

Palliativmedizinische Betreuung psychiatrischer und neurologischer Patienten – eine vergleichende retrospektive Pilotstudie

H. J. Koch

Zusammenfassung

Progrediente palliative neurologische und psychiatrische Erkrankungen beeinträchtigen durch die direkte Schädigung des zentralen Nervensystems sowohl die individuelle Persönlichkeit und das Bewusstsein als auch die soziale Integrität des Patienten. Die vorliegende retrospektive Studie untersuchte deskriptiv 149 Patienten (Neuro 114; Psych 35) im Hinblick auf Diagnose, Therapie, soziale Integration und Beschwerdekongstellatation. Die psychiatrischen Patienten waren im Schnitt etwa 15 Jahre älter und blieben mit fast 20 Tagen auch ca. dreimal länger in der Klinik. Maligne Hirntumore und Folgen zerebraler Ischämien dominierten bei den neurologischen Patienten, während fortgeschrittene Demenzen in psychiatrischen Kliniken häufig zur Zuweisung führten. Die neurologischen Patienten klagten vorwiegend über hirndruckassoziierte Beschwerden, Schluckstörungen, Kopfschmerzen oder Nausea, während Psychosyndrome in der Psychiatrie im Vordergrund standen. Die gestörte Kommunikation und Harninkontinenz spielten in beiden Gruppen eine zentrale Rolle. Nach individuellem Assessment – vor allem in der Neurologie auch mit medizinisch-technischen Methoden – wurden in den meisten Fällen mit dem betreuenden Hausarzt symptomorientierte palliative Konzepte entwickelt.

Schlüsselwörter: Palliative Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Vergleich, Individuum, medizinische und soziale Konzepte

HELIOS Klinikum Aue, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Einleitung

Die Versorgung schwerstkranker, unheilbarer Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen gehörte zu den Aufgaben der ersten in London gegründeten Palliativstation [8]. Spezielle Stationen mit palliativem Schwerpunkt haben sich seit der Pionierarbeit von Dame Cicely Saunders in den 1960er-Jahren seit 1983 – erste Palliativstation an der Universitätsklinik zu Köln – auch zunehmend in Deutschland etabliert [6, 9, 10, 14]. Dennoch liegt die Hauptlast der Versorgung palliativer Patienten unbestritten bei den hausärztlichen Kollegen, die das Rückgrat der palliativen Versorgung in Deutschland bilden [1]. In diesem Sinn müssen der Hausarzt und sein Team nicht nur die medizinische Betreuung, sondern auch die interdisziplinären Aufgaben einer Palliativstation wie soziale oder psychotherapeutische Beratung – und, wenn gewünscht, seelsorgerliche Stützung – des Patienten übernehmen. Daneben entwickeln sich auch in Akutkrankenhäusern, insbesondere während der Diagnosephase, palliative Aufgaben und Konzepte, die je nach Erkrankung und notwendigen ambulanten Interventionen eine Kooperation zwischen Klinik und Hausarzt notwendig machen. Progrediente nicht mali-

gne, dennoch infauste neurologische und psychiatrische Erkrankungen belasten Patienten, Angehörige und deren Betreuungspersonal [3, 19]. Die häufig begleitenden Bewusstseinstörungen bis hin zum komatösen Zustand, d. h. die fehlende emotionale Rückmeldung seitens des Patienten und das Nichtwissen seines potenziellen Willens, erzeugen sowohl bei Angehörigen als auch im therapeutischen Team Unsicherheit und sind nicht selten bedrückend [4]. Nicht zu vergessen sind gerade im häuslichen Setting die Wesensänderungen und Verhaltensstörungen der Patienten mit organischen Psychosyndromen, die intrafamiliäre Spannungen und Krisen erzeugen können. Viele dieser Erkrankungen lassen sich über Jahre hinweg symptomatisch kontrollieren und gehen neben der Verschlechterung des genuinen Leidens mit vermehrten Sekundärkomplikationen und Immobilität einher, die ihrerseits mehr und mehr die Lebensqualität und soziale Integrität des Patienten bedrohen [17]. Durch die direkte Schädigung des zentralen Nervensystems, neurodegenerative Störungen und die daraus resultierenden psychoorganischen Störungen werden sowohl die Ich-Identität beeinträchtigt als auch die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld substantiell erschwert. Umgekehrt kann die zunehmende, voll bewusst erlebte

