

Abschlussarbeit

zur

Erlangung des ÖÄK Diploms für Geriatrie 2022

Besonderheiten der Schmerztherapie im fortgeschrittenen Lebensalter

von

Dr. Polychronis Karvounaris

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	4
2.	Methode.....	4
3.	Schmerzen im Alter	5
3.1.	Epidemiologie.....	6
3.2.	Chronische Schmerzen: Was ist anders im Alter?.....	8
3.3.	Schmerzen bei Demenz.....	8
4.	Diagnostik chronischer Schmerzsyndrome und deren Assessment in der Geriatrie.....	9
4.1.	Die Schmerzanamnese.....	11
4.2.	Schmerzskalen.....	11
4.3.	Das Schmerzprotokoll.....	12
4.4.	Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz.....	13
4.5.	"Doloplus 2-Skala".....	13
5.	Schmerzbehandlung.....	15
5.1.	Therapieziele.....	15
5.2.	Behandlung der Grundkrankheit.....	16
5.3.	Besonderheiten älterer Menschen.....	16
5.4.	Medikamentöse Therapie.....	16
5.4.1.	WHO-Prinzipien der medikamentösen Schmerztherapie.....	17
5.4.2.	WHO-Stufenplan.....	17
5.4.3.	Praktische Vorgehensweise.....	19
5.4.4.	Nebenwirkungen.....	20
5.4.5.	Schluckstörungen.....	21

5.5	Nichtmedikamentöse Massnahmen in der Schmerztherapie.....	22
5.5.1	Physiotherapie.....	22
5.5.2	Ergotherapie.....	22
5.5.3	Psychotherapie.....	23
5.5.4	Pflegerische Massnahmen.....	23
6.	Zusammenfassung.....	25
7.	Literaturangaben.....	27

1. Einleitung

Die Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen älterer Menschen stellt eine grosse Herausforderung dar. Zunächst sind altersbedingt biologische/ physiologische Veränderungen (Nieren/ Leber/ Nervensystem/ Gastrointestinaltrakt) mit einer Veränderung der Pharmakodynamik und Pharmakokinetik der Medikamente verbunden. Die Polymorbidität hat als Konsequenz die Polypharmakotherapie. Die Polypharmakotherapie ist mit Sicherheit ein wichtiger Grund für das häufige Auftreten von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen sowie eine unzureichende Compliance bei älteren Menschen. Akute Schmerzen bereiten in klinischen Alltag wegen ihrer oft klaren Kausalität wenige Schwierigkeiten. Viele Studien zeigen, dass Menschen über 65 Jahre häufig an chronischen Schmerzen leiden. Bei zu Hause lebenden besteht bei 40–50% ein chronisches Schmerzproblem. In Institutionen lebende alte Menschen weisen in bis zu 80% chronische Schmerzprobleme auf. Bei 80% dieser beiden Populationen betrifft das Schmerzproblem den Bewegungsapparat. Die geringe Geriatrie spezifische Evidenz und der sehr individuelle Alterungsprozess stellen für das behandelnde Team einen komplexen Auftrag dar. Die Regel "start (very) low, go (very) slow" wird als Ansatz der Schmerztherapieeinstellung empfohlen.

2. Methode

Diese Arbeit stellt eine Literaturrecherche dar. Daten werden online über anerkannte wissenschaftliche Portale, voran PubMed und Chochrane. Ergänzend wird Fachliteratur in Buchform online und analog herangezogen. Die schriftliche Arbeit beinhaltet die Grundlagen der Epidemiologie von Schmerzen im vorgeschrittenen Lebensalter in Übersichtsform, folgt die Diskussion der Diagnosemöglichkeiten und anschließend die Therapiemöglichkeiten mit den Besonderheiten der älteren Patienten.

3. Schmerzen im Alter

„Schmerz ist eine grundlegend unangenehme, körperliche Empfindung, die durch psychische Wahrnehmung einer realen oder drohenden Verletzung hervorgerufen wird“ (International Association for the Study of Pain“ 1986). Schmerz ist eine subjektive Empfindung, die nicht unbedingt dem Ausmass der Verletzung entsprechen muss. Man unterscheidet zwischen akuten, chronischen und chronisch-rezidivierenden (wiederkehrenden) Schmerzen.

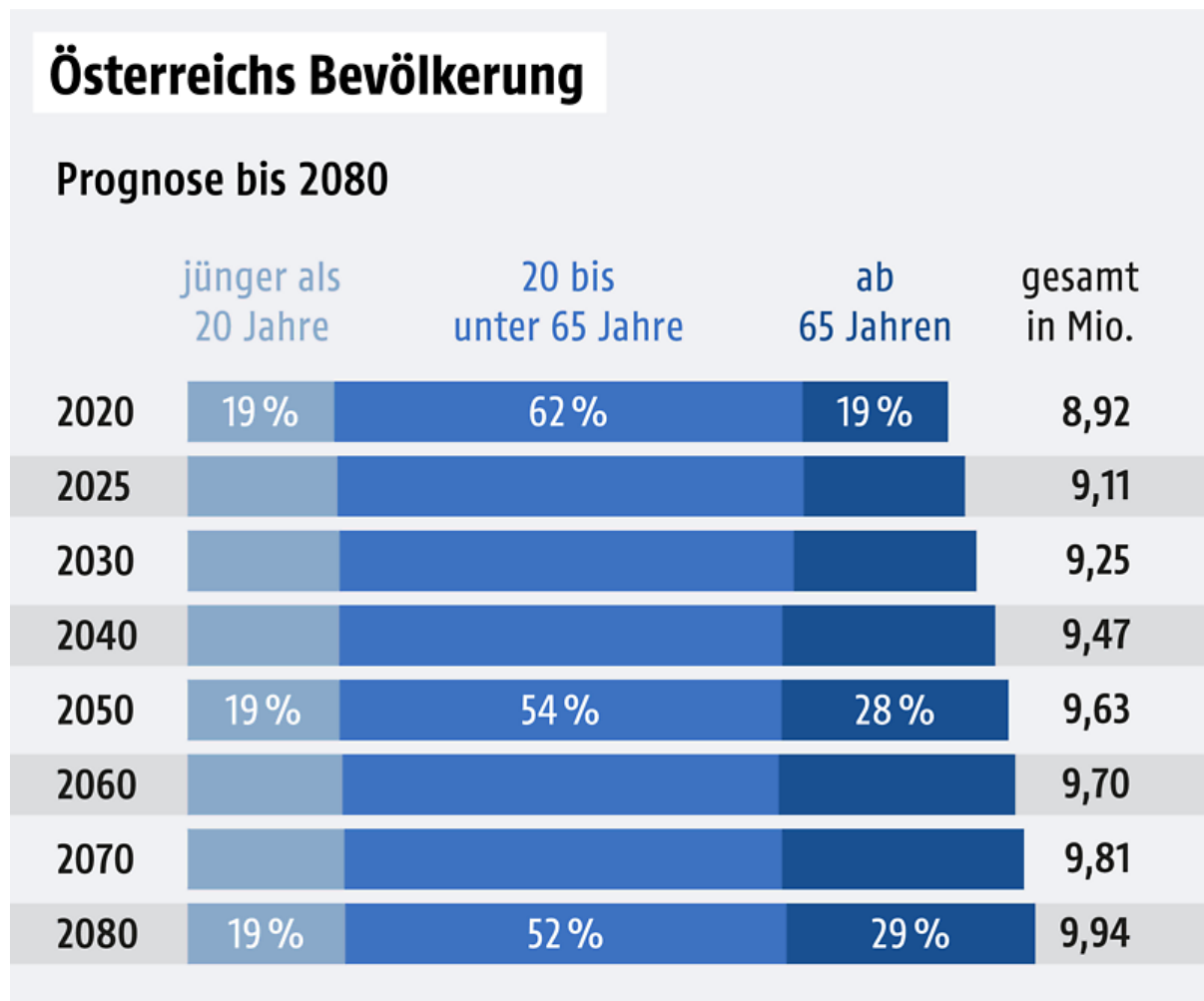
Akuter Schmerz dauert definitionsgemäss bis zu 3 Monaten, chronischer Schmerz dauert länger als 3 Monaten und chronisch-rezidivierende Schmerz kommt häufig bei betagten Menschen vor und bezeichnet Schmerzen, die über längere Zeit andauern und immer wiederkehren. Wichtig ist dabei den chronischen Schmerz von den anderen beiden Schmerzzuständen zu unterscheiden, da dieser mit einer fundamentalen Veränderung der Funktion und der Struktur des Nervensystems einhergeht.

Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz

Akuter Schmerz		Chronischer Schmerz
nur kurz andauernd	Dauer	lang andauernd bzw. wiederkehrend
akutes Ereignis	Ursache	bio-psycho-sozial (multifaktoriell)
Warnfunktion	Funktion	keine sinnvolle physiologische Funktion, Schmerzkrank
Behandlung der Ursache, Schonung	Behandlung	langfristige interdisziplinäre Behandlung, Aktivierung, Schmerzbewältigung
Beseitigung der Ursache, Schmerzfreiheit	Ziele	Verbesserung der Lebensqualität und Funktionalität Schmerzreduktion,

3.1 Epidemiologie

Es gibt immer mehr alte und sehr alte Menschen. Laut Prognose wird 2030 ein Viertel der Bevölkerung der Europäischen Union über 65 Jahre alt sein, 7 Prozent über 80. Dieses Bild verschärft sich weiter: Im Jahr 2060 wird schließlich bereits jeder Dritte über 65-jährig sein und 12 Prozent aller Menschen 80+.



Je älter die Patienten sind, desto häufiger haben sie aber auch starke bis mäßig starke, akute und chronische Schmerzen. Das bedeutet, es man in Zukunft immer mehr ältere Menschen beziehungsweise geriatrische Patienten mit Schmerzen versorgen muss.

Das wird zu großen Herausforderungen nicht nur für die Gesellschaft, sondern auch für die Medizin führen. Denn alte Menschen haben in der Regel mehrere Erkrankungen und sind damit auch schwieriger zu behandeln.

Häufigste Schmerzursache im Alter sind Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Allein die Prävalenz der Arthrose liegt bei den über 75-Jährigen bei annähernd 80 %. Hinzu kommen entzündliche Gelenkerkrankungen, schmerzhafte Veränderungen an Muskeln, Sehnen und deren Ansatzpunkten sowie Bandscheibenerkrankungen. Weitere, sehr häufige Ursache chronischer Schmerzen ist die Osteoporose, die im fortgeschrittenen Lebensalter in der Regel bereits zu deutlichen Deformationen vornehmlich des Achsenskeletts geführt hat. Ein häufiges neuropathisches Schmerzsyndrom ist die post- Zoster-Neuralgie, insbesondere wenn die Erkrankung initial nicht rechtzeitig und adäquat (einschließlich einer potenten analgetischen Therapie) behandelt wurde. Häufig sind auch Schmerzsyndrome im Rahmen degenerativer Nervenerkrankungen (z. B. Brennschmerz bei diabetischer Polyneuropathie) anzutreffen.

Tumorschmerzen erfordern selbstverständlich auch in der Geriatrie ein adäquates schmerztherapeutisches Regime. Die Häufigkeit nicht-tumorbedingter Schmerzsyndrome überwiegt jedoch in der relativen Anzahl bei Geriatrie-Patienten die der Tumorschmerzen bei weitem. Das WHO-Stufenschema ist allerdings bekanntermaßen zunächst für die Therapie tumorbedingter Schmerzsyndrome entwickelt worden. Dies mag erklären, dass die Schmerztherapie mit stark wirksamen Opioidanalgetika (Stufe III) in vielen Fällen immer noch ausschließlich für diese Patientengruppe reserviert zu sein scheint und die Therapie bei anderen Indikationen auf niedrigpotente Opioide (Stufe II) beschränkt bleibt. Der immer noch virulente »Morphinmythos« tut hierzu ein Übriges. Die adäquate Behandlung chronischer Schmerzsyndrome nach der Schmerzintensität und nicht nach der Schmerzursache ist bei weitem noch keine allgemein etablierte Therapiestrategie. Die Ursache hierfür mag auch in dem noch immer weit verbreiteten Bedürfnis liegen, Schmerzen eindeutig einer nosologischen Ursache zuzuordnen. Der erste Schritt zur richtigen Therapie chronischer Schmerzsyndrome ist daher ihre Wahrnehmung als Erkrankung, die behandelbar und behandlungsbedürftig ist. Der Fokus muss daher zunächst auf der Identifikation von chronischen Schmerzpatienten liegen, gefolgt von der richtigen und reproduzierbaren Einschätzung der Schmerzintensität.

3.2 Chronische Schmerzen: Was ist anders im Alter?

Das Risiko für symptomatische Formen bei ernsthaften Erkrankungen ist ab dem 65. Lebensjahr um das Zehnfache erhöht. Zudem ist aufgrund der Multimorbidität und der oft damit einhergehenden Polypharmazie häufiger mit medikamenteninduzierten Kopfschmerzen zu rechnen. Die Schmerzempfindung wird durch Vereinsamung, Depression und das Erleben des Schmerzes als schicksalhafte Veränderung beeinflusst. Letzteres führt dazu, dass Schmerzen von älteren Menschen seltener spontan berichtet werden. Deshalb sollte ärztlicherseits gezielt danach gefragt werden. Zu berücksichtigen ist dabei die enge Assoziation zwischen Schmerz und Depression. Ältere Menschen mit chronischen Schmerzen haben deutlich häufiger Schlafstörungen als ältere Menschen ohne Schmerzen. Schlafstörungen wiederum verstärken das Schmerzerleben und Beeinträchtigen die Stimmung. Auch Depressionen verstärken das Schmerzerleben und sind mit katastrophisierendem Denken, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Passivität vergesellschaftet. So kann ein Circulus vitiosus von Schmerz, Depression und Schlafstörung entstehen.

3.3 Schmerzen bei Demenz

Besonders problematisch sind das Erkennen und das Behandeln von Schmerzen bei Patienten mit Demenz. Schmerzen bei Demenzkranken werden seltener erkannt. Aus Pflegeheimen wird berichtet, dass die Häufigkeit von Schmerzdiagnosen bei Demenzpatienten nur ein Drittel, bis die Hälfte der Diagnosen bei kognitiv wenig beeinträchtigten Personen beträgt. Zudem ist auch die Verordnung von Analgetika bei Demenzpatienten deutlich seltener. Das Problem wird dadurch verstärkt, dass es keine validierten Messinstrumente für Schmerz bei Dementen gibt. Schmerz kann neuropsychiatrische Symptome bei Dementen triggern oder verstärken. So können zum Beispiel Lautäusserungen, Gesichtsausdruck und Körperbewegungen Schmerz ausdrücken. Agitation, Aggression, Apathie, Schlaf- und/oder Essstörungen sind weitere mögliche Anzeichen für Schmerzen. Neben der Befragung von Angehörigen und Pflegenden sollte hierzu ein strukturiertes Schmerzinterview benutzt werden. Zudem sollte der Patient gebeten werden, die Lokalisation des Schmerzes an seinem eigenen Körper zu zeigen, indem er die Region mit dem Finger umfährt.

