

Schmerz im Alter

Workshop Palliative Care

Dr. med. Birgit Schwenk
Chefärztin Akutgeriatrie



SPITALREGION
RHEINTAL
WERDENBERG
SARGANSERLAND



Flüstergruppe zu Zweit

- Was erwarte ich von diesem Workshop (Themen, Fragestellungen, Probleme im Alltag)



Was ist Schmerz?

- **Schmerz** ist laut Weltschmerzorganisation IASP (= International Association for the Study of Pain) *ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder drohenden Gewebeschädigung verknüpft ist* oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.
- nozizeptiv, neuropathisch, mixed pain, (total pain, chronisch, akut, etc.)



Weltschmerz

- Jacob und Wilhelm Grimm benennt Weltschmerz als *tiefe Traurigkeit über die Unzulänglichkeit der Welt.*



Seelenschmerz / Psychischer Schmerz

- Liebeskummer / Beziehungsprobleme
- Verbale oder körperliche Verletzungen
- Einsamkeit
- Abschied / Trauer
- Fehlendes Selbstwertgefühl
- Armut



Macht der Schmerz das Leben unerträglich oder ist es das Leben, das den Schmerz unerträglich macht ?



Ratings von Schmerzintensität werden durch Stimmung und Erschöpfung beeinflusst.

Williams. Pain 2000;85:457-63

Spezielle «Schmerzformen» im Alter

- Schmerz und Sturz
- Schmerz als Ausdruck einer Depression
- Schmerzen beim Sterben
- Schmerzen nach dem Tod (eines geliebten Menschen)

Schmerz bei Demenz hat auch andere Ursachen

- Der Schmerz der Bedrohung
- Der Schmerz, sich nicht ausdrücken zu können
- Der Schmerz, sich nicht mehr zurechtzufinden
- Der Schmerz, sich hilflos zu fühlen
- Der Schmerz, immer auf die Mutter warten zu müssen.....





**„Schmerz ist,
was der demente Patient fühlt,
und existiert,
wann immer er es zeigt.“**

Chronische Schmerzen im Alter

> 65-Jährige

- Zu Hause lebend
70 % ± ausgeprägtes Schmerzproblem★
- Institution
83 % ± ausgeprägtes Schmerzproblem★
- ★bei 88 % beider Populationen am Bewegungsapparat

Schmerzsursachen im Alter nach Häufigkeit

Extremitäten

Wirbelsäule

Nervensystem

Tumorerkrankungen



Häufige (körperliche) Schmerzursachen bei Demenz

- Muskuloskelettal
- Gastrointestinal
- Kardial
- Urogenitale Infektionen (aber auch Überlaufblase!!)
- Wunden, Dekubitus
- Orofazial (schlechte Mundhygiene) → Prävalenz bis 10%

Tab. 1 Verbreitete Ursachen für eine unzureichende Schmerzdiagnostik und -versorgung bei alten Patienten

Unterschätzte Schmerzintensität durch Behandler

„Underreporting“ durch die Betroffenen

Symptomenwandel

Multimorbidität

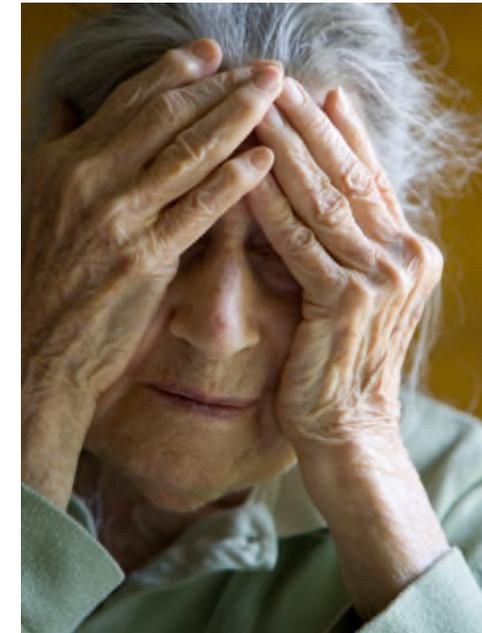
Zurückhaltende Therapie aufgrund der Polypharmazie

Störung der Kommunikation, insbesondere durch kognitive Einschränkungen

Zu niedrige Dosierung oder zu große Dosierungsintervalle

Unzureichende Schmerzmessung

→ Schmerz im Alter ist unterbehandelt !!!



Schmerzfolgen (bei Demenz)

- *körperlich*
 - Einschränkung des Bewegungsradius
 - Einschränkung im täglichen Leben
 - Appetitverlust, Kachexie, Stürze
 - Motorische Unruhe
- *psychisch*
 - Schlafstörung
 - Depression und Suizidalität, Apathie und Indifferenz
 - kognitive Defizite verstärkt
 - Angst
 - Aggressivität und Abwehrverhalten
- *sozial*
 - Einschränkung der sozialen Aktivität, sozialer Rückzug
 - Einschränkung der Kernbeziehung
 - Abhängigkeit/Verlust der Selbständigkeit

BPSD

Schmerzempfinden im Alter

- Markhaltige und marklose Nervenfasern ↓
- Sensorische Fasern mit Defekten ↑
- Langsamere Nervenleitgeschwindigkeit

- Dünnere Haut, Mikrozirkulation ↓
- Konzentration an Neurotransmittern in der Peripherie ↓
- Veränderte Schmerzwahrnehmung im Alter

- **möglicherweise Anstieg der Wahrnehmungsschwelle**

Schmerzempfinden im Alter

- Endogene Opiode wie β -Endorphine Enkephaline sind mit zunehmendem Alter im ZNS geringer nachweisbar
- Schmerzkontrollmechanismen funktionieren weniger gut

→ **ältere Menschen sind vulnerabler gegenüber Schmerzintensität und Chronifizierung**

