

Inhaltsverzeichnis

1.	Zielsetzung	2
2.	Zielpopulation	2
3.	Zielgruppe	2
4.	Definition	2
5.	Ursachen und Entstehung von Obstipation in der Palliative Care	2
6.	Mögliche Folgen der Obstipation.....	4
7.	Entscheidungsfindung	4
8.	Interventionsvorschläge bei Obstipation in der Palliative Care	5
9.	Obstipation bedingt durch Opiate	10
10.	Obstipation in der terminalen Phase	10
11.	Dokumentation.....	10
12.	Querverweise	10
13.	Literatur	11
14.	Autorenschaft	11
15.	Validation.....	11

1. Zielsetzung

- Die Patientin oder der Patient hat Stuhlentleerungen ohne Anstrengung oder Schmerzen
- Der Stuhlgang der Patientin oder des Patienten ist weder zu hart noch zu weich
- Die Patientin oder der Patient weist, entsprechend seinen früheren Stuhlgewohnheiten, mindestens 2 bis 3 Stuhlentleerungen pro Woche auf. Eine tägliche Stuhlentleerung ist nicht obligat
- Die Patientin oder der Patient äussert das Gefühl einer kompletten Entleerung
- Die Pflegefachpersonen erkennen gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt die Ursache(n) der Obstipation
- Die Patientin oder der Patient äussert sich in Bezug auf Obstipation und deren Einfluss auf seine Lebensqualität ernst genommen

2. Zielpopulation

Palliativ-Patientinnen oder Palliativ-Patienten mit Obstipation

3. Zielgruppe

Dipl. Pflegefachpersonen HF / FH, FaGe, Studierende unter Anleitung und Ärztinnen/Ärzte SZO

4. Definition

Die Obstipation wird definiert als erschwerte oder seltene Darmentleerung, weniger als 1 Stuhlgang alle 3 Tage oder Abnahme der Stuhlgangfrequenz im Vergleich zur üblichen Frequenz. Der Stuhl kann dabei verhärtet und/oder die Entleerung unvollständig sein. Es kann auch dünner Stuhl, eventuell begleitet von harten Stuhlballen auftreten (sogenannte paradoxe Diarrhö).

5. Ursachen und Entstehung von Obstipation in der Palliative Care

Mechanische Störung	• Divertikulose, Divertikulitis • Gastrointestinale Obstruktion durch Tumor • Kompression durch Tumore ausserhalb des Darms (Lymphknotenmetastasen, peritoneale Metastasen) • Peritonealkarzinose • Aszites • Nach Radiotherapie (zum Beispiel Strahlenfibrose) • Bauchmuskelschwäche
----------------------------	---

Richtlinie Obstipation in der Palliative Care



Verminderter Wassergehalt	• Verminderte Flüssigkeitszufuhr • Dehydratation: Erbrechen, Diarrhö, Hyperkalzämie, Diabetes mellitus
Verminderte Nahrungsaufnahme	• Anorexie primär / sekundär • Schmerzen • Erschwerte Nahrungsaufnahme durch andere Symptome
Bedingt durch Medikamente	• Insbesondere Opiate, Antiemetika, Spasmolytika, Antidepressiva, gewisse Zytostatika, Antihypertensiva, Sedativa, Anticholinergika, Eisenpräparate, Diuretika
Neuromuskuläre Störung	• Rückenmarksläsionen (Paraplegie/Paraparese/Tetraplegie) • Nervenläsionen im Bereich des Beckenbodens • Hirnläsionen (Hirntumor/Hirnmetastasen) • Störungen der peripheren Nerven bei Neuropathie (medikamentös, paraneoplastisch) • Rückenmarksinfiltration durch Tumore/Metastasierung (spinale Kompression, Cauda equina) • Hypokaliämie, Hyperkalzämie, Hypothyreose • Nikotinentzug
Metabolisch / endokrin bedingt	• Hyperkalzämie, Hypokaliämie, Urämie • Hypothyreose, Diabetes mellitus
Psychisch bedingt	• Angst/Stress/Aufregung • Depression • Erschöpfung • Verwirrung • Unterdrücken des Stuhldranges aufgrund von Unbehagen vor fremden „stillen Örtchen“ (z. B. Pflegebett) oder Körperhaltung (z. B. Flachlagerung).
Bedingt durch Immobilisation	• Verminderte Aktivität bis zur Bettlägerigkeit • Sedierung
Allgemein	• Stuhlinkontinenz • Fehlende Intimsphäre • Ungewohnte fremde Umgebung • Angst vor Diarrhö

