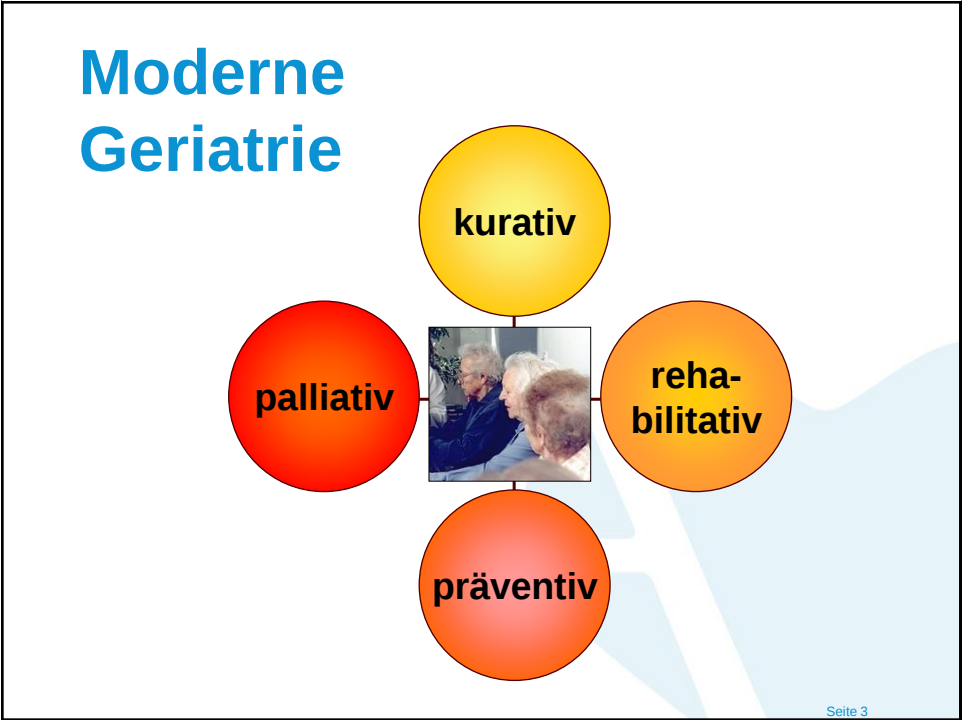




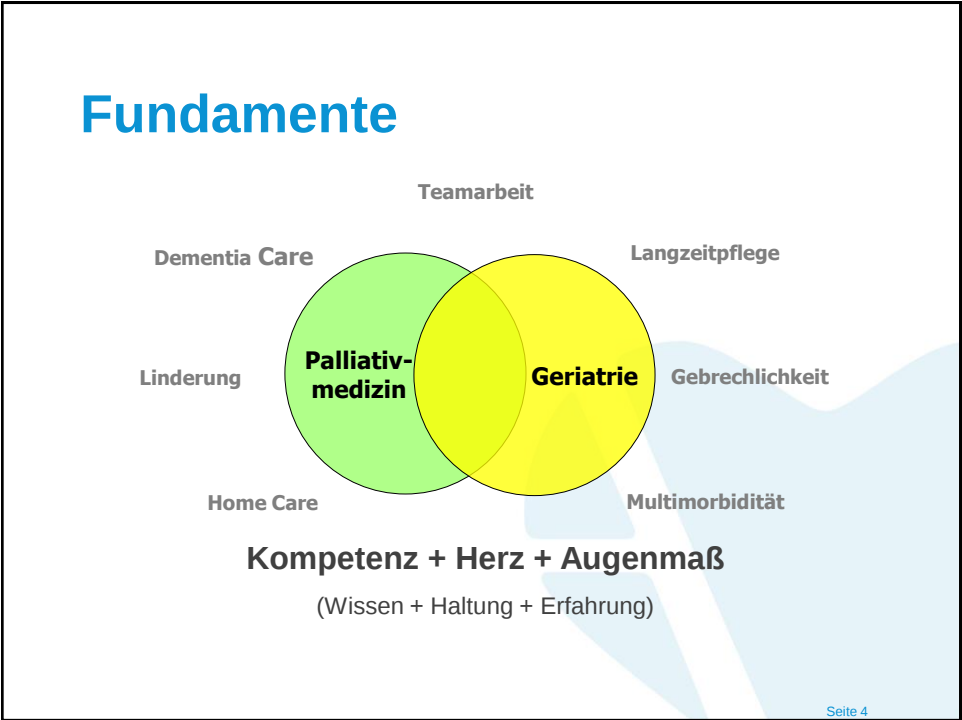
1



2



3



4

Wann brauchen geriatrische Patient:innen Palliativmedizin?

