

Besonderheiten des älteren Schmerzpatienten

Der ältere Mensch zeigt eine deutliche Zunahme der Häufigkeit bestimmter schmerzhafter Erkrankungen oder Störungen. Ganz im Vordergrund der Schmerzauslöser stehen die degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates. Schmerzen durch Gefäßkrankheiten, neuropathische Schmerzen aber auch Schmerzen als Ausdruck depressiver Erkrankungen sind nicht selten.

Schmerzen beim betagten Patienten stellen den Therapeuten häufig vor erhebliche diagnostische Probleme, die dadurch entstehen, daß altersspezifische Veränderungen die typischen Merkmale einer schmerzhaften Störung verschleiern und die Therapie erschweren. Diese Besonderheiten machen es notwendig, die Diagnostik und die gewählte Therapie auf veränderte Ausgangsbedingungen abzustimmen.

Beispiele für altersassoziierte Veränderungen

- Muskelatrophie
- Knochenatrophie
- Schleimhautatrophie
- Erhöhter Anteil von Körperfett
- Verminderter Anteil von Körperwasser
- Verminderte Anzahl von Nephronen
- Abnahme funktionsfähiger Nervenzellen
- Abnahme elastischer Fasern
- Abnahme von Plasmaproteinen

Beispiele für Folgen altersassoziierter Veränderungen

- Abnahme der Nervenleitgeschwindigkeit
- Abnahme des Herzminutenvolumens
- Abnahme der Vitalkapazität
- Reduzierter Leberstoffwechsel
- Reduzierte Nierenfunktion
- Abnahme der Immunkompetenz
- Vermindertes Sensorium

Die Multimorbidität des alten Menschen stellt ein zentrales Problem vor allem beim Schmerzpatienten dar. Sie erschwert als ständig vorhandener Einfluß auf die Körperfunktionen des geriatrischen Patienten einerseits die Diagnostik und andererseits die therapeutischen Möglichkeiten. Sie mindert die Belastbarkeit und Stabilität des Patienten nachhaltig. Vor allem aber ist sie der Hauptgrund dafür, daß es beim älteren Schmerzpatienten häufig nicht gelingt, eine alleinige Ursache für das Geschehen zu finden.

Veränderte Krankheitsmerkmale

- Multimorbidität
- Symptomenwandel

Veränderung der Schmerzwahrnehmung

Beim betagten Patienten kommt es tatsächlich zu quantitativen und qualitativen Veränderungen des Organschmerzes. Dies beruht einerseits auf der allmählichen Abnahme nozizeptiver Strukturen am Ort der Schmerzentstehung, andererseits auf

der Verminderung der zentralen Präsenz der unterschiedlichen Schmerzverarbeitungszentren des Gehirns. Auch die sinkende Nervenleitgeschwindigkeit trägt zu diesem Phänomen bei. Verstärkt werden die Schäden dann durch die Folgen chronischer Erkrankungen, wie beispielsweise des Diabetes mellitus.

Fatal ist diese Veränderung des Sensoriums deshalb, weil der Akutschmerz als Warnsignal nicht mehr im vollen Umfang funktioniert. Das führt soweit, daß selbst Frakturen nicht sofort registriert werden. So verschleppen ältere Patienten behandelbare Störungen oft über Monate und Jahre, solange, bis funktionell therapeutisch kaum noch Einfluß genommen werden kann. Auch der dann folgende chronische Schmerz wird oft nur vermindert präsentiert und vom behandelnden Arzt deshalb als weniger behandlungsbedürftig eingestuft. Dabei wird sicher auch immer wieder übersehen, daß das Nachlassen des Organschmerzes nichts mit geringerem Leiden zu tun hat.

Veränderte Psyche

- Underreporting of pain
- Protrahiertes Schmerzerleben durch Depression
- Angst vor Veränderung

Das sogenannte „Underreporting of pain“ beruht primär wohl auf der bei Älteren verbreiteten Meinung, daß Schmerzen eben zum Alter gehörten und folglich ertragen werden müßten. Deshalb erzählen sie diese zwar ihren Nachbarn, nicht aber ihrem Arzt.