Schmerz und Demenz

- unveränderte Schmerzschwelle
- Fluchtreflex ist gleich
- Toleranzschwelle (Grenze zwischen noch tolerablem und nicht mehr tolerablem Schmerz) ist bei Alzheimerpatienten deutlich höher
- Mimische Aktivität nach Schmerzreiz ist deutlich grösser
- Bei geringen Schmerzreizen sind die vegetativen Antworten (Herzfrequenz, BD) bei dementen Patienten stark vermindert, bei starken Schmerzreizen vergleichbar mit nicht dementen Menschen

Fallbeispiel

Ein 83-jähriger Bewohner mit Alzheimerdemenz lebt seit 3 Jahren im Pflegeheim. Er ist seit kurzem vermehrt unruhig, nestelt umher, sucht seine Brille, dann seine Uhr und will immer wieder vom Stuhl aufstehen, obwohl er stark sturzgefährdet ist. Seit einigen Tagen hat er nur wenig gegessen und getrunken und sucht häufig das WC (ab und zu verwechselt er auch den Blumentopf mit dem WC). Die Tochter, die zu Besuch ist sagt, dass der Vater über einen Schmerz im Unterschenkel klagt und dies schon seit langem.....; der Hausarzt habe den Schmerz noch nie «ordentlich» abgeklärt. Die Tochter besteht darauf, den Schmerz jetzt endlich einmal abzuklären. Der Vater habe vom Hausarzt lediglich Dafalgan in Reserve bekommen mit den Worten: „er ist halt auch nicht mehr der Jüngste...“

Schmerzerfassung



Schmerzerfassung im Alter

- Verminderte Spontanäußerungen
- Oft undifferenzierte Schilderung des Schmerzes
- Hörstörungen
- Aphasien
- Kognitive Beeinträchtigung
- Untypische Symptome im Alter

Gruppendiskussion

1. Welche Fragen sollten ein Schmerzassessment beinhalten – wonach fragen Sie?
2. Womit messen Sie den Schmerz und wie erfassen bzw. dokumentieren Sie den Schmerz?
3. Welche Schwierigkeiten entstehen bei der Schmerzerfassung von älteren, hochbetagten und dementen Patienten? Welche Instrumente zur Erfassung von Schmerzen bei dementen Menschen kennen Sie, welche wenden Sie in der Praxis an?



Kriterien für eine Ersterfassung von Schmerzen

1. Schmerzlokalisierung
2. Ausstrahlung
3. Schmerzintensität
4. Schmerzqualität
5. Zeitliche Dimension
6. Lindernde Faktoren
7. Ursächliche oder verstärkende Faktoren
8. Auswirkungen der Schmerzen/Begleitzeichen

Konkrete Fragen

Schmerzanamnese pflegerisch und ärztlich

Erzählen und beschreiben Sie mir von ihren Schmerz

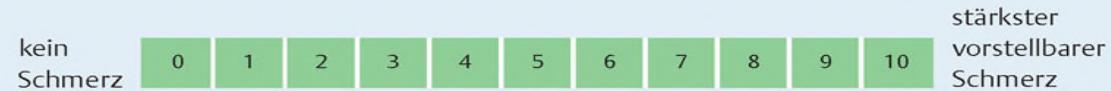
- Warum schmerzt es?
- Wo schmerzt es? Seit wann?
- Was verhindert der Schmerz? Was erlaubt er?
- Welche Dimensionen/Auswirkungen hat der Schmerz?
- Was bedeutet der Schmerz für den Bewohner?
- Wie ist der Schmerz beeinflussbar?
- Was hat früher geholfen?

Ganzheitliches Assessment

(erfassen und beurteilen)

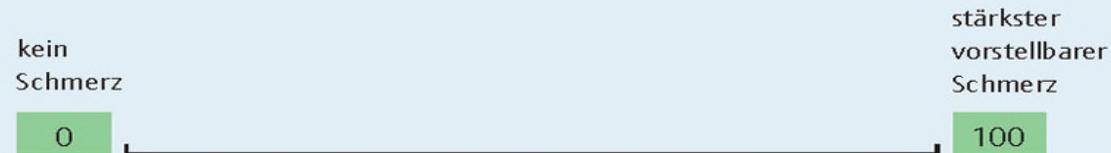
Biologische Aspekte Ressourcen, Probleme	Psychisch-geistige Aspekte Ressourcen, Probleme
Spirituelle Aspekte Ressourcen, Probleme	Sozio-kulturelle Aspekte Ressourcen, Probleme

