

**Zeitschrift:** Infokara Deutschschweiz  
**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für Palliativmedizin  
**Band:** - (1994)  
**Heft:** 33

**Artikel:** Palliative Pflege für betagte Menschen. Teil 1  
**Autor:** Rapin, Ch.-H. / Bruyère, A. / Hausamann, H.  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091562>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 24.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Palliative Pflege für betagte Menschen

Ch.-H. Rapin, A. Bruyère, Genf

*Geriatrica 1991, vol.4, No 6*

---

## Schmerz, Angst, Ernährung und Wahrheit

Jeder kranke Mensch, egal welchen Alters, hat das fundamentale Recht zu erwarten, dass sein manchmal feindseliges Verhalten von Betreuenden berücksichtigt werde. Er hat Recht auf individualisierte Pflege die seine Beteiligung fördert und seine Würde respektiert. Er hat ebenfalls Recht auf seine Unabhängigkeit und auf seine Autonomie in den Bereichen wo er imstande ist, sie zu übernehmen.

Diese Philosophie führt zur globalen Betreuung des Kranken, unter Berücksichtigung seiner Vergangenheit, seiner Umwelt und seiner Möglichkeiten, um ihm ein Maximum an körperlichem sowohl wie geistlichem Wohlbefinden zuzusichern. Jeder Mensch, bewusst oder nicht, und besonders wenn er sich dem Sterben nahe fühlt, hat geistliche Bedürfnisse im weitesten Sinne des Wortes: Fragen nach Sinn, Bedürfnis nach Vergebung und Annahme. Ihn auf dieser Suche zu begleiten gehört zur Pflicht eines jeden der ihn umsorgt, und ist nicht allein Pflicht des Seelsorgers. Die tägliche Realität ist nicht so einfach. Deshalb kann palliative Pflege nur dann wirkungsvoll sein - und deren Ausübung erträglich - wenn alle Teammitglieder in Gruppen zusammenkommen, wo sie austauschen, sich aussprechen, sich stärken und ihre Interventionen harmonisieren können. Dies erfordert Schlichtheit, Aufmerksamkeit, Zurückhaltung, Offenheit und schliesslich Mut und Bescheidenheit, denn unsere Angst ist da, ansteckend.....

## Der Schmerz

In der Medizin ist der Schmerz das häufigste Symptom. Es ist gegenwärtig anerkannt, dass der Schmerz eines der Hauptsymptome bei 60 bis 80% der Krebspatienten in fortgeschrittenem Krankheitsstadium ist.

Hingegen ist die Auswirkung des Schmerzes bei betagten Menschen weniger bekannt. Eine Ueberprüfung dieses Problems hat ergeben, dass 25 bis 50% der alten Leute beträchtliche Schmerzprobleme aufweisen.

In Altersheimen ist dieses Symptom, gemäss gewissen Untersuchungen, bei 45 - 80% der Fälle vorhanden. Eine andere Studie hat ergeben, dass mehr als 60% der alten Patienten, einen Monat vor ihrem Tod an erheblichen Schmerzen leiden.

Wird dieses Symptom nicht korrekt untersucht und behandelt, führt dies oft zu bedeutenden Konsequenzen für die betagten Patienten: Depression, nachlassen der sozialen Tätigkeit, Schlafstörungen, Behinderungen in ihrer Mobilität.

Leider muss man feststellen, dass dieses Symptom trotz seiner zerstörerischen Auswirkung auf die Lebensqualität der Patienten, nicht genügend berücksichtigt wird. Medizin- und Krankenpflege-Handbücher schenken ihm oft nur wenig Beachtung.

Der Schmerz ist nicht einfach zu bestimmen, jedoch kann er nicht auf eine blosse Empfindung beschränkt werden, wie es gewisse Theorien befürworten. Gegenwärtig wird der Schmerz als eine komplexe Erfahrung betrachtet, die von Empfindungsreizen hervorgerufen wird und durch

Gedächtnis, Emotionen, Erwartungen oder Hoffnungen der Person beeinflusst wird. Die Rasse ändert die Schmerzempfindung nicht, beeinflusst jedoch deren psychosozialen Ausdruck.

