

Palliativversorgung bei Schlaganfall

NeuroGeriatric 2014; 11 (2): 69–73

© Hippocampus Verlag 2014

D. Woerdehoff¹, G. Bollig², Th. Breidbach³, H. Frohnhofen⁴, M. Fuchs⁵, O. Hagen⁶, M. Kojer⁷, E. Moerike⁸, H. Orth⁹, Ch. Gerhard¹⁰ (aktiv beteiligte Mitarbeiter der AG Nichttumorpatienten in der Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin)

Zusammenfassung

Trotz verbesserter Akutversorgung in Deutschland stellt der Schlaganfall die häufigste Ursache dauernder Behinderung dar. Vor allem bei progredienten Schlaganfällen sowie bei älteren, schon vor dem Schlaganfall funktionell eingeschränkten Patienten und Patienten mit wiederholten Schlaganfällen kann es zu bleibenden oder zunehmenden funktionellen Beeinträchtigungen kommen. Palliativer Versorgungsbedarf besteht bei ungünstigem Verlauf in der Akutsituation, bei vorbestehender fortgeschrittener Grunderkrankung und bei Schlaganfallpatienten, die außer den neurologischen Störungen eine hohe Last körperlicher und psychischer Symptome aufweisen.

Palliativversorgung muss sich gerade beim Schlaganfall der Herausforderung stellen, trotz der massiven körperlichen und sprachlich-kognitiven Einschränkungen dem Patienten möglichst viel Autonomie und Lebensqualität, den Angehörigen möglichst viel Unterstützung zu geben. Die derzeitigen palliativen Versorgungsstrukturen bezieht sich überwiegend auf Tumorpatienten. Menschen mit Schlaganfall finden nur wenig Beachtung, obwohl diese häufig hohen palliativen Versorgungsbedarf haben und sich eine familienzentrierte Pflege zu Hause wünschen. Auch an Akutkrankenhäusern und in stationären Pflegeeinrichtungen ist eine Palliativversorgung für diese Menschen selten gegeben. Ein Ausbau der allgemeinen ambulanten, der speziellen und der stationären Palliativversorgung ist daher dringend erforderlich.

Schlüsselwörter: Schlaganfall, »progressive stroke«, Pflegebedürftigkeit, palliative Versorgung

- 1 *Arzt für Innere Medizin und Palliativmedizin, Saarbrücken*
- 2 *Heliosklinikum Schleswig*
- 3 *Arzt für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin Koblenz*
- 4 *Knappschaftskrankenhaus Essen*
- 5 *Arzt für Innere Medizin und Palliativmedizin Köln*
- 6 *Augusta-Kliniken Bochum*
- 7 *Ärztin für Allgemeinmedizin Wien*
- 8 *Ärztin für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin Tübingen*
- 9 *Marienkrankenhaus Bergisch-Gladbach*
- 10 *Katholisches Klinikum Oberhausen*

Einleitung

Schlaganfall-Behandlung und Palliative Care – ist das nicht ein Widerspruch?! Ist es inzwischen nicht medizinischer Standard, dass ein Schlaganfall rasch diagnostiziert und intensiv behandelt werden muss?

Zweifelsohne sollte ein Patient mit einem akuten Schlaganfall schnellstmöglich in eine Klinik mit Stroke Unit gebracht werden, damit alle Möglichkeiten der Regeneration der Hirnfunktionen genutzt werden können. Die Mortalität in den ersten Tagen ist mit 16–20% hoch [1], die Behandlung auf einer Schlaganfall-Station, verglichen mit der in einer allgemeinen Klinik, ist jedoch effektiv und reduziert die Akut-Mortalität um 18–46% und absolut um 3% [17, 29].

Ein erheblicher Anteil der überlebenden Patienten erfährt nach einem Schlaganfall trotz aller intensiven Maßnahmen auch heute dauerhafte körperliche Behinderungen, Abhängigkeit von anderen und psychische Probleme bleiben [4, 10, 30].

