

# Daten zum chronischen Schmerzmittelgebrauch

Elisabeth Bronder, Andreas Klimpel, Wolfgang Pommer, Martin Molzahn

Abt Innere Medizin III mit Schwerpunkt Nephrologie, Humboldt-Krankenhaus, Berlin

Die Problematik des chronischen Schmerzmittelgebrauchs ist in der Bundesrepublik Deutschland bisher wenig beachtet worden.

Zur Abschätzung des Schmerzmittelverbrauchs gibt es einerseits Umsatz- und Absatzdaten der pharmazeutischen Hersteller, die undifferenziert den länderspezifischen Verbrauch beschreiben, und andererseits Verordnungsstatistiken der gesetzlichen Krankenkassen, die jedoch nur die ärztlichen Verordnungen wiedergeben. Der hohe Anteil der Selbstmedikation im Schmerzmittelbereich bleibt hierbei unberücksichtigt. Auch der chronische Schmerzmittelgebrauch lässt sich aus diesen Daten nicht erheben. Chronischer Schmerzmittelgebrauch wird in der Regel erst dann sichtbar, wenn schwerwiegende Nierenerkrankungen auftreten. Obwohl schon 1953 [1] das Krankheitsbild der chronisch-interstitiellen Nephritis nach Phenacetinmissbrauch beschrieben wurde und in den folgenden Jahren der Missbrauch auch anderer analgetischer Substanzen mit dieser Krankheit assoziiert wurde [2], blieben diese Erkenntnisse in der Bundesrepublik Deutschland umstritten. Mitte der 80-er Jahre wurde nun erstmalig eine vom Bundesgesundheitsamt geförderte Fall-Kontroll-Studie zum Zusammenhang des chronischen Schmerzmittelgebrauchs und terminaler Niereninsuffizienz in Berlin (West) durchgeführt [3,4,5,6]. Im Gegensatz zu einer US-amerikanischen Fall-Kontroll-Studie [7], die in einer Population mit insgesamt geringem Analgetikakonsum keinen Zusammenhang feststellen konnte, wurde in der Berliner Fall-Kontroll-Studie ein signifikantes Risiko für den chronischen Schmerzmittelgebrauch als Risikofaktor für die terminale Niereninsuffizienz errechnet (relative odd von 2.44; 95% CI: 1.77–3.39). Diese Daten werden durch die Ergebnisse einer weiteren US-amerikanischen Fall-Kontroll-Studie [8] bestätigt, die einen statistisch gesicherten Zusammenhang zwischen chronischer Schmerzmitteleinnahme und terminaler Niereninsuffizienz bei einem täglichen Analgetikakonsum von mindestens einem Jahr belegt (relative odd: 2.79; 95% CI: 1.85–4.21).

Vorgestellt werden hier ausgewählte Daten der Berliner Studie, in der insgesamt 517 Dialysepatienten und Nierentransplantierte als Fallprobanden und 517 ambulante Poliklinikpatienten als Kontrollprobanden (geschlechts-, alters- und nationalitätsgleich) eingingen. Zur Ermittlung des Schmerzmittelgebrauchs wurden alle Angaben bis zum Eintreten des Nierenversa-

gens berücksichtigt, bei den Kontrollprobanden entsprechend dem Jahr des Nierenversagens ihrer individuellen Match-Partner.

## Die Schmerzmittel

In die Untersuchung gingen alle von den Probanden genannten und eingenommenen Schmerzmittel ein. Zur Unterstützung des Erinnerungsvermögens wurde den Probanden eine Liste mit Schmerzmittelnamen vorgelegt. In diese Liste wurden die umsatzstärksten antipyretischen Analgetika und die für den Berliner Arzneimittelmarkt typischen Schmerzmittel aufgenommen unter besonderer Berücksichtigung der Wirkstoffe Phenacetin und Paracetamol. Dadurch enthielt die Liste Mono- wie Kombinationspräparate verschreibungspflichtiger und rezeptfreier antipyretischer Schmerzmittel, aber auch Migränemittel, Antirheumatika und Grippemittel. Da das Risiko jedoch nicht für die Präparate, sondern für die Wirkstoffe bzw deren Kombinationen ermittelt werden sollte, wurden die eingenommenen Präparate mit Hilfe einer historischen Schmerzmittel-Synopsis analysiert nach den Wirkstoffen, den jeweiligen Mengen und den Vertriebszeiten der Präparate. Für die Wirkstoffe Phenacetin, Paracetamol, Acetylsalicylsäure, Metamizol und andere Phenazonderivate (Propy-, Amino-, Phenazon) wurden odds ratios berechnet. Bis auf Metamizol wurden für alle diese Wirkstoffe signifikant erhöhte Risiken festgestellt [4].

