

Die Physiotherapie / Physikalische Therapie in der Palliativmedizin - Palliative Care - Hospizwesen

Peter Nieland / Bonn

Die Physiotherapie = Physikalische Therapie in der palliativen Versorgung sieht ihr Ziele und Definition in Maßnahmen zur Begleitung und Linderung (Pschyrembel klin. Wörterbuch) von schweren gesundheitlichen (seltener auch sozialen) Störungen in der zeitlich individuellen Lebensphase Sterben.

Die Physiotherapie bildet interprofessionell neben Arzt, Pflege, psychosozialen Diensten, Seelsorge und Ehrenamt einen wichtigen Baustein in der ganzheitlichen Behandlung und Begleitung von Palliativpatienten. Seit vielen Jahren entfaltet diese stationäre und ambulante Arbeit in dieser Zusammensetzung ihre positive Wirkung am betroffenen Palliativpatienten und dessen Angehörige. Da ein Ziel immer der häuslicher Aufenthalt vor dem klinischen Aufenthalt ist, sind insbesondere Kenntnisse über die unterstützende Physiotherapie und Physikalische Therapie für alle in der palliativen Versorgung tätigen Menschen wichtig. Viele Therapien wie leichte Krankengymnastische Übungen, Mobilisation, Entspannung, Massage, Körperwahrnehmung, Atemtherapie, Ödemtherapie, Reflexzonentherapie, Hydrotherapie, Anziehtraining sowie Kenntnisse in der Hilfsmittelversorgung werden angefragt. Dabei ist der Patient immer täglich da abzuholen, wo er sich gerade physisch und psychisch befindet. Therapieziele sind immer wieder aktuell, realistisch und niedrig anzusetzen. Die erwünschten psychischen Wirkungen durch den körperlich engen taktilen Reiz und die Nähe zum Patienten in berührungsarmer Umwelt ist zu berücksichtigen. Orientierung im Raum und adaptierte Hilfe auch für die mit betroffenen Angehörigen sind durchzuführen. Daher sind die Physiotherapeuten immer mehr gefordert, sich diesem wichtigen medizinischen Fachbereich und den Hospizdiensten zuzuwenden. Eine wichtige Voraussetzung für einen wirksamen interdisziplinären palliativen Therapieplan sind Kenntnisse des verordnenden Arztes, der Pflege, psychosozialer Dienste und dem Ehrenamt über die Bandbreite der Indikationen , Kontraindikationen , Wechselwirkungen, Summationseffekte der Physiotherapie und deren Kombinationsmöglichkeiten mit ärztlichen und pflegerischen aber auch psychosozialen Maßnahmen. In der ambulanten und stationären palliativen Versorgung ist ein praktisch machbarer Informationsaustausch in Form von individuell zu entwickelnden Kommunikationsregelkreisen zwischen den verschiedenen, am Patienten eingesetzten Berufsgruppen und Ehrenamt (z.B. in Teambesprechungen / Kurtreffen / Mail) sehr wichtig und sichert das gemeinsame Behandlungsziel: abgestimmte Symptomkontrolle und qualifizierte Begleitung. Nur so kann regelmäßig die Wirkung und Qualität der am Patienten durchgeführten Behandlungen überprüft, und die vom Patienten geäußerten, sowie vom Behandler wahrgenommenen Veränderungen ausgetauscht werden.

Diese vom Patienten geäußerten Informationen/Gespräche können stark zwischen den Berufsgruppen variieren und stellen wertvolle Informationen für das Behandlungsteam und den verantwortlichen Arzt dar. Ein Behandlungserfolg zeigt sich für den Physiotherapeuten in der Palliativmedizin schon in der einfühlsamen Begleitung, begrenzten Erhaltung oder sogar leichten Verbesserung der gegenwärtigen körperlichen und seelischen Lebensumstände. Schwer erreichbares, häufig unrealistisches Ziel ist die dauerhafte Kontrolle aller belastenden Symptome des Patienten. Vor jeder physiotherapeutischen Behandlung ist es notwendig, in einem Kurzgespräch mit der Pflege und / oder Arzt / Angehörigen und nicht zuletzt dem Patienten aktuelle Informationen über den körperlichen und seelischen Zustand einzuholen. Ferner ist es für den Therapeuten bei der Erstbehandlung wichtig genau zu wissen, inwieweit der Patient oder mitwirkende Angehörige über die Schwere der Krankheit aufgeklärt sind, und sich der begrenzten physiotherapeutischen Begleitung bewusst sind. So können Enttäuschungen und zu hohe Erwartungshaltungen des Patienten an die Möglichkeiten Physiotherapie vermieden werden.

Der Physiotherapeut muß sich gerade in der Palliativmedizin und im Hospizwesen seiner psychologischen Wirkung auf den Patienten und dessen Angehörigen bewußt sein. Als hilfreich haben sich entsprechende Fortbildungen im Themenkreis " Behandlung von Palliativpatienten für Physiotherapeuten " und " Seminare in Patientengesprächsführung mit Schwerkranken ", sowie Kurse in „Palliativ Care für therapeutische Berufsgruppen“ erwiesen.

Es hat sich bei vielen Behandlungen gezeigt, daß der schematisch behandelnde Therapeut wesentlich weniger Erfolge erzielt, als der Kollege, der die körperlich seelische Tagesform des Patienten in die Behandlung einbezieht. Dabei müssen Therapien immer wieder neu adaptiert oder verändert werden. Unter sehr schwierigen Umständen ist die professionelle Behandlungszeit eine Zeit des „DA-SEIN“ umzuwandeln. Diese Zeit kann und darf man in ein Gespräch oder Handreichung mit dem Patienten verändern, wenn er dies möchte und braucht. Der Physiotherapeut sollte sich dabei nicht als Psychologe betätigen, sondern als aufmerksamer offener Zuhörer. Dies schafft Vertrauen und ist auch ein wichtiger Teil der Menschlichkeit. Man sollte auch den Mut haben dies für Medizinische Dienste zu dokumentieren. Somit ist immer neben dem Arzt und der Pflege, als erstes der Patient der täglich entscheidende Indikator für den Physiotherapeuten über die Dauer, Intensität und Abweichungen in der Behandlung. Seine Aussagen und Wünsche sind in die Physiotherapie zu integrieren und auch ein temporäres Verweigern ist ohne Vorbehalte zu akzeptieren. Palliativpatienten sind aufgrund Ihrer schweren lebensverkürzenden Erkrankung sehr offen gegenüber dem Physiotherapeuten und können Gefühle wie Freude, Frust, Ablehnung, Schmerz und Trauer sehr direkt zeigen.

