

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 1 (1996)

Heft: 1

Artikel: Physiotherapie bei Palliativpatienten

Autor: Keller-Knol, Hanneke

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091703>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

In der physiotherapeutischen Ausbildung, wie ich sie erlebt habe, ist nie über „Palliative Care“ gesprochen worden und nur sehr wenig über die Begleitung von Patienten, die in ihrer letzten Lebensphase sind. Dies ist noch immer so. Daher möchte ich den Physiotherapeuten die physiotherapeutischen Möglichkeiten bei Patienten, die mit palliativer Absicht behandelt, gepflegt und begleitet werden, aufzeichnen und sie damit vertraut machen. Ebenso möchte ich Denkanstösse für eine persönliche Auseinandersetzung mit dem Leben und Sterben vermitteln.

Hanneke Keller-Knol, Physiotherapie, Kantonsspital St.Gallen

Physiotherapie bei Palliativpatienten

Im Rahmen der Weiterbildung „Palliative Care“, eine 15-tägige, interdisziplinäre Weiterbildung der Schweizerischen Krebsliga, bekam ich den Auftrag, ein Projekt zu entwickeln, mit dem Grundsätze palliativer Behandlung, Pflege und Begleitung im eigenen Arbeitsfeld umgesetzt werden konnten.

Die folgenden Ausführungen beschreiben dieses Projekt schwerpunktmässig.

Mit einer Gruppe von acht Physiotherapeuten habe ich versucht, die oben erwähnten Ziele zu erreichen, indem ich eine Fortbildung von 4 mal 1 ½ Stunden anbot. Dieser Artikel ist eine Kombination aus dem, was ich vorbereitete und den Fragen und Anregungen, die aus der Gruppe hervorgegangen sind. Zudem stand ich den Teilnehmern bei Problemen jederzeit als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Zuerst fand ich, dass acht Personen für eine Weiterbildung sehr wenig sind, aber eine so kleine Gruppe lädt zu Diskussionen ein, die sehr intensiv sind.

Kursinhalt

Ich begann damit, über die Weiterbildung „Palliative Care“ zu erzählen, insbesondere, wie wir uns zuerst mit unserem eigenen Sterben und Tod befasst haben. Es ist wahr, wenn man sich nie mit seinem eigenen Tod befasst hat, kann man sich nicht in Patienten einfüllen, die in ihrer letzten Lebensphase sind.

Ich habe dann gefragt, wer von meinen Kollegen ein Testament oder eine Patientenerklärung gemacht hat.

Ein Testament hatte keiner der Anwesenden. Jeder fand, dass er bei einer Erkrankung mit tödlichem Verlauf und bei der er nicht mehr ansprechbar ist, keine lebensverlängernde Massnahmen mehr will. Dies wurde jedoch nicht in einer Patientenerklärung festgehalten.

Meine nächsten Fragen waren: „Was wisst Ihr über die speziellen Probleme, die bei Krebspatienten auftreten?“ „Wovor hättet Ihr am meisten Angst?“

Die Antworten waren: Klinikmühle, Schmerz, Reaktionen von Freunden und Familie, Ohnmacht, „Was passiert mit meinen Kindern?“ Gedanken an den Tod, Leiden, Auseinandersetzung mit dem Partner, Trauer, Wut, Zweifel.

Obwohl wir später viele lange und fruchtbare Diskussionen hatten, wurden zu diesem Zeitpunkt nur Stichworte genannt. Beim Wort „Palliative Care“ denkt man zuerst einmal an Krebspatienten, obwohl „Palliative Care“ nicht nur auf dieses Gebiet beschränkt ist. Bei jeder tödlich verlaufenden Krankheit kann man die Betreuung palliativ gestalten. Es war für den Kursverlauf ausschlaggebend, dass wir uns zuerst bezüglich dieser wichtigen Fragen eine Meinung bildeten.

Möglichkeiten der Physiotherapie zur Linderung der Beschwerden

Wenn der Patient einverstanden ist, bin ich froh, wenn Angehörige bei der Behandlung dabei sind.

Ich beginne die Behandlung mit einer Untersuchung, jedoch nur soweit dies für die spätere Behandlung nützlich ist. Hat ein Patient zum Beispiel sehr grosse Hüft- und/oder Beckenmetastasen, untersuche ich nur, wie weit die Hüftflexion möglich ist, damit ich weiss, ob der Patient auf einen normalen Stuhl und ein normales W. C. sitzen kann, oder ob entsprechende Anpassungen vorgenommen werden müssen.

