

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

S3-Leitlinie GeriPAIN

publiziert bei: AWMF online
Portal der wissenschaftlichen Medizin

AWMF-Register Nr.	145/005	Klasse:	S3

Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings (GeriPAIN)

Kurzfassung
S3-Leitlinie
der
Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.
und
Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V.
und
Unabhängigen Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland SchmerzLOS e. V.

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

DGG Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

UVSD SchmerzLOS e. V.
Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF22017 gefördert.

Impressum

Federführende Fachgesellschaften

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.

Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland (UVSD) Schmerz-LOS e. V.

Leitlinienkoordination

Prof. Dr. Thomas Fischer | Evangelische Hochschule Dresden

Prof. Dr. Erika Sirsch | Universität Duisburg-Essen

Dr. Corinna Drebenstedt | St. Marienstift Friesoythe

Heike Norda | UVSD SchmerzLOS e. V.

Weitere Mitglieder der Steuergruppe

Prof. Dr. Irmela Gnass | PMU Salzburg

Dr. Stephan Fuchs | Allgemeinmedizin Universität Halle-Wittenberg

Unter Mitarbeit von

Melina Hendlmeier | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

Evelyn Gebhardt | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Universität Duisburg-Essen

Jakob Seitz | Studentische Hilfskraft | Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

Katja Krumm | Wissenschaftliche Hilfskraft | Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

Artin Rostami | Studentische Hilfskraft | Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

Liste der beteiligten Fachgesellschaften und Interessenvertretungen:

- Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie (PRiO) der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
- Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO) der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
- Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO) der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
- Assoziation Chirurgische Onkologie (ACO) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV) und der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
- Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Perioperatives Management in der Viszeralchirurgie (CA PeriVis) AG der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ)
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)
- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e. V. (DGG)
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
- Deutsche Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie e. V. (DGKliPha)
- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e. V. (DGNC)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -Forschung e. V. (DGPSF)
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO)
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie und Orthopädie e. V. (DGOU)
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e. V. (DGPTW)
- Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e. V. (DMKG)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
- Deutscher Pflegerat (DPR)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie (IGOST)

Liste der beteiligten Patient:innenvertretungen:

- Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland (UVSD) SchmerzLOS e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO)

Autorinnen und Autoren (in alphabetischer Reihenfolge)

Frau Professorin Dr. Rezvan Ahmadi
Frau Dr. Stefanie Andernach
Herr Professor Dr. Christoph Baerwald
Herr Professor Dr. Karl-Jürgen Bär
Frau Dr. Jutta Bauhammer
Frau Dr. Beate Baumgarte
Herr Dr. Michael Becker
Herr Dr. Matthias Beintker
Herr Professor Dr. Jens Büntzel
Herr Professor Dr. Thomas Bürger
Frau Dr. Corinna Drebenstedt
Herr Professor Dr. Joachim Erlenwein
Herr Professor Dr. Thomas Fischer
Herr Martin Franke
Herr Dr. Stephan Fuchs
Frau Dr. Katharina Gillen
Herr Dr. Jochen Gleißner
Frau Professorin Dr. Irmela Gnass
Frau Professorin Dr. Gudrun Goßrau
Frau Professorin Dr. Julia Hardt
Frau Professorin Dr. Ann-Kirstin Helmers
Herr Dominik Heußner
Frau Dr. Judith Kappesser
Herr Moritz Krebs
Frau Dr. Maria Kröplin
Frau Professorin Dr. Miriam Kunz
Frau Denise Lehmann
Frau Julia Liebens
Herr Dr. Albert Lukas
Frau Katrin Mimus
Frau Dr. Rebecca Moser
Herr Professor Dr. Dr. Andreas Neff
Frau Dr. Wiebke Nehls
Frau Heike Norda
Frau Dr. Cynthia Olotu
Frau Privatdozentin Dr. Steffi Ulrike Pigorsch
Herr Professor Dr. Georg Pongratz
Herr Dr. Dr. Cornelius Renz
Herr Dr. Andreas Römer
Herr Professor Dr. Oliver Schierz
Herr Professor Dr. Marcus Schiltenwolf
Herr Dr. Markus Schneider
Frau Dr. Barbara Schubert
Frau Elke Schulze
Frau Professorin Dr. Erika Sirsch
Herr Dr. Martin Strohmeier
Frau Professorin Dr. Petra Thürmann
Herr Professor Dr. Tim Vilz
Frau Dr. Ilse Weinfurtner
Herr Professor Dr. Heiner Wenk
Herr Professor Dr. Andreas Zenthöfer

Bitte wie folgt zitieren:

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V., UVSD SchmerzLOS e. V. (Hrsg.) (2025): S3-Leitlinie Schmerzmanagement bei Geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings (GeriPAIN). Kurzfassung 1.0, 2025, AWMF-Registernummer 145/005, https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-005 (abgerufen am: TT.MM.JJJJ)

Inhalt

1 Informationen zu dieser Leitlinie 7
1.1 Zielsetzung und Fragestellung 7
1.2 Zielpopulation: geriatrische Patient:innen 7
1.3 Versorgungsbereiche und Adressat:innen 8
1.4 Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie 9
1.5 Methodische Grundlage 9

2 Zusammenfassung der Empfehlungen 10
Gemeinsame Entscheidungsfindung 10
Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität 11
Kommunikation 11
Dokumentation 11
Medikamentenreview 11
Personalschulung 11
Schmerzerfassung bei geriatrischen Patient:innen 12
Screening 12
Assessment 12
Verlaufserfassung 13
Allgemeine Empfehlungen zu nicht-medikamentösen Interventionen bei geriatrischen Patient:innen mit Schmerzen 14
Bewegungsbasierte Interventionen 14
Psychotherapeutische Interventionen 14
Mind-Body-Übungen 14
Musik 14
Digitale Rehabilitationsmaßnahmen 14
Interventionen ohne Empfehlung 14
Allgemeine Empfehlungen zu medikamentösen Interventionen bei geriatrischen Patient:innen mit Schmerzen 15
Allgemeine Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie 15
Nicht-Opioid-Analgetika 15
Opioide 15
Umgang mit unerwünschten Wirkungen 16
Krankheitsspezifische Empfehlungen zu (nicht-)medikamentösen Interventionen bei geriatrischen Patient:innen 17
Schmerzhafte Skelettmuskelkrämpfe 17
Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 17
Degenerative lumbale Spinalkanalstenose 17
Arthrosebedingte Gelenkschmerzen 18
Schmerzen nach osteoporosebedingten Schmerzen 18
Post-Zoster-Neuralgie 18

3 Zusammensetzung der Leitliniengruppe 19
3.1 Leitlinienkoordinator:innen / Ansprechpartner:innen 19
3.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen 20
3.3 Finanzierung 22
3.4 Umgang mit Interessenklärungen 22
3.5 Patient:innenbeteiligung 22
3.6 Methodische Beteiligung 22

4 Literaturverzeichnis 23

1 Informationen zu dieser Leitlinie

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Mit der Leitlinie soll eine Verbesserung der komplexen Schmerztherapie geriatrischer Patient:innen verfolgt werden. Sie umfasst daher Empfehlungen zum Screening, Assessment und der Verlaufserfassung des Schmerzes als Grundlage der Diagnostik. Zudem wird der Fokus auf die spezifischen Besonderheiten in der Behandlung von geriatrischen Patient:innen mit Schmerzen gelegt. Dabei wird darauf verzichtet, bestehende nationale Leitlinien zum Schmerzmanagement zu replizieren, sondern viel mehr die Besonderheiten hervorgehoben, die bei geriatrischen Patient:innen beachtet werden müssen. Empfehlungen zur Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität und zur Förderung der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Rahmen des Schmerzmanagements vervollständigen die Leitlinie. Als leitend für die systematische Recherche und Auswertung der Literatur wurden folgende Endpunkte in enger Abstimmung mit den Patient:innenvertretenden festgelegt:

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Funktionalität
- Schmerzintensität
- Patient:innenzufriedenheit
- Unerwünschte Wirkungen
- Zugang (zu den Maßnahmen und Angeboten)

In der Langfassung der Leitlinie findet sich eine detaillierte Beschreibung der Endpunkte.

1.2 Zielpopulation: geriatrische Patient:innen

Die Leitlinie umfasst die Zielpopulation der geriatrischen Patient:innen. Diese werden charakterisiert durch eine geriatrietypische Multimorbidität und ein höheres Lebensalter.

Unter geriatrietypischer Multimorbidität wird das Vorliegen von mindestens zwei chronischen Erkrankungen mit sozialmedizinischer Relevanz im Sinne einer alltagsre-levante Aktivitätsbeeinträchtigung verstanden. Geriatrietypisch sind unter anderem die in Tabelle 1 aufgelisteten Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen entsprechend der International Classification of Functioning (Bollheimer und Lüttje 2021; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2021; World Health Organization 2024).