Darüber hinaus gibt es eine zunehmende Zahl von Patienten, insbesondere alte und hochaltrige Menschen, die bereits vor dem akuten Schlaganfall erhebliche Einschränkungen zeigten, bei denen intensivmedizinische Maßnahmen nicht mehr indiziert oder nicht gewünscht sind [9, 27]. Dies betrifft in ähnlicher Weise die Patienten mit wiederholten Schlaganfällen (etwa ein Viertel aller Schlaganfälle sind Rezidive).

All diese Schlaganfall-Patienten können von einer palliativen Mit-Betreuung entscheidend profitieren, von einer gezielten Behandlung ihrer Symptome über eine ehrliche Information zur Prognose und zum weiteren Verlauf (und damit zu einer geeigneten Willensbildung über ihre Behandlung) bis zu einer psycho-sozialen und spirituellen Begleitung (Leitlinien Kanada, USA und England [15]).

Palliativer Bedarf im Krankheitsverlauf

Schlaganfall ist nicht nur eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland. Er ist darüber hinaus die führende Ursache dauernder Behinderung. Jährlich erleiden ca. 250.000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall. Davon sterben fast 50.000 Menschen (Statistisches Bundesamt 2014 [28]). Ein Teil stirbt in den ersten Tagen bis Wochen im Krankenhaus, ein weiterer Teil später im Rahmen der ambulanten Versorgung oder im Pflegeheim, mehr als 25% bleiben funktionell stark beeinträchtigt [4].

Palliativer Versorgungsbedarf besteht in verschiedenen Situationen:

1. Bei ungünstigem Verlauf in der Akutsituation, z. B. bei bereits initial bestehender Bewusstseinsminderung, bei fehlender Besserung trotz intensiver Maßnahmen (Stroke Unit oder Früh-Reha ohne Besserung) sowie bei Verschlechterung in den ers-

ten Wochen (progressive stroke) sollten frühzeitig eine Diskussion über Art und Umfang der weiteren Behandlung begonnen und die Entscheidung über aktive Weiterbehandlung oder ein Akzeptieren des Sterbeprozesses getroffen werden [1, 14, 27]. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Neurologen und einem palliativen Konsiliardienst ist deshalb bereits in der Frühphase zu fordern [10].

2. Bei vorbestehender und fortgeschrittener Grunderkrankung, wie z. B. bei einer Herzinsuffizienz Stadium NYHA III oder IV, bei Spätstadien der COPD und der Demenz u.a. ist es hilfreich, von Anfang an ein Palliativteam mit einzubeziehen.
3. Im weiteren Verlauf (z. B. in der Reha) sind komplexe Symptome (siehe S. 71) und/oder psychosoziale Probleme ebenso wie Tagesschläfrigkeit, dauernde Bettlägerigkeit sowie irreversibler Verlust von alltäglichen Funktionen Hinweis-Zeichen für einen palliativen Bedarf. Multimorbidität und Polypharmazie verschlechtern die Prognose (nicht nur) beim Schlaganfall deutlich [4].
4. Gespräche zur Vorsorgeplanung (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Vorgehen in Notfallsituationen und bei Anlässen zur Reanimation) sollten möglichst frühzeitig durch Fachleute aus dem Palliativteam geführt werden, viele Patienten wünschen sich dies! [14, 20]. Der Patientenwille ist maßgeblich für das Ausmaß der Behandlung und die weitere Versorgung!

Die palliative Begleitung und Versorgung sollte möglichst durch alle Behandelnden, wie z. B. Neurologen, Hausärzte und Pflegekräfte, Sozialarbeiter etc. angeregt und unterstützt werden: Palliative Care gelingt nur im multiprofessionellen Ansatz! Das Palliativ-Team kann entweder zur ein- oder mehrmaligen Beratung hinzugezogen werden oder den Patienten über eine längere Zeit zusammen mit den Primärversorgern betreuen. Dies sollte sich am Schweregrad der Erkrankung, dem aktuellen palliativen Versorgungsbedarf und den Bedürfnissen des Betroffenen und seiner Zugehörigen orientieren [20].

