

Palliativmedizin in der tschechischen Neurologie

Martin Bojar

Einleitung

In mancher Hinsicht ist die Neurologie als ein Fachbereich anzusehen, der eine „Brücke“ zwischen den internistischen Fachbereichen, der Physiotherapie und Psychiatrie einerseits und der Neurochirurgie, der Gefäßchirurgie, der invasiven Radiologie, der Otorhinolaryngologie andererseits, darstellt. Traditionell genommen war die Neurologie ein Fachbereich, der die Semiologie und topische Diagnostik zur Vollkommenheit entwickelte, wobei die therapeutischen Möglichkeiten erheblich eingeschränkt ----- waren. Deshalb wurde die Neurologie noch in den achtziger Jahren letzten Jahrhunderts für einen „passiven – therapeutisch nihilistischen“ Fachbereich gehalten.

Auf Grund einer einmaligen, bisher nicht dagewesenen technologischen Revolution haben sich die klinischen neurowissenschaftlichen Bereiche in den letzten zwanzig Jahren grundsätzlich verändert. Die Neurologie nutzt die „wunderbaren“ bildgebenden sowie neurophysiologischen Verfahren, der Molekularbiologie und der neuroimmunbiochemischen Labormethoden aus. Dank dieser Umstände konnten die Neurologen die Diagnostik in einem ungeahnten Maße präzisieren und anschließend die therapeutischen Möglichkeiten bei einer zahlreicher Gruppe von sehr schweren Erkrankungen mit einem chronisch-progredienten Verlauf erheblich verbessern. Es handelt sich um Erkrankungen, deren Klassifikation sich durch die Erkenntnisse der Molekulargenetik und Histopathobiochemie ändert, und bei denen schwere Bewegungs- und Wahrnehmungsstörungen sowie kognitive und emotionelle Störungen auftreten. Sie sind mit einem multisensoriellen Defizit, den chronischen, oft unstillbaren Schmerzen, nicht selten auch mit Harn- und Stuhlinkontinenz begleitet. Trotz faszinierender Umwandlung der Neurologie und der neu entwickelten, viel versprechenden, auf den Erfindungen von Biophysik, Biomechanik, Gen-Engineering und reparativer Neurologie basierenden Behandlungsmethoden muss erwähnt werden, dass die Erkrankungen des Nervensystems, des Bewegungs- und Stützapparates bei vielen Patienten zu Funktionsstörungen des Nervensystems und zur nachfolgenden Beeinträchtigung der Lebensqualität führen, die sich dann bei vielen Krankheiten unerträglich verschlimmert.

Die Sicherung der advekateten Nachsorge oder häuslichen Pflege bei Kranken, die eine akute Erkrankung des Nervensystems mit einem unterschiedlich schweren Defizit überleben oder an einer chronisch-progredienten Erkrankung des Nervensystems leiden, stellt eine große sozial-gesundheitliche Belastung dar, die bei der eindeutig ungünstigen demographischen Entwicklung der europäischen Population zur einer ökonomischen und sozialen Bedrohung wird. In fortgeschrittenen Stadien vieler Erkrankungen des Nervensystems werden auch die bioethische Einstellung und die Frage nach einer wirkungsvollen und zweckmäßigen palliativen Pflege immer dringlicher, besonders bei Patienten, die nicht mehr auf eine kausale oder symptomatische Behandlung ansprechen. Zum dominierenden Problem wird die Linderung von Schmerzen, der Spastizität und der Gemütsstörungen, die Pflege für inkontinente und immobile Patienten und die Gewährleistung der entsprechenden Qualität der Krankenpflege.

Eine solche Auffassung stimmt mit der neuen Definition der palliativen Pflege überein, die Weltgesundheitsorganisation im Jahre 2002 veröffentlichte. Die Konzeption der palliativen Pflege, die auf Kranke im Terminalstadium einer schweren Krankheit gezielt war, wandelt sich in eine Betreuung der Personen, die an einer lebensbedrohenden Krankheit leiden, und bei denen unentbehrlich ist, die somatischen sowie psychosozialen Ursachen des Leidens frühzeitig zu erkennen. Es handelt sich um

eine Bedingung, die für die Leistung einer komplexen, auf Beherrschung des Leidens gezielten Pflege unentbehrlich ist (multikausale und multidimensionale Pflege).

