



# Konzeptlos

Irrwege durch den Versorgungsdschungel, Unter- und Fehlversorgung, reichlich Selbstmedikation und Experten- sowie Patientenunzufriedenheit kennzeichnen die Schmerzversorgung in Österreich. Dabei ist nicht einmal klar, wie viele Österreicher chronische Schmerzpatienten sind.

Gabriele Vasak

Christian Lampl meint, „statt Sparpotenziale durch angemessene Behandlung zu nutzen, wird leider in Österreich an der Schmerzmedizin selbst gespart.“ Die Patientenvertreterin und Sprecherin der Plattform Allianz Chronischer Schmerz, Erika Folkes, sieht das ebenso: „Die Gesundheitsversorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen in unserem Land ist nach wie vor mehr als verbesserungswürdig. Trotzdem wird dieses Defizit von den verantwortlichen Gesundheitspolitikern ignoriert.“

Dieser Befund wird auch von vielen Studien zum Thema gestützt, doch beginnen wir zunächst dort, wo vielleicht ein Ursprung des Problems liegt, und das ist die Definition von chronischem Schmerz. Davon gibt es nämlich viele, über die sich ebenso wie über die daraus abgeleiteten Prävalenzen streiten lässt. Wie Gottfried Endel, Leiter des Bereichs Evidence-based Medicine im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, in einem Fachartikel ausführt, werden über die Häufigkeit des sogenannten chronischen Schmerzes unterschiedlichste Angaben gemacht, erfolgt die Definition des Krankheitsbildes oft sehr ungenau und gibt es Abgrenzungen durch die Anwendung willkürlicher Zeitgrenzen, wobei eine Verkürzung in der Definition von „chronischem Schmerz“ von sechs auf drei Monate naturgemäß zu ganz anderen Prävalenzen führen kann.<sup>1</sup>

## Irrwege durch den Versorgungsdschungel

Für die meisten Studien und Umfragen wird eine Dauer von mehr als drei Monaten als Voraussetzung für die Qualifikation eines Schmerzgeschehens als „chronisch“ angenommen. So auch in dem großen, von Joanneum Research erstellten und von den Schmerzmittelherstellern Mundipharma und Grünenthal finanziell unterstützten Bericht *Versorgungssituation bei Schmerz in Österreich*. Darin wird darauf aufmerksam gemacht, dass chronische Schmerzen die Kostentreiber und das große Problem an sich sind. Und akute, nicht rechtzeitig behandelte Schmerzen können leicht chronisch werden. Aber bei vielen Schmerzpatienten können bis zu zwei Jahre bis zur Diagnosestellung und ein weiteres Jahr bis zur adäquaten Behandlung vergehen.<sup>2</sup>

Die Sinnesempfindung Schmerz kennt jeder, und insbesondere chronischer Schmerz ist auch in Österreich ein weit verbreitetes Problem. Laut einer 2009 von der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) beauftragten IMAS-Umfrage leiden 1,5 Millionen Österreicher über 16 Jahren (21 Prozent) an chronischem Schmerz, wobei es in der Altersgruppe der über 50-Jährigen fast doppelt so viele sind. Die häufigsten chronischen Schmerzen treten im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates auf, gefolgt von Kopf- und Nervenschmerzen. Konkret listet eine Umfrage unter 890 chronischen Schmerzpatienten, die auf Initiative der von diversen Schmerzmittelherstellern unterstützten Patientenplattform Allianz Chronischer Schmerz 2014 vom Gallup Institut durchgeführt wurde, auf, dass 68 Prozent der Betroffenen Rückenschmerzen haben, 64 Prozent Gelenkschmerzen, 28 Prozent Kopfschmerzen und 27 Prozent Nervenschmerzen.