4. Diagnostik chronischer Schmerzsyndrome und deren Assessment in der Geriatrie

Die »International Association for the Study of Pain« definiert Schmerz als ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. Der akute Schmerz mit einer Dauer von Tagen bis Wochen ist meist ursächlich erklär- und erkennbar, er besitzt eine biologisch sinnvolle Warnfunktion und ist häufig einer kausalen Therapie zugänglich. Beispiele sind der traumatische oder postoperative Schmerz oder auch der akute abdominelle Schmerz. Abzugrenzen hiervon sind chronische Schmerzsyndrome, die häufig auf ein multikausales Geschehen zurückzuführen sind. Der Schmerz hat sich häufig verselbständigt (z. B. der post-zosterische Schmerz oder auch Phantomschmerzen nach Amputationen). Der Schmerz hat seine biologische Warnfunktion verloren, schränkt die Patienten häufig in ihrer persönlichen Autonomie ein (Verlust an Funktionalität) und ist nicht selten von Persönlichkeitsveränderungen begleitet. Die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms ist dann leicht zu stellen, wenn der Patient schmerzbedingt seinen Arzt aufsucht und die Anamneseerhebung die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms gestattet. Nicht selten werden jedoch von Patienten, insbesondere von solchen mit chronisch degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates, Schmerzen als normale Begleiterscheinung des Alters wahrgenommen. Die Patienten legen dann ein entsprechendes Vermeidungsverhalten an den Tag (eingeschränkte Bewegungsfreiheit, z. B. Verzicht auf den täglichen Spaziergang). Die Anamneseerhebung muss diesbezüglich unbedingt gezielte Nachfragen beinhalten. Auch depressive Verstimmungen sollten immer an ein chronisches Schmerzsyndrom denken lassen. Ebenfalls äußerst schwierig ist die Schmerzdiagnose bei kommunikationsgestörten Patienten. Dies betrifft insbesondere die Patienten mit fortgeschrittenen Demenzsyndromen, die häufig in Pflegeheimen anzutreffen sind, aber auch Patienten mit aphasischen Störungen nach apoplektischen Insulten. Hier stützt sich die Erkennung eines Schmerzsyndroms hauptsächlich auf die Wahrnehmung von Verhaltensauffälligkeiten. Es muss hier auch besonders auf die Differenzierung von schizoaffektiven Störungen geachtet werden. Aggressives

Verhalten gegenüber Pflegepersonal oder Fluchtreaktionen können im Einzelfall auch in Vermeidungsverhalten gegenüber schmerzhaften pflegerischen Verrichtungen begründet sein. Hieran sollte bei Patienten mit chronischen Wunden (Dekubitus) beispielsweise immer gedacht werden. Geeignete Assessmentinstrumentarien zur Identifikation von Schmerzpatienten bei nicht kommunikativen Individuen sind äußerst rar. Zu nennen ist die Skala »Doloplus 2« einer französischen Arbeitsgruppe, die standardisierte Verhaltenbeobachtungen anhand Besonderheiten der Schmerztherapie im fortgeschrittenen Lebensalter von 10 Items mit semiquantitativer Auswertung vorsieht. Erfahrungen der französischen Autoren zeigen, dass die konsequente Anwendung des Assessments zu einem deutlichen Anstieg der analgetisch behandelten Patienten in Pflegeheimen geführt hat. Ergänzend ist die Erfassung des schmerzbedingten funktionelles Defizites, auch zur Verlaufsbeobachtung, unbedingt anzuraten. Im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL-Bereich) ist der Barthel-Index am weitesten verbreitet. Ein validiertes Testverfahren stellt auch der FIM (Functional Independence Measure) dar. Zur Einschätzung kognitiver Defizite haben sich der Mini Mental Status nach Folstein und der Syndrom-Kurztest nach Erzigkeit bewährt. Die semiquantitative Beurteilung einer begleitenden Depression oder depressiven Verstimmung gelingt in der Regel mit der geriatrischen Depressionsskala in der 15-Itemversion. Zur Einschätzung der Schmerzintensität, insbesondere aber zur Verlaufsbeobachtung und Therapiekontrolle ist die visuelle Analogskala geeignet. Der Patient stellt hierbei auf der einen Seite der Skala an einer keilförmigen Grafik die Schmerzintensität zwischen den Extrembereichen Schmerzfreiheit und stärkst möglicher vorstellbarer Schmerz ein. Auf der anderen Seite der Skala kann nun ein Wert zwischen 1 (schmerzfrei) und 10 (maximaler Schmerz) abgelesen werden. Die interindividuelle Streubreite der visuellen Analogskala ist zwar groß, jedoch gelingt es beim einzelnen Schmerzpatienten erstaunlich gut, den Schmerzverlauf und damit günstigenfalls den Therapieerfolg zu dokumentieren. Diese Dokumentation ist insbesondere dann unerlässlich, wenn es gilt, nicht selten vorkommende Regressforderungen bei der medikamentösen Therapie erfolgreich abzuwehren. Weitere (semiquantitative) Schmerzskaen sind die verbale Ratingskala sowie die fünfstufige Smiley-Skala, die für die Beurteilung von Patienten mit verbalen Kommunikationsstörungen vorgeschlagen worden ist. Weitere Skalen, die beispielsweise für die Beurteilung der Aktivität verschiedener degenerativer und entzündlicher Gelenkerkrankungen

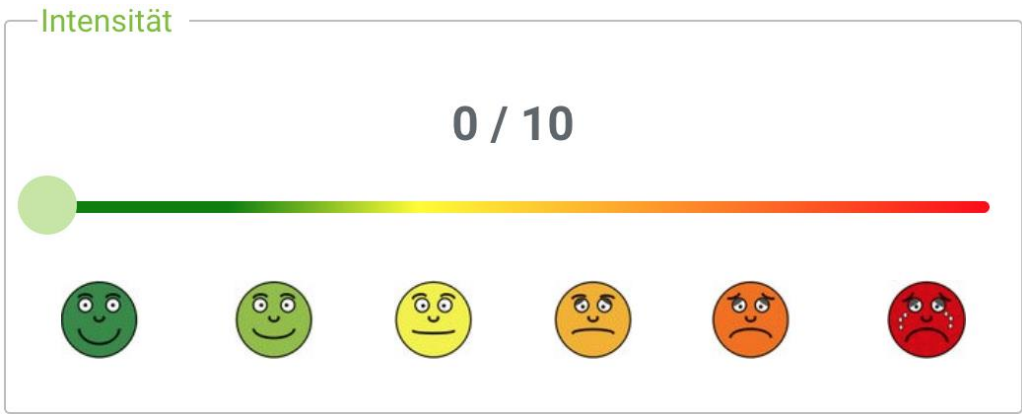
existieren, werden häufig in Studien angewandt. Diese sind jedoch für das Assessment von geriatrischen Patienten in der täglichen Praxis meist zu aufwendig und damit wenig geeignet.

4.1. Die Schmerzanamnese

Das Schmerzassessment beinhaltet die Erfassung der Schmerzanamnese mithilfe der 7 Schmerz-dimensionen. Diese ist für die diagnostische Zuordnung von grosser Bedeutung. Kann der Patient die sieben Dimensionen schlecht angeben, besteht entweder eine kognitive Einschränkung, ein Delir oder es sind wesentliche psychosomatische Faktoren vorhanden, die das Schmerzgeschehen bestimmen. Somit kann in einem ersten Schritt klinisch relativ grob zwischen vorwiegend organisch bedingten Schmerzen und durch psychosomatische Faktoren mitbestimmte Schmerzen unterschieden werden. In einer genaueren klinischen Analyse kann zwischen nozizeptiven respektive viszeralen Schmerzen, neuropathischen Schmerzen und zentralen Schmerzen unterschieden werden. Diagnostische Untersuchungen können anschliessend gezielter eingesetzt werden. Eine möglichst genaue Zuordnung des Schmerzes zu einer Kategorie ist für die adäquate Behandlung unabdingbar.

