

Kommission Leitlinien

Neue Leitlinie zum Management von Schmerzen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten

Derzeit sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 80 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. Eine davon ist die neue S3-Leitlinie „Schmerzmanagement bei geriatrischen Patientinnen und Patienten in allen Versorgungssettings (GerIPAIN)“. Bei der Arbeit daran brachte Professor Dr. med. Christoph Baerwald, Rheumatologe am Universitären Zentrum für Seltene Erkrankungen Leipzig, seine Expertise für die DGIM ein. Hier fasst er die wesentlichen Empfehlungen zusammen.

Die Leitlinie GeriPAIN (AWMF Register Nr. 145/005) zielt darauf ab, die komplexe Schmerztherapie bei geriatrischen Patient:innen zu verbessern und eine ganzheitliche, patientenzentrierte Versorgung sicherzustellen. Sie umfasst daher Empfehlungen zum Screening, Assessment und der Verlaufserfassung des Schmerzes als Grundlage der Diagnostik. Ein besonderer Fokus liegt auf den spezifischen Besonderheiten in der Behandlung von geriatrischen Patient:innen mit Schmerzen.

Die wichtigsten Empfehlungen sind hier aufgeführt:

- 1. Einbeziehung der Patient:innen und Angehörigen:** Geriatrische Patient:innen und ihre Angehörigen sollten in alle Aspekte des Schmerzmanagements aktiv einbezogen und über schmerzbezogene Maßnahmen informiert werden.
- 2. Gemeinsame Entscheidungsfindung:** Der mögliche Nutzen und Schaden einer nicht-medikamentösen und/oder medikamentösen Schmerztherapie soll mit den Patient:innen besprochen werden.
- 3. Strukturierte Kommunikation:** Die Kommunikation zwischen den an der Versor-



▲ Prof. Dr. Christoph Baerwald

gung beteiligten Professionen und Disziplinen soll strukturiert erfolgen.

- 4. Medikamentenreview:** Ein Medikamentenreview zwischen der/dem verschreibenden Ärztin/Arzt und weiteren Professionen oder Disziplinen sollte durchgeführt werden, um die Angemessenheit der medikamentösen Interventionen zu prüfen und bei Bedarf anzupassen.
- 5. Schmerzassessment:** Das Schmerzassessment soll mit der Selbstauskunft der geriatrischen Patient:innen beginnen und in einem zielgruppenspezifischen, hierarchischen Prozess (von Selbstauskunft bis zur Fremdeinschätzung) erfolgen.
- 6. Fremdeinschätzung bei kognitiven Beeinträchtigungen:** Bei einer vorliegenden oder vermuteten kognitiven Beeinträchtigung soll eine zusätzliche systematische Fremdeinschätzung von Schmerz erfolgen.
- 7. Erfassung der Schmerzhistorie:** Das Schmerzassessment soll die Schmerzhistorie, mögliche Komorbiditäten, Schmerzmedikation und die verschiedenen Schmerzdimensionen inkl. des (non-, para-) verbalen Schmerzverhaltens erfassen.
- 8. Körperliche Aktivierung:** Körperliche Aktivierung, ohne oder mit Unterstützung therapeutischer Interventionen, soll bei geriatrischen Patient:innen mit muskuloskeletalen Schmerzen zur Reduktion der Schmerzintensität sowie zur Verbesserung der Funktionalität und Lebensqualität angewandt werden.
- 9. Therapie mit Analgetika und Co-Analgetika:** Die Therapie mit Analgetika und Co-Analgetika soll in niedriger Dosierung begonnen und bei individueller Notwendigkeit und Verträglichkeit langsam gesteigert werden. Wirksamkeit und Verträglichkeit sollen engmaschig kontrolliert werden.

Besonderheiten bei Demenz

Die Leitlinie GeriPAIN enthält auch spezielle Empfehlungen für Demenzerkrankte (s. Punkt Nr. 6). Bei einer vorliegenden oder vermuteten kognitiven Beeinträchtigung, wie sie bei Demenzpatient:innen häufig vorkommt, soll eine **zusätzliche systematische Fremdeinschätzung von Schmerz** erfolgen. Dies bedeutet, dass neben der Selbstauskunft der Betroffenen auch eine Einschätzung durch Pflegekräfte oder Angehörige durchgeführt werden sollte, um ein umfassendes Bild des Schmerzempfindens zu erhalten. Diese Vorgehensweise ist besonders wichtig, da Personen mit Demenz möglicherweise Schwierigkeiten haben, ihre Schmerzen selbst zu kommunizieren. Die Leitlinie empfiehlt verschiedene **Instrumente zur Fremdeinschätzung** von Schmerzen bei geriatrischen Patient:innen, insbesondere bei kognitiven Beeinträchtigungen:

- Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) (<https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/die-gesellschaft/arbeitskreise/schmerz-und-alter/downloads>)
- Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD) (<https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/die-gesellschaft/arbeitskreise/schmerz-und-alter/downloads>)
- PAIC 15 Skala (Pain Assessment in Impaired Cognition) (<https://paic15.com/>)

- 169 – Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA) (https://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/ZOPA_Das_Zurich_Observation_Pain_Assessment.php)

