

Eigene Leitlinie für das Schmerzmanagement bei geriatrischen Patienten

In Deutschland und auch in der Schweiz ist etwa ein Fünftel der Bevölkerung über 65 Jahre alt. Dieser Anteil wird in den nächsten Jahren weiter steigen. In diesem Altersabschnitt werden Multimorbidität und Polypharmazie häufiger, ebenso Immobilität, Sturzneigung, kognitive Defizite und Schmerzen. Um diese Patientengruppe spezifischer behandeln zu können und die Patientensicherheit zu erhöhen, wurde die S3-Leitlinie «Schmerzmanagement bei geriatrischen Patienten (GeriPAIN)» erstellt.

Geriatrische Patienten werden einerseits definiert durch eine geriatritypische Multimorbidität, das heisst mindestens zwei chronische Erkrankungen mit einer alltagsrelevanten Aktivitätsbeeinträchtigung, und andererseits durch ein höheres Lebensalter. In einem höheren Lebensalter sind in der Regel Menschen ab dem 70. Lebensjahr, bei einer ausgeprägten geriatritypischen Multimorbidität jedoch schon ab 60 Jahren. Ab 80 Jahren werden Patienten immer als geriatrisch bezeichnet. Zu einer geriatritypischen Multimorbidität tragen u.a. chronische Schmerzen, Inkontinenz, kognitive Defizite, starke Sehbehinderung oder Schwerhörigkeit, Frailty, Fehl- und Mangelernährung bei. Geriatritypische Defizite können auch die gemeinsame Entscheidungsfindung beeinträchtigen. Dennoch ist es angemessen, die Entscheidung über künftige Massnahmen zusammen mit den Patienten zu treffen, unabhängig von deren Gesundheitskompetenz oder Alter. Dazu sollten ihnen verständliche Informationen zur Verfügung gestellt und häufige Ängste und Sorgen angesprochen werden. Hierzu gehören z.B. Abhängigkeit von Schmerzmedikamenten, unerwünschte Wirkungen, wie beispielsweise Stürze, Beeinträchtigung der Kognition, beschleunigter Eintritt des Todes oder Atemdepression, sowie der Verlust von Selbstständigkeit/Einschränkung der Autonomie durch Schmerztherapie, Überdosierung und Sedierung.

Schmerzerfassung wichtig

Nicht immer teilen geriatrische Patienten ihre Schmerzen mit. Stoische Verhaltensmuster, Stolz, Negierung von Schmerzen oder kognitive Defizite können Gründe dafür sein. Um vorhandene Schmerzen dennoch nicht zu übersehen, ist die Schmerzerfassung bei geriatrischen Patienten besonders wichtig. Ziel ist dabei das Erreichen einer stabilen Schmerzsituation mit einem akzeptablen Schmerzmass. Bei der Schmerzerfassung soll auch darauf geachtet werden, dass die Betroffenen ihre Brille und das Hörgerät anhaben, und es sollen offene Fragen mit patienteneigenen Worten gestellt werden, wie z.B. «Tut es irgendwo weh?». Bei Verwendung von Skalen soll eine ausreichend grosse Schrift in Schwarz auf weissem Hintergrund verwendet werden. Anschliessend erfolgt ein Schmerzassessment. Dieses soll die Schmerz-

historie, mögliche Komorbiditäten, Schmerzmedikation und die verschiedenen Schmerzdimensionen inkl. des (non-, para-)verbalen Schmerzverhaltens erfassen. Die daraus gewonnenen Informationen bilden die Grundlage des Behandlungsplans mit medikamentösen und nicht medikamentösen Interventionen.

Bei Patienten mit kognitiver Einschränkung muss überprüft werden, ob sie die Frage verstanden haben, ob es Verhaltensauffälligkeiten gibt, die auf ein Schmerzgeschehen hinweisen könnten, und eventuell eine Fremdanamnese eingeholt werden.

