

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 Diakoniekrlinikum 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 »Ressource 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 Rehakliniken, 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 Personen 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 SGB IX 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 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 vermeiden 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 Pflegetätigkeiten 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
Sarah Eschmann

im September 2021

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

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

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.

Inhalt

Vorwort

Abkürzungsverzeichnis

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

1 Wissen über notwendige Grundlagen der Palliative Care

Friedhilde Bartels

- 1.1 Geschichte von Hospiz und Palliative Care
 - 1.2 Worin unterscheiden sich Hospiz- und Palliativversorgung?
 - 1.3 Wann beginnt die palliative Versorgung?
 - 1.4 Inhalte der Palliative Care
 - 1.4.1 Übersicht der allgemeinen und spezialisierten Versorgungsstrukturen
- Literatur

2 Was macht Pflege zur palliativen Pflege?

Michael Nehls

- 2.1 Palliativpflege aus dem pflegerischen Handlungsfeld
 - 2.1.1 Palliativpflege vor dem Hintergrund rechtlicher Instanzen am Lebensende
 - 2.1.2 Palliativpflege als konzeptioneller Ansatz
 - 2.1.3 Palliativpflege als pflegfachliche Aufgabe
- 2.2 Palliativpflege aus leistungsrechtlicher Perspektive
- 2.3 Zusammenfassung

Literatur

3 Was macht Aktivierend-therapeutische Pflege in der Palliative Care (ATP-P)?

Friedhilde Bartels

- 3.1 Einleitung
- 3.2 Drei Handlungs-und Pflegeschwerpunkte
- 3.3 Die Basis oder die Grundlage der ATP-P-Handlings
 - 3.3.1 Plastizität
 - 3.3.2 Förderung der Eigenaktivität unter Beachtung der Selbstwahrnehmung
 - 3.3.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit Pflege/Therapie mit dem Ziel, normale Bewegungsabläufe anzubahnen
- 3.4 Was ist therapeutisch an ATP-P?

Literatur

4 Aktivierend-therapeutische Pflege bei palliativen Personen – Sinn oder Unsinn?

Sarah Eschmann

- 4.1 Einleitung
- 4.2 Was ist der Kern der Aktivierend-therapeutischen Pflege?
- 4.3 Was ist der Kern der palliativen Pflege?
- 4.4 Was unterscheidet eine palliative Person von einer geriatrischen Person?
- 4.5 Therapeutische Pflegeziele der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Palliativversorgung
- 4.6 Die Sinnhaftigkeit der Aktivierend-therapeutischen Pflege im palliativen Setting

Literatur

II Allgemeine für alle drei Handlungs- und Pflegeschwerpunkte wichtige und relevante Themen

5 »Sag mir ein Sterbenswörtchen...«: Ein Erfahrungsbericht einer Palliativmedizinerin

Dr. Monika Windsor

- 5.1 Erst einmal etwas zum Menschenbild
- 5.2 Was ist außer medizinischen Aspekten sehr wichtig bei der Begleitung eines Schwerkranken?
- 5.3 Hat Teamarbeit eine besondere Bedeutung?
- 5.4 Was passiert, wenn ich versuche, die Leidenszeit zu verkürzen?
- 5.5 Tötende Begleitung
- 5.6 Ein selbstbestimmtes Sterben
- 5.7 Gibt es bei Geburt und Tod Vergleichbares?

6 Ressourcen bei palliativen Personen

Susette Schumann

- 6.1 Eine Standortbestimmung
 - 6.2 Gesellschaftliche Zusage an palliative Personen
 - 6.3 Besondere ressourcenorientierte Anforderungen der palliativen Person
 - 6.3.1 Körperliche Ressourcen
 - 6.3.2 Kognitive Ressourcen
 - 6.3.3 Psychische Ressourcen
 - 6.3.4 Emotionale Ressourcen
 - 6.3.5 Soziale Ressourcen
 - 6.3.6 Spirituelle Ressourcen
 - 6.4 Gesamtschau auf die Ressourcen bei palliativen Personen
- Literatur

III Pflege- und Handlungsschwerpunkt: Aspekte der Beziehungsarbeit

7 Der individuellen Lebensgeschichten auf der Spur

Sarah Eschmann

- 7.1 Was bedeutet Biographie?
 - 7.1.1 Zeitgeschichte
 - 7.1.2 Lebenslauf
 - 7.1.3 Lebensgeschichten
- 7.2 Erinnerung mit »allen Sinnen«
- 7.3 Biographie im Wandel der Zeit
- 7.4 Vorteile der Biographie für palliative Personen und Pflegende
 - 7.4.1 Biographische Aspekte (Biographiearbeit) im pflegerischen Alltag nutzen
- 7.5 Rituale und Gewohnheiten
- Literatur

