

## Nierenersatztherapie bei einem jungen Patienten mit schwerer Psychose

External Renal Support in a Young Patient with Severe Psychosis

Der Patient (44 Jahre) ist seit 20 Jahren an der Psychiatrie des Otto Wagner Spitals mit der Diagnose Schizophrenie in ständiger Behandlung. Unter regelmäßiger Therapie mit Depotneuroleptika besteht ein stabiler Zustand. Zuletzt konnte er einer einfachen regelmäßigen Arbeit nachgehen und wurde vom Vater zu Hause betreut. Ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus ist seit 10 Monaten bekannt und wird vom Patienten entsprechend der psychiatrischen Grunderkrankung ausreichend, jedoch suboptimal eingestellt. Er kommt in Begleitung des Vaters, der auch Sachwalter des Patienten ist, in die Ambulanz des Spitals. Die genaue Anamnese ist wegen Sprachschwierigkeiten von Vater und Sohn und Minderbegabung nur unzureichend erhebbar, die aktuelle Medikation nicht erinnerlich. Der Grund, weshalb er in Begleitung die Ambulanz aufsucht, sind unspezifische Symptome wie allgemeine Abgeschlagenheit und zunehmende Müdigkeit.

Die erhobenen Laborbefunde ergeben eine massive Nierenfunktionseinschränkung. Der Patient wird zur weiteren Diagnostik stationär aufgenommen. Die Sonographie zeigt einen chronischen Nierenschaden, eine Stauungssymptomatik wird ausgeschlossen. Somit besteht eine chronische, laborchemisch dekompensierte Niereninsuffizienz und letztendlich die Indikation zur Nierenersatztherapie.

Der Patient ist im Rahmen seiner Grunderkrankung zunehmend angespannt, wirkt unzugänglich und nun auch zunehmend aggressiv. Eine strukturierte Behandlung wird im Rahmen seiner chronisch produktiven Schizophrenie immer schwieriger, die Belastung für den Stationsalltag steigt. Sämtliche Mitpatienten fühlen sich bedroht, und

er kann nicht entsprechend beaufsichtigt werden, da er sowohl im Spital, als auch auf der Station unruhig umherzieht. Wiederholte Konsilien durch den Facharzt für Psychiatrie konstatieren eine Verschlechterung des psychischen Zustandes und die Empfehlung, die Neuroleptika zu steigern. Bedauerlicherweise kommt es wie befürchtet zu einer nicht beherrschbaren Exazerbation der Psychose mit Schutzintubation und Beatmungstherapie.

Der Patient wird seither an der Intensivstation behandelt und erhält kontinuierliche Hämofiltration. Wie zu befürchten war, kommt es zu einer Pneumonie mit begleitendem Pleuraerguß und aufgrund der massiven Schleimbildung im Rahmen der gesteigerten Neuroleptikatherapie zu einer reversiblen Atelektase. Sämtliche Komplikationen werden behandelt und anschließend die Entwöhnung von der Beatmungstherapie eingeleitet. Der Versuch scheitert mehrmals, da nach wenigen Stunden bis Tagen neuerlich die Blutgaswerte mit Somnolenz zwangsläufig zu einer neuerlichen Beatmungstherapie führen. Schließlich wird nach mehreren Monaten die Tracheotomie durchgeführt, da eine länger dauernde Intensivtherapie absehbar ist. Der Patient wird über den gesamten Aufenthalt an der Intensivstation intravenös hochkalorisch ernährt. Bei wachem Zustand entfernt er sich selbstständig die Magensonde und auch intravenöse Zugänge. Er selbst kann die Notwendigkeit einer PEG-Sonde nicht ermessen, der Vater als Sachwalter stimmt einer Applikation nach einiger Zeit zu. Daher wird zur weiteren Ernährung eine PEG Sonde angelegt. Versuche, den Patienten an eine Psychiatrie mit Intensivstation zu transferieren, scheitern, da die Hämodialyse an den betreffenden Institutionen kaum durchführ-

bar ist, an der aktuellen Abteilung aber unkompliziert durchgeführt werden kann und schließlich auch begonnen wurde.

Ist aufgrund der Psychose eine länger dauernde Beatmungstherapie mit Nierenersatztherapie angezeigt? Ist ein Therapierückzug ethisch vertretbar oder verfrüht und wie könnte ein solcher organisiert werden, oder besteht noch eine hoffnungsvolle Option?