Palliative medicine in neurology and psychiatry – results of a retrospective comparative pilot study

H. J. Koch

Abstract

Progressive palliative neurological and psychiatric diseases impair individual personality, social integrity, and consciousness due to direct affection of the central nervous system. The present retrospective study descriptively evaluates the charts of 149 patients (neuro 114, psych 35) with regard to diagnosis, treatment, primary care, and composition of complaints. Psychiatric patients were about 15 years older and stayed with approximately 20 days three times longer in hospital. Malign brain tumors and sequelae of cerebral ischemia were predominantly diagnosed in neurology, on the contrary dementia dominated in psychiatry. Neurological patients suffered mostly from brain edema associated complaints, headache, nausea or dysphagia, whereas above all psychiatric patients had to cope with psychosyndromes. Impaired communication skills and enuresis were important in both groups. After medical assessment – neurological patients often got MRIs and medicotechnical exams – individual therapeutic concepts were developed in close cooperation with the responsible family physician.

Key words: palliative medicine, neurology, psychiatry, comparison, individual, social and medical concepts

NeuroGeriatric 2012; 9 (3): 125 – 130

© Hippocampus Verlag 2012

Abhängigkeit von intensivmedizinischem Equipment, wie z. B. im Falle der Langzeitbeatmung, langfristig als traumatisch erfahren werden.

In der nachfolgenden retrospektiven Untersuchung wurden Patienten aus neurologischen und psychiatrischen Kliniken, deren Erkrankung als palliativ – also irreversibel progredient – eingruppiert wurde, deskriptiv und vergleichend analysiert. Ziel dieser Studie war, die Verteilung der Erkrankungen und die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu quantifizieren, darzustellen und in einen medizinischen und sozialetischen Kontext zu stellen.

Methode

Der Untersucher evaluierte retrospektiv mittels eines strukturierten Erfassungsbogens Krankengeschichten von 149 Patienten, die an unheilbaren, irreversiblen Erkrankungen litten und von den behandelnden Ärzten als palliativ eingeschätzt wurden. Neben der Variablen Alter erfasste man Angaben zur Diagnose und Therapie sowie dem klinischen Beschwerdebild. Der Karnofsky-Index ließ sich über die Anamnese und den klinischen Untersuchungsbefund festlegen. Darüber hinaus wurden diagnostische und therapeutische Variablen binär (dichotomisch) oder rangskaliert eingepflegt (leicht: Beschwerden ohne Therapienotwendigkeit; mittel: Beschwerden erfordern therapeutische Intervention und Linderung; schwer: sofortige symptomatische Therapie notwendig).

Alle Daten wurden deskriptiv (Mittelwert, Standardabweichung) oder in Form von Häufigkeitstabellen ausgewertet. In geeigneten Fällen diente explorativ der

t-Test für unverbundene Stichproben und der Spearman-Korrelationskoeffizient für rangskalierte Daten zur teststatistischen Analyse [18]. Klassierte numerische und kategoriale Daten ließen sich mittels Chi²-Test auf Unabhängigkeit prüfen, wobei zusätzlich ein Assoziationsmaß (Cramer's V, Werte 0 bis 1) berechnet wurde. Letzteres beschreibt die Stärke des Zusammenhangs ähnlich einem Korrelationskoeffizienten [20]. Da die Diagnosen sich nachvollziehbar – Hirntumor versus Demenz – in den Gruppen unterschieden, wurden bei einigen prinzipiellen Fragestellungen beide Gruppen zusammengefasst (»gepoolte« Datenanalyse). Die Daten wurden mit kommerzieller Software (Statistica, Version 6.0, Statsoft, Tulsa, USA und NCSST 2007, NCSST, Kaysville, Utah, USA) ausgewertet. Für die orientierende prüfende Statistik wurde ein P-Wert < 0,05 als signifikant (»s.« bzw. »n. s.«) festgelegt. Auf eine eingehende Fallzahlplanung wurde ob des explorativen Charakters der retrospektiven Erhebung verzichtet; eine Fallzahl > 30 pro Studiengruppe wurde sowohl für t-Tests für unabhängige Stichproben als auch in Bezug auf den Chi²-Test – bei einer Power von etwa 0,8 – für ausreichend erachtet [2].