## Sparen an der Schmerzmedizin?

Angesichts dieser Situation sollte man annehmen, dass es zur Bekämpfung dieser Probleme adäquate Konzepte gibt, doch dem ist nicht so. „Es ist aus medizinischer, ethischer und wirtschaftlicher Sicht unerträglich, dass Spar- und Kostendruck im Gesundheitswesen ausgerechnet zu Lasten von Schmerzpatienten gehen“, sagt der Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG)



Patientenvertreterin  
Erika Folkes: „Die Versorgung von Schmerzpatienten ist mehr als verbesserungswürdig.“

„Wenn man bedenkt, dass ein Schmerzpatient im Durchschnitt fünf Ärzte aufsucht, von denen jeder im Zuge der Diagnoseerstellung wieder Röntgen, CT, MR, Labor einsetzt, könnte man dieses Geld genauso gut gezielt investieren, etwa in moderne Strukturen nach ausländischem Vorbild“, sagt Erika Folkes. „Ein Beispiel sind Schmerzzentren, in denen der Patient von Ärzten verschiedener Disziplinen in rascher Reihenfolge untersucht wird und lernt, mit dem Schmerz umzugehen, und wo der Arzt die notwendige Zeit zum Zuhören aufbringen kann.“

### Chronische Schmerzkarrieren

Das Problem besteht allerdings auch andernorts. So konstatiert auch der Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen,

Gerd Glaeske, großen Verbesserungsbedarf in der Schmerzversorgung. Er begleitete das deutsche Projekt *Versorgungsatlas Schmerz* wissenschaftlich – ein Projekt, in dem sich deutliche Parallelen zur österreichischen Situation zeigen. Glaeske weist darauf hin, dass eine adäquate Versorgung von Schmerzzuständen oft eine multimodale Therapie beinhalten sollte. „Dazu gehören nicht nur die Verschreibung von Tabletten, Dragees, Pflastern oder Injektionen, sondern auch psychologische, physiotherapeutische und rehabilitative Leistungen als Begleitung im Rahmen des Therapiekonzepts. Tatsache ist in diesem Zusammenhang aber, dass viele Allgemeinmediziner, Internisten, Neurologen oder Orthopäden ihre Patienten zu spät abgeben, also an Schmerzambulanzen oder an eine qualifizierte Praxis eines Anästhesiologen übergeben. Dadurch entstehen sehr häufig chronische Schmerzkarrieren, die umso schwieriger zu be-

## Schmerzversorgung: Was braucht es?

Versorgungsforscher Gerd Glaeske im Gespräch mit der ÖKZ.

*Was sind die wichtigsten Eckpunkte für eine adäquate Schmerzversorgung? Was fehlt, was ist überflüssig?*

**Gerd Glaeske:** Es fehlen organisierte Zugänge zu qualifizierten Schmerzambulanzen und akzeptierte Leitlinien für alle Fachgebiete. Wir brauchen Therapien, die keiner Ergänzung aus der Selbstmedikation bedürfen, und es sollte zwischen den behandelnden Ärzten Kooperationsformen geben, die durch Verträge abgesichert und gefördert werden. Überflüssig sollten ohne Zweifel die viel zu vielen selbst gekauften Schmerzmittel sein, die immer dann eine Rolle spielen, wenn die ärztliche Versorgung ungenügend ist – zum Teil aus Vorbehalten gegenüber stark wirksamen Schmerzmedikamenten, die zur Abhängigkeit führen könnten. Dieses Argument darf kein Argument gegen eine indizierte Versorgung auch mit solchen Präparaten sein.

*Wo konstatieren Sie Unter-, wo Über-, wo adäquate Schmerzversorgung?*

**Glaeske:** Wir haben leider häufig eine Unter- und Fehlversorgung, wenn Patienten zu Beginn ihrer Leiden Praxen auf-

suchen, die zwar den Schmerz als Signal für eine Krankheit erkennen, aber nicht ausreichend qualifiziert sind, bestimmte Leistungen anzubieten. Es werden dann oft genug Schmerz- und Rheumamittel verordnet, ohne die Ursachen des Schmerzes wirklich ausreichend diagnostiziert zu haben. Eine Über- und Fehlversorgung kommt leider etwa mit stark wirksamen Schmerzmitteln als Pflaster vor, weil dort schon zu Beginn der Therapie zu hoch dosierte Mittel verordnet werden, die zum Teil zu erheblichen unerwünschten Nebenwirkungen führen können. Eine adäquate Versorgung ist vor allem in Schmerzambulanzen oder in anästhesiologisch kompetenten Praxen zu erwarten.


