

OLC - eine Bagatelle ?

AISSP e.V.

Arbeitsgemeinschaft für Interdisziplinäre
Spezielle Schmerz- und Palliativmedizin

Andreas Jelitto

Jahreskongress der AISSP

Mittwoch, 05.März 2026, 19.00 Uhr

Interessenkonflikte

Mitgliedschaften:

AISSP, BVSD, DGH, DGS, DSG

Zuwendungen:

AnFoFo, Salzburger Schmerzzentrum, DSG

Abbott, Apurano, Aristo, Astellas, Astra Zeneca, Avextra, betapharm, Grünenthal, Hexal, Klinikum Fürth, Lilly, Mainstay Medical, MSD, Mundipharma, Nevro, Novartis, Pfizer, Sandoz, STADA, Takeda, Teva, Universitätsklinikum Tübingen, Vertanical

Interessenkonflikte:

Keine -> **Ich bin nicht käuflich, man kann mich nur mieten**

Allgemeine Erwägungen zum Schmerzmanagement mit Medikamenten, die einen Opioid-Wirkmechanismus aufweisen

Opioidhaltige Arzneimittel sind nicht für alle Schmerzindikationen zugelassen. Beziehen Sie sich bitte immer auf die Fachinformation des jeweiligen Produkts.

Ein individueller, patientenzentrierter Ansatz für die Diagnose und Behandlung von Schmerzen ist wesentlich, um eine therapeutische Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt herzustellen.(1)

Zur Optimierung der Opioidtherapie:

- Bei akuten und chronischen Schmerzen ist es wichtig, dass - bevor Opiode eingesetzt werden oder Therapien gemeinsam mit Opioiden zur Anwendung kommen - optimalerweise multimodale, nicht-opioide Ansätze angewendet werden.(1)
- Opiode sollten nur dann eingesetzt werden, wenn der Nutzen hinsichtlich der Schmerzlinderung und der Verbesserung der Funktionalität die Risiken voraussichtlich übersteigt.(2)
- Vor Beginn der Opioidtherapie sollten patientenbezogene Variablen mit möglichem Einfluss auf die individuelle Opioiddosis berücksichtigt werden.(1)
- Während einer längerfristigen Opioidtherapie sollte der Arzt/die Ärztin mit dem Patienten zusammenarbeiten, um wiederholt Nutzen und Risiken der Opioidtherapie zu bewerten und sorgfältig abzuwägen. Vorsicht ist bei Steigerung, Beibehalten oder Reduktion der Opioiddosis geboten.(2)
- Die Therapie sollte für alle Patienten sorgfältig ausgewählt, die Risikofaktoren für Missbrauch bewertet und eine regelmäßige Überwachung und Nachbeobachtung durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass die Opiode angemessen und in Übereinstimmung mit den mit dem Patienten vereinbarten Behandlungszielen (Schmerzintensität und Funktionalität) eingesetzt werden.(4-5)
- Die Patienten sollten auf mögliche Nebenwirkungen sowie auf das Gewöhnungs-, Abhängigkeits- und Suchtpotential von Opioiden hingewiesen werden.(4-5)
- Eine Suchtentwicklung ist auch dann möglich, wenn Opiode wie verordnet angewendet werden. Die genaue Prävalenz der Suchtentwicklung bei Patienten, die wegen chronischer Schmerzen mit Opioiden behandelt werden, ist schwer zu bestimmen (6)
- Anzeichen für eine missbräuchliche Anwendung von Opioiden müssen beobachtet und angesprochen werden. (4-5)

Wenn bei akuten Schmerzen ein Opioid eingesetzt wird, beachten Sie bitte:

- Die Anwendung sollte über den kürzest möglichen Zeitraum erfolgen.(1)

Wenn ein Opioid für die Therapie chronischer Schmerzen eingesetzt wird, beachten Sie bitte:

- Die Opioidtherapie sollte nur dann fortgeführt werden, wenn eine klinisch relevante Linderung der Schmerzen und Verbesserung der Funktionalität vorliegt, die die Risiken für die Patientensicherheit überwiegen (2)
- Im Fall einer Langzeittherapie mit Opioiden sind regelmäßige klinische Untersuchungen erforderlich, um die Schmerzkontrolle, die Auswirkungen auf die Lebensqualität, das körperliche und psychische Wohlbefinden, Nebenwirkungen und die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung zu beurteilen (3-5)
- Die Opioidtherapie sollte beendet werden, wenn der Nutzen die Risiken nicht überwiegt (2). In der Regel erfolgt eine schrittweise Reduktion der Dosis.(4-5)