4.2. Schmerzskalen

Die Erfassung der Schmerzproblematik ist im Rahmen der Multimorbidität des alten Menschen oft eine zeitaufwendige Aufgabe. In unserem Alltag wenden wir den Schmerzschieber, zur Messung der Schmerzintensität, an, welcher eine Kombination aus NRS (Numerische Rating Skala), VAS (Visuelle Analog Skala) oder SAS (Smiley Analog Skala) ist. Genauso wichtig wie die Messung der Schmerzintensität ist auch die Funktionalität (ADL, IADL) bzw. der Funktionsverlust des Patienten.



4.3. Das Schmerzprotokoll

Mithilfe des Schmerzprotokolls wird an drei Tagen und mindestens zu drei Fixzeiten der aktuellen Schmerzintensität mit individuell ausgewählten Schmerzskalen erfasst. Eine zusätzliche Schmerz-erfassung erfolgt 30 Minuten nach Gabe von Reservemedikation.

SCHMERZPROTOKOLL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Schmerzen		Leichte Schmerzen		Mittelstarke Schmerzen		Starke Schmerzen		Stärkste vorstellbare Schmerzen	
Tag	Uhrzeit	Zeitskala	Schmerztyp	Schmerzen verursachende Aktivitäten	Symptome	Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

4.4. Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz

Bei Menschen mit schwerer kognitiver Einschränkung oder Demenz soll die Schmerzerfassung wie üblich durchgeführt werden. Im fortgeschrittenen Stadium ist eine subjektive Schmerzerfassung aufgrund eingeschränkter verbaler Kommunikation kaum möglich. Daher ist es besonders wichtig, sorgfältige und systematische Beobachtung von Veränderungen im gewohnten Verhalten zu eruieren. Als Assessment Instrument wenden wir die "Doloplus 2-Skala" an.

4.5 "Doloplus 2-Skala"

Die Skala erfasst mithilfe von 10-Parametern somatische (verbale Schmerzäußerungen, Schonhaltung in Ruhe, Schutz von schmerzhaften Körperzonen, Mimik, Schlaf), psychomotorische (Waschen und/oder Ankleiden, Mobilität) und psychosoziale Reaktionen (soziale Aktivitäten, Verhaltensstörungen) mit einem Gesamtscore von 30 möglichen Punkten. "Doloplus" ist ein Beobachtungsinstrument, das von den Pflegenden an mindestens drei Tagen erfasst wird. Nach der Gabe der Reservemedikation wird eine zusätzliche Beobachtung durchgeführt.

Doloplus 2 ©		Patient:	Geb.:			
		Beobachter:	Zimmer:			
Verhaltensbeobachtung			Datum:			
Somatische Schmerz - Reaktionen						
1.	Verbale Schmerz- äußerungen	Keine Äußerungen.....	0	0	0	0
		Äußerungen nur bei Befragung.....	1	1	1	1
		Gelegentliche spontane Äußerungen.....	2	2	2	2
		Dauernde spontane Schmerzäußerungen.....	3	3	3	3
2.	Schonhaltung in Ruhe	Keine Schonhaltung.....	0	0	0	0
		Vermeidet gewisse, gelegentliche Haltungen.....	1	1	1	1
		Ständige, wirksame Schonhaltung.....	2	2	2	2
		Ständige, ungenügend wirksame Schonhaltung.....	3	3	3	3
3.	Schutz von schmerzhaften Körperzonen	Keine Schutzreaktion.....	0	0	0	0
		Abwehrreaktion, ohne Hinderung von Pflege und Untersuch... Abwehrreaktion mit Hinderung jeglicher Pflegehandlungen... Abwehrreaktion in Ruhe, auch ohne direkten Kontakt.....	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
4.	Mimik	Übliche Mimik.....	0	0	0	0
		Schmerzausdruck bei Annäherung.....	1	1	1	1
		Schmerzausdruck bereits ohne direkten Pat.Kontakt.....	2	2	2	2
		Dauernde, ungewohnte, ausdruckslose Mimik (leer, starr).....	3	3	3	3
5.	Schlaf	Gewohnter Schlaf.....	0	0	0	0
		Einschlafschwierigkeiten.....	1	1	1	1
		Häufiges Erwachen (Unruhe).....	2	2	2	2
		Schlaflosigkeit mit Auswirkung auf Wachzustand.....	3	3	3	3
Psychomotorische Reaktionen						
6.	Waschen u/o Ankleiden	Unveränderte gewohnte Fähigkeiten.....	0	0	0	0
		Leichte Einschränkung (vorsichtiger aber vollständig).....	1	1	1	1
		Starke Einschränkung (mühsam, unvollständig).....	2	2	2	2
		Unmöglich, Pat. wehrt sich bei jeglichem Versuch.....	3	3	3	3
7.	Mobilität	Übliche Fähigkeiten und Aktivitäten sind erhalten.....	0	0	0	0
		Leicht vermindert (vermeidet gew. Bew., reduz. Gehdistanz)... Deutlich vermindert (auch mit Hilfe eingeschränkt).....	1 2	1 2	1 2	1 2
		Bewegungen unmöglich, Mobilisationsversuch wird abgewehrt	3	3	3	3
Psychosoziale Reaktionen						
8.	Kommunikation	Unverändert.....	0	0	0	0
		Intensiviert (ungewohntes Erregen von Aufmerksamkeit)..... Vermindert (Pat. zieht sich zurück)..... Fehlen oder Abweisung jeglicher Kommunikation.....	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
9.	Soziale Aktivitäten	Teilnahme an gewohnten Aktivitäten (Essen, Aktivierung)..... Gewohnte Aktivitäten nur bei Aufforderung..... Teilweise Ablehnung gewohnter Aktivitäten..... Lehnt jegliche Aktivität ab.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10.	Verhaltens- störungen	Gewohntes Verhalten..... Wiederholte reaktive Verhaltensstörungen..... Dauernde reaktive Verhaltensstörungen..... Dauernde Verhaltensstörungen ohne äusseren Reiz.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Total Score						

5. Schmerzbehandlung

Eine adäquate Schmerztherapie in der Geriatrie ist Alltag in der Pflege. Alte Menschen sind multimorbid, Medikamenten-assoziierte Probleme eine häufige Folge der Polymedikation. Sie sind oft kognitiv sowie funktionell eingeschränkt und mit zunehmendem Alter ändert sich auch biophysikalisch einiges. All dies hat Auswirkungen auf den Nutzen und das Risiko einer Schmerztherapie bei alten Menschen. Jedenfalls weiss man heutzutage um das notwendig funktionierende Zusammenspiel zwischen Ärzten und Pflegenden sowie das Wissen um die geeigneten Therapieansätze. Nur damit kann man alte und hochbetagte Schmerzpatienten effizient behandeln. Im Grunde genommen hat die lokale Anwendung von Arzneimitteln eine sehr begrenzte systemische Wirkung. Wobei diese pharmakologischen Vorteile einer lokalen gegenüber einer systemischen Behandlung besonders bei älteren Personen interessant sind. Denn alte Menschen mit Schmerzen leiden häufig auch an Komorbiditäten und müssen mehrere Medikamente einnehmen.