In enger Beziehung zur veränderten Schmerzwahrnehmung steht das Phänomen des Symptomenwandels. Dabei handelt es sich um eine nicht adäquate, wenn nicht sogar fehlerhafte Reizantwort. So empfinden die Patienten mit zunehmendem Alter häufig nicht mehr den Schmerz als krankhaft, sondern diffusere sekundäre Symptome wie Schlaflosigkeit, häufige Übelkeit, nächtliches Schwitzen, allgemeinen körperlichen Abbau und ähnliches. Ein bekanntes Beispiel stellt die Tatsache dar, daß der „typische“ Herzinfarktschmerz mit zunehmendem Alter nur noch selten auftritt. Dafür wird die Herzrhythmusstörung zum führenden Symptom des Ereignisses. Daß hierdurch diagnostischen Irrwegen Tür und Tor geöffnet sind, ist offensichtlich.

Veränderte Kognition

- Allgemeine geistige Verlangsamung
- Verminderte Konzentrationsfähigkeit
- Verminderte Abstraktionsfähigkeit
- Verminderte Lernfähigkeit
- Störung der Kommunikation

Störungen der Kommunikation durch kognitive Einschränkungen, zum Beispiel bei der Demenz, spielen mit zunehmendem Alter eine immer größere Rolle. Bereits die Schmerzaussage bereitet Probleme. Was bedeutet es beispielsweise, wenn ein dementer Patient Schmerzen äußert? Es könnte sich auch um einen Kommunikationsersatz handeln. Wie sieht die Erfolgskontrolle bei solchen Patienten aus? Besteht zusätzlich eine Depression oder eine andere Erkrankung, welche die Demenz verstärkt?

Vor allem die Früherkennung der dementiellen Prozesse beim betagten Schmerzpatienten verhindert frustrierte und für den Patienten frustrierende, weil erfolglose Therapieversuche.

Die Besonderheiten des älteren Patienten machen eine andere Auseinandersetzung mit dem Schmerz notwendig. Der Arzt kann organische und technische Untersuchungsbefunde häufig nicht mehr wie gewohnt einordnen. Er ist auf zusätzliche Informationen aus dem häuslichen Umfeld angewiesen. Außerdem muß sich seine Diagnostik in zunehmendem Maße auf funktionelle Störungen beziehen, die sowohl Ursache als auch Ausdruck von Schmerzen sein können. Dies bedeutet auch, daß Ärztinnen und Ärzte beim älteren Schmerzpatienten in zunehmendem Maße auf das Know-how anderer Berufsgruppen wie der Kranken- und Altenpflege, der Krankengymnastik oder der Ergotherapie zurückgreifen müssen. Auch die Neuropsychologie kann bei der richtigen Einordnung des Symptoms Schmerz und seiner Behandlung eine wichtige Rolle spielen. Schließlich sind die Verfahren der physikalischen Therapie und hierbei auch insbesondere die Behandlung nach Kneipp für die Schmerztherapie des Älteren sehr gut geeignet.

Verändertes soziales Umfeld

- Vereinsamung
- Geringere Sozialbindungen
- Geringeres Einkommen

Verluste der körperlichen Fähigkeiten, das Abbröckeln des sozialen Umfeldes und das weitverbreitete Defizitmodell des Alters in den Köpfen der Betroffenen verstärken Schmerzen. In der Veränderung der Schmerzwahrnehmung und in der Verarbeitung von Schmerzen sowie bei den Entspannungsverfahren liegen Indikationsschwerpunkte psychotherapeutischer Verfahren auch im Alter.