Eigene Erfahrungen

Die Patienten mit Erkrankungen des Nervensystems und vor allem mit zerebrovaskulären und hereditärogenen Krankheiten stellen eine zahlreiche und immer zunehmende Patientengruppe dar, die eine sowohl intensive neurologische als auch komplexe, mit Rehabilitation und Physiotherapie einhergehende Pflege fordern. Es handelt sich um Kranke, nicht selten im Alter von 30 Jahren, die von kritischen, des Lebens bedrohenden Zuständen, und von chronischen Leiden des Nervensystems betroffen sind. Bei Personen im mittleren und höherem Lebensalter bannen diese eine immer größere Aufmerksamkeit neurodegenerative Krankheiten, unter denen die Alzheimer-Krankheit ein Alptraum und zugleich ein attraktives Thema für die Medien darstellt.

Die akuten Erkrankungen des Nervensystems, die nicht selten die Integrität des Organismus bedrohen und zum Versagen der basalen Lebensfunktionen führen, erzwingen eine rasche Entwicklung der sehr aufwändigen intensiven neurologischen Pflege. Die Mortalität und Dauerfolgen besonders bei zerebrovaskulären Erkrankungen und Nerventraumen stellen nämlich ein schwerwiegendes, gesundheitlich-ökonomisches und soziales Problem dar, das sowohl die Neurologie als auch die Behavioralneurologie als eine neue, sich dynamisch entwickelnde Fachrichtung im Rahmen der Neurologie betrifft.

Die akute Pflege der Kranken dessen Nervensystem die Lebensfunktionen bedroht, wird in den letzten zehn Jahren in den Universitätskliniken und Regionalkrankenhäusern auf neurologischen Intensivpflegestationen gewährleistet, die ebenfalls auf den neurologischen Stationen der Bezirkskrankenhäusern errichtet werden. In der Tschechischen Republik setzt sich ein Modell der fachbezogenen Intensivpflege in den Krankenhäusern durch, in denen geschultes Fachpersonal und ein gut funktionierendes Labor und - radiologisches Komplement zur Verfügung steht .

Das ist unter anderem auch durch die hohe Anzahl der stationärer Abteilungen für Neurologie gegeben. In der Tschechischen Republik gibt es 86 Abteilungen für Neurologie mit fast 500 Fachärzten, das ist ungefähr über 40 % aller Neurologen von gesamter Anzahl 1200 Nervenärzte.

Die neurologische Intensivpflege und eine enge Zusammenarbeit mit den Abteilungen für Anästhesiologie und Resusitation, die verbesserte Verfügbarkeit über moderne bildgebende und radiologische Interventionsverfahren zusammen mit den modernen therapeutischen Methoden senkten einerseits die Mortalität bei schweren zerebrovaskulären Krankheiten, Traumen des Nervensystems und entzündlichen Stoffwechsellaffektionen des Nervensystems.

Andererseits führt diese zweifellos günstige Entwicklung zum Anstieg der Anzahl von Patienten, die eine plötzliche, lebensbedrohende Nervenkrankheit überleben und die durch eine anspruchsvolle und aufwändige neurologische Intensivpflege gerettet worden sind, jedoch um den Preis eines schweren kognitiven, motorischen oder sensorischen Defizits. Die Dauerbehinderung dieser Patienten fordert dann eine anspruchsvolle stationäre oder häusliche Krankenpflege, wobei die Überlebenden - und mit ihnen auch ihre Angehörige unter dieser äußerst unbefriedigenden Lebensqualität leiden.

Die oben erwähnten Behauptungen können wir mit eigenen Erfahrungen belegen, die wir in den letzten zehn Jahren auf der neurologischen Intensivpflegestation mit 12 Krankenbetten erwarben. Es muss darauf hingewiesen werden, dass es bei der Einschätzung der Zweckmäßigkeit und des Beitrags einer breit zugänglichen neurologischen Intensivpflege, die ohne Einschränkung eines altersunkabhängigen

und wirtschaftlichen Limits geleistet wird, auch bioethische Probleme und praktische Limite einer akuten neurologischen Intensivpflege in Betracht zu ziehen sind.

