

Inhaltsverzeichnis

A	Palliative Care und Physiotherapie	3.11	Logopädie in der Palliative Care ...	33
			Ronja Tillmann	
1	Was ist Palliative Care?	3	3.12 Ernährungstherapie in der Palliative Care	35
	Rainer Simader und Peter Nieland		Susanne Domkar	
2	Der Physiotherapeut in der Palliative Care	9	3.13 Schlussbemerkungen	37
	Rebecca Tiberini		Jenny Taylor und Helena Talbot-Rice	
2.1	Berufsbild und Rolle des Physiotherapeuten in der Palliativbetreuung. ...	9		
2.2	Eigenschaften und Fähigkeiten des Physiotherapeuten in der Palliativversorgung	11	4 Der richtige Zeitpunkt für Physiotherapie: je früher, desto besser	41
2.3	Ausbildungsmöglichkeiten in der Palliative Care	16	Ylva Dahlin und Rainer Simader	
2.4	Schlussbemerkung	18	4.1 Frühzeitig einsetzende Physiotherapie	41
3	Von der Symptomkontrolle zur Rehabilitation: Ansätze für eine palliative Physiotherapie	21	4.2 Spät einsetzende Physiotherapie ..	43
	Jenny Taylor und Helena Talbot-Rice		4.3 Der Weg für den Patienten	43
3.1	Aktuelle Situation und Behandlungsziel	22	4.4 Der richtige Zeitpunkt für die Physiotherapie	44
3.2	Wünsche der Patienten und Ergebnisse der Therapie	24	4.5 Schlussbemerkungen	45
3.3	Kenntnis und Verständnis des Patienten.	25	5 Physiotherapie am Ende des Lebens: die Sicht der Patienten ..	47
3.4	Teamwork	26	Ylva Dahlin und Rainer Simader	
3.5	Das Modell „Physiotherapie in der Gruppe“	27	5.1 Bedürfnisse und Prioritäten der Patienten.	47
3.6	Physiotherapie am Ende des Lebens	28	5.2 Einstellungen zur palliativen Physiotherapie: Hoffnungen und Erwartungen der Patienten	48
3.7	Physiotherapie im sonstigen Umfeld	28	5.3 Wie können wir von unseren Patienten lernen?	50
3.8	Edukative Aufgaben des Physiotherapeuten	29	5.4 Das Goldfischglas	50
3.9	Innovationen.	30	Jenny Taylor	
3.10	Ergotherapie in der Palliative Care ..	31	5.5 Was haben wir bisher von unseren Patienten gelernt?	52
	Anika Förster		Ylva Dahlin und Rainer Simader	
			5.6 Drei persönliche Erlebnisberichte von Patienten	52

6	Palliative Care als Bestandteil der interdisziplinären Hochschulausbildung von Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie – eine exemplarische Darstellung	57	B	Physiotherapeutische und medizinische Dimensionen	
	Franziska Zimmermann und Ulrike Marotzki		8	Clinical Reasoning	75
6.1	Derzeitige Berücksichtigung von Palliative Care im Studium der Therapieberufe in Deutschland	58	8.1	Clinical Reasoning in der Physiotherapie	75
6.2	Palliative Care in die Curricula interdisziplinärer Studiengänge integrieren	58	8.2	Clinical Reasoning in der palliativen Physiotherapie	76
6.2.1	Strategie 1: Thema in Module systematisch integrieren	58	8.2.1	Die Untersuchung der Patienten	77
6.2.2	Strategie 2: Spezifische Projekte den Studierenden zur Wahl stellen und sie selbst entwickeln lassen	62	8.2.2	Behandlungsplanung und -gestaltung	82
6.2.3	Strategie 3: Die regionale Praxis in die Hochschule holen	63	8.2.3	Weitere Gesichtspunkte	84
6.2.4	Strategie 4: Forschungs- und Entwicklungsprojekte gemeinsam mit Dienstleistenden in den Versorgungsstrukturen durchführen . .	64	8.3	Schlussbemerkungen	86
6.3	Ausblick	64	9	Die ICF als Grundlage für die klientenzentrierte Arbeit in der Palliative Care	89
7	Hospiz und Palliativstrukturen in Deutschland, Österreich und der Schweiz	67		Brigitte Loder-Fink	
	Rainer Simader		9.1	Die Begriffe Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit verstehen	89
7.1	Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland	67	9.2	Ziele der ICF	91
	Peter Nieland		9.3	Der Aufbau der ICF, ihr Kodierungssystem und Beurteilungssystem	91
7.2	Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich	69	9.4	Anwendung und Vorteile der ICF in der patientenzentrierten Arbeit in der Palliative Care	94
	Rainer Simader und Leena Pelttari		9.5	Therapeutisches Vorgehen nach der ICF anhand einer Fallgeschichte . .	95
7.3	Hospiz- und Palliativversorgung und die Physiotherapie in der Schweiz. .	71	9.6	Zusammenfassung	98
	Henri A. Emery und Monika Obrist		10	Trainingstherapie bei fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen	101
				Grainne Sheill	
			10.1	Training bei fortgeschrittener Erkrankung – wissenschaftlicher Status Quo	101

