

Friedhilde Bartels/Sarah Eschmann (Hrsg.)

Aktivierend- therapeutische Pflege in der Palliative Care

Praktische Umsetzung

Kohlhammer

Die Herausgeberinnen



Friedhilde Bartels, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegedienstleiterin, Fachweiterbildungen in »Palliativ Care«, ehem. Vorstandsmitglied des Bundesverbands der Geriatrie (BVG) und ehem. Präsidentin der Deutschen Fachgesellschaft für Aktivierend-therapeutische Pflege (DGATP) e. V., Autorin und Dozentin für ATP-G und ATP-P.



Sarah Eschmann, Gesundheit- und Krankenpflegerin, Praxisbegleiterin Bobath BIKA[®], Peer-Tutor Kinaesthetics, Fachweiterbildungen in »Palliativ Care«, »Demenz Care« und »Diakonie Care«, Mitglied der Deutschen Fachgesellschaft für Aktivierend-therapeutische Pflege e. V. (DGATP), arbeitet als Pflegeexpertin im Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg.

Friedhilde Bartels
Sarah Eschmann (Hrsg.)

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Palliative Care

Praktische Umsetzung

Auf Initiative der Deutschen Fachgesellschaft für
Aktivierend-therapeutische Pflege e. V.



Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-038536-8

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-038537-5

epub: ISBN 978-3-17-038538-2

Vorwort

Die schwerstkranke, palliative und sterbende Person hat besondere Bedarfe, vor allem wenn es darum geht, die Lebensqualität der »Resource Alltagsbewältigung« bei langen palliativen Phasen, die sie immer wieder in der eigenen Häuslichkeit verbringen möchte, wieder zu erreichen oder zu erhalten. Die Aktivierend-therapeutische Pflege bildet dafür die Grundlage und hat auch im palliativen Setting ihre Daseinsberechtigung zur Vermeidung oder Reduzierung einer zu frühen Pflegebedürftigkeit zum Ziel. ATP findet von der Geburt bis zum Tod inkl. der Sterbephase Anwendung und kann deshalb sowohl in den Akutkrankenhäusern als auch in allen Reha-kliniken, Einrichtungen der Altenhilfe, der Häuslichkeit und in allen Belangen der palliativen Versorgung nicht nur notwendig, sondern auch sehr indiziert sein.

Definition Aktivierend-therapeutische Pflege

»Aktivierend-therapeutische Pflege (ATP) ist ein sektorenübergreifendes, altersunabhängiges, pflegerisches Angebot von dazu qualifizierten Pflegenden. ATP fördert ressourcenorientiert die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Teilhabe einer Person und ist an deren Lebenssituation und Lebensumfeld angepasst.« DGATP e. V. (Schumann 2018)

Auch die tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen, wie z. B. die Aufhebung der Großfamilie, kann zu Versorgungsproblemen und zur Vereinsamung sterbenskranker Perso-

nen führen. Dadurch, dass Generationen auseinanderdriften, bedarf es auch im palliativen Setting besonderes Verständnis, weil die verschiedenen Lebenserfahrungen und Wertevorstellungen aufeinandertreffen. Dies führt oftmals zu Kommunikationsmissverständnissen zwischen sterbenskranken, palliativen Personen und Menschen, die sich in diese Situation nicht oder nur schwer hineinversetzen können. Palliative Personen befinden sich in extremen Lebenssituationen. Dabei hat auch die ältere »Personenklientel« – im Alter sterben die meisten Personen – sehr genaue Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen an den Umgang mit ihnen (Bartels 2011/12).

Insgesamt stellt uns die Palliative Care durch die gesellschaftlichen Veränderungen und Erwartungen an die selbstbestimmte Teilhabe und Selbstbestimmung, wie sie im § 1 SGBIX beschrieben sind, vor neue oder veränderte Herausforderungen der Bedürfnisse. Dies stellt uns nicht nur in Hinsicht auf Finanzierung der Sozialversicherungssysteme, sondern auch hinsichtlich der Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches und »produktives palliatives Leben und Sterben« – egal in welcher Umgebung – vor gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen.

Hinzu kommen die zukünftigen knappen Reserven der qualifizierten Pflegenden: »Laut der Analyse würden im Jahr 2035 rund 270.000 Arbeitskräfte fehlen, berichtete das BIBB ...«¹. Leider sind viele Pflegende der Palliativpflege

1 www.bibliomed-pflege.de/news/30903-bundesinstitut-prognostiziert-grosse-herausforderungen-fuer-pflege, erschienen 13.2.2017

nicht in der ATP-P qualifiziert, obwohl dieses Konzept sowohl palliative Personen als auch Pflegende schont und schützt (► Kap. 20).