Ergebnisse

In den Tabellen 1 und 2 sind die demographischen Kenndaten und der Karnofsky-Index vergleichend für neurologische und psychiatrische Patienten zusammengestellt. Der Anteil der Frauen war in der psychiatrischen Patientengruppe deutlich höher. Auch waren die psychiatrischen Patienten älter und wiesen eine längere Verweildauer in der Klinik auf; die Lebenserwartung war bei den psychiatrischen Patienten – wenn auch nicht aus den vorliegenden Daten direkt abzuleiten – wahrscheinlich höher. Die klinischen Verfassungen, gemessen über den Karnofsky-Score, entsprachen in etwa einander. Die kategorisierten Korrelationsdiagramme (Abb. 1 und 2) beschreiben den Zusammenhang zwischen Karnofsky-Score und Alter einerseits sowie Karnofsky-Score und Aufenthaltsdauer andererseits. Das Alter war besonders

| | Männlich | Weiblich |
|-------------|------------|------------|
| Neurologie | 60 (52,6%) | 54 (47,4%) |
| Psychiatrie | 12 (34,3%) | 23 (65,7%) |

Tab. 1: Absolute und prozentuale Geschlechtsverteilung

| | Neurologie MW (SD) | Psychiatrie MW (SD) | T-Test |
|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
| Alter (Jahre) | 56,9 (17,1) | 71,1 (13,7) | P < 0,001 |
| Aufenthalt (Tage) | 7,5 (7,9) | 19,2 (19,8) | P < 0,001 |
| Karnofsky (Score) | 44,7 (19,5) | 46,0 (19,6) | P = 0,72 (n.s.) |

Tab. 2: Vergleichende Darstellung der Variablen Alter, Aufenthalt und Karnofsky

| Zuweisung von | Neuro N (%) | Psych N (%) |
|-----------------|----------------|----------------|
| Zu Hause (HA) | 95 (83,3) | 18 (51,4) |
| Andere Klinik | 12 (10,5) | 10 (28,6) |
| Pflegeheim | 4 (3,5) | 6 (17,1) |
| Entlassung nach | | |
| Hause (HA) | 71 (62,3) | 17 (48,6) |
| Andere Klinik | 17 (14,9) | 7 (20,0) |
| Pflegeheim | 10 (8,8) | 10 (28,6) |
| Verstorben | 14 (12,3) | - |

Tab. 3: Die wichtigsten zuweisenden Institutionen und Verlegungsziele der Patienten (HA=Hausarzt)

| Neurologie | |
|----------------------|----|
| Glioblastome IV | 52 |
| Astrozytome ≤ III | 20 |
| Zerebrale Metastasen | 13 |
| Hirnfarkte | 12 |
| ALS / muskulär | 5 |
| Nebendiagnosen: | |
| Epilepsie | 42 |
| Hypertonie | 10 |
| Psychiatrie | |
| Demenz | 21 |
| Hirnfarkte | 5 |
| Korsakow | 3 |
| Nebendiagnosen: | |
| Hypertonie | 10 |
| Karzinome | 3 |

Tab. 4: Führende Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen in den Studiengruppen

bei neurologischen Patienten ein wichtiger Prädiktor für die allgemeine körperliche Verfassung, während der Karnofsky-Score und die Aufenthaltsdauer – für neurologische Patienten eher negativ, für psychiatrische tendenziell positiv – weniger gut korrelierten.

Die Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Zuweisungs- und Verlegungsmodalitäten. Für die meisten palliativ betreuten Patienten galt, dass diese hausärztlich in ihrer gewohnten Umgebung versorgt wurden. Im Verhältnis wurden die im Schnitt älteren psychiatrischen Patienten häufiger, d. h. in 1/5 bis 1/4 der Fälle, in Pflegeheime oder andere somatische Kliniken verlegt, wobei somatische Kliniken und Pflegeheime nicht selten Patienten – meist wegen akuten Orientierungs- oder Verhaltensstörungen – in die psychiatrische Klinik einwiesen.

