

© Almgren - Fotolia.com



Schmerzversorgung in Österreich

1 Fragestellung

Schmerzen sind ein häufiges Symptom bei unterschiedlichsten Erkrankungen. Oft ist Schmerz das Hauptsymptom und die Hauptursache für die Inanspruchnahme einer Behandlung, das Entstehen von Funktionseinschränkungen und das Empfinden von Leid. Das Erscheinungsbild ist so vielgestaltig wie die verursachenden Krankheiten. In der Regel wird bei der Behandlung der Ursache der Schmerz auch (ausreichend?) „mit behandelt“, steht aber oft nicht im Vordergrund der Behandlungsbemühungen. In seltenen Fällen kann sich das Symptom Schmerz „verselbstständigen“. Dann besteht im Sinne einer eigenständigen Schmerzkrankheit die Schmerzempfindung ohne eine „verursachende Krankheit“ weiter. Im klinischen Alltag ist die Behandlung der Schmerzkrankheit schwierig und bedarf einer eigenen Spezialisierung. Oft wird diese eigenständige Schmerzkrankheit als „chronischer Schmerz“ bezeichnet. Im englischen Sprachraum spricht man von „neuropathic pain“. Allerdings wird die Bezeichnung „chronischer Schmerz“ gerne auch nur auf die Dauer des Symptoms ohne Berücksichtigung der Ursache bezogen oder für öfter wiederkehrende Schmerzphänomene verwendet.

Über die Häufigkeit des sogenannten „chronischen Schmerzes“ werden unterschiedlichste Angaben

gemacht.¹ Gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe der Medizinischen Universität Wien, der Universität Wien² und Frau OA Dr. Grögl-Aringer als klinische Expertin für Schmerztherapie wurde an der Frage der (pharmako-)epidemiologischen Dimension des Symptoms Schmerz in Österreich im Projekt „OF-LÖG“ (Outcome-Forschung basierend auf Leistungsdaten des österreichischen Gesundheitswesens)³ gearbeitet. Dabei soll einerseits die Anzahl (und Verteilung) der Personen mit einer Behandlung mittels (auch) zur Schmerzlinderung geeigneter Medikamente in den Jahren 2006 und 2007 dargestellt und mit den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria aus diesem Zeitraum verglichen und andererseits die Auswirkung von zeitlich verschiedenen Definitionen von „chronischen Schmerzen“ auf die epidemiologische Darstellung untersucht werden.

Als erster Schritt wurde eine Liste von Arznespezialitäten definiert, welche in der Schmerztherapie eingesetzt werden können. Die Daten der abgerechneten Rezepte im verwendeten Forschungsdatenbestand der Jahre 2006 und 2007 enthalten einen indirekten Personenbezug und erlauben daher die Zählung der behandelten Personen. Dies lässt sich anhand des Einlösedatums auch unter der Berücksichtigung der Datenqualität dieser Information



Dr. Gottfried Endel ist Allgemeinmediziner und leitet den Bereich „Evidence-based Medicine“ (EBM) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

1 APA0345 5 CI 0468 XI vom 26.2.2010: „1,5 Millionen Österreicher leiden an chronischen Schmerzzuständen.“
 2 Univ.-Prof. DI DDr. Wolfgang Dorda, Univ.-Prof. Dr. Georg Duftschmid, Univ.-Prof. Dr. Karl Fröschl, Univ.-Prof. Dr. Walter Gall, Univ.-Prof. Dr. Wilfried Grossmann und DI Dr. Milan Hronský.
 3 http://www.hauptverband.at/mediaDB/810559_OFLOeG_Endbericht.pdf



Methoden zur objektiven Feststellung eines Behandlungsbedarfs sind nicht bekannt. Eine Bedarfsabschätzung wird daher durch die Bewertung verschiedener messbarer Informationen vorgenommen.

zeitlich darstellen. Dadurch ergeben sich Populationen, welche

- in den Jahren 2006 und 2007 überhaupt eine einschlägige Medikation auf Kosten der Sozialversicherung bezogen haben,
- in diesem Zeitraum in drei aufeinander folgenden Monaten diese Behandlung bekommen oder
- in sechs aufeinander folgenden Monaten Schmerzbehandlung benötigt haben.