Eine ausgedehnte Funktionsuntersuchung ist nicht angebracht, da wir in dieser Situation den Bewegungsradius nicht vergrössern wollen. Wenn die Gefahr einer Fraktur besteht, gebe ich den Patienten natürlich Gehhilfen und untersuche die Muskelkraft des anderen Beines und der Arme, um zu sehen, ob die Kraft ausreicht, mit Gehhilfen zu gehen. Falls nicht, versuche ich, die Muskeln zu stärken. Danach versuche ich, zusammen mit dem Patienten, ein Ziel für unsere Behandlung zu finden. Dies kann von mir wie folgt erwähnt werden: „Es wäre gut, wenn Sie bis zum W.C. laufen könnten.“ Patienten haben auch Ziele, z.B.: „Ich will turnen“, oder sie nehmen die vorgeschlagenen Ziele stillschweigend an, wie dies bei der Atemtherapie oft der Fall ist. Die Ziele sind oft nicht hoch gesteckt. Einer meiner paraplegischen Patienten

wollte lernen, sich im Bett alleine zu drehen, damit er seine Frau nachts nicht wecken musste. Ich hätte ihn auch lehren können, selbständig aufzusitzen, aber SEIN Ziel war das Drehen im Bett. So haben wir seine Energie dafür verwendet. Er war sehr glücklich, als er dies nach anderthalb Wochen beherrschte und somit seiner Frau nicht mehr als nötig zur Last fallen musste.

Schwierig ist es für mich, mit Patienten umzugehen, die etwas total Unmögliches von mir erwarten. Als Beispiel sei hier eine etwa 35-jährige Frau mit einer Paraplegie erwähnt. Sie hatte einen grossen Tumor im Rückenmarksbereich. Man hatte versucht, sie zu operieren, aber die Operation war erfolglos geblieben, was man ihr auch mitgeteilt hatte. Als ich in ihr Zimmer eintrat, sagte sie: „Ah, Sie lehren mich wieder laufen.“ Es hat mir einen Moment die Sprache verschlagen, doch dann habe ich ihr versucht zu erklären, dass dies wahrscheinlich nicht der Fall sein werde. Darauf wurde sie sehr aggressiv. Wir haben uns dann darauf geeinigt, dass Fortschritte möglich wären. Sie hat fest daran geglaubt und war davon überzeugt, wieder laufen zu lernen. Mein Ziel war es, dass sie im Bett unabhängiger wird (drehen usw.).

Wie gesagt, lege ich grossen Wert darauf, dass nahestehende Angehörige bei meiner Behandlung dabei sind. Einerseits bekommen die Angehörigen gerade bei der Physiotherapie ein sehr realistisches Bild von der Verfassung des Kranken, andererseits kann man die Angehörigen so immer wieder etwas machen lassen, damit sie nicht hilflos am Bett stehen und falls der Patient nochmals nach Hause geht, kennen sie schon einige Handgriffe, die es ihnen erleichtern, den Patienten zu pflegen.

Wünsche der Patienten

Grundsätzlich haben Palliativpatienten, die ich behandle das Recht zu sagen: „Ich will jetzt nicht oder ich mag heute nicht“. Das erste Mal ist es für einen selbst schon schwierig, sich nicht „beleidigt“ zu fühlen; man hätte doch so gute Sachen anzubieten. Natürlich gibt es auch Situationen, in denen ich versuche, den Patienten zu überzeugen, trotzdem mitzumachen. Einem Patienten mit Atemtherapie geht es oft viel besser, wenn sich Sekret aus den Atemwegen gelöst hat, auch wenn das Husten zuerst einmal eine sehr grosse Belastung darstellt. Wenn ein Patient wieder nach Hause geht, ist es wichtig für ihn und für die Angehörigen, dass er wieder sicher gehen kann. In diesem Sinne versuche ich, den Patienten zum Mitmachen zu motivieren. Ich habe aber auch oft erlebt, dass der Patient am nächsten Tag viel kooperativer ist, wenn man seine Wünsche respektiert. Man sollte sich da auch von Ärzten, Pflegenden oder der Familie nicht

in eine Richtung zwingen lassen, die für den Patienten oder einen selbst nicht stimmt. Wenn der Patient nicht will, dann will er nicht, dies sollte man ihm in seiner Situation einfach zugestehen.

Symptombekämpfung

In der Palliativmedizin liegt der Schwerpunkt in der Symptombekämpfung, um dem Patienten noch eine gute Zeit mit einem würdigen Ende zu ermöglichen. Die häufigsten Symptome sind:

1. Schwäche 92%
2. Gewichtsverlust 83%
3. Appetitlosigkeit 75%
4. Schmerzen 69%
5. Atemnot 50%
6. Übelkeit und Erbrechen 50%
7. Verstopfung 48%
8. Husten 47%
9. Ödeme/Aszites 43%
10. Schlaflosigkeit 30%
11. Lähmungen

Nun möchte ich aufzeigen, was wir als Physiotherapeuten beitragen können, diese Symptome zu lindern.