Folgende Indikationen bieten sich dem Arzt, der Pflege, und dem Physiotherapeuten die Physikalische Therapie heute Physiotherapie in seinen palliativen Therapieplan einzubauen:

1. Vorbereitung des Patienten auf medikamentöse ,operative , Bestrahlungstherapien, oder andere Maßnahmen durch die Physiotherapie (Pneumonieprophylaxen, Stoffwechsel und Kreislauftraining, Atrophie und Kontrakthturprophylaxe)
2. Begleitung der laufenden medikamentösen oder anderen Therapien , einschließlich der Behandlung von primären oder sekundären Nebenwirkungen (Prophylaxen, detonisierende Massagen, Kolonmassagen, Lymphdrainagen, Krankengymnastik, Elektrotherapie , Hydrotherapie, Kryotherapie je nach Symptomatik)
3. primärer Einsatz von Physiotherapie zur Behandlung von Schmerzsymptomatiken (Muskel und Gelenkschmerz), Dyspnoe, Obstipation, Ödemen, Parästhesien uvm.
4. Einsatz von Physiotherapie nach der medikamentösen Therapie zur Regeneration des Patienten, bzw. unterstützend für den Transfer in den ambulanten , häuslichen Bereich (Hilfsmittelversorgung , Anlernen der Angehörigen im Umgang (Handling) des Patienten , Organisation der ambulanten Weiterbehandlung durch selbstständige Kollegen auch in Form von Hausbesuchen)
5. Unterstützender und prophylaktischer Einsatz der Physiotherapie- über den gesamten ärztlichen und pflegerischen Therapiezeitraum (1.- 4.)

Physiotherapeutische Therapieformen in der Palliativmedizin

Im Folgenden werden die physiotherapeutischen Maßnahmen beschrieben, welche in der Palliativmedizin derzeit am häufigsten Anwendung finden.

Krankengymnastik:

Die Krankengymnastik bildet mit den verschiedenen passiven, assistiven und aktiven Bewegungs- Transfer und Lagerungstechniken einen Schwerpunkt in der Palliativmedizin. Dazu gehört auch der große Bereich der Atemtherapien, sowie die Prophylaxen (PP,DP,KP). Je nach Schwere und Verlauf des Krankheitsbildes (z.B. AIDS, Krebs, ALS) ist das physiotherapeutische Ziel der weitestgehende Erhalt der Funktionen des Bewegungsapparates, Atmung, Kreislauf und Stoffwechsel. In der Behandlung von Palliativpatienten ändern sich die Ziele der klassischen Krankengymnastik, da mit einer Rehabilitation nicht zu rechnen ist, in die Ziele Symptomkontrolle, Schmerzlinderung, Begleitung. Der Palliativpatient leidet häufig unter einem schnellen Kräfteverfall und Schmerzen auch durch lange Liegezeiten.

Somit muß der Therapeut die Intensität und Behandlungszeit (30 Minuten) oft sehr variabel anpassen. Ideal wäre es, er könnte die Behandlungsfrequenz von einmal täglich auf zweimal täglich erhöhen. Häufig kann der Patient vormittags, am nächsten Tag wieder besser nachmittags die Behandlung erleben. Je länger die volle Immobilität des Patienten hinausgezögert werden kann, umso leichter gestaltet sich seine Pflege. Häufig kann der Patient eine Verbesserung der ADL (Aktivitäten des Täglichen Lebens) und durch Verringerung der Abhängigkeit alte Kräfte und Bewegungsfähigkeiten entwickeln. Wenn auch nur auf begrenzte Zeit, ist dies ein Würdeprozess. Ein Patient beschrieb es so: " Sich noch bewegen können, ist für mich Leben und hilft mir beim Sterben."

Atemtherapie

Dyspnoe spielt bei Palliativpatienten eine besondere Rolle. Die eingeschränkte Atmung ist oft ein Angst auslösendes Problem für den Patienten. Lange Liegephasen und Schmerzen fördern die Flachatmung. Dies führt wiederum zu Leistungsverlust und belastenden Symptomen wie Schleim, Rasseln, Schmerzen. Die sensibel durchgeführte Atemtherapie bewirkt eine Pneumonieprophylaxe, Schleimlösung, eine gesteigerte Belastbarkeit durch bessere Sauerstoffsättigung des Blutes, eine Stärkung der Immunabwehr und Möglichkeiten zu Schmerzbekämpfung durch Atem- und Entspannungstechniken. Zu unterscheiden sind Techniken ohne- und mit Hilfsmittel. Ohne Hilfsmittel sind die Atemlenkung, Kontaktatmung, Hustentechniken, Bauchatmung, Drainagelagerung, Dehnlagerung, Hautfaltenatmung,

Interkostalausstreichung. Mit Hilfsmitteln: intrapulmonale Perkussion, positiv endexpiratorischer Druckatmung, floworientiertes Atemtraining, Totraumvergrößerung
Eine Linderung von Schmerzen kann durch: Basaltexpte, Stimmmodulation, Hecheln, Lippenbremse, autogenes Atmen, Körperwanderung mit dem Atem, phonisches Atmen. unterstützt werden