## Chronischer Schmerzmittelgebrauch

Der chronische Schmerzmittelgebrauch wurde definiert als kontinuierliche Einnahme eines Schmerzmittels von mindestens 15 Zählseinheiten pro Monat über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr. Eine Zählseinheit ist hier z B eine Tablette, ein Dragee oder ein Zäpfchen. Tropfenmengen, die aus den Angaben zur Tagesdosis ersichtlich wurden, konnten anhand der Herstellerangaben zur Wirkstoffmenge pro ml auf Zählseinheiten umgerechnet werden. Über die genannten Häufigkeitsangaben – die Dauer der Einnahme in Jahren, die wöchentlichen bzw monatlichen Einnahmefrequenzen sowie die Tagesdosis – liess sich dann die Gesamtdosis feststellen. Das Merkmal des chronischen Schmerzmittelgebrauchs erfüllten 185 (35,8%) Fall- und 100 (19,3%) Kontrollprobanden. Die Daten dieser 285 chronischen Schmerzmittelkonsumenten bilden die Grundlage für die weitere Darstellung.

Tab. 1. Schmerzmittel-Einnahme bis Dialysebeginn in Zählheiten

Zählheiten*	Probanden	
	N	(%)
unter 1 800	15	( 5)
1 800 - 7 199	131	( 46)
7 200 - 14 399	48	( 17)
14 400 - 21 599	32	( 11)
21 600 +	59	( 21)
gesamt	285	(100)

\* = 1 Tabl., Drg., Kaps., Supp./Tropfen umgerechnet nach Herstellerangaben

**Einnahmemengen und Zeiten**

Tabelle 1 zeigt die eingenommenen Schmerzmittelmengen in Zählheiten (ZE) bis zum Dialysebeginn. Demnach haben nur 5% der chronischen Einnahmer weniger als 1800 ZE eingenommen, während 21% der chronischen Einnahmer über 21600 ZE eingenommen haben. 21600 ZE entsprechen einer Einnahme von über 10 kg analgetischer Wirkstoffmenge, wenn man pro Zählheit von 500 mg Wirkstoff ausgeht. Fast die Hälfte der chronischen Schmerzmittelkonsumenten (46%) haben zwischen 1800 und 7199 ZE eingenommen. Weiterhin konnten für die chronischen Schmerzmitteleinnahmer unter Berücksichtigung des Medikaments mit der maximalen Einnahmedauer und bei einer täglichen Dosis von mindestens 2 Zählheiten signifikant steigende Risiken (RR) errechnet werden für Einnahmezeiträume von 5 Jahren und mehr (RR 4.83), von 10 Jahren und mehr (RR 4.98) und von 20 Jahren und mehr (RR 5.93).

Bei Beginn der chronischen Einnahme waren 2/3 der Schmerzmittelkonsumenten unter 39 Jahre alt, wobei der Schwerpunkt bei den Männern in der Altersgruppe 20-29 Jahre (29%) und bei den Frauen in der Altersgruppe 30-39 Jahre (30%) lag. Zum Zeitpunkt der Untersuchung betrug das Durchschnittsalter der Männer 54 Jahre und das der Frauen 58 Jahre.

