

Fall

Nicht verhungern, nicht verdursten – zum Problem der Sondenernährung

Herr A., ein 88jähriger Patient mit einem insulinpflichtigen Diabetes wird Anfang Juni in seiner Wohnung von seinem Hausarzt im Zustand einer deutlichen Exsikkose und hypoglykämisch vorgefunden und daraufhin in eine Geriatriische Klinik eingewiesen. Zu diesem Zeitpunkt bestand eine diabetische Gangrän am linken Fuß.

Am 19. Juni wurde Herr A. wegen einer Phlegmone am linken Fuß bei der bestehenden pAVK (peripheren arteriellen Verschlusskrankheit) Stadium IV in eine chirurgische Universitätsklinik verlegt. Dort musste eine Oberschenkelamputation links durchgeführt werden. Die Operation verlief komplikationslos, die Wunde heilte ausreichend gut. Herr A. verkraftete die Amputation jedoch sehr schlecht. Da er immer wieder Suizidgedanken äußerte, erfolgte am 27. Juni ein psychiatrisches Konsil, und die antidepressive Therapie wurde danach entsprechend umgestellt.

Am 1. Juli übernimmt eine junge Ärztin im Praktikum an ihrem ersten Arbeitstag den Bereich, in dem der Patient liegt. Herr A. bekräftigt auch ihr gegenüber beständig und mit Nachdruck, er wolle unter diesen Umständen nicht mehr leben. Er verweigert zunehmend Nahrung, Flüssigkeitszufuhr und Medikamente. Zudem zeigt er sich bei allen Maßnahmen und Bemühungen ganz und gar unkooperativ und nimmt bis auf 45 kg Körpergewicht ab.

Nach wenigen Tagen steht die Frage nach einer Sondenernährung bevor. Für die Ärztin im Praktikum stellt sich die Frage: Was tun?

Kommentar

Kommentar I

Barbara Hanusseck

Das vorliegende Fallbeispiel konfrontiert uns mit einem relativ hochbetagten Patienten, der in einem knappen Monat eine dramatische Verschlechterung eines vorbestehenden Diabetes mellitus mit Verlust eines Beines durch Amputation und nachfolgend schwerer depressiver Verstimmung erleben muss. Eine Ärztin im Praktikum, die den Patienten zu diesem Zeitpunkt neu übernimmt, möchte ihm in der Frage um den Einsatz einer Sondenernährung menschlich gerecht werden.

An diesem Fall erscheint bemerkenswert, dass eine dramatische Entwicklung in einem sehr kurzen Zeitraum beschrieben wird, wir aber keine Hinweise erhalten, wie der gesundheitliche Zustand und die soziale Situation des Patienten vor dieser Zeit waren. Handelt es sich bei dem Patienten um einen eigentlich noch rüstigen alten Herrn, der trotz insulinpflichtigem Diabetes mellitus und leichter depressiver Verstimmung noch selbständig und sozial integriert leben kann? Oder ist er ein seit Jahren schwer chronisch kranker Mann, der durch die Folgeschäden des Diabetes mellitus – wie z.B. Visusminderung bis hin zur Blindheit – oder ein langjähriges depressives Syndrom in seinem Alltag sehr beeinträchtigt ist? Das Lebensalter alleine ohne diese Zusatzinformationen ist für eine Entscheidungsfindung nicht aussagekräftig.

Wenn der Patient bis dato rüstig gewesen ist, ist anzunehmen, dass sich in seinem Einverständnis zur Durchführung der Amputation sein Wille zum Weiterleben kund getan hat. Die Amputation einer Gliedmaße ist ein tiefer Einschnitt im Schicksal eines Menschen, vergleichbar mit dem Verlust eines Lebenspartners. Eine in diesem Kontext auftretende schwere depressive Verstimmung mit Suizidalität ist eine wahrscheinliche Akutkomplikation. Ferner kann bei dem schweren Krankheitsverlauf mit Entgleisung des Stoffwechsels (Hypoglykämie), Ausschüttung von Toxinen im Rahmen der Gangrän sowie schließlich der Operation zusätzlich ein akutes Durchgangssyndrom vermutet werden. Der Patient ist in diesem Fall akut psychiatrisch krank und nicht wirklich fähig, sich ein abwägendes Urteil über seine Lebenssituation zu bilden und daraus resultierend Entscheidungen zu treffen. Die Einrichtung einer Eilbetreuung zur Durchführung der notwendigen Akutbehandlung, d.h. Sicherstellung einer ausreichenden Ernährung und regelmäßigen Einnahme der neu verordneten Antidepressiva wäre indiziert und dem zuvor implizit geäußerten Lebenswillen angemessen.