Bedingt durch Schmerzen	- Schmerzen im Allgemeinen - Rektoanal-Erkrankungen (Hämorrhoiden, Analfissuren, Druckulzera)
Bedingt durch neurologische Erkrankungen	Z. B. amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Demenz

6. Mögliche Folgen der Obstipation

- Abdominale Schmerzen, Koliken
- Flatulenz
- Nausea/Emesis
- Inappetenz
- Unruhe
- Kognitive Einschränkungen und/oder Verwirrung bei älteren Patientinnen oder Patienten
- In schweren Fällen Symptome einer Obstruktion oder eines paralytischen Ileus

7. Entscheidungsfindung

Obstipation kann die Lebensqualität der Patientinnen oder Patienten stark einschränken.

Daher erfordert es vom Betreuungsteam eine hohe Aufmerksamkeit und ein tägliches Nachfragen, da das Symptom oft nicht spontan von den Patientinnen oder Patienten erwähnt wird.

Anamnese der Stuhlgewohnheiten

- Wie waren die letzten Stuhlentleerungen (Häufigkeit, Konsistenz, Menge, Farbe, Schmerzen, Beimischung von Blut/Schleim, Diarrhö)?
- Wie waren die früheren Stuhlgewohnheiten?
- Früherer und jetziger Gebrauch von Laxantien?
- Suche nach anderen assoziierten Symptomen
- Funktionelle Defizite (Immobilisation, Inkontinenz)
- Medikamentenanamnese
- Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
- Bedeutung für den die Patientin oder den Patienten
- Ressourcen: Rituale für eigene Massnahmen

Spezifische Untersuchungen

- Körperliche Untersuchung mit Palpation des Darmes / Auskultation des Darmes
 - Darmgeräusche sind bei Obstipation rege bis spärlich oder fehlend
 - Bei paralytischen Ileus «Grabesstille»
 - Bei mechanischen Ileus knallende, laute Darmgeräusche
- Ultraschall und/oder Röntgenbild des Abdomens.

Wichtig für die Behandlung der Obstipation ist die **Klärung der Ursache(n)**!
Diese erfolgt in Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt

8. Interventionsvorschläge bei Obstipation in der Palliative Care

Allgemeine Interventionen

- Patientin oder Patient und/oder Angehörige über Ursachen, mögliche Komplikationen und Interventionen aufklären
- Vermeidung von regelmässigem Unterdrücken des Stuhldrangs (daher den Toilettengang ermöglichen, Intimsphäre wahren, Zeitdruck vermeiden)
- Alternative Methoden / Hausmittel der Betroffenen berücksichtigen
- Auf genügend Flüssigkeitszufuhr achten
- Patientin oder Patient und/oder Angehörige anleiten im Umgang mit Obstipation
- Körperliche Aktivität angepasst auf Allgemeinzustand der Betroffenen
- Behandlung von Schmerzen, Analfissuren, Hämorrhoiden und anderen Symptomen
- Vorbeugen möglicher Komplikationen (z .B. Ileus)

Bemerkung

Die manuelle Ausräumung stellt einen enormen Stressor dar und ist ein schmerzhafter und unangenehmer Eingriff in die Intimsphäre. Durch Prophylaxe und rechtzeitiges Handeln beim Auftreten einer Obstipation kann dieser Eingriff vermieden werden.