Schwäche

Fast jeder Patient ist davon betroffen, und sie wird von Patient zu Patient sehr unterschiedlich erlebt. Auf der Palliativstation sehe ich immer wieder, wie wenig die Patienten noch machen können, obwohl der Bewegungsapparat völlig intakt ist. Wichtig ist also, dass wir die Patienten nicht überfordern. Die Konsequenz für mich ist, dass ich sehr zielgerichtet mit den Patienten übe. Zuerst stellt sich die Frage, ob der Patient nochmals nach Hause gehen kann. Wenn ja, muss geklärt werden, wie die Situation zu Hause ist, und was für den Patienten noch möglich und wichtig ist. Folgende Themen müssen angesprochen werden: Ist der Patient damit zufrieden, auf den Nachtstuhl zu gehen, oder will er einigermassen selbständig auf die Toilette gehen können? Letzteres ist oft eine grosse Entlastung für die Angehörigen und gibt dem Patienten mehr Selbstwertgefühl. Unter Umständen genügt es jedoch, wenn der Patient sich im Bett selbständig drehen kann.

Bleibt der Patient im Spital, dann versuche ich mit ihm Physiotherapie zu machen, die für ihn einen Sinn hat, und woran er Freude haben kann. In dieser Situation würde ich auf keinen Fall mit dem Patienten Treppen hochsteigen. Dafür braucht man gleich viel Energie, wie für die Überwindung einer 10% Steigung mit dem Fahrrad. Das würden wir unseren Patienten nie zumuten. Wenn die Patienten daheim eine Treppe hinauf

gehen müssen, versuche ich sie soweit zu mobilisieren. Geht es nicht muss über Anpassungen daheim diskutiert werden.

Gewichtsverlust

Dieser ist bei Patienten mit gastroenterologischen Erkrankungen oft extrem, man sieht es aber auch bei den meisten anderen Patienten. Der Gewichtsverlust ist nicht nur durch Appetitlosigkeit, Übelkeit oder Erbrechen zu erklären. Wir kennen alle Krebspatienten, die sehr hager aussehen. Für die Angehörigen ist es sehr schwierig mitanzusehen, wie die Patienten immer mehr abnehmen, und sie dagegen völlig machtlos sind. Für uns Physiotherapeuten heisst das nicht, dass wir überhaupt nicht mit diesen Patienten turnen können, aber Extremlastungen sollten vermieden werden.

Appetitlosigkeit

Bitte sagt den Patienten nicht: "Sie müssen sich zwingen etwas zu essen." Dafür haben sie schon ihre Familienangehörigen und vor allem die weiter entfernten Verwandten und Bekannten. Wenn Patienten deren Rat befolgen, sehe ich oft, dass die Patienten alles wieder erbrechen, weil es einfach zu viel war. Ich sage meist, sie sollen essen, was sie mögen, und trinken so viel wie es für sie möglich ist.

Schmerzen

Schmerzen kann man unterteilen in somatische Schmerzen und in diejenigen, die aus dem psychosozialen Umfeld kommen. In diesem Abschnitt beschränke ich mich auf die somatischen Schmerzen. Wenn die medikamentöse Schmerztherapie gut ist, sind 95% der Patienten schmerzfrei oder sie haben nur geringfügige Schmerzen.

Für die Diagnose der Schmerzursache gilt: Verändert die Diagnose überhaupt etwas an der Behandlung? Die Abklärung, ob eine Operation durchgeführt werden soll, die nicht verkraftet wird, ist nutzlos. Einmal hat man eine Patientin zur Computertomogrammuntersuchung geschickt, obwohl man gewusst hat, dass sie unter Platzangst leidet und eine Chemotherapie nichts mehr bringen würde.

Physiotherapeutisch haben wir recht viele Möglichkeiten, Schmerzen positiv zu beeinflussen. Wir können damit die medikamentöse Therapie nicht ersetzen, aber sicher ergänzen. In manchen Fällen können wir auch sonst schwer beeinflussbare Schmerzen lindern.

Möglichkeiten sind:

Heublumenwickel: Kann sehr entspannend wirken

und gibt ein Gefühl von Wärme (Palliativpatienten sind oft sehr verspannt). Auch wenn man mit Turnübungen das gleiche erreichen könnte, sind hier Wickel vorzuziehen, da sie schneller wirken und den Patienten nicht unnötig ermüden. Ausserdem sind Wickel angenehm, und man darf jemandem in seinem letzten Lebensabschnitt ruhig einmal was Gutes tun.

Eiswickel: Eventuell anzuwenden bei Schwellungen. Dies sind meistens sekundäre Beschwerden.