5.1 Therapieziele

Neben der direkten Schmerzreduktion ist eine Verbesserung der Lebensqualität und der Funktionalität ein wichtiges Ziel der Schmerztherapie. Generell ist bei der Behandlung chronischer Schmerzen zu beachten, dass die Patienten über die Natur der Erkrankung aufgeklärt werden müssen. Im Hinblick auf die Compliance muss den Patienten die Wirkung der einzusetzenden Medikamente erklärt werden. Hierbei ist vor allem darauf einzugehen, dass bei vielen Medikamenten der zu erwartende Effekt erst nach einigen Wochen der Behandlung unter einer höheren Dosierung eintritt. Bis zu diesem Zeitpunkt können die Nebenwirkungen das Bild dominieren. Zudem besteht die zu erwartende Wirkung in der Regel aus einer Reduktion der Schmerzen um 50 bis 80 Prozent und nicht aus Schmerzfreiheit. Die Beachtung dieser Vorschläge führt über eine bessere Compliance zu einer erhöhten Chance auf einen Therapieerfolg. Entsprechend dem Konzept, dass über periphere oder zentrale Veränderungen das Schmerzgedächtnis aktiviert wird, sollte die Therapie möglichst früh begonnen werden, um einer Chronifizierung der Schmerzen entgegenzuwirken.

5.2 Behandlung der Grundkrankheit

Eine effektive konsequente Behandlung der Grundkrankheit mit chirurgischen, medizinischen oder radiotherapeutischen Massnahmen führt in der Regel zu einer Behebung oder zumindest Verminderung der Schmerzen. In jeder Situation ist die Behandlung der Grundkrankheit zu überprüfen.

5.3 Besonderheiten älterer Menschen

Es ist ein Irrglaube, dass das Schmerzempfinden bei älteren Patient*innen nicht mehr so intensiv ist. Im Alter nimmt zwar die Nervenleitgeschwindigkeit ab, gleichzeitig reduziert sich aber auch die endogene Schmerzhemmung im zentralen Nervensystem. Die Schmerzempfindsamkeit bleibt daher gleich, ältere Menschen brauchen zumeist jedoch weniger Schmerzmittel zur Linderung.

Die mit zunehmendem Alter verringerte hepatische und renale Elimination wirkt sich auf die Pharmakokinetik und die Pharmakodynamik aus. Das Verteilungsvolumen hydrophiler Medikamente wie zum Beispiel Morphin nimmt aufgrund des verringerten Anteils des Gesamtkörperwassers ab. Die Einzelgabe führt somit zu höheren Spitzenkonzentrationen. Deshalb sollten die oral applizierbaren Opioide möglichst in retardierter Zubereitung verschrieben werden. Zudem sollte man bei alten Patienten mit niedrigen Dosierungen starten, diese langsam und vorsichtig steigern und im Vergleich zu jüngeren Patienten häufiger geringere Höchstdosierungen wählen. Wenn möglich ist die orale Applikation zu bevorzugen, da diese die grösste Sicherheit hinsichtlich der Resorption bietet. Zudem ist darauf zu achten, dass das medikamentöse Schmerzmittel zu festen Zeitpunkten eingenommen wird.

5.4 Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Schmerztherapie zielt auf die wirksame Unterdrückung chronischer Schmerzen bzw. die Kupierung von Schmerzspitzen. Sie unterscheidet sich darin wesentlich von der Therapie akuter Schmerzzustände mit limitiertem Schmerzverlauf (z. B. postoperative Schmerzen). Von größter Wichtigkeit ist hierbei die Verhinderung oder Verselbständigung des Schmerzsyndroms selbst durch Aktivierung des sogenannten Schmerzgedächtnisses. In der medikamentösen Therapie chronischer Schmerzen ist deshalb die bedarfsweise Einnahme

kurzwirksamer Analgetika weitgehend obsolet. Allenfalls am Beginn der Therapie ist die Titration der täglich benötigten Dosis mit kurzwirksamen Analgetika sinnvoll.

5.4.1 WHO-Prinzipien der medikamentösen Schmerztherapie

- „By the clock“ = nach Zeitplan: regelmässig, nicht nach Bedarf
- „By the mouth“ = möglichst per os und möglichst Selbstkontrolle
- „By the ladder“ = nach Stufenplan
- „For the individuum“ = an den Patienten angepasste Medikation

Bei Beachtung dieser Prinzipien ist in der Regel eine befriedigende Schmerzkontrolle zu erreichen. Der Verbrauch von Schmerzmitteln, bei regelmässiger Einnahme, ist erfahrungsgemäss geringer, als wenn man wartet bis der Patient die Schmerzen nicht mehr aushält.

Die medikamentöse Schmerztherapie ist nur ein Teil eines individuellen, interdisziplinären (Mediziner, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie) Schmerzbehandlungsplans.

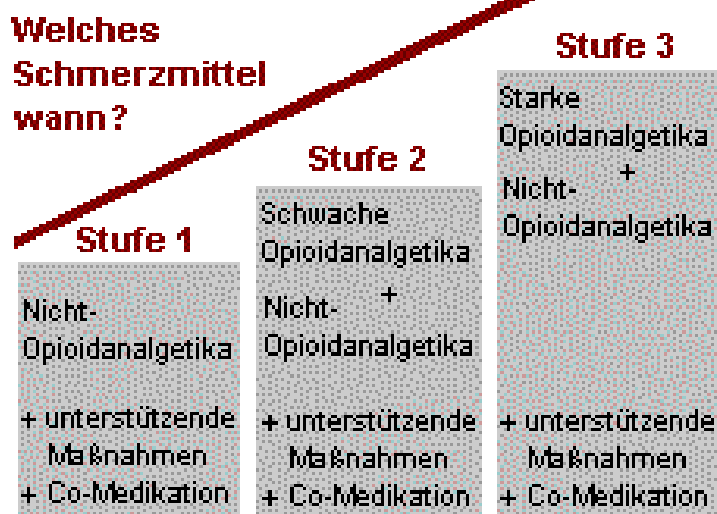
Ist die Schmerzlinderung ungenügend, müssen folgende Fragen beantwortet werden:

- vor Medikamentenwechsel: ist lange genug und ausreichend dosiert worden?
- liegt ein gemischter Schmerz vor: nozizeptiv und neuropathisch?
- begleitende Affekte: Depression, Angst?
- Kognition: Demenz, Delir?
- Therapieresistenzfaktoren: Kognition, psychosozialer Konflikt, Fear avoidance-
- belief Verhalten, soziale Isolation u.a.?

5.4.2 WHO-Stufenplan

Gemäss WHO-Stufenplan gibt es bei der medikamentösen Schmerzbehandlung drei Intensitätsstufen:

WHO-Stufenschema zur (Tumor) Schmerztherapie



Bei nicht sehr starken Schmerzen beginnt die Behandlung gewöhnlich mit Stufe I. Die nichtopioidhaltigen Analgetika eignen sich vor allem gegen nozizeptive Schmerzen. Bei neurogenen und zentralen Schmerzen sind sie wirkungslos. Bei den gebräuchlichen nichtopioidhaltigen Analgetika unterscheidet man zwischen Medikamenten, die analgetisch und antipyretisch wirken (Paracetamol, Metamizol) und nichtsteroidalen Antirheumatika, mit zusätzlicher antiinflammatorischer Wirkung (Ibuprofen, Diclofenac). Es ist zu betonen, dass nichtsteroidale Antirheumatika wegen ihrer häufig auftretenden Nebenwirkungen im Alter (insbesondere akute Verschlechterung der Nierenfunktion, Flüssigkeitsretention, gastrale und kardiale Nebenwirkungen) aus geriatrischer Sicht äusserst ungeeignet sind.