8 Kommunikation mit palliativen Patient*innen und ihren Angehörigen im Rahmen der Beziehungsarbeit

Sarah Eschmann

- 8.1 Grundlagen der Kommunikation
- 8.2 Kommunikation bei palliativen Patient*innen
- 8.3 Realität ist subjektiv
- 8.4 Gesprächsbausteine
- Literatur

9 An- und Zugehörige am Limit und die Rolle der Pflegenden: Beziehungsgeschehen mit Angehörigen in existenziellen Situationen einer Palliativeinheit im Krankenhaus

Sigrid Reineke

- 9.1 Einleitung
- 9.2 Von Menschen zu Patient*innen. Von Patient*innen zu Angehörigen Und irgendwo dazwischen: Der hilflose Passagier
 - 9.2.1 Was ist eigentlich Leid? Was hilft den Leidenden?
- 9.3 Das schlechte Gewissen, die Angst und die Schuld der Angehörigen

9.3.1 Angehörige am Limit – und Möglichkeiten der Hilfe

10 Die persönliche Haltung in der palliativen Pflege macht den Unterschied

Karin Schroeder-Hartwig

10.1 Durch was entwickeln wir eine »anerkannte« Haltung?

10.2 Palliative Care

10.2.1 Historie

10.2.2 Total Pain – Konzept nach Cicely Saunders

10.3 Menschenbild »Leiblichkeit« und Mensch als Maschine

10.3.1 Was hat das mit Haltung gegenüber den palliativen Personen zu tun?

10.4 Wie sollen wir pflegen? Wie wollen wir pflegen? Wie können wir pflegen? Wie haben wir zu pflegen?

10.5 Resümee

Literatur

IV Pflege- und Handlungsschwerpunkt: Bewegung

11 Fazilitation – Schwerpunkt der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Palliative Care

Nikolaus Gerdemann

11.1 Was bedeutet dies für die Pflegenden in ihrem »palliativen« Alltag?

11.1.1 Am palliativen Individuum

11.1.2 Durch die Aufgabe

11.1.3 Durch die Umgebung

11.1.4 Beim Fazilitieren gilt das Prinzip des »Hands on oder Hands off«

11.2 Das Strukturmodell des Bobath-Konzepts

11.3 Praktisches Beispiel

11.3.1 Fazilitieren des Oberkörpers

11.3.2 Fazilitieren zum Aufstellen der Beine

11.3.3 Fazilitieren des Drehens

Literatur

12 Basale Stimulation® bei schwerstkranken, palliativen und sterbenden Personen

Katharina Röwekamp

12.1 Basale Stimulation®

12.1.1 Bewegen und Wahrnehmen von der gesunden Person bis zur palliativen Person

12.1.2 Was ist Basale Stimulation®?

12.2 Haltung, Technik und Kompetenz

12.2.1 Haltung

12.2.2 Technik

12.2.3 Kompetenz

12.3 Palliativversorgung und Basale Stimulation®

12.3.1 Welche Bedeutung hat die Basale Stimulation® in der Begegnung mit schwerstkranken und sterbenden Menschen?

Literatur

13 »Guten Morgen, Hr. Doktor!«: Ein Praxiserleben

Sarah Eschmann

13.1 Einleitung

13.2 Situation

13.3 Aktivierend-therapeutische Pflege

13.3.1 Der stabile Sitz im Bett nach dem Bobath-Konzept

13.3.2 Die belebende Waschung nach der Basalen Stimulation® in der Pflege

13.4 Fazit

Literatur

14 So, wie man liegt, so fühlt man sich!

Sarah Eschmann

- 14.1 Was ist Lebensqualität?
- 14.2 Negative Faktoren, die ein Unwohlsein fördern
- 14.3 Physiologisch und bequem Positionieren nach dem Bobath-Konzept
 - 14.3.1 Kopf und Extremitäten
 - 14.3.2 Evaluation der bisherigen Positionierung
- 14.4 Körperbegrenzendes Positionieren nach der »Basalen Stimulation® in der ATP-P«
 - 14.4.1 Die Nestlagerung
 - 14.4.2 Evaluation
 - 14.4.3 Positionierungsanpassung
- 14.5 Zusammenfassung
- Literatur