Massage: Muskelschmerzen reagieren oft nicht auf Opiate. Dafür müsste man ein Muskelrelaxans einsetzen. Oft ist einfach nur die Nähe eines Menschen gefragt. Ich erinnere mich z.B. an einen Patienten mit einem Schilddrüsenkarzinom, der extreme Kopfschmerzen hatte und resistent gegen die medikamentöse Therapie war. Seine Frau konnte ihn nicht mehr berühren. Bei ihm reichten zehn Minuten Massage aus, um ihn den ganzen Tag schmerzfrei zu halten. Ich habe früher gelernt, dass man Krebspatienten nicht massieren darf. Es nicht erwiesen, dass Massage die Entstehung von Metastasen fördert. Bekannt ist jedoch, dass adäquate Massage das Wachstum von Tumoren nicht fördert, sondern eher bremst. Die Lymphdrainage ist wirkungsvoll bei schmerzhaften Schwellungen.

Entspannung: Die Patienten sind oft sehr verspannt und grosse Spannung im Körper verstärkt die Schmerzen. Ziel der Entspannung ist es, den Patienten ein angenehmes Gefühl im Körper zu vermitteln. Ihr Körper macht sowieso nicht das, was sie wollen, er macht Schmerzen etc. Man kann jedoch nicht mit jedem Patienten Entspannungstherapie machen. Elektrotherapie/T.E.N.S. ist in geeigneten Fällen auch sinnvoll.

Eine weitere Möglichkeit ist die Übungstherapie gegen Schmerzen. Oft beschränkt sich dies auf das Erlernen von schonendem Aufstehen und entlastender Haltung im Sitzen und Liegen. Auch die Gabe von richtigen Gehhilfen ist wichtig. Bei Rückenprozessen gebe ich einen Rollator, welcher das Gehen sehr erleichtert. Früher hatte ich Hemmungen, jüngeren Patienten einen Rollator zu geben, aber für sie ist es nicht so relevant, ob sie wie ein alter Mensch gehen. Hauptsache ist, sie gehen mit so wenig Schmerzen wie möglich. Wenn ein Patient es wünscht, gehe ich mit ihm ins Gehbad (nur mit Patienten, die noch nicht zu sehr entkräftet sind) damit sie wieder einmal ohne viel Schmerzen gehen und sich bewegen können.

Atemnot und Husten

Bei Atemnot wird Morphin und Sauerstoff zur Behandlung eingesetzt. Bei der Physiotherapie schaue ich als Erstes, ob Sekret vorhanden ist, und ob der Patient es abhusten kann. Es ist von Vorteil, so früh wie mög-

lich mit der autogenen Drainage zu beginnen, denn wenn die Patienten schon sehr erschöpft sind, ist es viel schwieriger, es ihnen beizubringen. Autogene Drainage ist eine Atemtechnik, bei welcher der Schleim nur durch Atmen sehr hoch in die Luftröhre transportiert wird, und der Patient zum Schluss nur noch einmal leicht husten muss, um das Sekret abzuhusten. Wenn der Patient keine Kraft mehr hat, um zu husten, muss man ihn nicht unnötig anstrengen, sondern nur tief atmen lassen. Wenn der Patient darauf anspricht, wäre es gut, mit dem Patienten Entspannungstherapie zu machen. Viele Patienten reagieren sehr gut darauf, sie haben während der Entspannungstherapie keine Atemnot. Atemnot macht grosse Angst und kann extreme Verspannung hervorrufen. Es geht dem Patienten also viel besser, wenn er entspannt ist. Ausserdem wird dadurch der Reizhusten viel geringer, was meist noch einige Zeit anhält. Entspannen kann man Patienten auch mit Eutonie, schneller Lagerungen, mit der Methode nach Jacobson oder durch leichtes Vibrieren. Reizhusten ist auch zu beeinflussen durch Lippenbremse, Atmen in eine höhere Atemmittellage, Lutschen von Bonbons, aufsitzen, eventuell trinken und durch das Drücken eines Akupressurpunktes auf dem Lungenmeridian. Dieser Punkt befindet sich genau unter der Mitte der Clavicula, im zweiten Intercostalraum. Atemtherapie macht man solange es in irgendeiner Form Erleichterung bringt.

Übelkeit und Erbrechen

Patienten mit einer Krebserkrankung leiden häufig unter Übelkeit und Erbrechen. Wir Physiotherapeuten können zur Linderung nicht viel beitragen, ausser dem Patienten, der erbrechen muss, die Nierenschale zu reichen. Danach ist es wichtig, dass der Patient sich den Mund ausspülen kann, sich mit einem nassen Tuch das Gesicht waschen kann, und dass er Taschentücher hat, um sich die Nase zu putzen.