- Fortgeschrittene und weiter fortschreitende Erkrankung
- Begrenzte Lebenserwartung
- Chronische oder akute Beschwerden verursachen Leid, das eine Behandlung mit besonderer palliativer Kompetenz erfordert

M. Pfisterer

Seite 5

5

Bausteine zur Ermittlung des palliativmedizinischen Bedarfs

Symptomlast

- Dyspnoe
- Schmerzen
- Delir, Unruhe, Angst
- Schwäche
- Inappetenz
- Übelkeit, Erbrechen

Team-Einschätzung

- Prognose
- Komorbidität
- Therapeutische Optionen

Versorgungsbedarf

- Funktioneller Status
- Kognitiver Status
- Affekt, Antrieb
- Versorgungssituation
- Ressourcen

Blick d. Patient:innen

- Lebensqualität
- Einschätzung der Situation
- Ziele und Erwartungen, Wertekanon
- Angehörige, soziales Umfeld

Heusinger v. Waldegg G., Pfisterer M. DMW 2019, DOI: 10.1055/a-1084-5041

Seite 6

6

Typische Probleme

bei geriatrischen Palliativpatient:innen

- Schwierigkeit der prognostischen Einschätzung von nicht-onkologischen Patient:innen
- unruhige Patient:in
- Schmerztherapie bei kommunikativ eingeschränkten Menschen
- Patient:in schluckt nicht und soll Medikamente einnehmen
- Multimedikation wg. Multimorbidität
- Ethische Fragestellungen
- **Gefahr der Überforderung von Pflegenden**

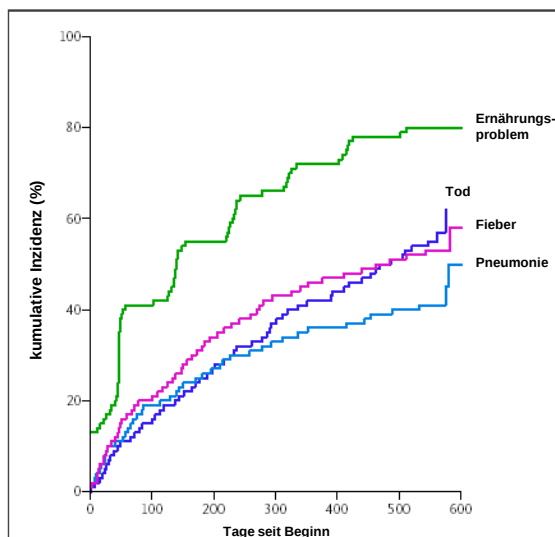
M. Pfisterer

Seite 7

7

Probleme am Lebensende

323 Pflegeheimbewohner mit fortgeschrittener Demenz



**Angehörige
über Verlauf
und Prognose
informieren!**

SL Mitchell et al.
NEJM 2009;361:1529-38

Seite 8

8

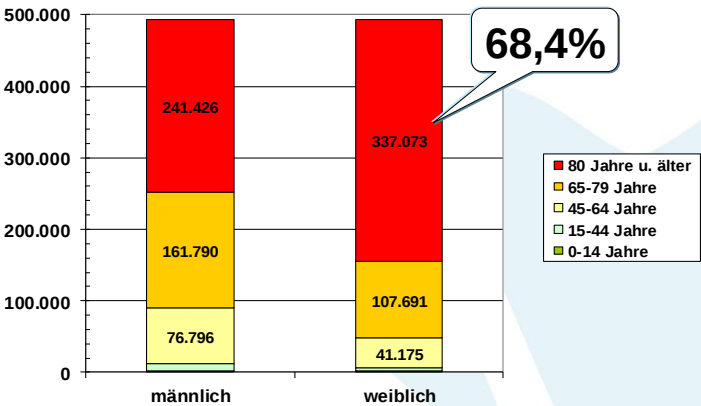
Agenda

- 1. Grundsätzliches Palliativ & Geriatrie
- 2. Sterben ein Phänomen des Alters
- 3. Geriatrische Schmerztherapie