**Die Kombinationsschmerzmittel**

Die überwiegende Anzahl der chronischen Einnahmer (N = 255/90%) bevorzugte Kombinationsschmerzmit-

Tab. 2. Anzahl der chronisch eingenommenen Kombinationsanalgetika mit psychoaktiven Substanzen (PAS)

	Präparate	Präparate	
		N	(%)
A) Kombinationsanalgetika gesamt	48	(100)	
B) « ohne psychoaktive Substanzen	4	( 8,3)	
C) » mit psychoaktiven Substanzen	44	( 91,7)	
von C) mit COFFEIN	36	( 81,8)	
mit CODEIN	11	( 25,0)	
mit anderen PAS*	19	( 43,2)	

\* psychoaktive Substanzen aus den Indikationsgebieten Analeptika, Hypnotika, Sedativa, Psychopharmaka

Tab. 3. Vergleich der eingenommenen analgetischen Wirkstoffmengen von Kombinationen mit Coffein vs ohne Coffein

Kombinationen	Pb	(% )	analget. Wirkstoffmenge		
			MEAN(g)	StdDev	90%-Perc.
ohne COFFEIN	31	( 12,2)	2002	3 398	4 637
mit COFFEIN	224	( 87,8)	9238	18 772	20 855
gesamt	255	(100 )			

tel. Nur 10% haben ausschliesslich Monopräparate regelmässig eingenommen. Die Kombinations-schmerzmittel auf dem bundesdeutschen Arzneimittelmarkt enthalten in der Regel zwei verschiedene analgetische Wirkstoffe und überwiegend eine psychoaktive Substanz. Tabelle 2 gibt hier Aufschluss zum Umfang der chronisch eingenommenen Kombinationspräparate mit psychoaktiven Substanzen. Demnach enthielten 92% der chronisch eingenommenen Kombinationspräparate zusätzlich psychoaktive Substanzen. Davon enthielten wiederum fast 82% den psychoaktiven Wirkstoff Coffein. Überraschend war, dass die Einnahmer coffeinhaltiger Kombinationspräparate dabei auch deutlich höhere analgetische Wirkstoffmengen eingenommen haben als die Einnahmer coffeinfreier Kombinationspräparate. Tabelle 3 zeigt hierzu die durchschnittlich eingenommenen analgetischen Wirkstoffmengen von Kombinationsanalgetika mit und ohne Coffeinzusatz. Dabei haben die chronischen Einnahmer coffeinhaltiger Schmerzmittel die 4,5-fach höhere Gesamtdosis analgetischer Wirkstoffe (durchschnittlich 9 kg) eingenommen gegenüber den chronischen Einnahmern coffeinfreier Schmerzmittel (durchschnittlich 2 kg). Eine ähnliche Tendenz lässt sich auch bei den nicht-chronischen Einnahmern beobachten (Tabelle 4).

**Typische Einnahmemuster**

Anhand der Daten zur Anzahl der jeweils konsumierten Präparate lässt sich das Einnahmeverhalten der chronischen Einnahmer grob charakterisieren. Die

Tab. 4. Chronische Einnahme vs nicht-chronische Einnahme von Kombinationsschmerzmitteln mit/ohne Coffein

eingenommene analget. Wirkstoffmenge g	bei Kombinationspräparaten:			
	MIT COFFEIN		OHNE COFFEIN	
	chron. Pb(N)	nicht-chron. Pb(N)	chron. Pb(N)	nicht-chron. Pb(N)
1 - 99	-	26	-	8
100 - 499	-	66	1	15
500 - 999	22	25	11	-
1000 - 1999	49	-	9	-
2000 - 4999	64	-	6	-
5000 +	89	-	4	-
gesamt	224	117	31	23

Einnahmeverläufe lassen sich drei typischen Einnahmemustern zuordnen. Der Typ 1 bleibt über die Jahre hinweg bei ausschliesslich einem Präparat. Typ 2 umfasst die Probanden mit Angaben zu 2 oder 3 chronisch eingenommenen Präparaten. In dieser Gruppe wurde aus verschiedenen Gründen das bevorzugte Präparat ein- bis zweimal gewechselt. Typ 3 hat mehrere Analgetika gleichzeitig und auch im Wechsel eingenommen. Darunter waren teilweise auch Monopräparate. Diese Konsumenten können als typische «multi-user» charakterisiert werden. Wie in Abbildung 1 dargestellt überwiegt Typ 1 mit 59%. Dem Typ 2 lassen sich 34% zuordnen und auf den Typ 3 entfallen 7%.