In unserer Klinik werden sowohl eine langzeitige Ventilation bei Patienten, die aus verschiedensten Ursachen bewusstlos sind, als auch die standardgemäße Thrombolyse bei Patienten mit einem ischämischen Hirnschlag oder die akuten neuroradiologischen Eingriffe vorgenommen (Stent-Operationen an Karotiden und anderen wichtigen Blutgefäßen). In den indizierten Fällen werden urgente neurologische Eingriffe entweder von unseren Operateuren oder den Neurochirurgen im Krankenhaus Na Homolce durchgeführt. Zu den standardgemäßen, wenn auch sehr aufwändigen Verfahren gehören auch die Verabreichung von hochdosierten IVIg bei entzündlichen und Autoimmunerkrankungen des Nervensystems (die Kosten betragen 30 000 bis 100 000 Kč pro Tag (1.100€ bis 3.700 € pro Tag), die Behandlung der Patienten mit Epilepsie und die mehrmonatige Behandlung der komatösen Patienten, bei denen die Verlegung auf die Stationen, die für eine langzeitige Ventilation ausgestattet sind, misslingt. Bei einer zahlreichen und rasch zunehmenden Patientengruppe mit zerebrospinalen multiplen Sklerose und Entmarkungskrankheiten - in unserer Klinik behandeln wir 1200 solche Patienten - werden Interferone und andere, „den Krankheitsverlauf modifizierende“ Medikamente fast bei 300 Patienten verabreicht, wobei die Kosten auf eine auch mit Interferonen kombinierte Behandlung fast 350 000,- Kč (13. 000,- €) im Jahr betragen. Nur für Interferone und Kopolymer gibt unsere Klinik mehr als 80 Millionen tschechische Kronen (ca. 3 Millionen €) aus, so dass unsere Klinik in einer „warnend-motivierenden“ Kostensatz-Tabelle im Universitätskrankenhaus eine zweite Stelle nach der Klinik für Onkologie und Hämatologie einnimmt.

Die oben erwähnte Aufzählung von merkwürdig wirkungsvollen, jedoch außerordentlich teuren Behandlungsmethoden soll keinesfalls einen gefährlichen, jedoch oft überlieferten Mythos über die Allmacht und die unbeschränkten Möglichkeiten moderner Medizin unterstützen und weiter verbreiten.

Im Gegenteil – sie soll als eine realistisch-skeptische Warnung angenommen werden, die auf eine außer Acht gelassene Tatsache hinweist, dass nicht einmal die Medizinbereiche, die die biomedizinischen High-Tech-Verfahren nutzen und die bestreben – falls möglich – „auf den Beweisen zu basieren“, die Lebensrettung – euphemistisch das Überleben genannt – mit einer guten – und für Patienten sowie seine Angehörigen akzeptierbaren Lebensqualität – zu erzielen vermögen.

Alltägliche Erfahrungen, die auf der Auswertung von Ergebnissen der neurologischen Intensivpflege in unserer neurologischen Intensivpflegestation mit 12 Betten basieren, berechtigen die Schlussfolgerung, dass es notwendig ist, die Ergebnisse unserer komplexen Pflege bei vieler Patienten mit einem resultierenden schweren und äußerst unbefriedigendem Zustand zu beurteilen und die Einstellungen und Wünsche/Vorbehalte des Patienten objektiv einzuschätzen, falls er diese noch vor seinem kritischen Zustand geäußert hat. Es ist begründet, korrekt und ethisch, die Verfahren der Palliativmedizin in den Fällen anzuwenden, in denen eine ausgedehnte und unheilbare Strukturläsion des ZNS mit irreversiblen Funktionsdefizit durch bildgebende bzw. neurophysiologische Methoden nachgewiesen ist. Bei einer solchen Entscheidung sollen wir – und davon bin ich überzeugt - eine unterstützende Rolle den Wünschen und Empfehlungen der Familienangehörigen des Patienten zugestehen. Sie müssen jedoch über die Prinzipien der Palliativmedizin und den Unterschied zwischen der Palliativmedizin und der Euthanasie informiert werden. Bei einem ungünstigen Verlauf der Erkrankung und der Befürchtung vor unbeherrschbarem Leiden ihres schwer befallenen Nächsten haben sie vor der Euthanasie nicht selten Angst.

Unsere Erfahrungen berechtigen die Empfehlung, dass die Verfahren der Palliativmedizin nicht nur für die onkologischen Einrichtungen und Hospize vorbehalten sein sollten, sondern sie müssen auch einen integralen Bestandteil der urgenten und akuten neurologischen Pflege bilden.