Während des Aufenthaltes wird bei Akutsituationen von Atemnot und Psychose die Intubation immer wieder erforderlich. Dreimal wird versucht, ein angelegtes Tracheostoma wieder aufzulassen, jedoch jedes Mal ohne Erfolg und mit der Notwendigkeit, eine neuerliche Tracheotomie zur Langzeitbeatmung durchzuführen. Versuche, den Patienten zu mobilisieren, sind aufgrund von 120 kg Körpergewicht und 2 Meter Körpergröße schwierig und sind auf Sitzen im Querbett limitiert. Es wird laut Sozialarbeit bereits ein Antrag auf Kurzzeitpflege gestellt, eine intensive Mobilisierung soll den Patienten für eine Betreuung in häuslicher Pflege trainieren.

Während einer neuerlichen Phase mit Somnolenz und der Indikation zur Langzeitbeatmung verstirbt der Patient im Rahmen eines bronchopulmonalen Infektes trotz Intensivmaßnahmen und Antibiotikatherapie im Rahmen der Multimorbidität nach 9 Monaten Spitalaufenthalt.

Johannes Bonelli

## Kommentar zum Fall

Commentary on the Case

Es handelte sich hier also um einen psychisch (Schizophrenie) und physisch schwerstkranken Patienten, der geistig zurückgeblieben und vom Vater besachwaltet war. Im Rahmen der Dekompensation einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz kam es zudem zu einer nicht beherrschbaren Exazerbation der Psychose, sodass der Patient nur mehr auf einer Intensivstation unter massiver Sedierung mit maschineller Beatmung am Leben zu halten war. Der Patient verstarb auf der Intensivstation, nachdem er dort 9 Monate lang behandelt wurde.

Zumindest retrospektiv könnte man aus ethischer Perspektive sagen, dass der medizinische, personelle und finanzielle Aufwand in Relation zum erwartbaren Erfolg bereits in den ersten Wochen einen Behandlungsabbruch (bzw. Therapierückzug) gerechtfertigt hätte. Es konnte nämlich kaum mit einer so entscheidenden Besserung des psychischen Zustand des Patienten gerechnet werden, dass eine kontrollierte, chronische Hämodialyse (geschweige denn Nierentransplantation) möglich gewesen wäre. Man hätte also den Abbruch der Intensivbehandlung nach dem Prinzip der Unverhältnismäßigkeit zwischen Aufwand und dem mit hoher Wahrscheinlichkeit schlechten Resultat begründen können.

Dass die behandelnden Ärzte trotz dieser prekären Situation die Hoffnung auf eine Stabilisierung des Patienten nicht aufgegeben haben, verdient Respekt und darf ihnen jedenfalls nicht als Fehler vorgeworfen werden.

Tatsächlich ist es gelungen, den psychischen Zustand des Patienten immer wieder vorübergehend zu bessern. Letztlich mussten die behandelnden Ärzte allerdings zur Kenntnis nehmen, dass sich die Hoffnung auf eine entscheidende Besserung

nicht bewahrheitete und dass der Patient nur unter hohem Aufwand auf einer Intensivstation lebensfähig war, d. h. er war zum Dauerpatienten geworden. Aus ethischer Sicht kann gesagt werden, dass die Dauerbehandlung auf einer Intensivstation eine lebenserhaltende Maßnahme ist, die auch die ökonomischen Ressourcen unserer Wohlstandsgesellschaft überfordert. Eine Intensivtherapie muss als eine außerordentliche Maßnahme eingestuft werden, die einem Patienten auf Dauer nicht zur Verfügung gestellt werden kann und daher zum Behandlungsabbruch berechtigt, wenn keine Aussicht auf Besserung besteht. Es ist zwar immer geboten, Mittel anzuwenden, welche die Medizin allgemein zur Verfügung stellen kann. Niemand kann allerdings verpflichtet werden, eine Therapie anzuwenden, die das Gesundheitssystem finanziell, aber auch organisatorisch auf Dauer nicht verkraftet.