Bewegungsbad

Die krankengymnastische Behandlung im Bewegungsbad bewirkt eine Schmerzlinderung durch das warme Medium Wasser mit seiner fast schwerelosen Auftriebskraft. Diese Faktoren bewirken eine Bewegungserleichterung und Entspannung im Bereich von Muskeln und Gelenken besonders bei langer Bettlägerigkeit und starken Kontrakturen. Bei Palliativpatienten beobachtete ich durch die Auftriebskraft und angenehme Wassertemperatur von 33- 34°C, nach der Behandlung eine generelle Entspannung und Gelöstheit. Einige Patienten waren nach dem Erlebnis "Bewegungsbad" sehr angestrengt, jedoch glücklich, diese Schwerelosigkeit noch einmal oder auch zum ersten Mal erlebt zu haben. Bei muskulär sehr schwachen Patienten sollte der im Wasser befindliche Therapeut den Patienten durch das Wasser tragen. Abzuwägen ist die Therapie im Bewegungsbad bei starkem Hitzeempfinden durch medikamentöse Therapie und bei stark labiler Herz. - Kreislaufsituation. Außer der Patient ist über die möglichen Risiken der Überlastung aufgeklärt und möchte es trotzdem unbedingt erleben.

Hilfsmittelversorgung

Auch im Bereich der Hilfsmittelversorgung ist für die Physiotherapeuten eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten, Pflegekräften Sanitätshäusern und den Krankenkassen notwendig. Nur so kann ein sinnvoller und gleichzeitig kostengünstiger Einsatz von Hilfsmitteln erreicht werden. Zum Einsatz kommen primär: Rollatoren, Rollstühle, Schienen, Gehhilfen, Inhalatoren und ergonomische Arbeitsmaterialien. Dabei spielt für den Palliativpatienten die Einbindung und das Anlernen der Angehörigen eine wichtige Rolle. Dies gilt besonders wenn noch eine begrenzte Lebensphase im häuslichen Umfeld angestrebt wird. Der Physiotherapeut verfügt durch seinen häufigen Voreinsatz in rehabilitativen Bereichen über umfangreiche Kenntnisse im Bereich angepasster Hilfsmittel.

KPE (Komplexe Physikalische Entstauungstherapie)

Besteht aus den Komponenten:

- 1) Hautpflege
- 2) Manuelle Lymphdrainage
- 3) Kompressionstherapie
- 4) leichte krankengymnastische Übungen

Die Manuelle Lymphdrainage

Die häufig bei Palliativpatienten auf tretende Ödeme werden vom Physiotherapeuten durch Manuelle Lymphdrainage behandelt. Diese spezielle manuelle Beeinflussung des Lymphsystems ist wiederum eine wichtige Säule in der Behandlung von Ödemen bei Palliativpatienten. Ziel ist es, durch die manuelle Anregung der oberflächlichen Lymphgefäße Lymphe und lymphpflichtige Last in ödemfreie Quadranten zu drainieren.

Die tägliche physiologische Lymphmenge beläuft sich auf 1 - 2 Liter. Kommt es zu Abflussstauungen, z.B. nach operativer Ausräumung regionärer Lymphknoten, Bestrahlungen, Tumore etc., kann die Lymphe nicht abfließen. Sie verbleibt im Interstitium. Das eingelagerte Eiweiß erzeugt dort eine Proliferation Eine Neubildung von Bindegewebsfasern. Das Gewebe sklerotisiert. Durch vorsichtige manuelle, druckminimale Beeinflussung der oberflächlich netzartig über den ganzen Körper verteilten Lymphgefäße findet im Interstitium eine beschleunigte Füllung der Lymphkapillaren statt. Gleichzeitig erhöht sich die Lymphvasomotorik der tiefer liegenden Lymphangiome durch gesteigerten Fülldruck um ein Vielfaches. Zusätzlich werden Anastomosen und Kolateralkreisläufe ausgenutzt. Hochlagern der betroffenen Extremität unterstützt die Entödematisierung.

Da die manuelle Lymphdrainage eine ruhige und sanfte Behandlungsart ist und bis zu 60 Minuten dauern kann, ist neben der Ödemreduzierung eine entspannende Wirkung zu beobachten. Die häufige Fragestellung "Metastasenförderung durch manuelle Lymphdrainage?" ist derzeit mit "Keine Einschränkung, weil an den Stoffwechsel gebunden" zu beantworten. Die Behandlung im direkten Tumorgebiet (z. B. bei Prostata-Ca.) ist zu natürlich zu unterlassen. Proximal , ja !

Kompressionstherapie

Die Manuelle Lymphdrainage wird stets mit einer Kompressionstherapie mit Kurzzugbinden kombiniert. Durch den Druck auf das Interstitium wird eine vermehrte Ultrafiltration aus dem arteriellen Schenkel verhindert und die Rückresorption im venösen Schenkel erhöht. Gleichzeitig bildet die Bandage ein Widerlager für die

Muskulatur der Extremität und unterstützt so die lymphatische Entsorgung durch Muskelkontraktion. Auf Hautpflege und Unterpolsterung ist zu achten, da schon kleinste Wunden zur Steigerung der lymphatischen Last führen und den Therapieerfolg begrenzen können. Somit ist die täglich manuelle Lymphdrainage mit anschließender Kompressionsbandagierung und darauffolgender Krankengymnastischer Übungen in der Bandage (Muskelpumpe) einschließlich einer Hochlagerung die optimale therapeutische Versorgung eines Patienten mit Lymphödem. Da dies aber häufiger wegen fehlender Therapeutenmenge täglich nicht möglich ist, wird in der Therapiefreien Zeit gewickelt. Bei Abschluss der Therapie das heißt das Ödem stagniert kann wenn gewünscht der Patient entweder mit Kompressionstrümpfen nach Maß (lassen sich häufiger schwer anziehen) oder besser mit einer ausreichenden Menge von Kurzzugbinden ausgestattet werden. Eine regelmäßige Kontrolle und Versorgung ist unabdingbar.