Nicht weniger schwerwiegend sind auch medizinische und bioethische Probleme, die mit der neurologischen Standardbetreuung der Patienten, die mit einem schweren Funktionsdefizit nach geleisteter neurologischer Intensivpflege auf „normale“ Krankenbetten verlegt werden, einhergehen. Die Situation ist belastend für die Patienten, bei denen kognitive und physische Funktionen nach dem Hirnschlag oder nach einer anderen Hirnstrukturläsion erhalten blieben, und die sich ihres Handicaps und ihrer ungünstigen und eher hoffnungslosen Prognose bewusst sind. Die therapeutische „Misserfolge“ im Falle einer primären oder metastasierenden Tumorerkrankung, die das Nervensystem oder den Stützapparat befällt, tragen die Familienangehörigen schwer, jedoch manchmal mit Verständnis. Nur in einigen Fällen treffen wir auf Akzeptanz in den ersten Phasen der Behandlung von Patienten mit devastierendem Verlauf einer zerebrovaskulären Krankheit, die mit Schmerzen und schwer heilbaren Spastizität begleitet ist.

Nicht einfach und mit manchen bioethischen Problemen verbunden ist die komplexe therapeutische Pflege und Rehabilitation bei Patienten mit Entmarkungskrankheiten (Demyelinization Krankheitsbild), vor allem mit multipler (zerstreute) Sklerose. Die Kranken finden sich nur schwer damit ab, dass es trotz der durch Massenmedien erweckten Hoffnungen über „modernste“ Behandlung und trotz der aufwändigen Therapie in unserem MS-Zentrum es zu Bewegungsstörungen und nicht selten auch zur Entwicklung eines kognitiven Defizits und anschließend zur Symptomatik eines sozial-psychologisch gravierenden Handicaps mit professionellen und interpersonalen Folgen kommt.

In den letzten zehn Jahren steigt in unserer Klinik rasch die Anzahl der Kranken, besonders der Senioren, bei denen schwere kognitive und emotionelle Störungen vorkommen – es handelt sich vor allem um Erkrankungen mit Symptomatik der Alzheimer-Krankheit. Bedeutend ist auch die Patientengruppe mit Bewegungsstörungen, die durch neurodegenerative Erkrankungen verursacht werden – die wichtigste darunter ist zweifellos die Parkinson-Krankheit. Die Patienten mit einer der neurodegenerativen Erkrankungen stellen auf Grund der allmählich zunehmenden und später sehr anspruchsvollen Pflege, der Nachtunruhe, der Harninkontinenz, dem erhöhten Verletzungsrisiko und der nosokomialen Infektionen eine weitere „risikoreiche“ und bioethisch anspruchsvolle Patientengruppe dar. Bei dieser Patientengruppe ist es notwendig, die Indikation der palliativen Pflege bei Verschlechterung des Gesundheitszustands, nicht selten auf Grund der Polymorbidität, die für diese Gruppe typisch ist, zu erwägen.

Ein typisches Bild bietet eine anspruchsvolle und belastende Betreuung der Patienten mit amyotrophischen Lateralsklerose (ALS) dar, die eine klinisch heterogene Gruppe von letal verlaufendem atrophisch-degenerativem Befallen der Vorderhörner des Rückenmarks darstellt, wobei auch das Befallen der grauen und der weißen Hirnsubstanz mit anschließender, jedoch unauffälliger kognitiver Störung nachgewiesen war. Die Diagnosestellung in den Initialstadien der Erkrankung wird von einer ganzen Reihe der Irrtümer und Unexaktheit belastet, weil die ALS zunächst als ein eher banaler Befall der Rückenmarkkanäle erscheinen kann, der durch die Spodylarthrose und Degeneration der Zwischenwirbelscheiben oder als die Folge einer mäßigen Blutleere oder Rückenmarkskompression verursacht wird. Der Diagnosestellung nähern sich die behandelnden Ärzte, und vor allem die Patienten und ihre Familienangehörigen, oft nur langsam, in den Kreisen, an. Nicht selten bleibt die ALS für den Patienten eine tabuisierte, jedoch vorgeahnte Wahrheit. Die Situation kompliziert eine inadäquate Erwartung, die mit Verabreichung teurer Medikamente einhergeht. Die Therapie kann jedoch den Verlauf dieser, gewöhnlich rasch voranschreitender Krankheit mit nachfolgender Immobilität, Schluckstörung und anschließlicher Versagen der Atemzentren, in der Regel nur mäßig modifizieren. Eine bedeutende Rolle bei Bekämpfung dieser heimtückischen Krankheit spielt die komplexe Pflege einschließlich Physiotherapie, Kurbehandlung und Psychotherapie, aber der Patient im Stadium der vollentwickelten

Krankheit wird schrittweise – jedoch ziemlich schnell – von der Dauerhilfe einer anderen Person abhängig.