10.2	Training aus Sicht von Patienten mit lebenszeitbegrenzenden Erkrankungen	102	12	Schmerz	129
10.3	Training bei fortgeschrittener Erkrankung	102	12.1	Fallbeispiel	129
10.4	Drei Stufen der Trainingstherapie: Untersuchung – praktische Durchführung – Steigerung.	104	12.2	Definitionen von Schmerz	132
10.4.1	Stufe 1: Untersuchung von Palliativpatienten	104	12.3	Schmerzanalyse	132
10.4.2	Stufe 2: Praktische Verordnung des Trainings	107	12.4	Nichtpharmakologische physiotherapeutische Maßnahmen	134
10.4.3	Stufe 3: Steigerung des Trainings	108	12.5	Medikamentöse Schmerztherapie.	139
10.5	Trainingskontinuität bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen.	109		Klaus Reckinger	
10.6	Training mit Knochenmetastasen.	110	12.6	Schlussbemerkungen	143
10.7	Zusammenfassung	112		Jacob van den Broek, Jenny Taylor und Rainer Simader	
10.8	Fallbeispiel	112	12.7	Reflexionsfragen	144
11	Gruppenangebote und Gruppentherapien in der Palliative Care	117	13	Spinales Kompressionssyndrom	147
	Lorna Malcolm und Kate Norman			Kristina Coe	
11.1	Geschichtliche Entwicklung	117	13.1	Definition und Häufigkeit	147
11.2	Vorteile der Gruppenarbeit	117	13.2	Warnzeichen und klinisches Bild.	147
11.3	Gruppentherapie zur Patientenedukation.	118	13.3	Wirbelsäulenstabilität.	150
11.4	Umgang mit Zustandsverschlechterungen von Patienten	120	13.4	Mobilisierung und Rehabilitation	150
11.5	Steuerung der Gruppengröße	120	14	Atemnot und Angst	155
11.6	Individuellen Bedürfnissen gerecht werden	121		Jenny Taylor und Helena Talbot-Rice	
11.7	Beurteilung der Effektivität.	121	14.1	Fallbeispiel	155
11.8	Virtuelle Gruppen	121	14.2	Atemnot am Ende des Lebens.	157
11.9	Vorfälle und kritische Situationen in der physiotherapeutischen Gruppentherapie.	124	14.3	Effektive Physiotherapiemaßnahmen bei Dyspnoe	159
11.10	Zusammenfassung	126	14.4	Angst und Panikanfälle beim dyspnoischen Patienten	163
			14.5	Physiotherapeutische Ansätze zur Behandlung von Angst und Panik durch Atemnot	164
			14.6	Medikation bei Atemnot und assoziierten Symptomen	165
				Claudia Bausewein	
			14.7	Schlussbemerkungen	167
				Jenny Taylor und Helena Talbot-Rice	
			14.8	Reflexionsfragen	167