*Wie könnte man Unter- und Überversorgung effizient entgegenwirken?*

**Glaeske:** Wir brauchen eine bessere Vernetzung von allgemeinmedizinischen Versorgungseinrichtungen oder auch Fachärzten mit den Spezialambulanzen. Es muss integrierte Versorgungskonzepte einer obligatorischen Zusammenarbeit geben, in der frühzeitig zum Bei-



Pharmazeut Gerd Glaeske:  
„Es muss integrierte Versorgungskonzepte einer obligatorischen Zusammenarbeit geben.“

spiel konsiliarisch Schmerztherapeuten als Paten hinzugezogen werden, damit es nicht zu einer Chronifizierung der Schmerzen und möglicherweise sogar zu einer Abhängigkeit von Schmerzmitteln kommt. Dazu ist es notwendig, dass die Ärzte, die vor allem von Patienten kontaktiert werden, also vor allem Allgemeinmediziner und Fachärzte wie Internisten oder Orthopäden, frühzeitig sensibilisiert werden, wenn Patienten mit Schmerzzuständen kommen. Dauerhafte Behandlungen mit Schmerz- oder Rheumamitteln zur Unterdrückung des Schmerzes sind meines Erachtens keine vernünftige Therapie. Vielmehr scheint es erforderlich, die Patienten frühzeitig zu einer Schmerzambulanz zu überweisen, um die Ursachen abzuklären und eine wirksame, oft multimodale Therapie einzuleiten.

<p>Ihre Logistik unterstützen</p>		<p>Strukturen gründlich analysieren</p>		<p>Prozesse persönlich begleiten</p>	<p>HealthCare Logistic Consult GmbH  www.hcl-consult.de</p>
-----------------------------------	--	---	--	--------------------------------------	--

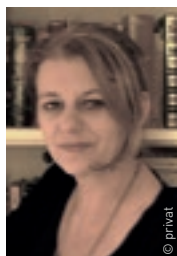
handeln sind, je später begonnen wird“, so der Wissenschaftler. Laut österreichischem Schmerzversorgungsbericht leiden hierzulande ungefähr 440.000 Personen, die älter als 15 Jahre sind, an schwerem Dauerschmerz und brauchen eine dauernde ärztliche Versorgung. Ungefähr 53.000 dieser Patienten benötigen einen Zugang zu einer multimodalen, interdisziplinären Schmerztherapie. Aber: Es verfügen nur wenige niedergelassene Ärzte über das Zusatzdiplom „Spezielle Schmerztherapie“. Im Schnitt gibt es hierzulande 2,4 niedergelassene Ärzte mit diesem Diplom pro 100.000 Einwohner. Zudem fehlt ein interdisziplinäres Leistungsangebot in den Schmerzambulanzen. Interdisziplinäre Besprechungen, an denen auch Konsiliarärzte teilnehmen, sind in den Schmerzambulanzen nur teilweise üblich. Und nur in rund der Hälfte der Schmerzambulanzen wird ein standardisierter Schmerzfragebogen verwendet.<sup>2</sup>



Christian Lampl, Österreichische Schmerzgesellschaft: Fehlender politischer Wille.

Kein Wunder also, dass sich die österreichischen Schmerzpatienten mit der Versorgung ihrer Gesundheitsprobleme nur mäßig zufrieden zeigen. Laut der erwähnten Gallup-Umfrage ist nur ein Drittel damit zufrieden, ebenso viele aber dezidiert wenig zufrieden, wobei vor allem ältere Menschen (über 60 Jahre) sich mit der Schmerzbehandlung vergleichsweise am wenigsten zufrieden zeigen.