TENS (Transkutane Elektrische Nervenstimulation) / Reizstrom

Der Einsatz von TENS oder Reizstrom Geräten findet im stationären und ambulanten Bereich zur Schmerztherapie statt. Mittels Klebeelektroden auf der Haut werden niederfrequente Impuls- und Gleichströme ins Schmerzareal geleitet. Nach der Gate - Control - Theorie von Melzack und Wall werden dadurch die Mechano - und Vibrationsrezeptoren der Haut erregt und leiten einen Impuls weiter zum Rückenmark, der dort die schmerzhemmenden Fasern aktiviert. Leider läßt die Wirkung durch den Gewöhnungseffekt nach einiger Zeit nach. Diesem Gewöhnungseffekt kann man durch Frequenzmodulation entgegenwirken. Die TENS - Behandlung ist bei leichten bis mittelstarken Schmerzen wirksam und kann nach kurzer Anleitung vom Patienten selbständig angewandt werden.

Klassische Massage

Der Physiotherapeut übt leichte Druck und Zugreize, die mit der Hand in den verschiedenen Gewebsschichten und mit unterschiedlichen Grifftechniken aus. Die Wirkung beruht je nach Technik, Behandlungsdauer und Intensität, Ausgangslage des Gewebes des Patienten auf einer tonisierende oder detonisierende Wirkung, auf den Muskeltonus, eine durchblutungsfördernde, und entstauende Wirkung auf das Zirkulationssystem, eine anregende oder beruhigende Wirkung auf das Nervensystem aus Hervorgerufen durch die lange Bettlägerigkeit und starken Schmerzen des Patienten ist dieser oft extrem verspannt. Hier kann die klassische Massage, sensibel dosiert, eine angenehme detonisierende Wirkung erzielen. Gleichzeitig dient sie als gute vegetativ wirksame Kontaktaufnahme. Viele Patienten reagieren mit spontaner Entspannung und Erleichterung auf diese Art Behandlung Die Fragestellung Metastasenförderung durch Massage konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Es versteht sich von selbst dass ein Physiotherapeut das eigentliche Tumorgebiet bei Massagen ausspart.

Kolonmassage

Die Kolonmassage ist eine in Verlaufsrichtung des Kolon kreisende Massagetechnik, die die Darmperistaltik innerhalb des Pas ascendens, transversus, descendens anregt. Manchmal überraschend schnell ist vermehrter Stuhldrang, verbesserte Eigenperistaltik und Abflachung von Blähungsschmerzen zu beobachten.

Viele Patienten leiden aufgrund der medikamentösen Therapie (z.B. Morphine) und Bewegungsmangels unter Obstipation, die sich trotz starker Abführmittel nicht verbessert . Hier ist die Kolonmassage eine sanfte physiologische Therapie mit Darmperistaltik anregender Wirkung, so daß bei Therapieerfolg evtl. Abführmittel reduziert werden können.

Bindegewebsmassage (richtiger Bindegewebsreflexzonenmassage über den Rücken nach Teirich –Leube) und Fußreflexzonenmassage nach Dr. Fitzgerald

Dies sind neuraltherapeutische Massagetechniken, die durch charakteristische Zugreizgebung in verschiedenen Gewebsschichten, die die cutiviszeralen Reflexbögen bzw. Meridiane nutzen, um modulierend regulierend auf vasomotorik und viszeromotorik der inneren Organe detonisierend auf Muskulatur, überlagernd auf die A-2-Fasern und nozizeptorischen c- Faser- Input je nach Technik wirken können. (BGM nach Dicke o. Teirich - Leube / Fußreflexzonenmassage n. Dr. Fitzgerald) Die Wirkung ist regulierend , detonisierend , schmerzlindernd, beruhigend. Diese Techniken eignen sich in hervorragender Weise bei vegetativ labilen Patienten und Tumorpatienten, wo die normalen Behandlungsgebiete durch Hautveränderungen (exulzierende Wunden, offene Tumore, Bestrahlung, Ulcerationen, Decubiti) oder durch Schmerzen nicht direkt erreicht werden können. Die Reflexbehandlung ermöglicht es, diese Gebiete trotzdem zu behandeln und so konsensuelle, Overflow Reaktionen von Gefäßen u. Nerven auszunutzen.

Fango/Heißluft/Rotlicht

Es sind durch geologische Vorgänge entstandene organische Moore, Torfe oder anorganische Schlamm (Kieselschlamm). Die Moorparaffinpackung ist eine Mischung aus Paraffin und pulverisiertem Trockenmoor (Fangopackung). In Form einer transportablen, an den Körper oder Extremitäten anmodellierbare gleichtemperierte Masse. Die Wirkung beruht auf langanhaltende, gleichmäßige Wärmeabgabe. Wohltuend für Palliativpatienten, die nicht unter Hitzestau leiden. Als gute Therapie zeigt sich die Applikation von Fango als muskeldetonisierende und schmerzlindernde Maßnahme vor allem bei lange bettlägerigen Patienten, die häufig extrem verspannt sind und als Vorbereitung zur Massage. Dies gilt auch für den Gelenkbereich bei Kontrakturen. Gleiche bzw abgeschwächte Wirkung haben Heißluft, Rotlichtbestrahlungen, Heiße Rolle je nach Dauer der Einwirkung.

Resümee

Oft kann Physiotherapie/Physikalische Therapie durch regelmäßigen, engen, körperlich - taktilen Kontakt zum Palliativpatienten lindernde hilfreiche Effekte erzielen. Nähert sich der Patient dem Finalstadium zieht sich der Therapeut oft im Sinne des Patienten und Angehörigen zurück, Wenn er doch bleiben sollte steht das DA SEIN an erster Stelle. Man muß sich aber gut auf eine solche Bitte vorbereiten. Man kann auch als Mitmensch und Therapeut mit einer Bitte überlastet sein und sollte dies im palliativen Team ansprechen.