Verstopfung

Eine Verstopfung ist meistens eine Nebenwirkung der Opiate. Es ist also sehr wichtig, dass ein Patient, der Opiate bekommt, auch Laxantien einnimmt. Physiotherapeutisch kann man versuchen, mit einer Kolonmassage etwas nachzuhelfen. Entweder gelingt dies, indem der Stuhl rein mechanisch in Richtung Darmausgang geschoben wird, oder es wird versucht, durch leichte Dehnbewegungen der Darmwand die Darmperistaltik anzuregen. Natürlich fördert auch Bewegung die Darmtätigkeit und ein Spaziergang zum W. C. wirkt oft Wunder.

Ödeme/Aszites

Die Ödeme, die durch undurchlässige Lymphbahnen entstehen, sind mit komplexer physikalischer Entstauung, also mit Lymphdrainage und Kompression zu behandeln. Lymphdrainage ist eine leichte, für den Patienten sehr angenehme Massageform, die in leicht drehenden und rhythmischen Bewegungen ausgeführt wird. Auf der Palliativstation sehe ich manchmal extreme Lymphödeme. Wenn eine Extremität sehr stark geschwollen ist, so ist diese Extremität auch extrem schwer. Für Patienten, die schon sehr müde sind, ist dies eine zusätzliche Belastung. Oft spürt ein Patient bereits nach der ersten Behandlung, wie der Druck im Arm oder im Bein nachlässt. Relativ schnell wird die Extremität auch leichter und somit besser beweglich. Es ist auch psychologisch wichtig, dass der Patient sieht, wie das Ödem abnimmt, denn dies ist oft der einzig sichtbare Fortschritt. Andere Risiken von Ödemen, wie Lymphfisteln oder Entzündungen, werden durch die physikalische Entstauung stark verringert.

Schlaflosigkeit

Schlaflosigkeit kann durch Physiotherapeuten nur selten beeinflusst werden, weil wir einfach zum falschen Zeitpunkt am Bett des Patienten sind. Ich habe regelmässig Patienten, die während der Massage einschlafen, und auch nach der Entspannung sind sie oft angenehm schläfrig. Ich versuche, diese Patienten während der Mittagszeit zu behandeln, damit sie nachher wenigstens noch ein Mittagsschläfchen machen können. Wenn der Patient nicht schmerzfrei liegen kann, ist auch das Schlafen schwierig. Der Therapeut sollte eventuell dabei behilflich sein, eine bequeme und einigermaßen schmerzfreie Lagerung zu finden (z.B. mit Kissen, Rollen, Lagerungsmaterial).

Lähmungen

Sehr viele Patienten mit einem Kzinom bekommen Hirnmetastasen, Rückenmarkskompressionen oder Plexusinfiltrationen. Selten sieht man Ausfälle von peripheren Nerven. Die Hirnmetastasen können schlaffe oder spastische Lähmungen verursachen. Hirnmetastasen reagieren oft sehr sensibel auf Bestrahlungen, und die Kontrolle über viele Bewegungen kehrt dann in kurzer Zeit zurück. Man muss diese zurückgekehrte Kontrolle nutzen, wobei das Ziel ist, soviel Funktionsgewinn wie möglich in kürzester Zeit zu erreichen. Hier muss man nicht den Schwerpunkt darauf legen, dass Bewegungen schön gemacht werden und die Gelenke geschont werden. Dies ist für die meisten Patienten unwichtig. Zweitens: Der Patient wird kaum eine

Arthrose entwickeln, in der kurzen Zeit, die ihm noch bleibt. Diese Behandlungsprinzipien gelten natürlich auch für Patienten, die keine Bestrahlung mehr bekommen. Spastizität kommt sowohl bei Hirnmetastasen, wie auch bei Querschnittsymptomatik vor. Auch wenn die Patienten nicht mehr ansprechbar sind, ist ein Durchbewegen wichtig, unter der Voraussetzung, dass die Lebenserwartung des Patienten sechs Wochen übersteigt, oder unbekannt ist. Bei schwerer Spastizität entstehen schnell Druckgeschwüre, die übel riechen können. Deshalb ist es wichtig, dass die Pflegenden den Patienten immer gut waschen können. Es ist für die Angehörigen ein grosser Unterschied, ob ihr Familienmitglied gut gepflegt ist und zufrieden im Bett liegt, oder ob man schon beim Eintreten riecht, dass etwas nicht stimmt. Paraplegiker bei denen die Sensibilität noch in Ordnung ist, werden gern durchbewegt, weil dadurch die Gelenke wieder in eine andere Stellung gebracht werden. Wenn der Patient es möchte, soll man immer versuchen Restfunktionen auszunutzen, und Restbewegungen zu verbessern, auch wenn dies für die Gesamtmobilität keine Folgen hat.

Es gibt Patienten, die einen starken Bewegungsdrang haben! Wenn ein Patient sich bewegen will, muss man ihm dazu auch Möglichkeiten anbieten. Beispielsweise kann man bei Übungen Widerstand geben, damit er etwas hat um dagegen anzukämpfen.