Geriatrietypische Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen:
Kognitive Defizite
Starke Sehbehinderung
Ausgeprägte Schwerhörigkeit
Depression, Angststörung
Sturzneigung und Schwindel
Chronische Schmerzen
Sensibilitätsstörungen
Herabgesetzte Medikamententoleranz
Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
Dekubitalulcera
Fehl- und Mangelernährung
Herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit

Tabelle 1: Wichtige geriatrietypische Schädigungen (in Anlehnung an: MDS 2021, S. 75)

Eine sozialmedizinische Relevanz besteht, wenn die beeinträchtige Funktionsfähigkeit Einfluss auf die Teilhabe nimmt. Einschränkungen wirken sich damit direkt auf die persönliche Lebensgestaltung und das Lebensumfeld aus (Seger et al. 2018).

In einem höheren Lebensalter befinden sich in der Regel Menschen ab dem 70. Lebensjahr (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) 2021). Bei einer ausgeprägten geriatrietypischen Multimorbidität kann diese Altersgrenze bis auf das 60. Lebensjahr herabgesetzt werden (Bundessozialgericht, Urteil vom 23.06.2015).

Ab einem Lebensalter von 80 Jahren oder älter werden Patient:innen immer als geriatrisch betrachtet. Aufgrund altersphysiologischer Veränderungen sowie vorbestehender Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sind die Reservekapazitäten eingeschränkt. Menschen ab dem 80. Lebensjahr sind daher besonders vulnerabel. Vulnerabilität bezeichnet in diesem Zusammenhang das regelhafte Auftreten a) von Komplikationen und Folgeerkrankungen, b) eines erhöhten Chronifizierungsrisikos und c) eines erhöhten Risikos eines Verlustes an Selbstbestimmung und selbständiger Lebensführung (Bollheimer und Lüttje 2021; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) 2021).

1.3 Versorgungsbereiche und Adressat:innen

Die Leitlinie umfasst alle Versorgungsbereiche, in denen geriatrische Patient:innen ambulant, teilstationär, akutstationär oder langzeitstationär versorgt werden. Geriatrische Patient:innen sind auf verschiedene Berufsgruppen und Versorgungsstrukturen angewiesen und können von einer interprofessionellen und sektorenübergreifenden Versorgung profitieren. Da mangelnde Kooperation und Koordination zwischen Leistungserbringenden oft zu Versorgungsbrüchen führen, wird der übergreifenden Zusammenarbeit besondere Aufmerksamkeit geschenkt (Winter et al. 2006; Kuhlmey 2011).

1.4 Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie

Im Rahmen der Leitlinie werden folgende Begleitdokumente zur Verfügung gestellt:

- Langfassung der Leitlinie
- Methodenreport (inkl. Interessenerklärungen)
- Evidenztabellen
- Leitliniensynopse
- Qualitätsindikatoren
- Patient:innenversion
- Foliensatz

1.5 Methodische Grundlage

Das methodische Vorgehen für die Erstellung der Leitlinie orientierte sich am „AWMF Regelwerk Leitlinien" – Version 2.0 (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien 2020). In Abbildung 1 sind die methodischen Grundlagen dargestellt. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens ist im Leitlinienreport dargelegt.



Abbildung 1: Darstellung des methodischen Vorgehens

2 Zusammenfassung der Empfehlungen

Bereich	Nr.	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenzgrad
Gemeinsame Entscheidungsfindung				
	1	Geriatrische Patient:innen und ihre Angehörigen sollten in alle Aspekte des Schmerzmanagements aktiv einbezogen und ihnen sollten Kenntnisse über die schmerzbezogenen Maßnahmen vermittelt werden.	⇑	3
	2	Im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung sollen mit den Patient:innen der mögliche Nutzen und Schaden einer nicht-medikamentösen und/oder medikamentösen Schmerztherapie besprochen werden.	⇑⇑	3

Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität				
Kommunikation	3	Die Kommunikation zwischen den an der Versorgung beteiligten Professionen und Disziplinen soll strukturiert erfolgen.	⇑	EK
Dokumentation	4	Im stationären Versorgungskontext sollten alle relevanten Informationen des Schmerzmanagements an einer eindeutig definierten Stelle, für alle an der Versorgung beteiligten Mitarbeitenden zugänglich sein und in der Dokumentation der betroffenen Person dokumentiert werden.	⇑	EK
	5	Im ambulanten Versorgungskontext sollten alle relevanten Informationen des Schmerzmanagements bei der betroffenen Person vorliegen. Alle an der Versorgung Beteiligten sowie die Patient:innen sollten Zugriff auf alle relevanten Informationen des Schmerzmanagements in der elektronischen Patientenakte (ePA) haben.	⇑	EK
Medikamentenreview	6	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.	⇑	2
Personalschulung	7	Alle, die an der Versorgung geriatrischer Patient:innen beteiligt sind, sollen regelmäßige Schulungen zum Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen erhalten.	⇑⇑	2