Ein weiteres Problem ist die in diesem Zusammenhang weit verbreitete Selbstmedikation. In Österreich zeigte sich in der IMAS-Umfrage, dass 32 Prozent der befragten Schmerzpatienten statt der Arztkonsultation oder zusätzlich zur Therapie frei verkäufliche Schmerzmittel einnehmen. Gerd Glaeske dazu: „Dies ist aus meiner Sicht ein großes Problem, weil eine Unterversorgung von Patienten mit Schmerzen oftmals dazu führt, dass Mittel aus der Selbstmedikation zugekauft werden und damit auch eine Gewöhnung bzw. bei Überkonsum auch Schädigungen von Niere und Leber denkbar sind.“



Chronische Schmerzkarrieren zu verhindern, ist dezidiertes Ziel aller Akteure in Sachen Schmerzversorgung. Der österreichische Versorgungsbericht empfiehlt rechtzeitige Überweisung an eine spezialisierte interdisziplinäre Schmerzversorgung, wobei standardisierte Dokumentation Unterstützung bieten könnte. Letztere soll auch dabei helfen, bei Patienten mit akutem Schmerz eine frühzeitige Risikoidentifikation zu ermöglichen.

Außerdem sollen „diagnostische sowie therapeutische Prozesse leitlinienbasiert sein“, heißt es weiter in den Empfehlungen, und gefordert ist zudem mehr schmerzspezifische Ausbildung, eine bessere Abstimmung von Behandlungspfaden sowie eine abgestufte Versorgung unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte. Außerdem wird konstatiert, dass enge interdisziplinäre Zusammenarbeit in der spezialisierten Schmerztherapie notwendig ist. Als wichtige Instrumente werden zudem eine standardisierte Diagnostik sowie regelmäßige Schmerzmessungen mittels eines geeigneten Schmerzfragebogens empfohlen.<sup>2</sup>

### Umsetzung bisher nicht möglich

Diese Empfehlungen treffen sich im Wesentlichen mit den Forderungen, die auch die ÖSG seit Jahren stellt. „Fortschritte im Bereich der Schmerzforschung gibt es zahlreiche. Im Bereich von Schmerzdiagnostik und -therapie wurden bereits Konzepte entwickelt, die fast allen Schmerzpatienten helfen könnten, ihr Leben besser zu ertragen und die Lebensqualität zu verbessern“, sagt Schmerzspezialist Lampl. „Deren Umsetzung ist bisher wegen fehlender oder zurückgestellter Aktivitäten im ÖBIG und wegen des fehlenden politischen Willens nicht möglich gewesen.“ ::

Literatur:

- <sup>1</sup> Endel G (2013): Schmerzversorgung in Österreich. Soziale Sicherheit 1, 24-36
- <sup>2</sup> HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH (2011): Versorgungssituation bei Schmerz in Österreich. Endbericht.

Mag. Gabriele Vasak, Journalistin, Wien  
gabriele.vasak@chello.at

## >We ♥ Assistent®! You too?<

**Entdecken Sie ... die Assistent®-Vielfalt im Internet. Oder auf den großen Messen 2015:**

ACHEMA: Frankfurt/Main, 15.-19.6. Halle 4.1 Stand G 48  
MEDICA: Düsseldorf, 16.-19.11. Halle 1 Stand C 26

**Glaswarenfabrik Karl Hecht GmbH & Co KG**  
Präzisions-Instrumente und -Geräte für Arzt und Labor  
D-97647 Sondheim/Rhön · Tel. (0 97 79) 808-0 · Fax (0 97 79) 808-88  
Niederlassungen in Frankreich, Österreich und in der Schweiz

Alle Assistent®-Produkte im Internet: <http://www.hecht-assistent.de>

E-Mail: [info@hecht-assistent.de](mailto:info@hecht-assistent.de)

Alle Produkt-Informationen erhalten Sie auch beim Labor-Fachhandel – weltweit.