Das Schema der WHO sieht in Stufe I den Einsatz von peripher wirksamen Analgetika wie Paracetamol, Metamizol, Naproxen und NSAR im engeren Sinne wie Diclofenac, Ibuprofen etc. vor. Alle Substanzen sind beim Einsatz von starken Schmerzen in ihrer Wirkung limitiert und bergen ein nicht unerhebliches Nebenwirkungsrisiko insbesondere hinsichtlich gastrointestinaler Ulzerationen und Blutungen. Einen Fortschritt haben hier zunächst die selektiven Cox-2-Hemmer gebracht, die bei äquipothenter antiinflammatorischer Wirkung wie die etablierten NSAR das Risiko bedrohlicher gastrointestinaler Nebenwirkungen deutlich senken konnten. Allerdings war in Langzeitstudien eine erhöhte Herz-Kreislauf-Mortalität gegenüber Placebo aufgefallen, was u. a. zur Marktrücknahme der umsatzstärksten

Substanz (Rofecoxib) führte. Eine Neubewertung des Stellenwertes der Cox-2-Hemmer steht derzeit noch aus. Häufig reichen die Substanzen der Stufe I jedoch nicht für eine wirksame Schmerzkontrolle aus, so dass auf die Substanzklasse der WHO Stufe II übergewechselt wird bzw. eine Kombination aus einem antiinflammatorischen Analgetikum und einem Opioidanalgetikum gewählt wird. In der Stufe II finden sich neben dem Codein im Wesentlichen zwei Substanzen, nämlich das Tramadol sowie die Kombination aus Tilidin und dem Antagonisten Naloxon, die sowohl als rasch wirksame Zubereitung (Tabletten, Suppositorien, Tropfen) als auch in retardierter Form zur Verfügung stehen. Die WHO Stufe III beinhaltet stark wirksame Opioidanalgetika mit der Leitsubstanz des Morphins. Weitere Substanzen sind das Buprenorphin, das Fentanyl sowie Oxycodon und Hydromorphon, die seit einiger Zeit in retardierter Form zur Verfügung stehen. In der Therapie chronischer Schmerzen sollte immer ein konstanter Wirkspiegel angestrebt werden, was den Einsatz retardierter Zubereitungen impliziert. Hierbei sollte auch einem reinen Agonisten der Vorzug vor Partialantagonisten gegeben werden. Eine ein- bis zweimal tägliche Applikation sollte ausreichend sein. Bei Patienten mit erheblichen Schluckstörungen oder anatomischen Passagehindernissen im Magen-Darm-Trakt stehen als Alternative transdermale Systeme, z. B. als Fentanyl oder Buprenorphin-Pflaster, mit kontinuierlicher Wirkstofffreisetzung über eine Matrix zur Verfügung. Die Auswahl des Analgetikums orientiert sich an der notwendigen analgetischen Potenz, der Verträglichkeit, den Interaktionsmöglichkeiten mit anderen Pharmaka (Multimorbidität und Multimedikation), dem Nebenwirkungsprofil und der individuellen Situation der Patienten.

5.4.3 Praktische Vorgehensweise

Zu Beginn der Therapie ist zunächst ein Versuch mit einem peripheren Analgetikum gerechtfertigt. Hierbei ist zu beachten, dass das weit verbreitete Paracetamol zwar eine starke antipyretische Potenz besitzt, die analgetische Wirksamkeit jedoch erst im oberen Dosisbereich voll einsetzt und bereits bei 4 – 6 g pro/d die Grenze zur Lebertoxizität überschritten wird. Metamizol hat eine kurze Halbwertszeit, so dass vier- bis sechsmalige Einzelgaben/d notwendig sind. Bei den klassischen NSAR ist zu beachten, dass die Rate schwerwiegender gastrointestinaler Nebenwirkungen im Alter stark zunimmt.

Man sollte sich daher nicht scheuen, rechtzeitig auf ein stark wirksames Opioidanalgetikum der Stufe III nach WHO umzuwechseln. Keinesfalls sinnvoll ist eine Kombination von niedrigpotenten und stark wirksamen Opioidanalgetika, während z. B. bei einer schweren aktivierten Arthrose mit starker inflammatorischer Komponente die Kombination aus einem NSAR und einem stark wirksamen Opioidanalgetikum sinnvoll sein kann. Die Therapieeinstellung kann entweder durch Titration einer wirksamen Dosis mit kurzwirksamen Präparaten und Weiterbehandlung mit einer äquipotenten Dosis eines retardierten Präparates erfolgen. Alternativ kann direkt mit retardierten Opioiden begonnen werden, hierbei wird zunächst eine niedrige Dosis gewählt. Danach erfolgt die langsame Steigerung bis zu einer ausreichenden analgetischen Wirkung.

TABELLE 1

Dosierungen von Schmerzmedikamenten für alte Patienten

Substanz	Startdosis im Alter	Maximaldosis im Alter	Übliche Dosis (Jüngere)
Paracetamol	3 x 500 mg	3 x 1.000 mg	4 x 500 – 1.000 mg
Ibuprofen	3 x 200 mg	3 x 600 mg	3 x 200 – 800 mg
Novaminsulfon	2 x 500 mg	2 x 1.000 mg	4 x 500 – 1.000 mg
Carbamazepin	2 x 100 mg	2 x 400 mg	2 x 300 – 600 mg
Gabapentin	3 x 100 mg	3 x 600 mg	3 x 300 – 1.200 mg
Pregabalin	2 x 25 mg	2 x 150 mg	2 x 75 – 300 mg
Amitriptylin	1 x 10 mg	1 x 50 mg	1 x 25 – 75 mg
Mirtazapin	1 x 7,5 mg	1 x 30 mg	1 x 15 – 45 mg
Duloxetin	1 x 30 mg	1 x 60 mg	1 x 30 – 60 mg
Tramadol	2 x 50 mg	2 x 100 mg	2 x 100 – 200 mg
Tilidin + Naloxon	2 x 50/4 mg	2 x 150/12 mg	2 x 50/4 – 300/24 mg
Oxycodon	2 x 5 mg	2 x 30 mg	2 x 10 – 60 mg

5.4.4 Nebenwirkungen

Die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) sind sicherlich die am häufigsten eingenommenen Schmerzmittel. Dabei ist zu bedenken, dass ein Grossteil der eingenommenen NSAR frei verkäuflich in den Apotheken erworben und von den Patienten deshalb oft nicht erwähnt wird. Die typischen Nebenwirkungen wie das

erhöhte kardiovaskuläre Risiko, die Nierenfunktionsstörung und die Magen-Darm-Ulzera treten im Alter mit grösseren Auswirkungen auf. Trizyklische Antidepressiva wie Amitriptylin, die in der Therapie von neuropathischen Schmerzen einen festen Stellenwert haben, sind bei älteren Menschen aufgrund ihrer vielen Nebenwirkungen (AV-Block, Glaukom, Miktionsstörungen, Delir, kognitive Störungen) nur nach gründlicher Abwägung und mit entsprechenden Kontrollen einzusetzen. Bei den als Koanalgetika einzusetzenden Antikonvulsiva ist vor allem auf Ataxie, Schwindel und Gangstörung zu achten, da diese das Sturzrisiko erhöhen. Zudem besteht auch bei Carbamazepin und Gabapentin ein geringes Risiko für eine antiepileptikainduzierte Enzephalopathie. Die Opioide erfordern besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich der Vigilanz und der Atemfunktion. Obstipation, eine typische und häufige Nebenwirkung der Opioide, ist ein Symptom, welches ältere Menschen schon ohne Opioide häufig aufweisen. Deshalb ist es umso wichtiger, durch ballaststoffreiche Ernährung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr dem entgegenzuwirken. Da das in der Regel nicht ausreicht, muss eine begleitende Behandlung mit Laktulose, Natriumpicosulfat oder Bisacodyl erfolgen. Zudem ist vor allem bei den nicht tumorbedingten Schmerzen im Verlauf die Indikation der Opioidtherapie zu überprüfen und gegebenenfalls zu beenden.