Der Begriff "Palliativmedizin" wird abgeleitet von dem lateinischen Wort "palliare". Es bedeutet: mit einem Mantel bedecken, beschützen, bewahren. Auch eine wichtige Aufgabe für uns selbst und die Palliativpatienten.

Beispiele für Behandlungsplanung und Verlauf nach häufig auftretenden sekundären Schmerzsymptomen bei Palliativpatienten

Eine Grundvoraussetzung war immer eine vorherige ärztlich kontrollierte, angepasste medikamentöse Schmerztherapie für die primäre Schmerzursache (oft Tumore)!

Der Kopfschmerz und Nackenschmerz

Ein häufig auftretendes Krankheitsbild beim Palliativpatienten ist der Kopfschmerz und Nackenschmerz mit seiner verschieden ausstrahlenden Lokalisation. Wir stellten bei diesen Patienten Auffälligkeiten in der Verschieblichkeit der Kopfschwarte und stärkere Schmerzhaftigkeit entlang der Hinterhauptschuppe und im Bereich der Stirnhöhlen fest , begleitend von einer Muskelverspannung der Nacken - Schulter - Region . Die Therapien bestanden in diesen Fällen aus Kombinationen, oder Behandlungsserien vorsichtiger ableitender Kopf - Nacken - Rückenmassagen zur Detonisierung, Manueller Lymphdrainage des Kopfes und der Schulter, um die häufig vermehrte Gewebsflüssigkeit im Bereich Gesicht und Kopf zu reduzieren, Reflexzonenmassage (BGM , Fußreflexzonen ,) bei vegetativ beeinflussbaren , instabilen Patienten, Kneippsche Güsse der Beine um das Blut vom Kopf in die Peripherie absacken zu lassen, und nicht zuletzt Atemtherapie zur besseren Sauerstoffversorgung . Nach Abklingen der Schmerzen lag der Schwerpunkt dann in der funktionellen, mobilisierenden, Therapie wie Krankengymnastik, Bewegungsbad, intensiveren Massagen des Rückens und der Beine.

Rückenschmerzen

Die Angabe von Rückenschmerzen durch Palliativpatienten ist ein häufiges Symptom welches oft vielschichtige Ursachen hat. Einerseits können diese Schmerzen durch Wirbelsäulenmetastasen oder örtlichen Tumoren hervorgerufen sein, andererseits ist die Immobilität, Bettlägerigkeit und der Kräfteverfall die Ursache für muskulären Rückenschmerz. Neurogener Rückenschmerz, durch z.B. Verengung der Foramina intervertebrale, war seltener zu beobachten und hatte mehr frühere degenerative Prozesse als Hintergrund. Auch bakterielle und virale Erkrankungen können Rückenschmerzen verursachen. Die Therapie bestand in vielen Fällen je nach Patient, in Rotlichtbestrahlungen oder kleiner Fango mit klassischer Massage, manchmal kombiniert mit Reizstromtherapie (Interferenz). Wenn die Situation des Patienten es zuließ wurde auch Bewegungsbad verordnet. Je nach Stärke der Schmerzen wurden zusätzliche Therapiekombinationen eingeleitet aus beginnender leichter Krankengymnastik, sowie isometrische Spannungsübungen und Rückenschule mit Lagerungsänderung sowie Atemtherapie. Bei sehr vielen Patienten war eine direkt spürbare Erleichterung und Schmerzreduzierung angegeben worden.

Muskel- und Gelenkschmerzen

In der allgemeinen Betrachtung eines Palliativpatienten ist die Schmerzentwicklung in der Muskulatur und der Gelenke des gesamten Bewegungsapparates im Zusammenhang mit der langen, häufig ungewohnten, Bettlägerigkeit und den Tumorbedingten, teilweise jahrelangen, Schmerzsituation des Patienten zu berücksichtigen. Somit ist der Therapeut häufig mit stark atrophierter, verspannter und geschwächter Muskulatur im Bereich des Nackens, Rückens, Kreuzbeins und kontrakten Gelenken insbesondere Knie, Sprunggelenke , Schulter und Ellenbogengelenke konfrontiert , die nur durch anfangs passive - assestive und später aktive bis resistive Krankengymnastik verbessert werden können. Dies ist auch ein wichtiger Aspekt für die Pflege und motiviert den Patienten zur Mitarbeit. Auch hier sind detonisierende Massagen und vorsichtige und gezielt dosierte Wärmeapplikationen durch Fango oder Rotlicht angezeigt, da die noch vorhandene Muskulatur häufig extrem verspannt und teilweise verkürzt ist, und diese wiederum schmerzhaft, starken Zug auf die kontrakten Gelenke ausüben kann. In diesem Bereich besteht nach der Kontraktur- und Pneumonieprophylaxe, die Möglichkeit krankengymnastischer Techniken wie Manuelle Therapie und PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Faszilitation), oder auch FBL (Funktionelle Bewegungslehre) einzubauen, um nur einige zu nennen. Diese Techniken können am Patienten im Bett geübt, und auch für ein Heimprogramm gelehrt werden. Die Schmerzlinderung ist für den Patienten häufig unmittelbar spürbar, und ermöglicht einen größeren Bewegungsradius. Da viele Patienten kräftemäßig nicht mehr in der Lage sind, alle nötigen Bewegungen für die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) durchzuführen, muss hier die Therapie frühzeitig einsetzen, um möglichst viel Kraftreserven zu erhalten, auch für die laufenden ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen.