Typ 1: 1 Kombi-/o.1 Monopräparat	> = kein Wechsel, Bindung an ein Präparat (59%)
Typ 2: Kombi- > Kombi- > Kombi-Präp.	> = Wechsel des Präparates (34%)
Typ 3: Kombipräparat	> = «multi-user», mehrere Präparate gleichzeitig und im Wechsel (7%)
Kombipräparat	>
Kombipräparat	>
Mono- > Mono- > Mono-Präp.	>

Abb. 1. Typische Einnahmeverläufe

Der eventuelle Einfluss von Aufklärung und Information auf Verhaltensänderungen bei der Schmerzmittelnahme wurde nicht explizit untersucht. Für die Fallprobanden lässt sich aber darstellen, wie sie auf die Diagnose «terminales Nierenversagen» reagierten, wobei man davon ausgehen kann, dass dabei auch das Problem «chronischer Schmerzmittelgebrauch» angesprochen wurde. Folgende Interventionsreaktionen lassen sich unterscheiden. 2/3 der chronischen Schmerzmitteleinnehmer aus der Fallgruppe haben nach der Diagnose «terminales Nierenversagen» die regelmässige Schmerzmittelnahme eingestellt. 1/3 (61/185) haben den chronischen Schmerzmittelgebrauch fortgesetzt. Hier zeigt sich jedoch, dass die Anzahl der Konsumenten von Monopräparaten stark zugenommen hat. 33% der Fallprobanden (20/61) mit fortgesetztem chronischen Gebrauch haben seit der Dialyse nur noch Monopräparate regelmässig eingenommen.

Tab. 5. Einnahmegründe nach Rang

Rang	Symptomgruppen, Beschwerden
1	Kopfschmerzen – Migräne
2	Grippe – Erkältung
3	Rheuma – Gliederschmerzen
4	Zahnschmerzen
5	Stress – Anspannung – Verspannung – Unwohlsein
6	Schmerzen
7	zum Munterwerden – Mattigkeit – Wetterfühligkeit
8	Menstruationsbeschwerden
9	beim «Kater»

**Die Einnahmegründe**

Die Analyse der Einnahmegründe für Schmerzmittel erbringt den höchsten Anteil für die Beschwerden «Kopfschmerzen» und «Migräne» (Tabelle 5). Es folgen auf Rang 2 «Erkältungskrankheiten» und auf Rang 3 «rheumatische Beschwerden». Auf Rang 5 sind die überwiegend psychosomatisch orientierten Beschwerdemuster wie z B «Stress», «An- und Verspannung» und allgemeines «Unwohlsein» zusammengefasst. Angaben zur ärztlichen Diagnosenstellung, die über die Symptombeschreibung der Probanden hinausgehen würden und die ärztliche Verordnung erklären liessen, konnten retrospektiv nicht sinnvoll untersucht werden.

**Selbstmedikation versus ärztliche Verordnung**

Da Schmerzmittel selbst gekauft wie auch ärztlich verordnet werden, wurde nach der Art der Beschaffung für das jeweilige Präparat gefragt. 60% der Probanden gaben demnach an, sich Schmerzmittel überwiegend selbst besorgt zu haben. Bei 38% überwog die ärztliche Verordnung. 2% machten keine Angaben. Zur ärztlichen Verordnung zählte auch die Verabreichung von Schmerzmitteln durch den Betriebsarzt bzw eine Betriebskrankenschwester. Nach den Angaben der Probanden wurden nicht nur verschreibungspflichtige Analgetika oder Antirheumatika, sondern auch rezeptfreie Kombinationsschmerzmittel verordnet. Dazu einige Beispiele von rezeptfreien Kombinationsschmerzmitteln mit Coffein mit den Anteilen der ärztlichen Verordnungen (Neuralgin 38%, Quadronal 23%, Thomapyrin 16%, Eu-med 16%) und von Monopräparaten (Novalgin 63% – rezeptfrei bis Ende 1986, Asperin 24%). Bei der Selbstmedikation wurden auch einige verschreibungspflichtige Präparate genannt, z B Gelonida mit einem Selbstmedikations-Anteil von 39%, 30% bei Migräne-Kranit und 20% bei Neuramag.