Abgesehen davon kann davon ausgegangen werden, dass die Weiterführung der Intensivtherapie bei diesem Patienten lediglich zu einer Verlängerung eines schweren und schmerzvollen, unerträglichen Leidens ohne Aussicht auf Besserung bewirkt hätte und letztlich den Tod des Patienten nicht verhindern hätte können. In einem solchen Fall ist es aus ethischer Perspektive durchaus berechtigt, auf weitere Heilversuche zu verzichten, ohne dass man jedoch die normalen Hilfen unterlässt, die man in solchen Fällen jedem Kranken und Sterbenden schuldet.

So haben es im konkreten Fall offensichtlich auch die behandelnden Ärzte gesehen und sich für die Beendigung der Intensivbehandlung entschlossen.

Dazu sind grundsätzlich drei Optionen in Frage gekommen:

Erstens hätte man den Patienten auf der Intensivstation belassen, aber auf die Hämofiltration und weitere Intensivmaßnahmen verzichten können, um sich auf eine rein symptomatische Therapie zu beschränken. Diese Option wäre aus der Sicht des Patienten wohl die beste Lösung gewesen, weil das Behandlungsteam aufgrund der monatelangen Erfahrung am besten auf seine Bedürfnisse hätte eingehen können. Allerdings muss eingewendet werden, dass es nicht Aufgabe von Intensivstationen ist, eine rein palliative Therapie durchzuführen. Deshalb hat das Behandlungsteam mit Recht beschlossen, den Patienten in einer luziden Phase seines labilen psychischen Zustandes auf eine Kurzzeitpflegestation zu verlegen, mit dem Wissen, dass der Patient dort versterben wird.

Es geht aus der Beschreibung des Falles nicht hervor, ob die angepeilte Station im selben Krankenhaus wie die Intensivstation gelegen ist, was von erheblichem Vorteil gewesen wäre, weil die palliativen Maßnahmen dadurch in einem engen Kontakt mit dem Team der Intensivstation abgestimmt werden hätten können.

Verwunderlich ist, in Anbetracht der infausten Prognose und des aufwendigen und komplizierten Bedarfs an Obsorge, warum auch die Überstellung des Patienten in häusliche Pflege erwogen wurde. Diese Option hätte einen zweifachen Nachteil gehabt: Einerseits wäre die pflegerische und ärztliche Betreuung des Patienten dort kaum möglich gewesen, da er eine Versorgung rund um die Uhr benötigt hätte und der Vater darüber hinaus mit dem psychisch labilen Sohn zu Hause heillos überfordert gewesen wäre (Körpergröße 2 m; Gewicht 120 kg). Weiters war damit zu rechnen, dass es beim Patienten neuerlich zu einer Exazerbation des psychischen Zustandes kommt. Dieser wäre zu Hause mit Sicherheit nicht zu bewältigen gewesen, sodass der Patient neuerlich, und womöglich in ein anderes Spital, eingeliefert hätte werden müssen. Dort wäre dann mit hoher Wahrscheinlichkeit, in Ermangelung der genauen Kenntnis des Falles, die ganze, sinnlose Prozedur von vorne begonnen worden.

Letztlich verstarb der Patient allerdings noch auf der Intensivstation. Es war, wie zu erwarten, zu einer neuerlichen schweren psychischen Dekompensation mit Somnolenz gekommen. Unverständlich ist, warum man, obwohl die Entscheidung zum Behandlungsabbruch bereits gefällt war, trotzdem eine volle Intensivbehandlung mit Langzeitbeatmung und Antibiotikagabe im Rahmen eines bronchopulmonalen Infektes eingeleitet hat.

Diese Vorgangsweise kann am ehesten mit einer starken, emotionalen Bindung der Ärzte und des Pflegepersonals an den Patienten erklärt werden, der über neun Monate hindurch mit großem Aufwand und Einsatz betreut wurde, sodass für das Intensivteam ein Behandlungsabbruch psychisch schwer zu verkraften gewesen wäre. Dieser Aspekt muss in Anbetracht der nervlichen und emotionalen Dauerbelastung des Personals auf einer Intensivstation auch aus ethischer Perspektive in Rechnung gestellt und Verständnis dafür aufgebracht werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Ärzteteam und das Pflegepersonal diesen schwerkranken und sicher höchst schwierigen Patienten optimal betreut hat.

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, IMABE  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
bonelli@imabe.org