

**Zeitschrift:** Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** 3 (1998)

**Heft:** 4

  

**Artikel:** Nichtmaligne chronische Schmerzen beim geriatrischen Patienten : eine Indikation auch für Opioide?

**Autor:** Kunz, Roland

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091834>

### **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:** 26.04.2026

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

Warum ist die Schmerztherapie bei geriatrischen Patienten gesondert zu betrachten? Die Schmerzen haben ja weitgehend den gleichen Ursprung wie bei jüngeren Menschen, es handelt sich vorwiegend um Schmerzen des Bewegungsapparates und solche neurologischen Ursprungs.

Es gibt einige Besonderheiten des geriatrischen Schmerzpatienten, die es zu beachten gilt bezüglich Wahrnehmung des Schmerzes, Schmerzerfassung, begleitende Polymorbidität und Anwendung der Analgetika.

Dr. med. Roland Kunz \*

## Nichtmaligne chronische Schmerzen beim geriatrischen Patienten: eine Indikation auch für Opiode?

### 1. Häufigkeit und Folgen chronischer Schmerzen bei alten Menschen

Die Häufigkeit chronischer Schmerzen in der Geriatrie ist nach wie vor schlecht untersucht. Ein Überblick über entsprechende Arbeiten ergibt, dass 25 bis 50% der Menschen über 65-jährig unter gewichtigen Schmerzproblemen leiden, in Alters- und Pflegeheimen werden sogar Zahlen bis 80% genannt (Ferrell: JAGS 1991;39).

Die Häufigkeit chronischer Schmerzen führt zur Gewöhnung der Umgebung, zur Assoziation «Schmerz gehört zum alten Menschen». Dies bewirkt, dass das Vorurteil weit verbreitet ist, geriatrische Patienten würden weniger unter Schmerzen leiden, sie hätten eine höhere Schmerzschwelle - ein Vorurteil, das übrigens auch oft für die Schmerzempfindung von Kindern gilt -, was aber durch keine mir bekannte Studie belegt werden konnte.

Chronische Schmerzen führen im Alter oft zu Folgestörungen, die auch eigenständig vorkommen. Dadurch wird oft die Grundursache Schmerz verkannt.

### Typische Folgestörungen von chronischen Schmerzen sind:

- Depressionen
- Schlafstörungen
- Eingeschränkte soziale Aktivitäten
- Motorische Einschränkungen

\* Ärztlicher Leiter Krankenhaus Oberi, Winterthur

- Unruhe und Verwirrung
- Apathie und Stummheit
- Tendenz zur Aufgabe, zum Todeswunsch

### 2. Schmerzerfassung beim alten Menschen

Die üblichen Werkzeuge der Schmerzerfassung erfordern Patienten, die

- kooperativ
- geistig klar und urteilsfähig
- kommunikationsfähig

sind. Dies gilt z.B. für das Dolometer mit visueller Skala von 0 bis 10.

Die folgenden Schwierigkeiten behindern die Schmerzerfassung von älteren Patienten:

- Gedächtnisstörungen
- Sensorische Störungen: visuell, auditiv, sprachlich (Aphasie, Dysarthrie)
- Neuro-psychische Störungen: Demenz, Depression, Verwirrung
- Kulturelle Faktoren: Fatalismus, Stoizismus, Angst vor Untersuchungen und Therapie
- Beim ständig klagenden Menschen werden neue oder verstärkte Klagen nicht beachtet (Hypochondrie, Klagen als Form der soz. Kommunikation)

Deshalb wird die *Beobachtung sichtbarer Verhaltensänderungen* als Form der Schmerzerfassung wichtig. Folgende somatischen Merkmale können Ausdruck von Schmerzen sein:

- antalgische Position in Ruhe (Schonhaltung)
- antalgische Schonbewegungen
- Hypertonie, Tachykardie, Tachypnoe
- erhöhter Muskeltonus
- Schutz der schmerzhaften Zone durch die Hände
- Grimassen
- Verminderung der psychomotorischen und sozialen Aktivität (Regression, Apathie, Bewegungsarmut, Pseudodepression)
- Aggressivität, ängstlich gespannter Blick
- Schlaflosigkeit
- Schreien, Stöhnen

Besonders schwierig wird die *Schmerzerfassung bei dementen Patienten*. Sie sind beeinträchtigt durch:

- Sprachstörungen (sensorische und motorische)
- Verminderte Urteilsfähigkeit
- Gestörtes Körpergefühl und Körperschema
- Begleitsymptome wie Wahn, Halluzinationen, Depressionen

Als eines der erprobten und publizierten Schmerzerfassungssysteme für kommunikationsunfähige ältere Pa-

tienten möchte ich *DOLOPLUS* von B.Wary und J.F. Villard (le Généraliste et la Gérontologie 1995;14) vorstellen. Es basiert auf der Heteroevaluation mit 3 Gruppen zu je 5 items, die je mit 0 bis 2 Punkten bewertet werden:

- somatische Zeichen
- psychomotorische Zeichen
- psychosoziale Zeichen

Eine Unterscheidung der Zeichen ist aber auch bei Doloplus nicht möglich. Das Schreien eines Demonten z.B. ist nicht immer gleichzusetzen mit Schmerzen.

Der Aussagewert dieses Tests kann durch die Kombination mit verbalen Instrumenten erhöht werden, z.B. mit dem Dolometer.

Wenn der Schmerz erfasst ist, folgt die nächste Schwierigkeit, die Schmerzanalyse, um wenn möglich eine kausale Therapie einzuleiten. Eine Schmerzanalyse erfordert genaueres Erheben der Anamnese, was oft nicht möglich ist. Allfällige apparative Untersuchungen scheitern an der Kooperation des Patienten.

*Rapin und Groux-Frehner* (InfoKara 1996;14) führten 1996 in Genf eine Untersuchung an 182 Patienten in einem Krankenhaus durch. Die Schmerzerfassung erfolgte durch 4 Fragebögen:

1. Patient mit Hilfe des Arztes
2. Zuständige Schwester / Pfleger
3. Pflegehelferin
4. Angehörige

Von den 182 Patienten litten 37 an einer Demenz, sie wurden durch Doloplus erfasst.

*Resultate:* 63% der Patienten litten an Schmerzen.

- 94% von ihnen wurden durch die Schwestern erkannt
- 17% litten unter dauernden Schmerzen
- 83% hatten intermittierende Schmerzen
- 60% bekamen eine (offensichtlich ungenügende) Dauertherapie
- 25% hatten nur ein Reservemedikament
- 15% erhielten gar keine Schmerztherapie

Als häufigste Schmerzursachen der 115 Patienten ergaben sich:

- 41 Arthrosen
- 26 degenerative Veränderungen der Wirbelsäule
- 13 Spastizität nach Hemiplegie
- 8 Osteoporose
- 6 St. nach alten Frakturen
- Rest : weitere rheumatologische Ursachen und vereinzelte Ursachen

### 3. Polymorbidität

Praktisch alle geriatrischen Patienten leiden an diversen organischen Störungen gleichzeitig. Dies macht einerseits die Schmerzordnung schwieriger bezüglich Aetiologie, andererseits sind die Möglichkeiten des Schmerzmitteleinsatzes erschwert.

Die folgenden Störungen sind häufig und haben Einfluss auf das therapeutische Konzept

- Herz- und Kreislaufstörungen (Hypertonie, Herzinsuffizienz, orthostatische Probleme)
- Magen-Darm-Störungen (Refluxkrankheit und Ulcusanamnese, chron. Obstipation oder Diarrhoe)
- Nieren- und Leberfunktionsstörungen

### 4. Anwendung von Analgetika in der Geriatrie

Grundsätzlich gelten die gleichen Therapierichtlinien wie für alle anderen Patienten mit chronischen Schmerzen, d.h. die Schmerztherapie soll regelmässig, wenn immer möglich oral/enteral und nach dem Stufenschema der WHO erfolgen.

Die häufigsten Schmerzen sind wie erwähnt die Schmerzen des Bewegungsapparates. Nebst der Anwendung von Analgetika sind sie eine gute Indikation für *physikalische und physiotherapeutische Massnahmen*. Dazu gehören auch geeignete Lagerungs- und Mobilisationsformen. Da die Schmerzen häufig durch einzelne Bewegungen ausgelöst werden und nicht Dauerschmerzen sind, kann unter Umständen die Einschränkung der Bewegungen z.B. durch Fixationen bei der Mobilisation eine wichtige Schmerzbehandlungsmassnahme sein, da diese Schmerzen nur kurzdauernd sind und nur mit sehr hohen Dosen von Analgetika verhindert werden können unter dem Preis von erheblichen Nebenwirkungen.

Der Galenik der Analgetika kommt in der Geriatrie eine grosse Bedeutung zu. Viele Patienten leiden unter Schluckstörungen und sind froh, wenn für sie flüssige Formen oder Pellets zur Verwendung kommen, diese Formen sind auch sondengängig.

Bemerkungen zu einzelnen Präparaten der verschiedenen Stufen:

#### Stufe 1

Sehr gut geeignet sind *Paracetamol-Präparate*, die in verschiedenen galenischen Formen verfügbar sind. Das gleiche gilt auch für *Metamicol*, dessen allergisch-toxische Reaktionen nicht überbewertet werden dürfen. Bei Metamicol ist einzig auf die blutdrucksenkende Wirkung zu achten. Der Nachteil beider Substanzen ist

die kurze Wirkdauer von 4 Std. und das Fehlen von retardierten Formen. In Institutionen ist es oft beschwerlich, vom klassischen 3 × 1-Rhythmus abzuweichen!

Gegenüber den NSAR habe ich im Laufe der Jahre eine zunehmende Zurückhaltung entwickelt, obwohl sie von der Indikation her sehr häufig geeignet wären. Die NW bei langfristiger Anwendung sind in der Geriatrie nicht zu vernachlässigen:

- Ulcera duodeni / ventriculi, die sich oft erst durch eine bedrohliche Blutung bemerkbar machen ohne vorhergehende Beschwerden (es gibt keine NSAR, die diesbezüglich harmlos sind)
- Durchfälle
- Verschlechterung der Nierenfunktion

#### Stufe 2

Wohl am meisten verbreitet in der Geriatrie ist von den Präparaten der Stufe 2 das Tramadol. Eine breite Palette an galenischen Formen inkl. Retardformen steht zur Verfügung. Dank Tropfenform ist eine gute Titrierbarkeit gewährleistet.

Als Haupt-Nebenwirkung zu beachten ist die Nausea. Sie tritt selten auf bei langsamer Dosissteigerung, gehäuft bei Therapieeinleitung mit Retardformen.

Die Sedation ist gering, die Obstipation muss prophylaktisch mitbehandelt werden.

Bei Leber- und Nierenfunktionsstörungen kann die Elimination verlängert sein, das Dosierungsintervall muss entsprechend verlängert werden. Dosen über 400mg /d sind nicht empfehlenswert.

Intravenöse Verabreichung von Tramadol ist wegen der orthostatischen Regulationsstörungen und Tachykardien nicht empfehlenswert in der Geriatrie.

Zusammen mit Antidepressiva kann es zu einer erniedrigten Krampfschwelle führen.

*Codein und Dihydrocodein* sind als Monosubstanz und v.a. in Kombination mit Stufe-1-Präparaten sehr geeignete Analgetika in der Geriatrie. In Kombination mit Paracetamol besteht allgemein eine gute Verträglichkeit und eine sehr günstige Wirkung bei Schmerzen des Bewegungsapparates.

Haupt-Nebenwirkung ist die Obstipation. Nausea tritt v.a. bei Therapiebeginn auf.

Vorsicht gilt ebenfalls bei Leber- und Niereninsuffizienz sowie Asthma bronchiale. Die Maximaldosis sollte bei beiden Formen 240mg/d nicht überschreiten.

*Pentazocin* ist ungeeignet für ältere Patienten, da es oft Delirien verursacht.

#### Stufe 3

Die starken Opiate der Stufe 3 fanden nur langsam Einzug in der Therapie von chronischen, nichtmalignen Schmerzen in der Geriatrie. Wenn aber einige wichtige

Grundsätze beachtet werden, sind sie sehr effektiv und werden auch von sehr alten und polymorbiden Patienten gut toleriert.

#### Wichtige Grundsätze bei der Behandlung älterer Patienten mit Opiaten

- die Dosierung muss sehr vorsichtig geschehen mit langsamer Dosisanpassung (weniger NW, v.a. Delirien, Somnolenz, Nausea)
- der Metabolismus ist verlangsamt, deshalb sind meist niedrigere Dosierungen als bei jüngeren Erwachsenen notwendig. Leber- und Niereninsuffizienz müssen ebenfalls berücksichtigt werden.
- Bezüglich verstärkter Empfindlichkeit bei alten Menschen bestehen widersprüchliche Aussagen. Bei vorsichtiger Dosierung ist sie nicht relevant. Das individuelle Ansprechen ist wie bei den übrigen Patientengruppen.
- Die Toleranzentwicklung ist sehr langsam. Oft kann über Monate mit der gleichen Dosis behandelt werden.
- Die Information des Patienten und der Angehörigen ist wichtig: Initiale Sedierung und leichte Verwirrung sind häufig; Opiatverabreichung bedeutet nicht, dass der Tod unmittelbar bevorsteht.
- Harnverhaltungen sind bei alten Menschen eine häufigere NW (gehäuft bei gleichzeitiger Behandlung mit tricyclischen Antidepressiva).
- Die Obstipation muss besonders beachtet werden (oft schon vorbestehend) und muss von Anfang an mitbehandelt werden.

#### Therapieempfehlungen für starke Opiate

##### Therapiebeginn mit kleinen Dosen

- Wässrige Lösung von Morphin (2%) , ED 5 Trpf. = 5 mg alle 4 Std oder
- MST continus® 10 mg alle 12 Std. Dosissteigerung erst nach 4-5 Tagen, Schmerzspitzen mit zusätzlichen Mo-Tropfen abdecken.
- MST continus®-Dosis nur um jeweils 10 mg erhöhen

##### Nebenwirkungen behandeln

- Nausea: Kombination mit Metoclopramid
- Halluzinationen, Wahnvorstellungen: Dosisreduktion, ev. Haloperidol vorübergehend
- Obstipation: Lactulose in genügender Dosierung, ev. kombiniert mit Magnesiumhydroxid

##### Bei Schluckstörungen

- MST continus® Suspension oder Supp
- Sevre-Long® oder Kapanol® mit dem Vorteil der 1 × Dosierung (Kapseln können geöffnet werden)

- Für kurzdauernde Therapie: Morphin s/c 2,5 bis 5 mg alle 4 Std oder als Dauerapplikation mit Pumpe (Beginn mit 10 - 20 mg / 24 Std)
- Für transdermales Fentanyl fehlen bisher die Erfahrungen, die Steuerbarkeit ist erschwert.

#### *Bei terminalen Patienten*

- Morphin s/c in der erforderlichen Dosis
- Hydromorphon kombiniert mit Atropin (Dilaudid-Atropin) v.a. bei terminalem Rasseln, insofern keine schwerwiegenden Atropin-Kontraindikationen bestehen.

Bei geriatrischen Patienten besonders wichtig ist der Faktor des *Schmerzgedächtnisses*. Bei lange bestehenden chronischen Schmerzen ist der Therapieerfolg mit Opiaten schlechter. Ventafridda et al. (Cancer 1987;59) zeigten: Bei einer Schmerzdauer <3 Monate konnte in 81% der Fälle eine Schmerzbefreiung durch Opiate erreicht werden, bei einer Schmerzdauer >3 Monate nur in 66%.

Bach et al. (Pain 1988; 33) untersuchten die Auswirkung einer präoperativen epiduralen Schmerztherapie vor Beinamputationen (diabetisch oder ischämisch) und zeigten, dass mit einer 3-tägigen Vorbehandlung die Rate der Phantomschmerzen nach einem Jahr auf 0% gesenkt wurde verglichen mit 27% in der Kontrollgruppe.

Der frühzeitige Beginn einer fixen Schmerztherapie ist deshalb nicht nur aus der Sicht des Patienten wichtig, sondern auch im Hinblick auf den Therapieerfolg.

Wir haben über die äusserst schwierige Schmerzerfassung bei dementen Patienten gesprochen. Unruhe und Agitiertheit sowie Aggressivität können ebenso Schmerzfolge sein wie Apathie und Verweigerung der Nahrungsaufnahme. In diesen Situationen kann oft nur eine probatorische Schmerztherapie in genügender Stärke die Antwort liefern. Ich scheue mich nicht, auch bei diesen Patienten retardiertes Morphin per os einzusetzen und habe damit schon ganz erstaunliche Zustandsverbesserungen erlebt.

#### **Schlussbemerkung**

Geriatrische Patienten sind polymorbide Patienten mit chronischen Leiden. Wir können sie kaum rückgängig machen, aber wir können die auftretenden Schmerzen ernstnehmen und adäquat behandeln, genau wie bei jüngeren Menschen. Die Opiate nehmen dabei einen wichtigen Platz ein - ihre Anwendung wird leider oft noch zu Unrecht nur für die letzten Tage aufgespart.

1999 ist das UNO-Jahr des älteren Menschen. Setzen wir uns zum Ziel, es zum Jahr des schmerzfreien älteren Menschen zu machen.