15	Respiratorische Symptome: Dyspnoe/Atemnot bei Atemwegsobstruktion und Sauerstoffkapazitätsproblemen...	171	16.8	Zusätzliche Maßnahmen und Unterstützungsangebote beim Lymphödem in der Palliativmedizin . .	197
	Eva Müllauer		16.9	Hilfsmittel	197
15.1	Fallbeispiel	171	16.10	Vorsichtsmaßnahmen für Patienten mit Arm- bzw. Beinlymphödem . .	198
15.2	Atemwegsobstruktion im palliativen Kontext	173	16.11	Einbinden von Angehörigen in die palliative Lymphödemtherapie	199
15.3	Sauerstoffkapazitätsprobleme im palliativen Kontext	177	16.12	Komplikationen und Herausforderungen beim Lymphödem eines Palliativpatienten	199
15.4	Medikamentöse Therapie und medizinischärztliche Interventionen bei Atemwegsobstruktion	179	16.12.1	Wundrose (Erysipel)	199
	Daniela Gompelmann		16.12.2	Lymphangiosarkom	199
15.5	Schlussbemerkungen	182	16.12.3	Exulzierende Tumore	199
	Eva Müllauer		16.12.4	Wundheilungsstörungen, Nekrose, Ulkus und Dekubitus	200
15.6	Reflexionsfragen	182	16.12.5	Narben	200
16	Lymphödem	187	16.12.6	Austritt von interstitieller Flüssigkeit durch die Haut	200
	Peter Nieland und Margit Eidenberger		16.13	Absolute und relative Kontraindikationen	200
16.1	Fallbeispiel	187	16.13.1	Rechtsherzinsuffizienz und KPE bei Palliativpatienten?	200
16.2	Lymphsystem und mögliche Störungen	189	16.13.2	Thrombophlebitis/Phlebothrombose und arterielle Verschlusskrankheit (AVK)	200
16.2.1	Primäre Lymphödeme	189	16.13.3	Verstärkte Metastaseninvasion durch palliative Lymphdrainage?	201
16.2.2	Sekundäre Lymphödeme	190	16.13.4	Diuretika	201
16.3	Stadieneinteilung des Lymphödems (AWMF S2k 2017)	190	16.14	Ödeme: Übersicht und medizinische Behandlung	201
16.4	Folgen des Lymphödems für Palliativpatienten	191		Eva Katharina Masel	
16.5	Physiotherapeutische Behandlung beim palliativen Lymphödem	192	16.14.1	Unterschiedliche Ödemarten und ihre medizinische Behandlung	202
16.6	Physiotherapeutische Maßnahmen beim Lymphödem	193	16.14.2	Zusammenfassung	205
16.6.1	Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE)	193	16.15	Spätfolgen: Warum eine Behandlung wichtig ist	205
16.6.2	Hautpflege beim Palliativpatienten mit Lymphödem	194		Peter Nieland und Margit Eidenberger	
16.6.3	Manuelle Lymphdrainage beim Palliativpatienten	194	16.16	Kritische, wichtigste Frage: Ist die Ödemtherapie bei Lymphödem am Lebensende noch sinnvoll?	206
16.6.4	Kompression bei Palliativpatienten mit Lymphödem	195	16.17	Reflexionsfragen	206
16.7	Bewegungstherapie und Aktivität bei Palliativpatienten mit Ödemen .	196			

17	Fatigue	211	18.3	Nichtmedikamentöse Therapie	249
	Sinead Cobbe		18.4	Medikamentöse Therapie	249
17.1	Was ist Fatigue?	211		Séverine Surges und Lukas Radbruch	
17.2	Fallbeispiel	211	18.5	Conclusio	250
17.3	Prävalenz und Auswirkungen der Fatigue	212		Margit Eidenberger	
17.4	Merkmale der Fatigue	213	19	Angst im Kontext der palliativen Physiotherapie	253
17.5	Wahrnehmung der Fatigue aus Sicht der Betroffenen	213		Rainer Simader	
17.6	Physiologische Fatigue (normale Müdigkeit)	214	19.1	Patientenbeispiel	253
17.7	Primäre Fatigue	214	19.2	Ängste von Palliativpatientinnen und -patienten	255
17.8	Sekundäre Fatigue	214	19.3	Spezifische und praktische Unter- suchungstechniken bezüglich Angst	258
17.9	Symptomcluster und Symptomkontrolle	218	19.4	Medikamentöse Behandlung der Angst in Palliativsituationen	260
17.10	Physiotherapie und Fatigue	218		Séverine Surges und Lukas Radbruch	
17.10.1	Fatigue-Assessment in der Physiotherapie	218	19.5	Physiotherapeutische Interven- tionen in Bezug auf Angst	261
17.10.2	Untersuchungs- und Assessment-Tools	219		Rainer Simader	
17.10.3	Behandlung	222	19.6	Schlussbemerkungen	264
17.10.4	Trainingsarten	224	19.7	Reflexionsfragen	264
17.10.5	Beaufsichtigung und Dosierung des Trainings	225	20	Patientinnen und Patienten mit schwersten neurologischen Erkrankungen	267
17.11	Medikamentöse Behandlung der Fatigue	229		Daniel Preiser	
	Séverine Surges und Lukas Radbruch		20.1	Fallbeispiel Paul	267
17.12	Schlussbemerkungen zur Fatigue ..	230	20.2	Schlussbemerkung	283
	Sinead Cobbe		20.3	Reflexionsfragen	283
17.13	Reflexionsfragen	230	21	Physiotherapie mit Menschen mit Demenz	285
18	Obstipation	235		Martina Fröhlich	
	Margit Eidenberger		21.1	Definition	285
18.1	Patientenbeispiel	235	21.2	Diagnostik der Demenz	286
18.1.1	Anamnese	235	21.3	Delir	287
18.1.2	Physiotherapeutische Untersuchung	236	21.4	Demenzformen	288
18.1.3	Therapieplanung	240	21.5	Schmerz bei Menschen mit Demenz	291
18.1.4	Therapeutische Vorschläge	241	21.5.1	Schmerzerfassung	292
18.1.5	Weiterer Verlauf	246	21.5.2	Schmerzbehandlung	294
18.2	Definition und Ursachen der Obstipation	247			
18.2.1	Arten der Obstipation	248			
18.2.2	Komplikationen der Obstipation	248			