Die schwerstkranken, palliativen und/oder sterbenden Personen haben besondere Bedarfe. Die oft in ihrer Funktion eingeschränkte und gefährdete Selbstversorgung, -bestimmung und demnach Selbstständigkeit im palliativen Setting bedingt eine helfende Unterstützung bis zur medizinischen Behandlung. Unter Beachtung der individuellen noch vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der palliativen Person sowie aktueller gesundheitlicher Einschränkungen stehen insbesondere das (Wieder-)Erlangen und Erhalten von Alltagskompetenz (Lebensqualität) im Mittelpunkt. *Das Zitat von Cicely Saunders gilt immer für alle Personen in diesem Kontext: »Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.«²*

Um den besonderen Bedarfen gerecht zu werden, wurden auch für die Palliativversorgung in einem Krankenhaus sog. Komplexbehandlungen mit Mindestmerkmalen eingeführt (► Kap. 1). Dort stand bislang in beiden Versionen (OPS 8-982 und 8-98e) ein Hinweis auf eine aktivierende und/oder therapeutische Pflege. Ab 2020 fehlen diese Mindestmerkmale beim OPS 8-982. Das kann verheerende Folgen haben.

Die Aktivierend-therapeutische Pflege bildet laut der Definition der DGATP die Grundlage für die Lebensqualität bis zum Tod. Pflege mit dem therapeutischen Pflegeziel, eine palliative Pflegebedürftigkeit zu vermei-

den oder zu reduzieren, kann nur im Interesse aller Beteiligten liegen. Dabei sind und bleiben die wichtigsten Ressourcen für die palliativen Personen die Pflegenden. Einerseits ist nicht davon auszugehen, dass die Pflege in den Palliativbereichen (stationär und ambulant) vom Pflegenotstand verschont bleibt. Andererseits führt eine notwendige Vielfalt/Anzahl an Pflegekräften besonders in den sich immer weiterverbreitenden palliativen Disziplinen zu hohen Personalkosten. Damit die palliative Pflegequalität auf hohem Niveau und die palliativen Pflegeleistungen bezahlbar bleiben, sind diese strukturiert beschriebenen ATP-P-Artikel ein wichtiger Impuls für eine veränderte Pflegesicht und deren Aufgabenverteilung. So ist es uns ein Anliegen, die oft praxisbezogenen Inhalte von teilweise Altbewährtem mit neuem Wissen und vorrangig aktivierend-therapeutisch-palliativen Ansätzen zu kombinieren.

Unser Dank gilt den Autor*innen³, die mit viel Engagement die Artikel geschrieben haben, um sie zur Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. Auch bekamen wir von vielen Bekannten, Freund*innen und (ehemaligen) Kollegen*innen Unterstützung und guten Rat. Auch ihnen ein herzliches Dankeschön! In diesem Sinne hoffen wir, dass Sie, liebe Leser*innen, etwas von dem Wissen, dem Know-how und den Erfahrungen aus diesem Buch in Ihre alltägliche Arbeit einfließen lassen können!

Friedhilde Bartels im September 2021
Sarah Eschmann

2 <https://gutezitate.com/zitat/234984>, Zugriff 13.2.2021

3 In diesem Herausgeberband wird hinsichtlich der Pluralformen der »Gender-Stern« oder die neutrale Form genutzt, um alle Geschlechter anzusprechen. Wenn bei bestimmten Begriffen nur die männliche Form gewählt wurde, so ist dies nicht geschlechtsspezifisch gemeint, sondern geschah ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

Literatur

- Bartels, F. (2011/2012) Nicht dem Leben im Krankenhaus mehr Tage – sondern den Tagen im Krankenhaus mehr Leben geben, in: Janßen, U., Blum, K. (Hrsg.), DKI- Barometer Krankenhaus 2011/2012
- Schumann, S. (2018) Was ist Aktivierend-therapeutische Pflege?, Deutsche Fachgesellschaft
- Aktivierend-therapeutische Pflege e. V. (Hrsg.) <https://www.dgatp.org/definition-atp>, Zugriff 3.7.2019
- o. A.: Bundesinstitut prognostiziert »große Herausforderungen« für Pflege
www.bibliomed-pflege.de/news/30903-bundesinstitut-prognostiziert-grosse-herausforderungen-fuer-pflege, erschienen und Zugriff 13.2.2017
<https://gutezitate.com/zitat>, Zugriff 14.2.2021