Numerische Ratingskala



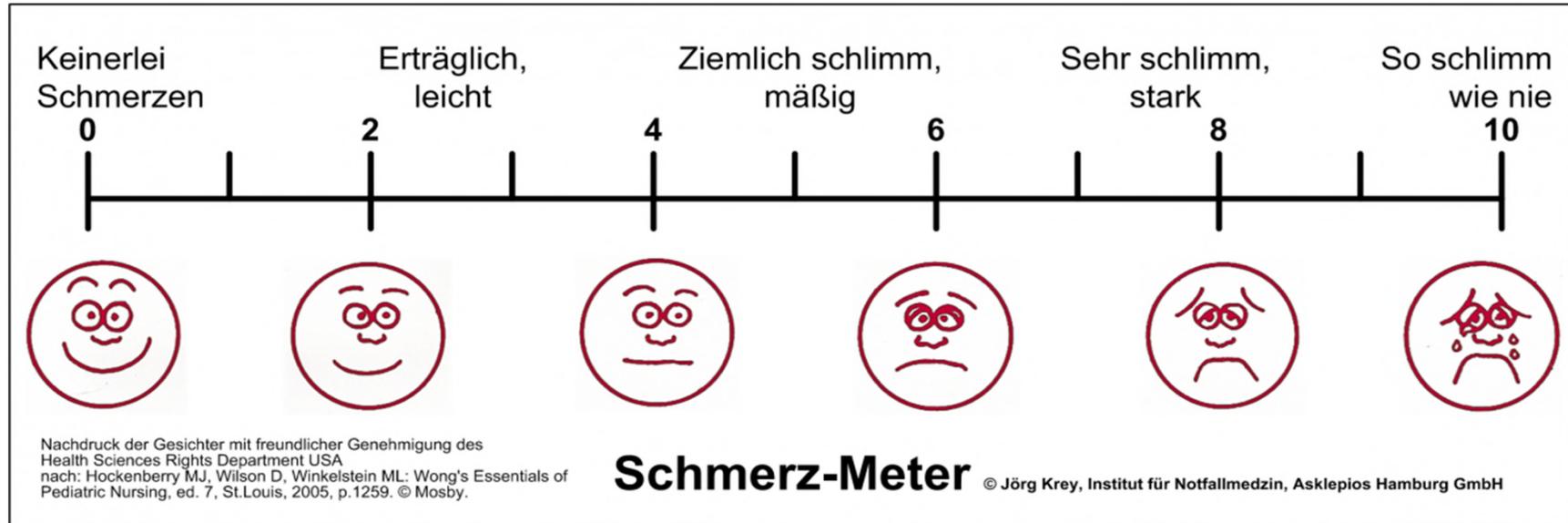
Instruktion: Mit der Skala soll versucht werden, Ihren Schmerz zu messen. Ein Messwert von 0 bedeutet, dass Sie gar keine Schmerzen haben. Ein Messwert von 10 stellt den stärksten vorstellbaren Schmerz dar. Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das der Stärke Ihres Schmerzes in diesem Augenblick am ehesten entspricht.

Visuelle Analogskala



Instruktion: Mit der Skala soll versucht werden, Ihren Schmerz zu messen. Ein Messwert von 0 bedeutet, dass Sie gar keine Schmerzen haben. Ein Messwert von 100 stellt den stärksten vorstellbaren Schmerz dar. Bitte kennzeichnen Sie mit einem senkrechten Strich auf der Linie zwischen 0 und 100, wie stark Ihr Schmerz jetzt im Augenblick ist.

Gesichterskalen



Schmerzerfassung bei Demenz

- Schmerzanamnese mit einfachen Fragen
 - Versuch mit der VAS, Smileys....
 - Sonst Beobachtung des Patienten (Mimik, Lautäusserungen, Abwehr, Aggression, Unruhe oder Apathie, Schonhaltung)
- ECPA oder Doloplus-2 (Short), BISAD, BESD, ZOPA, etc.

Verhaltensmerkmale von Patienten mit kognitiven Defiziten

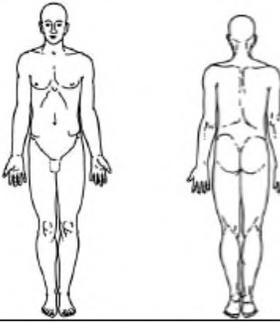
Merkmal	Manifestation
Mimik, Gesichtsausdruck	Stirnrunzeln, verknitterte Stirn, verzerrter Gesichtsausdruck, trauriges, ängstliches Gesicht, geschlossene oder zugekniffene Augen
Verbalisieren, Vokalisieren	Seufzen, Jammern, Stöhnen, Gurren, Singen, Schreien, lautes Atmen
Veränderungen im zwischenmenschlichen Verhalten	Aggressiv, ablehnend gegenüber Hilfe, verminderte soziale Interaktionen, sozial inadäquat, störend, sozialer Rückzug, zurückgezogen
Veränderung täglicher Routinen und Aktivitäten	Nahrungsverweigerung, Appetitverlust, erhöhtes Schlafbedürfnis, Einstellung alltäglicher Aktivitäten, Umtriebigkeit
Mentale Veränderungen	Schreien, Weinen, Verwirrtheit, Reizbarkeit, Verzweiflung
Motorik	Veränderter Gang, veränderte Beweglichkeit

Tabelle 2 (adaptiert nach 14)



Skala Doloshort		Untersucher		Untersucher	
		Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit
Name:/.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
Vorname:hhhh
1. Verbaler Schmerzausdruck	• keine Äußerungen	0	0	0	0
	• Äußerungen nur bei Patientenkontakt	1	1	1	1
	• gelegentliche Äußerungen	2	2	2	2
	• dauernde spontane Schmerzáußerungen	3	3	3	3
2. Schonhaltung in Ruhe	• keine Schonhaltung	0	0	0	0
	• vermeidet gelegentlich gewisse 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	• kein Schutz	0	0	0	0
	• bei Patientenkontakt, ohne Hinderung von Pflege und Untersuchung	1	1	1	1
	• bei Patientenkontakt, mit Hinderung jeglicher Handlungen	2	2	2	2
	• Schutz auch in Ruhe, ohne direkten Kontakt	3	3	3	3
4. Soziale Aktivitäten	• Teilnahme an gewohnten Aktivitäten (Essen, Ergotherapie, Anlässe)	0	0	0	0
	• gewohnte Aktivitäten nur auf Anregung oder Drängen	1	1	1	1
	• teilweise Ablehnung gewohnter Aktivitäten	2	2	2	2
	• Ablehnung jeglicher sozialer Aktivitäten	3	3	3	3
5. Verhaltens- störungen	• gewohntes Verhalten	0	0	0	0
	• wiederholte Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt	1	1	1	1
	• dauernde Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt	2	2	2	2
	• dauernde Verhaltensstörungen ohne äußeren Anlass	3	3	3	3
Gesamtscore:		.../...	.../...	.../...	.../...