Bioethisch und kommunikativ anspruchsvoll und für manche Ärzte auch schwierig ist, die Wahrheit über den Charakter der Krankheit und den letalen Ausgang, der nur aufgeschoben werden kann, dem Patienten zu sagen. Ich und Assistent Mazanec behandeln diese Patienten mehr als zehn Jahre und meinen, dass der Patient sowie seine Familienangehörigen in einem entsprechenden Augenblick und mit genügendem Vorsprung über Möglichkeiten und die Grenzen der medizinischer Betreuung und über unsere Unfähigkeit, den neuronalen Tod zu verhindern, informiert werden sollten. Diesen neuronalen Tod können wir nicht überlisten. Dieser Die Anwendung andauernder Ventilation und Realimentation, also auf den Verfahren, die die Lebensqualität eines bettlägerigen, kommunikationsunfähigen Patienten, nicht verbessern, die jedoch das Sterben um einige Monate verlängern bedeutet für uns ein Martyrium das nach unserer Ansicht unbegründet ist.

Bei der Überlegung über das Vorgehen und Erwägung einer weiteren Therapie im Falle einer unheilbaren ZNS-Erkrankung müssen wir die Lebensqualität, die Einstellung des Patienten und die Möglichkeiten seiner Familie gefühlsmäßig in Betracht nehmen. Man darf auch nicht außer Acht lassen, dass die Kapazität der Einrichtungen für nachfolgende Pflege und Betreuung, besonders in größeren Ballungsgebieten und Städten ungenügend sei und den Bedarf bei weitem noch nicht deckt.

Im Jahre 2003 gab es in der Tschechischen Republik 101 Abteilungen für Nachsorge und Krankenpflege mit 5 575 Betten.

Im selben Jahr waren die Patienten mit „Nerven- und psychischen“ Erkrankungen in 86 Abteilungen für Neurologie mit 3 334 Betten und in 33 psychiatrischen Abteilungen mit 1 517 Betten versorgt. 43 Abteilungen für Rehabilitation verfügten über 1 439 Betten.

Zum Vergleich soll angeführt werden, dass es 12 Abteilungen für klinische Onkologie mit 316 Betten und 23 Abteilungen für Radiotherapie mit 1 157 Betten gab.

Der Anwendung von Verfahren der Palliativmedizin in Neurologie ist in der tschechischen neurologischen Literatur bis jetzt die Aufmerksamkeit nur vereinzelt gewidmet (Kaňovský, 2000; Munzarová, 2006; Bojar, Přihoda, 1997, 2004).

Zweifellos gilt auch für die Neurologie – und die oben erwähnten Erfahrungen bestätigen es, dass ein Interesse unserer Patienten sowie des Personals in neurologischen Abteilungen ist, die klassische Dichotomie, die die palliative Pflege als eine Krankenpflege ab den Zeitpunkt der Ausschöpfung aller Möglichkeiten der kausalen Therapie und kurativen Pflege ansieht, zu überwinden.

In der tschechischen Neurologie setzt sich – wenngleich nur vereinzelt – ein komplementäres Modell der Betreuung von schwer oder unheilbar kranken Patienten (also nicht nur der Patienten mit Tumorerkrankungen) in den letzten zehn Jahren durch. Die palliative Betreuung der Patienten mit Erkrankungen des Nervensystems ist zweifellos in den Zwischenstadien der Erkrankungen begründet, die nicht mehr auf die kausale Behandlung oder kurative Pflege ansprechen.

Ähnlich wie in den anderen europäischen Ländern steht auch in der Tschechischen Republik die fachbezogene palliative Betreuung der Patienten mit Erkrankungen des Nervensystems erst am Anfang. Man beginnt der palliativen Pflege in Neurologie und anderen nicht-onkologischen Fachbereichen mehr systematische Aufmerksamkeit zu widmen, außer anderem – zum Teil paradoxerweise - „dank“ des mangelhaften Bewußtseins und Kenntnis der tschechischen Öffentlichkeit, aber auch der formativ wirkenden Massenmedien – über die Möglichkeiten und Methoden der Palliativmedizin.

Mitfühlende, ungenügend informierte Laien, die ein sinnloses und unnötiges Leiden – in einer säkularisierten und von Glauben endbundenen Gesellschaft – mit Recht befürchten, fordern demzufolge die Legalisierung der Euthanasie an. Dabei geht es ihnen darunter nicht selten vor allem einen verbindlichen legislativen Rahmen von therapeutischen Maßnahmen und eine Pflege, durch die die unheilbar Kranken die Schmerzen und Leiden loswerden, also die komplexe Pflege, die hilft und einen „guten“, leidenlosen Tod ermöglicht .