Inhalt

Vorwort	5
Abkürzungsverzeichnis	17
I Einleitung, Einführung in die Themen der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Palliative Care	
1 Wissen über notwendige Grundlagen der Palliative Care	21
<i>Friedhilde Bartels</i>	
1.1 Geschichte von Hospiz und Palliative Care	21
1.2 Worin unterscheiden sich Hospiz- und Palliativversorgung?	22
1.3 Wann beginnt die palliative Versorgung?	24
1.4 Inhalte der Palliative Care	25
1.4.1 Übersicht der allgemeinen und spezialisierten Versorgungsstrukturen	26
Literatur	28
2 Was macht Pflege zur palliativen Pflege?	30
<i>Michael Nehls</i>	
2.1 Palliativpflege aus dem pflegerischen Handlungsfeld	31
2.1.1 Palliativpflege vor dem Hintergrund rechtlicher Instanzen am Lebensende	33
2.1.2 Palliativpflege als konzeptioneller Ansatz	35
2.1.3 Palliativpflege als pflegfachliche Aufgabe	37
2.2 Palliativpflege aus leistungsrechtlicher Perspektive	38
2.3 Zusammenfassung	39
Literatur	40
3 Was macht Aktivierend-therapeutische Pflege in der Palliative Care (ATP-P)?	41
<i>Friedhilde Bartels</i>	
3.1 Einleitung	41
3.2 Drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte	44
3.3 Die Basis oder die Grundlage der ATP-P-Handlings	44
3.3.1 Plastizität	44

3.3.2	Förderung der Eigenaktivität unter Beachtung der Selbstwahrnehmung	45
3.3.3	Interdisziplinäre Zusammenarbeit Pflege/Therapie mit dem Ziel, normale Bewegungsabläufe anzubahnen.....	46
3.4	Was ist therapeutisch an ATP-P?	47
	Literatur	47
4	Aktivierend-therapeutische Pflege bei palliativen Personen – Sinn oder Unsinn?	49
	<i>Sarah Eschmann</i>	
4.1	Einleitung	49
4.2	Was ist der Kern der Aktivierend-therapeutischen Pflege?.....	49
4.3	Was ist der Kern der palliativen Pflege?	50
4.4	Was unterscheidet eine palliative Person von einer geriatrischen Person?.....	51
4.5	Therapeutische Pflegeziele der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Palliativversorgung	52
4.6	Die Sinnhaftigkeit der Aktivierend-therapeutischen Pflege im palliativen Setting	53
	Literatur	54
II	Allgemeine für alle drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte wichtige und relevante Themen	
5	»Sag mir ein Sterbenswörtchen...«: Ein Erfahrungsbericht einer Palliativmedizinerin	57
	<i>Dr. Monika Windsor</i>	
5.1	Erst einmal etwas zum Menschenbild	57
5.2	Was ist außer medizinischen Aspekten sehr wichtig bei der Begleitung eines Schwerkranken?.....	59
5.3	Hat Teamarbeit eine besondere Bedeutung?.....	60
5.4	Was passiert, wenn ich versuche, die Leidenszeit zu verkürzen?	60
5.5	Tötende Begleitung	61
5.6	Ein selbstbestimmtes Sterben.....	61
5.7	Gibt es Vergleichbares bei Geburt und Tode?	62
6	Ressourcen bei palliativen Personen.....	63
	<i>Susette Schumann</i>	
6.1	Eine Standortbestimmung	63
6.2	Gesellschaftliche Zusage an palliative Personen	63
6.3	Besondere ressourcenorientierte Anforderungen der palliativen Person.....	64
6.3.1	Körperliche Ressourcen.....	64
6.3.2	Kognitive Ressourcen	65
6.3.3	Psychische Ressourcen.....	65