Bedürftigkeit, Kommunikation und Beziehungsaufnahme

Patienten nach Schlaganfall sind häufig durch Aphasien und kognitive Einbußen in ihren kommunikativen Kompetenzen deutlich beeinträchtigt. Vor allem im höheren Alter muss – bedingt durch Schwerhörigkeit, Sehstörungen oder dementielle Prozesse – auch mit bereits vorbestehenden Behinderungen des Verstehens gerechnet werden [22]. Gelingende Kommunikation und die Möglichkeit Beziehungen aufzubauen sind entscheidende Faktoren für das Zustandekommen guter Lebensqualität. Andere nicht zu verstehen und selbst nicht verstanden zu werden, erzeugt in den betroffenen Menschen das Gefühl, hilflos, fremdbestimmt und ausgeliefert zu sein

und führt, wenn der Zustand bestehen bleibt, zu seelischer Vereinsamung, Hoffnungslosigkeit und Apathie. Dies gilt umso mehr, wenn der Zustand der Betroffenen durch plötzlich eingetretene Funktions-Verluste beeinträchtigt ist. In diesem Fall kommt der empathischen Annäherung an den Patienten ein besonders hoher Stellenwert zu. Die Aufgabe, in Kontakt zu treten und eine auf Vertrauen basierende, tragfähige Beziehung aufzubauen und zu gewährleisten, konfrontiert das ganze Team mit großen Herausforderungen und zeigt deutlich auf, wie wichtig es ist, Palliative Care in die tägliche klinische Praxis zu implementieren [3]. Dies gilt auch und vor allem für Stroke Units [23]. In der Akutbehandlung kommt der gelingenden Kommunikation mit dem betreuenden Team und mit Angehörigen der höchste Stellenwert für das Bewältigen der Krankheit und der daraus folgenden Konsequenzen zu [24].

Auch bei andauernder Aphasie und bei kognitiven Störungen behalten die Betroffenen ihre emotionalen Ressourcen. Sie bleiben auf der Gefühlsebene ansprechbar, erlebensfähig und daher auch besonders leicht verletzlich [16]. Dies bedeutet einerseits die unschätzbare Chance, eine gemeinsame Ebene zu finden, eine gute Beziehung zu etablieren und Halt zu geben. Andererseits ist das Risiko hoch, durch Respektlosigkeit und Mangel an Wertschätzung nachhaltig den Zugang zu den kranken Menschen zu blockieren. Die Betroffenen spüren genau, in welcher Haltung ihnen andere begegnen. Häufig gelingt es ihnen sogar auch komplexe Zusammenhänge gefühlsmäßig richtig zu erfassen. Die Gefahr ist groß, den Patienten zu unterschätzen, der selbst nicht sprechen kann und dessen Wortverständnis gestört ist.

Quälende körperliche und seelische Symptome, die mit akuten Schlaganfällen einhergehen [4], haben eine besonders hohe kommunikative Bedürftigkeit der Erkrankten zur Folge. Vorbedingung einer palliativen Therapie ist das richtige Erkennen der Beschwerden der betroffenen Patienten. Dies wird oft erst dann möglich, wenn die verbale und/oder nonverbale Kommunikation gelingen.

Die unsichere Prognose schürt die Angst vor einem Rezidiv, vor der Zukunft mit bleibender Hilfsbedürftigkeit und vor der Gefahr, zur Dauerbelastung für die Familie zu werden. Große Zweifel an den eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten verschärfen die innere Not. Durch eine gemeinsame kommunikative Ebene und das Etablieren einer tragfähigen Beziehung kann es gelingen, den Betroffenen dabei zu helfen, ein realistisches Selbstbild zu gewinnen, wieder Mut zu fassen und für sich neue positive Perspektiven zu erkennen.

Symptom-Erfassung und Symptom-Therapie

Die Symptom-Erfassung ist aufgrund der neurologischen Ausfälle z. T. sehr erschwert, so dass besonders die einführende Beobachtung unumgänglich ist (s. o.). Die Kommunikation kann durch Sprachstörungen oder kognitive Störungen beeinträchtigt sein, schon die Beobachtung

bachtung und Erfassung der Befindlichkeit kann durch eine Lähmung der mimischen Muskulatur oder Bewusstseinsstörungen/Koma erschwert sein [12]. Bei Schlaganfall-Patienten findet sich außer den neurologischen Störungen häufig eine hohe Last körperlicher und psychischer Symptome. Diese begleitenden Beschwerden zu erkennen und zu behandeln ist von großer Bedeutung für das Wohlbefinden und auch die Prognose der Patienten in allen Stadien [4, 15]).