Die Projektplanung sah den Vergleich dieser Populationen mit dem Ergebnis der Befragungsdaten der Statistik Austria vor. Diese Einschränkung wurde deshalb getroffen, weil erst nach dieser Auswertung beurteilt werden kann, ob diese pharmakoepidemiologische Methodik zu Ergebnissen führt, die im Vergleich mit Befragungsergebnissen oder anderen publizierten epidemiologischen Ergebnissen eine sinnvolle Interpretation zulassen. Bewusst ist dabei, dass bei einer positiven Bewertung dieser Methode für Zwecke der Epidemiologie – im Sinne der Gesundheitssystemforschung und Outcome-Forschung – eine Fülle von weiterführenden Fragestellungen bearbeitet werden können.

Zur Ergänzung der technisch-statistischen Auswertungen ist eine Darstellung der Definition(en) für „chronischen Schmerz“ notwendig, um die Unterschiede zwischen den Populationen mit drei und sechs Monaten durchgehender Behandlung diskutieren zu können und auch die Grenzen der rein pharmakoepidemiologischen Methodik aufzuzeigen.

1.1 Verwendung der Information

Wie bereits erwähnt, wird für die Behandlung der eigenständigen Schmerzkrankheit eine entsprechende Erfahrung und damit Spezialisierung als vorteilhaft angesehen. Dies führt einerseits zur Ausprägung von „Schmerzspezialisten“ und andererseits zu „Schmerzzentren“, in welchen die sogenannte multimodale Schmerztherapie, d. h. die in-

tegrierte Anwendung verschiedener invasiver und nicht invasiver Behandlungsmaßnahmen, angeboten wird. Aufgrund der Bedeutung von Schmerzen für die Patienten stellt sich die Frage, wie viele Schmerzzentren oder Schmerzspezialisten für eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Bevölkerung benötigt werden.

Methoden zur objektiven Feststellung eines Behandlungsbedarfs sind nicht bekannt. Eine Bedarfsabschätzung wird daher durch die Bewertung verschiedener messbarer Informationen vorgenommen. Dazu gehört vor allem die Epidemiologie der zu behandelnden Krankheit. Im Zusammenhang damit sind aber weitere Informationen wie Patientenzufriedenheit, regionale Unterschiede in der Art und dem Ausmaß der Behandlung sowie der Kooperationsbedarf mit anderen Krankheitsbereichen auf dem Feld der Schmerzbehandlung (z. B. onkologischer und orthopädischer Krankheitsbilder) zu berücksichtigen.

Im Rahmen des Kongresses Societal Impact of Pain (SIP) 2010 wurde für „chronic pain“ eine Prävalenz von 20 bis 30 % in Europa behauptet. Auffallend war dabei, dass die Definition des Krankheitsbildes sehr ungenau erfolgte und Beispiele der seltenen eigenständigen Schmerzkrankheit als allgemein gültig für diese große Patientengruppe verwendet wurden. Daraus ergab sich die Motivation, einerseits die Definition des Krankheitsbildes klarzulegen und andererseits den Versuch zu unternehmen, die Krankheitslast für Österreich zu bestimmen.

Schmerz ist ein subjektives Phänomen.

2 Definition „chronischer Schmerz“

2.1 Suche in PubMed

Es wird zur Darstellung der Definition des Begriffes eine (eingeschränkt-systematische) Literatursuche durchgeführt.⁴

Die als Nummer 4 und 5 gelisteten Artikel⁵ werden im Volltext einbezogen, die restlichen nur auf

4 PubMed 4.3.2011: (chronic[All Fields] AND ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) AND definition[All Fields]) AND (hasabstract[text] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR German[lang]) AND "2001/03/07"[PDat] : "2011/03/04"[PDat]); 234 Treffer; 6 Artikel mit den Suchbegriffen im Titel; 2 Artikel mit freiem Volltextzugriff.