Abb. 1 ◀ Doloshort-Skala

Ersterfassung Schmerz		Name:																						
Kurze Zusammenfassung		Datum:																						
1. Schmerzort Lokalisation und Ausstrahlung zeigen lassen und einzeichnen																								
2. Intensität numerisch: „0-10“	Schmerz 1																							
aktueller Zustand																								
stärkstes Ausmass																								
schwächstes Ausmass																								
akzeptables Ausmass																								
3. Schmerzqualität krampfartig, klopfend, spitz, stechend, einschliessend, nagend, brennend, dumpf,																								
4. Beginn, Dauer, Verlauf, Rhythmus																								
5. Risikofaktoren	↑ Neuropathischer SZ	↑ Inzidental SZ																						
6. Linderungsfaktoren, Medikamenten-Einfluss																								
7. Schmerzverstärkung/ Psychosoziale Stressoren																								
8. Begleitzeichen																								
9. Opiatbarrieren	Angst vor Abhängigkeit	↑ Angst vor Nebenwirkungen	↑ Angst vor Dosissteigerung																					
10. Abhängigkeit	Haben Sie schon erfolglos versucht Ihren Alkohol-Konsum einzuschränken? Ärgern Sie sich über kritische Bemerkungen Ihres Umfeldes wegen des Alkohol-Konsums? Haben Sie Schuldgefühl wegen Ihres Alkohol-Konsums? Brauchen Sie morgens Alkohol um erst richtig leistungsfähig zu werden?																							
1 = sehr gut	Appetit																							
10 = sehr schlecht	Konzentrationsfähigkeit																							
	anderes, z.B. Selbstwert																							
Zusammenfassung (Edmonton-Classification System of Cancer pain):	<table border="0"> <tr> <td>No no pain</td> <td>Po no psycho. distress</td> <td>Co no cognitive impairment</td> </tr> <tr> <td>Nc no nocicept.</td> <td>Pp psycho distress</td> <td>Ci partial cognitive impairment</td> </tr> <tr> <td>Nn neurop. or mixed</td> <td>Px no classification</td> <td>Cu total impairment</td> </tr> <tr> <td>Nx no classification</td> <td>Ao no addictive behavior</td> <td>Cx no classification</td> </tr> <tr> <td>Io no incident pain</td> <td>Aa additive behavior</td> <td></td> </tr> <tr> <td>I incident</td> <td>Ax no classification</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ix no classification</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			No no pain	Po no psycho. distress	Co no cognitive impairment	Nc no nocicept.	Pp psycho distress	Ci partial cognitive impairment	Nn neurop. or mixed	Px no classification	Cu total impairment	Nx no classification	Ao no addictive behavior	Cx no classification	Io no incident pain	Aa additive behavior		I incident	Ax no classification		Ix no classification		
No no pain	Po no psycho. distress	Co no cognitive impairment																						
Nc no nocicept.	Pp psycho distress	Ci partial cognitive impairment																						
Nn neurop. or mixed	Px no classification	Cu total impairment																						
Nx no classification	Ao no addictive behavior	Cx no classification																						
Io no incident pain	Aa additive behavior																							
I incident	Ax no classification																							
Ix no classification																								
N_ I_ P_ A_ C_																								

Beeinträchtigung durch die Schmerzen in den letzten 24-Stunden (BPI):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Allgemeine Aktivität:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stimmung:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Normale Arbeit (auch Hausarbeit):										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Beziehung zu anderen Menschen:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schlaf:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lebensfreude:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Schmerzbehandlung im Alter

- Schmerzerfassung (Anamnese, Schmerzassessment)
- Diagnostik
- Behebung der Ursache möglich?
- Chronischer Schmerz → Therapieziele festlegen
- Nichtmedikamentöse Massnahmen
- Medikamentöse Massnahmen
 - Systemisch
 - lokal



Ziele der Schmerztherapie im Alter

Schmerzreduktion:

- Häufig keine kausale Therapie möglich
- Chronifizierung des Schmerzes

Förderung/Erhalt

- der Selbständigkeit
- der körperlichen/geistigen Funktionsfähigkeit
- der sozialen Kompetenz
- der Lebensqualität



Ziele der Schmerztherapie bei Demenz

Funktion – Kompetenz – Partizipation

- Besserer Transfer
- Verlängerung der Gehstrecke bis in den Speisesaal
- Erleichterung der Pflege
- Soziale Interaktion, Aktivitäten
- Verbesserte Kommunikation, weniger Isolation

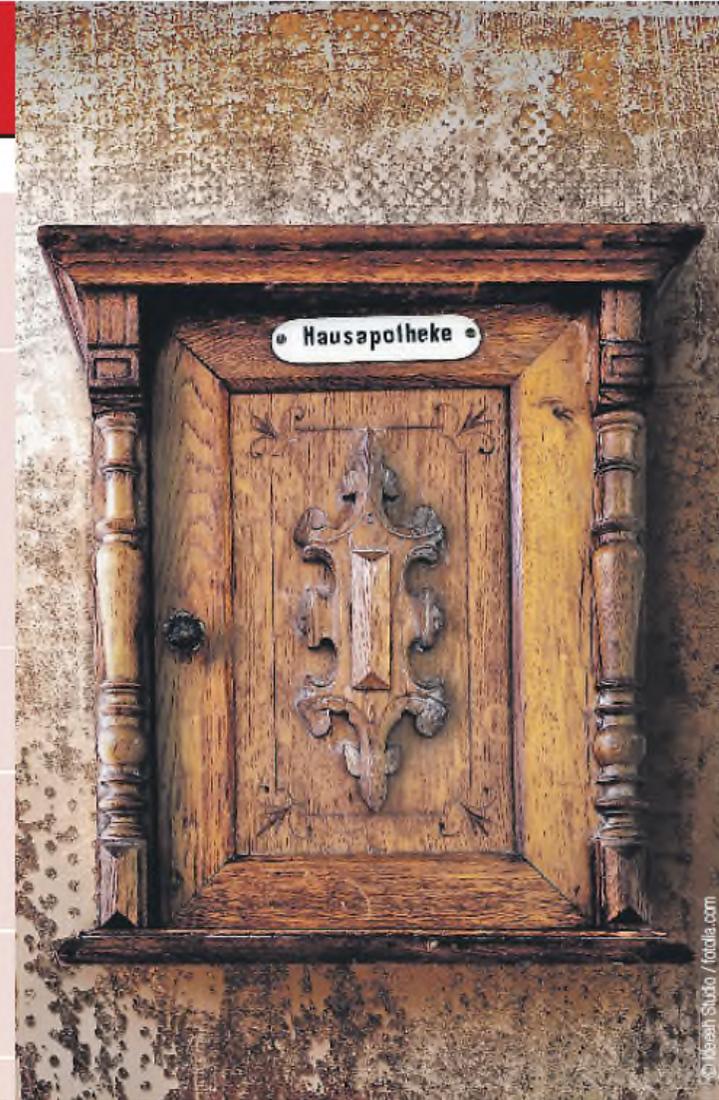
- Weniger Delir!!