In der Tabelle 4 sind die Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen, die zur Einweisung in die Klinik führten, zusammengestellt. Während Hirntumore, zerebrale Metastasen sowie epileptische Syndrome, meist als Folge eines Neoplasmas, bei den neurologischen Patienten dominierten, wurden psychiatrisch-palliative Patienten vorwiegend wegen neurodegenerativen

Neuro: $r = -0,2902$, $p = 0,0011$ – Psych: $r = -0,0621$, $p = 0,7631$
95%-Prädikationsintervalle

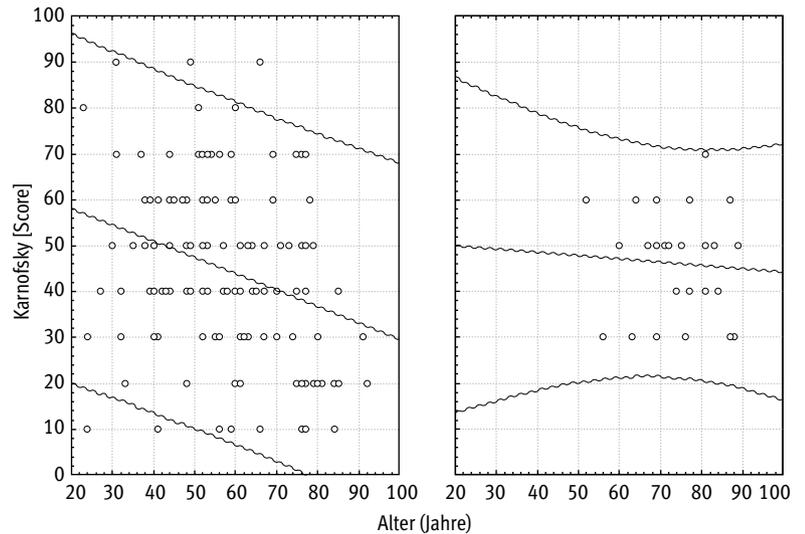


Abb. 1: Kategorisiertes Korrelationsdiagramm des Karnofsky-Scores als Funktion des Alters für neurologische und psychiatrische Patienten

Neuro: $r = -0,1599$, $p = 0,0772$ – Psych: $r = 0,2590$, $p = 0,2013$
95%-Prädikationsintervalle

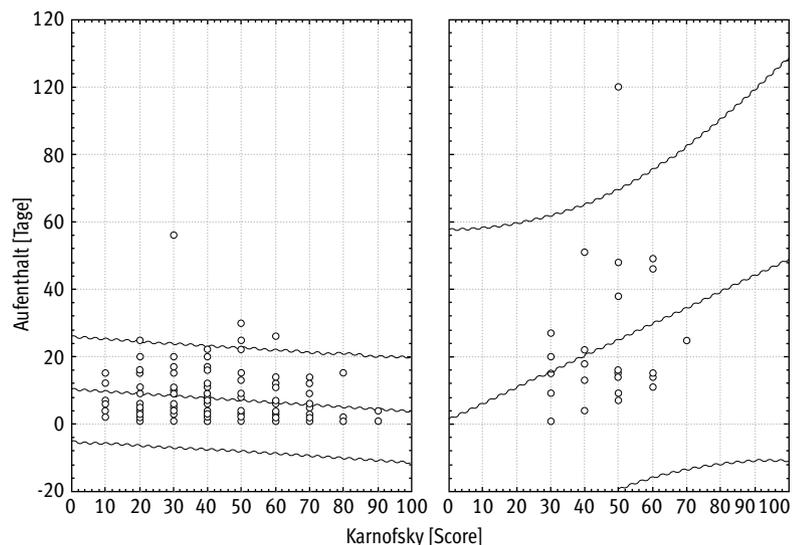


Abb. 2: Kategorisiertes Korrelationsdiagramm der Aufenthaltsdauer als Funktion des Karnofsky-Scores für neurologische und psychiatrische Patienten

Erkrankungen aufgenommen. Grundsätzlich standen – legt man für diese Analyse die gepoolten Daten zugrunde – das Alter und die Diagnosen in engem korrelativen Zusammenhang ($p = 0,02$, Cramer's V 0,58). Auch die Hauptdiagnose und der Karnofsky-Index erwiesen sich als miteinander assoziiert ($p < 0,01$, Cramer's V 0,59). Im Gegensatz dazu lag Cramer's V für den Zusammenhang zwischen den Variablen Hauptdiagnose und Aufenthaltsdauer bei 0,42, entsprechend einer schwachen (n.s.) Assoziation.