5.4.5 Schluckstörungen

Ein weiteres Problem in der Schmerztherapie sind Schluckstörungen, die ebenfalls im Alter häufig sind. Für Patienten, die feste Darreichungsformen wie Tabletten oder Kapseln nicht schlucken können, aber mit flüssigen Darreichungsformen zurechtkommen, stehen mit Ibuprofensaft, Novaminsulfontropfen, Pregabalinlösung und Tropfen von Tilidin/ Naloxon Alternativen zur Verfügung. Weitere Alternativen stellen die Suppositorien von Paracetamol und die Schmelztabletten von Mirtazapin sowie die Opiatpflaster dar. Bei lokal umgrenzten neuropathischen Schmerzen kann man mit lokal applizierbaren Substanzen (Pflaster mit 5% Lidocain, Pflaster mit 8% Capsaicin) den Schmerz signifikant lindern und somit systemisch zu verabreichende Analgetika einsparen.

5.5 Nichtmedikamentöse Massnahmen in der Schmerztherapie

5.5.1 Physiotherapie

Mit gezielt schmerzangepasster Bewegungstherapie lernen die Betroffenen sich wieder ökonomischer zu bewegen. Das Schulen von schmerzadaptiertem Bewegungsverhalten (pacing) trägt dazu bei, dass sich der Patient trotz Schmerzen mehr bewegt, was sich insbesondere bei chronisch-persistierenden Schmerzen sehr bewährt. Dadurch können sie ihre Belastbarkeit, Gleichgewicht, Angst vor Stürzen und Selbstständigkeit steigern und damit auch ihr Selbstvertrauen verbessern.

Ebenso ist wichtig, dass dem Patienten aufgezeigt wird, dass er durch Bewegung die Abnützungen an den Gelenken nicht verstärkt, sondern vielmehr die Ernährung der Strukturen verbessert (Reduktion der Angst-Vermeidungsverhalten sowie des Katastrophisierens).

In der Physiotherapie werden auch passive physikalische Massnahmen ergriffen. Massage, manueller Therapie, Wärmeanwendungen (Heublumenwickel oder Fangopackungen) und TENS (Trans-kutane Elektrische Nerven-Stimulation) unterstützen die aktive Therapie.

Bei akuten Schmerzen bieten sich vor allem Kältetherapie oder das Finden von Entlastungspositionen an. In der Wassertherapie werden die Wärme und der Auftrieb des Wassers genützt, wodurch sich Betroffene ebenfalls leichter bewegen.

5.5.2 Ergotherapie

Im Rahmen der Ergotherapie werden bei chronischen Schmerzen diverse Massnahmen ergriffen, um Einschränkungen sowie Auswirkungen auf der körperlichen, geistigen und emotionalen Ebene möglichst gering zu halten.

Dazu gehören eine Aufklärung (Patienten Edukation) und Beratung zum Thema, sowie eine Erarbeitung von Coping-Strategien (Bewältigungsstrategien im Umgang mit Schmerzen). Es wird gemeinsam nach sinnvoller und bedeutungsvoller Betätigung gesucht, die auch Spass und Freude bereitet. Des Weiteren wird Hilfe zur Selbsthilfe geleistet in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), d.h. in der

Selbstversorgung (Toilettengang, Körperpflege und Ankleiden) unter Berücksichtigung des Gelenkschutzes sowie ggf. unter Verwendung notwendiger Hilfsmittel.

Die Instruktion und Umsetzung von Gelenkschutz kann ebenfalls zur Schmerzlinderung beitragen. Auch Lagerungshilfen wie Kissen (Sitzkissen, Lendenstützkissen) werden zur Positionsunterstützung und Entlastung eingesetzt. Thermische Anwendungen werden ebenso eingesetzt zur Schmerzlinderung wie z.B. das Paraffinbad für Hände (bei Polyarthrose) oder das kühle Rapsbad (z.B. bei akuten Entzündungen).

5.5.3 Psychotherapie

Wahrnehmung, Interpretation von Schmerzempfindungen und deren Verarbeitung sind äusserst komplexe Prozesse. Hierbei spielen die individuelle Schmerz- (und damit Lebens-) geschichte und die aktuelle bio-/psycho-/soziale Situation eine massgebliche Rolle. Auch müssen (insbesondere bei Somatisierungsstörungen) Einstellungen hinsichtlich psychischer Beeinträchtigungen oder Trauer in Familie und ethnischer Gruppe berücksichtigt werden. Eine depressive Episode kann die Schmerzschwelle senken, sie tritt andererseits auch als Folge chronischer oder rezidivierender Schmerzen auf, was die Problematik wechselseitig verschlimmern kann.

Entsprechend werden neben der psychotherapeutischen Reflexion und Thematisierung der individuellen Lebensgestaltung in der Therapie Psychoedukation, Aufmerksamkeitslenkung, Entspannungstechniken und andere Methoden eingesetzt, um z.B. den Kreislauf von Schmerz-Anspannung-Bewegungseinschränkung-Depression-Schmerzverstärkung positiv zu beeinflussen.

5.5.4 Pflegerische Massnahmen

Pflegerische Massnahmen (Einreibungen, Auflegen von Wickeln und Wärmeanwendung, Lagerungen) sowie die Integration in die Aktivitäten des Alltages und Spaziergänge an der frischen Luft unterstützen eine Schmerzlinderung. Für Menschen, die in ihrer Wahrnehmung, Kommunikation und Bewegung stark beeinträchtigt sind (Menschen mit Demenz, nach einen cerebrovaskulären Insult),

bietet das Pflegekonzept der Basalen Stimulation eine Fülle von Möglichkeiten, durch körperbezogene Interaktionen die Schmerzen positiv zu beeinflussen.

6. Zusammenfassung

Chronische, also langfristig anhaltende Schmerzen nehmen im höheren Lebensalter zu. Sie werden jedoch seltener als bei jüngeren Menschen angemessen behandelt. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass ältere Personen häufig nicht nur unter Schmerzen, sondern auch unter zahlreichen anderen Symptomen und Erkrankungen leiden. Die Folge ist, dass der Schmerz wegen anderer, mitunter lebensbedrohlicher Erkrankungen nicht das einzige Ziel der therapeutischen Bemühungen sein kann. So müssen die Schmerzmedikamente sorgfältig mit anderen erforderlichen Medikamenten abgestimmt werden, was nicht nur die Therapie, sondern auch die Diagnostik erschweren kann.

Besondere Probleme mit der Schmerzdiagnostik und -therapie ergeben sich, wenn die geistigen (kognitiven) Fähigkeiten eingeschränkt sind, d.h. bei Demenz. Je älter die Menschen sind, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit, dass die geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt sind und dass mehrere Medikamente eingenommen werden. Hinzu kommt ein im Alter veränderter Stoffwechsel, sodass je nach biologischem Alter des Patienten andere Therapiestrategien als bei Jüngeren eingesetzt werden müssen.

Schmerz bei Älteren wird häufig übersehen! Ärzte und Pfleger sollten aktiv nachfragen, ob Schmerzen vorliegen.

Die Indikation einer pharmakologischen Schmerztherapie bei älteren Patienten basiert auf Ergebnissen an jüngeren Patienten, weil Untersuchungen altersabhängiger Besonderheiten weitgehend fehlen.