Bei notwendiger manueller Ausräumung Indikation und Kontraindikation (Fissuren/Hämorrhoiden) beachten und ärztlich verordnen lassen.

Komplementäre Interventionen

Aromaanwendung

Die kontrollierte und bewusste Anwendung von ätherischen Ölen in der Pflege soll der Verbesserung des Allgemeinzustandes der Patientin oder des Patienten und seinen Wohlbefinden dienen.

Die korrekte Anwendung der Aromapflege ist in der [Richtlinie Aromapflege SZO IT-8071](#) ersichtlich.

Sanfte Kolonmassage mit ätherischen Ölen

- Jeweils 1 Tropfen Mandarin, Rosmarin und Ingwer in 10 ml Mandelöl
 - Kreisende Bewegungen mit leichtem Druck, beginnend vom Colon ascendens über das Colon transversum hin zum Colon descendens. Die Bewegungen einhändig mehrmals wiederholen. Bei Schmerzäusserung weniger Druck anwenden oder stoppen. Kontraindiziert bei: **Aszites und gastrointestinaler Obstruktion!**

Weitere komplementäre Interventionen

- **Stuhlfördernde Tees, entblähende Tees** (z. B. Fencheltee, Melisse, Pfefferminz)
- **Teemischung** 2-3 Tassen täglich: je 30g Pfefferminzblätter, Schafgarbenkraut, Kamillenblüten
- 1-2 EL **Lein- oder Flohsamen** in etwas Naturjoghurt einnehmen, viel Flüssigkeit nachtrinken (pro EL ¼ Liter). Sollte die Trinkmenge von 1,5l unterschritten werden, wird diese Massnahme nicht empfohlen, da die Obstipation dadurch noch verschlimmert wird. In diesem Fall, kann auf **Optifibre®** zurückgegriffen werden. Es eignet sich sehr gut für Personen, die wenig trinken, da bei diesem Produkt nicht nachgetrunken werden muss. Die Dossierung sollte gemäss Packungsbeilage erfolgen.

Interventionen durch die Physiotherapie

- Fussreflexzonen-Massage
- Kolonmassage
- Leichte Mobilisation

Medikamentöse Interventionen

Bei der folgenden Tabelle werden häufig verwendete Medikamente dargestellt. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verordnung der Medikamente liegt in der Verantwortung des zuständigen Arztes oder Ärztin.

Osmotisch wirksame Laxantien (Weichmacher)

- Wirken vor allem im Colon
- Künstliche Zucker (Lactulose, Sorbitol, Lactitol, etc.), häufige Nebenwirkung: Flatulenz
- Salinische Laxantien (Macrogolum, Magnesiumsalze, Phosphatverbindungen)

Macrogolum

- Movicol® 1 Sachet (13g), Beginn mit 1 Sachet (max. 2 Sachets/Tag), Wirkungseintritt: 48-72h
- Transipeg® 1 Sachet (3g), Beginn mit 1 Sachet, Wirkungseintritt nach 2-3 Tagen (max. 4 Sachets/Tag)
- Transipeg Forte® 1 Sachet (6g), Beginn mit 1 Sachet, Wirkungseintritt nach 2-3 Tagen (max. 2 Sachets/Tag)

Die Einnahme von Transipeg® und Transipeg Forte® sollte so kurz wie möglich gehalten werden und 14 aufeinanderfolgende Tage nicht überschreiten.