Schmerzerfassung bei geriatrischen Patient:innen				
Screening	8	Das Screening auf Schmerz sollte bei geriatrischen Patient:innen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Erstkontakt mit dem Gesundheitswesen oder anlassbezogen erfolgen. *Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU): Streichung der Empfehlung* *Begründung: „Es bleibt unklar, wann die Empfehlung greifen soll, ein Schmerzassessment bei geriatrischen Patienten durchzuführen. Unstreitig sind viele Kontakte im Gesundheitswesen schmerzunabhängig. Überforderungen des Gesundheitswesens können durch versorgungsfremde Empfehlungen gefördert werden." (Delegierter DGOU, 14.10.2024)*	⇑	EK
	9	Ergibt das Screening Hinweise auf Schmerzen, sollte zeitnah ein systematisches Schmerzassessment erfolgen.	⇑	Leitlinienadaptation
	10	Das Schmerzassessment soll mit der Selbstauskunft der geriatrischen Patient:innen beginnen und in einem zielgruppenspezifischen, hierarchischen Prozess (von Selbstauskunft bis zur Fremdeinschätzung) erfolgen.	⇑	EK
Assessment	11	Das Schmerzassessment soll mit der Selbstauskunft der geriatrischen Patient:innen beginnen und in einem zielgruppenspezifischen, hierarchischen Prozess (von Selbstauskunft bis zur Fremdeinschätzung) erfolgen.	⇑⇑	2
	12	Bei einer vorliegenden oder vermuteten kognitiven Beeinträchtigung soll eine zusätzliche systematische Fremdeinschätzung von Schmerz erfolgen.	⇑⇑	2
	13	Das Schmerzassessment soll in Ruhe und in Aktivitätssituationen erhoben werden.	⇑⇑	EK
	14	Das Schmerzassessment soll die Schmerzhistorie, mögliche Komorbiditäten, Schmerzmedikation und die verschiedenen Schmerzdimensionen inkl. des (non-, para-) verbalen Schmerzverhaltens erfassen.	⇑⇑	Leitlinienadaptation

	15	Zur Erfassung der Schmerzlokalisation sollten beim Schmerzassessment Schmerz-zeichnungen (Körperskiz-zen/Karten/ Tafeln) genutzt werden.	⇑	Leitlinien-adaptation
	16	Für das Schmerzassessment sollen neben der direkten Frage nach Schmerz auch patient:inneneigene Worte verwendet werden.	⇑⇑	Leitlinien-adaptation
Verlaufs-erfassung	17	Das Schmerzassessment soll bei Bedarf die Erstellung eines interprofessionellen Behandlungsplanes nach sich ziehen	⇑⇑	2
	18	Bei geriatrischen Patient:innen mit beste-henden Schmerzen und/oder bekannter Schmerzproblematik bzw. bestehender Schmerztherapie soll eine Verlaufserfas-sung erfolgen.	⇑⇑	Leitlinien-adaptation

Allgemeine Empfehlungen zu nicht-medikamentösen Interventionen bei geriatrischen Patient:innen mit Schmerzen				
Bewegungs-basierte Interventionen	19	Körperliche Aktivierung, ohne oder mit Unterstützung therapeutischer Interventionen soll bei geriatrischen Patient:innen mit muskuloskelettalen Schmerzen zur Reduktion der Schmerzintensität, Verbesserung der Funktionalität und Lebensqualität angewandt werden.	⇑⇑	2
Psychotherapeutische Interventionen	20	Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie sollten bei geriatrischen Patient:innen ohne kognitive Beeinträchtigungen mit chronischen Schmerzen zur Schmerzreduktion angewandt werden.	⇑	2
	21	Achtsamkeitsbasierte Interventionen sollten bei geriatrische Patient:innen mit chronischen Schmerzen zur Verbesserung schmerzbezogener Funktionalität und des mentalen Wohlbefindens durchgeführt werden.	⇑	2
Mind-Body-Übungen	22	Mind-Body Übungen wie bspw. Yoga, Tai Chi oder Qigong können für geriatrische Patient:innen ohne kognitive Beeinträchtigungen mit chronischen Schmerzen zur Schmerzreduktion und Steigerung der Lebensqualität erwogen werden.	⇔	2
Musik	23	Musikbasierte Interventionen (Singen oder Musik anhören) können bei geriatrischen Patient:innen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen zur Schmerzreduktion erwogen werden.	⇔	3
Digitale Rehabilitations-maßnahmen	24	Digitale Rehabilitationsmaßnahmen können zur Förderung der körperlichen Aktivität bei geriatrischen Patient:innen erwogen werden.	⇔	3
Interventionen ohne Empfehlung		• Aromatherapie, Massagen, Reflexzonentherapie • Edukative Gruppentherapie und neurowissenschaftliche Schmerzedukation („Pain neuroscience education“) • Passive Bewegungsübungen bei Menschen mit Kontraktur(risiko) zur Schmerzreduktion • Kraniale Stimulation	Keine Empfehlung	