9

Menschen am Lebensende: meist Hochbetagte

Altersstruktur Gestorbener in Deutschland 2020

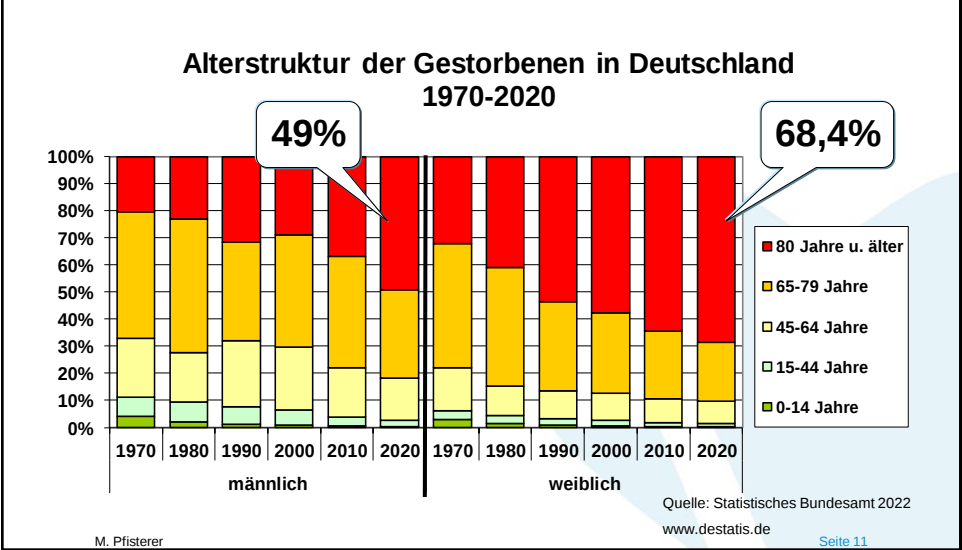


Quelle: Statistisches Bundesamt 2022
www.destatis.de

Seite 10

10

Sterben und Tod werden ein Phänomen des Alters



11

Sterbeorte in Deutschland 2017

Krankenhaus	52 %
Zu Hause	21 %
Pflegeheim	20 % (steigend)
Hospiz	5 % (steigend)
Palliativstation	6 % (steigend)
Andere Orte	2 %

DÄB, Dasch 2021

M. Pfisterer

Seite 12

12

Die letzten Stunden,was kann geschehen?

- Zunahme der Schmerzen
- Atemnot („atmet so schwer)
- Angst / Unruhe (...wollte die ganze Nacht aufstehen)
- Mundtrockenheit
- Delir
- Sekretion / „Rasseln“
- Ich bin so allein
- Selten: echter Notfall (z.B. Blutsturz)