Cave: können nur bei ausreichender Flüssigkeitszufuhr wirken

Lactulose (Duphalac®)

- Beginn mit 15ml bis 45ml (max. 3 Tage in 1-2 Dosen), Erhaltungsdosis (max. 25ml/Tag)
- Wirkungseintritt nach 1-2 Tagen

Stimulierende Laxantien (Kontaktlaxantien)

- Wirken nur im Colon, stimulieren den Plexus myentericus und die Darmsekretion (Biscodyl, Natriumpicosulfat, Senna, Phenophtalein in Pflaumen, etc)
- Mögliche Nebenwirkungen: Abdominale Schmerzen, Beschwerden und / oder Krämpfe, Diarrhö

Natriumpicosulfat monohydrat (Laxoberon®)

- Beginn mit 10 Tropfen entsprechen 5mg, Wirkungseintritt nach 6-12 Std (max. 20 Trpf./Tag), Einnahme abends

Senna-Präparate Valverde Sirup®, Beginn mit 10ml, Wirkungseintritt nach 8 Std (max. 20ml/Tag)
Bisacodyl DULCOLAX® 5mg Drag (max. 2 Drag/Tag)
Gleitmittel - Penetrieren in den Stuhl und machen ihn gleitfähig - Bei längerdauernder und hochdosierter Anwendung kann es zu einem Mangel an fettlöslichen Vitaminen sowie zu einem Flüssigkeits- und Salzverlust kommen
Paraffin (Paragol N®) - Beginn mit 10ml, Wirkungseintritt nach 6-8 Stunden - Dosierung 15-45ml als Akuttherapie - Nicht für langfristiger Einsatz
Rektale Laxantien/Einlauf
Glycerin (Bulboid®) Beginn mit 1 Supp, Wirkungseintritt 15-60 Minuten
Bisacodyl (Dulcolax® 10mg) 1 Supp täglich, Wirkungseintritt nach 10-30 Minuten
Sorbit, Na-Citrat (Microlax®) Beginn mit 1 Klistier, Wirkungseintritt 15-60 Minuten
Nahydrogenphosphat (Clyssie Klistier®) Beginn mit 1 Klistier, Wirkungseintritt 10-20 Minuten

Die medikamentösen Interventionen sollen patientenbezogen erfolgen und die pathophysiologischen Bedingungen berücksichtigen. Das folgende Stufentherapieschema hat sich vor allem bei der opiatbedingten Obstipation bewährt. Zu Beginn der medikamentösen Intervention sollte nur mit einem Laxativum begonnen und dieses bei guter Verträglichkeit bis zur maximalen Tagesdosis gesteigert

werden. Bleibt der Erfolg aus, kann nach Ablauf des normalen Wirkungseintrittes des Laxativums eine Kombinationsbehandlung in Erwägung gezogen werden.

Stufe 1	• Osmotisch wirkende Laxantien (zum Beispiel Movicol®)
Stufe 2	• Osmotisch wirkende Laxantien + Kontaktlaxantien (zum Beispiel Movicol® + Laxoberon® Tropfen)
Stufe 3	• Osmotisch wirkende Laxantien + Senna (zum Beispiel Movicol® + Valverde® Sirup)
Stufe 4	• Osmotisch wirkende Laxantien + Senna + Gleitmittel (zum Beispiel Movicol® + Valverde® Sirup + Paragol®)
Stufe 5	• Osmotisch wirkende Laxantien + Senna + Gleitmittel + Glycerol (zum Beispiel Movicol® + Valverde® Sirup + Paragol® + Bulboid®)
Stufe 6	• Osmotisch wirkende Laxantien + Senna + Gleitmittel + Einlauf (zum Beispiel Movicol® + Valverde® Sirup + Paragol® + Clyssie®)
Stufe 7	• Darmentleerung vor Eingriffen (Moviprep®)

CAVE:

- Laxantien sind kontraindiziert bei vollständiger Darmobstruktion und Darmperforation. Bei nicht vollständiger Darmobstruktion und entzündlichen Darmerkrankungen können sie mit entsprechender Vorsicht angewendet werden: dabei v.a. osmotisch wirksame Laxantien verwenden. Suppositorien sind kontraindiziert bei schwerer Thrombozytopenie, lokalen Infektionen und Fisteln