Allgemeine Empfehlungen zu medikamentösen Interventionen bei geriatrischen Patient:innen mit Schmerzen				
Allgemeine Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie	25	Die Therapie mit Analgetika und Co-Analgetika soll bei geriatrischen Patient:innen in niedriger Dosierung begonnen und bei individueller Notwendigkeit und Verträglichkeit langsam gesteigert werden. Wirksamkeit und Verträglichkeit sollen engmaschig kontrolliert werden. Dabei soll die Möglichkeit des verzögerten Eintritts entsprechender Symptome unerwünschter Arzneimittelwirkungen bedacht werden.	⇑	EK
	26	Bei der Auswahl von Analgetika, Co-Analgetika und Adjuvanzien für geriatrische Patient:innen können die Hinweise der PRISCUS-Liste und der FORTA-Kriterien berücksichtigt werden.	⇔	EK
Nicht-Opioid-Analgetika	27	Metamizol oder Paracetamol können bei geriatrischen Patient:innen mit nicht-tumorbedingten Schmerzen unter strikter Abwägung von Nutzen und Risiken sowie der Beachtung von Arzneimittelwechselwirkungen und Kontraindikationen erwogen werden.	⇔	EK
	28	Nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) können bei geriatrischen Patient:innen mit nicht-tumorbedingten Schmerzen (z.B. Arthrose, Arthritis, spezifischen Rückenschmerzen und Gicht) unter strikter Abwägung von Nutzen und Risiken sowie der Beachtung von Arzneimittelwechselwirkungen und Kontraindikationen zur möglichst kurzzeitigen Anwendung erwogen werden.	⇔	EK
Opioide	29	Opioide können bei geriatrischen Patient:innen mit entsprechender Indikation (siehe hierzu S3-Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen, LONTS) unter strikter Abwägung von Nutzen und Risiken sowie der Beachtung von Arzneimittelwechselwirkungen und Kontraindikationen erwogen werden.	⇔	2

	30	Das Erreichen realistischer Behandlungsziele, Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen und der Medikamentenverbrauch sollten bei geriatrischen Patient:innen, die Opioide zur Schmerzlinderung einnehmen, regelmäßig überwacht werden.	⇑	1
Umgang mit unerwünschten Wirkungen	31	Nicht-medikamentöse Interventionen und Verhaltensanpassungen zur Prophylaxe und Therapie der opioidinduzierten Obstipation sollten bei geriatrischen Patient:innen eine Therapie mit Stuhlweichmachern und Laxanzien ergänzen.	⇑	EK

Krankheitsspezifische Empfehlungen zu (nicht-)medikamentösen Interventionen bei geriatrischen Patient:innen				
Schmerzhafte Skelettmuskelkrämpfe	32	Tägliche Dehnungsübungen der Waden- und Oberschenkelmuskulatur sollten bei geriatrischen Patient:innen durchgeführt werden, um die Schwere nächtlicher Skelettmuskelkrämpfe zu reduzieren.	⇑	1
	33	Magnesium sollte zur Prävention von Skelettmuskelkrämpfen bei geriatrischen Patient:innen nicht angewandt werden.	⇓	1
Nichtspezifischer Kreuzschmerz	34	Körperliche Aktivierung, ohne oder mit Unterstützung therapeutischer Interventionen, soll bei geriatrischen Patient:innen mit subakutem oder chronischem Kreuzschmerz zur Reduktion der Schmerzintensität und Verbesserung der Funktionalität angewandt werden.	⇑⇑	2
	35	Ein strukturiertes Edukationsprogramm sollte bei geriatrischen Patient:innen ohne kognitive Beeinträchtigungen und mit chronischem Kreuzschmerz zur Reduktion der Schmerzintensität, Verbesserung der Funktionalität und Lebensqualität durchgeführt werden.	⇑	3
Degenerative lumbale Spinalkanalstenose	36	Körperliche Aktivierung, mit und ohne therapeutische Interventionen, sollte bei geriatrischen Patient:innen ohne kognitive Beeinträchtigungen mit degenerativer lumbaler Spinalkanalstenose zur Schmerzreduktion, Verbesserung der Funktionalität und Lebensqualität angewandt werden.	⇑	2
	37	Ergänzend zu körperlicher Aktivierung können Techniken der Manuellen Therapie bei geriatrischen Patient:innen ohne kognitive Beeinträchtigungen mit degenerativer lumbaler Spinalkanalstenose zur Reduktion von Bein- und Rückenschmerzen und Verbesserung der Gehfähigkeit erwogen werden.	⇔	2

