

Ergotherapie in der Palliativversorgung Erwachsener

Viktoria Deimel

1. Selbstbestimmung und Symptomkontrolle haben höchste Priorität

Ergotherapie in der Palliativmedizin Erwachsener wird immer mehr von stationären Palliativzentren und ambulanten Einrichtungen eingefordert. Ergotherapie wird besonders im Hinblick auf eine multimodale Behandlung schwerstkranker Menschen als wichtig erachtet, da die Behandlungsmöglichkeiten der Ergotherapie breit gefächert sind und sich sehr gut in das Palliativ-Team vernetzen lassen können. In der komplexen Behandlung der Symptome und des jeweiligen Gesundheitszustands der Menschen ist es der Ergotherapie möglich, auf differenzierte Fragestellungen einzugehen. So kann der Fokus der Therapie, angelehnt an die ergotherapeutischen Heil- und Hilfsmittel, schwerpunktmäßig den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten angepasst werden.

Üblicherweise werden in den meisten Palliativeinrichtungen Tumorpatienten behandelt – doch wird heutzutage zunehmend der nicht-onkologische Palliativpatient diskutiert und in Versorgungsnetze aufgenommen. Dabei handelt es sich v.a. um geriatrische Palliativpatienten. Die Palliativmedizin hat ganz klar das Ziel, die Leiden im Endstadium zu lindern, wenn sich das Augenmerk der Behandlung auf die Schaffung von Lebensqualität richtet und nicht mehr auf die Verlängerung des Lebens. Der Patient soll möglichst lange ein für ihn „normales“ Leben zu Hause mit der Pflege sozialer Kontakte führen können.

Höchste Priorität besitzen die Symptomkontrolle, das Beherrschen von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden, der psychologischen, sozialen und spirituellen Probleme. Die medizinische Abgrenzung zur Onkologie beispielsweise besteht darin, dass nicht mehr der Tumor behandelt wird, sondern „Sekundärsymptome“ wie Atemnot, Schmerzen, Übelkeit u.a. Eine Palliativstation kann aber dennoch nicht mit einem Hospiz gleichgestellt werden. In Tab. 1 werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten dargestellt.

Selbstbestimmung und Symptomkontrolle haben höchste Priorität, wenn es um die Behandlung von Palliativpatienten geht. Der Bedarf

an qualifizierten Therapeuten steigt in diesem Arbeitsfeld drastisch. Vielfach fehlen aber noch klare Konzepte und Strukturen in der Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden Menschen.

2. Kostenübernahme der Ergotherapie in der Palliativmedizin

Im stationären Alltag werden immer mehr therapeutische Fragen an die Ergotherapie gerichtet. Die gänzliche Einbindung der Ergotherapie in das Palliativ-Team und die Vergütung durch Krankenkassen stellen jedoch noch nicht die Regel dar. Das poststationäre Heilmittelrezept bie-

Palliativstation	Hospiz
<ul style="list-style-type: none"> • Stetige ärztliche Präsenz • Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten sind vorhanden, Palliativstationen sind in „allgemeine“ Krankenhäuser integriert • Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen werden aufgenommen. CAVE: Der nicht-onkologische Palliativpatient! • Ziel ist es, quälende Begleitsymptome wie Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Luftnot möglichst gering zu halten bzw. zu beseitigen und somit die Weiterversorgung örtlich selbstbestimmt zu ermöglichen • Kostenträger sind die GKV oder PKV 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Versorgung durch den Hausarzt, welcher bei Bedarf hinzugezogen wird • Es werden Menschen mit einer geringen Lebenserwartung aufgenommen, die vielfach aufgrund von Überforderung der Angehörigen und einem hohen Pflegeaufwand nicht zu Hause versorgt werden können • Kostenträger sind teilweise die GKV/PKV und teils die Pflegeversicherung • Es besteht immer ein Eigenanteil für die Familien, deren Angehöriger in einem Hospiz untergebracht ist

Tab. 1: Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen einer Palliativstation und einem Hospiz

tet zumindest die Möglichkeit, eine ambulante Weiterbehandlung der betroffenen Menschen abzurechnen – wenn die Klinik Praxisräume zugelassen hat bzw. ambulant behandeln darf.