5 1: Piguët, V., Allaz, A. F.: Chronic pain, the problem of a definition. Rev Med Suisse. 2009 Jun 17; 5 (208): 1347–1348. French. PubMed PMID: 19626758.
 2: Rozenberg, S.: Chronic low back pain: definition and treatment. Rev Prat. 2008 Feb 15; 58 (3): 265–272. French. PubMed PMID: 18536200.
 3: Raspe, H., Hüppe, A., Matthis, C.: Theories and models of chronicity: on the way to a broader definition of chronic back pain. Schmerz. 2003 Oct; 17 (5): 359–366. German. PubMed PMID: 14513343.
 4: Cedraschi, C., Robert, J., Goerg, D., Perrin, E., Fischer, W., Vischer, T. L.: Is chronic non-specific low back pain chronic? Definitions of a problem and problems of a definition. Br J Gen Pract. 1999 May; 49 (442): 358–362. PubMed PMID: 10736885; PubMed Central PMCID: PMC1313420.
 5: Hunt, I. M., Silman, A. J., Benjamin, S., McBeth, J., Macfarlane, G. J.: The prevalence and associated features of chronic widespread pain in the community using the 'Manchester' definition of chronic widespread pain. Rheumatology (Oxford). 1999 Mar; 38 (3): 275–279. PubMed PMID: 10325667.
 6: Baszanger, I.: Definition of chronic pain and the organization of Pain Centers. Cah Sociol Demogr Med. 1990 Jan-Mar; 30 (1): 75–83. French. PubMed PMID: 2357623.

Co-Autoren:

OA Dr. Grögl-Aringer;
Univ.-Prof. DDR. Wolfgang Dorda;
Univ.-Prof. Dr. Wilfried Grossmann;
Ao. Univ.-Prof. Dr. Georg Duftschmid;
Ao. Univ.-Prof. Dr. Karl Fröschl;
Ao. Univ.-Prof. Dr. Walter Gall;
DI Dr. Milan Hronsy

Abstractebene. Eine erste orientierende Suche am 1. März 2011 wurde zuerst in die Richtung von vorhandenen Leitlinien in PubMed durchgeführt.⁶ Aus diesen Ergebnissen wurden insgesamt 11 Artikel ausgewählt.

2.2 Allgemeine Suche im Internet

Weiters wurde am 1. März 2011 mit dem Begriff „chronic pain“ in Google gesucht. Als sehr übersichtlich und mit zahlreichen Literaturhinweisen versehen erwiesen sich die englischen Wikipedia-Einträge zu „pain“ und „chronic pain“. Diese werden in der Folge für die Darstellung unterschiedlicher Definitionsmöglichkeiten in ihrer Form vom 1. März 2011 ebenfalls verwendet.

Mit den Schwierigkeiten der Definition befasst sich dort unter anderem dieser Abschnitt:

„Chronischer Schmerz“ wird unterschiedlich definiert.

„Pain is usually transitory, lasting only until the noxious stimulus is removed or the underlying damage or pathology has healed, but some painful conditions, such as rheumatoid arthritis, peripheral neuropathy, cancer and idiopathic pain, may persist for years. Pain that lasts a long time is called chronic, and pain that resolves quickly is called acute. Traditionally, the distinction between acute and chronic pain has relied upon an arbitrary interval of time from onset; the two most commonly used markers being 3 months and 6 months since the onset of pain.[10]⁷ though some theorists and researchers have placed the transition from acute to chronic pain at 12 months.[11]⁸ Others apply acute to pain that lasts less than 30 days, chronic to pain of more than six months duration, and subacute to pain that lasts from one to six months.[12]⁹ A popular alternative definition of chronic pain, involving no arbitrarily fixed durations is "pain that extends beyond the expected period of healing" [10] Chronic pain may be classified as "malignant" (caused by cancer) or "benign" (non-malignant).[12]¹⁰“