Anders erschiene uns die Situation, wenn es sich um einen langjährig schwer chronisch kranken Menschen handelt. Der Einsatz von invasiven Be-

handlungsmethoden oder Zwangsmaßnahmen sollte dann sehr zurückhaltend erfolgen und die Willensäußerungen des Patienten nicht einfach als akute Fehleinschätzung der eigenen Situation gedeutet werden. Die Ärztin muss sich für ihre Entscheidungsfindung die entsprechenden Informationen über den Patienten einholen. Ein zu diesem Zweck bewährtes Instrumentarium sind die standardisierten Assessmentverfahren, die vom therapeutischen Team einer geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Klinik angewandt werden. Eine Sondenernährung sollte keinesfalls in der Terminalphase einer chronisch-progredienten Erkrankung erfolgen, insbesondere, wenn der Patient die Verlängerung seiner Leidenssituation nicht wünscht.

Kommentar

Kommentar II

Ulrich Niemann

Die Falldarstellung einer protrahierten Suizidalität mit Nahrungs- und Medikamentenverweigerung wirft patientenzentrierte, ärztliche, pflegerische und psychosoziale Fragen und Überlegungen auf, die zunächst aufgelistet werden sollen:

1. Wie wird der 88jährige Patient mit seiner Oberschenkelamputation „fertig“? Lässt er sich zu krankengymnastischen Übungen motivieren?
2. Die Nahrungsverweigerung führt zu zunehmender körperlicher Schwäche und Lebensunlust. Dies wäre anzusprechen.
3. Wie reagiert der Patient auf eine längere antidepressive Pharmakotherapie *und* eine psychagogische und sozialmedizinische Begleitung?
4. Am ersten Tag ihrer Tätigkeit ist die junge Ärztin mit diesem Kranken zweifellos überfordert. Dennoch steht auch sie unter der ethischen Forderung der Lebenserhaltungspflicht. Es stellt sich die Frage, ob sie die Entscheidung für eine „Sondenernährung“ allein fällen muss. (Die Falldarstellung zeigt eine Engführung, welche in der Realität so wohl nicht vorkommt.)
5. Wie steht das Pflegeteam zur Verweigerungshaltung des Patienten? (Die Ärztin im Praktikum wird am ersten Tag wohl nicht selbst die Sonde legen müssen?)
6. Der familiäre und psychosoziale Kontext ist nicht erwähnt. Bei völligem Versorgungsabbruch (und Therapiebeendigung?) stellt sich die Frage, wie sich die Angehörigen zu einem völligen Abbruch der Behandlung stellen.
7. Was ist zu tun bzw. zu lassen, wenn die antidepressive Therapie nichts fruchtet?

In der gebotenen Kürze sollen Antworten auf diese Probleme versucht werden:

zu 1. Der jungen Ärztin wäre zu raten, vor allem Zeit zu gewinnen, um zu dem Patienten persönliche Kontakte aufzubauen. Das ist am ersten Tag ihres Arbeitsbeginns nicht möglich; dennoch muss sie sich entscheiden, welche Zeit sie für diesen Kranken erübrigen kann. Vielleicht lässt sich der Patient durch therapeutische (und seelsorgerliche) Gespräche mit entsprechenden Übungen motivieren, seine Lethargie und Depression zu überwinden.

PD Dr. med. Ulrich Niemann

Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Offenbacher Landstrasse 224, 60599 Frankfurt am Main, Deutschland

zu 2. Wenn sich der Patient anfangs besser fühlt, wäre er eventuell auch bereit, mehr Nahrung aufzunehmen (Sondenernährung ist nur *eine* Form der Nahrungsaufnahme).

zu 3. Viele Antidepressiva „wirken“ erst nach drei Wochen. Die Pharmakotherapie wäre einzubetten in psychotherapeutische (z.B. verhaltenstherapeutische), krankengymnastische und weitere übende Zuwendungen.

zu 4. Visitingespräche mit Oberarzt (und Chefarzt) sind seitens der jungen Ärztin notwendig.

zu 5. Ebenso sollte die Ärztin die Eindrücke und Meinungen der Stationsschwester und des gesamten Pflorgeteams erfragen und sammeln. (Wahrscheinlich wird der Patient nicht am ersten Arbeitstag der Ärztin an Nahrungsverweigerung sterben.)

zu 6. Wenn möglich wären Familienmitglieder (z.B. Enkelkinder) oder Freunde und Bekannte mit in das Krisenmanagement und in ein längeres Behandlungskonzept einzubinden.

zu 7. Auch wenn die „ganzheitliche“ antidepressive Therapie nichts bewirken kann, sollte der Patient möglichst nicht an Durst und Hunger sterben.

Im vorliegenden Fall scheinen die Behandlungsmöglichkeiten noch nicht so ausgeschöpft zu sein, dass man der jungen Ärztin rate sollte, dem Wunsch des Patienten nachzugeben, ihn liegen und sterben zu lassen. Sehr wahrscheinlich besteht eine ambivalente Einstellung des Patienten gegenüber dem Leben, welche durch vielfältige ärztliche Interventionen zu behandeln wäre.