

Palliative Medizin in der Geriatrie

Z. Kalvach: 3. innere Klinik der 1. medizinischen Fakultät der Karlsuniversität und des Universitätskrankenhauses in Prag

Die Palliative Medizin (PM) gliedert sich gewöhnlich in eine onkologische und nichtonkologische, die eine terminale Pflege (end-of-life care, EOL) vor allem um die Kranken mit einem vorgeschrittenen Herz-, Respirations-, Leber-, und eventuell Nierenversagen (durch ein chronisches Dialyseprogramm erheblich modifiziert) aber ebenfalls um die Kranken mit einem ernsthaften Immundefizit (vor allem AIDS). Die neurologischen Kranken vor allem mit einer progredienten Neurodegeneration, mit Myopathien oder mit Zuständen nach einem Hirnschlag hat die vorangehende Mitteilung behandelt. Eine ähnlich eigenständige Problematik stellen die traumatischen Behinderungen dar - inklusive der Verbrennungsschäden, der Kranken in einem langzeitigen bewusstlosen Zustand, einem permanenten vegetativen Zustand (vigiles Koma) oder der Kranken, die langfristig am Lungenautomat angeschlossen sind. Außer diesem Zugang, der sich auf Grund einer dominanten tödlichen Erkrankung oder Verletzung auf die Organe konzentriert, teilen sich noch zwei Problembereiche ein, die durch mit dem Alter (age-related) zusammenhängenden Umstände bedingt sind – eine Palliativpflege um die Kinder und bestimmte Seniorgruppen - die geriatrischen Patienten.

Die geriatrische Palliativpflege (GPP) darf nicht, ebenfalls wie die ganze geriatrische Medizin, als Ausdruck der Segregation, Exklusion und Diskriminierung verstanden werden. Es darf auf keinen Fall um einen günstigen Ersatz einer effektiven Behandlung der jungen Kranken und einen Rücktritt von einer effektiven jedoch kostspieligen Behandlung des vermutlich nichtperspektiven alten Patienten gehen. Ethisch unakzeptabel sind die Überlegungen über die Veränderung von Benefit/cost ration (Nutzen-, und Kostenanteil) infolge eines vermutlichen Rückganges des Lebenswertes im Alter, vor allem in einem vorgeschrittenen Alter. Wie bekannt, variabel ist die Qualität des Lebens, nicht sein Wert, der gemäß des gegenwärtigen Konzeptes einer Westgesellschaft konstant ist. Das, was die geriatrische Modifikation der Behandlung indiziert ist nicht das Alter selbst, jedoch eine spezifische, mit dem Alter oft zusammenhängende Problematik. Falls sie nicht bei den gegebenen Senioren präsent ist, dann stellt eine bloße Überschreitung einer bestimmten arbiträren Altersgrenze (75 Jahre?, 80, Jahre?, 65 Jahre?) keinen Grund zur einen Ausreißung aus der Behandlungsgewohnheiten um die Sterbenden dar (z.B. Leute mit einem Herz-, oder Respirationsversagen, Leute nach einem Hirnschlag oder die Leute mit einer tumorösen Erkrankung).

Zu den Indikatoren und Prioritäten der geriatrischen Palliativpflege gehören z.B.

- Eine Multimorbidität mit Entwicklung der so genannten geriatrischen Syndrome (GS)
- Eine involutive Deterioration und Gebrechlichkeit, ebenfalls mit einem Anteil an den geriatrischen Syndromen, mit der Problematik der Langlebigkeit und der Überlegung der Existenz/Nichtexistenz eines natürlichen Todes durch das Alter

- Eine psychosoziale und existenziale Konsequenz des Sterbens im Alter – z.B. Einsamkeit, Veränderung der Beziehung zum Tod, Verlust des Lebenssinnes, Resignation, Recht auf Ablehnung einer schmerzhaften Endphase (senectus molesta) eines ungewöhnlich langen Lebens
- Einige mit dem Alter bedeutend zusammenhängende Erkrankungen – vor allem Alzheimerkrankheit und andere Formen des Demenz-Syndroms.