Wie in dieser Beschreibung ersichtlich, gibt es Abgrenzungen durch Anwendung willkürlicher Zeit-

grenzen, die entsprechend auch von verschiedenen Wissenschaftlern unterschiedlich gesetzt wurden, aber auch eine Einteilung, welche auf die Ursache des Symptoms abstellt. Dabei ist für die gegenständige Untersuchung das Problem der Erkennung und Zuordnung von „Grundkrankheiten“ und der Zeitpunkt ihres Auftretens zu beachten. Methodisch ist ohne klinische Information eine Abschätzung der Zeitdauer bis zu einer erwarteten Heilung nicht möglich. Eine Trennung in „bösartig“ und „gutartig“ ist mit gewissen Einschränkungen möglich und kann abhängig von den verfügbaren Ressourcen grundsätzlich versucht werden. Im Dokument der Wikipedia zu „chronic pain“ wurde folgende Beschreibung gefunden:

„Chronic pain may be divided into "nociceptive" (caused by activation of nociceptors), and "neuropathic" (caused by damage to or malfunction of the nervous system).[4]¹⁰ Nociceptive pain may be divided into "superficial somatic" and "deep", and deep pain into "deep somatic" and "visceral". Superficial somatic pain is initiated by activation of nociceptors in the skin or superficial tissues. Deep somatic pain is initiated by stimulation of nociceptors in ligaments, tendons, bones, blood vessels, fasciae and muscles, and is dull, aching, poorly-localized pain. Visceral pain originates in the viscera (organs). Visceral pain may be well-localized, but often it is extremely difficult to locate, and several visceral regions produce "referred" pain when injured, where the sensation is located in an area distant from the site of pathology or injury.[5]¹¹ Neuropathic pain is divided into "peripheral" (originating in the peripheral nervous system) and "central" (originating in the brain or spinal cord).[6]¹² Peripheral neuropathic pain is often described as "burning", "tingling", "electrical", "stabbing", or "pins and needles". [7]¹³ Bumping the "funny bone" elicits peripheral neuropathic pain.“

In dieser Beschreibung wird also darauf hingewiesen, dass es neben dem „nociceptiven“ Schmerz, welcher üblicherweise eine patholo-

6 "chronic pain"[All Fields] AND "guideline"[Publication Type] (31) PubMed "chronic pain" AND guideline (232) PubMed chronic pain guideline (856) PubMed chronic pain definition (11017) PMC
 7 Turk, D. C., Okifuji, A.: Pain terms and taxonomies of pain. In: Bonica, J. J., Loeser, J. D., Chapman, C. R., Turk, D. C., Butler, S. H.: Bonica's management of pain. Hagerstown, M. D.: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. ISBN 0-683-30462-3.
 8 Spanswick, C. C., Main, C. J.: Pain management: an interdisciplinary approach. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000. S. 93, ISBN 0-443-05683-8.
 9 Thienhaus, O., Cole, B. E.: Classification of pain. In: Weiner R. Pain management: a practical guide for clinicians. Boca Raton: CRC Press; 2002.S. 28, ISBN 0-8493-0926-3.
 10 Keay, K. A.; Clement, C. I.; Bandler, R. (2000): The neuroanatomy of cardiac nociceptive pathways. In: Horst, G. J. T.: The nervous system and the heart. Totowa, New Jersey: Humana Press. S. 304, ISBN 089603.
 11 Coda, B. A.; Bonica, J.J. (2001): General considerations of acute pain. In: Loeser, D., Bonica, J. J.: Bonica's management of pain (3 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0443056838.
 12 Bogduk, N., Merskey, H. (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms (second ed.). Seattle: IASP Press. S. 212, ISBN 0931092051.
 13 Paice, J. A. (Jul-Aug 2003): Mechanisms and management of neuropathic pain in cancer. Journal of supportive oncology 1 (2): 107–20. PMID 15352654.