6.3.4	Emotionale Ressourcen.....	66
6.3.5	Soziale Ressourcen	66
6.3.6	Spirituelle Ressourcen	66
6.4	Gesamtschau auf die Ressourcen bei palliativen Personen.....	67
	Literatur	69
III	Pflege- und Handlungsschwerpunkt: Aspekte der Beziehungsarbeit	
7	Der individuellen Lebensgeschichten auf der Spur	73
	<i>Sarah Eschmann</i>	
7.1	Was bedeutet Biographie?.....	73
7.1.1	Zeitgeschichte.....	73
7.1.2	Lebenslauf.....	74
7.1.3	Lebensgeschichten.....	74
7.2	Erinnerung mit »allen Sinnen«	75
7.3	Biographie im Wandel der Zeit.....	75
7.4	Vorteile der Biographie für palliative Personen und Pflegende	76
7.4.1	Biographische Aspekte (Biographiearbeit) im pflegerischen Alltag nutzen	77
7.5	Rituale und Gewohnheiten.....	78
	Literatur	79
8	Kommunikation mit palliativen Patient*innen und ihren Angehörigen im Rahmen der Beziehungsarbeit.....	80
	<i>Sarah Eschmann</i>	
8.1	Grundlagen der Kommunikation.....	80
8.2	Kommunikation bei palliativen Patient*innen.....	81
8.3	Realität ist subjektiv	81
8.4	Gesprächsbausteine.....	82
	Literatur	85
9	An- und Zugehörige am Limit und die Rolle der Pflegenden: Beziehungsgeschehen mit Angehörigen in existenziellen Situationen einer Palliativeinheit im Krankenhaus	86
	<i>Sigrid Reineke</i>	
9.1	Einleitung	86
9.2	Von Menschen zu Patient*innen. Von Patient*innen zu Angehörigen Und irgendwo dazwischen: Der hilflose Passagier.....	86
9.2.1	Was ist eigentlich Leid? Was hilft den Leidenden?.....	89
9.3	Das schlechte Gewissen, die Angst und die Schuld der Angehörigen...	89
9.3.1	Angehörige am Limit – und Möglichkeiten der Hilfe.....	90

10	Die persönliche Haltung in der palliativen Pflege macht den Unterschied	92
	<i>Karin Schroeder-Hartwig</i>	
10.1	Durch was entwickeln wir eine »anerkannte« Haltung?.....	92
10.2	Palliative Care	93
	10.2.1 Historie.....	93
	10.2.2 Total Pain – Konzept nach Cicely Saunders	94
10.3	Menschenbild »Leiblichkeit« und Mensch als Maschine	94
	10.3.1 Was hat das mit Haltung gegenüber den palliativen Personen zu tun?	94
10.4	Wie sollen wir pflegen? Wie wollen wir pflegen? Wie können wir pflegen? Wie haben wir zu pflegen?.....	96
10.5	Resümee	98
	Literatur	99
IV	Pflege- und Handlungsschwerpunkt: Bewegung	
11	Fazilitation – Schwerpunkt der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Palliative Care.....	103
	<i>Nikolaus Gerdelmann</i>	
11.1	Was bedeutet dies für die Pflegenden in ihrem »palliativen« Alltag?....	104
	11.1.1 Am palliativen Individuum.....	104
	11.1.2 Durch die Aufgabe	104
	11.1.3 Durch die Umgebung.....	105
	11.1.4 Beim Fazilitieren gilt das Prinzip des »Hands on oder Hands off«	105
11.2	Das Strukturmodell des Bobath-Konzepts	107
11.3	Praktisches Beispiel	107
	11.3.1 Fazilitieren des Oberkörpers.....	107
	11.3.2 Fazilitieren zum Aufstellen der Beine.....	108
	11.3.3 Fazilitieren des Drehens.....	110
	Literatur	110
12	Basale Stimulation® bei schwerstkranken, palliativen und sterbenden Personen.....	112
	<i>Katharina Röwekamp</i>	
12.1	Basale Stimulation®	112
	12.1.1 Bewegen und Wahrnehmen von der gesunden Person bis zur palliativen Person	112
	12.1.2 Was ist Basale Stimulation®?	112
12.2	Haltung, Technik und Kompetenz	113
	12.2.1 Haltung.....	113
	12.2.2 Technik	113
	12.2.3 Kompetenz.....	113
12.3	Palliativversorgung und Basale Stimulation®	115