Es ist nicht einfach, Schmerz zu definieren. Mangels besserer Definitionen wählen wir diejenige der International Association for the Study of Pain: "Schmerzen sind unangenehme Gefühle und Emotionen, die durch tatsächlich vorhandene Gewebeschäden oder durch potenziell schädigende Vorgänge hervorgerufen oder als solche beschrieben werden".

Also ist der Schmerz ein komplexes Phänomen, das sich nicht auf das beschränkt, was man mit unseren physiopathologischen Kenntnissen erklären kann. Einerseits beinhaltet er die Wahrnehmung eines Gefühls, andererseits die psychologische, emotionale und affektive Reaktion des Patienten. Den Schmerz kann man mit keinem Gerät messen: nur der Kranke kann ihn ausdrücken.

Entgegen dem akuten stellt der chronische Schmerz einen Zustand und kein Ereignis dar. Meistens verschärft sich der Zustand, nimmt nach und nach alle Aufmerksamkeit des Patienten in Anspruch, mobilisiert seine Kräfte und hindert ihn daran, einen Sinn im Leben zu finden.

Der chronische Schmerz gehört zu einem globalen Leiden mit mehreren Komponenten: physisch, psychologisch, sozial, familiär und geistig. Die Betreuung eines Patienten muss also umfassend sein, wir müssen diese verschiedenen Elemente berücksichtigen, jedoch immer zuerst die Schmerzen und andere Symptome lindern.

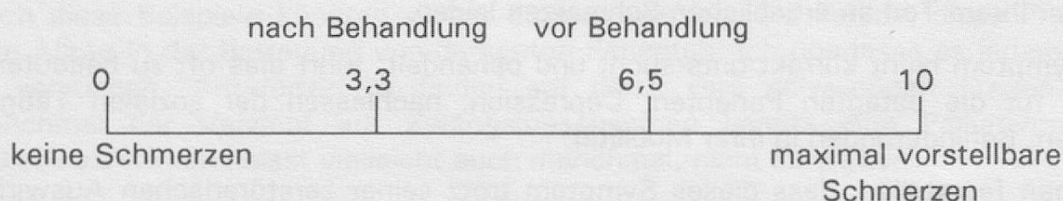
Das Unterscheiden zwischen akutem und chronischem Schmerz ist irreführend, aber wahrscheinlich notwendig, um das Phänomen zu verstehen. Der akute Schmerz ist ein unentbehrliches Alarmzeichen zur Bewahrung unserer körperlichen Integrität. Nachdem er seine Rolle erfüllt hat, wird er gefährlich und kann sogar töten.

Wir stellen auch fest, dass die mit akutem Schmerz verbundenen Zeichen sich nicht systematisch bei Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden, wiederfinden: beschleunigter Puls, erhöhter arterieller Blutdruck, erhöhte Atemfrequenz, Schweißausbruch.

Der Schmerz kann also die Morbidität und Mortalität erhöhen; dies ist für den postoperativen Schmerz bewiesen worden. Mehrere Studien beweisen, dass 30 bis 70% der Patienten mässige bis schwere Schmerzen nach einem chirurgischen Eingriff haben.

## Die "Messung" des Schmerzes

Eine Methode zur Messung des Schmerzes wäre sehr wünschenswert zur Erstellung eines Untersuchungsprojekts über den Schmerz und seine Behandlung. Leider gibt es noch keinen objektiven Parameter, keinen Laborwert, der zur Schmerzintensität proportioniert wäre. Man muss beobachten, zuhören und dem Patienten glauben.



## Ermittlung der Schmerzintensität

Dazu braucht man visuell-analoge Massstäbe, deren Nützlichkeit und Zuverlässigkeit anerkannt sind. Es handelt sich um eine 10 cm lange Linie, bei welcher das linke Ende einer vollkommenen Schmerzlosigkeit entspricht, das rechte Ende dem maximalen vorstellbaren

Schmerz. Der Patient notiert auf der Skala die Schmerzstärke während der Befragung, oder einem Mittelwert entsprechend den letzten 24 Stunden (siehe obiges Schema).

Der Patient schätzt hier die Wirkung der schmerzlindernden Behandlung. In diesem Beispiel wird die Schmerzintensität mit 6,5 zu Beginn und mit 3,3 nach einer Behandlung geschätzt. Die Schmerzlinderungsrate beträgt also 52%.

## Schwelle des Schmerzes

Es ist bekannt, dass Kinder und betagte Menschen weniger Schmerzen haben als die Erwachsenen. Diese Behauptung hat zu zahlreichen Dramen geführt und diese düstere Seite der Medizin sollte endgültig gewendet werden. Es ist noch nicht lange her, dass bei Frühgeburten die Anästhesie die alleinige Kurarisierung ersetzt hat.

Bei betagten Menschen kann der Schmerz extrem verschiedenartige klinische Ausdrücke aufweisen, wie Erregtheit, Verwirrung, Depression, Stummheit, sich Gehen lassen, sogar die Bitte nach Euthanasie. Obwohl einige Studien zum Schluss kamen, dass eine erhöhte Schmerzempfindung beim alten Menschen vorhanden ist, existiert gegenwärtig kein Werk, das beweist, dass die Schmerzschwelle verändert ist. Unsere Fähigkeit dieses Symptom zu erfassen kann beeinträchtigt werden, wenn der Patient Kommunikationsstörungen aufweist, wie z.B. bei apathischen Patienten, im Koma, Demenz oder Verwirrtheit. Ihr Verhalten, ihr Gesichtsausdruck, ihre Körperhaltung, ihre Schlafstörungen, die Herz- oder Atemfrequenz und Schweissausbrüche können Barometer ihrer Schmerzintensität darstellen. Für diese Patienten gibt es noch keine gültige und breit akzeptierte Skala.

## Behandlung des Krebsschmerzes

Aufgrund der Erfahrung der englischen Hospize und ihrer Pioniere, wie z.B. Cicely Saunders und Robert Twycross, hat die Weltgesundheitsorganisation einen Behandlungsführer erarbeitet zur Behandlung der Krebsschmerzen. Dessen Prinzip beruht auf der Anwendung von immer wirksameren analgetischen Mitteln und auf der Anwendung von ergänzenden Medikamenten zur Behandlung von spezifischen Symptomen. Ventafridda et al. haben die Effizienz dieser Methode bewiesen.

Unter den biologischen Parametern hat das Alter eine grosse Bedeutung.

Zahlreiche Schriften betonen die Erhöhung der Sensibilität auf opiathaltige Mittel bei alten Menschen. Unsere institutionelle Erfahrung hat hingegen das Gegenteil bewiesen. Mehrere Studien, darunter eine im Rahmen einer multizentrischen Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation über die Schmerzbehandlung, hat bestätigt, dass das Alter kein Hindernis darstellt für die Aufnahme einer schmerzstillenden Behandlung mit Opiaten. Untersucht wurden 60 Patienten mit einer Krebserkrankung, die unter Schmerzen litten und im Spital vom Beginn einer systematischen schmerzstillenden Behandlung bis zu ihrem Tod beobachtet wurden. Es handelte sich um 36 Frauen und 24 Männer im Alter von  $76,6 \pm 8,3$  Jahren (extreme 61-93 Jahre). 50 waren im Centre de soins continus und 10 waren im Geriatriespital hospitalisiert. Die Dauer der analgetischen Behandlung betrug im Durchschnitt  $42 \pm 38$  Tage (bis maximal 168 Tage).

Alle Patienten erhielten eine Schmerzbehandlung gemäss Schema der WHO mit stufenweiser Progression und fortlaufend verabreicht in Abständen von 4 Stunden.