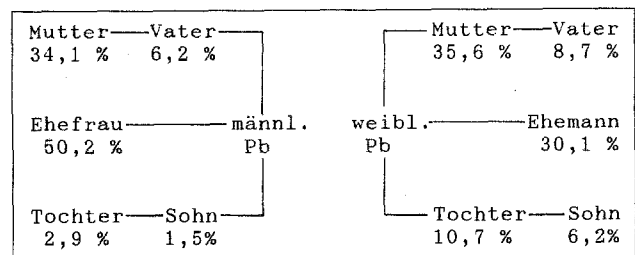


Abb. 2. Aussagen der Probanden (Pb) zum Schmerzmittelgebrauch in der Familie

**Geschlechtsverteilung**

In der gesamten Studienpopulation waren 44% Männer und 57% Frauen vertreten. In der Gruppe der chronischen Schmerzmitteleinnehmer stieg der Anteil der Frauen auf 67%. Diese Tendenz setzt sich fort bei den Angaben zum Schmerzmittelgebrauch in der Familie. Bei der Frage inwieweit den Probanden ein Schmerzmittelgebrauch bei Familienangehörigen

bekannt sei, wurde auffällig häufiger ein Schmerzmittelgebrauch der Mutter, der Ehepartnerin und der Tochter genannt. Es zeigt sich aber auch, dass die weiblichen Befragten häufiger Angaben zum Schmerzmittelgebrauch ihrer Kinder machten als die männlichen Befragten (Abbildung 2).

### Diskussion

Es werden Daten zum chronischen Schmerzmittelgebrauch von 285 Probanden vorgestellt, die aus der in der Einleitung dargestellten Fall-Kontroll-Studie stammen. Insofern ist die Sekundäranalyse keine bevölkerungsbezogene repräsentative Untersuchung. Doch die relativ hohe Anzahl von 285 chronischen Schmerzmittelkonsumenten erlaubt eine weitere Analyse zur Klärung spezifischer Auffälligkeiten. Auffällig ist, dass überwiegend rezeptfreie Kombinationsschmerzmittel mit Coffein in Selbstmedikation eingenommen wurden, und dass mehr Frauen als Männer chronischen Schmerzmittelgebrauch betreiben. Erstaunlich ist der hohe Anteil der ärztlichen Verordnungen (38%), wobei nicht nur verschreibungspflichtige, sondern auch rezeptfreie Schmerzmittel aus der Gruppe der Kombinationsanalgetika mit Phenacetin bzw Paracetamol, Acetylsalicylsäure oder Phenazonderivate und Coffein verordnet wurden. Dies lässt zum Teil auf eine relativ grosszügige ärztliche Verordnungspraxis schliessen, die erst 1983 durch Einführung der *Negativ-Liste* eingeschränkt wurde. Für die Verbraucher ist durch die Einführung der *Negativ-Liste* keine Verbesserung im Sinne eines Schutzes vor schädlichen Medikamenten eingetreten, solange diese Medikamente weiterhin auf dem Arzneimittelmarkt frei verfügbar sind.

Die Darstellung der sogenannten Einnahmemuster der chronischen Konsumenten lassen vermuten, dass die Bindung an ein Präparat sehr gross ist. Sicherlich spielen hier auch die psychoaktiven Zusätze in den Präparaten eine nicht unwesentliche Rolle. Den chronischen Gebrauch doch abzubrechen, zeigt sich immerhin bei 2/3 der Probanden aus der Fallgruppe bei dem einschneidenden Ereignis der Diagnose «terminales Nierenversagen», wobei die Veränderung des Einnahmeverhaltens wahrscheinlich nicht ohne ärztlichen Einfluss erfolgte.

Obwohl die Studie nicht detaillierter auf Ursachen des chronischen Schmerzmittelkonsums eingehen konnte, berichteten die Interviewer von Hinweisen überwiegend von Frauen, die die Annahme eines Zusammenhanges bestärken zwischen mehrfachen psychosozialen Belastungen bei gleichzeitigem Fehlen von Ruhepausen, Urlaub oder Entspannungszeiten einerseits und chronischer Schmerzsymptomatik mit anschliessender regelmässiger Schmerzmitteleinnahme andererseits. Besonders die häufig genannten Kopfschmerzen, aber auch die genannten psychosomatischen Beschwerdemuster und die langen Einnahmezeiten von 10–20 Jahren unterstützen diese Vermutung.