	12.3.1 Welche Bedeutung hat die Basale Stimulation® in der Begegnung mit schwerstkranken und sterbenden Menschen?	115
	Literatur	117
13	»Guten Morgen, Hr. Doktor!«: Ein Praxiserleben	118
	<i>Sarah Eschmann</i>	
	13.1 Einleitung	118
	13.2 Situation.....	118
	13.3 Aktivierend-therapeutische Pflege	119
	13.3.1 Der stabile Sitz im Bett nach dem Bobath-Konzept.....	119
	13.3.2 Die belebende Waschung nach der Basalen Stimulation® in der Pflege	119
	13.4 Fazit.....	120
	Literatur	120
14	So, wie man liegt, so fühlt man sich!	121
	<i>Sarah Eschmann</i>	
	14.1 Was ist Lebensqualität?.....	121
	14.2 Negative Faktoren, die ein Unwohlsein fördern.....	122
	14.3 Physiologisch und bequem Positionieren nach dem Bobath-Konzept...	123
	14.3.1 Kopf und Extremitäten.....	124
	14.3.2 Evaluation der bisherigen Positionierung.....	124
	14.4 Körperbegrenzendes Positionieren nach der »Basalen Stimulation® in der ATP-P«	125
	14.4.1 Die Nestlagerung.....	126
	14.4.2 Evaluation.....	127
	14.4.3 Positionierungsanpassung	128
	14.5 Zusammenfassung.....	128
	Literatur	128
15	Kleine Hilfsmittel, große Wirkung	129
	<i>Dominik Zergiebel, Stefan Kicker</i>	
	15.1 Unsere Körperstruktur und ihre Veränderungen	129
	15.1.1 Hinweise aus Untersuchungen	130
	15.2 Das Bobath-Konzept: Grundlage von ATP	130
	15.2.1 Wirkung der Schwerkraft, Unterstützungsfläche, Stabilität für Mobilität	131
	15.2.2 Propriozeption.....	132
	15.2.3 Homunkulus.....	132
	15.3 Zusammenhang Positionen und Aktivitäten	132
	15.3.1 Positive Neuroplastizität bei palliativen Personen anwenden.....	133
	15.4 Das Material	133
	15.4.1 Praktische Anwendung von Wickeln.....	133
	15.4.2 Das Handtuch als Positionshilfe	138

15.5	Vorschlag zur Umsetzung.....	141
	Literatur	141
V Pflege- und Handlungsschwerpunkt: Selbstversorgung		
16	Mund- und Zahnpflege.....	145
	<i>Daniela Lorenzen</i>	
16.1	Einleitung	145
16.2	Ziele der Mund-und Zahnpflege.....	145
16.3	Planung und Durchführung nach Pflegeprozess und ATP.....	146
16.4	Allgemeine Mund- und Zahnpflege als Aktivierend-therapeutische Pflegemaßnahme	149
16.5	Spezielle Mund- und Zahnpflege als Aktivierend-therapeutische Pflegemaßnahme	151
	16.5.1 Anwendung.....	151
	16.5.2 Zuständigkeit	151
	16.5.3 Zusätzliche Hilfsmittel	151
16.6	Durchführung	152
	16.6.1 Zusätzliche Aspekte bei der speziellen Mund- und Zahnpflege bei Personen mit oralisierter Dysphagie	153
	16.6.2 Zusätzliche Aspekte bei der speziellen Mund- und Zahnpflege bei Personen mit nicht-oralisierter Dysphagie	153
	16.6.3 Besonderheit: Zahnprothesen.....	153
16.7	Nicht geeignete Hilfsmittel.....	154
16.8	Schlussfolgerung.....	155
	Literatur	155
VI Beeinflussende Faktoren bei der Anwendung von ATP		
17	Begleitung von Sterbenden aus anderen Kulturen	159
	<i>Johanna Grünhagen</i>	
17.1	Der Tod in anderen Kulturen – ein kurzer Einblick in die Vielfalt ...	159
17.2	Sterbende aus anderen Kulturen – von wem sprechen wir überhaupt?...	160
17.3	Egal welche Kultur – ein Glaube hilft beim Sterben.....	161
17.4	Was Ihnen sonst noch begegnen kann.....	161
	17.4.1 Verständnis von Krankheit und Pflege.....	161
	17.4.2 Von der oder dem Pflegenden zum Familienmitglied.....	162
	17.4.3 Die Bedeutung der Rolle von Mann und Frau.....	163
	17.4.4 Krankheit als Prüfung oder Strafe.....	163
	17.4.5 Verständnis von Hygiene.....	164
	17.4.6 Umgang mit Schmerz und Trauer	164
17.5	Die größte Herausforderung: Sprachprobleme!.....	166
17.6	Was können wir voneinander lernen?.....	166
	Literatur	167

