

---

# **Ist Pein am Lebensende ein Vermeidbares Übel ?**

---

**Jürgen Osterbrink**

# Inhalt

---

- Thesen
- Der onkologische Patient im Projekt „Schmerzfreies Krankenhaus“
- Symptommanagement: Die opioidbedingte Obstipation

# Die Rolle des Todes

---

- .....niemals zuvor in der Geschichte der Menschheit wurden menschliche Leichen so geruchlos und mit solcher technischer Perfektion aus dem Sterbezimmer ins Grab expediert .....

N. Elias, 1991

# Tod in Europa

---

- 67-76 % der Sterbenden versterben im Krankenhaus (Stracke-Mertens, 1999)
- 20-30 % versterben im Altenheim (Stracke-Mertens, 1999)
- Bis zu 3% versterben „begleitet“ (Klaschik, 2008)

- **Die Effektivität, Effizienz und Produktivität und damit die therapeutische Relevanz zu erhöhen**
- **Pflege als eine humane Dienstleistung zu bewahren**

## Bedarf an guten (pflege-) diagnostischen Entscheidungen!

---

- **Machen wir die Patienten und Familien ausfindig, die der Pflege wirklich bedürfen und davon Nutzen haben? Welches sind ihre Probleme?**
- **Konzentrieren wir unsere Anstrengungen genug auf sie?**
- **Vermeiden wir zu wenig und zuviel Pflege?**

## Zu wenig Pflege!

---

- **Unnötige Komplikationen**
- **Unnötige Behinderungen**
- **Unnötiges Leiden**
- **Unnötige Belastung der Familien**
- **Unnötige Kosten**

## Zu viel Pflege!

---

- **Unnötige Abhängigkeit**
- **Unnötige Behinderung**
- **Unnötige Belastung der Familien**
- **Unnötige Kosten**

# Der spezifische Beitrag (Virginia Henderson 1955)

---

- **Dem Individuum assistieren - helfen**
- **krank oder gesund**
- **in der Durchführung der Aktivitäten, die zu Gesundheit, Rekonvaleszenz oder einem friedlichen Tod führen**
- **die dieses Individuum selbst durchführen würde, wenn es die notwendige Kraft, den Willen oder das Wissen dazu hätte**

## Stets handeln Pflegende unter endlicher Information im Einzelfall und unter Handlungsdruck

- Ausreichendes Schmerzmanagement
- Unterstützung des Körperbildes
- Angstreduktion (Schmerzen, Leiden, Allein-Verlassensein, unwürdige Behandlung)
- Trauerbegleitung in Erwartung des Todes und um das Ende des Lebens

- Hoffnung
- Krankenhauspersonal das sich um ihren Angehörigen kümmert
- Ein Warteraum in der Nähe des Patienten
- Den Zustand des Patienten zu kennen
- Ehrliche Antworten auf Fragen zu erhalten