Typische physiologische Veränderungen im fortgeschrittenen Alter

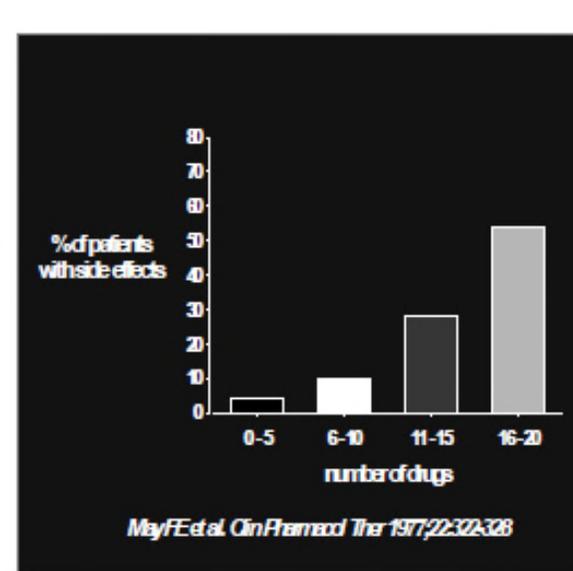
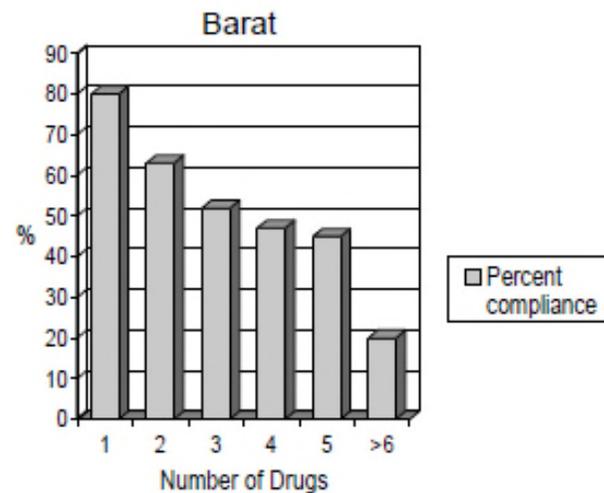
Organfunktion	Veränderung im Alter	Klinische Konsequenz
Gastro-intestinaltrakt	Verzögerte Magenentleerung, verlangsamte Peristaltik, veränderte Blutversorgung des Gastrointestinaltrakts	Erhöhtes Risiko gastrointestinaler Nebenwirkungen
Verteilung	Verringerung des Gesamtkörperwassers, gesteigertes Körperfett mit Akkumulation von fettlöslichen Medikamenten, Verringerung der Konzentration von Plasmaproteinen, gesteigerte Konzentration nichtgebundener Medikamente	Verringerte Verteilung von wasserlöslichen Medikamenten, Verlängerung der Halbwertszeit von fettlöslichen Medikamenten, erhöhtes Risiko für Medikamenteninteraktionen
Metabolisierung über die Leber	Reduzierter Blutfluss durch die Leber, abnehmende Zahl funktionsfähiger Hepatozyten	Veränderter First-Pass-Effekt, verlängerte Halbwertszeit
Renale Elimination	Abnahme des renalen Blutflusses, der glomerulären Filtration und der tubulären Sekretion	Reduzierte Ausscheidung von Medikamenten und Stoffwechselendprodukten mit Akkumulation und längerer Wirkdauer
Pharmakodynamisch	Reduzierte Rezeptordichte, erhöhte Rezeptoraffinität	Gesteigerte Empfindlichkeit für die therapeutischen und die unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Tabelle 1 (adaptiert nach 5, 6)



Ursachen der medikamentösen NW im Alter

- Veränderte Pharmakokinetik
- Praktische Probleme (Vergesslichkeit, Einnahmefehler durch schlechtes Sehen, etc.)
- Polypharmazie



Altersgerechte Therapieverordnung

- Sorgfältige Indikationsstellung
- Minimale Medikamentenzahl
- Möglichst einmalige Tagesdosen
- Vermeidung von inkompatiblen Medikamenten
- Überprüfung auf Interaktionen
- Dosisanpassung (Niere, Leber)
- Periodische Überprüfung der Therapieindikation und Absetzversuche