Arthrose-bedingte Gelenk-schmerzen	38	Regelmäßige körperliche Aktivierung, ohne oder mit Unterstützung therapeutischer Interventionen, soll bei geriatrischen Patient:innen ohne kognitive Beeinträchti-gungen mit arthrosebedingten Schmerzen zur Schmerzreduktion und Verbesserung der Funktionalität sowie der gesundheits-bezogenen Lebensqualität angewandt werden.	⇑⇑	1
	39	Regelmäßige körperliche Aktivierung, ohne oder mit Unterstützung therapeuti-scher Interventionen, soll bei geriatrischen Patient:innen ohne kognitive Beeinträchti-gungen mit arthrosebedingten Schmerzen zur Schmerzreduktion und Verbesserung der Funktionalität sowie der gesundheits-bezogenen Lebensqualität angewandt werden.	⇑	1
Schmerzen nach osteoporose-bedingten Schmerzen	40	Personenzentrierte nicht-medikamentöse Interventionen, wie angeleitete körperliche Aktivierung und die Vermittlung von Coping-Strategien sollten bei geriatri-schen Patient:innen mit Schmerzen durch osteoporosebedingte Wirbelkörperfrak-turen zur Reduktion der Schmerzintensität sowie Steigerung der Lebensqualität und Funktionalität angeboten werden.	⇑	2
Post-Zoster-Neuralgie	41	Eine einmalige Anwendung von hochkon-zentrierten Capsaicin-Pflastern (8 %) sollte bei geriatrischen Patient:innen mit Post-Zoster-Neuralgie erfolgen.	⇑	1
	42	Eine topische Anwendung von Lidocain kann bei geriatrischen Patient:innen mit Post-Zoster-Neuralgie Schmerzen erwogen werden.	⇔	3

Erläuterungen zu den Empfehlungen sowie Angaben zum Konsens und zur Umsetzung der Empfehlun-gen finden sich in der Langfassung der Leitlinie.

3 Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Die Leitliniengruppe setzte sich aus der Steuergruppe und den Delegierten der Fachgesellschaften und weiteren Organisationen zusammen. Abbildung 2 veranschaulicht die Zusammenarbeit der Leitliniengruppe. Eine ausführliche Beschreibung befindet sich im Leitlinienreport.