Patienten und die allgemeine Öffentlichkeit können von verständlichen Informationsmaterialien und Aufklärungsmaßnahmen profitieren, um ihr Wissen über Opiode zu vertiefen und Stigmatisierung zu verringern.(7)

1. DHHS Pain Management Best Practices Inter-Agency Taskforce Report May 2019 [pmtf-final-report-2019-05-23.pdf \(hhs.gov\)](#) 2.CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022 *Recommendations and Reports* / November 4, 2022 / 71(3);1–95 [CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022 | MMWR](#) 3. O'Brien T et al. Eur J Pain 2017;21:3-192 4. Faculty of Pain Medicine, Opioids Aware [Opioids Aware | Faculty of Pain Medicine \(fpm.ac.uk\) Accessed February 2024](#) 5. Kosten TR et al, Scie Pract. Perspect 2002;1:13-20 6. Rosenblum A et al Exp. Clin. Psychopharmacol. 2008;16(5):405-416 7. OECD Health Policy. Addressing Problematic opioid use in OECD Countries May 2019 <http://www.oecd.org/health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries-a18286f0-en.htm>

Obstipation - Definition (nach Müller-Lissner)



Obstipation ist der subjektive Eindruck, den Darminhalt

- nicht in adäquater **Häufigkeit**
- nicht in ausreichender **Menge**
- in zu harter **Konsistenz** und/oder
- nur unter **Beschwerden** ausscheiden zu können.

Folgerung: Kriterium Stuhlfrequenz allein reicht nicht !

OIC als *heikle* Situation...

- Individuelle und kollektive Verdrängung
- Prävention? Datenlage und Realität
- Kommunikation: Eingriff in die Intimität
- Gefährdung der individuellen Lebensqualität
- Therapeutische Unsicherheiten: Einstufung als NW
- Komplikationsmöglichkeiten im Verlauf



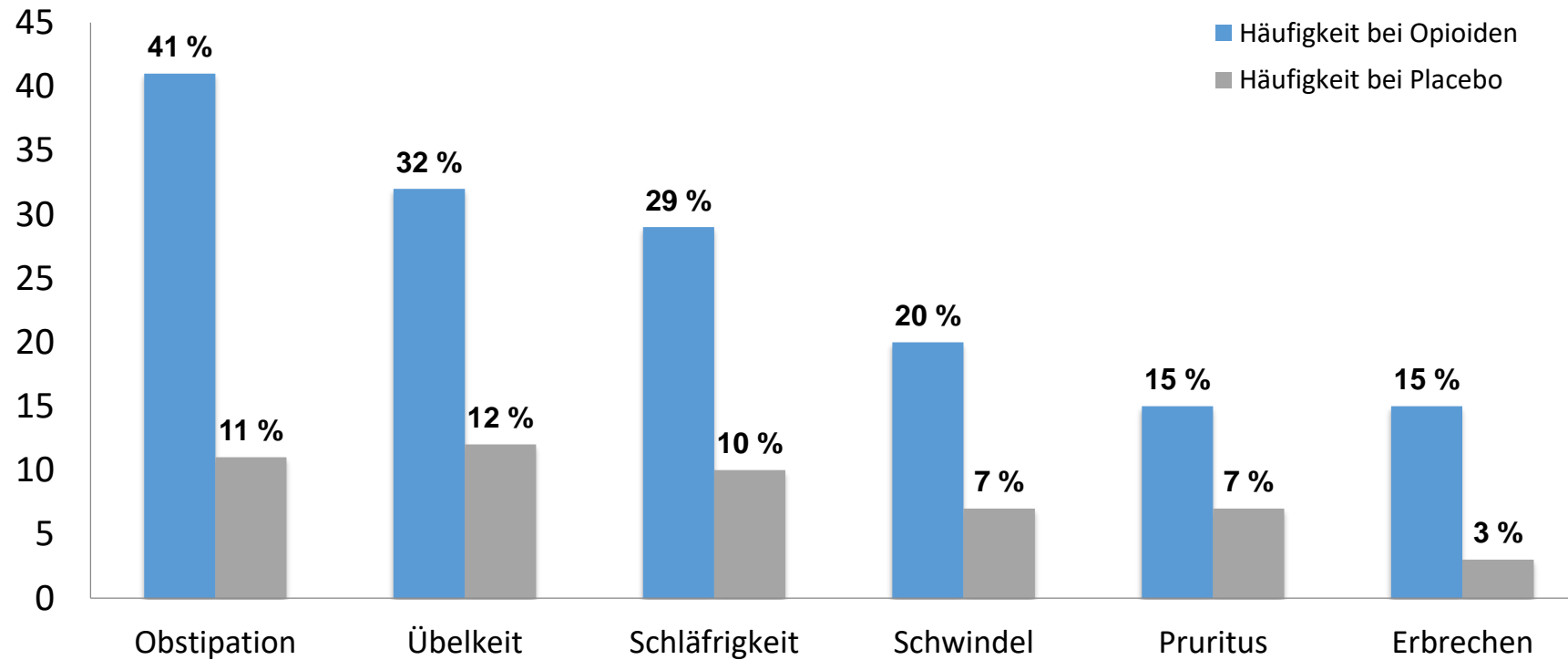
Grunderkrankungen mit Obstipationsneigung