Die Multimorbidität kann erstens als die so genannte Komorbidität betrachtet werden. Die Problematik der angegliederten Erkrankungen, die bedeutsam eine Prognose, diagnostische und Pflegevorgänge modellieren und modifizieren. Das zeigt sich erheblich in der Onkologie, die die geriatrische Brüchigkeit als „Gebrechlichkeit“, eine Untauglichkeit zu den standarden Protokollen der onkologischen Pflege versteht. Zweitens kann die Multimorbidität als eine Kombination der sich gegenseitig potenzierten Krankheiten betrachtet werden, die auf diese Art und Weise eine neue pathologische Situation erschaffen, die funktionell und prognostisch bedeutsamer ist, als die bloße Summe ihrer Erscheinungen. Die involutive Deterioration und die Brüchigkeit (frailty) gehören zu den Dominanten der geriatrischen Medizin. Es zeigt sich folgendes: Sie entwickelt sich früher, schneller und ernsthafter bei Frauen als bei Männern. Sie kann aus bestimmten Zügen schon im mittleren Alter prädiert sein, hat einen multidimensionalen Charakter (unterschiedlich von der onkologischen Auffassung) und entwickelt sich später und langsamer bei den langlebigen Menschen, bzw. bei denen mit der Disposition zur Langlebigkeit.

Durch die Kombination der funktionell bedeutenden Multimorbidität und der Brüchigkeit entstehen die so genannten geriatrischen Syndrome als spezifische Ernstform der Morbidität der alten Menschen. Gegen die übliche Auffassung des Begriffes Syndrom (ein typisches durch eine gemeinsame Ursache ausgelöstes Ensemble von Erscheinungen und Syndromen) haben die geriatrischen Syndrome (GS) einige oder viele sich einander potenzierte Ursachen, die eine oder mehrere typische Erscheinungen auslösen (z.B. Inkontinenz oder Stürze). Viele Senioren sterben und bedürfen einer Palliativpflege gerade im Zusammenhang mit den progredienten GS. Es gehören hier z.B. Immobilitäts-, und Instabilitätssyndrom mit Stürzen, Syndrom der Hypomobilität, der Dekondition und der Muskelschwäche, Inkontinenzsyndrom, Syndrom des kognitiven Defizits, Maladaptationssyndrom, Syndrom der psychosomatischen Dekompensierung, Anorexiesyndrom, Malnutritionssyndrom, Syndrom der vermischten Sinnes-, und Kommunikationsbehinderung. Vom palliativen Gesichtspunkt spricht man vom Syndrom der terminalen Deterioration.

Die Multimorbidität, Brüchigkeit und die progrediente funktionelle Deterioration bilden beim wesentlichen Teil der geriatrischen Patienten eine spezifische Trajektorie ihres Sterbens.

- Bei den onkologischen Patienten kann man in der Terminalphase der Erkrankung von einem „direkten Weg zum Tod“ reden
- Bei den Kranken mit Versagen der lebenswichtigen Organen sind die Versagensschube typisch (Herzens- Respirations-, und Leberversagen mit einer portalen Hypertension und ähnlich)
- Für die brüchigen geriatrischen Patienten ist eine allmähliche Abzehrung mit den wiederholten Dekompensationen des funktionellen Zustandes und anderen oft kettenförmigen Komplikationen charakteristisch. Eine Komplikation löst, infolge der Untauglichkeit ganz übliche Stressoren zu

bewältigen, eine andere aus (banale Krankheiten, z.B. Virose, Umweltbelastung, bedeutendere Witterschwankungen, psychische Konflikte). Es handelt sich um den Ausdruck einer kritischen involutiv bedingten Verschlechterung des Gesundheitspotenziales und das in allen seinen Komponenten: Tüchtigkeit, Unempfänglichkeit, kreative Adaptabilität. Zum Tod kommt es dann entweder ganz plötzlich (der Patient stirbt nach ein paar Tagen einer banalen Virose oder Anorexie, oder ist schon tot gefunden, ohne dass eine ausgeprägte akute Verschlechterung vorangeht. Oder nach einer schwierig abschätzbaren Zeit „des Ersterbens“ (euphemisch bezeichnet als „Verglühung der Lebenskerze“) üblicherweise mit der Entwicklung der Immobilität, der Inkontinenz, der psychischen Alteration (Delirium), der Anorexie und der Malnutrition.

In der Palliativmedizin, bzw. in der geriatrischen Palliativbehandlung fehlt häufig der adäquate Indikator ihrer Einführung, ein objektiver Anzeiger eines real bevorstehenden unabwendbaren Todes. Es bleibt häufig nichts als nur eine klinische Abschätzung, ein Eindruck des erfahrenen Personals (z.B. in einer langzeitigen Anstaltspflege), was jedoch im Vergleich zum exakten Staging einer generalisierten Karzinomkrankung, die auf eine Kausalbehandlung nicht reagiert, eine unvergleichbar schwierige Situation ist. Bedeutsam ist ebenfalls eine Bedrohung der falschen Indizierung PP bei den heilbaren und verbesserlichen Patienten, im Sinne der Pseudo-Volkweisheit „der junge Mensch kann, der alte Mensch muss sterben“. Der Einführung der GPP bei den deteriorierten herunterkommenden brüchigen Senioren muss also immer eine aktive sorgfältige differenziell diagnostische Überlegung und auf diese anschließende aktive Beurteilung der Kurabilität vorangehen.

