

■ Schmerz im Alter – die besondere Herausforderung

Der Anteil alter Menschen in der Gesamtgesellschaft nimmt stetig zu. Die IASP beschrieb in Ihrer Kampagne 2006/2007 „global year against pain – pain in the elderly“ (www.iasp-pain.org) einen erwarteten „dramatischen Anstieg“ alter (Schmerz-)Patienten. Bis 2050 wird in den hoch entwickelten Industriestaaten der Anteil von Menschen über 65 Jahre von derzeit 17,5 % auf über 36 % steigen. Der Anteil von über 80-Jährigen wird sich verdreifachen. Die IASP wollte damit die Aufmerksamkeit auf besondere Problemgruppen von Schmerzpatienten lenken, hier die der älteren Schmerzpatienten. Die DGS beleuchtet dieses Problem in diesem Beitrag besonders unter dem Blickpunkt der praktischen Versorgung. Warum liegt bei älteren Schmerzpatienten ein besonderer Fokus? Sind ältere Schmerzpatienten anders? Dies fragt SanRat Dr. Oliver Emrich, Allgemeinarzt und Anästhesist, Vizepräsident der DGS und ärztlicher Leiter des Schmerzzentrums Ludwigshafen am Rhein.

Die Prävalenz von Schmerzen in den höheren Altersgruppen ist noch nicht einmal das entscheidende Problem. Hatte 2003 der „pain in Europe survey“ und andere epidemiologische Untersuchungen einen Anteil von ca. 20 % der Bevölkerung, die an chronischen Schmerzen leidet, identifiziert, dann gilt dies ähnlich auch für die Gruppe alter Menschen. Das Besondere ist aber unter anderem, dass im Alter die Sensibilität gegenüber Schmerz reduziert sein kann („Schmerz gehört eben zum Alter dazu“), was aber nicht heißt, dass ältere Menschen weniger Schmerz spüren. Bestimmte Schmerzprävalenzen nehmen sogar ab, beispielsweise Migräne Krankheiten, andere nehmen exponentiell zu, beispielsweise die mit der Degeneration des Bewegungs- und Nervensystem verbundenen (Arthrose, dementielle Erkrankungen). Damit nehmen häufig die mit Schmerz assoziierten objektiven Behinderungen zu. Es kommt mit oder ohne signifikante Schmerzen zum Nachlassen physiologischer, sozialer und psychologischer Kompetenz mit und ohne Schmerz. Mit Schmerz aber in einem weit gravierenderem Ausmaß und Ausprägung.

Verlustszenarien in Familie und Freundeskreis, Nachlassen der persönlichen Unabhängigkeit in Bewegung und Denken, möglicherweise zunehmendes Angewiesensein auf fremde oder familiäre Hilfe tragen zu Leid, Angst, Depression und letztlich auch zu Schmerz bei (vice versa). Demgegenüber wird Schmerz im Alter aber unterschätzt als marginales Problem, dem man z.B. in Pflegeheimen, falls überhaupt,

am häufigsten mit dem Aufkleben eines Schmerzpflasters Beachtung schenkt. Es ist viel zu wenig bekannt, das ebenfalls vernachlässigte Symptome wie Depression und Angst, Schlafstörungen, Gewichtsverlust und Störungen der Kognition mit Schmerz einhergehen (können), ja manchmal sogar sich als „Schmerz“ phänomenologisch äußern. Mit schwerstgradig nachlassenden kognitiven und kommunikativen Funktionen kommt es gar nicht selten zur Priorisierung von Phänomenen wie Agitiertheit, Grimassieren und schwerer Einschränkung von Mobilität als Ausdruck von Schmerz.

Diesen Phänomenen wird auch von Behandlerseite extrem zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt und Schmerz wird noch nicht einmal regelhaft quantifiziert, d.h. gemessen. Dabei würde es schon reichen, auf einer routinemäßig abgefragten VAS Schmerzstärke in der Visite Bezug zu nehmen. Dies geht natürlich auch in den Fällen schwerer kognitiver Defiziterkrankungen, wo „normale Schmerzmessinstrumente, wie der Deutsche Schmerzfragebogen“ vom Patienten nicht mehr ausgefüllt werden können, weil sie nicht mehr verstanden werden. Für diese Fälle stellt die DGSS den BESD zur Verfügung, den Beurteilungsbogen für Schmerzen bei Demenzerkrankungen, damit wir auch diesen besonders leidenden Menschen versuchen gerecht zu werden. **(Download unter: www.dgss.org/fileadmin/pdf/ak_alter_2007.doc)**

Obwohl wir erkennen, dass Schmerz im Alter zu einer wachsenden Herausforderung wird, sind schlüssige Antworten darauf bislang kaum vorhanden. Obwohl wir zunehmende Erkenntnisse gewinnen, dass die möglichen Interaktionen von Pharmaka allgemein und von Schmerz wirksamen im Besonderen möglicherweise mehr Schaden anrichten, als sie nützen, kommen alte Patienten regelhaft mit nicht unter 8 gleichzeitig verordneten Medikamenten aus einem Klinikaufenthalt.