Pharmakokinetische Überlegungen lassen den Schluss zu, dass bei älteren Patienten geringere Dosierungen erforderlich sind, um eine äquivalente Bioverfügbarkeit von Analgetika zu erzielen. Eine fehlende Dosisreduktion kann daher mit einer relativen Überdosierung einhergehen und die Häufung von Nebenwirkungen und Komplikationen bei älteren Patienten zum Teil erklären.

Funktionsstörungen vor allem von Nieren und Leber können weiter zu einer Verzögerung der Elimination von Analgetika beitragen und müssen bei Indikation und Dosierung beachtet werden. Ebenso sollte das Risiko einer Behandlung mit

Analgetika bei der Auswahl geeigneter Substanzen im Einzelfall abgewogen werden. Der Verzicht auf eine adäquate Schmerztherapie ist jedoch keine gute Alternative.

Wenn die Schmerztherapie den Erfordernissen des höheren Alters angepasst wird, kann sie ähnliche Erfolge vorweisen wie bei jüngeren Personen. Betroffene sollten in Zusammenarbeit mit dem Arzt ein Schmerztagebuch führen, in dem die Behandlung und deren Erfolge dokumentiert werden.

Der Schmerz kann häufig erst dann ausreichend beherrscht werden, wenn die Schmerzmedikation durch nicht-medikamentöse Therapieverfahren ergänzt wird. Besonders wichtig ist hierbei ein körperliches Training, das in Häufigkeit und Belastung der Leistungsfähigkeit des älteren Menschen angepasst werden muss. Jede Form von körperlicher Aktivität, welche die Beweglichkeit, Kraft und Ausdauer fördert, ist geeignet. Eine Unterstützung durch Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten ist hilfreich. Weiterhin können je nach Situation auch psychologische Verfahren, vor allem in Form von Entspannungsverfahren und Hilfen zur Bewältigung des Schmerzes, zum Einsatz kommen. Es gilt, die Aufmerksamkeit gezielt vom Schmerz abzuziehen und auf positive Erlebnisse zu richten, um so die Lebensqualität zu fördern.

Die Behandlung von Schmerzen bei älteren Menschen ist eine interdisziplinäre und multimodale Aufgabe, die Schmerztherapie muss zielgerichtet erfolgen. Wichtig ist, mit dem alten Patienten gemeinsame Ziele festzusetzen. Das ist in der Regel nicht die Schmerzfreiheit. Es geht darum, dass die Patienten besser schlafen und aktiver sein können.

In der Pflege von alten Menschen braucht man deswegen auch ein hochqualifiziertes Pflegepersonal. Denn dessen Rolle im Schmerzmanagement als die zentrale Steuerungseinheit ist klar und in vielen Leitlinien und Handlungsempfehlungen dezidiert beschrieben. Unter dem Strich funktioniert eine multimodale Schmerztherapie ohne die Einbeziehung von Pflegerinnen und Pfleger.

7. Literaturangaben

Adler RH. Schmerz. In: Uexküll Th. Psychosomatische Medizin. Urban+Fischer München. Auflage 2003:321-339

Aemmer P.: Strategie des Bundes 2002-2007. Migration und Gesundheit. In P. Saladin (Hrsg.), Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen (S. 18). Bern: Bundesamt für Gesundheit. 2009

AGS panel on persistent pain in older persons. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc. 2002;50:S205-S244.

Arzneimittel Kompendium Schweiz, 2017

Böhme K., Schmerztherapie bei alten Menschen,.- Praktische Schmerzmedizin, 2019 – Springer

Brabant T, Stichtenoth D: Medikamentöse Arthrosetherapie im Alter. Zeitschrift für Rheumatologie 2005; 64 (7): 467-472

Bundesamt für Gesundheit (BAG). Migration und Gesundheit- Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008- 2013). Bern: Bundesamt für Gesundheit. 2008

Dorothea von der Laage et al. Der geriatrische Schmerzpatient, Leitfaden für das therapeutische Team, Aachen, 2016

Drebenstedt C, Schuler M - Stand und Perspektiven zu Schmerzen und Schmerztherapie im Alter, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2017 – Springer

Ferrell BA: Pain management. Clinics in geriatric medicine 2000; 16 (4): 853-874

Ferrell BR, Ferrell BA. Pain in the elderly. IASP Press, Seattle 1996

Gagliese L., Melzack R. Chronic pain in elderly people. Pain 1997;70:3-14

Gerber Helmut et al. Therapie chronischer Schmerzen: Update. Teil 1. Schweiz Med Forum. 2013; 13:148-153

Gerber Helmut et al. Therapie chronischer Schmerzen: Update. Teil 2. Schweiz Med Forum. 2013; 13:173-178

Gerber Helmut et al. Therapie chronischer Schmerzen: Update. Teil 3. Schweiz Med Forum. 2013; 13:198-200

Gloth FM 3rd: Geriatric pain. Factors that limit pain relief and increase complications. Geriatrics 2000; 55 (10): 46-48, 51-54

Gloth FM 3rd: Pain management in older adults: prevention and treatment. J Am Geriatr Soc 2001; 49 (2): 188-199

Gloth MJ, Matesi AM: Physical therapy and exercise in pain management. Clinics in geriatric medicine 2001; 17 (3): 525-535

Goldstein NE, Morrison RS: Treatment of pain in older patients. Critical reviews in oncology/hematology 2005; 54 (2): 157-164

Gorevic PD: Osteoarthritis. A review of musculoskeletal aging and treatment issues in geriatric patients. Geriatrics 2004; 59 (8): 28-32,35

Horlemann J, Somatische Belastungsstörungen in der Schmerztherapie - Schmerzmedizin, 2016 – Springer

Huber Verlag Bern. 2011: 417-439

Landi F et al. Pain Management in Frail, Community-Living Elderly Patients. Arch Intern Med. 2001; 161:2721-24

lation With an Observational Rating Scale in Hospitalized Elderly Demented Patients. J Gerontology. 2005. 60A, 4:S524-S529

Maria Wertli, Johann Steurer. Bedeutung prognostischer Faktoren bei unspezifischen, lumbalen Rückenschmerzen; Praxis (2017), 106,pp. 527-531

Markus Anliker, Guido Bartel, Günter Baum: RAI-NH-Handbuch für Alters- und Pflegeheime. St. Gallen Q-SYS AG. 2016

Pautex S., et al. Feasibility and Reliability of Four Pain Self-Assessment Scales and Corre

Petzke F, Allgemeine medikamentöse Schmerztherapie bei chronischen Schmerzen–Lösungsvorschläge anhand typisch klinischer Problemsituationen, - Der Klinikarzt, 2013 - thieme-connect.com

R. Klinger. Psychische Schmerzmodulation; Schmerz 2017; 31: 91-92

Roland Kunz et al. Schmerzmanagement beim älteren Menschen. 2007

Roy R.: Social Relations an Chronic Pain. New York. Academic / Plenum, 2001

Schmerzzentrum. Schmerzkarte Kantonsspital St. Gallen. St. Gallen, 2017

Schuler M, Hestermann M, Hauer K, Schlieff G, Oster P: Probleme bei der Erkennung von Schmerzen in der Geriatrie. Schmerz 2002; 16 (3): 171-178

Siegenthaler Andreas. Schmerztherapie bei multimorbiden Patienten: Sonderdruck aus Praxis Nr.22, 104 Jahrgang. 28.10.2015

Stuedter E. & Bischofberger I. Schmerzerfassung-Instrumente und ihr Nutzen für die Pflege.

Thomm M, Besonderheiten der Schmerztherapie beim alten Menschen, - intensiv, 2001 - thieme-connect.com

Wulff I., Könner F., Kölzsch M., Budnick A., Dräger D. & Kreutz R, Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen, Interdisciplinary guidance for pain management in nursing home residents, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie volume 45, pages505–544 (2012)