Spannungsschmerz durch Ödeme

Tumore, und durch deren medikamentöse, operative, strahlenbedingte Behandlung entstandenen Ödeme, stellen eine sichtbare und oft schmerzhaft spürbare Bewegungseinschränkung und ein großes Gewicht an den Gelenken dar. Die Druckempfindlichkeit und der Spannungsschmerz der betroffenen Extremität ist sehr hoch. Hier kann die Manuelle Lymphdrainage mit anschließender Kompressionstherapie ödemverringend und somit Gewicht reduzierend wirken. Wichtig ist, dass passive, oder besser aktive Bewegungen in der Kompression durchgeführt werden (KG), um die physiologische Muskelpumpe zu aktivieren. In der passiven Ruhe- und Erholungsphase des Patienten ist die Lagerung der Extremität über Herzniveau durch Lagerungsmittel anzustreben, um den Rückfluss der Lymphe durch die Erdschwere zu unterstützen. Die Kompression ist morgens anzulegen und erst abends im Bett wieder abzulegen, um nachts die Regeneration der Haut zu ermöglichen. Entsprechende Hautpflege ist selbstverständlich, um zusätzliche Ödemproduzierende Wunden zu vermeiden. Die klinische Erfahrung zeigt eine Abnahme der Schwellung oder des Spannungsgefühls und somit Schmerzlinderung. Die tumorbedingten Kopfödeme können starke Schwellungsschmerzen im Gesicht, wie auch Spannungsschmerzen in dem Hals - Schulterregion verursachen. Hier hat der Einsatz mit Manueller Lymphdrainage für das Gesicht, und leichte, vorsichtige Nackenmassage mit kombinierter Krankengymnastik für die obere Körperregion oft Linderung der Schmerzen erreicht. Die Kompression durch Bandagieren des Kopfes waren nur vereinzelt und partiell möglich.

Häufige Probleme in der Ödemtherapie sind: - falsche Lagerung, keine Kompression möglich, einengende Kleidung und Unterwäsche. Verursachen von Wunden durch Spritzen, Blutentnahmen und venöse Zugänge an den betroffenen Extremitäten. Dies kann in Stunden die Arbeit von Tagen zunichte machen. Die Kompression und die Lymphdrainage sollte zu Hause ambulant weitergeführt werden, da ein Lymphödem zur Progression neigt. Die Kombination aus medikamentöser Thromboseprophylaxe und Bewegungsmangel verursachen häufig Ödeme, und können bei rechtzeitig unterstützender Physiotherapie vermieden werden. Auch dabei ist die Größe, Lage und Wachstumsgeschwindigkeit eines Tumors Parameter für den Behandlungs- und Erfolgsverlauf. Man bedenke, dass die Diuretika nur bei Eiweißarmen Ödemen die gewünschte Wirkung zeigen

Bauchschmerzen durch Obstipation und Blähungsschmerz

Viele Palliativpatienten erleiden aufgrund Ihrer psychisch belastenden Erkrankung und, oder der notwendigen Medikamentierung (z.B. Morphin) eine Obstipation. Durch eine Kombinationstherapie aus Kolonmassage, leichter Krankengymnastik und anschließender Applikation einer kleinen Fango auf die Bauchregion, kann die Darmperistaltik angeregt werden. Die Anregung der Darmperistaltik durch kreisende Massage des Kolon, die Bewegung des Kolons, durch leichte krankengymnastische Bewegungsübungen mit eingebauter Atemtherapie, und die Wärme einer in Bauchregion angelegten, anschließenden Fango, bewirken die zum Abführen wichtigen Aspekte aus beginnender sympatiktone, muskulärer Anspannung, zur vegetativen Umstimmung ,somit Entspannung bis hin zur Stuhlentleerung. Die zusätzlichen Begleiterscheinungen, schmerzhaftes Völlegefühl und der Blähschmerz, können durch Kolonmassage reduziert werden, und somit primär oder auch begleitend als Unterstützung der abführenden Medikamentierung eingesetzt werden.

Neurogener Schmerz durch Parästhesien

Schmerzhafte periphere Parästhesien

können durch Reizstromtherapie (z.B. Tens, Hochvolt, Interferenz) nur dann beeinflusst bzw. unterdrückt werden, wenn die Schmerzsituation nicht überstark ist. Nur wenn der Patient die Reizströme und ihren modulierenden unterdrückenden Einfluss auf die Schmerzweiterleitung ohne große Schmerzschübe über einen langen

Zeitraum regelmäßig erhalten kann, ist deren analgetische Wirkung (Überlagerung durch Gatecontrol) für den Patienten spürbar. Wichtig bei Parästhesien sind die krankengymnastischen Programme mit z.B. taktiler Desensibilisierung und Bahnung, um bei tumorbedingter Drucksymptomatik auf einen Nerven, beziehungsweise einen Plexus, die Innervation und Funktion zu schulen und zu erhalten. Verringert z.B. der sich ein Tumor unter der ärztlichen Therapie (OP), oder verringert seinen raumgreifenden Prozess auf den betroffenen Nerv, so ist die Regenerationschance in Abhängigkeit zur Dauer der Druckbelastung wesentlich höher, als wenn die betroffenen Muskeln und Gelenke nicht beübt wurden. Kontraktur und Athropiephropyaxen sind hierbei eingeschlossen. Oftmals konnten die Patienten durch die anfangs passive, dann assestive bis zur aktiven, resistiven krankengymnastischen Behandlung Ihre Oberflächen- und Tiefensensibilität verbessern. Bei Lähmungserscheinungen muss die betroffene Extremität passiv aktiviert werden, um Kontrakturen und Muskelatrophie weitgehend zu verhindern und dadurch die noch mögliche Mobilität zu erhalten.

Dies ist wichtig im Bereich, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und besonders der Körperpflege des Palliativpatienten.