9. Obstipation bedingt durch Opiate

- Patientinnen oder Patienten und/oder Angehörige müssen zu Beginn einer Opiattherapie über die Nebenwirkung einer Obstipation aufgeklärt werden und vor allem, dass diesbezüglich keine Toleranzentwicklung stattfindet
- Bei einer Opiattherapie **muss** parallel fix ein Laxativum verabreicht werden und die abführende Behandlung ggf. im Verlauf nach Stufenschema angepasst werden

10. Obstipation in der terminalen Phase

Während den letzten Tagen/Wochen des Lebens sind Beschwerden aufgrund von Obstipation selten. Deshalb ist darauf zu achten, zurückhaltend mit abführenden Massnahmen zu sein. Die orale Nahrungsaufnahme ist häufig eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich und Laxantien können abgesetzt werden. Bei Unsicherheit kann eine abdominelle Untersuchung durch abtasten und abhören des Abdomens durch eine Ärztin oder Arzt hilfreich sein zur Abklärung bezüglich Notwendigkeit einer eventuellen Intervention.

Wichtig: Den Nutzen einer Intervention abwägen, um die Patientin oder den Patienten nicht unnötig zu belasten!

Unruhe, Anspannung, Verkrampfung können ein Zeichen von Obstipation sein.

11. Dokumentation

- Dokumentation der Interventionen in der Pflegeplanung
- Erfassung in der Kurve
- Tagesplan

12. Querverweise

- Obstipationsgefahr, Pflegediagnose NANDA
- Obstipation, Pflegediagnose NANDA
- Subjektive empfundene Obstipation, Pflegediagnose NANDA
- Richtlinie Obstipation SZO ([ST-9518](#))

13. Literaturverzeichnis

- BIGORIO. (2007). Empfehlung zu Obstipation, Darmverschluss und Paralytischem Ileus. Stand 12/2010. Palliative.ch. Abgerufen von <https://www.palliative.ch>
- Bornand, D. (2016). Vergleich Laxantien. Universitätsspital Basel. Abgerufen von https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Bereiche/Querschnittsfunktionen/Spital-Pharmazie/vergleichstabelle_laxantien
- Bühning, U. & Sonn, A. (2013). *Heilpflanzen in der Pflege* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hans Huber Verlag
- Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität & Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. (2022). *Aktualisierte S2k-Leitlinie chronische Obstipation*.
- Margulies, A., Kroner, T., Gaisser, A., & Bachmann-Mettler, I. (Hrsg.). (2011). *Onkologische Krankenpflege* (5. Aufl.). Springer Verlag
- Muldrew, D.H.L., Hasson, F., Carduff, E., Clarke, M., Coast, J., Finucane, A., Graham, L., Larkin, P., McCorry, N.K., Slater, P., Watson, M., Wright, E., & McIlfratrick, S. (2018). Assessment and management of constipation for patients receiving palliative care in specialist palliative care settings: A systematic review of the literature. *Palliat Med*, 32(5). 930-938. doi: 10.1177/0269216317752515
- Neuenschwander H. & Cina C. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Palliativmedizin*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Price, S. & Price, L. (2009). *Aromatherapie* (2. Aufl.). Hans Huber Verlag.
- Schaefer. (2009). *Empfehlungen Obstipation bei palliativen Patienten*. Stand 12/2010. Abgerufen von http://inneremedizinCare/Empfehlung_Obstipation.pdf
- Steffen-Bürgi, B., Schärer-Santschi, E., Staudacher, D., & Monteverde S. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Palliative Care*. (3., überarb. Aufl.). Hogrefe Verlag.

14. Autorenschaft

Karin Schnydrig-Zenkhusen Pflegefachfrau Palliative Care, Natascha Lengen Pflegefachfrau Palliative Care, Viviane Fantoli Pflegefachfrau Palliative Care

15. Validation

Catherine Mengis Bay
Chefärztin und ärztliche Leiterin
spezialisierte Palliative Care
Fachärztin für Onkologie
Hämatologie und Innere Medizin mit
Schwerpunkt Palliative Care

Ernst Borter
Bereichsleiter Klinik Innere Medizin /
Geriatric / Rehabilitation