M. Pfisterer

Seite 13

13

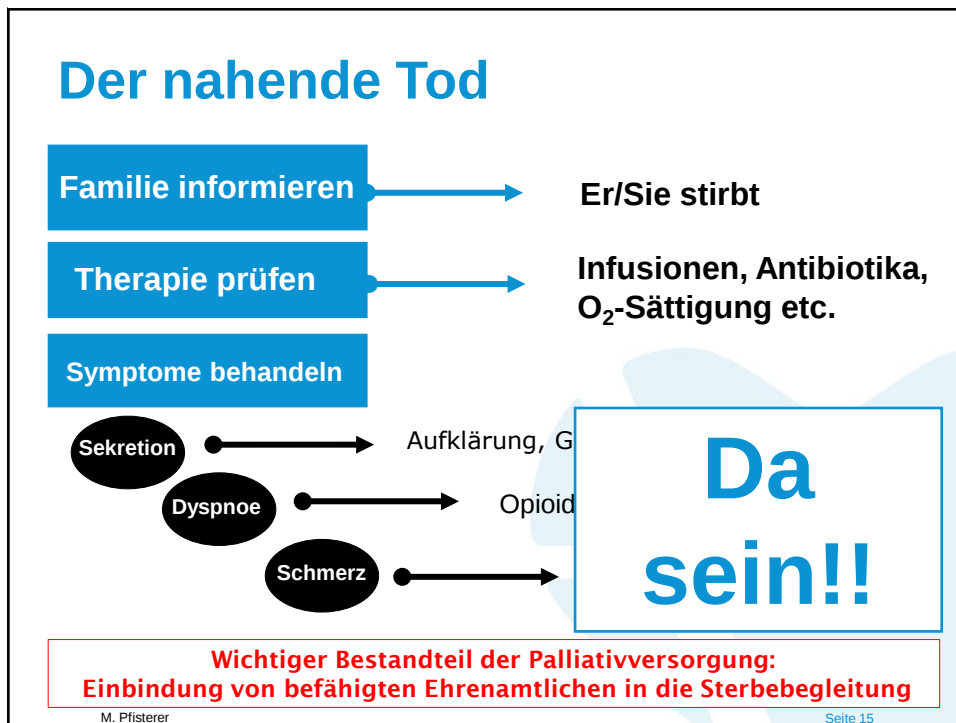
Symptomlinderung

Indikation		subkutane Verabreichung möglich?
Schmerz		
Palliativ Unruhe		subkutane morphinisierte Lösungen p.o.

M. Pfisterer

Seite 14

14



15

Fokus auf Lebensqualität am Lebensende

Zentrale Fragen:

- Behandle ich Schmerzen und andere Symptome adäquat?
- Verlängere ich unangemessen das Sterben?
- Unterstütze ich die Patient:in darin ein Gefühl der Kontrolle zu erreichen, die Belastung der Familie zu reduzieren und die Beziehungen zu Familie und Angehörigen zu festigen?

• **DAS KANN KEINER ALLEINE SCHAFFEN!**
-> **TEAMLEISTUNG**

The slide focuses on quality of life at the end of life. It lists three central questions for healthcare providers to reflect on. A bold statement emphasizes that this cannot be achieved alone and requires teamwork. The slide is attributed to M. Pfisterer and is page 16.

16

Agenda

1. Grundsätzliches Palliativ & Geriatrie

2. Sterben ein Phänomen des Alters

3. Geriatrische Schmerztherapie

17

Häufige Schmerzprobleme im Alter

- Gelenkschmerzen
- Rückenschmerzen
- Postzoster Neuralgie
- Diabetische Neuropathie
- Phantomschmerz
- Zentraler Schmerz
- Tumorschmerz
- Postoperativer Schmerz
- Schmerzen bei akuten Erkrankungen
- Chronischer Schmerz



M. Pfisterer

18

Minimal notwendige Informationen bei Schmerzen

Schmerzintensität und Ort

Kognitive Kompetenz

Schmerz ja/nein
Orte zeigen: ja/nein

4 er Verbale Deskriptorenskala:
kein – leicht – mäßig stark
Ort zeigen lassen

11 er numerische Schätzskaala
Orte abfragen: Ja /nein

Visuelle Analogskala
Ort in Körperbild einzeichnen lassen

Anteil stat. geriatr. Pat.

80%

70%

50%

20%

Quelle: M. Schuler

19

Demenz und Schmerz

(Zusammenhänge)

Demenz

Gedächtnis ↓

Sprache ↓

Urteilsfähigkeit ↓

progressive Erkrankung

ZNS Erkrankung

Schmerz

Anamnese ↓

Mitteilung ↓

Einschätzung ↓

Veränderung

Verarbeitung

Beachte: Schmerzschwelle für Temperatur, Druck und elektrische Reize bei Demenzerkrankten im Vergleich zur Schmerzschwelle bei geistig klaren Patienten nicht verändert.