## Ergebnisse Linderung des Schmerzes

Für die Gesamtheit der Patienten wurde eine mittlere Linderungsrate von  $77 \pm 16\%$  auf die totale Behandlung erzielt. Nach einem Monat Behandlung (für die 34 überlebenden Patienten) betrug dieses Ergebnis durchschnittlich  $90 \pm 13\%$  und dies beweist, dass die schwierigste Zeit diejenige der Anpassung, der Behandlung ist. Während der Woche vor dem Tod (als der

Patient noch fähig war, seinen Schmerz zu bewerten, betrug das Ergebnis  $95 \pm 12\%$ . 73% der Patienten erfuhren eine 100%-ige Schmerzkontrolle. Das durchschnittliche Linderungsergebnis unter Aspirin oder Paracetamol beträgt 54% (14 Patienten). Diejenigen, welche mit Kodein behandelt wurden (27 Patienten) haben ein Ergebnis von 61%. Das Ergebnis beträgt 86% für die 54 Patienten, welchen Morphin verabreicht wurde. Wenn man die Ergebnisse der Behandlungsstufen vergleicht, stellt man fest, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den Stufen Aspirin und Kodein ( $p = 0,47$ ) besteht. Hingegen ist die mit Morphin erzielte Schmerzlinderungsqualität, verglichen mit Kodein, signifikant besser ( $p = 0,0001$ ).

### **Einfluss der Dauer der Schmerzperiode vor Einführung der systematischen Schmerzbehandlung.**

Die Hälfte der Patienten litten seit weniger als drei Monaten, ihr Linderungsergebnis, alle Etappen eingeschlossen war 81%. Bei denen, welche seit mehr als drei Monaten nicht erleichtert waren, überstieg das Ergebnis nicht 66% ( $p = 0,02$ ). Dieser Unterschied leitet und dazu, das "Schmerzgedächtnis" in Erwägung zu ziehen.

### **Schmerzgedächtnis**

Zwei besondere klinische Zustände erinnern uns daran, dass der Schmerz ein komplexes Phänomen ist: Schmerzen nach Gürtelrosen und nach Amputationen. Watson et al. haben Patienten studiert, die eine Gürtelrose hatten, und nach ihrem Tod wurde eine Autopsie durchgeführt. Die klinisch-pathologische Konfrontation zeigte eine Atrophie des Hinterhorns des Rückenmarks mit Entmyelinisation und Fibrose des sensitiven Ganglions. Die Schwierigkeit, die Schmerzen bei diesen Patienten zu beherrschen, kommt durch eine Art Schmerzgedächtnis oder somato-sensitives Gedächtnis zustande. Zwei weitere wichtige Studien haben unser Wissen verbessert. Von 929, in Oxford operierten Patienten, verlangten diejenigen, welche nur eine Generalanästhesie erhielten, ihre erste Schmerzmitteldosis weniger als zwei Stunden nach dem Erwachen. Diejenigen, welche eine opiathaltige Prämedikation und eine Generalanästhesie erhielten, verlangten sie erst mehr als 5 Stunden nach Erwachen; mit einer Lokalanästhesie, 8 Stunden, und mit opiathaltiger Prämedikation und Lokalanästhesie, mehr als 9 Stunden nach dem Erwachen.

Die zweite Studie betrifft die Phantomschmerzen bei Amputierten infolge eines Diabetes oder einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. Patienten, die einen Epiduralblock mit Bupivakain und/oder Morphin schon 3 Tage vor der Amputation erhalten hatten, verspürten keine Phantomschmerzen 6 bis 12 Monate nach der Operation, gegenüber 38% und 27% in der Kontrollgruppe.

Diese verschiedenen Arbeiten lassen vermuten, dass es ein Aufstauen der Schmerzempfindung geben könnte, in Form einer Masse von afferenten prä- und postoperativen Meldungen auf der Rückenmarkebene, was nicht der Fall ist bei einer regionalen Anästhesie.

Dieser Uebererregbarkeitszustand einer Region des Zentralnervensystems könnte mit dem Konzept des Schmerzgedächtnisses verbunden sein.

*Uebersetzung : H. Hausamann, M. Winter-Dutoit,*

**Der 2. Teil dieses Artikel wird im nächsten Infokara erscheinen**