WHO Prinzipien der Schmerztherapie

1. «by the mouth» = möglichst oral



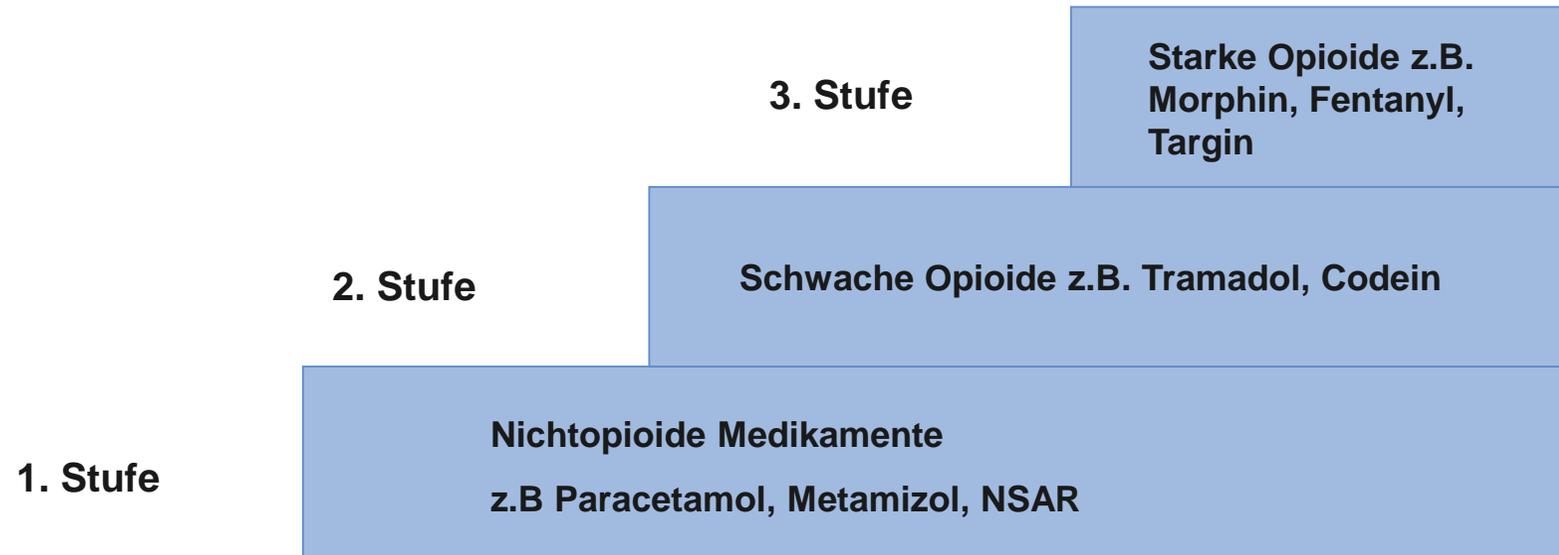
2. « by the clock» = fixe Zeiten



3. «by the ladder» = nach Stufenplan



WHO Stufenschema



Medikamentöse Schmerztherapie im Alter

- Nach WHO-Stufenschema (aber....!)
 - CAVE: NSAR hohes Nebenwirkungsprofil (Verwirrtheit, Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz, Magengeschwüre, etc.)
 - am ehesten Lokale kurzzeitig, evtl. Kortison
 - Tramal wird schlecht vertragen, lieber Palexia
- Morphin – Morphin – Morphin
 - In verschiedenen Variationen (Morphin, Palladon, Targin)
- Schmerzpflaster (Transtec, Durogesic/Fentanyl)

Co-Analgetika im Alter und bei Demenz

- **Kein** Amitriptylin (anticholinerg!!)
 - Venlafaxin / Duloxetin (schmerzstillende Komponente)
 - Trazodon (schlafanstossend, antidepressiv in höherer Dosierung)
 - Gabapentin, Pregabalin (v.a. neuropathischer Schmerz)
 - Kortison (kurzzeitig)
 - Pflanzliche Beruhigungsmittel (Lavendel, Melisse, Baldrian)
 - Kurzwirksame Benzodiazepine, kurzzeitig, niedrig dosiert
- } Angstzustände

Analgetika bei Demenz

- Keine Placebo- und Nocebowirkung bei schwerer Demenz
- «nur» Bedarfsmedikation eher schwierig
- Grundsätze der Schmerztherapie im Alter beachten
 - Stufe 1: Paracetamol (max. 3 g, Cave: Leber!), Metamizol (max. 3 g, Cave: Agranulozytose!), evtl. Etodolac (zeitl. begrenzt, Cave: Niere!)
 - Stufe 2: **kein** Tramadol, Tapentadol (v.a. neuropathischer Schmerz)
 - Stufe 3: Oxycodon/Naloxon, Hydromorphon, Morphin, Fentanyl, Buprenorphin
- Start low – go slow
- Nebenwirkungen nicht vergessen (v.a. Laxanzien, Antiemetika)

Therapie mit Opiaten

- „start low- go slow“
- Der Schmerz bestimmt die Dosis
- Nebenwirkung prophylaktisch behandeln (Laxantien, Haldol, evtl. hydrieren)
- Gute Kommunikation mit Patient und/oder Angehörigen (Angst vor Sucht, Morphinum als Medikament bei Sterbenden?)

Das „therapeutische Fenster“

Toxischer Bereich



Therapeutisches Fenster

Subtherapeutischer Bereich

Fallbeispiel

Frau M. ist 86 Jahre alt und lebt in einem Pflegeheim, welches sich auf die Betreuung Demenzkranker spezialisiert hat. Seit etwa vier Jahren ist sie zunehmend dement.