Die Therapie der Symptome wird, wenn nicht besonders erwähnt, mit nichtmedikamentösen Maßnahmen oder von anderen palliativen Situationen her bekannten Medikamenten durchgeführt.

Auf einige Aspekte und Maßnahmen soll hier trotzdem näher eingegangen werden:

- **Schmerz:** es empfiehlt sich ein geeignetes Beobachtungs- und Fremderfassungsinstrument wie z.B. ZOPA [13]. Schmerzen entstehen sowohl als Folge der Krankheit (»Post Stroke Pain«) oder einer Spastik als auch durch Fehlbelastungen des Bewegungsapparates oder durch psychische Störungen (s.u.). Die häufigsten verwendeten Medikamente sind Metamizol und Opioide, bei Spastik konsequente und langfristige krankengymnastische Therapie und ggf. ergänzende medikamentöse Behandlung mit Muskelrelaxantien wie z.B. Baclofen oder Dantrolen.
- **Dyspnoe und Dysphagie:** besonders im Rahmen neuromuskulärer Störungen und bei gleichzeitiger Dysphagie, ggf. mit (stiller) Aspiration [19]: Schluckdiagnostik und Schluck-Therapie wird empfohlen, adaptierte (breiige) Kost, ggf. Sonden-Ernährung [26]. Verschleimung mit Dyspnoe ist ein häufiges Problem in der Sterbephase.
- **Durstgefühl als Folge von Mundtrockenheit:** konsequente und phantasiereiche Mundpflege durchführen!
- **Übelkeit, Erbrechen, Obstipation:** z.B. als Folge einer zentralen Störung oder auch der medikamentösen Behandlung, Obstipation besonders aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen und Immobilität.
- **Inkontinenz (Urin, Stuhl):** Risiko des Dekubitus und Belastung des sozialen Umfeldes
- **weitere spezifische Symptome nach Schlaganfällen:**
 - Sensibilitäts- Koordinations- und Wahrnehmungsstörungen (z. B. Neglect)
 - psychisch-affektive Störungen: Depression, Ängste, Schlafschwierigkeiten
 - kognitive Störungen: Verwirrtheit / Delir, Demenz
 - Fatigue, Tagesschläfrigkeit
 - Epilepsie, auch nicht konvulsiv
- **Erleben von Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit,** z. B. aufgrund von Lähmungen oder anderen Behinderungen [4]
- **spirituelle Bedürfnisse:** z.B. Angst vor dem Sterben, Fragen nach dem Lebenssinn, Wunsch zu sterben u. ä. [7, 8].

An- und Zugehörige

Auf einen Schlaganfall sind die Betroffenen in der Regel nicht vorbereitet, da häufig Vorzeichen fehlen und die meisten für sich selbst ein solches Ereignis ausschließen. Dies gilt trotz bekannter Risikofaktoren.

Ebenso unvorbereitet wie der Betroffene selbst sind häufig auch die Menschen, die sein psycho-soziales Umfeld bilden, d.h. Ehepartner, Lebensgefährte, Familie, Freunde, Nachbarn und andere vertraute Personen sowie Arbeitsumfeld. Diese Menschen, die bis zu dem akuten Ereignis das Leben mit dem Erkrankten teilten, stehen plötzlich vor einer völlig veränderten Situation [1, 20]. Sie sehen sich damit konfrontiert, auf die eingetretenen Beeinträchtigungen Rücksicht nehmen, Beistand leisten und pflegen zu müssen. Solche vielschichtigen Aufgaben lassen sich nicht allein durch eine Delegation an einen professionellen Pflegedienst lösen.