15 Kleine Hilfsmittel, große Wirkung

Dominik Zergiebel, Stefan Kicker

- 15.1 Unsere Körperstruktur und ihre Veränderungen
 - 15.1.1 Hinweise aus Untersuchungen
- 15.2 Das Bobath-Konzept: Grundlage von ATP
 - 15.2.1 Wirkung der Schwerkraft, Unterstützungsfläche, Stabilität für Mobilität
 - 15.2.2 Propriozeption
 - 15.2.3 Homunkulus
- 15.3 Zusammenhang Positionen und Aktivitäten
 - 15.3.1 Positive Neuroplastizität bei palliativen Personen anwenden
- 15.4 Das Material
 - 15.4.1 Praktische Anwendung von Wickeln
 - 15.4.2 Das Handtuch als Positionshilfe
- 15.5 Vorschlag zur Umsetzung
- Literatur

V Pflege- und Handlungsschwerpunkt: Selbstversorgung

16 Mund- und Zahnpflege

Daniela Lorenzen

16.1 Einleitung

16.2 Ziele der Mund-und Zahnpflege

16.3 Planung und Durchführung nach Pflegeprozess und ATP

16.4 Allgemeine Mund- und Zahnpflege als Aktivierend-therapeutische Pflegemaßnahme

16.5 Spezielle Mund- und Zahnpflege als Aktivierend-therapeutische Pflegemaßnahme

16.5.1 Anwendung

16.5.2 Zuständigkeit

16.5.3 Zusätzliche Hilfsmittel

16.6 Durchführung

16.6.1 Zusätzliche Aspekte bei der speziellen Mund- und Zahnpflege bei Personen mit oralisierter Dysphagie

16.6.2 Zusätzliche Aspekte bei der speziellen Mund- und Zahnpflege bei Personen mit nicht-oralisierten Dysphagie

16.6.3 Besonderheit: Zahnprothesen

16.7 Nicht geeignete Hilfsmittel

16.8 Schlussfolgerung

Literatur

VI Beeinflussende Faktoren bei der Anwendung von ATP

17 Begleitung von Sterbenden aus anderen Kulturen

Johanna Grünhagen

17.1 Der Tod in anderen Kulturen – ein kurzer Einblick in die Vielfalt

17.2 Sterbende aus anderen Kulturen – von wem sprechen wir überhaupt?

17.3 Egal welche Kultur – ein Glaube hilft beim Sterben.

17.4 Was Ihnen sonst noch begegnen kann...

- 17.4.1 Verständnis von Krankheit und Pflege
- 17.4.2 Von der oder dem Pflegenden zum Familienmitglied
- 17.4.3 Die Bedeutung der Rolle von Mann und Frau
- 17.4.4 Krankheit als Prüfung oder Strafe
- 17.4.5 Verständnis von Hygiene
- 17.4.6 Umgang mit Schmerz und Trauer
- 17.5 Die größte Herausforderung: Sprachprobleme!
- 17.6 Was können wir voneinander lernen?
- Literatur

VII Anwendungsbeispiele von ATP-P bei symptomauf tretenden Belastungen

18 Fatigue – ein häufiger Begleiter und oft nicht erkannt

Sarah Eschmann, Ina Klindworth

- 18.1 Erfahrungen auf der Palliativeinheit einer Station
- 18.2 Was ist Fatigue?
 - 18.2.1 Symptome, über die Betroffene klagen
- 18.3 Wer ist betroffen?
- 18.4 Mögliche Ursachen und Verstärker der Fatigue
 - 18.4.1 Verschiedene Ursachen der Fatigue
- 18.5 Fatigue, Depression und Delir
- 18.6 Fatigue-Assessment
- 18.7 Fatigue – was nun?
 - 18.7.1 Medikamentöse Behandlung
 - 18.7.2 Psychotherapeutische Hilfe/Psychoonkolog*innen
 - 18.7.3 Aktivierend-therapeutische Pflege
- 18.8 Wie lebt man mit Fatigue im Alltag?
 - 18.8.1 Fatigue im interdisziplinären Team
- Literatur

19 Ideen zur Linderung der Symptomlast

Sarah Eschmann

19.1 Schmerzlinderung durch alternative Anwendungen

19.1.1 Der körperliche Schmerz

19.1.2 Der psychische Schmerz

19.1.3 Der soziale Schmerz

19.1.4 Der spirituelle/existenzielle Schmerz

19.2 Fazit

Literatur

VIII Mitarbeiterorientierung mit ATP-P wird großgeschrieben

Einleitung

20 Aktivierend-therapeutische Pflege in der Palliative Care, eine körpergerechte Arbeitsweise

20.1 Einleitung

20.2 Mitarbeiterschonendes Handling in der palliativen Pflege

20.2.1 Eigenversuch: Vorderseitige und rückenseitige Rückenmuskulatur arbeiten zusammen

20.2.2 Eigenversuch: Eine Voreinstellung über aufgestellte Beine und Verrücken des Beckens erleichtert eine weitere Drehung des Körpers