VII Anwendungsbeispiele von ATP-P bei symptomauf tretenden Belastungen

18	Fatigue – ein häufiger Begleiter und oft nicht erkannt.....	171
	<i>Sarah Eschmann, Ina Klindworth</i>	
18.1	Erfahrungen auf der Palliativeinheit einer Station	171
18.2	Was ist Fatigue?.....	171
	18.2.1 Symptome, über die Betroffene klagen	172
18.3	Wer ist betroffen?	173
18.4	Mögliche Ursachen und Verstärker der Fatigue	174
	18.4.1 Verschiedene Ursachen der Fatigue.....	174
18.5	Fatigue, Depression und Delir	176
18.6	Fatigue-Assessment	177
18.7	Fatigue – was nun?	179
	18.7.1 Medikamentöse Behandlung.....	179
	18.7.2 Psychotherapeutische Hilfe/Psychoonkolog*innen	179
	18.7.3 Aktivierend-therapeutische Pflege	180
18.8	Wie lebt man mit Fatigue im Alltag?.....	181
	18.8.1 »Fatigue« im interdisziplinären Team	181
	Literatur	182
19	Ideen zur Linderung der Symptomlast	183
	<i>Sarah Eschmann</i>	
19.1	Schmerzlinderung durch alternative Anwendungen	183
	19.1.1 Der körperliche Schmerz	184
	19.1.2 Der psychische Schmerz	185
	19.1.3 Der soziale Schmerz.....	186
	19.1.4 Der spirituelle/existenzielle Schmerz.....	187
19.2	Fazit.....	187
	Literatur	188

VIII Mitarbeiterorientierung in der Anwendung von ATP-P wird großgeschrieben

	Einleitung	191
20	Aktivierend-therapeutische Pflege in der Palliative Care, eine körpergerechte Arbeitsweise.....	192
	<i>Gabi Jacobs</i>	
20.1	Einleitung	192
20.2	Mitarberschonendes Handling in der palliativen Pflege.....	195
	20.2.1 Eigenversuch: Vorderseitige und rückenseitige Rückenmuskulatur arbeiten zusammen.....	196

20.2.2	Eigenversuch: Eine Voreinstellung über aufgestellte Beine und Verrücken des Beckens erleichtert eine weitere Drehung des Körpers	199
20.3	Fazit	201
	Literatur	201
21	Eine Kultur der Erlaubnis	202
	<i>Karin Schroeder-Hartwig</i>	
21.1	Allgemeines	202
21.2	Zeit ist relativ. Wie nutzen wir unsere Zeit?	202
21.3	Existenzielle Pflege – ein Sorgekonzept.....	203
21.3.1	Zeiträuber und die Lösung für alle heißt: »Schwester... kannst du mal«!.....	204
21.3.2	Was ist gut investierte Zeit, die der kranken Person und den Pflegenden zugutekommt?	204
21.3.3	Burnout.....	205
21.4	Spiritualität in der Mitarbeiterführung	205
21.4.1	Der Mensch hat die Freiheit und einen freien Willen	205
21.4.2	Zeitgeist: Ereignisbezogene Unterbrechungskultur	207
21.4.3	»Coolout« eine Problemlösungsstrategie?	208
21.4.4	Gute Pflege braucht Strukturen und Zeit für eine beziehungsorientierte Pflege	209
21.4.5	Wofür wollen wir Zeit geben?.....	209
	Literatur	209
 Anhang		
	Anlage 1: Leitfaden zum Integrieren von EKS (► Kap.21)	213
	Anlage 2: Akute kritische Ereignisse (AkE) auf/in der Station/Abteilung (► Kap.21).....	216
	Anlage 3: Vorbereitung und Protokoll Reflexionsgespräch (VPR) und für die existenziellen und spirituellen Fallbesprechungen (► Kap.21)	218
	Glossar ATP-P.....	221
	Die Autorinnen und Autoren	230
	Stichwortverzeichnis	235

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung	DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
AFA	Albertinen-Fatigue-Assessment	DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose	ebd.	ebenda
APV	allgemeine Palliativversorgung	EKS	Existenzielle Kommunikation
ATP	Aktivierend-therapeutische Pflege	F.O.T.T. [®]	Facio-orale Trakt-Therapie
ATP-P	Aktivierend-therapeutische Pflege in der Palliative care	HPG	Hospiz- und Palliativgesetz
AVO	Arztverordnung	ICN	Internationaler Council of Nursing
BIKA [®]	Bobath-Initiative für Kranken- und Altenpflege	KEK	Klinische Ethikkomitee
BQKPMV	besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung	MuZ	Mund- und Zahnpflege oder äquivalent
DFaG	Deutsche Fatigue Gesellschaft e. V.)	o. äq.	oder äquivalent
DGATP	Deutsche Fachgesellschaft für Aktivierend-therapeutische Pflege e. V.	PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
DGZ	Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung e. V.	SGB V	Sozialgesetzbuch V (Krankenversicherung)
		SGB XI	Sozialgesetzbuch XI (Pflegeversicherung)
		SPK	suprapubischer Blasenkatheter
		SPV	spezialisierte Palliativversorgung
		WHO	Weltgesundheitsorganisation

I Einleitung, Einführung in die Themen der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Palliative Care

1 Wissen über notwendige Grundlagen der Palliative Care

Friedhilde Bartels

Woody Allen sagte einmal:

»Ich habe keine Angst vor dem Sterben. Ich möchte nur nicht dabei sein, wenn es passiert.«⁴
(Woody Allen)

Das ist ein Zitat, das vermutlich vielen Personen aus dem Herzen spricht. Oft ist es ja auch die »Angst vor der Angst«, die wir glauben, vor dem Sterben zu bekommen oder zu haben. Und wenn ich ehr-

lich bin, kann ich mir das sehr gut vorstellen.