XX Inhaltsverzeichnis

21.6	Physiotherapeutische Aufgabenfelder und Interventionsmaßnahmen	295	22.10	Multiprofessionelles Team	321
21.6.1	Aufgabenfeld: Erhaltung der Mobilität	296	22.11	Letzte Lebensphase	321
21.6.2	Aufgabenfeld: Demenzspezifische Methode	297	22.11.1	Symptomkontrolle in der letzten Lebensphase	322
21.6.3	Aufgabenfeld: Terminale Phase	298	22.11.2	Abschiednehmen	322
21.6.4	Aufgabenfeld: Angehörigenarbeit	298	22.12	Reflexionsfragen	322
21.6.5	Antidementiva in der Palliativsituation	299	23	Physiotherapie in der terminalen Phase	323
21.7	Reflexionsfragen	299		Brigitte Fiechter Lienert	
	Martina Fröhlich		23.1	Physiotherapie am Lebensende	323
22	Die physiotherapeutische Behandlung von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der pädiatrischen Palliativversorgung	301	23.1.1	Wann beginnt die Sterbephase?	324
	Monja Sales Prado		23.1.2	Macht Physiotherapie in der terminalen Phase Sinn?	324
22.1	Definition „pädiatrische Palliativversorgung“	301	23.1.3	Wann ist Physiotherapie in der terminalen Phase angemessen?	325
22.2	Patientenbeispiele	302	23.1.4	Physiotherapeutische Interventionen in der terminalen Phase	326
22.2.1	Leon, 14 Jahre alt, Muskeldystrophie Duchenne Typ I	302	23.2	Palliative Sedierung	330
22.2.2	Julia, 8 Jahre alt, angeborene Zwerchfellhernie	305		Séverine Surges und Lukas Radbruch	
22.2.3	Teo, 3 Monate alt, genetisch bedingte Epilepsie (Verdacht auf Othahara-Syndrom)	307	23.3	Schlussbemerkungen	331
22.3	Physiotherapie in der pädiatrischen Palliativversorgung	310		Brigitte Fiechter Lienert	
22.4	Befunderhebung	312	23.4	Reflexionsfragen	331
22.5	Zielformulierungen	313	C	Psychosoziale Dimensionen	
22.6	Hilfsmittel	314	24	Kommunikation in der Palliative Care – eine Einführung	337
22.7	Physiotherapeutische Symptomtherapie	315		Michael-M. Lippka-Zotti	
22.7.1	Schmerzen	315	24.1	Der Tod und die Wörter	337
22.7.2	Obstipation	317	24.2	Systemische Kommunikation für Einsteiger	338
22.7.3	Atmungsprobleme im palliativen Kontext	318	24.3	Kommunikationsarchitektur: Wie baut man ein hilfreiches Gespräch?	340
22.8	Physiotherapie mit Kindern mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen	320	24.4	Reflexionsfragen	346
22.9	Das System Familie	320	25	Kommunikation mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen	347
				Elisabeth Grünberger	
			25.1	Verbale und nonverbale Kommunikation	347
			25.2	Sprachliche Veränderungen bei Demenz	348
			25.3	Körper und Demenz	350