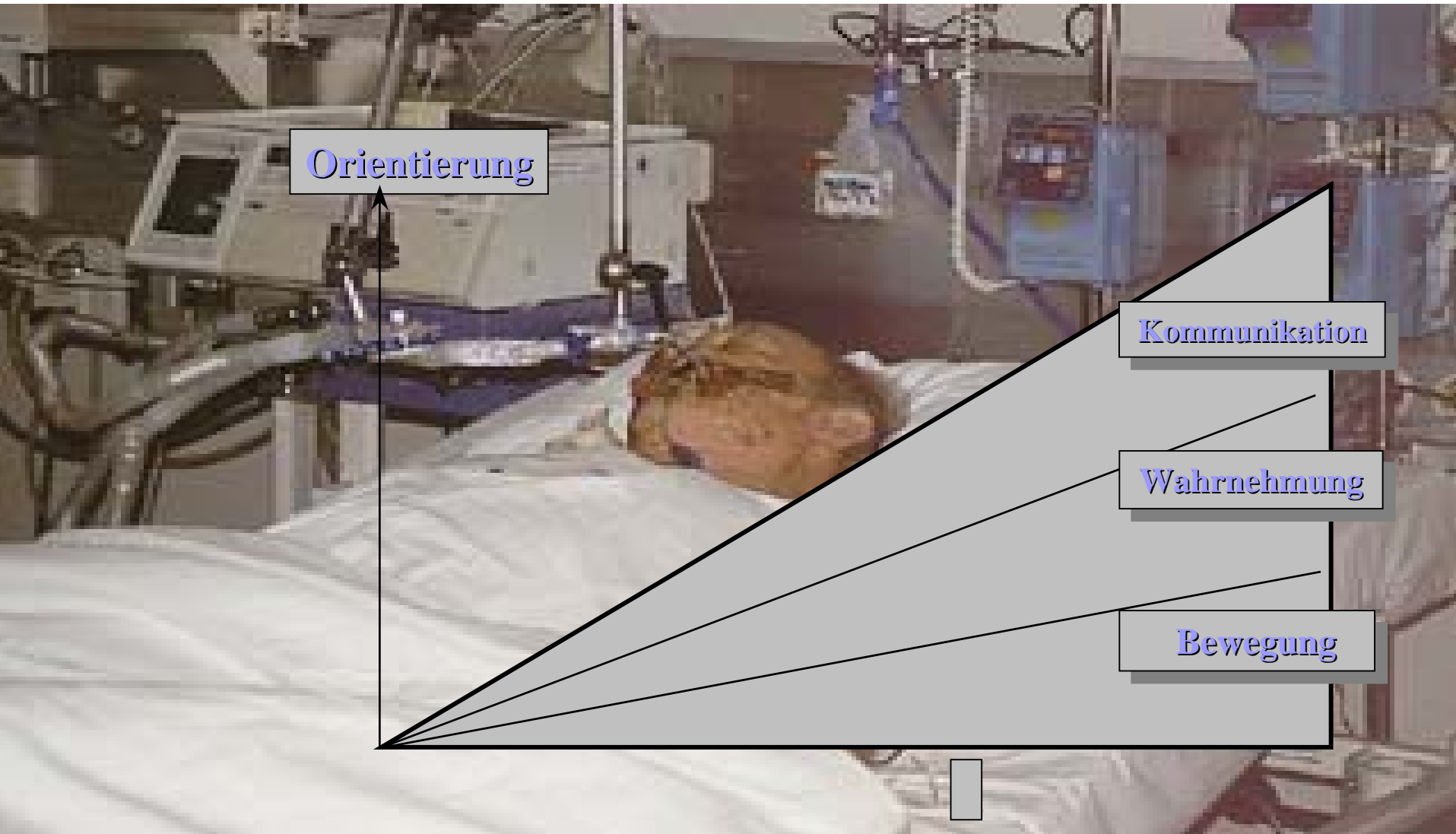
- Täglich aktuelle Informationen über den Patienten zu bekommen
- Erklärungen auf verständliche Weise zu erhalten
- Den Patienten häufig zu sehen
- Spezifische Details über die Krankheitsentwicklung zu erfahren

Nutzen und Schaden der pflegerischen Handlung  
trägt nicht der Pflegende sondern der Patient

# These 2

## Klinische Erfordernisse

---



- **Physiologische Bedürfnisse:**
  - » möglichst geringer körperlicher Verfall
  - » Beherrschung der Ausscheidungsprozesse
  - » Erhaltung der Atmung und Freihaltung der Atemwege
  - » ausreichend Schlaf, Durststillung, +richtige Nahrung
  - » Anregung für die Sinne

### ▪ **Anregung des Speichelflusses**

- » Gefrorene Früchte (Ananas)  
[Kompressentechnik]
- » Gefrorene Getränke  
(Apfelsaft, Bier, Sekt)