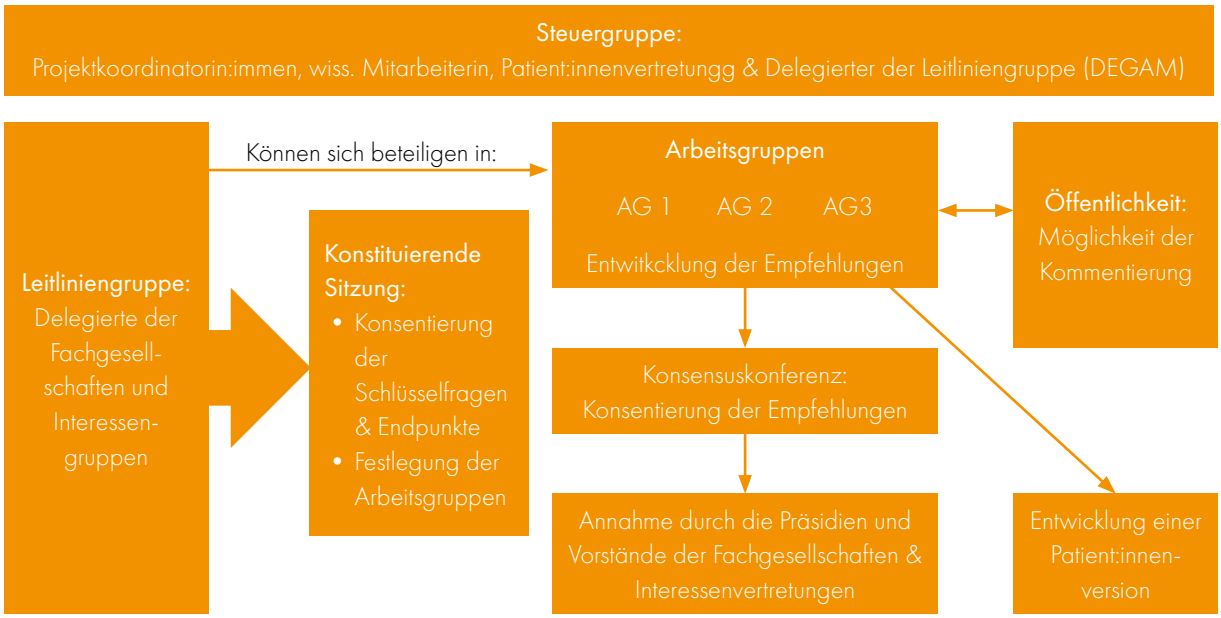


Abbildung 2: Beteiligte Personen in der Leitliniengruppe (eigene Darstellung)

3.1 Leitlinienkoordinator:innen / Ansprechpartner:innen

Als Leitlinienkoordinator:innen fungieren Prof. Dr. Thomas Fischer, Prof. Dr. Erika Sirsch, Dr. Corinna Drebenstedt und Heike Norda.

Das Leitliniensekretariat stellt die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. bereit.

Kontakt:

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin
E-Mail: info@schmerzgesellschaft.de
Internet: www.schmerzgesellschaft.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

3.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Leitliniengruppe			
Titel	Name	Vorname	Fachgesellschaft
Prof. Dr.	Büntzel	Jens	Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie (PRiO) der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Dr.	Andernach	Stefanie	Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO) der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Prof. Dr.	Hardt	Julia	Assoziation Chirurgische Onkologie (ACO)
Dr.	Weinfurtner	Ilse	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO)
	Franke	Martin	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO)
Dr.	Kröplin	Maria	Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Perioperatives Management in der Viszeralchirurgie (CA PeriVis) AG der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV)
Prof. Dr.	Vilz	Tim	Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Perioperatives Management in der Viszeralchirurgie (CA PeriVis) AG der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV)
Dr.	Fuchs	Stefan	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)
Dr.	Becker	Michael	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)
PD Dr.	Schierz	Oliver	Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ)
Prof. Dr.	Erlenwein	Joachim	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)
Dr.	Olotu	Cynthia	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)
Prof. Dr.	Bürger	Thomas	Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e. V. (DGG)
Prof. Dr.	Wenk	Heiner	Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e. V. (DGG)
Dr.	Drebenstedt	Corinna	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)
PD Dr.	Lukas	Albert	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)
	Liebens	Julia	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG)
Dr.	Baumgarte	Beate	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)
Dr.	Gillen	Katharina	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
Prof. Dr.	Baerwald	Christoph	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
Prof. Dr.	Thürmann	Petra	Deutsche Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie e. V. (DGKliPha)

Prof. Dr. Dr.	Neff	Andreas	Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
Dr. Dr.	Renz	Cornelius	Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
Prof. Dr.	Ahmadi	Rezvan	Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e. V. (DGNC)
Prof. Dr.	Helmers	Ann-Kristin	Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e. V. (DGNC)
Dr.	Schubert	Barbara	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)
Dr.	Nehls	Wiebke	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)
Prof. Dr.	Gnass	Irmela	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)
Dr.	Römer	Andreas	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)
	Schulze	Elke	Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e. V. (DGPTW)
	Heußner	Dominik	Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e. V. (DGPTW)
Prof. Dr.	Bär	Karl-Jürgen	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
Prof. Dr.	Kunz	Miriam	Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -Forschung e. V. (DGPSF)
Dr.	Kappesser	Judith	Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -Forschung e. V. (DGPSF)
Dr.	Moser	Rebecca	Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO)
PD Dr.	Pigorsch	Steffi Ulrike	Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO) Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO) der Deutsche Krebsgesellschaft
Prof. Dr.	Pongratz	Georg	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)
Dr.	Bauhammer	Jutta	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)
Prof. Dr.	Schiltenwolf	Marcus	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie und Orthopädie e. V. (DGOU)
Dr.	Beintker	Matthias	Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)
Dr.	Gleißner	Jochen	Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)
PD Dr.	Goßrau	Gudrun	Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e. V. (DMKG)
Prof. Dr.	Sirsch	Erika	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
	Lehmann	Denise	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
	Mimus	Katrin	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
Prof. Dr.	Fischer	Thomas	Deutscher Pflegerat (DPR)
	Krebs	Moritz	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
Dr.	Strohmeier	Martin	Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfall-chirurgische und allgemeine Schmerztherapie (IGOST)