Hier wird deutlich, dass der chronische Schmerzmittel-

gebrauch nicht nur ein medizinisches Problem mit schwerwiegenden somatischen Folgen, sondern auch ein Problem der Abhängigkeit mit psychosozialen Hintergrund ist. Auch in anderen Untersuchungen [9] gibt es Hinweise zum Schmerzmittelkonsum und zur Abhängigkeitsproblematik bei Frauen. Warum gerade Frauen zum chronischen Schmerzmittelkonsum neigen, sollte weiter untersucht werden.

### Schluss

Die vorgestellten Daten zum Einnahmeverhalten chronischer Schmerzmittelkonsumenten zeigen deutlich, dass es sich hier um einen ernstzunehmenden gesundheitlichen Risikofaktor handelt. Insbesondere die eingenommenen Mengen sowie die spezielle Auswahl der bevorzugten Wirkstoffkombinationen erhärten den Verdacht eines Abhängigkeitspotentials. Aufgrund der langen Latenzzeiten der Folgeschäden bleibt diese Form des «nicht-bestimmungsgemässen» Medikamentengebrauchs nicht nur der Öffentlichkeit, sondern auch den behandelnden Ärzten allzu häufig verborgen. Es bleibt zu klären, inwieweit nicht doch weitere Einschränkungen des Schmerzmittelmarktes erforderlich sind, insbesondere unter dem Aspekt des hohen Anteils der Selbstmedikation. Auch die Einführung der *Negativ-Liste* schützt die Verbraucher nicht vor risikoreichen Medikamenten. Im Gegenteil zeigt sich parallel zur Einführung der *Negativ-Liste* eine Ausdehnung des Selbstmedikationsmarktes [10]. Denn die Medikamente, die die GKV-Kassen nicht mehr finanzieren sollen, verschwinden nicht automatisch vom Arzneimittelmarkt, sondern werden in den Selbstmedikationsmarkt verdrängt, soweit dies nicht durch eine Verschreibungspflicht verhindert wird. Einer besonderen Beachtung bedarf hier das Problem der coffeinhaltigen Kombinationsschmerzmittel. Diese sind in der Bundesrepublik in der Regel nicht verschreibungspflichtig. Auch die Entscheidung des Sachverständigenausschusses für Verschreibungspflicht vom Januar 1989 ist hier unzureichend. Denn sie stellt nur coffeinhaltige Kombinationsschmerzmittel unter Verschreibungspflicht, die 0,5 g in der Einzeldosierung (ZE) und 10 g Gesamtmenge pro Packung übersteigen. In der Bundesrepublik jedoch übersteigen die für den Selbstmedikationsmarkt typischen Schmerzmittel die 0,5g-Grenze in der Einzeldosierung nicht, sodass die Kombinationen mit Coffein weiterhin frei verfügbar sind, allenfalls reduziert auf kleine Packungsgrößen. Die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung durch coffeinhaltige Schmerzmittel mit einer möglichen Nierenschädigung bleibt daher weiterhin bestehen.

Konsequenter administrative Einschränkungen des Analgetikamarktes sind notwendig, aber auch vermehrte Aufmerksamkeit der Ärzte sowie öffentliche Beratung und Hilfe für Betroffene, wobei gerade die geschlechtsspezifischen Aspekte hier berücksichtigt werden müssten.

### Zusammenfassung

Es werden Daten zum Einnahmeverhalten von chronischen Schmerzmittelkonsumenten vorgestellt. Datenbasis ist eine Fall-Kontroll-Studie (1984–1986) über den Zusammenhang von chronischem Schmerzmittelgebrauch und terminalem Nierenversagen in Berlin (West). In diesem Rahmen wurden von über 1000 Probanden die lebenslangen Schmerzmitteleinnahmen retrospektiv erfasst. Insgesamt wurden 285 chronische Schmerzmitteleinnahmer (185 Fall- und 100 Kontrollprobanden) ermittelt. Daraus errechnet sich ein relative odd von 2.44 (95% CI: 1.77–3.39). Chronischer Gebrauch wurde definiert als Einnahme von mindestens 15 Zählheiten pro Monat mindestens ein Jahr lang. 90% der chronischen Einnahmer bevorzugten Kombinationspräparate, überwiegend mit dem psychotropen Zusatz Coffein. Die Bevorzugung von Schmerzmittelkombinationen mit Coffein deutet auf ein hohes Abhängigkeitsrisiko hin.