### ▪ **Ablösen von Belägen**

- » Sahne mittels Mundpflegetupfer auf die Zunge legen
- » Sonnenblumenöl

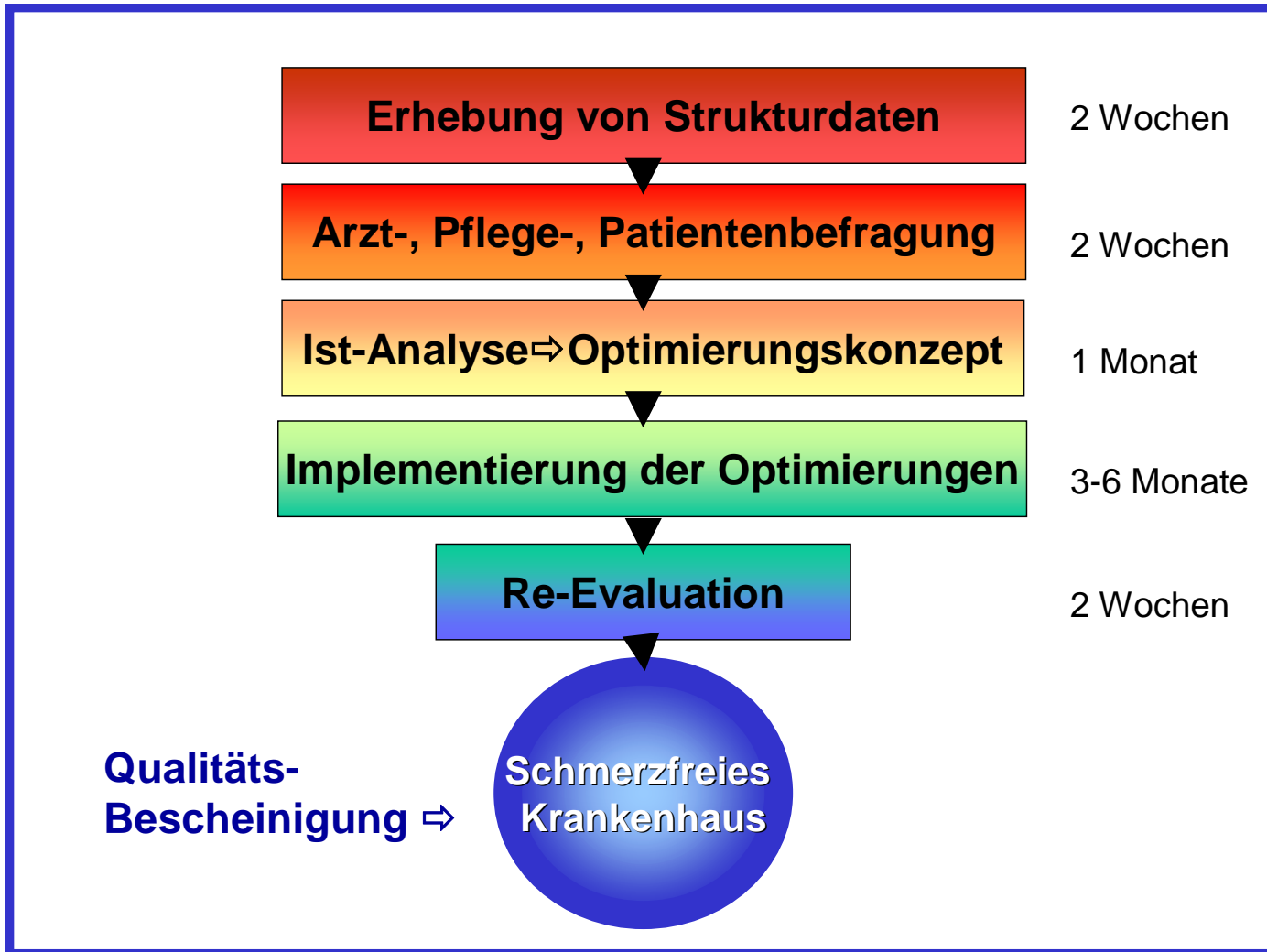
**Borker, 1999**

- **Bedürfnis nach Sicherheit:**
  - » Wut, Angst, Hass und Trauer ausleben können
  - » Über Gefühle reden können
  - » Nicht allein gelassen werden

- Bedürfnis nach Zuwendung und Liebe:
  - » Geliebt zu werden
  - » Zärtlichkeiten empfangen ohne Aufdringlichkeit
  - » Objektivität ohne Gefühllosigkeit
  - » Zuwendung über die Haut zu erfahren, wenn andere Sinne zu versagen scheinen

**Pflegerisches Handeln berührt wie  
kaum eine andere professionelle  
Tätigkeit die existentiellen Belange  
des Nutznießers**

# Forschungsprojekt „Schmerzfreies Krankenhaus“



# Schmerzfrees Krankenhaus



# Schmerzfrees Krankenhaus

---

## Evaluation in 25 Kliniken

- Patienten (n = 8.285)
- Pflegende (n = 5.485)
- Ärzte (n = 2.544)

Gesamt n = **16.314**

# Obstipation – Prävalenz

---

- Studien zufolge liegt die Prävalenz der opioidbedingten Obstipation zwischen 15 und 66%
  
- Trotz der hohen Prävalenz gehört die Obstipation zu jenen Nebenwirkungen der Opioidtherapie, die vom medizinischen Fachpersonal am meisten unterschätzt und am häufigsten übersehen wird