Zu den Erscheinungen der terminalen geriatrischen Deterioration gehören vor allem folgende Symptome ohne eine ersichtliche pathologische Ursache:

- Die Müdigkeit mit Beschränkung der Bewegungsaktivität (es sinkt der Gangumfang, die Reichweite wird enger, es verschlechtert sich walking behaviour – Gangumfang, Liegen und Sitzen vorherrschen)
- Apathie, Interessenverlust, Ausfall aus dem gewöhnlichen Tagregime. Neigung zum Schlafen
- Appetitlosigkeit mit Gewichtsabnahme, später mit Entwicklung von Malnutrition, Muskelatrophie und Schwäche
- Instabilität mit Stürzen
- Antritt, Verschlechterung oder Demaskierung der Inkontinenz
- Verwirrtheitszustand (Wahnzustände)
- In Laborbefunden schwer korrigierte Hypalbuminämie und besonders Hyponaträmie

Differentiell-diagnostisch ist vor allem auf die folgenden Krankheiten (mindestens potenziell heilbar) zu denken:

- Entzündliche Erkrankung (Erscheinungen einer systemischen Entzündungsreaktion durch Zytokine vermittelt)

- tumoröse Erkrankungen
- unerwünschte Wirkungen von Medikamenten besonders bei Polypragmasie
- Malnutrition als Ursache, nicht als Manifestation und Konsequenz
- Depression
- Dekondition und Sarkopenie (Muskelschwäche – Atrophie) von der Inaktivität
- Psychosomatische Dekompensation (z.B. Maladaptation an Eintritt in die Anstaltspflege mit Resignation)
- Hypothyreose, wenig häufig die so genannte (oligo-, und mikrosymptomatische) apatetische Form der Hypothyreose
- Anämisches Syndrom
- Hypokortisolismus (Addisons Krankheit)
- metabolische Störungen (z.B. dekompensiertes Diabetes Mellitus, uremisches Syndrom)

Zusammengefasst handelt es sich um eine ernsthafte und bisher nicht geklärte Problematik. In diesem Fall stellen eine grobe Fehler (ethische und rechtliche) sowie eine aufs Kreuz Legung eines geriatrischen Patienten mit einer heilbaren Krankheit und vielleicht auch mit einer vieljährigen Lebensprognose, als auch eine Verweigerung einer gepflegten Palliativbehandlung einem sterbenden Patienten, manches Mal mit den quälenden Untersuchungen, Kurierungen und einer gewaltsamen Belebungen dar. Umso wichtiger ist es, in der geriatrischen Pflege eine Individualisierung mit dem Gewicht auf die Ehrwürdigkeit, Behaltung von Patientenkompetenzen, auf den Lebenssinn und seine Animation zu wahren. Das qualifiziert eine gute Pflege, auch wenn sich im Nachhinein zeigt, dass es sich um eine Palliative Pflege vor dem Tode oder um eine langfristige Pflege (long-term care, LTC) handelte.