Die An-/Zugehörigen benötigen Unterstützung, Beratung und Begleitung, um mit den neuen Anforderungen zurechtzukommen [1]. Um eine Neuorientierung der Familiensituation zu ermöglichen und die Würde des Betroffenen zu wahren bzw. wiederherzustellen, ist es erforderlich, möglichst viel über die individuellen Ressourcen und das Selbstverständnis des Patienten und seines psychosozialen Umfeldes in Erfahrung zu bringen. Erschwerend wirken sich die Veränderungen in den sozialen Strukturen aus (Kinder durch Arbeit oft weit entfernt, zunehmende Single-Haushalte etc.).

Um den Erfordernissen des Alltags besser gerecht zu werden, sollten folgende Themen im Kontakt mit den sozialen Diensten angesprochen werden:

- Stellenwert des Berufs? Berufs-/Erwerbsunfähigkeit (soweit noch relevant)?
- Finanzielle Auswirkungen?
- Wohnsituation?
- Lebensplanung? Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht?

Dies alles zu gewährleisten gehört zu einem ganzheitlichen Verständnis von Palliative Care.

Versorgungsstrukturen

Verschiedene palliative Versorgungsstrukturen haben sich in Deutschland in den letzten 30 Jahren entwickelt. Die Anzahl der stationären Spezialeinrichtungen (Palliativstationen, stationäre Hospize) hat sich in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt, es gibt bislang jedoch kaum Strukturen der allgemeinen Palliativ-Versorgung in Akutkrankenhäusern und Pflegeheimen, wie z.B. palliative Konsiliardienste. Die stationäre palliative Versorgung, insbesondere bei Schlaganfall-Patienten, ist deshalb derzeit nicht ausreichend gewährleistet [15].

Der Schwerpunkt der Weiterentwicklung palliativer Versorgung liegt heute in der Förderung ambulanter Netzwerke [21]. Die Mehrzahl der Betroffenen möchte in dieser Lebensphase in ihrer gewohnten Umgebung ver-

bleiben und mit Unterstützung der Familien und palliativer Netzwerke vom Hausarzt/Facharzt betreut werden.

Dabei wird die noch wenig strukturierte und unterfinanzierte allgemeine ambulante Palliativversorgung in der Regel durch die niedergelassenen Hausärzte, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen erbracht. Darüber hinaus gibt es die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, Richtlinie seit 2009 für Menschen mit besonders hohem Versorgungsbedarf und komplexer Symptomatik) zusätzlich zur vertragsärztlichen Versorgung, allerdings auch noch nicht flächendeckend. Ein weiterer Ausbau der ambulanten Palliativversorgung ist erforderlich und politisch angestrebt [25].

Die bisher entstandene palliative Versorgung bezieht sich überwiegend auf Tumorkranken. Menschen mit Schlaganfall finden in diesen spezialisierten Teams nur wenig Beachtung, obwohl sie teilweise einen hohen palliativen Versorgungsbedarf haben (siehe S. 71–72) und sich eine familienzentrierte Pflege zu Hause wünschen [15].

Aufgrund der erhöhten Pflegebedürftigkeit müssen viele Schlaganfall-Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Daraus folgt die Notwendigkeit, die palliative und hospizliche Versorgung auch im Pflegeheim auszubauen oder durch SAPV-Teams zu unterstützen.

Das Wissen um die palliative Versorgung von Schlaganfall-Patienten und anderer Nicht-Tumor-Patienten muss in die bestehende Aus- und Weiterbildungscurricula integriert werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Schlaganfälle sind die dritthäufigste Todesursache in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2014). Nur die wenigsten Patienten erhalten eine Palliativbetreuung [12]. Palliativversorgung hat sich bisher überwiegend um Krebspatienten, Menschen mit ALS oder AIDS gekümmert. Die WHO-Definition sieht eine derartige Einschränkung auf bestimmte Krankheitsgruppen jedoch nicht vor.