- neurologisch: M. Parkinson, Depression, Demenz
- endokrin: Hypothyreose, Diabetes mellitus
- mechanisch maligne: Colon-Ca. (andere intra-abdominelle Tumore), Lymphome, Peritonealcarcinose
- mechanisch nicht-maligne: Adhäsionen
- längerbestehende Elektrolytstörungen (Hyperkalzämie, Hypokaliämie)

Obstipation durch Medikamente

- Opioide
- Antikonvulsiva
- Antidepressiva
- Neuroleptika
- Diuretika
- Antihypertensiva
- Weitere: Antazida, Antiparkinson, Eisen, H2-Blocker, NSAR

Die Opioid-induzierte Obstipation (OIC) ist die häufigste Nebenwirkung bei Patienten mit chronischen Nicht-Tumorschmerzen



Relatives Risiko = 3,6 (95 %-CI 2,7–4,7).
Kalso E et al. *Pain*. 2004;112:372–380.

Wovon sprechen wir ?

Pat. H. G., geb. 1946, lebt mit Ehefrau und Großfamilie auf dem Bauernhof

Diagnosen:

- art. Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus
- Adipositas
- Chronisches Schmerzsyndrom bei Spinalkanalstenose
- Osteoporose
- PNP
- Depressive Verstimmung
- Neigung zur Verstopfung
- Seit 1 Jahr: fortgeschrittenes Rektum – Ca., Port, Stoma



Aktueller Medikamentenplan:

- **Hydromorphon retard 8 mg** **2 x 1 tgl.**
- Metamizol 500 mg 4 x 1 tgl.
- Gabapentin 300 mg 3 x 2 tgl.
- Citalopram 20 mg 1 x 1 tgl.
- **Macrogol** **1 Btl. tgl. morgens**
- Simvastatin 40 mg 1 x 1/2 tgl.
- Metformin 1000 mg 2 x 1 tgl.
- ASS 100 mg 1 x 1 tgl.
- Ramipril 5 mg 2 x 1 tgl.
- Alendronat 70 mg 1 x 1 pro Woche

Anamnese

- seit Mai 2019 Schmerzen beim Stuhlgang (Rektum – Ca. über digitale Diagnose)
- Operation, Chemotherapie
- Schmerzen im Analbereich, betont bei Defäkation; Stuhlgang alle 4-8 Tage; aufgeblähtes Abdomen, Übelkeit, viszerale Schmerzen, abdom. Krämpfe, Völlegefühl
- ausgeprägte toxische PNP mit Gangstörung
- Pat. im Alltag stark beeinträchtigt, Aufstehen nur mit Unterstützung der Arme
- depressive Verstimmung ...