Bei Beurteilung der Aussagen über die überwiegende Unterstützung von Legalisierung der Euthanasie ist es zu empfehlen, die Einstellungen und Ansichten der tschechischen Öffentlichkeit, die bei den Untersuchungen der öffentlichen Meinung und in den Massenmedien als eindeutig „die Legalisierung von Euthanasie als unterstützend“ angegeben werden, vorurteilslos zu analysieren. Dies ist sowohl durch eine erhebliche Säkularisation der tschechischen Gesellschaft, als auch – und das ist unserer Erfahrungen nach bedeutend – durch das immer noch mangelhafte Bewußtsein über Möglichkeiten der palliativen Pflege, der Schmerzstillung und Linderung des Leiden verursacht.

Diese Hypothese bestätigen meiner Meinung nach auch die Ansichten der Studenten an der 2. Medizinischen Fakultät, die sich in den Umfragen und bei Seminaren zum Thema der Betreuung von chronisch und unheilbar kranken neurologischen Patienten fast in 50 % zugunsten der „Euthanasie“ äußern, wobei sie – was den Diskussionen zu entnehmen ist – darunter in der Regel eine korrekte und genügend wirkungsvolle, also eine gefühlsmäßige Anwendung und Ausnutzung der palliativen Pflege verstehen.

Von Bedeutung ist auch die Einstellung der Krankenschwestern, mit denen wir über das Schicksal unserer Patienten sprechen. Sie arbeiten in der Klinik für Neurologie, kennen die verschiedensten Formen des Leidens und Sterbens „neurologischer“ Patienten und sehen die durch unheilbare und devastierende Nervenerkrankung verursachte und unbefriedigende bis unwürdige Lebensqualität der Patienten. Ihre Ansichten unterstützen das Bewusstsein breiterer Zusammenhänge und die Überzeugung, dass das Leiden von unheilbar Kranken in Übereinstimmung mit Grundsätzen der Palliativmedizin gelindert werden muss. Die Palliativmedizin stellt einen adäquaten, ethisch akzeptablen kurativen und krankenschwesterlichen Rahmen, der keine Legalisierung der Euthanasie fordert und rechtfertigt.

Zusammenfassung

Bei den Diskussionen über die Gründe, die scheinen, die Notwendigkeit der Euthanasie-Legalisierung zu unterstützen, soll - meiner Meinung nach - die Öffentlichkeit geduldig und in überzeugender Weise informiert werden, dass die Palliativmedizin nach der Unterstützung, nach der Erhaltung der befriedigenden Lebensqualität der Patienten strebt, und zwar in dem Fall, wenn der unheilbar kranke Patient noch fähig ist, ohne Unterstützung des Kreislaufs und der Ventilation sein Leben wahrzunehmen und zu erleben.

Die tschechische Öffentlichkeit weiß meistens nicht, dass die Palliativmedizin nicht nur in Hospizen realisiert wird und nicht realisiert werden soll, sondern dass sie eine entsprechende Stelle sowohl in den Nachsorgekliniken als auch in den stationären Bettenabteilungen hat. Die Öffentlichkeit muß über die Zielstellung der Palliativmedizin wiederholt belehrt werden, die auch in der Neurologie therapeutische, krankenschwesterliche, psychotherapeutische und physiotherapeutische Verfahren zur Linderung von Schmerzen und Leiden anwendet. Diese Verfahren unterstützen komplex nicht nur somatische und psychosoziale, sondern auch seelsorgliche Bedürfnisse der schwerkranken und unheilbaren Patienten.

Die palliativmedizinische Behandlung und komplexe Betreuung der schwerkranken „neurologischen“ Patienten ,vor dem letalen Ausgang, gehen von den konkreten Bedürfnissen

des Patienten aus, der als ein Individuum auch bei einem schweren Multisystem-Defizit und bei einer unterschiedlich ausgeprägten kognitiven Störung das Recht auf eine gute (ertragbare) Lebensqualität in seiner verbleibenden und schwersten Lebenszeit hat.

Martin Bojar

Karlsuniversität Prag, 2. Medizinische Fakultät, Universitätsklinik Motol

{ [HYPERLINK mailto:martin.bojar@lfmotol.cuni.cz](mailto:martin.bojar@lfmotol.cuni.cz) }