Dr.	Schneider	Markus	Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfall-chirurgische und allgemeine Schmerztherapie (IGOST)
	Norda	Heike	Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland (UVSD) SchmerzLOS e. V.
Weitere angefragte Fachgesellschaften*			
	Hucke	Birthe	Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft e. V. (DGEW)
Prof. Dr.	Sommer	Claudia	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)
*Aufgrund mangelnder Kapazitäten wurde eine Beteiligung abgelehnt. Die Fachgesellschaften beteiligten sich mit einer Kommentierung im Rahmen der öffentlichen Konsultation			
Angefragte Fachgesellschaften ohne Rückmeldung			
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e. V. (DGMM)			
Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG)			

3.3 Finanzierung

Die Erstellung der Leitlinie wurde durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert (Förderkennzeichen: 01VSF22017). Die Finanzierung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nimmt keinen Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung der Leitlinie. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. stellte ihre Räumlichkeiten zur Verfügung und übernahm bei Bedarf weitere anfallende Kosten, die nicht durch den Innovationsfond gedeckt wurden. Die Mitarbeit an der Leitlinienerstellung in den einzelnen Arbeitsgruppen, sowie die Teilnahme an der konstituierenden Sitzung und den Konsensuskonferenzen fand ehrenamtlich statt und wurde nicht vergütet.

3.4 Umgang mit Interessenklärungen

Alle an der Erstellung beteiligten Personen reichten zu Beginn der Leitlinienentwicklung sowie vor der ersten Konsensuskonferenz über die Online-Plattform der AWMF ihre Interessenerklärungen ein. Die Bewertung fand durch die Steuergruppe statt. Der Umgang mit Interessenkonflikten erfolgte auf Grundlage des AWMF-Regelwerks. Die Interessenerklärungen sowie der Umgang damit wird im Leitlinienreport ausführlich dargestellt.

3.5 Patient:innenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Patient:innenvertretenden erstellt. SchmerzLOS e. V. beteiligte sich als Mitantragstellende und die Delegierte war Teil der Steuergruppe. Von Oktober 2022 bis Februar 2023 vertrat Sabine Pump SchmerzLOS e. V. Ab Februar übernahm Heike Norda diese Position. Des Weiteren war die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen mit zwei Delegierten (Dr. Ilse Weinfurtner und Martin Franke) ebenfalls beteiligt. Weitere Informationen zur Ausgestaltung der Patient:innenbeteiligung finden sich im Leitlinienreport.

3.6 Methodische Beteiligung

Bei der Erstellung wurde die Leitlinie durch Frauke Schwier, AWMF-Leitlinienberaterin, methodisch begleitet.

4 Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien (Hg.) (2020): Das AWMF-Regelwerk Leitlinien. AWMF. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html, zuletzt aktualisiert am 2020, zuletzt geprüft am 16.02.2024.

Bollheimer, Cornelius; Lüttje, Dieter (2021): Geriatrie. Aufgabengebiet. In: Johannes Pantel, Cornelius Bollheimer, Andreas Kruse, Johannes Schröder, Cornel Sieber und Valentina A. Tesky (Hg.): Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. 2. Aufl., S. 56–60.

Bundessozialgericht, Urteil vom 23.06.2015, Aktenzeichen B 1 KR 21/14 R. In: *Sozialgerichtsbarkeit.de*.

Kuhlmey, A. (2011): Versorgungsforschung zur angemessenen Gesundheitsversorgung im Alter. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54 (8), S. 915–921. DOI: 10.1007/s00103-011-1314-1.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hg.) (2021): Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/begutachtungs_richtlinie/2022-09-20_BGA_Vorsorge_Reha_211220.pdf, zuletzt geprüft am 05.12.2022.

Seger, W.; Cibis, W.; Deventer, A.; Grotkamp, S.; Lübke, N.; Schönle, P-W et al. (2018): Die Zukunft der medizinisch-rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität – Teil I: Begriffsbestimmung, Versorgungsfragen und Herausforderungen. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 80 (1), S. 12–19. DOI: 10.1055/s-0042-108440.

Winter, M. H-J; Maaz, A.; Kuhlmey, A. (2006): Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 49 (6), S. 575–582. DOI: 10.1007/s00103-006-1272-1.

World Health Organization (2024): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Online verfügbar unter https://www.who.int/standards/classifications/international-classifiction-of-functioning-disability-and-health, zuletzt geprüft am 17.12.2024.

Bildnachweis Titel/Rückseite: © GlobalStock – istockphoto.com



Versionsnummer:	1.0
Erstveröffentlichung:	Juli 2025]
Nächste Überprüfung geplant:	Februar 2030

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt – dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online

QR-Code zur AWMF-Homepage:
Hier finden Sie alle Infos zur Leitlinie.