# Keine Behandlung der Obstipation

---

- **Ileus** (O'Mahony et al. 2001)
- **Impaktbildung** (Thomas, 2007)
- **Reduktion der Lebensqualität** (Papagallo, 2001, Thomas, 2007)
- **Angst, depressive Verstimmung** (Norton, 2006)

# Therapierelevanz bei bestehender Schmerztherapie

---

- Eine schwere Obstipation kann den Nutzen der Schmerzbehandlung mit Opioiden für den Patienten um mehr als 30% reduzieren (Foss, 2001)
- Die Auswirkungen auf die Darmfunktion kann so schwerwiegend sein das
  - » Die Dosierung der Opioide der Schmerzsituation nicht angepasst wird (Kurz und Sessler, 2003)
  - » Effektive Schmerzmedikamente nur zögerlich eingenommen werden (Tamayo & Diaz-Zuluaga, 2004)
  - » Oder das es zum Therapieabbruch kommt (Foss, 2001)

# Obstipation – Behandlungskosten

---

Diagnosen	Zeitraum	Anzahl der Fälle	Anzahl der Tage im Krankenhaus	Summe der Kosten in €
Obstipation	2006	3732	15176	4.574.601,73
Obstipation und bösartige Vorerkrankung	2004 - 2006	2749	21478	7.169.390,47
Obstipation, bösartige Vorerkrankung und chronische unbeeinflussbare Schmerzen	2006	4	23	8.543,97

Barmer Ersatzkasse, 2008

# Obstipation – Behandlungskosten pro Fall

---

Behandlung der Obstipation	Jahr	Kosten/Fall in €
im Krankenhaus	2006	1.225,70
bei bösartiger Vorerkrankung	2004 - 2006	2.607,90
bei bösartiger Vorerkrankung und chronischen, unbeeinflussbaren Schmerzen	2006	2.135,90

# Obstipation – Definition

---

Die größte Akzeptanz finden die

## **Rom III Kriterien**

**Obstipation wird danach durch das Vorhandensein von mindestens 2 der folgenden Symptome gekennzeichnet:**

- **Starkes Pressen beim Stuhlgang**
- **Klumpige oder harte Fäzes**
- **Das Gefühl einer inkompletten Entleerung**
- **Das Gefühl einer anorektalen Obstruktion**
- **Die Notwendigkeit, durch manuelle Manöver den Stuhlgang zu erleichtern (digitales Ausräumen, Stützen des Beckenbodens)**
- **Eine Häufigkeit der Darmentleerung von weniger als drei pro Woche**

( Kyle 2007)

---

# Möglichkeiten der Einschätzung von Obstipation

# Warum werden bisher Obstipation-Assessments unzureichend durchgeführt ?

---

1. Die vermehrte Wahrnehmung anderer Symptome
2. Unvermögen der Patienten die Symptome der Obstipation klar zu benennen
3. Annahme das Obstipation Ausdruck und Folge einer schweren Erkrankung ist

Kyle, 2007

# Feststellung der Obstipation durch Befragung

---

- **Die Fragen beziehen sich von Pflegenden und Ärzten auf:**
  1. **Die Häufigkeit der Darmentleerung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes** (Herzog et al, 2006, Lui&Wittbrodt, 2002, Tofil, 2006)
  2. **Die Anzahl der Tage ohne Darmentleerung** (Latasch, 1997, O'Mahony,2001)
  3. **Der Zeitpunkt der letzten Darmentleerung** (Thorpe, 2001)
  4. **Die Stuhlkonsistenz** (Herzog et al, 2006, van Seventer et al, 2003)
  5. **Das Stuhlvolumen** (O'Mahony, 2001)
  6. **Schwierigkeiten bei der Darmpassage** (Herzog et al, 2006, Thorpe, 2001, van Seventer et al, 2003)

# Obstipation – Assessment

---

- **Bristol Stool Form Scale**  
(Kyle 2007)
- **Patient Assessment of Constipation Symptoms Questionnaire**  
(PAC-SYM, Panchal et al. 2007)
- **Bowel Score**  
(Bennett & Cresswell 2003)
- **Constipation Assessment Scale**  
(CAS, Liu & Wittbrodt 2002, McMillan et al. 2000)
- **Minimum Data Set**  
(MDS, Won et al. 2006)
- **European Organisation for Research and Treatment of „Cancer core quality-of-life – questionnaire“**  
(EORTC QLQ-C30) , Klepstad et al. 2000)