### Résumé

#### Recherche sur la consommation régulière d'analgésiques

Nous présentons ici des données sur quelques consommateurs chroniques d'analgésiques. Comme base des données nous utilisons une étude cas-contrôle sur la relation entre l'ingestion chronique d'analgésiques et l'insuffisance rénale qui a été réalisée à Berlin-Ouest en 1984–86. Nous avons recensé la quantité d'analgésiques que 1000 personnes ont ingérés au cours de leurs vies. En tout nous avons trouvé 285 consommateurs chroniques d'analgésiques (185 cas = 35,8%; 100 contrôles = 19,3%) 'relative odd': 2.44 (95% CI: 1.77–3.39). La consommation chronique est définie par une consommation d'au moins 15 unités comptables par mois durant une année au moins. 90% des ingérateurs chroniques préfèrent des préparations de combinaisons. La plupart de ces préparations contiennent de la caféine.

### Summary

#### The Longterm Regular Analgesic Intake

Quantitative aspects of longterm analgesic intake are presented, based on a case-control-study on the relation between regular analgesic intake and endstage renal failure in the area of West Berlin (1984–86). Lifetime analgesic consumption of more than 1000 persons were investigated. A total of 285 longterm analgesic users (185 cases = 35,8%; 100 controls = 19,3%) were detected. An odd ratio of 2.44 (95% CI: 1.77–3.39) was computed. Regular analgesic intake was defined as an intake of at least 15 analgesic doses per month continuously over a period of at least 12 months. 90% of the regular users preferred mixed analgesics compounds, in most cases with the psychotropic additive coffein.

### Literaturverzeichnis

- [1] Spühler O, Zollinger HU. Die chronisch-interstitielle Nephritis. Z Klin Med 1953; 151: 1.
- [2] Nanra RS. Zur Ursache der Analgetika-Nephropathie. Stellungnahme im Licht der australischen Erfahrungen. Nieren- und Hochdruckkrankheiten 1986; 15: 537.
- [3] Pommer W, Bronder E, Klimpel A, Molzahn M, Helmert U, Greiser E. Regular intake of analgesic mixtures and risk of endstage renal failure. Lancet 1989; i: 381.
- [4] Pommer W, Bronder E, Greiser E, Helmert U, Jesdinsky J, Klimpel A, Borner K, Molzahn M. Regular analgesic intake and the risk of endstage renal failure. Am J Nephrol 1989; 9: 403–412.
- [5] Greiser E, Pommer W, Bronder E, Klimpel A, Borner K, Helmert U, et al. Endstage renal failure following longterm regular analgesic intake. J Clin Res Drug Dev 1988; 2: 192.
- [6] Bronder E, Pommer W, Klimpel A, Molzahn M. Bericht aus laufender Forschung: Projekt «Chronischer Schmerzmittelgebrauch als Risikofaktor für terminale Niereninsuffizienz». Medizinsoziologie 1987; 2: 73–79.
- [7] Murray TG, Stolley PD, Anthony JC, Schinnar R, Hepler-Smith E, Jeffreys JL. Epidemiologic study of regular analgesic use and end-stage renal disease. Arch Intern Med 1983; 143: 1687–1693.
- [8] Sandler DP, Smith JC, Weinberg CR, Buckalev jr. VM, Dennis VW, Blyth WB, et al. Analgesic use and chronic renal disease. N Engl J Med 1989; 320: 1238–1243.
- [9] Vogt I. Für alle Leiden gibt es eine Pille. Opladen: Westdeutscher Verlag 1985.
- [10] Bundesverband der pharmazeutischen Industrie. Pharma-Jahresbericht 1988/89. Frankfurt 1989

#### Korrespondenzadresse:

Dipl Soz E Bronder  
BGA-Projekt, Innere Medizin III/Nephrologie  
Humboldt-Krankenhaus  
Am Nordgraben 2  
D-1000 Berlin 27