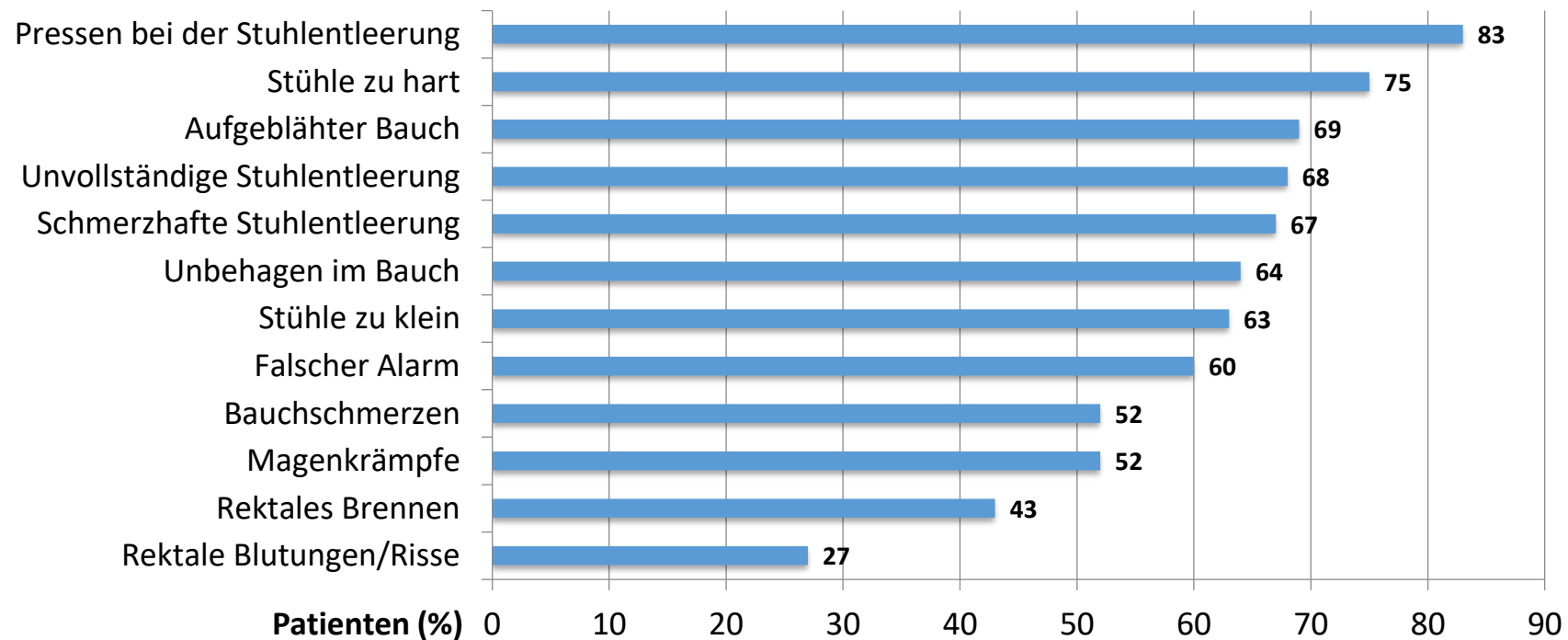
Dauerhafte Krankheitsbelastung: und dann noch OIC dazu...

- Vertrauensfähigkeit in onkologische Therapien
 - und Schmerztherapie
 - und Adhärenz
- Mobilität
- Soziale Einbindung
- Selbstwertgefühl, Unabhängigkeit
- Körperschema

OIC als **harmlose** Komplikation ?...

Spektrum der Symptome einer Opioid-induzierten Obstipation (OIC)

(Longitudinalstudie, n = 493 Patienten)[†]



[†] Bewertet anhand des PAC-SYM-Fragebogens (Patient Assessment of Constipation Symptoms), mit dem die von Patienten berichteten Symptome und deren Schwere während der vergangenen 2 Wochen beurteilt werden sollen.

Coyne et al. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2014;6:269–281.