# Obstipation: Assessment – Bristol Stool Scale

---



- einzelne harte Stuhlknollen



- „Wurstform“, aber in Knollen



- „Wurstform“, rissige Oberfläche



- „Wurstform“, glatte Oberfläche, weich



- weiche „Stuhlhäufchen“, gut definierte Ränder



- „schaumige“ Stuhlhäufchen, ausgefranste Ränder



- wässrig, ohne feste Anteile

# Assessment Obstipation – Bowel Score

---

- A: Häufigkeit der Darmentleerung während der letzten drei Tage
- B: Stuhlkonsistenz während der letzten drei Tage
- Score:
  - » 0 = kein Stuhl
  - » 2 = hart
  - » 3 = normal
  - » 4 = weich

Bowel Score von 3 oder weniger wurde als Obstipation definiert.

Der Score ergibt sich aus der Addition von A und B.

# Obstipation – Studien zur Messung der Lebensqualität (1)

---

„Activities of Daily Living“ (ADL):

- » Studie bei 161 chronischen Schmerzpatienten mit Obstipation als häufigster Nebenwirkung
- » 92 Prozent gaben einen negativen Einfluss der Obstipation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die ADLs an

→ Belegter Zusammenhang zwischen Obstipation, Angst, Depression und somatischen Symptomen

→ Negativer Einfluss der Obstipation auf die Lebensqualität vor allem durch persistierende Symptome der opioid-induzierten Dysfunktion des Darms

Kurz & Sessler 2003, Pappagallo 2001  
Tamayo & Diaz-Zuluaga 2004 Norton 2006

- „Activities of Daily Living“ (ADL):
  - » Diese Symptome verschlechtern oft den ohnehin schlechten Gesundheitszustand der Patienten
  - » Ältere Menschen:  
Obstipation häufig in Zusammenhang mit Immobilität, Depression und psychischer Belastung
  - » Auch wenn Schmerzen effektiv behandelt werden verbessert sich die Lebensqualität oft nicht
  
- Generationen von älteren Menschen leiden unter der Angst vor einer Obstipation und Störungen einer regelmäßigen Darmentleerung. Diese Angst kann für den Einzug ins Altenheim ausschlaggebend sein!

# Obstipation – nicht-medikamentöse Behandlung

---

## Maßnahmen:

- Regelmäßiges Darmentleerungsprozedere nach der Einnahme von Mahlzeiten um den gastrokolischen Reflex zu nutzen
- Flüssigkeitszufuhr:  
auf ein ausreichendes Volumen steigern (1.5 l/d)
- Ernährung:  
→ Nahrungsmittel anbieten, die eine weiche Stuhlkonstistenz fördern
- Förderung der körperlichen Aktivität:  
→ Erhöhtes Risiko für Obstipation bei Patienten, die weniger als einen halben Kilometer täglich gehen

Klaschik et al. 2003

Kurz & Sessler 2003, Kyle 2007

O'Mahony et al. 2001, Pappagallo 2001, Plaisance & Ellis 2002

# Bedeutung der Obstipation für Betroffene

---

- Hohes Schamgefühl
    - » Tabuthema: Betroffene sprechen nicht gern über die Beschwerden
    - » Patienten müssen Windeln tragen
  - Probleme der Therapie mit Laxanzien
    - » Wirkeintritt nicht vorhersehbar (initial bis zu 72 Stunden)
    - » Nebenwirkungen wie Meteorismus, verschmutzte Unterwäsche etc. verstärken „Tabuthematik“
- Verlust der Eigenständigkeit
- Einschränkung der sozialen Kontakte und Vereinsamung der Patienten im letzten Lebensabschnitt
- Verminderung des Selbstwertgefühls

(Thomas, 2007, Papagallo, 2001)

# Herausforderung an das Pflegepersonal und pflegende Angehörige

---

- **Intensive Betreuung erforderlich**
  - » Vertrauensbasis gegenüber den Pflegenden entwickeln
  - » Hemmungen abbauen
  - Um Hilfestellung und Therapie bieten zu können
  
- **Starke Kooperation zwischen Arzt und Pflegenden**
  - » Im Fokus des Pflegers steht der Patient in der stationären oder ambulanten Alltagbewältigung
  - » Bei Nicht-Verbalisieren des Patienten können Pflegende die Anzeichen einer Obstipation eher „enttarnen“
  - » Enge Kommunikation mit pflegenden Angehörigen
  - » Können die Situation häufig besser einschätzen und verbalisieren
  - » Sensibilisierung in Bezug auf Symptome erkennen und deuten