Krebspatienten verlieren schneller an Kraft als andere. Ist ein Patient länger bettlägerig und es wird vermutet, dass er wieder aufstehen kann, ist es wichtig, die Beinmuskulatur zu erhalten.

Physiotherapie üben und erleben

Während der Weiterbildung für die Physiotherapeuten haben wir 1½ Stunden dem praktischen Üben gewidmet. Angefangen haben wir mit passivem Durchbewegen. Dabei fiel auf, dass zwei Kollegen durch zuviel Kraftanwendung bei zwei Kolleginnen ziemliche Hüftschmerzen verursachten. Dies sollte unter allen Umständen vermieden werden. Bei Palliativpatienten ist es nicht notwendig, bis an die Bewegungsgrenze oder darüber hinaus zu gehen. Ziel ist es, dass die Patienten gut zu waschen sind, und dass keine Druckgeschwüre entstehen. Wenn Durchbewegen sehr rhythmisch, langsam und nicht bis an die Bewegungsgrenze geht, kann es sehr angenehm sein. Nicht ansprechbare Patienten sind uns ausgeliefert, und wir wissen nicht, wieviel sie noch spüren. Deshalb ist es wichtig, sie immer sehr vorsichtig durchzubewegen, und sie nicht durch schnelle, plötzliche Bewegungen zu erschrecken. Ebenso sinnvoll ist es, mit den Patienten zu reden, vielleicht hören sie uns noch. Nach dem Durchbewegen haben wir massiert. Alle waren

begeistert davon, sie schätzten es, massiert zu werden. Einige Kollegen sagten, sie hätten die Massage als trostreich und angenehm, jedoch viel zu kurz erlebt. Ich hoffe, dass dies meine Kollegen motiviert hat, Palliativpatienten zwischendurch auch mal zu massieren, wenn sie das mögen. Auch die nachfolgende Entspannung, wurde als sehr schön empfunden und als etwas, was man mit geeigneten Patienten machen kann. Sowohl bei der Massage, als auch bei der Entspannung gilt, dass man beim Patienten etwas lösen oder auslösen kann, wodurch er zum Beispiel plötzlich zu weinen anfängt. Dies heisst nicht, dass diese Therapie für den Patienten ungeeignet ist. Wir sollten davor nicht erschrecken! Wichtig ist es, dass wir in so einem Moment beim Patienten bleiben und ihm Gelegenheit geben, seine Ängste, Probleme oder Trauer zu äussern.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Auf der Palliativstation ist die Zusammenarbeit sehr wichtig. Am Mittwochnachmittag gibt es einen interdisziplinären Rapport, an dem Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiterin, Musiktherapeutin, Ergotherapeutin, Physiotherapeutin, Seelsorger und eine Vertreterin der Krebsliga anwesend sind. Hier werden die Patienten der Abteilung besprochen, wobei meist ein Patient mit Problemen eingehender und die anderen Patienten kurz besprochen werden. Jeder hört dabei, wie es den Patienten geht und wie eine eventuelle Austrittsplanung verläuft. Das letztere ist für mich wichtig, weil ich so erfahre, ob der Patient nach Hause geht und wie seine Situation zu Hause ist. Auch höre ich, wie weit der Patient mit der Verarbeitung seiner Probleme ist. Manchmal haben die Pflegenden und auch ich das Gefühl, dass der Patient sich schlecht äussern kann, und wir hören dann, dass der Patient mit der Musiktherapeutin oder dem Seelsorger einen sehr guten Kontakt hat. Es reicht, wenn eine Person da ist, mit dem er alle seine Probleme besprechen kann. Auf der Palliativstation gehen wir sehr sorgfältig miteinander um. Jeder sieht, beobachtet oder fragt nach, wenn jemand ein Problem hat. Auch ist es üblich, dass man sich gegenseitig hilft und sich auch beieinander bedankt. Zwischendurch haben wir zusammen viel Spass. So langsam wird es auch als selbstverständlich angesehen, dass, falls ein Patient auf den Topf muss und ich gerade im Zimmer bin, ich ihm den Topf selbst gebe, oder wenn ein Patient viel trinken muss, ich meine Behandlung unterbreche, um dem Patienten etwas zu trinken zu geben. Auf der anderen Seite ist es so, dass, falls etwas sehr wichtig ist, die Pflegenden gewisse physiotherapeutische Massnahmen am Wochenende weiterführen.

Information des Patienten

Was mir auf der Palliativstation Mühe macht ist, dass die Patienten manchmal zwar über die Art der Krankheit, nicht aber über den Ernst der Krankheit informiert werden, auch wenn die Patienten sehr realistisch sind. Die meisten Patienten pendeln hin und her mit ihren Gefühlen; zwischen „schlecht und nicht so schlecht“. Auch wenn sie innerlich fühlen, dass es ihnen schlecht geht, der Arzt aber „nicht so schlecht“ signalisiert, wollen sie dieses „nicht so schlecht“ glauben, was für die Verarbeitung ihrer Probleme nicht gerade hilfreich ist.