Pflegende im Umgang mit palliativen, schwerkranken und sterbenden Personen sind reflektiert, dass ein »sich bewusst Werden« der eigenen Angst, ein »zugewandt Sein« zu einem Sterbenden ein palliatives Setting negativ wie positiv beeinflussen kann. Kenntnisse und Fachwissen über die Entwicklung, die Gestaltung durch Gesetzgebung, Gesellschaft und Einrichtungen sind deshalb unabdingbar.

1.1 Geschichte von Hospiz und Palliative Care

Im Mittelalter wurde der Name Hospital für Herbergen benutzt. Pilger und Bedürftige aber auch Kranke bekamen hier Unterkunft. Und es war ebenfalls ein Ort der Begegnungen.

In bestimmten Einrichtungen in ganz Europa wurden »die Kranken von hingebungsvollen Menschen betreut, geheilt oder respektvoll in den Tod begleitet. Diese Häuser nannte man Hospize«⁵ (Geschichte-der-palliative-care)

Im 19. Jahrhundert entstanden unter anderen speziell für Krebs- und Tuberkulose-

kranke Einrichtungen, in denen diese unheilbaren Personen bis zu ihrem Sterben betreut und gepflegt wurden.

Die Linderung des Leidens und die Unterstützung der betreffenden Personen standen auch früher schon im Zentrum der Aufgaben des Arztes, doch meistens konnten sich nur wohlgesittete Bürger einen Arzt leisten. Eine medizinische Versorgung und Betreuung oder gar eine palliative Sterbebegleitung wurde den betroffenen Personen in der Regel nicht geboten. Doch seit dem ausgehenden 16. Jahrhundert befassten sich die Ärzte zunehmend mit Fragen der palliativen Krankheitsbehandlung, lateinisch »Cura palliativa« genannt.

Ein französisches Sprichwort aus 16. Jahrhundert sagt:

Heilen – manchmal, lindern – oft, trösten – immer.

4 <https://www.agitano.com/zitate-sprueche/woody-allen-ich-habe-keine-angst-vor-dem>, Zugriff 29.8.2020

5 www.palliative.ch/de/palliative-care/die-geschichte-der-palliative-care, Zugriff 21.2.2021

Durch die dann stattfindende Industrialisierung und durch die Entwicklung der Medizin in den nächsten Jahren gerieten die Ansätze der »Palliativversorgung« wieder in den Hintergrund.

»Als älteste bekannte Einrichtung, die den englischen Begriff »hospice« im heutigen Sinne verwendete, eröffneten 1879 die irischen Schwestern der Nächstenliebe das *Our Lady's Hospice for the Care of the Dying* in Dublin⁶ (Geschichte der Hospizbewegung).

In den 1960er Jahren entstanden die heutige moderne Hospizbewegung und die Palliativversorgung als Terminal Care. Sie gehen wesentlich auf Cicely Saunders zurück (► Kap. 2 und ► Kap. 10).

1967 gründete sie das *Sydenham – St. Christopher's* (bei London).

Die Entwicklung in Deutschland begann

- 1983 mit der ersten deutschen Palliativstation an der Kölner Universitätsklinik

- und 1986 mit der Eröffnung des Hospizes »Haus Hörn« in Aachen.
- Bis heute gibt es weit über 230 stationäre Hospize und über 300 Palliativstationen für Erwachsene in Deutschland.
- Bis heute gibt es weit über 20.000 qualifizierte Pflegende in Palliativbereichen und über 8.500 Palliativmediziner.

In den Jahren davor war der Begriff Palliative Versorgung nicht sehr verbreitet und viele Pflegende in den 60igern und 70ziger Jahren kennen noch das »Sterben in den Badezimmern der Stationen«. Es wurden meistens die Sterbenden verlegt und nicht die Personen, die weniger krank waren. Das hat sich sehr verändert und wir erleben vielerorts einen Paradigmenwechsel der Palliativversorgung!