Entzündungsschmerz

Die analgetische, entzündungshemmende Wirkung der kurzzeitigen Eisanwendung ist bekannt und bei Palliativpatienten durchaus anwendbar. Die Schmerzen der häufig auftretenden Mundtrockenheit und deren manchmal entzündlichen Prozesse können zum Beispiel durch kleine gelutschte Eisstückchen verbessert werden. In Handtücher eingeschlagenes Natureis kann bei Temperaturerhöhung und Hitzewellen im Bereich der Beine zur Ableitung in Form von Abreibungen und Waschungen durchgeführt werden. Grundsätzlich ist hierbei Natureis zu verwenden, da dies anders als Kunsteis physiologisch angepasst durch die Körpertemperatur des Patienten schmilzt, und somit die Gefahr von Nekrosen nicht besteht. Diese Therapie setzt warme und gut durchblutete Extremitäten voraus. Eine zusätzliche, schonende und für den Patienten nicht spürbare Behandlungsmöglichkeit bei entzündlichen Prozessen des Bewegungsapparates stellt die Ultraschalltherapie dar. Hierbei können auch medikamentöse Kontaktmittel verwendet werden (z.B. Voltaren zur Phonophorese). Der Ultraschall sorgt für eine nicht spürbare resorptionsfördernde Vasodilatation. Er wirkt analgesierend und hat eine anregende Wirkung auf die Gewebsregeneration im lokal erkranktem Gebiet.

Thoraxschmerz durch Lungeninsuffizienz

Die Schmerzzustände im Bereich des Thorax und der Lunge haben neben der primären Erkrankung der Lunge neben der Tumorproblematik auch Ursachen im Bewegungsapparat, und hier insbesondere im Bereich der Brustwirbelsäule, der Rippen, des Schultergürtels und des Sternums, und der dazugehörigen Muskulatur die die Inspiration und Expiration ermöglichen, beziehungsweise unterstützen. Diese Muskulatur ist bei Palliativpatienten häufig insuffizient, und der Bewegungsapparat in dieser Brustwirbel- Thoraxregion eingeengt. Die Folgen sind unerwünschte Herz- und Kreislaufbelastung, Pneumoniegefahr, Dyspnoe und Zyanose. Hier setzt die Physiotherapie gezielt und dosiert mit manueller Atemtherapie ein, unterstützt durch Hilfsmittel. Einige Behandlungsbeispiele beginnend mit Kontaktatmung, Dehnlagerungen, manuelle Perkussionen und unter Einsatz von Hilfsmitteln wie Flow, Giebelrohr, Bird, VRP1 zur Verbesserung der Atemlenkung, Atemtiefe, Wahrnehmung und Sekretolyse, seien nur exemplarisch aus diesem großen Therapiebereich genannt. Bei Symptomverbesserung kommen mehr aktive Therapien aus der Krankengymnastik und der Physikalischen Therapie wie Intercostalausstreichungen, detonisierende Massagen, Kneippsche Güsse zum tragen. Die Inhalationstherapie kann unterstützend eingebaut werden in Form von Wandinhalationen bei Liegendpatienten, oder wenn vorhanden, in Physikalischen Therapien durch stationäre Inhalationsplätze mit den durch den Arzt verordneten Medikamenten.

Resümee`

Vergessen sie im komplexen Geschehen nicht die mit betroffenen Angehörigen. Immer häufiger zeigt sich eine körperlich-seelische Überlastung auch bei ihnen. Immer häufiger nehmen auch sie die Möglichkeiten der Physiotherapie in Form einer eigenen Stärkung und Stabilisierung selber an.

Die beschriebenen Therapien wurden nach Möglichkeit täglich durchgeführt, und nur wenn es der Palliativpatient ablehnte, oder die multiprofessionelle Therapie es nicht zuließ, unterbrochen. Diese Unterbrechungen sind bei Palliativpatienten zu akzeptieren und zu respektieren. Eine gute Dokumentation, die den behandelnden Ärzten und der Pflege sowie dem Team jederzeit zugänglich ist, halte ich für unbedingt notwendig (z.B. Optiplan, Visitenbuch o.ä.). Das Einbinden der Angehörigen in die Therapie ist für den Patienten wichtig, und ermöglicht dem Therapeuten eine bessere Beurteilung der früheren Resourcen und der momentanen häuslichen Situation. Dies wäre nötig, falls eine Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nach der Entlassung aus der Klinik ansteht. Informationsaustausch bei der Entlassung, und Übergabe eines Palliativpatienten an ambulant tätige Therapeuten, ist gerade in der physiotherapeutischen palliativen Therapie Pflicht.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass diese beschriebenen Therapien bei Palliativpatienten kein pauschales festes Wirkprinzip garantieren. Gerade bei Palliativpatienten spielen sehr viele körperliche und seelische Einflüsse eine entscheidende Rolle. Viele Therapieideen sind aus Rücksicht auf die Situation des Patienten nicht weiter verfolgt worden. Somit ist dieses Script zwangsläufig und bewusst unvollständig, und fordert zu weiterer Erforschung von bekannten und unbekanntem Therapien heraus, die zur physiologischen Schmerzlinderung und Begleitung bei Palliativpatienten durch die Physiotherapie beitragen können. Die beschriebenen Behandlungen haben den Patienten in vielen Fällen geholfen, einige davon direkt und unmittelbar, und einige (z.B. Fußreflexzonenmassage), obwohl ihre Wirksamkeit nicht wissenschaftlich bewiesen ist. Für den betroffenen Palliativpatienten und seine mit betroffenen Angehörigen spielte dies keine Rolle!