Der Operations- und Prozedurenschlüssel OPS 2011 8-98/8-98-2 bietet die Möglichkeit, ergotherapeutische Leistungen im Bereich der stationären Palliativversorgung Erwachsener überhaupt abrechnen zu können. Leider wird die Berufsgruppe Ergotherapie nicht explizit genannt, kann aber z.B. in Verbindung mit Interventionen durch künstlerische Therapien, wie beispielsweise der Kunst- und Musiktherapie, und/oder Entspannungstherapie eingebunden werden (vgl. DEIMEL 2011a).

Die Fachweiterbildung Palliative Care bindet das interdisziplinäre Team ein. Eine spezielle Fachweiterbildung für Ergotherapeuten/ Ergotherapeutinnen gibt es noch nicht. Hierauf wird später noch näher eingegangen. Das DVE-Gremium Palliativmedizin beschäftigt sich seit seiner Gründung im Oktober 2011 mit dieser Thematik.

3. Angebote der Ergotherapie in der Palliativmedizin

Mehr Selbstständigkeit durch Autonomie und Selbstbestimmung

Klar definierte Aufgabenbereiche geben dem Therapeuten die Möglichkeit, sich mit schwerkranken Menschen und dem Thema Tod auseinanderzusetzen. Darüber hinaus verschaffen Aufgabengebiete Transparenz in einem multiprofessionellen Team. Es überschneiden sich sicherlich einige Felder wie die psychosoziale Betreuung, Schmerztherapie und die Angehörigenarbeit.

„Ergotherapeuten sind in der Lage, unter Betrachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Klienten, durch Autonomie und Selbstständigkeit dem Tag mehr Leben geben zu können, sowie ihn darin zu unterstützen, die verbleibende Lebenszeit optimal nutzen zu können“ (DEIMEL 2011a).

Tab. 2 stellt eine kategorisierte Übersicht dar, welche Therapieoptionen Ergotherapeuten einem Palliativpatienten anbieten könnten.

Der stetige Gedanke an das Clinical Reasoning lässt aktive, teilsassistive oder passive Maßnahmen in den Vordergrund rücken. Der Einsatz vielfältiger und erprobter Therapieverfahren sowie die mehrmals tägliche Situationsbeurteilung des betroffenen Menschen stellen hohe Ansprüche an einen Therapeuten im Arbeitsfeld Palliativmedizin.

Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF), Nervenmobilisationstechniken (Abb. 1), Kinästhetik, Basale Stimulation, Therapie nach Affolter, Gesprächstechniken und ausdruckszentrierte Therapieverfahren sind hilfreich und werden häufig angewendet. Das breite Spektrum setzt die sichere Ausführungsfähigkeit einzelner Therapieverfahren seitens des Therapeuten voraus. Hinzu kommt, dass sich der Ergotherapeut wie alle im interdisziplinären Team dem psychosozialen und emotionalen Druck eines erkrankten bzw. sterbenden Menschen sowie den Angehörigen stellen muss.

4. Fatigue-Management durch die Ergotherapie

Die Entstehung der ganz besonderen Erschöpfung bei Krebs ist noch

nicht vollständig verstanden. Bisher wurden mehrere Theorien entwickelt, wie Fatigue entstehen könnte. Bei dem Erklärungsmodell der „Erschöpfungstheorie“ sind die lang anhaltende chronische Belastung durch die Tumorerkrankung und der damit verbundene psychische und körperliche Stress die entscheidenden Auslöser. Alle Faktoren zehren an der Energie der Betroffenen, was schließlich zu einer generellen schweren Erschöpfung führt. Dieses Modell vermag aber das Phänomen Fatigue nicht ausreichend zu erklären.

Bei einem anderen, neurophysiologischen Erklärungsansatz wird eine Schädigung des Nervensystems auf allen Ebenen angenommen. Auf der Ebene des zentralen Nervensystems geht man von einer Schädigung des Hypothalamus als Ursache des Antriebsmangels aus, in einer Region, die Wachheit und Aufmerksamkeit regelt, sowie von einer Störung der Informationsweiterleitung über das Rückenmark und der Regelung der Muskelantwort. Die Muskelantwort auf die verarbeiteten Reize kann auch aufgrund geschädigter Muskeln schwächer ausfallen. Damit müsste ein Krebspatient für die gleiche Kraftleistung mehr Energie als ein gesunder Mensch aufwenden.

Muskelmasse wird durch die Gabe von Cortison oder einigen Chemotherapeutika, wie beispielsweise



Abb. 1: PNF – Nervenmobilisation der unteren Extremität