Beachte: Demenz ≠ Demenz

20

10

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

	0	1	2	Score
Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	☐ Normal	☐ gelegentlich angestrengt atmen ☐ kurze Phasen von Hyperventilation	☐ lautstark angestrengt atmen, ☐ lange Phasen von Hyperventilation	
Negative Lautäußerung	☐ keine	☐ gelegentlich stöhnen oder ächzen, ☐ sich leise misshandeln	☐ lautstark und häufig beunruhigt rufen, stöhnen oder ächzen, ☐ weinen	
Gesichtsausdruck	☐ lächelnd ☐ nichtssagend	☐ unruhiger, unentspannter Blick	☐ grimassieren	
Körperhaltung	☐ entspannt	☐ angespannt ☐ nervös hin und her gehen ☐ nesteln	☐ starr, ☐ geballte Fäuste, ☐ angezogene Kniee, ☐ sich entziehen oder wegstoßen ☐ schlagen	
Trost	☐ trösten nicht notwendig	☐ ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich	☐ trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich	
Warren et al 2003 JAMDA; Schuler et al 2007 JAMDA; Basler et al 2006 SCHMERZ				TOTAL

21

Schmerztherapie in der Geriatrie

Was ist wirklich anders ?

Unterschiede nicht vom Alter abhängig

Morbidität / Multimorbidität

Funktionsdefizite

22

Häufig eingesetzte
Opioide im Alter

Wirkstoff	Galenik	Anfangs-dosis/d	Tageshöchst-dosierung	120 mg Morphinäquivalenzdosis
Tramadol	oral	2 x 50mg	400mg	
Tilidin/Naloxon	oral	2 x 50mg	400mg	-
Morphin	oral	2 x 10mg		120 mg
Hydromorphon	oral		Keine	16 mg
Oxycodon	oral	2 x 5mg	Keine	60 mg
Fentanyl	transdermal	12,5 µg/h	Keine	50 µg/h
Morphin	transdermal	5 µg/h	Keine	70 µg/h
Tapentadol	oral	2 x 50mg	500mg	200 mg

Bei geriatrischen Pat. mit CNTS selten > 60 mg orales Morphinäquivalent/Tag erforderlich

* bei 120 mg Morphinäquivalenz bei nicht Tumorschmerzen sollte die Indikation überprüft werden LONTS 3.1 (2020)
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-003.html>
CNTS = chronische nicht-tumorbedingte Schmerzen

23

Wirksamkeit der
Opioide im Alter

- WHO-Stufe 3 Opioide sind **wirksam** bei Patient:innen
 - mit **Tumorschmerz** (Evidenzlevel Ia - IIb)
 - mit **Nicht-Tumorschmerz** (Evidenzlevel Ia - IIa)
 - mit **neuropathischem Schmerz** (Evidenzlevel Ia - IIb)
- kaum Studien zur Effektivität der Opiattherapie bei geriatrischen Patient:innen
 - ➔ Klinische Erfahrung: **gute Wirksamkeit**

Eine alleinige Therapie mit opioidhaltigen Analgetika soll bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzsyndromen nicht durchgeführt werden.

M. Pfisterer

Seite 24

24

Opioide bei Leber- u. Niereninsuffizienz?

Substanz	Leberinsuffizienz	Niereninsuffizienz
Fentanyl	D↓	o.k.
Morphin	D↓	D↓↓
Hydromorphon	D↓	D↓
Oxycodon	D↓	D↓
Buprenorphin	D↓	o.k.
Methadon	o.k.	D↓
Tilidin/Naloxon	D↓	~
Tramadol	D↓	D↓

o.k. – problemlos
 D↓ – Dosisanpassung notwendig
 ~ – Wirkungsverlängerung bzw. –steigerung
 möglich, gelegentlich klinisch relevant

M. Pfisterer

25

Nebenwirkungen der Opioide HÄUFIG

	Häufigkeit	Dosis- abhängig	Toleranz	Maßnahmen
Obstipation	50-80 %	ja		Macrogol oder Lactulose, +/- Bisacodyl evtl Opioidantagonist (p.o., s.c.) , Reduktion/Rotation
Übelkeit	5-25 %	nein		Metoclopramid, Haloperidol (3x5 Tr.) Reduktion/Rotation
Sedierung	20 %	ja		Dosisreduktion, Rotation, [Naloxon]
Verwirrtheit	?	ja		Dosisreduktion, Rotation
Harnverhalt	?	nein		Absetzen, Blasenkatheter
Pruritus	2-10 %	nein		Rotation, Antihistaminikum