gisch/anatomisch „greifbare“ Ursache aufweist, auch den „neuropathischen“ Schmerz, der durch eine Schädigung oder „Fehlfunktion“ des Nervensystems erklärt wird, gibt. Aus klinischer Sicht erscheint dieser neuropathische Schmerz als besonders schwierig zu behandeln. Als theoretische Erklärung für sein Entstehen wird auf „Lernmechanismen“, ausgelöst durch einen (länger bestehenden und/oder unzureichend behandelten) akuten Schmerz, auf „Veranlagung“ und in neuerer Zeit auf die als „Plastizität“ bezeichnete Fähigkeit des Gehirns, sich an veränderte Verhältnisse durch „Umbau“ anzupassen, zurückgegriffen. Einen Überblick über diesen Stand der Diskussion gibt der Review von Apkarian¹⁴.

Weitere Unterlagen können auf den Websites von Fachgesellschaften und im Bereich der Guidelines¹⁵ gefunden werden.

© mangestock - Fotolia.com



2.3 Definitionen

In der unter Punkt 4 der PubMed-Suche gelisteten Publikation von Cedraschi (siehe FN 5) werden in Tabelle 1 verschiedene Definitionen der Chronizität – abhängig von der Symptombdauer – mit der jeweiligen Quellenangabe dargestellt. Überwiegend wird dabei eine Dauer von mehr als drei Monaten als Voraussetzung für die Qualifikation eines Schmerzgeschehens als „chronisch“ dargestellt. Nur eine Quelle verlangt das Bestehen von Schmerz während mindestens der Hälfte der Tage in einer Periode von zwölf Monaten, wobei die Schmerzen in einer einzigen oder in mehreren Episoden auftreten können. Apkarian 2009 unterscheidet im Abschnitt „A definition“ die Definition der International Association for the Study of Pain (Merskey and Bogduk, 1994), welche auf das Weiterbestehen von Schmerz über die Heilungsphase nach einer Verletzung hinaus abstellt, von Definitionen, welche einen fixen Zeitabschnitt ab Schmerzbeginn – allerdings unterschieden nach der Ursache oder Lokalisation – als Abgrenzung verwenden. So wird für Rückenschmerzen eine Grenze von sechs Monaten angenommen, hingegen gilt ein Schmerz nach einer Herpes-Zoster-Infektion bereits nach drei Monaten als „chronisch“.

Eine weitere Art des chronischen Schmerzes wird von Hunt 1999 unter der Bezeichnung „chronic widespread pain (CWP)“ beschrieben. Dieser Schmerztyp wird auch als diagnostisches Kriterium für die Feststellung einer Fibromyalgie gefordert. In der oben angeführten Arbeit wird dabei die Definition des American College of Rheumatology

mit der „Manchester“-Definition des CWP verglichen. Apkarian schlägt daher auf Seite 19 seines Reviews folgende Definition vor:

„Chronic pain is a persistence of the memory of pain and/or the inability to extinguish the memory of pain evoked by an initial inciting injury. From this viewpoint the peripheral afferent barrage can be considered as part of the inciting event and the central representation/reorganization/sensitization can be viewed as the memory trace; relative contributions of each would then delineate types of pain conditions (acute, inflammatory, neuropathic) within the framework of mechanisms of memory of pain.“

Dieser Zugang betont die Bedeutung des Zentralnervensystems bei der Entstehung der eigenständigen „Schmerzkrankheit“. Dabei tritt die zeitliche Dimension des Geschehens zwar etwas in den Hintergrund, bleibt aber insofern bedeutend, als Lernvorgänge mit dem dafür notwendigen Wiederholen entsprechender Zeit für ihr Wirksamwerden benötigen. Dies schließt auch logisch an die von Hunt betonte Verbindung der Schmerzentstehung mit affektiven Symptomen wie psychologischem Distress und den Zusammenhang mit der Somatisierung von Beschwerden an. Diese Einstellung zu beziehungsweise die mit Krankheit und Behinderung verbundenen Sorgen beeinflussen die Schmerzentstehung und -wahrnehmung.

