



## FACT SHEET No. 6

# Palliativbetreuung für ältere Erwachsene mit Schmerzen

Weltweit wird sich die Anzahl an Personen über 60 bis zum Jahr 2050 verdoppeln. [11] Aufgrund der verlängerten Lebenszeit wird sich die Anzahl der Personen, die mit Multimorbidität, Gebrechlichkeit und chronischen Krankheiten wie Nieren- oder Herzinsuffizienz leben und daran sterben, vervielfachen. Dazu kommt, dass ältere Erwachsene oft signifikantem psychosozialen Stress ausgesetzt sind wie etwa durch Trauerfälle oder den Verlust der eigenen Unabhängigkeit.

## Was ist Palliativbetreuung?

Palliativbetreuung hat zum Ziel, durch frühzeitige Identifikation, detaillierte Begutachtung und Symptombehandlung die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern und Leiden zu lindern. [4] Dies bedingt:

- Die Kombination geriatrischer Medizin und Palliativbetreuung, die die sozialen, geistigen und Umgebungsbedingungen mit einbezieht
- Ein Verständnis von Multimorbidität, sicheres Verschreibungsverhalten und Multidisziplinarität
- Vorrangig gute Kommunikation und das Berücksichtigen von Autonomie, Mitbestimmung bei Entscheidungen sowie ethischen Überlegungen
- Das Arbeiten mit älteren Personen und deren Angehörigen über verschiedene Lebenssituationen hinweg (Zuhause, in der Langzeitpflege, im Hospiz und im Krankenhaus) und während der Übergänge zwischen diesen Phasen [7]

## Schmerzbeurteilung

Wie ältere Personen Schmerz empfinden und berichten hängt von einer Vielzahl sozialer und psychologischer Faktoren ab, unter anderem von der Beherrschtheit, was zu einer Unterschätzung von Schmerzen führen kann. [2] Der Goldstandard bleibt die Eigenbeschreibung. [3] Fragen zum Schmerz beinhalten drei Schlüsseldimensionen:

1) sensorisch, 2) affektiv und 3) einwirkend [8].

## Demenz und kognitive Einschränkungen

Die Beschreibung von Schmerz kann für ältere Personen mit kognitiven Einschränkungen aufgrund von Demenz oder anderen neurodegenerativen Erkrankungen, Schlaganfällen, kulturellen und sprachlichen Faktoren schwierig sein. Viele Demenzkranke können über ihren Schmerz gut berichten [12], aber es ist wichtig, auch das Umfeld zu betrachten. Direkte Beobachtungen oder validierte Beobachtungsinstrumente stellen einen Zusammenhang zwischen Schmerz und Verhaltensänderungen her. [9] Die Guidelines der American Geriatrics Society [3] beinhalten eine Vielzahl an Indikatoren:

	Domäne	Beispiel
1	Gesichtsausdruck	Stirnrunzeln
2	Verbalisierungen und Vokalisierungen	Stöhnen, Gurren
3	Körperbewegungen	Abschirmen eines Körperteils, Schreien
4	Veränderungen von Interaktionen	Entwicklung von Zurückgezogenheit, Aggression
5	Änderungen von Aktivitäten oder Routinen	Appetit, Aktivitäten des täglichen Lebens, Schlaf
6	Veränderungen des Geisteszustands	Delirium, Weinerlichkeit, Weinen

Die meisten Beobachtungsinstrumente beinhalten Elemente dieser Domänen. Oft verwendete Instrumente sind die Abbey Pain Scale [1], das Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) [10], und die Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) [5].

## Prinzipien der Betreuung

Nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden wie Bewegung, Hilfsmittel oder Entspannungsübungen können als erste Wahl ebenso wirksam sein wie topische Präparate, etwa NSAR für lokalisierte muskuloskeletale Schmerzen. [2] Die pharmakologische Behandlung älterer Erwachsener mit Schmerzen kann herausfordernd sein. Der gleichzeitige Gebrauch mehrerer Arzneimittel ist häufig und verändert die Metabolisierung und Ausscheidung von Medikamenten, wodurch sich das Risiko für Wechselwirkungen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen erhöht. Zur Minimierung des Risikos unerwünschter Arzneimittelwirkungen bestehen folgende Empfehlungen (AGS 2009, [2]):

- Verschreiben nach dem Stufenschema der Schmerztherapie der WHO (<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/>)
- Beginn mit einem Medikament in geringer Dosierung, langsame Dosissteigerung bis zum Wirkeintritt
- Wahl des am wenigsten invasiven Administrationsweges

Weltweit wird sich die Anzahl an Personen über 60 bis zum Jahr 2050 verdoppeln. [11] Aufgrund der verlängerten Lebenszeit wird sich die Anzahl der Personen, die mit Multimorbidität, Gebrechlichkeit und chronischen Krankheiten wie Nieren- oder Herzinsuffizienz leben und daran sterben, vervielfachen. Dazu kommt, dass ältere Erwachsene oft signifikantem psychosozialen Stress ausgesetzt sind wie etwa durch Trauerfälle oder den Verlust der eigenen Unabhängigkeit.