Die internationale Hospizarbeit wurde nachhaltig durch die Arbeit von Elisabeth Kübler-Ross beeinflusst. In Deutschland hat zusätzlich u. a. Christoph Student viel zur Entwicklung der Hospizbewegung beigetragen

1.2 Worin unterscheiden sich Hospiz- und Palliativversorgung?

»Im Mittelpunkt steht der kranke Mensch, seine individuellen Wünsche und Bedürfnisse. Palliativstationen haben daher das Ziel, dass der Patient entlassen werden kann. Im Hospiz hingegen können unheilbar kranke Menschen ihre verbleibende Lebenszeit verbringen.«
(Wieland 2019)

Also ist ein Hospiz eine vom Krankenhaus oder von der Altenhilfeeinrichtung unabhängige

Einrichtung mit meistens wenigen schwerstkranken Personen (8–16 Plätze), die in einem absehbaren Lebensabschnitt palliativ betreut werden. Der Aufenthalt in einem Hospiz ist indiziert, wenn kein Krankenhausbedarf mehr besteht.

Die durchschnittliche Verweildauer in einem Hospiz liegt in der Regel zwischen 2–4 Wochen.

⁶ <http://www.hospizgruppe-bingen.de/index.php/ueber-uns/geschichte-der-hospizbewegung>, Zugriff 21.2.2021

Definition Hospiz (Auszug)

»Im Mittelpunkt der Hospizarbeit steht der schwerstkranke und sterbende Mensch mit seinen Wünschen und Bedürfnissen sowie seine Angehörigen und Nahestehenden.

Trotz historisch unterschiedlicher Entwicklungen in Deutschland sind Palliativ- und Hospizversorgung als ein gemeinsamer Ansatz bzw. eine gemeinsame Haltung zu verstehen. Hospizbegleitung wurzelt im bürgerschaftlichen Engagement. Begleitet werden Patienten am Ende ihres Lebens sowie deren Angehörige – zu Hause, in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und in stationären Hospizen. Haupt- und Ehrenamtliche arbeiten in multiprofessionellen Teams zusammen, um eine Betreuung zu bieten, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Entscheidungen orientiert und hierbei Würde, Frieden und Ruhe anstrebt. In der psychosozialen Begleitung der Betroffenen übernehmen die Ehrenamtlichen vielfältige Aufgaben. Durch ihre Arbeit leisten sie nicht nur einen unverzichtbaren Beitrag in der Begleitung der Betroffenen, sondern sie tragen wesentlich dazu bei, dass sich in unserer Gesellschaft ein Wandel im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen vollzieht.« (DGP 2016)

Definition Palliativ Care, Palliativversorgung

Definition Palliativversorgung der Weltgesundheitsorganisation (WHO): »Palliativversorgung ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, dies mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen.« (DGP 2016)

Erklärung: Früher wurde in Deutschland auch eher der Begriff Palliative Care benutzt, um das umfangreiche »Versorgen/Betreiben« der palliativen Personen von der Palliativmedizin abzugrenzen. Es bedarf einer umfangreicheren Umsicht von verschiedenen Berufen mit ihren Fachkenntnissen als »nur« der Medizin. Heute empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) den Begriff der *Palliativversorgung* in Deutschland zu anzuwenden. (DGP 2016)

Merke: In Hospize finden schwerstkranke und sterbende Personen *ein Zuhause*. Hier verbleiben sie *bis zu ihrem Tod*. Die verbleibende Lebensqualität wird den Bedarfen und Bedürfnissen der individuellen Möglichkeiten durch eine *palliative Betreuung* angepasst.

Das *palliative Setting* finden in allen Fachbereichen inkl. Hospize bei allen Schwerstkrankenzuständen aller Unheilbarkranken bis zum Sterben statt. Dies weist darauf hin, dass eine palliative Versorgung sehr umfassend ist. Palliative Personen haben durchaus die Möglichkeit, von einer Palliativstation, einer Abteilung im oder am Krankenhaus, entlassen zu werden. Das Ziel ist, die krankheitsbedingten Beschwerden zu lindern und den Gesundheitszustand des Betroffenen so zu stabilisieren. Eine palliative Versorgung stabilisiert den Menschen soweit möglich umfassend, damit die betroffene Person eine Option entwickeln kann, selbstbestimmt an einem Ort ihres Wunsches sterben zu können. Darüber hinaus erhält sie eine Chance und günstige Gelegenheit, die letzte Zeit ihres Lebens eine ihr wichtige Lebensqualität zu entwickeln. Die durchschnittliche