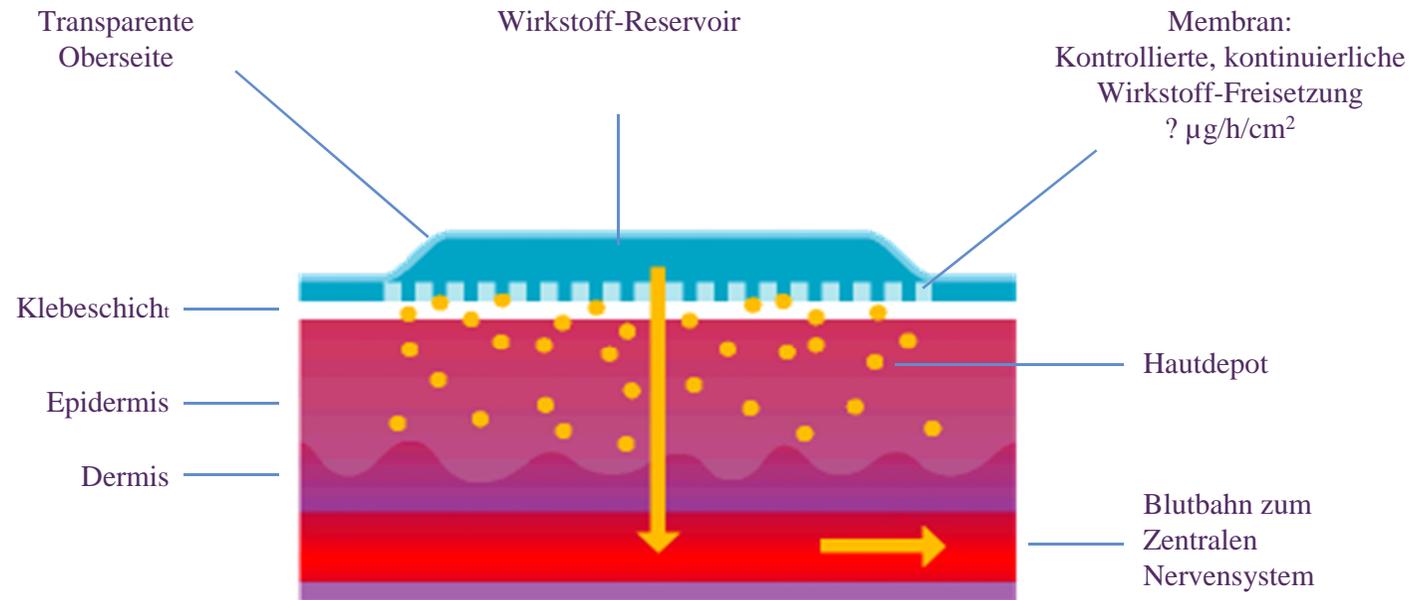
Bei Besuchen spürt man, dass sie sich gut eingelebt hat. Sie wird wegen ihrer Arthrose-Schmerzen in Hüft- und Kniegelenken schmerztherapeutisch behandelt. Gegen ihre Schmerzen erhält sie ein Opioid-Pflaster. Damit ist sie noch eine lange Zeit innerhalb des Heims mobil. Sie kann am Esstisch der Wohngruppe, in der sie lebt, an den gemeinsamen Mahlzeiten teilnehmen und mit dem Rollator in Begleitung in Haus und Garten spazieren gehen. Mit Fortschreiten ihrer Demenz-Erkrankung wird sie jedoch schließlich bettlägerig. Nach und nach reduziert sich die Menge der aufgenommenen Nahrung. Auch die Flüssigkeitsaufnahme wird zunehmend ein Problem. Es werden jeweils nur Schlückchen der angebotenen Getränke akzeptiert.

Frau M. wird plötzlich zunehmend unruhig, weint manchmal und ruft; der Pflege fällt auf, dass sie einen harten Bauch hat.

Tab. 3: Nebenwirkungen unter Opiattherapie

Problem	Behandlung	Bemerkungen
Nausea	Haloperidol 3× 3–5 Tropfen Metoclopramid 3× 20 mg	Bei Therapiebeginn prophylaktisch für fünf Tage
Obstipation	Na Picosulfat 10–20 Tropfen Macrogol 1–2 Beutel	Ab Therapiebeginn, nicht auf Problem warten beim alten Menschen
Harnverhalt	Katheterisierung	Vor allem bei männlichen Patienten Opiatrotation erwägen
Verwirrung, Halluzinationen	Haloperidol 3× 5–10 Tropfen	Vor allem bei Nieren- insuffizienz Opiatrotation sinnvoll
Sedation	Evtl. Dosis reduzieren	Opiatrotation sinnvoll

Funktionsprinzip von TTS



Transdermale Therapie mit Fentanyl (Durogesic TTS®)

- **nur für stabile Schmerzen**, d.h. wenn konstante Tagesdosis und < 2 Reservedosen pro Tag
- **Berechnung Reservedosis Morphin oral: (Zahl (µg) Durogesic X 3) : 10 = mg Morphin i.Res. oral (bis max. 1 stdl.)**

(aus Empfehlungen Palliativstation)

Dosierung bei Wechsel des Applikationsweges

(Leitlinien Onkologie / Palliativmedizin 2000)

Oral	60 mg (z. B. 2 x 30mg MST ret. / 24h)
Subcutan	30 mg / 24h 1/2 der oralen Dosis
Intravenös	20 mg / 24h 1/3 der oralen Dosis

Nichtmedikamentöse Massnahmen

- Physio- und Ergotherapie
- Wärme, Kälte
- Entspannungstechniken (z.B. progressive Muskelrelaxation)
- Massage, oder nur Berührung
- Komplementäre Methoden (z.B. Aromapflege)
- Musiktherapie

- **Zeit haben – da sein - ablenken**



Analgesie in der Sterbephase

- wenig Medikamente, aber ausreichend dosiert
- festes Zeitschema
- sicherer Zugangsweg (i.d.R. s.c. oder i.v.)
- ausreichend Bedarfsmedikation (s.c.)
- regelmässige (tägliche) Evaluation
- Evtl. terminale Sedierung in Erwägung ziehen



Weitere Aspekte....



Fallbeispiel

Eine 82-jährige, seit Jahren demente Frau wird am Freitagnachmittag von den Angehörigen (Tochter und Ehemann) auf den Notfall gebracht. Der Ehemann, selbst schon 85-jährig, der seine Frau schon seit Jahren aufopfernd pflegt, verhält sich eher still und zurückhaltend, die Tochter jedoch bestimmt was getan werden soll: “Die Mutter hat seit ein paar Tagen Schmerzen überall, im Bauch und im Kopf und schwindelig ist ihr auch noch. So geht das auf keinen Fall weiter, unternehmen Sie etwas! Und so kann die Mutter auf keinen Fall nach Hause zurück- und wenn Sie Angaben von mir wissen müssen, dann fragen Sie gleich, ich fahre über das Wochenende mit meinem Mann weg“.