25.3.1	Distanz und Berührung.	350	27.4	Kommunikation	364
25.3.2	Körperliche Auswirkungen der Demenz	351	27.5	Smartes Lebensumfeld	366
25.4	Der Körper als Ausdruck in der Beziehungsgestaltung.	351	27.6	Zusammenarbeit und Organisation	366
25.5	Mit Menschen mit Demenz kommunizieren – praktische Tipps. .	352	27.7	Smarte Technologie: Ethik und Würde.	366
25.5.1	Die Haltung gegenüber Menschen mit Demenz.	352	27.8	S M A R T Use	367
25.5.2	Validation: Kommunikation mit Demenz erkrankten.	353	27.9	Schlussfolgerungen und Ausblick .	367
25.5.3	Kommunikationstipps für Gespräche mit Menschen mit Demenz.	354	28	„Von traurigen Löwen, die brüllen“ und vom Umgang mit starken Emotionen.	369
25.5.4	Situative Kommunikationsbeispiele. .	355		Michael-M. Lippka-Zotti	
25.6	Der Einsatz von Medien in der Physiotherapie bei Demenz- erkrankungen.	356	28.1	Warum Gefühle ausbrechen und welche Wellen sie schlagen können	369
25.7	Reflexionsfragen.	357	28.2	Die Grundausrüstung: Akzeptanz, Empathie und Authentizität	370
26	Unterstützte Kommunikation. . .	359	28.3	Interventionen und was man sonst noch alles tun kann.	371
	Erna Gadinger		28.4	Erste Hilfe oder Rettungsboot? Die Sache mit der Sicherheit.	371
26.1	Kommunikation wird entscheidend von drei wichtigen Elementen bestimmt.	359	28.5	Wichtiges zum Schluss	373
26.2	Angebote und Erfahrungen der UK aus dem schulischen Bereich	360	28.6	Reflexionsfragen.	373
26.2.1	Körpereigene Kommunikationsformen	360	29	Was ist denn Trauern überhaupt?	375
26.2.2	Nicht-elektronische Kommunikationsformen	361		Monika Müller	
26.2.3	Elektronische Kommunikationsformen mit und ohne Sprachausgabe	361	29.1	Grundlage für ein Trauerverständnis	375
26.3	UK-Erfahrungen im häuslichen Umfeld	361	29.1.1	Macht Trauer krank?	375
26.4	Weitere Einsatzbereiche der UK . . .	362	29.1.2	Der Weg führt durch die Trauer.	376
27	High Touch & Smart Tech – wie der Einsatz von Technologie zur Lebensqualität beitragen kann. . .	363	29.2	Berührung ist auch Anrührung . . .	377
	Martin Morandell		29.3	Wer trauert, und um was wird getrauert?	378
27.1	Motivation	363	29.3.1	Die Trauer des unheilbar erkrankten Menschen	378
27.2	Bewusstsein über Nutzungsbedarf .	363	29.3.2	Die Angehörigen vor oder nach dem Versterben oder: die Ungleichzeitig- keit des Trauererlebens	379
27.3	Aufrechterhalten der Nutzungsmöglichkeit	364	29.4	Vom Irrglauben der „Erledigung“ von Trauer durch die sogenannte antizipatorische Trauerarbeit.	380
			29.5	Gefühle im Prozess der Trauer.	381
			29.6	Wie kann unterstützt werden? . . .	381

D	Ethische und spirituell-existenzielle Dimensionen	E	Selbstfürsorge
30	Ethik und ethische Entscheidungsfindung in der palliativen Physiotherapie	32	„Wie geht’s mir eigentlich?“ – Einladung zur Selbst-Supervision
	Birgit Jaspers		Wolf Schönleiter
30.1	Ethik und Moral	32.1	Supervisionsauftakt oder: Wenn der Körper den Weg weist.
30.2	Ethische Grundsätze für Physiotherapeuten	32.2	Zur Unwahrscheinlichkeit des belastungsfreien Arbeitens in der palliativen Versorgung
30.3	Physiotherapie und ethische Fragen der Forschung	32.3	Belastungserleben ist normales Erleben
30.4	Ethische Konflikte und ethische Urteilsfindung	32.4	Vom eigenen Körper als Supervisor
30.5	Instrumente der Entscheidungsfindung für die klinische Praxis	32.5	Sprachliches Feingefühl als entlastende Ressource
30.6	Schlussbemerkung	32.6	Von Ängsten und dem Umgang mit ihnen
31	An der Schnittstelle zwischen Funktion, Bedeutung und Sinn	33	Physiotherapeuten zwischen Nähe und Distanz, Berührung und Berührtheit
	Andrew Goodhead		Michael-M. Lippka-Zotti und Rainer Simader
31.1	Was sagt uns die Gesellschaft über unseren Körper?		
31.2	Der gesunde Körper als Antidot – wofür?		
31.3	Funktion und Bedeutung		
31.4	Der Nutzen des Narrativs: ein wichtiger Zugang für den Physiotherapeuten		
31.5	Schlussbemerkungen		
31.6	Reflexionsfragen		
			Register.