

Dana-Gabriela Razus

Dr. med.

**Analgetika - Therapie bei geriatrischen Patienten:
Entscheidungskriterien, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und
Patientenzufriedenheit**

Geboren am 07.11.1969 in Bukarest/Rumänien

Staatsexamen im September 1996 an der Fakultät für Allgemeinmedizin, Universität für
Medizin und Pharmazie „Carol Davila“, Bukarest/Rumänien

Promotionsfach: Innere Medizin

Doktorvater: Prof. Dr. P. Oster

Die vorliegende Studie sollte die Schmerzsituation geriatrischer Patienten bei Aufnahme in stationäre Behandlung untersuchen. Die Querschnittsuntersuchung fand vom 01.04.2002 bis zum 15.11.2002 im Bethanien-Krankenhaus, dem geriatrischen Zentrum [am Klinikum](#) der Universität Heidelberg, statt.

Ein Kurzinterview zu Beginn der stationären Behandlung erfragte neben dem Schmerz die Schmerzdauer, -lokalisationen, -intensität, die subjektive Einschätzung der Schmerztherapie und den Einfluss von Schmerzen auf den Alltag und die Krankenhausbehandlung. Zudem wurden allgemeine Patientencharakteristika (Alter, Geschlecht, [Art der Einweisung](#), [Aufnahmedatum](#), [Station](#) und [Wohnsituation](#)), Analgetika vor und unmittelbar nach Aufnahme ins Krankenhaus aus den Unterlagen dokumentiert. Zusätzlich wurden die Kognition (Orientiertheit) und zusätzliche Beschwerden, die überwiegend mit Analgetika-Einnahme auftreten können, abgefragt.

Von den 1677 untersuchten Patienten mit einem Durchschnittsalter von 80,9 Jahren müssen bei mehr als der Hälfte aller Patienten (55,7%) bei Aufnahme in die Geriatrie Aspekte der Schmerztherapie (neue Therapie oder Änderung der bestehenden Schmerzbehandlung) bedacht werden. Frauen und jüngere Patienten sind eher schlechter schmerztherapeutisch behandelt, ebenso Patienten aus chirurgischen Abteilungen, vom Hausarzt und Patienten mit chronischen Schmerzen. Kognitiv Beeinträchtigte (hier gemessen an der Orientiertheit bei

Aufnahme) geben seltener Schmerzen an, werden jedoch tendenziell auch schlechter bei vorhandenen Schmerzen behandelt. Sowohl zwischen den gebildeten Schmerzgruppen (Patienten 1. mit Analgetika ohne Schmerzen, 2. trotz Analgetika mit Schmerzen, 3. ohne Analgetika mit Schmerzen) als auch im Vergleich des gesamten Schmerzkollektivs zu den Patienten ohne Schmerzen sind basale Alltagskompetenz, Mobilität und Morbidität nicht wesentlich unterschiedlich.

Geben Patienten bei Aufnahme Schmerzen an, so bestehen diese bei ca. 40% schon länger als 3 Monate. Hüfte / Bein / Fuß und Schulter / Arm / Hand werden am häufigsten als Schmerzorte genannt. 19,1% geben auch mehrere Schmerzregionen an. Außer der Gabe von Analgetika werden andere Schmerztherapien vor Aufnahme nach Auskunft der Patienten nur selten eingesetzt. Am häufigsten noch werden die Übungsbehandlungen der Physiotherapeuten genannt. Physikalische Maßnahmen werden so gut wie nicht angewendet. Die Hälfte meinen, ihre Schmerzen seien der Hauptgrund der stationären Einweisung und mehr als ein Drittel sehen die bisherige Schmerztherapie als nicht ausreichend an. Diese wünschen sich auch überwiegend eine bessere Behandlung, eingeschlossen eine verstärkte Analgetika-Therapie. Über 80% empfinden ihre Schmerzen als den Alltag beeinträchtigend.

271 Schmerzpatienten erhielten durch die Zuweiser bisher keine Analgetika, obwohl mehr als die Hälfte teilweise zumindest starke Schmerzen in den vergangenen 24 Stunden angaben. 276 Patienten nahmen bei Aufnahme nur Nicht-Opioide ein, 106 Tramadol, 60 transdermales Fentanyl-transdermal, 58 Tilidin / Naloxon und 24 andere hochpotente Opioide. Die Patienten, die unter Analgetika keine Schmerzen angaben, wurden insgesamt weniger intensiv analgetisch behandelt. Bemerkenswert ist, dass unter den Patienten mit hochpotenten Opioiden einige Patienten nur unter transdermalem Fentanyl Pflaster—sich zum Befragungszeitpunkt als schmerzfrei bezeichneten.

Die Entscheidung der Zuweiser (= vor Aufnahme in geriatrische Behandlung) für eine orale Schmerztherapie wird von folgenden Faktoren geprägt: 1. Patienten aus chirurgischen Abteilungen, 2. Angaben von anderen Beschwerden, 3. stärkere Schmerzintensitäten. Bereits in den ersten Tagen einer geriatrischen Behandlung werden die Entscheidungen für eine analgetische Therapie von anderen Faktoren bestimmt: 1. Einschränkung in der Mobilität, 2. Diagnose chronischer Schmerz, 3. Stürze. Nimmt man die aktuelle Schmerzintensität in die Regressionsanalyse hinzu, so werden auch die Schmerzintensität und die Diagnose

chronischer Schmerz bestimmend. Der Faktor „Verlegung aus chirurgischen Abteilungen“ nimmt an Bedeutung ab. Keinen Einfluss mehr auf die Entscheidung zur Analgetika Therapie hat die Häufigkeit anderer Beschwerden. Insgesamt werden bereits in den ersten Tagen nach Aufnahme bei 39% Veränderungen in der Schmerztherapie vorgenommen.