| | Neurologie N (%) | Psychiatrie N (%) |
|-----------------------|------------------|-------------------|
| Hirndruck | 75 (65,8) | 3 (8,6) |
| Epilept. Anfälle | 59 (51,8) | 3 (8,6) |
| Kopfschmerzen | 37 (32,5) | 3 (8,6) |
| Dysarthrie /Aphasie | 72 (63,2) | 9 (25,7) |
| Kommunikationsstörung | 82 (71,9) | 25 (71,4) |
| Dysphagie | 57 (50,0) | 8 (22,8) |
| Soor | 4 (3,5) | 2 (5,7) |
| Atemnot | 25 (21,9) | 4 (11,4) |
| Obstipation | 19 (16,7) | 5 (14,3) |
| Inkontinenz | 43 (47,7) | 17 (48,6) |
| Erbrechen | 41 (36,0) | 3 (8,6) |
| Magenschmerzen/Nausea | 77 (67,5) | 17 (48,6) |
| Mobilität | 103 (90,4) | 21 (60,0) |
| Psychosyndrom | 92 (80,7) | 32 (91,4) |
| Psychoziale Konflikte | 6 (5,3) | 4 (11,4) |

Tab. 5: Wichtige Symptome und Probleme bei Aufnahme auf Station

Wichtige Symptome und Beschwerden der Betroffenen können der Tabelle 5 entnommen werden. Neurologisch traten klassische Hirndrucksymptome und Defizite einschließlich Dysphagie am häufigsten auf. Die Mobilität, das Sprechen und das Verstehen waren erheblich beeinträchtigt, wobei Kommunikationsstörungen – vorwiegend demenzbedingt – auch in der Psychiatrie den Kontakt erheblich erschweren konnten. Psychosyndrome überwohnen in der Psychiatriegruppe, konnten aber durchaus auch bei den neurologischen Patienten das klinische Bild bestimmen. Harninkontinenz und gastrointestinale Klagen (Übelkeit) schränkten in beiden Gruppen die Lebensqualität der Patienten ein. Etwa 1/3 der neurologisch-palliativen Patienten gab Kopfschmerzen an.

In der Tabelle 6 sind die medizinischen Behandlungen und diagnostische Untersuchungen zusammengestellt. Aufgrund der oft malignen Hauptdiagnosen ist verständlich, dass Chemotherapien nach eingehender Aufklärung, chirurgische Eingriffe und Bestrahlungen in der neurologischen Klinik dominierten, wobei auch etwa 1/5 der palliativen Psychiatriepatienten onkologisch mitbetreut und behandelt wurden. Meist handelte es sich um bei Gliomen oral einzunehmende Präparate (vor allem Temozolamid), teilweise auch Kombinationen mit Procarbazin, oder intravenöse Zyklen mit ACNU oder Doxorubicin. Die relative Häufigkeit medizinisch-technischer Untersuchungen (vor allem Bildgebung bei etwa der Hälfte der Patienten, EEG, Elektrophysiologie, EKG generell bei Aufnahme) waren in beiden Gruppen in etwa vergleichbar, tendenziell – sieht man von SPECT, PET und Herzecho ab – bei den psychiatrischen Patienten eher häufiger. In beiden Gruppen erhielten zirka 20% eine fachkonsiliarische (i. d. R. somatische) Untersuchung. Die pharmakologische Behandlung spiegelte die Hauptdiagnosen in beiden Patientengruppen wider. Während die psychiatrischen Patienten zu fast

| | Neurologie N (%) | Psychiatrie N (%) |
|-----------------------|------------------|-------------------|
| <i>Onkologie</i> | | |
| Chemotherapie | 78 (68,4) | 7 (20,0) |
| Radiation | 81 (71,1) | 6 (17,1) |
| Operation | 77 (67,5) | 2 (5,7) |
| <i>Untersuchungen</i> | | |
| Elektrophysiologie | 8 (7,3) | 2 (5,7) |
| EEG | 19 (16,8) | 7 (20,0) |
| CCT | 49 (43,0) | 19 (54,3) |
| CT (v. a. Thorax) | 18 (15,8) | 10 (28,6) |
| CMRT | 61 (53,5) | 14 (40,0) |
| MRT (v. a. WS) | 4 (3,5) | 1 (2,9) |
| PET/SPECT | 6 (5,3) | – |
| Herzecho | 10 (8,8) | – |
| Neurosonographie | 11 (9,7) | 3 (8,6) |
| Bronchoskopie | 2 (1,8) | – |
| Fachkonsile | 24 (20,1) | 8 (22,9) |
| <i>Pharmaka</i> | | |
| Antidementiva | – | 17 (48,6) |
| Antiemetika | 22 (19,3) | – |
| Antidepressiva | 33 (29,0) | 5 (14,3) |
| Neuroleptika | 6 (5,3) | 17 (48,6) |
| Antikonvulsiva | 61 (53,5) | 3 (5,7) |
| Schmerztherapie | 44 (38,6) | 3 (5,7) |
| Atemhilfen | 10 (10,5) | 1 (2,9) |