Gerade in der Palliativversorgung von Menschen mit Schlaganfall ergeben sich jedoch besondere Herausforderungen. Neben ausgeprägten körperlichen Funktionsverlusten bestehen zum Teil starke Einschränkungen der Kommunikation und auch der Entscheidungsfähigkeit. Stellvertretende Entscheidungsfindung, Beachtung des vorausverfügten, aber auch des natürlichen Willens (z. B. aktuelle Willensäußerungen im körpersprachlichen Dialog) sind schwierige Prozesse, die häufig der Ethikberatung bedürfen. Den Betroffenen muss einfühlsam mit einer suchenden Haltung und »körpernahe Dialog« begegnet werden [31]. Angehörige sind durch die Versorgung der Betroffenen oft rund um die Uhr eingebunden, erschöpft, vereinsamt und finanziell belastet. Sie bedürfen daher unserer besonderen Fürsorge. Palliativversorgung muss sich gerade beim Schlaganfall der Herausforderung stellen, trotz der massiven körper-

lichen und sprachlich-kognitiven Einschränkungen dem Patienten möglichst viel Autonomie und Lebensqualität, den Angehörigen möglichst viel Unterstützung zu geben. Es muss im Verlauf immer wieder neu und gemeinsam mit allen Behandlern, dem Patienten selbst und seinen Zugehörigen diskutiert werden, wann und wie viel palliative Mitversorgung den Bedürfnissen und dem Wohl des Schlaganfall-Patienten und seiner Zugehörigen entspricht.

Danksagung

Wir danken dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) für die Unterstützung der AG-Arbeit.

Literatur

- Blacquiére DP, Gubitz GJ, Dupere D, McLeod D, Phillips S. Evaluating an organized palliative care approach in patients with severe stroke. *Can J Neurol Sci.* 2009; 36(6): 731-4.
- Blacquiére D, Bhimji K, Meggison H, Sinclair J, Sharma M. Satisfaction with palliative care after stroke: a prospective cohort study. *Stroke* 2013; 44(9): 2617-9.
- Borasio GD. The role of palliative care in patients with neurological diseases. *Nat Rev Neurol* 2013; 9(5): 292-5.
- Burton CR, Payne S, Addington-Hall J, Jones A. The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age Ageing* 2010; 39(5): 554-9.
- Burton CR, Payne S. Integrating palliative care within acute stroke services: developing a programme theory of patient and family needs, preferences and staff perspectives. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 22.
- Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland 2010, Leitsatz 2, S.11. www.charta-zur-betreuung-sterbender.de
- Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Walker M. Symptomatic and palliative care for stroke survivors. *J Gen Intern Med.* 2012; 27(7): 853-60.
- Dy SM, Feldman DR. Palliative care and rehabilitation for stroke survivors: managing symptoms and burdens, maximizing function. *J Gen Intern Med* 2012; 27(7): 760-2.
- Eastman P, McCarthy G, Brand CA, Weir L, Gorelik A, Le B. Who, why and when: stroke care unit patients seen by a palliative care service within a large metropolitan teaching hospital. *BMJ Support Palliat Care.* 2013; 3(1): 77-83.
- Gardiner C, Harrison M, Ryan T, Jones A. Provision of palliative and end-of-life care in stroke units: a qualitative study. *Palliat Med.* 2013; 27(9): 855-60.
- Gerhard C. *Neuro-Palliative Care*. Bern: Hans Huber Verlag 2012.
- Gerhard C. Palliative Versorgung sterbender Schlaganfallpatienten. *ASTUP* 2010; 3: 37-41.
- Handel E. *Praxishandbuch ZOPA*. Bern: Hans Huber-Verlag 2009.
- Holloway RG, Ladwig S, Robb J, Kelly A, Nielsen E, Quill TE. Palliative care consultations in hospitalized stroke patients. *J Palliat Med.* 2010; 13(4): 407-12.
- Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, Lewis EF, Lutz BJ, McCann RM, Rabinstein AA, Saposnik G, Sheth KN, Zahurec DB, Zipfel GJ, Zorowitz RD; on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and stroke nursing and Council on Clinical Cardiology. Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A statement of Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45:1-28