Von den existentiellen und psychosozialen Aspekten des Sterbens setzen sich im Alter vor allem die Einsamkeit und häufig auch der Verlust der gewöhnlich mit dem Gefühl des gefüllten und geschlossenen Lebens zusammenhängende Angst vor dem Tod durch. Die alten Menschen sagen häufig (nicht jedoch alle) – „Mein Tod verletzt niemanden, er wird niemanden schmerzen, ich hinterlasse hier niemanden, wer sich dann quälen würde, wer unversorgt wäre, wer mich brauchen würde“. Eben darum darf man eine Gegensituation nicht unterschätzen – das Gefühl einer bedeutsamen Aufgabe, die in der Pflege um einen abhängigen Menschen besteht, üblicherweise um einen kranken Partner, bzw. um ein handicapiertes Kind. In Überlegungen über die Führung einer GPP sind diese Aspekte sehr von Belang, auch wenn man in der Praxis einen geriatrischen Patienten automatisch als ein Pflegeobjekt ansieht, nicht als einen möglichen Akteur der Pflege, eine pflegende Person. Im Zusammenhang mit der Ansicht der Gesundheitsbetreuer auf die Senioren ist es zu betonen, dass das Lebenskonzept auch im vorgeschrittenen Alter mit Ausnahme von vorgeschrittenen Phasen des Demenz-Syndroms bewahrt wird. Trotz aller deformierten Gefühle über die „abhängigen, apathischen nichtperspektiven“ Greisen, versucht sich die absolute Mehrheit auch der sehr alten Senioren „das Gesicht“, die Ehrwürdigkeit, den menschlichen Respekt und die Selbstachtung zu behalten. Es handelt sich um einen so hohen Wert, dass eine Beendigung der Lebensgeschichte, sein Kontinuitätsverlust, („das bin ich nicht mehr ich“), ein Selbstachtungsverlust und das Gefühl, dass man zum Ballast wurde, dazu führt, dass eine altersmäßige spezifische Häufigkeit der Selbstmorde in den ältesten Altersgruppen am höchsten ist. Vor allem über dem 75 Lebensjahr mit einem

Anwachsen bis ins höchste Alter. Der Ansehensschutz und die Hilfe bei der Validation des Lebens gehören daher zu den Grundaufgaben einer GPP und der geriatrischen Medizin im Allgemeinen („ihr Leben hatte einen Sinn und hat sich ausgezahlt und der Sinn hat auch alles, wovon Sie jetzt reden möchten“). Dabei besonders den alten sterbenden Menschen in einer vorgeschrittenen Phase der funktionellen Deterioration und mit den entwickelten Syndromen der Immobilität, Inkontinenz und Demenz fließen ein außergewöhnliches Missverständnis und die Härte der Behandlung seitens des Pflegepersonals zu. Das Personal konzentriert sich mehrfach auf die Fachleistungen (inklusive Waschen, Betten, Nähen), jedoch ohne Interesse und Kenntnisse, die das Ansehen und die höheren psychosozialen Bedürfnisse betreffen. Der Pflegecharakter kann aus einer sterbenden alten Frau entweder eine gepflegte Dame schaffen (ist es oder ist es nicht geeignet, im Krankenhaus, in der Heilanstalt der Langzeitkranken oder im Altersheim im Rahmen einer GPP Frisuren zu machen?) oder eine versachlichte (auf das Niveau einer leblosen Sache erniedrigte) „Ruine“, mit der anscheinend keinen Sinn mehr hat, zu kommunizieren. Bei den sterbenden Menschen mit einem vorgeschrittenen Demenz-Syndrom kann die Spiritualität der Palliativpflege (nicht nur im religiösen Wortsinn, aber auch auf die Sinnvollheit des Lebens bezogen), im Zusammenhang mit der Gedächtnis-, Urteilsvermögensdegradation und der Degradation des abstrakten Denken abgeschwächt werden. Auch diese Leute verlieren nicht die Fähigkeit wahrzunehmen, Gefallen und Missvergnügen zu erleben, zu leiden (manches Mal umso drastischer, weil es unverständlich ist), zu kommunizieren, auch wenn nur nonverbal. Auch bei diesen Menschen ist es möglich, eine Beruhigung durch eine gutwillige menschliche Nähe, eine menschliche Berührung oder eine Stimme zu erreichen. Auch die Palliativpflege kann die Reminiszenzverfahren in Anspruch nehmen.

Die Problematik der geriatrischen Multimorbidität, Deterioration und Brüchigkeit hat auch ihren euthanatischen Aspekt. Ein bestimmtes Präzedenz für die Länder, die eine Euthanasie ermöglichen, stellt der Fall eines 94-jährigen Patienten B. dar, der im Niederlande die Euthanasie aufgefordert hat, weil nicht nur, dass sein Leben keinen Sinn mehr hatte (er war ganz einsam und aus gesundheitlichen Gründen zu vielen Aktivitäten unfähig), sondern auch weil sein Leben mit Schmerz, Verlust von Selbstgenügsamkeit und mit anderen ernsthaften Schwierigkeiten gefüllt war. Deswegen hat er die Verkürzung seines quälenden Wartens auf den Tod aufgefordert. Seine Aufforderung wurde abgelehnt. Die Multimorbidität, Deterioration, Disabilität und Existenzkrise des vorgeschrittenen Alters wurden nicht als eine akzeptable Begründung gefunden. Dieser Urteilsspruch in einem euthanasisch liberalen Land verstärkt die Position eines assistierten Selbstmordes außerhalb der Gesundheitspflege in der Form, wie er z.B. von der Gesellschaft Dignitas in der Schweiz angeboten wird. Die Entscheidung jener niederländischen Kommission deutet an, dass damals in den palliativen und euthanatischen Entscheidungsprozess das geriatrische Denken noch nicht (und vielleicht bisher nicht) eingegangen ist. Das geriatrische Denken ist eigentlich der Bestandteil der avisierten Veränderung des Paradigmas: Verlegung des Schwerpunktes vom auf die Krankheiten orientierten biomedizinischen Modell (disease-specific outcomes) auf die Problematik der Lebensqualität, des Organismus-, Gesundheitszustandes und ihrer funktionellen Zusammenhängen. Dann ist auch der Verlust der Selbstgenügsamkeit oder der Tod ohne Existenz einer „großen“ erklärenden Krankheit z.B. infolge der vermutlich