Fallbeispiel

Eine 76-jährige verwitwete ehemalige Schneiderin und Mutter von 3 Kindern erlitt vor 2 Wochen bei einem häuslichen Sturz eine Schenkelhalsfraktur links, welche mit einer Hemi-Endoprothese versorgt wurde. Da die Patientin noch rüstig ist und geistig fit wirkt, wurde sie recht schnell wieder aus dem Spital nach Hause entlassen. Jetzt bringt eine Tochter die Patientin auf den Notfall. Die Patientin klagt darüber, dass sie überhaupt nicht mehr laufen könne, sie käme nicht aus dem Bett auf, das linke Bein täte ihr so weh, als würde jemand mit einem Messer darin umherstechern. Beim Versuch, die Patientin zu mobilisieren, schreit sie schon, bevor man sie überhaupt anlangt. Erst als nach dem Schichtwechsel ein erfahren wirkender, kräftiger Pfleger kommt, kann die Patientin am Böckli mobilisiert werden.

Post-Fall-Syndrom oder Fear of Falls

- **Definition:** Teilweise oder vollständige Unfähigkeit ohne fremde Hilfe zu stehen oder zu gehen ohne offensichtliche organische Ursache nach Erleiden eines Sturzes.
- **weitere Merkmale:**
 - Als Folge davon Anklammern und Greifen nach Halt in der Umgebung
 - Bei Unterstützung durch eine Hilfsperson praktisch normales Stehen und Gehen möglich

Risikofaktoren für Post-Fall-Syndrom

- Alter über 75 Jahre
- Vorgängig mehrere Stürze
- Eingeschränkte Mobilität vor dem Sturz
- Hilfsloses Liegenbleiben nach dem Sturz (> 1 h)
- Angst
- Angststörungen in der Anamnese
- Kognitive Beeinträchtigung

Therapie

Voraussetzung: Erkennen des Problems

Physiotherapie:	}	Sanfter Druck
		Realistische Ziele
Ergotherapie:	}	keine Überforderung/keine Unterforderung
Psychotherapie:		in ausgewählten Situationen
Antidepressiva:		Versuch mit SSRI
Anxiolytika:		nicht indiziert, lösen zwar Angst, aber erhöhen Sturzgefahr

Fallbeispiel

Ein 72-jähriger, noch recht rüstiger ehemaliger Raucher und Unternehmer, der bislang recht gerne noch seine ebenfalls rüstige Frau im Appenzellerland im eigenen Auto umherchauffierte, wurde vor vier Wochen rechts Unterschenkel amputiert. Nach einer kurzen Rehabilitationsphase und Anpassen einer Prothese wurde er wieder nach Hause entlassen. Jetzt kommt der Patient auf den Notfall und klagt über starke Schmerzen im rechten Fuss.

Wir behandeln den ganzen Menschen.....

bio	psycho	sozial	spirituell
z.B.Schmerz Kachexie Übelkeit Schwäche	Selbstbild Depression Angst Stress	Rollenverlust Familie Beruf Finanz	Tod Sinn Einsamkeit Lebensbilanz

Fallbeispiel

- a. Eine 93-jährige, alleine lebende, sozial gut eingebettete und rüstige Patientin ist beim täglichen Spaziergang auf Eis ausgerutscht und kommt mit Verdacht auf Schenkelhalsfraktur auf den Notfall. Das Bein ist typisch verkürzt und aussenrotiert und die Patientin kann nicht mehr darauf stehen.

- b. Eine 93-jährige, seit zwei Jahren im Pflegeheim lebende, immobile Patientin ist wegen nächtlicher Unruhe aus dem Bett gestürzt und kommt mit Verdacht auf Schenkelhalsfraktur auf den Notfall. Das Bein ist typisch verkürzt und aussenrotiert und die Patientin hat starke Schmerzen bei jeder Berührung.

Bioethische Prinzipien der Entscheidungsfindung

- Prinzip des Respekts der Person (**Autonomieprinzip**), ihrer Rechte, Bedürfnisse, Wünsche, Hoffnungen
- Prinzip des **Wohl-Tuns**
- Prinzip des **Nicht-Schadens**
- Prinzip der (sozialen) **Gerechtigkeit**, das für alle Personen einen gleichwertigen Zugang zu den Behandlungen beinhaltet

Zusammenfassung

- Schmerz im Alter ist häufig und oft unterbehandelt
- Schmerz ist nicht gleich Schmerz, deshalb bio-psycho-sozial erheben und behandeln
- Schmerztherapie wie bei Jüngeren, aber...
 - Vorsicht NSAR
 - Tramal wird weniger gut vertragen als Morphin / Palladon / Targin
- Nichtmedikamentöse Massnahmen erwägen, oft in Kombination mit Analgetika und Co-Analgetika
- Realistische Ziele für die Therapie setzen
- Zeit (und Zuwendung) heilt auch bei Schmerz manche Wunden



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Lai Blau, Val Tuoi (Unterengadin), Sommer 2022.....

Literatur

- «Schmerzmanagement beim älteren Menschen: Besonderheiten und praktische Empfehlungen»

Felder M. et al.

Broschüre nur noch elektronisch (mundipharma)

- «Medikamentöse Schmerztherapie im fortgeschrittenen Alter»

Christoph Baerwald, Franziska Luttosch

ÄrzteWoche, 2015

- «Schmerztherapie bei multimorbiden Patienten»

Siegenthaler, A.

Praxis 2015;104 (22): 1211-1216