Ausserdem passiert es ab und zu, dass die Ärzte einen Patienten versuchen zu überreden, nochmals eine Chemotherapie zu machen, obwohl diese Chemotherapie bestenfalls nur eine Verlängerung des Lebens bringt. Spätestens auf der Palliativstation sollte ein Patient das Recht haben, selber darüber zu entscheiden, welche Therapien er noch will. Die Bereitschaft des Patienten, noch eine Therapie zu ertragen, darf kein Entscheidungsgrund sein, einen Patienten noch auf der Palliativstation zu behalten oder ihn nach Hause zu schicken!

Die Aufklärung der Patienten über ihre Krankheit liegt immer in der Verantwortung des Arztes. Es kann sein, dass jemand anders im Team einen viel besseren Zugang zum Patienten hat, und der Arzt ihm die Aufklärung delegiert. Grundsätzlich ist es jedoch erst einmal Sache des Arztes.

Begleitung des Patienten

Wenn ein Patient aufgeklärt wurde, sollten wir es ihm überlassen, wann und mit wem er über seine Probleme bzw. über seine Krankheit reden möchte. Wichtig dabei ist, dass wir immer zu einem Gespräch bereit sind, dass wir offen genug sind, um vorsichtige Anläufe des Patienten zu einem Gespräch zu erkennen und zu nutzen. Noch wichtiger ist es, dass wir uns im richtigen Augenblick unbedingt die Zeit zu einem Gespräch nehmen, falls es der Patient möchte. Ich signalisiere meine Offenheit, indem ich alle Fragen des Patienten ernst nehme und sie versuche ehrlich zu beantworten. Eine ehrliche Antwort kann auch sein, dass man zugeht, etwas nicht zu wissen, oder eingesteht, manche Fragen nicht oder nur unzureichend beantworten zu können. Man kann auch Fragen oder Bemerkungen eines Patienten „spiegeln“, und macht so seine Bereitschaft, darauf eingehen zu wollen, deutlich. Oft führt dies für Patienten und für Betreuende zu sehr wertvollen Gesprächen. Es gibt kein Patentrezept wie man reagieren sollte, manchmal reagiert man auch falsch. Man sollte sich dies jedoch selbst und auch dem Pati-

enten eingestehen. Jeder Mensch ist anders und jeder Mensch bereitet sich anders auf sein Sterben vor. Wir sollten den Weg, den der Patient wählt, immer respektieren. Ich finde es einfacher, wenn ich mit einem Patienten über seinen Tod reden kann. Wir versuchen, dem Patienten auf der Palliativstation immer wieder Gelegenheit zu geben, über den Tod zu reden, damit er diesen auch akzeptieren kann. So kann er auch Abschied nehmen, er kann alles regeln, was noch geregelt werden muss, und er kann auch über seine Ängste und Gefühle sprechen. Dies alles geht natürlich erst, wenn der Patient dazu bereit ist. Dies ist für die Angehörigen und die Betreuenden meistens viel schwieriger, aber auch das muss man akzeptieren.

Längst nicht immer ist der Tod die grösste Angst des Patienten.

Es gibt Menschen, die wahnsinnige Angst vor Schmerzen haben, Angst vor einem langen und unwürdigen Ende, Angst, wie es mit den Kindern oder dem hinterbliebenen Partner weitergeht. Es gibt z.B. Angst um den Verlust des sozialen Status, Angst vor Verlust der Kontrolle über Körperfunktionen und Angst vor Entstellung. Einen Teil dieser Ängste und Probleme können wir verringern, indem wir den Patienten eine Teilkontrolle über die Schmerzen geben (Medikamente im Zimmer, Entspannungstechnik anlernen). Eine andere Möglichkeit wäre, eine gute Lösung für die Kinder zu finden, damit der Vater oder die Mutter die Gewissheit hat, dass die Kinder gut versorgt sind. Eine weitere Möglichkeit, die Angst zu reduzieren besteht darin, den letzten Willen des Patienten zu respektieren und keine lebensverlängernden Massnahmen zu verordnen, wenn das Ende nähert. Es gibt nicht immer eine Lösung für alles, aber man kann den Patienten doch vieles erleichtern, und dadurch, dass man etwas erleichtern kann, ist es für einen selbst auch einfacher damit umzugehen. Oft ist es so, dass, wenn wir mit den Patienten über den Tod reden, ein sehr intensives Verhältnis zu ihm bekommen. Es kann es sein, dass wir in einem Augenblick miteinander weinen und ein paar Minuten später miteinander lachen. Für die Angehörigen gilt das Gleiche. Oft wird der Kontakt mit dem Sterbenden viel intensiver und sie können dann sagen: „Dies haben wir wenigstens noch miteinander erlebt“. Die Angehörigen können so auch besser loslassen und können sich richtig verabschieden, was die danach kommende Trauerzeit erleichtert.