banalen Multimorbidität und der Involution möglich. Nicht einmal die Palliativpflege (bzw. Euthanasie) sollte dann nur durch die Existenz einer mörderischen Krankheit, sondern auch durch das Sterben des Organismus, das zum gleichen Leiden vor dem Tod führt, (total pain), begründet werden

Vom ethischen und rechtlichen Gesichtspunkt scheint sich für das Gesundheitswesen als sehr wichtig ein Konsensus bezüglich der Beachtung der Patientenentscheidung über die Nicht-Durchführung bestimmter Heilverfahren, auch wenn diese lebensrettend sind. Es geht z.B. um das Abschalten des Ventilators, die Nicht-Anbindung ans Ventilator, die Beendigung des Dialyseprogrammes, die nicht Resuscitation (do not resuscitate, DNR), die Aussetzung einer bestimmten Medikation (z.B. Insulin), oder um die Nichtverabreichung der parenteralen oder enteralen künstlichen Ernährung. Im Zusammenhang mit der GPP ist zusätzlich eine Klärung der Gültigkeit einer solchen im Voraus getroffenen Entscheidung (in advance) vor allem in der Anfangsphase des Demenz-Syndroms wichtig. In der Tschechischen Republik sind diese Angelegenheiten unbefriedigend gelöst. Es ist auch zu erinnern, dass die Laienöffentlichkeit die Palliativmedizin und eine eventuelle Legalisation der Euthanasie oft in die Form der Einwilligung des Antrages (z.B. einer Familie) auf die Beendigung der Heilung bei den nicht kompetenten, bewusstlosen oder dementen Patienten verformt. So kann es jedoch nicht sein! Die Problematik der Anstellung von Vertretern, die ein Recht auf die Entscheidung haben und die die Verteidigung der Interessen eines nichtkompetenten Patienten in einem eventuellen Kommissionsentscheidungsprozess über eine Lebensbeendigung, eine Rettungskur sicherstellen würden, überlappt die Zeitmöglichkeiten dieser Mitteilung.

Eigenständiges Problem stellt dann die Humanisierung der langzeitigen und in absoluter Mehrheit durch die Senioren in Anspruch genommenen Anstaltspflege und die Entwicklung der Palliativpflege in diesen Anstalten dar. Dieses Gebiet ist in der Tschechischen Republik langfristig sehr problematisch und unterschätzt. Es wurde bis jetzt kein aus der Lage der Sache komplexes und gesundheitssoziales Konzept einer langzeitigen Pflege (long-term care, LTC) verabschiedet, wie sie z.B. im September 2006 an der Konferenz „cross-atlantic“ der Vertreter der USA und der EU in Brüssel besprochen wurde. In der Tschechischen Republik überdauert eine markante Sektorisierung und Medizinisierung und trotz der Entwicklung der Agenturen für die Hauspflege (home care, HC) auch eine Institutionalisierung. Die Pflege ist künstlich und mit vielen erheblichen Problemen in eine Gesundheitspflege (Heilanstalten für die Langzeitkranken, LDN, manchmal auch als Krankenhäuser der nachfolgenden Pflege, NNP, bezeichnet) und eine Sozialpflege (Altersheime, DD, als Pflegeheime, ÚSP, eventuell Pflegezentren, OC) eingeteilt. In keiner von diesen Anstalten wird trotz der hohen Mortalität die Palliativpflege obligatorisch geleistet. Besonders in die Heilanstalten für die Langzeitkranken werden manche Patienten oft bewusst zum Sterben geschickt. Es ist anerkanntermaßen ein ernsthafter Fehler und eine ernsthafte Schuld des tschechischen Gesundheitssystems, dass es langfristig keine Bedingungen für eine Palliative Kultivation der Pflege in den Anstalten der Langzeitpflege schafft und dass es vor allem die Anstalten für die Langzeitkranken als die Anstalten des günstigen Sterbens bewusst betreibt. Entsprechend der Vorstellung, dass es überflüssig ist, die nichtperspektiven Menschen in teuren Betten einer akuten Pflege sterben lassen und dass es notwendig ist, sie in die so genannte nachfolgende Pflege mit sehr limitierten Kosten (die Finanzierung ist