Auch beim älteren Patienten steht die medikamentöse Therapie im Mittelpunkt der ärztlichen Bemühungen. Allerdings muß hier in besonderer Weise den Veränderungen der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik Rechnung getragen werden. In Verbindung mit der höheren Anfälligkeit älterer Menschen für Medikamentennebenwirkungen wird sonst rasch mehr Schaden als Nutzen erzeugt.

Veränderte Pharmakokinetik

- Schnelle Konzentration hydrophiler Substanzen (Morphin)
- Erhöhte Konzentration lipophiler Substanzen
- Langsamere Verstoffwechslung in der Leber
- Langsamere Ausscheidung über die Nieren

Veränderte Pharmakodynamik

- Gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber anticholinergen Substanzen
- Gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber zentral wirksamen Substanzen

Die Kenntnis dieser Besonderheiten muß in der Therapieplanung, der Verordnung und vor allem in der Überwachung Niederschlag finden. Diese Reaktionen auf die altersbedingten organischen Veränderungen des Patienten entscheiden letztlich über den Erfolg der getroffenen Maßnahmen. Auch für die medikamentöse Schmerztherapie älterer Menschen kann das Prinzip – START LOW, GO SLOW – gelten.

Folgen für die medikamentöse Therapie

- Individuelle Dosistitration
- Initialdosis senken
- Dosisintervalle verlängern
- Erhaltungsdosis reduzieren
- Anticholinerge Substanzen vermeiden

Folgen für die Rezeptierung

- Weniger ist mehr (max. 5 Präparate)
- Klares Dosierungsschema
- Deutlich sprechen
- Deutlich schreiben

Selten können beim Betagten Schmerzen kausal behandelt werden. Die operativen Verfahren bieten in manchen Fällen diese Möglichkeit. Insbesondere der Bereich der Endoprothetik kann dem betagten Patienten ganz neue Perspektiven eröffnen. Eine schwere Cox- oder Gonarthrose beispielsweise läßt sich konservativ nicht ausreichend behandeln. Operativ dagegen kann inzwischen bei beiden Gelenken oft bis ins hohe Alter interveniert werden. Der Gewinn an Lebensqualität ist mit keinem anderen Verfahren erreichbar. Die Frage, was bei vor allem hochbetagten Patienten noch operiert werden soll, wäre falsch gestellt. Indikation, Wille des Patienten und schließlich Belastbarkeit für Narkose und Operation sollten die entscheidenden Kriterien sein. Allerdings muß hier für die Indikation Schmerz sicher eine hohe Hürde angelegt werden.

Eine erschreckende Tatsache deckten Bernabei et al. 1995 auf, als sie in einer Studie zeigen konnten, daß neben den Angehörigen von Minderheiten vor allem betagte Schmerzpatienten in aller Regel keine ausreichende Schmerztherapie erhielten. Viele Gründe dafür sind oben bereits erwähnt worden.

Schmerzen im Alter richtig zu behandeln ist kein Problem des Alters. Es gilt vielmehr, die altersspezifischen Veränderungen sowohl in die Diagnostik einfließen zu lassen, als sie auch in der Therapie zu berücksichtigen. Die eigentliche Herausforderung besteht folglich darin, alte und hochbetagte Menschen überhaupt als Schmerzpatienten zu erkennen und sie entsprechend dieser Erkenntnis ausreichend zu behandeln.

Glauben Sie Ihrem Patienten seine Schmerzen, behandeln Sie adäquat unter Rücksichtnahme auf die physiologischen und pathologischen Veränderungen des Alters und machen Sie die Schmerzfreiheit zum obersten Ziel ihres Handelns. Stellen Sie sich vor, was Sie zu dem sagen wollten, der Ihnen als Schmerzpatienten rät, den Schmerz als steten Mahner z.B. begrenzter Bewegung zu behalten. Haben Sie keine Angst vor Opiaten sondern nur davor, Ihren älteren Patienten weiter Schmerzen leiden zu lassen. Schließen Sie alle Therapiemöglichkeiten in ihr Vorgehen ein, denn bei Schmerzen tut falsche Sparsamkeit weh.