Nicht medikamentöse Interventionen

Bei muskuloskelettalen Schmerzen ist körperliche Aktivierung, ohne oder mit Unterstützung therapeutischer Interventionen, zur Reduktion der Schmerzintensität, Verbesserung der Funktionalität und Lebensqualität empfohlen. Digitale Rehabilitationsmassnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität können dabei erwogen werden.

Bei chronischen Schmerzen (> 3 Monate persistierend) sollten Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie zur Schmerzreduktion angewendet werden sowie achtsamkeitsbasierte Interventionen zur Verbesserung der schmerzbezogenen Funktionalität und des mentalen Wohlbefindens. Mind-Body-Übungen wie z.B. Yoga, Tai Chi oder Qigong sowie musikbasierte Interventionen können zur Schmerzreduktion und Steigerung der Lebensqualität erwogen werden. Weitere Interventionen wie digitale Rehabilitationsmassnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität können ebenfalls in Betracht gezogen werden.

Medikamentöse Massnahmen

Weil geriatrische Patienten häufig multimorbid sind und vermutlich eine Vielzahl an Medikamenten einnehmen müssen, sind mögliche Interaktionen mit einer Schmerztherapie zu beachten. Ausserdem ist auch mit einer altersbedingten Veränderung der Pharmakokinetik wie z.B. hinsichtlich der Bioverfügbarkeit oraler Wirkstoffe, der Wirkstoffverteilung, des hepatischen Metabolismus und der Nierenfunktion zu rechnen. Daran ist auch bei einer Opioidtherapie im höheren

Alter zu denken, die bei diesen Patienten eine längere Wirkdauer aufweisen kann. Zu beachten ist dabei aber, dass die Gruppe der geriatrischen Patienten eine grosse Heterogenität aufweist, sodass Entscheidungen stets auf die individuelle Situation angepasst werden müssen.

Die Therapie mit Analgetika und Co-Analgetika soll bei geriatrischen Patienten in tiefer Dosierung begonnen und bei Bedarf und Verträglichkeit langsam gesteigert werden. Wirksamkeit und Verträglichkeit sollen engmaschig kontrolliert werden. Zur Auswahl von Analgetika, Co-Analgetika und Adjuvantien für geriatrische Patienten können die Hinweise der PRISCUS-Liste und der FORTA-Kriterien dienen. Werden Antidepressiva zur Mitbehandlung bei neuropathischen Schmerzen eingesetzt, sollten kardiale Komorbiditäten sowie mögliche Interaktionen mit anderen Medikamenten (z.B. Verlängerung der QT-Zeit) berücksichtigt werden. Trizyklische Antidepressiva können stark anticholinerg sein und Nebenwirkungen wie kognitive Beeinträchtigungen, Obstipation und Blasenfunktionsstörungen hervorrufen. In der PRISCUS-Liste sind Tilidin, andere Opioide, ggf. Metamizol, Paracetamol, Ibuprofen und Naproxen mit und ohne Protonenpumpenhemmer empfohlen. FORTA taxiert Paracetamol als unverzichtbar und Metamizol, Opioide und Duloxetin als vorteilhaft. Gemäss GeriPAIN können Paracetamol und Metamizol zur nicht tumorbedingten Schmerztherapie unter strikter Abwägung von Nutzen und Risiko und der Beachtung von Interaktionen und Kontraindikationen erwogen werden.

Bei Opioiden zu beachten

Opioide können bei geriatrischen Patienten mit entsprechender Indikation unter strikter Abwägung von Nutzen und Risiken sowie der Beachtung von Arzneimittelwechselwirkungen und Kontraindikationen erwogen werden. Weil jedoch kaum Evidenz für die Anwendung von spezifischen Opioiden bei dieser Population besteht, ist dazu die nicht altersgruppenspezifische S3-Leitlinie «Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS)» (siehe *Linktipps*) zu konsultieren. Als mögliche altersassoziierte Indikationen für einen langfristigen Einsatz von Opioiden gelten darin chronische Schmerzen bei Dekubitus Grad 3 und 4 sowie chronische Schmerzen bei fixierten Kontrakturen bei pflegebedürftigen Patienten. Bei muskuloskelettalen Schmerzen zeigen Opioide bei älteren Patienten dagegen einen geringen Effekt auf die Schmerzintensität und die Funktionsfähigkeit.