restriktiv und deckt die wahren Kosten nicht) zu versetzen. Kein Wunder, dass die Nachricht „Das Sterben und die Palliativpflege in der Tschechischen Republik“ (Hospitz-Bewegung „Cesta domů“ – { [HYPERLINK "http://www.cestadomu.cz"](http://www.cestadomu.cz) } – unter Unterstützung von Open Society Fund Praha 2004) entdeckt hat, dass gerade das Sterben in den Anstalten für die Langzeitkranken von der Öffentlichkeit am meisten befürchtet wird. Eine Systemreaktion haben wir leider nicht abgewartet – die „Randheit“ des Sterbens, geschweige denn die Anstalten für die Langzeitkranken haben keinen von den Gesundheitsministern interessiert und die flächigen ökonomischen Restriktionen und die Bekanntmachungen haben die Situation noch verschlechtert. Eine Ausnahme aus der gesellschaftlichen Passivität stellt das Projekt der Hospitzbewegung Vysočina in Nové Město na Moravě ({ [HYPERLINK "http://www.hhv.nmm.cz"](http://www.hhv.nmm.cz) }) dar. Durch die Bildung und eine jährliche Überprüfung der Tätigkeit des so genannten Familienzimmers - der Palliativpflege in der lokalen Anstalt für die Langzeitkranken, wurde ein Modell geschaffen, das gut in anderen Anstalten für die Langzeitkranken und in Altersheimen zu übernehmen wäre.

Die Problematik der Kranken mit einem vorgeschrittenen Demenz-Syndrom hat einige ihre Spezifika. Ihre Erörterung überlappt nun jedoch den Zeitrahmen dieser Konferenz. Zu betonen ist es jedoch mindestens einen ethischen Aspekt. Es sollte weiterhin unakzeptabel sein, dass die unruhigen geriatrischen Patienten (delirante entweder mit der Demenz zusammenhängende oder nicht zusammenhängende Zustände) am Bett verankert nicht ausnahmsweise sterben würden. Eine solche Situation ist es als unakzeptabel menschenunwürdig zu identifizieren. Trotzdem kommt es zu solchen Situationen sowohl in der langzeitigen als auch in der akuten Krankenhauspflege. Die Ursache stellt weniger eine grobe Unruhe der Patienten, als ein Personalmangel dar.

Zusammengefasst kann man sagen, dass die GPP bedeutende Appelle und Herausforderungen mitbringt. In der Tschechischen Republik wird sie nicht gepflegt, was zur Marginalization und zum unnötigen Leiden vieler alten Menschen führt. Ein Vorwärtsweg ist z.B.:

- Erwachen des öffentlichen Interesse mit Druck auf die systemmässigen politischen Lösungen (was jedoch in der laxen Tschechischen Republik mit einer gedämmten bürgerlichen Aktivität nicht einfach sein wird)
- Förderung der opferwilligen Pflegefamilien
- Ausbildung der Fachöffentlichkeit mit Veränderung des Unterrichtes an den Fakultäten und Gesundheitsschulen
- Veränderung der Ansicht auf die geriatrischen Patienten
- Entwicklung der differenzierten geriatrischen Medizin und in ihrem Rahmen auch der Palliativpflege
- Transformation LTC und Schaffung von Bedingungen, besonders personellen mit Einsatz von Freiwilligen für die Palliativprogramme in den Heilanstalten für die Langzeitkranken, den Krankenhäusern der nachfolgenden Pflege und den Altersheimen.

Literatur:

Kalvach Z., Zadak Z., Jirak R., Zavazalova H., Sucharda P.(eds.): Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004, 864 s.

Vorlicek J., Adam Z., Pospisilova Y. (eds): Paliativni medicina. Praha: Grada Publishing, 2.ed., 2004, 544 s.

Vorlicek J. et al.: Paliativní medicina pro prakticke lekare. Praha: Grada Publishing. V tisku (2007)