Umgang mit der eigenen Belastung

Natürlich muss die enorme Belastung, die ein sterbender Patient manchmal für einen selbst ist, irgendwie verarbeitet werden. Wenn man einmal im Jahr einen Patienten in dieser Situation behandelt, kann man das

eventuell verdrängen. Wenn man auf einer Palliativabteilung arbeitet, muss man sich damit auseinandersetzen, weil man emotional doch meistens mitbeteiligt ist. Ich selber habe keine grossen Problemen damit, wenn alte Leute sterben. Bei jungen Patienten ist für mich die Übergangsphase von noch mobil und einigermaßen kräftig, zur Bettlägerigkeit und totalen Kraftlosigkeit die schwierigste Phase. Wenn ein Patient nur noch „dahinvegetiert“, ist für mich der Tod ein akzeptable Alternative. Ich bin froh darüber, dass auf der Palliativstation bei einem Patienten im Endstadium der Krankheit keine lebensverlängerende Massnahmen mehr gemacht werden. Ich habe zu viele schwerkranke Patienten gesehen, die eigentlich bereit waren zu Sterben, bei einer Lungenentzündung aber doch noch Antibiotika bekommen haben und weiter leiden mussten.

Was mache ich, wenn es mir schlecht geht? Wenn es geht, rede ich darüber, oder ich gehe spazieren. Manchmal kaufe ich mir ein Geschenk, weil ich finde, dass ich das verdient habe. Es gibt Zeiten da höre ich ein Musikstück, ein Lied von jemandem, der seinen besten Freund sehr früh verloren hat und der darin all seinen Frust zum Ausdruck bringt. Ich tanze dazu und bringe so meinen Frust zum Ausdruck. Es gibt für die Verarbeitung kein Patentrezept, nur, dass verarbeitet werden muss. Jeder muss für sich die für ihn in dem Moment richtige Bewältigungsform suchen, ohne Schuldgefühle zu haben, dass er seine Zeit oder Geld besser hätte verwenden können. Auch Trauern und Weinen können einmal sehr erleichternd wirken.

Kursauswertung

Am Anfang hatte ich das Gefühl, dass Physiotherapie bei Palliativpatienten ein relativ einfaches Gebiet ist, um eine Projektarbeit zu schreiben. Im Laufe der Zeit habe ich dann gemerkt, dass doch sehr viel Arbeit nötig ist, um diese Weiterbildungen vorzubereiten, und dass es für mich selbst gut war, einmal richtig überlegen zu müssen, was ich eigentlich mache. Ich habe auch gemerkt, dass ich durch meine Arbeit auf der Palliativstation und durch die Teilnahme am „Palliativkurs“ mehr Sicherheit habe im Umgang mit diesen Patienten als meine Kollegen.

Dies zeigte sich dadurch, dass ich viele Beispiele den Kollegen und Kolleginnen weitergeben konnte. Ebenso konnte ich wichtige Fragen beantworten, wobei ich merkte, dass deren Inhalt für mich bereits zu einer Selbstverständlichkeit geworden sind. Auch habe ich gemerkt, dass ich auf der Palliativstation in einem Umfeld arbeite, das es mir eher ermöglicht, diese Form der Physiotherapie zu machen, als in anderen Abteilungen des Spitals. Während den Fortbildungen habe

ich sehr viel von mir selbst investieren müssen. Man kann nicht einfach über den Tod reden und seine eigenen Ängste und Probleme dabei verschweigen. Auch das hat mir sehr gut getan.

Ich habe die Teilnehmer schriftlich befragt, wie sie meine Fortbildungen erlebt haben. Alle haben gut bis sehr gut angekreuzt. Alle erwähnten, dass sie Einiges für sich davon mitnehmen, und dass sie auch für die Patienten etwas davon mitnehmen konnten. Die Hälfte hat angegeben, dass sie bei Palliativpatienten gewisse Sachen jetzt etwas anders machen würden und alle meinten, dass sie sich jetzt beim Behandeln dieser Patienten doch etwas sicherer fühlen.

Es tut gut, eine Bestätigung zu bekommen, dass meine eigenen Ideen über den Umgang mit Palliativpatienten bei den Kollegen gut angekommen ist. Für die Zukunft ist eine weitere Fortbildung in diesem Rahmen geplant, wofür ich bereits Anmeldungen entgegen nehmen konnte. Für eine derartige Weiterbildung besteht unter Physiotherapeuten grosses Interesse.