Das Erreichen realistischer Behandlungsziele, Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen und der Medikamentenverbrauch sollten bei geriatrischen Patienten, die Opioide zur Schmerzlinderung einnehmen, regelmässig überwacht werden. Auf ein mögliches Serotonin- oder anticholinerges Syndrom ist zu achten, denn vor allem bei einer kombinierten Therapie von Opioiden mit Antidepressiva oder Neuroleptika steigt die cholinerge Last. Ältere Menschen sind besonders empfindlich für anticholinerge Nebenwirkungen.

Für den Einsatz von Tramadol wird wegen des ungünstigen Nebenwirkungsprofils mit Müdigkeit, Obstipation, Schwindel, Übelkeit und eines möglicherweise erhöhten Delirrisi-

LINKTIPPS



S3-Leitlinie Schmerzmanagement bei geriatrischen Patienten (GeriPAIN)



S3-Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS)

kos starke Zurückhaltung empfohlen. Zur Behandlung der opioidinduzierten Obstipation sind Stuhlweichmacher und Laxanzien sowie eine ausreichende Trinkmenge empfohlen.

Krankheitsspezifische Empfehlungen

Bei schmerzhaften nächtlichen Skelettmuskelkrämpfen sollten tägliche Dehnungsübungen der Waden- und Oberschenkelmuskulatur durchgeführt werden. Eine prophylaktische Einnahme von Magnesium ist wegen fehlenden Effekts dagegen nicht empfohlen. Bei einem nicht spezifischen Kreuzschmerz soll eine körperliche Aktivierung mit oder ohne Unterstützung therapeutischer Interventionen zur Reduktion der Schmerzintensität und Verbesserung der Funktionalität angewandt werden. Bei geriatrischen Patienten ohne kognitive Einschränkung hilft zusätzlich eine strukturierte Patientenschulung. Sind degenerative lumbale Spinalkanalstenosen die Ursache des Schmerzes, ist körperliche Aktivierung mit oder ohne therapeutische Interventionen ebenfalls empfohlen. Zusätzlich kann die Anwendung von manueller Therapie zur Reduktion von Bein- und Rückenschmerzen und Verbesserung der Gehfähigkeit erwogen werden. Bei arthrosebedingten Gelenkschmerzen empfiehlt die Leitlinie regelmässige körperliche Aktivität und die Anwendung von topischen nicht steroidal Antirheumatika (NSAR). Bei Schmerzen nach osteoporosebedingten Frakturen sollten angeleitete körperliche Aktivierung und die Vermittlung von Copingstrategien zur Reduktion der Schmerzintensität und zur Steigerung der Lebensqualität und Funktionalität angeboten werden. Bei geriatrischen Patienten mit einer Post-Zoster-Neuralgie sollte eine einmalige Anwendung von hochkonzentrierten Capsaicin-Pflastern (8%) erfolgen. Nach einer Anwendung von 30–90 Minuten wurde eine signifikante Schmerzreduktion von bis zu 12 Wochen Dauer beschrieben. Eine Wiederholung zeigte weniger eindeutige Effekte und ist daher nur zu erwägen, wenn bei der Erstanwendung eine relevante Schmerzreduktion eingetreten ist. Eine topische Therapie mit Lidocain kann erwogen werden. □

Valérie Herzog

Quelle: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V., UVSD SchmerzLOS e.V. (Hrsg.): S3-Leitlinie Schmerzmanagement bei Geriatrischen Patienten in allen Versorgungssettings (GeriPAIN). AWMF-Registernummer: 145/005. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-005>. Letzter Zugriff: 12.11.25