Anschrift des Verfassers

Peter Nieland
 Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein.Sieg
 Leiter der Physiotherapie des Malteser Krankenhauses Bonn / Rheinbach
 Sprecher AG Physiotherapie der DGP

von - Hompesch - Str. 1
 53123 Bonn
 Tel.: 0228 / 6481323
 Fax.: 0228/ 64819065
 Mail : Peter.Nieland@Malteser.de
 Infos : www.dgpalliativmedizin.de
www.hospiz.net

Literaturverzeichnis

- Aulbert, E. u. Zech, F-J.: Lehrbuch für Palliativmedizin, Schattauer, Stuttgart 2000
- Aulbert, E. u. Klaschik, E. u. Pichlmaier, H. (Hrsg.): Beiträge zur Palliativmedizin, Band 3 Palliativmedizin – Verpflichtung zur Interdisziplinarität, Schattauer, Stuttgart 2000
- Aulbert, E. u. Nauck, F. u. Radbruch, L.: (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. vollständig überarb. U. erw. Auflage, Schattauer, Stuttgart 2006
- Babanek, A.: Wenn Sterbende aufhören zu sprechen. In: Böke et al. (Hrsg.). Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Motivation – Schutzräume – Problemfelder, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 2002
- Bausewein, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin, Urban & Fischer, München, Jena 2004
- Bender, S.: Teamentwicklung: der effektive Weg zum „Wir“, dtv, München 2002
- De Shazer, S.: Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie, 2. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart 1990

Egidi, K. u. Boxbüchner, M. (Hrsg.): Systemische Krisenintervention, Forum 31, Tübingen 1996

Eurich, C.: Spiritualität und Ethik. Auf einem Weg zu einem Ethos des Einsseins, Kreuz, Stuttgart 2003

Ewald, G.: Nahtoderfahrungen, Topos plus, Kevelear 2006

Grönemeyer, D.: Mensch bleiben, High-Tech und Herz – eine liebevolle Medizin ist keine Utopie, Herder, 3. Aufl. 2003

Höffe, O.: Medizin ohne Ethik?, Edition Suhrkamp, Frankfurt am Main 2002

Husebo, S u. Klaschik, E.: Palliativmedizin, 3. Auflage, Springer, Berlin 2003

Katamay, A.: Diplomarbeit Das Thema Tod und Sterben in der Physiotherapie. Wie gehen Studenten damit um? Akademie für Physiotherapie Wels, Eigenverlag 2003

Kern, M.: Palliativpflege – Richtlinien und Standards, Pallia Med Verlag, Bonn 2006

Kirchner, P.: Die Ängste von Physiotherapieschülern vor und während der Behandlung schwerkranker Patienten. Zeitschrift für Physiotherapeuten, Pflaum, München 1998

Klaschik, E.: Symptome in der Palliativmedizin, Schlütersche, Hannover 2003

Kojer, M.: Alt, krank und verwirrt. Einführung in die palliative Geriatrie, Lambertus, Freiburg im Breisgau, 2002

Kostrzewa, S. u. Kutzner, M.: Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung, Hans Huber, Bern 2002

Kraus, S.: Bachelorarbeit Physiotherapie in der Palliativmedizin, Fachhochschule Hildesheim, Eigenverlag 2006

Läpple, V. u. Menzel, F. (Hrsg.): Sterbende und ihre Angehörigen begleiten, ein Praxisbuch für Gemeinden, Spener, Frankfurt am Main, 2002

LeShan, L.: Diagnose Krebs – Wendepunkt und Neubeginn, Klett-Cotta, 2. Aufl., Stuttgart 1993

Medicus, E.: "Hospiz" - "Palliativ" Ein Beitrag zur Begriffsbestimmung. www.hospiz.at, 4.4.2006

Mehne, S.: Systemische Physiotherapie für langzeit-, schwer- und todkranke Patienten, in: Mehne, S. u. Haupter, L.: Vom Tun und Lassen, Grundlagen der Systemischen Physiotherapie – SYS PT®, Pflaum, München 2002

Mehne, S.: Weltenwechsel, Wenn Eltern alt werden, vom Leben und Sterben mit Alzheimer, KiWuB, Mühltal 2000

Mehne, S.: Winterfell, Ein Roman über die Schwierigkeiten einer jungen Familie mit der Krankheit Krebs, Wiesenburg, Schweinfurt 2005

Mehne, S u. Nieland, P u. Simader, R Basiscurriculum Physiotherapie in Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizwesen – Pallia Med Verlag Bonn , Bonn 2007

Müller, M.: Dem Sterben Leben geben, Begleitung sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 2004

Müller, M. u. Schnegg, M.: Der Weg der Trauer, Herder Spektrum, Freiburg 2004

Nieland, P.: Physiotherapie in der Palliativmedizin, Zeitschrift für Physiotherapeuten, Pflaum, München 1998

Nieland, P.: Therapie des chronischen Krebschmerzes, Einsatz der Physiotherapie in der Schmerzbehandlung In: Lehrbuch für Palliativmedizin, Aulbert, E. u. Zech, F.-J., , Schattauer, Stuttgart 2000

Nieland, P.: Physiotherapie in der Palliativbetreuung, Zeitschrift der dipl. Physiotherapeuten Austria Nr. 3, Physio-austriaverlag Wien, Wien 2005

Nieland, P.: Physiotherapie in der Palliativbetreuung, inform – Zeitschrift von Physio Austria, Nr. 3, Wien 2005

Nieland, P. Schönleiter W. Rehabilitation in der Palliativmedizin , Physiotherapie und Physikalische Therapie In Lehrbuch für Palliativmedizin v. Aulbert, Zech, Radbruch 2.Aufl Schattauer Stuttgart 2006

Pribil, U.: Die letzten Stunden – sterbende Menschen begleiten und pflegen. In: Pleschberger, S. et al. (Hrsg.): Palliativpflege, Grundlagen für Praxis und Unterricht, Facultas Universitätsverlag, Wien 2005

Schnellnberger, M. u. Haunschmied, E.: Diplomarbeit Physiotherapie in der Palliativmedizin, Akademie für Physiotherapie Steyr. Eigenverlag 2003

Schulz von Thun, F.: Miteinander reden, Bd.1, Störungen und Klärungen, rororo, Reinbek bei Hamburg 1991

Schweizer, J. u. Von Schlippe, A.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Vandenhoeck & Ruprecht, Stuttgart 2000

Simader, R.: Die Rolle von Tod und Sterben in der Ausbildung zur PhysiotherapeutIn. Ein Interview, Inform – Zeitschrift von Physio Austria, Nr. 3, Wien 2005

Simader, R.: Die Rolle von Tod und Sterben in der Ausbildung zur Physiotherapeutin, Zeitschrift für Physiotherapeuten,