Komplikation der OIC: Koprostase

Def.: Ausbildung harter Kotballen und Kotsteine durch Wasserentzug im Colon, Übergang in den mechanischen Ileus

- Appetitlosigkeit
- Übelkeit und Erbrechen
- Bauchschmerzen
- auch Verwirrheitszustände
- paradoxe Diarrhoe
- Urin - Inkontinenz
- rektale Blutungen

Mechanischer Ileus: Klinisches Bild

- aufgetriebenes Abdomen
- Nausea, Emesis
- kolikartige abdominelle Schmerzen, tastbare Wellen
- Obstipation
- leeres Rektum !

Langzeitopioidanwendung in der Bevölkerung in Deutschland

- Def.: >90 Tage mit Intervallen zwischen den Verschreibungen, die 30 Tage nicht überschreiten

- 4,3% in 2001

- 7,5% in 2009

Schubert, Dtsch.Ärztebl Int 2013;110: 45-51

- Anteil der Versicherten mit mind. 1 Opioidverschreibung /Quartal für wenigstens 3 konsekutive Quartale:

- 1,3% in 2012 (1 gr. Versicherung in D)

Marschall, Häuser Eur J Pain 2016;20:767-776

- 0,8% in 2014 (69 Krankenversicherungen in D)

Häuser,W. Pain 2018;159:85-91

Langzeitverschreibung LTOT Long term Opioid Therapy von Opioiden in höheren Dosen: Deutschland

- 2012: 15% der Versicherten mit LTOT lagen bei > 100 mg MoÄ pro Tag (1 gr. Versicherung)
Marschall, Häuser, Eur J Pain 2016; 20; 767-776
- 2014: 10% der Versicherten mit LTOT lagen bei > 120 mg MoÄ pro Tag
Häuser, W. Pain 2018, 159: 85-91
- NW:
 - Zunehmende Opioidverordnung auch bei Hausärzten hat die NW-Inzidenz, auch OIC, ansteigen lassen. (Nelson et al., Therap Av Gastroenterol 8, 2015, 206)
 - 15-90% der Pat. unter Opioiden leiden unter OIC (Gaertner et al., J Clin Gastroenterol 49, 2015, 9)

Gründe für Enttäuschungen unter Opioidtherapie

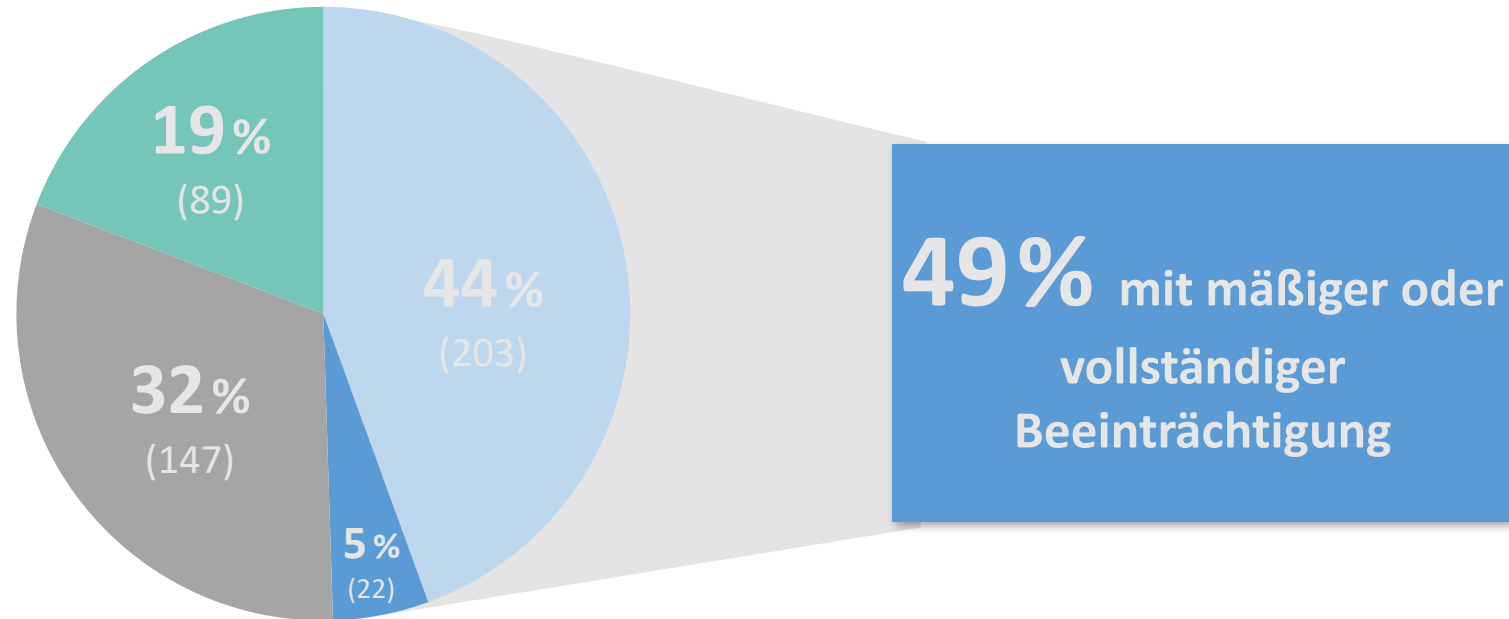
Patientenbezogen:

- Vorrangige Erwartung sofortiger Schmerzbefreiung durch Opioide
- Vorrangige Fokussierung auf den Schmerz, weniger auf psychosoziale Faktoren oder NBW wie OIC
- Lebensqualität: Schmerzbefreiung bedeutsamer als Kontrolle von NW

Gesellschaftlich / durch Gesundheitssystem begründet:

- Recht auf schmerzmedizinische Versorgung wird als Recht auf Opioidtherapie interpretiert
- Grundhaltung: eher Medikation als nichtmedikamentöse Maßnahmen gegen chronischen Schmerz
- Vermarktungsstrategien von Opioiden und Heilsversprechen

Opioid-induzierte Obstipation (OIC) kann die Schmerzkontrolle beeinträchtigen



Patienten mit OIC (493)

Beeinträchtigung der Schmerzkontrolle

- Mäßige
- Vollständige
- Geringe
- Keine

Gründe für Enttäuschungen unter Opioidtherapie: und dann noch OIC !

Arztbezogen:

- Mängel in der schmerzmedizinischen Expertise:
bes. Schmerzdiagnostik und Risiken der Opioidtherapie
- kein Zugang zu multimodalen schmerzmedizinischen Strukturen,
Schmerzkonferenzen, Austausch
- zunehmende Verbreitung von Opioiden auch im hausärztlichen Bereich mit
Problemen der Compliance und NW, Dauer der Therapie , Gefahr des misuse,
komplexe NW, OIC ohne Toleranz...
- komplizierte Differentialtherapie, Niereninsuffizienz, Altersbedingungen
- bürokratischer Aufwand
- Aufwand zur Sicherung der Compliance

Compliance - Adhärenz - Therapietreue

Def.: Bereitschaft des Patienten, therapeutische Empfehlungen zu befolgen.

- 8-51% der Pat. nehmen **Zusatz-Opioid**e/psychotrope Substanzen ohne Kenntnis des Arztes! (Jage et al. 2005: Nachweis mittels Urinalysen unter Opioidtherapie, prospektiv: Survey)
- **Nichteinnahme**: Verunsicherung über Beipackzettel bei 1/3 der Pat.; 28% nahmen Medikation nicht ein / setzten selbständig ab.
(Studie der AOK (Nink, Schröder 2005), n=1900 Versicherte)

Aufwendige Sicherung der Compliance: chron. Schmerz und OIC

- Einbeziehen des relevanten Umfeldes, insbesondere Lebenspartner, diätetische Maßnahmen und Trinkmenge
- Vorinformation über evtl. Medikamenten - NW (vor 1. Verordnung) (Obstipation durch Opioidbegleitmedikation!, z.B. TZA)
- Vorinformationen über eventuelle Rückschläge
- feste Kontrolltermine
- Allgemeinmaßnahmen, Abgrenzung habituelle Obstipation
- möglichst Langzeitaussichten definieren
- Eigenaktivitäten konkret unterstützen (Sport, Psychotherapie...)
- Strategien gegenüber Arbeitgeber, Familie

Wer/ Was ist **heikel** ??

- **heikel bis schwierig: der Patient**
- **heikel bis schwierig: der Arzt**
- **heikel bis schwierig: die Situation**

Wie definiert sich eine gelungene Kommunikation ?

Wer/ Was ist heikel ??

