotherapeutischen Arbeit im Palliativbereich sehe ich in der Zeit, die mir für jeden einzelnen Menschen zur Verfügung steht. In dieser Zeit können Gespräche entstehen, Vertrauen aufgebaut werden und oft auch Ängste abgebaut werden. Meiner Meinung nach ist es nicht unbedingt die physiotherapeutische Intervention, die die Angst reduziert sondern viel mehr die empathische Haltung für die Ausnahmesituation, in der sich der Patient befindet.

## 5.6 Demenz

Die kognitiven Einbußen in allen Bereichen, sei es örtlich, zeitlich, räumlich, situativ und zur Person, betreffen in erheblichem Ausmaß das körperliche Erleben und die Wahrnehmung des eigenen Körpers. Fortgeschrittene Demenz soll nach Mitchell wie eine terminale Erkrankung betrachtet werden, die palliative Betreuung benötigt (Vgl. Grünberger 2013, S. 154 f). Demente Patienten werden vor allem in den letzten Stadien ihrer Erkrankung oft ausgesprochen passiv. Dann werden meist Therapieformen, die mit Bewegung zu tun haben, als erstes abgebrochen. Dabei hat sich gezeigt, dass gerade Bewegung positive Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten hat (Vgl. Grünberger 2013, S. 158).

Gerade bei dementen Patienten, ist meiner Ansicht nach die Physiotherapie im häuslichen Umfeld wertvoll. Vor allem Patienten mit Demenz benötigen eine vertraute Umgebung. Für sie bedeutet es Sicherheit, wenn nicht zu viel Personenwechsel stattfindet. Sie brauchen klare Strukturen und Regelmäßigkeiten. Gute Erfahrungen habe ich mit dem Ansprechen mehrerer Sinne gemacht. Sei es über Sprache, Berührung, Sehen, oder über Gerüche. Menschen mit Demenz können besser motiviert werden, wenn dem Ziel eines Weges auch eine Bedeutung zugemessen wird, zum Beispiel der Gang in die Küche, in der gerade die Lieblingssuppe gekocht wird.

## 6. Schlussbemerkung

Die Begründerin der modernen Hospizbewegung Dame Cicely Saunders beschrieb das Ziel der „*Palliative Care*“ prägnant mit den folgenden Worten: „... dem Sterbenden ermöglichen zu leben, bis er stirbt, sein persönliches Potenzial dabei bis zu den Grenzen seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit auszuschöpfen und, soweit irgend möglich, Eigenkontrolle und Unabhängigkeit zu bewahren“ (Taylor 2013, S. 16). Für die Physiotherapeuten könnte es keine bessere Maxime und auch keinen klareren Auftrag geben, als dieses Zitat.

Für mich bedeutet Physiotherapie in der „*Palliative Care*“ viel mehr als die Mobilisation, körperliches Training, schmerz- und luftnotlindernde Verfahren oder Manuelle Lymphdrainage. Physiotherapie am Ende des Lebens bedeutet auch das Dasein, das Zuhören, das Gespräch – auch mit den Angehörigen und Pflegenden. Physiotherapie in der Palliativversorgung stellt die kreative und immer wieder individuelle Behandlung und Begleitung von Menschen in einer schwierigen und herausfordernden Lebensphase dar.

Es ist die Zeit, die wir dem Menschen schenken können. Ich sehe die vielen Begegnungen und Erfahrungen die ich in den vergangenen 17 Jahren in der Begleitung von Patienten bis zu Letzt machen durfte als großes Geschenk. So ist für mich gerade die physiotherapeutische Behandlung der Patienten daheim, in ihrer gewohnten Umgebung, im Kreise ihrer Familie etwas Besonderes. Egal wie viel Zeit, Energie und Emotionen es auch kostet, das was zurückkommt wiegt viel mehr.

Palliativversorgung hat für mich als Physiotherapeutin mit dem Sterben ebenso wie mit dem Leben zu tun. Es geht um viel mehr Erkrankungen als nur Krebs und es geht um viel mehr Menschen als nur denen, die unmittelbar von der Erkrankung selbst betroffen sind. Durch die Betreuung der Familien hat die „*Palliative Care*“ die

Möglichkeit, Einstellungen zur Gesundheitsversorgung und zu unheilbaren Krankheiten über Generationen hinweg zu verändern (Vgl. Sykes 2013, S. 5).

Abschließend möchte ich nochmals einen Ausspruch von Cicely Saunders platzieren: „*Es geht nicht darum dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben!*“ (Gottschling 2016, S. 75).



## 7. Literaturverzeichnis

Agnes, Glaus (2002): Was Krebskranke von den Informationen über Fatigue halten: eine Beurteilung durch Patienten in der Schweiz und in England. Dr. Agnes Glaus, Zentrum für Tumordiagnostik und Prävention, Silberturm, Großacker, Rorschacherstraße 150, St. Gallen.

Cobbe, Sinead (2013): Fatigue und Schwäche. In: Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care. 1. Ausgabe. Elsevier Urban & Fischer. München.

Dahlin, Ylva (2013): Der richtige Zeitpunkt: Gibt es ein „zu früh“ oder ein „zu spät“ für die Physiotherapie? In: Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care. 1. Ausgabe. Elsevier Urban & Fischer. München.

Dahlin, Ylva (2013): Physiotherapie am Ende des Lebens: die Sicht des Patienten. In: Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care. 1. Ausgabe. Elsevier Urban & Fischer. München.

Gottschling, Sven (2016): Leben bis zuletzt. Was wir für ein gutes Sterben tun können. 4. Auflage. Fischer Verlag GmbH. Frankfurt am Main.

Grünberger, Elisabeth (2013): Demenz. In: Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care. 1. Ausgabe. Elsevier Urban & Fischer. München.

Herpertz, Ulrich (2003): Ödeme und Lymphdrainage. Diagnose und Therapie von Ödemkrankheiten. 2. Auflage. Schattauer. Stuttgart.

Jennings, Rebecca (2013): Der Physiotherapeut in der Palliative Care. In: Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care. 1. Ausgabe. Elsevier Urban & Fischer. München.

Müllauer, Eva (2013): Respiratorische Symptome: Dyspnoe/Atemnot bei Atemwegsobstruktion und Sauerstoffkapazitätsproblemen. In: Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care. 1. Ausgabe. Elsevier Urban & Fischer. München.

Nieland, Peter (2013): Lymphödem. In: Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care. 1. Ausgabe. Elsevier Urban & Fischer. München.

Nieland, Peter (2013): Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care. 1. Ausgabe. Elsevier Urban & Fischer. München.

Simader, Rainer (2013): Angst im Kontext der palliativen Physiotherapie. In: Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care. 1. Ausgabe. Elsevier Urban & Fischer. München.

Sykes, Nigel (2013): Was ist Palliative Care? In: Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care. 1. Ausgabe. Elsevier Urban & Fischer. München.

Taylor, Jenny (2013): Von der Symptomkontrolle zur Rehabilitation: Ansätze für eine palliative Physiotherapie. In: Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care. 1. Ausgabe. Elsevier Urban & Fischer. München.