Tab. 6: Medizinische Behandlungen und Untersuchungen in den Studiengruppen

50% antidementiv (vorwiegend Cholinesterase-Hemmer) und antipsychotisch (in erster Linie Risperidon) behandelt wurden – deutlich weniger Patienten erhielten Antidepressiva –, standen im neurologischen Kollektiv Antiepileptika, Schmerzmittel und Antidepressiva sowie Antiemetika, oft im Rahmen der Chemotherapie, im Vordergrund. Die frequentere Anwendung von Atemhilfen in der Neurologie, meist als Support durch Masken, resultierte aus dem höheren Anteil muskulärer Erkrankungen.

Mit weitem Abstand war Carbamazepin das am häufigsten verordnete Antiepileptikum. Depressive Verstimmungen ließen sich meist mit SSRIs wie z. B. Citalopram, Übelkeit mit Metoclopramid, Domperidon und Ondansetron bessern. Zirka 3/4 der neurologischen Patienten, insbesondere alle, die wegen eines Hirnödems mit einem Steroid, meist Dexamethason, behandelt wurden, waren mit einem Antacidum (vorwiegend Protonenpumpen-Inhibitoren) versorgt. Jeder stationäre immobile Patient erhielt – in beiden Gruppen – eine Thromboseprophylaxe mit einem niedermolekularen Heparin, ausgenommen Patienten im terminalen Stadium.

Speziell bei den onkologischen Patienten bestand eine differenzierte Schmerztherapie oder wurde eine solche initiiert. Davon waren zirka 1/3 der Patienten mit

Nichtopioanalgetika (vor allem Paracetamol, Metamizol, Flupirtin) suffizient eingestellt und etwa 2/3 der Patienten erhielten Morphinderivate oral (vorwiegend Morphin, Oxycodon) oder als transdermales System (meist Fentanyl). Circa 1/3 der Patienten profitierte vorübergehend von parenteralen Morphinderivaten (intravenös, subkutan).

Diskussion

Progredient-irreversible neurologische und psychiatrische Erkrankungen, sieht man von den Tumorerkrankungen ab, sind häufig gekennzeichnet durch eine schleichende, sich über Jahre erstreckende Verschlechterung [17]. Das bedeutet, dass die Patienten und Angehörigen den Verlauf und die Prognose verarbeiten müssen. Belastend wirken sich auch genetische Risikofaktoren wie z. B. bei Muskeldystrophien oder der Chorea Huntington aus [12]. Unabhängig von der basalen Prognose leidet der Patient mit zunehmender Krankheitsdauer an Sekundärkomplikationen wie Pneumonien, Thromboseeigung (z. B. Trousseau-Syndrom), Immobilität oder epileptischen Anfällen. Auch wenn wir dem Patienten keine kausale Therapie anbieten können, gilt das Primat eines palliativen und annehmenden Behandlungskonzepts, um ein Sterben »zur rechten Zeit« und in Würde zu ermöglichen [13]. Van Gunten und Mitarbeiter [16] werteten die Daten von 108 Konsultationen einer Palliativstation aus. Die Patientengruppe stimmte sowohl im Alter (MW 62 Jahre) als auch in der Geschlechtsverteilung (58% m, 42% w) ungefähr mit dem neurologischen Kollektiv der vorliegenden Studie überein. Wichtige Beschwerden waren Schmerzen (44%), Dyspnoe (28%) und Psychosyndrome (23%) neben allgemeiner körperlicher Schwäche, was durchaus mit der Semiologie der untersuchten Studienpatienten zu vergleichen ist.