Die besonderen Risiken antientzündlicher Pharmaka (NSAR) oder von Antidepressiva im Alter sind genauso hinreichend bekannt, wie sie wenig beachtet werden. Mit der Anzahl, der im Alter veränderten/verminderten Ansprechrate und des Metabolismus von Medikamenten extrem zunimmt, haben ältere Menschen die mit Abstand größte Anzahl gleichzeitig einzunehmender Pharmaka auf ihrem Medikamentenplan, falls sie überhaupt über einen solchen verfügen. Häufig versorgen ihre Angehörige sie noch in gutem Glauben mit Johanniskraut, Ginko und Grapefruitsaft, nur um 3



Luise Kerber, 102 Jahre, während der medizinischen Trainingstherapie.

Beispiele zu nennen, die extreme Auswirkungen in Form von Wechselwirkungen vieler eingenommener Medikation und Alterationen derer Blutspiegel haben können. Zwischen dem Unwirksamwerden von Medikamenten bis hin zu toxisch bedingten Todesfällen ist alles möglich. Von einer sicheren Arzneitherapie im Alter sind wir weit entfernt. Hilfe kommt vielleicht zunehmend von wachsenden pharmakologischen Datenbanken (www.psiac.de) (www.aidklinik.de), die sich im Zweifelsfall zur Interaktivität medikamentöser Therapieentscheidungen abfragen lassen.



Gerätgestützte Krankengymnastik bei chronischem Schmerzsyndrom.

Gleichwohl ist eine adäquate Schmerztherapie im Alter ein mangelhaft gelöstes Problem. Gefordert wären Leitlinien-gestützte Hinweise auf eine sichere Beschwerde-stratifizierte Arzneitherapie im Alter unter besonderer Berücksichti-

gung deren Wirkungen und Wechselwirkungen, und multimodale Programme zur Erhaltung oder möglichen Wiederherstellung von Autarkie im Rahmen der noch bestehenden Ressourcen eines alternden Menschen. Hier ist der noch genauso wenig bekannte, wie vorhandene Weg einer geriatrischen Rehabilitation. Hier wird ein plurimethodologischer Ansatz von „überlegter“ Medikation, medizinischer Trainings-therapie, Sporttherapie und Psychotherapie kombiniert unter besonderer Berücksichtigung des ganz persönlichen Umfelds der Patienten.

Fazit: Unseren derzeitigen Wissenstand über Schmerz und psychosoziale Funktion im Alter kann man weiter als sehr unvollständig bezeichnen. Hier benötigen wir dringend neue Erkenntnisse und die schnelle Verbreitung schon vorhandenen Wissens. Wir schulden dies dieser besonderen und wachsenden Problemgruppe.

Autoren:

SR Dr. med. Oliver Emrich
Vorstand Go-Lu, Vizepräsident DGS,
Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie

Zentrum für Allgemeinmedizin und
spezielle Schmerztherapie
Schmerzzentrum Ludwigshafen
Rosenthalstrasse 17 · D-67069 Ludwigshafen

Dr. Haarmann, Mannheim

Literatur bei den Verfassern

Alt, vielfach erkrankt und von Schmerzen geplagt:

■ Wie können wir Patienten in der Geriatrie bestmöglich betreuen?

Die Ziele der Palliativmedizin sind beim meist multimorbiden geriatrischen Patienten nicht per se divergent zu denen bei jüngeren Patienten. Diese sind: Schwerkranken Menschen ein lebenswertes Leben bis zuletzt zu ermöglichen, wobei auch die Angehörigen eng mitbetroffen sind und deshalb mitbeteiligt werden sollen. Dies erfordert eine stark individualisierte Behandlung, Pflege und Begleitung in einem geriatrisch-multidisziplinären Team. Dieses beinhaltet neben speziell geschulten Ärzten und Pflegefachpersonen auch Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten.

Eine ganz spezielle Herausforderung ist die palliativmedizinische Begleitung von Menschen mit Demenz. Gerade bei den „oldest old“ Personen ist die Demenz häufig Teil der Multimorbidität. So haben bei uns in einer Akutgeriatrie (Durchschnittsalter 2010 gut 83 Jahre) etwa ein Drittel der Patienten ein demenzielles Leiden, das meist nicht der primäre Grund zur Hospitalisation ist. Hier stellen sich oft Fragen wie Verläufe des Sterbens bei demenzieller Erkrankung, Schmerzerkennung und -behandlung (cave „Opiophobie“), Sinnhaf-

tigkeit einer Therapie bei Infektionen, Aspekte der (Mangel-) Ernährung inklusive Indikation zur PEG, respektive deren Benutzung.

Insgesamt ist die palliativmedizinische Betreuung (Hoch-) Betagter eine häufige Herausforderung für die geriatrisch Tätigen. Die Entwicklung spezialisierter Abteilungen innerhalb bestehender Geriatrien kann mithelfen, diesen quantitativ auch hochrelevanten Bereich der Palliativmedizin noch mehr ins allgemeine Bewusstsein zu rücken.

Autor:

Professor Dr. med. Cornel Sieber,
Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns,
Universität Erlangen-Nürnberg;
Chefarzt der Medizinischen Klinik II am Klinikum Nürnberg

anlässlich des 117. Kongresse der DGIM, Wiesbaden,
Mai 2011