M. Pfisterer

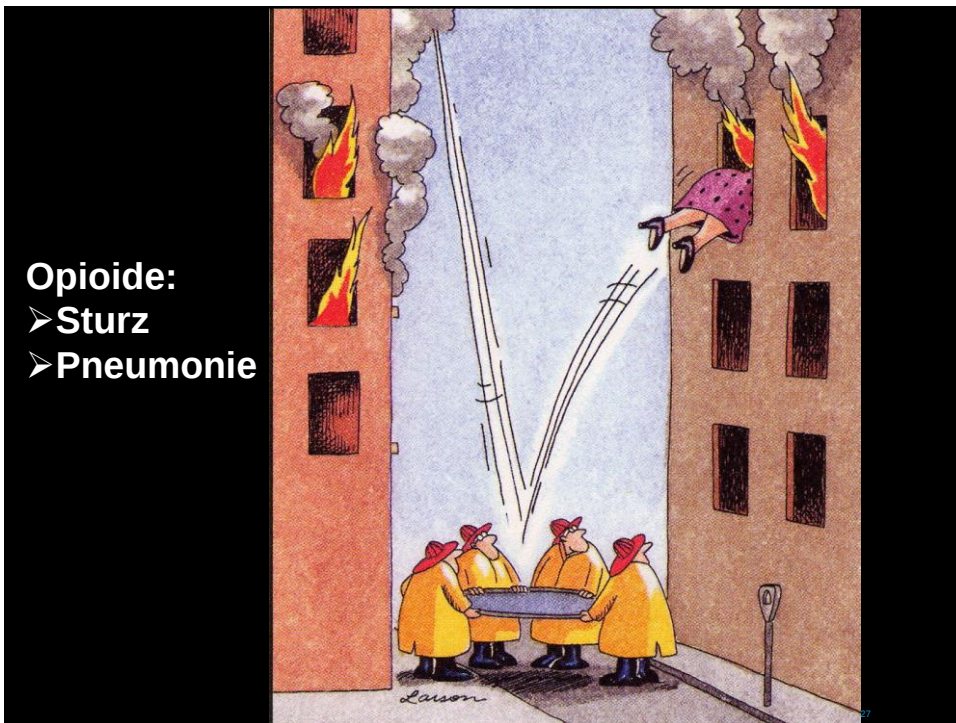
Seite 26

26

Opioide:

➤ Sturz

➤ Pneumonie



27

Opioide und Kognition

häufige Erfahrung

- Absetzen von Opioiden bei geriatrischen Patient:innen geht häufig mit Verbesserung der Kognition einher.
- → Opiode möglichst zeitlich begrenzt einsetzen.

M. Pfisterer

28

Schmerztherapie im Alter

Praktische Hinweise



- Multimodale/geriatrische **Teamtherapie** im Alter von großer Bedeutung, unabhängig von der Schmerzdauer.
- Paradoxon der Schmerztherapie: **Bewegungsabhängige (chronische) Schmerzen werden durch Bewegung gebessert.**
- Therapiekonzept = **Kombination von nicht-medikamentösen und medikamentösen Bausteinen.**



M. Pfisterer

30

Schmerztherapie im Alter

Praktische Hinweise

- **Nicht-Opioide** immer erwägen: PCM, **Metamizol**
- **Gabapentin** oder **Pregabalin** bei neuropath. Schmerz frühzeitig einsetzen (bei diab. Neuropathie **Doloxetin** erwägen)
- **Opioide** sind nicht organotoxisch allerdings **UAW häufig** (...Sturz, Pneumonie)
- Opioide **sicher aufbewahren** (Kinder!)
- **Therapiesteuerung:**
Beschwerdeliste zu Beginn und im Verlauf
- Opioide nur fortführen wenn Pat. eindeutig davon profitiert (Schmerzintensität↓, Funktion↑)



M. Pfisterer

31