Häufig steht am Ende des Prozesses eine vollständige Abhängigkeit von pflegerischer und medizinischer Versorgung mit ihren sozialmedizinischen und sozial-ethischen Implikationen. Sich täglich als Teil dieser Interaktion zu begreifen, den Patienten nicht allein zu lassen, jeden Tag die Bereitschaft zu haben, im Umgang mit dem Patienten und seinen Angehörigen dazuzulernen, halten wir für substantiell. Um die Ursache, z. B. für einen komatösen Zustand oder eine akute Verschlechterung, zu sichern, wurden bei gut der Hälfte der Patienten gezielt diagnostische Verfahren, vorwiegend bildgebend, eingesetzt. Nur so kann auf der Basis der exakten Pathophysiologie ein individuelles palliatives Konzept entwickelt werden.

Die meisten Patienten der vorliegenden Untersuchung litten an malignen Hirntumoren, zuvorderst Glioblastome, oder Folgen zerebraler Ischämien, bzw. neurodegenerativer Erkrankungen aus dem dementiellen Formenkreis. Die Erfahrung zeigt, dass manche palliative Entitäten eine rasche Progredienz zeigen und grundsätzlich die Tendenz besteht, eine Krankenhausbehandlung, z. T. auf der Intensivstation, anzustreben [11]. Hier

interagieren Angehörige und Medizinsystem, und man kann vermuten, dass den Beteiligten der Umgang mit Sterbenskranken schwer fällt. Diese Tatsache macht aber auch deutlich, dass prinzipiell palliativmedizinische Kapazitäten in den Akutkliniken vorgehalten werden sollten, um die Betroffenen nicht zum »Spielball von Ängsten und ökonomischen Interessen« werden zu lassen. Allerdings bestätigt die Erhebung auch, dass die Patienten in der letzten Phase ihres Lebens vorzugsweise hausärztlich im gewohnten sozialen Umfeld betreut werden, ein sicherlich ethisch wünschenswerter und würdiger Status.

Die Korrelation zwischen Karnofsky und Alter in unserer Untersuchung sollte dazu veranlassen, insbesondere bei älteren Betroffenen gezielt Beschwerden zu erfragen. Im Vordergrund steht ein symptomatisches Handlungskonzept in Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Pharmazeuten, um palliative Medikamente (z. B. Nasenspray-Formulierungen) für Patienten so wenig belastend wie möglich zu applizieren [7]. Wichtig ist, dem Patienten eine symptomatische Therapie – neben der psychosozialen Betreuung – anzubieten, dabei aber seinen Wunsch zu respektieren, ggf. auch leichte Symptome eines Psychosyndroms zu tolerieren. Dies erklärt z. B. auch die relative geringe Frequenz des Neuroleptikaeinsatzes. Soweit vertretbar, sollte insbesondere bei Psychopharmaka mit niedrigen Dosen begonnen werden, um bei ausreichender Wirkung – und wenig Nebenwirkungen – die Lebensqualität zu steigern [15]. Die Thrombose- und Ulkusprophylaxe, insbesondere während Immobilität und Steroidtherapie, vermindert die Rate sekundärer Komplikationen. Ebenso trägt die konsequente Behandlung von depressiven Verstimmungen, Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit oder Obstipation zur Lebensqualität bei [9]. Für nur 12% der neurologischen Patienten wurde Sterbebegleitung einschließlich Angehörigengespräche und Seelsorge organisiert. Im Gegensatz dazu wurden die psychiatrischen Patienten zwar palliativ eingestuft, hatten aber eine längere Lebenserwartung. Sozialdienstliche oder psychologisch-psychiatrische Hilfe und Beratung standen jederzeit zur Verfügung.

Zusammenfassend weist unsere Untersuchung auf die Bedeutung der neurologischen und psychogeriatrischen palliativen Betreuung schwerkranker oder sterbender Patienten hin und stimmt mit den Zielsetzungen der AAN (American Academy of Neurology) überein [5]. Die Neurologie und Psychiatrie haben sich von diagnostischen zu effektiv therapieorientierten Fächern gewandelt. Dennoch muss – bei allem Fortschritt – die der Humanität verpflichtete individuelle Betreuung integraler Bestandteil der Nervenheilkunde bleiben.