Die Beschwerden, die bekanntlicherweise mit der Einnahme von Analgetika häufiger auftreten, lassen sich auch bei diesem hochaltrigen, geriatrischen Kollektiv nachvollziehen. Auch Unterschiede zwischen den Analgetika-Gruppen sind eindeutig. Patienten unter hochpotenten Opioiden n geben im Vergleich zu Patienten ohne Analgetika bzw. mit Analgetika der WHO Stufe I / WHO Stufe II häufiger Hautjucken (~~6% / 2,6% / 4,4% / 0,6%~~), Mundtrockenheit (~~32,1% / 9,6% / 10,9% / 7,9%~~), Müdigkeit (~~33,3% / 24,2% / 21,5% / 16,5%~~), Appetitlosigkeit (~~56% / 36% / 34,5% / 40,9%~~), Übelkeit (~~32,2% / 7,7% / 10,9% / 14%~~), Erbrechen, -Miktionsprobleme (~~22,6% / 16,3% / 12% / 9,1%~~), Obstipation, - (~~53,8% / 29,6% / 30,5% / 44,6%~~); seltener jedoch Husten, - (~~8,3% / 11,3% / 14,9% / 8,5%~~).

Patienten mit niedrig-potenten Opioiden haben im Vergleich zu Patienten ohne Analgetika oder mit WHO Stufe I Analgetika häufiger Schlafprobleme (~~56,1%, ohne, WHO I~~) und Obstipation (~~44,6%~~) und etwas häufiger Übelkeit (~~14%~~) und Erbrechen (~~9,1%~~). Sie klagen aber seltener über Herzrasen (~~2,4%~~), Husten (~~8,5%~~) und Müdigkeit (~~16,5%~~).

Substanzunterschiede zeigen sich bei Fentanyl gegenüber anderen hochpotenten Opioiden in selteneren Angaben von Müdigkeit, Appetitlosigkeit und häufigeren von Husten, Miktionsproblemen, Übelkeit und Erbrechen. Bei Tilidin / Naloxon gegenüber Tramadol werden häufiger Kopfschmerzen, Müdigkeit, Herzrasen und seltener über-Übelkeit und Erbrechen berichtet angegeben.

Da Beschwerden besonders in dem hier untersuchten Kollektiv nicht nur von der Einnahme von Medikamenten sondern von Funktionalität, der-Morbidität und der-Schmerzausprägung bestimmt sein können, wurden diese Variablen in logistische Regressionsanalysen (Signifikanzniveau $p < 0,01$) zusätzlich berücksichtigt. So ist bis bei auf Fentanyl für das Auftreten von Mundtrockenheit keine andere untersuchte Analgetika-Gruppe mehr für die beklagten Beschwerden von Bedeutung, Hingegen werden folgende Faktoren für die Angabe von Beschwerden bedeutend:

- die zunehmende Multimorbidität für Hautjucken und Miktionsprobleme, -
- die bessere Orientiertheit für Kopfschmerzen und Müdigkeit,
- eine verminderte Alltagskompetenz für Mundtrockenheit und Erbrechen, -
- die zunehmende Schmerzintensität für Müdigkeit, Erbrechen und Übelkeit,

- die zunehmende Schmerzdauer für Müdigkeit und Schlafstörung,
- das weibliche Geschlecht für Schwindel,
- die Infektion als Hauptbehandlungsdiagnose für Mundtrockenheit ~~und~~

Das gilt auch, wenn man das Trendniveau ($p < 0,05-0,01$) für bedeutsame Faktoren berücksichtigt.

Überraschenderweise wird mit steigender Anzahl von Diagnosen seltener über Übelkeit und Mundtrockenheit berichtet. Akute Schmerzen führen häufiger zu Müdigkeit, aber seltener zu Schlafstörungen als chronische Schmerzen.

Die Zufriedenheit mit der bisherigen Schmerztherapie wird nach den Ergebnissen der Multivarianzlogistischen Regressionsanalysen vor allem durch die Schmerzintensität, aber auch durch die Häufigkeit anderer Beschwerden bestimmt. Neben diesen Faktoren wollen vor allem Patienten mit höherer Alltagskompetenz auch eine bessere Schmerztherapie. ~~Um für den geriatrischen Patienten eine zufrieden stellende Schmerzbehandlung zu erzielen, dürfen eine verstärkte Analgetikatherapie nicht durch eine Zunahme von anderen Beschwerden erkauft werden. Es erscheint deshalb sinnvoll in dem Schmerzbehandlungskonzept geriatrischer Patienten nicht nur die potentiellen Nebenwirkungen von Arzneimitteln als limitierende Faktoren zu berücksichtigen. Andere Kriterien wie beispielsweise die absolute Schmerzintensität, Reduktion der Schmerzintensität oder der Schmerzphasen, Verordnungspraxis von Analgetika oder bei geriatrischen Patienten besonders wichtig der Zugewinn an Mobilität oder Alltagskompetenz sollen eine bedeutende Rolle spielen. Die Behandlungsstrategien sollen interdisziplinär sein, basierend auf der Beobachtung der Schmerzdiagnostik durch das Team im Rahmen des geriatrischen Assessments.~~