16. Kruse A. Der Umgang mit demenzkranken Menschen als ethische Aufgabe. In: Döring D (Hrsg.). Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit; Vierteljahresschrift zur Förderung von Sozial-, Jugend und Gesundheitshilfe. Demenz und soziale Teilhabe 4/4-14.
17. Langhorne P, Lewsey JD, Jhund PS. Estimating the impact of stroke unit care in a whole population: an epidemiological study using routine data. J Neurol 2010; 9: 105-18.
18. Le BH, Pisasale M, Watt J. Palliative care in stroke. Palliat Med 2008;22(1): 95-6.
19. Mazzocato C, Michel-Nemitz J, Anwar D, Michel P. The last days of dying stroke patients referred to a palliative care consult team in an acute hospital. Eur J Neurol. 2010; 17(1): 73-7.
20. Mead GE, Cowey E, Murray SA. Life after stroke – is palliative care relevant? A better understanding of illness trajectories after stroke may help clinicians identify patients for a palliative approach to care. Int J Stroke. 2013; 8(6): 447-8.
21. Meissner M. Versorgung Sterbender: mehr allgemeine Palliativmedizin. 114. Dt. Ärztetag 2011: Entschließung zum Punkt 2: Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept. Dtsch Ärztebl 2011; 108 (23): C-1076 und 1098.
22. O'Holloran R, Worrall L, Hickson L. The number of patients with communication related impairments in acute hospital stroke units. Int J Speech Lang Pathol 2009; 11(6): 438-49.
23. O'Holloran R, Worrall L, Hickson L: Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. Int J Lang Commun Disord 2011; 46(1): 30-47.
24. Payne S, Burton C, Addington-Hall J, Jones A: End-of-life issues in acute stroke care: a qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. End-of-life issues in acute stroke care: a qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. Palliat Med 2010; 24(2): 146-53.
25. Richter-Kuhlmann EA. Palliative Versorgung: Nationale Strategie auf dem Weg. Dtsch Ärztebl 2013; 110 (40): C 1595.
26. San Luis CO, Staff I, Fortunato GJ, McCullough LD. Dysphagia as a predictor of outcome and transition to palliative care among middle cerebral artery ischemic stroke patients. BMC Palliat Care. 2013; 12(1): 21.
27. Stevens T, Payne SA, Burton C, Addington-Hall J, Jones A. Palliative care in stroke: a critical review of the literature. Palliat Med 2007; 21(4): 323-31.
28. Statistisches Bundesamt: www.destatis.de/Zahlen und Fakten/Gesundheit. Zugriff 9.5.2014.
29. Veltkamp R et al. Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls. In: Diener HC und Weimar C (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag 2012.
30. Wee B, Adams A, Eva G. Palliative and end-of-life care for people with stroke. Curr Opin Support Palliat Care 2010; 4(4): 229-32.
31. Zieger A. Palliative Care bei Menschen im Wachkoma. In: Kränzle S, Schmidt U, Seeger C. Palliative Care – Handbuch für Pflege und Begleitung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2014.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse

Dr. Dietrich Wördehoff
Arzt für Innere Medizin und Palliativmedizin
Erlenweg 7
66129 Saarbrücken
diwoerde@t-online.de

Interdisziplinär und praxisorientiert



Dieses Lehrbuch erläutert ausführlich und reichhaltig illustriert:

- Klinik und Praxis der Krankheitsbilder
- Klinische, (video-)endoskopische, radiologische und manometrische Diagnostik
- Funktionelle Dysphagie-Therapie (FDT) mit zahlreichen praktischen Beispielen
- Überblick chirurgischer Interventionen bei Schluckstörungen u.v.m.

Neu in der 5. Auflage:

- Kritischer Vergleich von Diagnostikverfahren und Therapiemethoden unter Aspekten der evidence based medicine
- Auswirkungen des Paradigmenwechsels in der chirurgischen und radiochemotherapeutischen Behandlung von Kopf-Hals-Tumoren auf Schluckstörungen
- Neubewertung traditioneller Behandlungskonzepte und Wirkungsweise funktioneller Therapiemethoden
- Erweiterung des Anatomiekapitels
- Komplett inhaltlich überarbeitet und aktualisiert
- Alle Therapiefotos neu und in Farbe

2014. 496 S., 400 farb. Abb., geb.
€ [D] 79,99 ISBN 978-3-437-44416-6