## Was ist Palliativbetreuung?

Palliativbetreuung hat zum Ziel, durch frühzeitige Identifikation, detaillierte Begutachtung und Symptombehandlung die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern und Leiden zu lindern. [4] Dies bedingt:

- Die Kombination geriatrischer Medizin und Palliativbetreuung, die die sozialen, geistigen und Umgebungsbedingungen mit einbezieht
- Ein Verständnis von Multimorbidität, sicheres Verschreibungsverhalten und Multidisziplinärität
- Vorrangig gute Kommunikation und das Berücksichtigen von Autonomie, Mitbestimmung bei Entscheidungen sowie ethischen Überlegungen
- Das Arbeiten mit älteren Personen und deren Angehörigen über verschiedene Lebenssituationen hinweg (Zuhause, in der Langzeitpflege, im Hospiz und im Krankenhaus) und während der Übergänge zwischen diesen Phasen [7]

	Indikation	Anmerkungen
Paracetamol/Acetaminophen	Muskuloskeletaler Schmerz und Arthrose	Effektives und sicheres Analgetikum
NSAR, z.B. Naproxen, Ibuprofen	Muskuloskeletaler Schmerz und Arthrose, wenn Paracetamol nicht wirksam ist	Höheres Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Gastrointestinale Blutungen, kardiovaskuläre Nebenwirkungen (erhöhtes Risiko arterieller Hypertension, Herzinsuffizienz) und Verschlechterung chronischen Nierenversagens
Codein	Schwach wirksames Opioid für moderate Schmerzen	Sedierung, Halluzinationen, Delir, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Harnverhalt, Stürze, Frakturen. Fentanyl und Buprenorphin sind als Pflaster erhältlich, aber für Opioid-naive Patienten ungeeignet
Morphin, Oxycodon, Fentanyl	Starke Opioide für starke Schmerzen mit und ohne onkologische Ursache	
Amitriptylin	Neuropathischer Schmerz	Posturale Hypotension, Herzrhythmusstörungen, Harnverhalt, Glaukom sowie Verschlechterung der kognitiven Funktion
Pregabalin, Gabapentin	Neuropathischer Schmerz	Anxiolytischer und sedierender Effekt

## Zusammenfassung

Ein palliativer Betreuungszugang stellt sicher, dass Symptome und Behandlungsziele regelmäßig überprüft werden. Das Festlegen eines "oberen Limits" der Behandlung mit Betroffenen und Angehörigen im Rahmen der Entwicklung eines Plans zur Therapieeskalation unterstützt das Schmerzmanagement durch Überlegungen wie etwa die Beendigung schmerzhafter Interventionen. Das Risiko, Betroffene am Lebensende durch ängstigende Veränderungen der Lebenssituation, vor allem

durch die Überweisung ins Krankenhaus, zu belasten wird vermindert. [6] In der Palliativbetreuung wird das Konzept des "Gesamtschmerz" betrachtet und festgelegt, dass psychologischer Stress das Empfinden von Schmerz und Leid beeinflussen kann.

## REFERENZEN

- [1] Abbey J, Piller N, DeBA, Esterman A, Parker D, Giles L, Lowcay B. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *IntJPalliatNurs* 2004;10(1):6-13.
- [2] Abdulla A, Bone M, Adams N, Elliott AM, Jones D, Knaggs R, Martin D, Sampson EL, Schofield P. Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people. *Age Ageing* 2013;42(2):151-153.
- [3] American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6 Suppl):S205-224.
- [4] Davies E, Higginson IJ. Better palliative care for older people, 2004.
- [5] Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain ManagNurs* 2004;5(1):37-49.
- [6] Obolensky L, Clark T, Matthew G, Mercer M. A patient and relative centred evaluation of treatment escalation plans: a replacement for the do-not-resuscitate process. *J Med Ethics* 2010;36(9):518-520.
- [7] Pautex S, Curiale V, Pfisterer M, Rexach L, Ribbe M, Van Den Noortgate N. A common definition of geriatric palliative medicine. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(4):790-791.
- [8] Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, British Pain Society. The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, Vol. 8, 2007.
- [9] Scherder E, Herr K, Pickering G, Gibson S, Benedetti F, Lautenbacher S. Pain in dementia. *Pain* 2009;145(3):276-278.
- [10] Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4(1):9-15.
- [11] World Health Organisation. Global Health Observatory (GHO) data; mortality and global health estimates, Vol. 2017, 2017.
- [12] Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain* 2006;126(1-3):210-220.

## AUTOREN

Elizabeth L Sampson, PhD  
Marie Curie Palliative Care Research Department,  
University College London  
London, United Kingdom

Sophie Pautex, MD  
Division of Palliative Medicine  
University Hospital Geneva, Geneva University  
Geneva, Switzerland

## ÜBERSETZER

Österreichische Schmerzgesellschaft [www.oesg.at](http://www.oesg.at)

Dr. Anna Vavrovsky, MSc  
Academy for Value in Health GmbH  
Wien, Österreich