172 Spezifische Schmerztherapie bei bestimmten 173 Erkrankungen

174 Neben Empfehlungen zu medikamentösen und nicht-medikamentösen Interventionen im Rahmen von Schmerzen bei geriatrischen Patient:innen werden auch verschiedene krankheitsspezifische Empfehlungen zu Therapieoptionen ausgesprochen (falls die Therapieoptionen nicht schon im allgemeinen Teil behandelt wurden). Zu diesen speziell behandelten Krankheiten gehören: Schmerzhaftes Skelettmuskelkrämpfe, nicht-spezifischer Kreuzschmerz, degenerative lumbale Spinalkanalstenose, Arthrose-bedingte Gelenkschmerzen, Schmerzen nach Osteoporose-bedingten Frakturen und die Post-Zoster-Neuralgie.

186 Das Wichtigste auf einen Blick

- 187 – Bei geriatrischen Patient:innen soll eine **systematische Erfassung** von Schmerzen erfolgen
- 188 – Bei Demenzpatient:innen sollen eine **Fremdeinschätzung** und entsprechende Instrumente benutzt werden.
- 189 – Die Schmerztherapie soll auch **nicht-medikamentöse Maßnahmen** umfassen.
- 190 – Die **medikamentösen Therapieoptionen** sollen je nach Co-Morbidität gezielt eingesetzt werden.
- 191 – Therapieentscheidungen sind mit den Betroffenen nach dem Prinzip der **partizipativen Entscheidungsfindung** zu treffen. Die genannte medikamentöse Therapie kann durch flankierende Behandlungsmöglichkeiten ergänzt werden.

192 Die S3-Leitlinie „Schmerzmanagement bei Geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings (GeripAIN)“ ist bei der AWMF unter der Register-Nr. 145/005 abrufbar.

193 **Internistische Keyfacts von Leitlinien**

- aus allen internistischen Fachbereichen
- das Wichtigste auf einen Blick
- von der Kommission Leitlinien der DGIM

194 Jetzt informieren:
195 [DGIM-eAkademie.de](https://www.dgim-eakademie.de)

196 **NEU**

197 **DGIM eAkademie**

DGIM Alumni

Herbsttreffen 2025 in Würselen und Aachen

In der Arbeitsgruppe DGIM Alumninetzwerk treffen sich die ehemaligen Teilnehmer der DGIM-Nachwuchsprogramme in Workshops, zu Podiumsdiskussionen und weiteren Veranstaltungen, um den Gedankenaustausch zu fördern. Im Herbst begrüßte das Rhein-Maas-Klinikum in Würselen die Mitglieder der DGIM Alumni zu einem interaktiven Workshop zum Thema Change-Management.

Dr. Nicole Helmerich erläuterte in ihrem Impulsvortrag modernes Change-Management. 70 % der Change-Projekte scheitern. Das führt nicht nur zum Fortbestehen der dringenden Probleme, sondern auf längere Sicht zur Erschöpfung und Frustration der Mitarbeiter, bis hin zu Kündigungen. Modernes Change-Management verspricht dagegen wirkmächtige, nachhaltige Verhaltensänderungen.

Damit Veränderungen gelingen können, benötigt es nicht nur strukturelle Ressourcen, sondern es braucht auch individuelle Interventionen der Mitarbeiter. Die Einbindung und Beteiligung der relevanten Akteure und ein gemeinsames Erarbeiten von Lösungen ist notwendig.

Hilfsmittel für Veränderungsprozesse

Als mögliches Arbeitstool stellte Frau Dr. Helmerich das Konzept „Liberating Structures“ praktisch vor. In Kleingruppen erarbeiteten die Teilnehmer zunächst ihre Probleme aus dem Arbeitsumfeld und diskutierten mögliche Änderungsstrategien. Die Teamarbeit schaffte ein gemeinsames Bewusstsein für die Probleme, und Lösungsansätze wurden aus verschiedenen Sichtweisen eingebracht.

Doch wie gelingt Change bei Widerstand und kontraproduktiven Verhalten? „Liberating Structure TRIZ“ ist ein Tool, um solchen Widerständen im Team zu begegnen. Die Teilnehmer erstellten eine Liste aus Worst-Case-Szenarien des Problems. Im Folgeschritt filterte man Punkte heraus, die bereits aufgetreten sind, um sich dann auf die Lösungsansätze zu konzentrieren. Dieser offene Umgang mit kontraproduktiver Aktivität ermöglicht einem Team, alte Muster loszulassen, um neue Wege zu finden.

Wer neugierig geworden ist: Frau Dr. Helmerich wird im April beim nächsten DGIM-Kongress an einem Panel zu Change-Management teilnehmen.

Jobsharing – (k)ein Modell für die Zukunft?

Als weiterer Programmpunkt berichteten die Chefärztinnen Dr. Simone Gehrke und Jennifer Capellmann über ihre Erfahrungen im Jobsharing in der Führungsrolle. Im Interview wurden Probleme, Vorteile und Stärken dieses Arbeitsmodells verdeutlicht.

Die Umsetzung dieser ungewohnten Besetzung bedarf einer mutigen Geschäftsführung, die offen für Veränderungen und den