„Entscheidend ist, was hinten rauskommt.“

— Helmut Kohl

während einer Pressekonferenz am 31. August 1984; zitiert in DER SPIEGEL, 3. September 1984

Wer/ Was ist heikel ??

- heikel bis schwierig: der Patient
- heikel bis schwierig: der Arzt
- heikel bis schwierig: die Situation

Wie definiert sich eine gelungene Kommunikation ?

Von den Patienten, die im letzten Monat bei ihrem Arzt waren, gaben über **1/3** an, die aus ihrer Opioidanwendung resultierenden Obstipationssymptome beim Arzt **nicht angesprochen zu haben**.

Coyne et al. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2014;6:269–281.

Korrelation: funktionelle gastrointestinale Störungen und Depression

(Mudyanadzo et al., Cureus, 2018, 10,8 e3178)

- Korrelation 30%
- begleitet von erhöhter Schmerzsensitivität
- Hypersensitivität in sozialen Kontakten

Psychosoziale Belastung durch die Grunderkrankung

OIC = **on top** bei schwerstgradigen Schmerzen unter WHO III:

- Beschwerden infolge OIC werden fälschlich als Progredienz der Grunderkrankung gedeutet
- ggfs. mit Rücksicht auf den Arzt /aus Angst vor der Diagnose **nicht** thematisiert
- Die Diagnose OIC erfordert **Mut** des Patienten, besondere **Nähe** der Pflegenden, **Achtsamkeit und Zeit** des Arztes außerhalb der Focus „Grunderkrankung“: über den Tellerrand...

Auswirkung auf den Alltag des Patienten: CSS, Tumorerkrankung

- Opioidtherapie mit OIC = signif. niedrigere Lebensqualität im Vergleich zu Patienten ohne OIC unter Opioidtherapie

Bell, T.J. et al., Pain Med 2009,10: 35-42

- 30 % der Pat. unter Opioidtherapie + OIC berichten Dosisminderungen oder Absetzen der Opioide **wegen** OIC, dies trotz Schmerzzunahme !

Gupta, S. et al., J Opioid Manag 2015, 10, 325-38

- OIC ist der häufigste Grund für Therapieabbruch mit Opioiden bei Tumorkranken

Tamayo et al., Support care cancer 2004, 12: 613-8

Psychologische Belastung und Verlust an Lebensqualität durch OIC

Rauck RL et al., Pain Pract 2017; 17: 329-335

- Auswahl der Ernährung
- Unfähigkeit, tägliche Arbeiten auszuführen
- Verminderung der sozialen Interaktion
- Möglichkeiten, das Haus zu verlassen

- Opioidlangzeittherapie: Anstieg der Depressivität
Modifikation der Opioiddosis

Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Patienten

- **Vertrauensverlust** bei Pat. und Familie in die Therapie
- Katastrophisierung: Angst, Stress, Depression
- Belastung der Pflegenden: Lagerung, physikalische Maßnahmen, Einläufe, Ausräumung
- Gefühl der Entwürdigung bei Patienten und Verlust der Autonomie
- Häufig dauerhafte Übelkeit, Krämpfe, Völlegefühl, Luftnot:
Unberechenbarkeit in der Symptomkontrolle
- Langfristig: Gefährdung der Adhärenz für die Opioidtherapie, aber letztlich **alle** (!) therapeutischen Maßnahmen

Organomediz. Komplikationen der OIC

- Koprostase (Stuhlimpaktion)
- Subileus
- Ileus: mechanisch oder paralytisch
(mechanischer Ileus: intramurale oder extramurale Kompression)
- Anmerkung: **alle** genannten Bedingungen können das „Syndrom der gastrointestinalen Obstruktion“ auslösen.

Take home:

OIC ist im Erleben des Patienten eine **schwerwiegende** Komplikation

a) aufgrund bestehender Begleiterkrankungen

b) aufgrund fortbestehender Opioidindikation.

Die Kommunikation muss abseits von rein schmerzmedizinischen Aspekten stets auch die Lebensqualität des Patienten ansprechen.

Kommunikation ist **zentraler Bestandteil** von jedweder **Behandlung**

Die konsequente Therapie der OIC setzt Wahrnehmung und Achtsamkeit in der Kommunikation voraus.