20.3 Fazit

Literatur

21 Eine Kultur der Erlaubnis

Karin Schroeder-Hartwig

21.1 Allgemeines

21.2 Zeit ist relativ. Wie nutzen wir unsere Zeit?

21.3 Existenzielle Pflege – ein Sorgekonzept

21.3.1 Zeiträuber und die Lösung für alle heißt: »Schwester... kannst du mal«!

21.3.2 Was ist gut investierte Zeit, die der kranken Person und den Pflegenden zugutekommt?

21.3.3 Burnout

21.4 Spiritualität in der Mitarbeiterführung

21.4.1 Der Mensch hat die Freiheit und einen freien Willen

21.4.2 Zeitgeist: Ereignisbezogene Unterbrechungskultur

21.4.3 »Coolout« eine Problemlösungsstrategie?

21.4.4 Gute Pflege braucht Strukturen und Zeit für eine beziehungsorientierte Pflege

21.4.5 Wofür wollen wir Zeit geben?

Literatur

Anhang

Anlage 1: Leitfaden zum Integrieren von EKS (► Kap. 21)

Anlage 2: Akute kritische Ereignisse (AkE) auf/in der Station/Abteilung (► Kap. 21)

Anlage 3: Vorbereitung und Protokoll Reflexionsgespräch (VPR) und für die existenziellen und spirituellen Fallbesprechungen (► Kap. 21)

Glossar ATP-P

Die Autorinnen und Autoren

Stichwortverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

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

PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
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 ehrlich 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 Tuberkulosekranke 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.

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.

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/Betreuen« 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 Verweildauer auf einer Palliativstation beträgt zehn Tage. Aufenthalte in Palliativeinheiten eines Krankenhauses können deshalb mehrmals bis oft notwendig sein. Auf eine Aktivierend-therapeutische Pflege in der Palliative Care als ein qualifiziertes einzubindendes Konzept (► [Kap. 3](#)) ist hier ausdrücklich hinzuweisen.

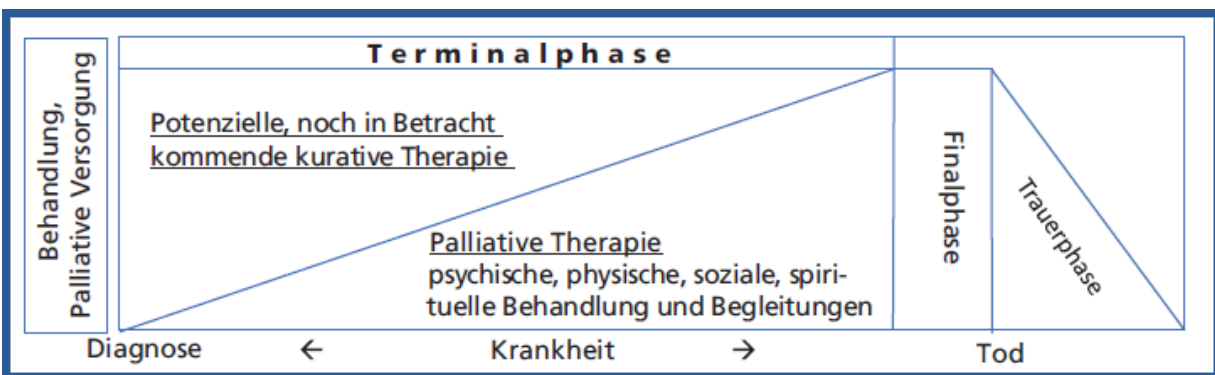


Abb. 1.1: Kurative und palliative Therapie parallel (Lynn & Adamson 2003, S. 7, mod. nach Davies & Higginson 2004, S. 18)

Auch können eine oder mehrere Erkrankungen palliative und kurative Anteile in der Therapie und Pflege haben (► [Abb. 1.1](#)). Oder der kurative Anteil kann bei einem Sturz mit Oberschenkelhalsfraktur, z. B. bei einem langsam wachsenden Tumor, der palliativ zu sehen ist, zu einer Operation und anschließend auch in eine Rehabilitationsklinik führen. Dies führt zu der Frage: