

# *Schmerzen und Schmerzerfassung im Alter: Besonderheiten und Empfehlungen*

**Georg Pinter, Waltraud Stromer, Josef  
Donnerer, Svetlana Geyrhofer, Burkhard  
Leeb, Nenad Mitrovic, Katharina Pils &  
Rudolf Likar**

**Zeitschrift für Gerontologie und  
Geriatric**

ISSN 0948-6704

Volume 54

Number 5

Z Gerontol Geriat (2021) 54:507-512

DOI 10.1007/s00391-020-01765-8

**Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at [link.springer.com](http://link.springer.com)".**

## Übersichten

Z Gerontol Geriat 2021 · 54:507–512

<https://doi.org/10.1007/s00391-020-01765-8>

Eingegangen: 10. Mai 2020

Angenommen: 30. Juni 2020

Online publiziert: 16. Juli 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

**Georg Pinter<sup>1</sup> · Waltraud Stromer<sup>2</sup> · Josef Donnerer<sup>3</sup> · Svetlana Geyrhofer<sup>4</sup> · Burkhard Leeb<sup>5</sup> · Nenad Mitrovic<sup>6</sup> · Katharina Pils<sup>7</sup> · Rulldolf Likar<sup>8,9,10</sup>**<sup>1</sup> Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich<sup>2</sup> Landesklinikum Horn, Moorheilbad Harbach, Österreich<sup>3</sup> Medizinische Fakultät, Johannes Kepler Universität Linz, Linz, Österreich<sup>4</sup> Geyrhofer KG, Grein, Österreich<sup>5</sup> Landesklinikum Stockerau, Stockerau, Österreich<sup>6</sup> Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck, Vöcklabruck, Österreich<sup>7</sup> Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien, Wien, Österreich<sup>8</sup> Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich<sup>9</sup> LKH Wolfsberg, Wolfsberg, Österreich<sup>10</sup> Sigmund Freud Universität Wien, Wien, Österreich

## Schmerzen und Schmerzerfassung im Alter: Besonderheiten und Empfehlungen

### Einleitung

Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit von schmerzhaften Erkrankungen und Beschwerden deutlich an.

Zugleich machen physische und psychische Veränderungen, sensorische und kognitive Beeinträchtigungen, Multimorbidität und Polypharmazie das Schmerzassessment und das Schmerzmanagement bei älteren und hochbetagten Menschen zu einer besonderen Herausforderung. Schmerzen werden bei geriatrischen Patienten oft nicht ausreichend erkannt und bleiben somit auch häufig unterbehandelt. In besonderem Maß gilt das für alte Menschen, die kognitive Defizite oder Probleme mit der Verbalisierung haben.

### Häufigkeit und Ursachen

Je nach Untersuchung variieren die Angaben über die Prävalenz von Schmerzen bei Menschen über 65 Jahren zwischen 50 und 86 % [1].

Einer repräsentativen Umfrage im Bundesland Kärnten zufolge [2] litten 41,7 % der befragten Personen über 65 Jahren unter mäßigen, 25,6 % unter starken und insgesamt 20,7 % unter

sehr starken oder unerträglich starken Schmerzen.

Bis zu 50 % der Menschen, die mobile Pflegedienste in Anspruch nehmen, und bis zu 80 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen leiden Untersuchungen zufolge an chronischen Schmerzen [3, 4]. Mit der Nähe zum Lebensende steigt die Schmerzhäufigkeit weiter an [5].

Zu den wichtigen Ursachen für chronische Schmerzen im Alter gehören degenerative und entzündliche Erkrankungen des Bewegungsapparates, osteoporotische Frakturen, Kompressionssyndrome, neuropathische Schmerzen unterschiedlichster Genese und Tumorerkrankungen. Auch Schmerzen aufgrund von Angina pectoris oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK), Insultfolgen oder Ischämie nehmen mit dem Alter zu [6, 7].

### Folgen und Ethik

Die Immobilität, die häufig mit Schmerzen im Alter einhergeht, fördert den Verlust von Muskelmasse, wodurch sich das Risiko von Stürzen und weiterer Immobilität erhöht. Schmerzen führen zu körperlichen, funktionellen und kognitiven Ein-

schränkungen, beeinträchtigen die Aktivitäten des täglichen Lebens, führen aber auch zu Appetitverlust, Schlafstörungen, Depression, Angst bis hin zum Verlust an Autonomie. Insgesamt tragen Schmerzen im Alter zu einer sozialen Verarmung und Isolierung bei [8, 9].

Schmerz ist nur ein Teil des komplexen somatischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Phänomens Leid. Ausschließlich die physiologischen Aspekte des Schmerzes zu berücksichtigen, ist daher nicht ausreichend.

Für die Entscheidungsfindung für eine optimale Diagnose und Therapie bei älteren oder hochbetagten Patienten müssen diese eingebunden und ihre Wünsche und Vorstellungen berücksichtigt werden.

Die informierte Zustimmung des Patienten oder der Patientin zu einer bestimmten schmerztherapeutischen Strategie kann dort an ihre Grenzen stoßen, wo bei älteren oder betagten Menschen die Einwilligungsfähigkeit nur teilweise oder eingeschränkt gegeben ist. Aus ethischer Sicht muss eine der Situation angepasste Patientenaufklärung jedenfalls auch bei eingeschränkt entscheidungsfähigen Patienten erfolgen. Fehlt die Entscheidungsfähigkeit bzw. kognitive Kom-

Übersichten

**Tab. 1** Verbreitete Ursachen für eine unzureichende Schmerzdiagnostik und -versorgung bei alten Patienten

Unterschätzte Schmerzintensität durch Behandler
„Underreporting“ durch die Betroffenen
Symptomenwandel
Multimorbidität
Zurückhaltende Therapie aufgrund der Polypharmazie
Störung der Kommunikation, insbesondere durch kognitive Einschränkungen
Zu niedrige Dosierung oder zu große Dosierungsintervalle
Unzureichende Schmerzmessung

petenz beim Patienten im Einzelfall völlig, so ist die Frage nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten entscheidend. Hinweise können eine allfällige Vorsorgevollmacht, die Angehörigen oder die Erwachsenenvertretung liefern.

**Defizite bei der Schmerzerfassung bei älteren Menschen**

Der weiten Verbreitung schmerzhafter Beschwerden im Alter steht eine Reihe von Defiziten bei der Erfassung, Diagnose und Behandlung gegenüber. In besonderem Maß gilt dies für Patienten mit kognitiven Defiziten. Ältere Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen, mit kommunikativen Defiziten und Menschen mit Behinderung haben ein besonders hohes Risiko, dass ihre Schmerzen unzureichend erfasst und behandelt werden [5, 10, 11].

Für die häufig unzureichende Erfassung und Behandlung von Schmerzen im Alter gibt es eine Reihe von Erklärungsansätzen (▣ Tab. 1; [12]). Ein weit verbreitetes Phänomen ist das „underreporting“ von Schmerzen im Alter. Trotz ihrer Beeinträchtigungen thematisieren ältere Patienten ihre Schmerzen weniger als jüngere. Dies wohl auch deshalb, weil Schmerz häufig als eine typische und unabwendbare Begleiterscheinung des Älterwerdens hingenommen und somit nicht immer berichtet wird [10, 13]. Auch die Sorge vor einer Unterbringung in der stationären Betreuung oder Pflege könnte ein Grund dafür sein, dass ältere

**Tab. 2** Interventionsgrenzen für schmerztherapeutische Maßnahmen

Bei Vorliegen der folgenden Erhebungswerte sollte eine schmerztherapeutische Intervention erfolgen:
VAS: $\geq 3$
VRS: $\geq 2$
Doloplus-2: $\geq 5$
BESD-Skala: $\geq 2$
Doloplus-2-Short-Skala: $\geq 3$

Menschen Schmerzen eher verschweigen [10].

Im Alter kann die verbale Kommunikation eingeschränkt sein, etwa durch einen Sprachverlust nach einem Schlaganfall, durch fortgeschrittene Stadien der Parkinson-Erkrankung, durch höhergradige kognitive Beeinträchtigungen oder durch Sprachbarrieren [9].

Zusätzlich wurden bei Ärzteschaft und Pflegepersonal Defizitbilder und Mythen über Schmerz im Alter nachgewiesen [14].

Diese Faktoren tragen auch dazu bei, dass Schmerzen bei älteren Personen tendenziell unterbehandelt sind [15, 16].

Das Schmerzassessment ist auch eine Aufgabe der diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger. Diesbezüglich sind Leitlinien und Expertenstandards vorhanden [17].

**Schmerzen und kognitive Beeinträchtigung**

Bei älteren und betagten Menschen müssen in vielen Fällen auch mögliche Zusammenhänge zwischen kognitiven Defiziten und Schmerzen bedacht werden [18].

Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur die Häufigkeit von schmerzhaften Beschwerden an, sondern auch das Risiko, an einer Form der Demenz zu erkranken. Bis zu 15 % der Menschen über 65 Jahren leiden an einer Demenz; das Risiko steigt mit zunehmendem Alter weiter an. Die Hälfte der Menschen über 85 Jahren ist vom M. Alzheimer betroffen, 28 % von ihnen schwer [19].

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen weisen eine hohe Schmerzprävalenz auf. Eine Untersuchung zeigte, dass 45,8 % der Patientinnen und

Patienten mit Alzheimer-Demenz an Schmerzen leiden, bei Menschen mit vaskulärer Demenz waren es 56,4 und bei Personen mit gemischter Demenz 53,9 % [20].

Patienten mit Demenz klagen seltener über Schmerzen als gleichaltrige Patienten ohne kognitive Beeinträchtigung, und sie untertreiben Schmerzen häufiger [15]. Schmerz ist bei dieser Patientengruppe nicht weniger wahrscheinlich, sondern tritt vielmehr häufiger und intensiver auf [21].

Trotz dieser Tatsache erhalten Patientinnen und Patienten mit Demenz signifikant seltener eine adäquate Schmerztherapie als Menschen ohne kognitive Einschränkungen [19, 22, 23]. Die mangelhafte schmerztherapeutische Versorgung Betroffener hat wiederum negative Auswirkungen auf die Kognition: Unzureichend kontrollierte Schmerzen tragen zu einer weiteren Verschlechterung der Demenz bei [13, 22].

Zeigen Menschen mit Demenz ein auffälliges Verhalten, sollte immer an die Möglichkeit von Schmerzen gedacht und eine entsprechende therapeutische Intervention eingeleitet werden. Antipsychotika sind nicht die erste Wahl bei Verhaltensauffälligkeiten [24], vielmehr ist ein angemessenes Schmerzmanagement von zentraler Bedeutung. Wie eine Erhebung zeigte, verbessert ein standardisiertes Schmerzprotokoll bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen mit mäßiger bis schwerer Demenz nicht nur den Schmerz, sondern auch Agitation und Aggression. Schmerzreduzierende Maßnahmen führten zu einer Reduktion von antipsychotischen Medikamenten [25].

Eine standardisierte Schmerzerfassung und -therapie sollte also integraler Bestandteil der Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz innerhalb und außerhalb von Pflegeeinrichtungen sein [26].

**Schmerzdiagnose und Schmerzmessung im Alter**

Unabhängig von der Frage, ob bei einem alten Menschen eine Demenz oder eine kommunikative Einschränkung vorliegt, gibt es im Alter generell eine Reihe

## Zusammenfassung · Abstract

von Besonderheiten und fehlende Warnsignale, die es schwieriger machen können, Schmerzen zu erkennen. Dazu gehören etwa Veränderungen bzw. ein eingeschränktes Repertoire in der Mimik und Gestik oder die Tatsache, dass Schmerzen von Betroffenen nicht oder nur indirekt angesprochen werden [8, 9].

Es ist daher anzustreben, dass in stationären Therapie-, Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen ebenso wie in der häuslichen Betreuung bei älteren und betagten Menschen Schmerzen routinemäßig und systematisch erhoben werden [27].

Ein standardisiertes Vorgehen bei der Schmerzerfassung ist eine wichtige Voraussetzung für die bessere schmerztherapeutische Versorgung und führt nachweislich zu einer besseren Schmerzreduktion [9, 28].

Mittel erster Wahl in der Schmerzerfassung sind Instrumente, die auf der Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten beruhen. Dies gilt auch für die geriatrische Schmerzmedizin [29]. Zur Messung von Schmerzen stehen zahlreiche validierte Instrumente und Scores zur Schmerzerhebung zur Verfügung [3]. Verbreitet und als einfach anzuwendende Instrumente bewährt sind verbale Rating-Skalen (VRS), numerische Rating-Skalen (NRS) und visuelle Analogskalen (VAS). Für ältere Schmerzpatientinnen und -patienten sind besonders VAS und VRS gut geeignet [29], NRS hingegen nicht.

Nur vereinzelt gibt es Skalen, die speziell für ältere und betagte Menschen entwickelt wurden, wie die Geriatric Pain Measure (GPM) und das Geriatric Painful Events Inventory [30–32].

Im Zuge des Schmerzassessments sollten darüber hinaus nach Möglichkeit auch Dimensionen, wie die Lebensqualität oder Stimmung, beurteilt werden. Besonders wichtig dabei sind ein interdisziplinärer Zugang und strukturierte Schmerzfortbildungen des gesamten multiprofessionellen Teams [31].

Eine einmalige Schmerzerhebung ist nicht ausreichend, sondern wiederholte Messungen sind, auch im Sinne einer Evaluierung der therapeutischen Interventionen, des Therapieerfolgs und möglicher Nebenwirkungen erforder-

Z Gerontol Geriat 2021 · 54:507–512 <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01765-8>  
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

G. Pinter · W. Stromer · J. Donnerer · S. Geyrhofer · B. Leeb · N. Mitrovic · K. Pils · R. Likar

## Schmerzen und Schmerzerfassung im Alter: Besonderheiten und Empfehlungen

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Schmerzen im Alter zeigen eine sehr hohe Prävalenz und haben eine Vielzahl an Ursachen. Bei geriatrischen Patienten, besonders aber bei Menschen mit Demenz werden diese oft nicht ausreichend erfasst und bleiben dadurch häufig unbehandelt. Dies kann für die betroffene Patientengruppe weitreichende Folgen für ihren funktionellen und kognitiven Status haben und bis zum Verlust der Autonomie führen.

**Ziel der Arbeit.** Es werden bestehende Defizite des Schmerzassessments bei älteren Patienten beschrieben, wobei besonders das Thema Schmerz und kognitive Beeinträchtigung sowie der Einfluss der Multimorbidität auf das Schmerzmanagement im Alter näher betrachtet werden.

**Methoden.** Schmerzdiagnostik und Schmerzmessung im Alter werden anhand rezenter Literatur beschrieben und entsprechende

Instrumente beschrieben. Besonderes Augenmerk legen die Autoren auf die Möglichkeiten der Schmerzmessung bei kognitiv höhergradig beeinträchtigten und nichtkommunikativen Patienten.

**Schlussfolgerungen.** Eine standardisierte Schmerzerfassung sollte integraler Bestandteil der Behandlung und Betreuung geriatrischer Patienten und Menschen mit Demenz sein. Validierte Instrumente zur Schmerzmessung sind für beide Gruppen vorhanden und müssen im täglichen klinischen Alltag eingesetzt werden.

### Schlüsselwörter

Schmerz und Multimorbidität · Schmerzassessment · Geriatrischer Patient · Schmerz und Kognition · Schmerzmessung mittels der Doloshort Skala

## Pain and pain management in old age: special features and recommendations

### Abstract

**Introduction.** Pain is highly prevalent in older persons and has a variety of causes. In geriatric patients, especially in patients with dementia, pain is often not sufficiently recognized and therefore frequently remains untreated. For the affected patient group this can have far-reaching consequences for their functional and cognitive abilities and may consequently lead to loss of autonomy.

**Objective.** Existing deficits of pain assessment for geriatric patients are described, with a primary focus on those patients suffering from cognitive impairments and pain. In addition, the influence of multimorbidity on pain management in old age is considered in detail.

**Methods.** The diagnostics and measurement of pain in older individuals are described based on recent literature and corresponding

instruments used in the assessment of pain are outlined. The authors pay special attention to the possibilities of pain measurement in patients with higher grade cognitive impairments and non-communicative patients.

**Conclusion.** A standardized pain assessment should be an integral component in the care and treatment of geriatric patients and individuals suffering from dementia. Validated instruments for pain measurement exist for both groups and should be integrated into daily clinical practice.

### Keywords

Pain and multimorbidity · Pain assessment · Geriatric patient · Pain and cognition · Pain assessment with the Doloshort Scale

lich. Bedeutsam für die weitere Therapieplanung ist es auch, die Qualität der Schmerzen zu erfragen, weil hier bereits Hinweise auf die Schmerzentstehung (z. B. neuropathisch, nozizeptiv, nozizeptiv/entzündlich oder dysfunktional) gefunden werden (■ Tab. 2).

Übersichten

Skala Doloshort		Untersucher		Untersucher	
		Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit
Name: .....		.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
Vorname: .....		.....h	.....h	.....h	.....h
1. Verbaler Schmerz Ausdruck	• keine Äußerungen	0	0	0	0
	• Äußerungen nur bei Patientenkontakt	1	1	1	1
	• gelegentliche Äußerungen	2	2	2	2
	• dauernde spontane Schmerzäußerungen	3	3	3	3
2. Schonhaltung in Ruhe	• keine Schonhaltung	0	0	0	0
	• vermeidet gelegentlich gewisse Haltungen	1	1	1	1
	• ständige, wirksame Schonhaltung	2	2	2	2
	• ständige, ungenügend wirksame Schonhaltung	3	3	3	3
3. Schutz von schmerzhaften Körperzonen	• kein Schutz	0	0	0	0
	• bei Patientenkontakt, ohne Hinderung von Pflege und Untersuchung	1	1	1	1
	• bei Patientenkontakt, mit Hinderung jeglicher Handlungen	2	2	2	2
	• Schutz auch in Ruhe, ohne direkten Kontakt	3	3	3	3
4. Soziale Aktivitäten	• Teilnahme an gewohnten Aktivitäten (Essen, Ergotherapie, Anlässe)	0	0	0	0
	• gewohnte Aktivitäten nur auf Anregung oder Drängen	1	1	1	1
	• teilweise Ablehnung gewohnter Aktivitäten	2	2	2	2
	• Ablehnung jeglicher sozialer Aktivitäten	3	3	3	3
5. Verhaltensstörungen	• gewohntes Verhalten	0	0	0	0
	• wiederholte Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt	1	1	1	1
	• dauernde Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt	2	2	2	2
	• dauernde Verhaltensstörungen ohne äußeren Anlass	3	3	3	3
Gesamtscore:		.../...	.../...	.../...	.../...

Abb. 1 ◀ Doloshort-Skala

### Schmerzerkennung und -messung bei kognitiv beeinträchtigten und nichtkommunikativen Patienten

Aufgrund der komplexen physischen und psychischen Veränderungen stellt die Schmerzmessung bei kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten eine besondere Herausforderung dar. Dies gilt auch für das Schmerzassessment bei Menschen, die in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind [33]. Die Kommunikationsfähigkeit kann auch bei kognitiv intakten älteren und alten Menschen aufgrund von Sprach- oder Sprechstörungen unterschiedlicher Ursache oder aufgrund von Sprachbarrieren eingeschränkt oder inadäquat sein.

Um eine schmerztherapeutische Unterversorgung kognitiv oder kommunikativ beeinträchtigter Patienten zu vermeiden, muss gerade in diesen vulnera-

blen Gruppen Schmerz konsequent gemessen werden, denn das Assessment ist die Basis für eine adäquate Schmerztherapie [21].

Grundsätzlich ist auch bei Schmerzpatienten mit kognitiven Beeinträchtigungen bei der Schmerzmessung, soweit möglich, einer Selbstbeurteilung der Vorzug gegenüber der Fremdbeurteilung zu geben. Allerdings verlieren die üblichen Schmerzskaalen bei Menschen mit Demenz in Abhängigkeit vom Ausmaß der Erkrankung ihre Aussagekraft [22]. Was den Einsatz von Selbstbeurteilungsskaalen betrifft, so ist die VRS auch für Menschen mit milder Demenz zur Schmerzerfassung gut geeignet [7].

Bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz, die signifikant seltener über Schmerzen klagen, und bei nicht oder eingeschränkt kommunikationsfähigen Personen muss auf Signale der nonverbalen Kommunikation zurückgegriffen werden. Wichtige Hinweise auf eine Schmerzsymptomatik können laut-

sprachliche Äußerungen (z. B. gequälte Lautäußerungen), mimische Hinweise (z. B. angespannter Gesichtsausdruck, Grimassieren, Stirnrunzeln oder eine starre Mimik), Verhaltensindikatoren (etwa Verhaltensänderungen, Appetitverlust, Verwirrtheit, ängstliche Abwehr von Berührung, keine Reaktion auf Trost oder Zuwendung) oder physische Indikatoren (z. B. veränderter Atemrhythmus, Tachykardien, Verschlechterung des Allgemeinzustands) sein [1, 19].

Pflegepersonen, die Wahrnehmung von Angehörigen und eine personelle Konstanz der Betreuung und Teamarbeit sind zentrale Voraussetzungen für eine zuverlässige Schmerzeinschätzung [13].

Für verbal und kognitiv eingeschränkte Personen gibt es geeignete Scores und Skalen der Fremdbeurteilung wie die ECPA-Schmerzskala (L'Echelle Comportementale pour Personnes Agées) und deren deutschsprachige Adaptierung Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen

mit Demenz (BISAD), die Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD), die deutsche Fassung der Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale [28] oder die Doloplus-2-Skala [17].

Die BESD-Skala etwa beruht auf einem relativ kurzen, recht einfach durchzuführenden Test und ist v. a. für mobilere Patientinnen und Patienten gut geeignet. Sowohl chronische als auch akute Schmerzen lassen sich damit gut erfassen [1, 28].

Für die Schmerzanamnese bei geriatrischen Patientinnen und Patienten gut geeignet ist die Doloshort-Skala, weil alle Komponenten des Schmerzes (soma-tisch, psychomotorisch, psychosozial) erfragt werden [34]. In einer Analyse von 28 verschiedenen Assessmenttools für die klinische Praxis der Schmerzerfassung von Menschen mit Demenz zeigte sich keine eindeutige Überlegenheit eines einzelnen Instruments [35]. Neuere Untersuchungen zur Schmerzerkennung durch die Beobachtung des Gesichtsausdrucks [36] und der Vokalisierungseigenschaften von Schmerz weisen auf Möglichkeiten der Erweiterung des diagnostischen Repertoires hin ([37]; **Abb. 1**).

## Multimorbidität

Ein Faktor, der das Schmerzmanagement bei älteren und betagten Personen zur komplexen und herausfordernden Aufgabe macht, ist die weit verbreitete Multimorbidität, die mit dem Alter zunimmt. Typische Komorbiditäten bei älteren und betagten Menschen sind Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, degenerative und entzündliche rheumatische Erkrankungen, Osteoporose, Bluthochdruck, Diabetes, Lungenerkrankungen, M. Parkinson oder onkologische Erkrankungen [38].

Eine besonders häufig auftretende Komorbidität bei chronischen Schmerzen sind im Alter Depressionen. Die Kombination beider Erkrankungsbilder beeinflusst die Lebensqualität Betroffener besonders negativ. Depressionspatientinnen und -patienten mit chronischen Schmerzen haben ein höheres Suizidrisiko, ein höheres Risiko für Persönlichkeitsstörungen und schlafen schlechter als Menschen, die an Depres-

sionen ohne Schmerzsyndrom leiden. Depression und Schmerz können einander zudem verstärken. Patienten mit einer schweren Depression haben ein 3-mal höheres Risiko als Menschen ohne Depression, chronische Schmerzzustände zu entwickeln. Umgekehrt besteht ein hohes Risiko für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen, eine depressive Symptomatik zu entwickeln [39].

Die Multimorbidität erschwert häufig nicht nur die Diagnose der Schmerzen, sondern schränkt auch die Palette der medikamentösen Therapieoptionen ein, weil auf Interaktionen Rücksicht zu nehmen ist. Auch die Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten ist angesichts ihrer multiplen Beschwerden oft massiv eingeschränkt.

## Fazit für die Praxis

**Schmerz ist ein sehr verbreitetes Symptom bei älteren Patienten. Besonders bei dementen und kommunikationseingeschränkten Menschen werden diese oft nicht erkannt. Es gibt gute, valide und reliable Tests, die für diese Patientengruppe gut geeignet sind und in der täglichen Praxis regelmäßig zur Anwendung kommen sollten.**

## Korrespondenzadresse

### Prim. Dr. Georg Pinter

Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Feschnigstraße 11, 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Österreich  
georg.pinter@kabeg.at

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** G. Pinter, W. Stromer, J. Donnerer, S. Geyrhofer, B. Leeb, N. Mitrovic, K. Pils und R. Likar geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

## Literatur

### Verwendete Literatur

- Horgas AL, Elliott AF, Marsiske M (2009) Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observation. *J Am Geriatr Soc* 57:126–132
- Janig H et al (2005) Lebensqualität und Schmerz im Alter – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung im Bundesland Kärnten. In: Likar et al (Hrsg) Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer, Wien
- Bernatzky G et al (2005) Schmerzmessung bei älteren und kognitiv beeinträchtigten Patienten. Springer, Wien
- Achterberg WP, Gambassi G, Finne-Soveri H et al (2010) Pain in European long term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain* 148(1):70–74
- Landi F, Onder G, Cesari M et al (2001) Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Intern Med* 161:2721–2724
- Knipping C (2006) Lehrbuch Palliative Care. Huber, Bern
- Basler HD et al (2004) Schmerzdiagnostik und -therapie in der Geriatrie. Teil 1: Schmerzdiagnostik. *Schmerz* 18:317–326
- Pinter G, Likar R et al (2009) Konsensusstatement Schmerzmessung und Schmerztherapie im Alter. *Schmerz* 23(Supplement):1–12. <https://www.oesg.at/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=608&token=d93a6b4549e240d18584f43585d5c8e0db12dfac>
- Pinter G, Likar R, Kada O et al (2016) Schmerz im Alter. Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxisbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer, Stuttgart
- Bruckenthal P (2008) Assessment of pain in the elderly adult. *Clin Geriatr Med* 24:213–236
- Pipam W, Penz H, Likar R (2007) Lebensqualität und Schmerz bei Patienten einer medizinisch-geriatriischen Abteilung. *Schmerz* 22(1):59–66
- Hanlon JT et al (1996) Factors associated with suboptimal analgesic use in community-dwelling elderly. *Ann Pharmacother* 30:739–744
- Davies MP, Srivastava M (2003) Demographics, assessment and management of pain in the elderly. *Drugs Aging* 20(1):23–57
- Kada O, Janig H, Likar R, Cernic K, Pinter G (2017) Reducing avoidable hospital transfers from nursing homes in Austria: project outline and baseline results. *Gerontol Geriatr Med* 3:1–9
- Boerlage AA et al (2012) Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes. *Eur J Pain* 12(7):910–916
- Brown ST, Kirkpatrick MK, Swanson MS et al (2011) Pain experience of the elderly. *Pain Manag Nurs* 12(4):190–196
- S-3-Leitlinie (2017) Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe, AWMF Registernummer 145-001
- Pinter G et al (2019) Schmerz und Demenz. In: Gebhard EM (Hrsg) Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz: Grundlagen und Interventionen. Springer, Berlin, Heidelberg
- Herr KA, Bjoro K, Decker S (2006) Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 31(2):170–192
- van Kooten J, Binnekade TT, van der Wouden JC et al (2016) A review of pain prevalence in