Literatur

1. Borasio GD, Bausewein C, Beyer A, Fittkau-Tönnemann B. Palliativmedizin – Aufgabe aller Ärzte. *Kliniker* 2006; 35: 37-42.
2. Dupont WD, Plummer WD. Power and Sample Size Calculations: A Review and Computer Program. *Controlled Clinical Trials* 1990; 11: 116-128.



Günter Krämer

Lexikon der Epileptologie

Hippocampus Verlag,
Bad Honnef 2012
Hardcover, 1.524 S., € 129,90
ISBN 978-3-936817-86-7

Dieses von G. Krämer, dem Medizinischen Direktor des Schweizerischen Epilepsiezentrum in Zürich, in langjähriger akribischer Arbeit zusammengetragene »Lexikon der Epileptologie« beinhaltet über 15.000 Fach- und Fremdwörter rund um das Thema Epilepsie. Der Begriff »Lexikon« scheint fast zu bescheiden gewählt: In seiner Ausführlichkeit und großen Themenbreite stellt das vorliegende Werk in weiten Teilen eher eine Fachzyklopädie dar, die folgende Themenbereiche umfasst:

- Anfallsformen, Antiepileptika, Definitionen, Diagnostik, Epilepsiesyndrome, Fachtermini
- Klassifikationen, Nebenwirkungen, Nomenklatur, Symptome, Syndrome, Therapie
- ein »Who is Who« der Epileptologie mit Kurzbiographien von epileptologisch tätigen Wissenschaftlern mit wichtigsten Publikationen
- Epileptologie von der Antike bis zur Gegenwart mit historischen Zitaten
- ausführliche bibliographische Angaben

3. Fallon M, Hanks G. ABC of Palliative Care. 2nd ed. Blackwell Publishing Ltd, Oxford 2006.
4. Fins JJ. Clinical pragmatism an the care of brain damaged patients: towards palliative neuroethics for disorders of consciousness. Prog Brain Res 2005; 150: 565-582.
5. Foley KM, Carver AC. Palliative care in neurology. Neurol Clin 2001; 19: 789-799.
6. Hartenstein RC. Netzwerk Palliativmedizin in Bayern. Klinikarzt 2005; 34: 33-36.
7. Herndon CM, Jackson K, Fike DS, Woods T. End-of-life care education in United States pharmacy schools. Am J Hosp Palliat Care 2003; 20: 340-344.
8. Husebo S, Klaschik E. Palliativmedizin: Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik. Springer, Heidelberg 2003.
9. Klaschik E. Palliativmedizin in der Praxis. Palliated Verlag, Bonn 2002.
10. Klaschik E, Ostgathe C, Nauck F. Grundlagen und Selbstverständnis der Palliativmedizin. Palliativmedizin 2001; 2: 71-75.
11. Owens D, Flow J. Integrating palliative and neurological critical care. AACN Clin Issues 2005; 16: 542-450.
12. Passarge E. Taschenatlas der Genetik. Thieme, Stuttgart 2004, 360-381.
13. Roy DJ. Ethische Fragen in der Palliativmedizin. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg). Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart 2000, 24-54.
14. Schindler Th. Palliativmedizin als Modell für ein integriertes Versorgungskonzept. Klinikarzt 2005; 34: 29-32.
15. Twycross R, Wilcock A, Charlesworth S, Dickman A. Palliative care formulary. Radcliffe Medical Press, New York 2002.
16. v. Gunten CF, Camden B, Neely KJ, Franz G, Martinez J. Prospective evaluation of referrals to a hospice/palliative medicine consultation service. J Palliat Med 1998; 1: 45-53.
17. Vogel H-P. Neurologische Erkrankungen. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg). Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart 2000, 134-144.
18. Werner J. Medizinische Statistik. Eine praktische Einführung für Studierende, Doktoranden, Ärzte und Biologen. Urban Schwarzenberg, München 1984.
19. Yennurajalingam S, Bruera E. Oxford American handbook of hospice and palliative medicine. Oxford University Press. Oxford 2011.
20. Zar JH. Biostatistical Analysis. 2nd ed., Prentice Hall, Englewood Cliffs 1984.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Horst J. Koch MD PhD MFPM DCPSA
HELIOS Klinikum Aue
Gartenstraße 6
D-08280 Aue
E-Mail: horst.koch@helios-kliniken.de