## Übersichten

- Alzheimer's, vascular, frontotemporal and Lewy body dementias. *Dement Geriatr Cogn Disord* 41:220–232
21. Lautenbacher S, Kunz M, Mylius V et al (2007) Mehrdimensionale Schmerzmessung bei Demenzpatienten. *Schmerz* 21:529–538
  22. Closs SJ, Barr B, Briggs M et al (2004) Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents. *Br J Gen Pract* 54(509):919–921
  23. Reynolds KS, Hanson LC, DeVellis RF et al (2008) Disparities in pain management between cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents. *J Pain Symptom Manag* 35(4):388–396
  24. Schippinger W, Glechner A, Horvath K et al (2018) Optimizing medical care for geriatric patients in Austria: defining a top five list of “Choosing Wisely” recommendations using the Delphi technique. *Eur Geriatr Med*. <https://doi.org/10.1007/s41999-018-0105-8>
  25. Husebo BS et al (2011) Efficacy of treating pain to reduce behavioral disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomized clinical trial. *BMJ* 343:d4065
  26. Ballard C, Smith J, Husebo B et al (2011) The role of pain treatment in managing the behavioral and psychological symptoms of dementia. (BPSD). *Int J Palliat Nurs* 17(9):420–424
  27. Schreier MM et al (2015) Schmerz und Schmerzerfassung in Altenpflegeheimen. *Schmerz* 29(2):2013–2210
  28. Basler HD, Hüger D, Kunzet R et al (2006) Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD): Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. *Schmerz* 20:519–526
  29. Staja Q, Herr KA (2016) Assessment and measurement of pain in adults in later life. *Clin Geriatr Med* 32(4):677–692
  30. Kang Y, Demiris G (2018) Self-report assessment tools for cognitively intact older adults: integrative review. *Int J Older People Nurs* 13(2):e12170
  31. Schofield P (2018) The assessment of pain in older people: UK national guidelines. *Age Ageing* 47(Suppl. 1):i1–i22
  32. Miro J, Huguet A, Nieto R et al (2005) Evaluation of reliability, validity and preference for a pain intensity scale for use with the elderly. *J Pain* 6(11):727–735
  33. Corbett A, Husebo B, Malcangio M et al (2012) Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol* 8:264–274
  34. Likar R et al (2015) Schmerzmessung bei kognitiv beeinträchtigten Patienten mit der Doloshort-Skala. *Schmerz* 29(4):440–444
  35. Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P et al (2014) Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatr* 14:138
  36. Lautenbacher S, Walz A, Kunz M (2018) Using observational facial descriptors to infer pain in persons with and without dementia. *BMC Geriatr* 18(1):88
  37. Lautenbacher S, Salinas-Ranneberg M, Niebuhr O, Kunz M (2017) Phonetic characteristics of vocalizations during pain. *Pain Rep* 2(3):e597
  38. Fortin M, Fortin M, Bravo G et al (2005) Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 3:223–228
  39. Zis P, Daskalati A, Bountouni I et al (2017) Depression and chronic pain in the elderly: links and managements challenges. *Clin Interv Aging* 12:709–720

## Weiterführende Literatur

41. Kötter T, da Costa BR, Fässler M et al (2015) Metamizole-associated adverse events: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 10(4):e122918

Hier steht eine Anzeige.