Dies führt zu einer in einer Leitlinie verwendeten Definition des „neuropathischen Schmerzes“:

Schmerz kann sich zu einer eigenständigen „Schmerzkrankheit“ entwickeln.

14 Apkarian, A. V., Baliki, M. N., Geha, P. Y.: Towards a theory of chronic pain; Prog Neurobiol. 2009 February; 87 (2): 81–97. doi:10.1016/j.pneurobio.2008.9.18.

15 Zum Beispiel: AWMF: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms; Australian and New Zealand College of Anaesthetists ABN 82 055 042 852; American College of Rheumatology Training Guidelines & Assessment Subcommittee: Core Curriculum Outline for Rheumatology Fellowship Programs.



© Andreas F. - Fotolia.com

Die Epidemiologie des „chronischen Schmerzes“ ist unklar.

„Neuropathischer Schmerz ist nach der IASP definiert als chronischer Schmerz als Folge einer Läsion oder Erkrankung im somatosensorischen System. Liegt die Läsion oder Erkrankung primär im zentralen Nervensystem spricht man auch von ‚zentralem Schmerz‘.“¹⁶

In dieser Leitlinie wird im Abschnitt neuropathischer Schmerz vor allem das „failed back surgery syndrom“ behandelt. Es findet sich jedoch auch eine Auflistung von anderen neuropathischen Schmerzsyndromen, welche zur Veranschaulichung der Heterogenität der Problematik hier zitiert werden soll:

„Für andere neuropathische Schmerzen liegen nur kleine Fallstudien mit positiven Ergebnissen vor. Hierzu zählen die Postzosterneuralgie (Harkke et al. 2002), die diabetische Neuropathie (Tessfaye et al. 1996, Petrakis u. Sciacca 2000, Crucu et al. 2007), der Phantom- oder Stumpfschmerz (Sanchez-Ledesma 1989), der Schmerz bei inkomplettem Querschnitt (Winkelmüller et al. 1991) und bei Plexusläsionen (Brill 2008). Bei Patienten mit kompletten Querschnittssyndromen (Meglio et al. 1989, Cioni et al. 1995, Crucu et al. 2007) ist die SCS nicht wirksam. Aufgrund der Studienlage muss die Empfehlung derzeit offen bleiben.“

Eine weitere Leitlinie, welche sich mit der Definition des Schmerzes auseinandersetzt, weist auch darauf hin, dass die Klassifikationen und Codierungsmöglichkeiten dafür unbefriedigend sind.¹⁷ Auf Seite 7 dieser Leitlinie wird folgende Definition verwendet:

„Zur Definition chronischer Schmerzen in mehreren Körperregionen werden international die Kriterien des US-amerikanischen Kollegiums für Rheumatologie ACR verwendet: > 3 Monate bestehender Schmerz in:

- Achsenskelett (Halswirbelsäule oder vorderer Brustkorb oder Brustwirbelsäule oder Lendenwirbelsäule) und

- rechte Körperhälfte und linke Körperhälfte und

- oberhalb der Taille und unterhalb der Taille Die anamnestic Angaben eines CWP und der klinische Befund einer schmerzhaften Palpation von mindestens 11/18 Tenderpoints definieren das Fibromyalgiesyndrom FMS nach ACR-Kriterien. Evidenzgrad 2b, starker Konsens.“

2.4 Zusammenfassung

Da die Definition von chronischem Schmerz einheitlich ist, werden hier wesentliche Charakteristika angeführt. Wesentliche Einteilungskriterien sind nach der angeführten Literatur:

- die Ursachen
 - akute (aber lange andauernde) Erkrankung – verständliche Ursache
 - maligne Erkrankung
 - benigne Erkrankung
- keine (abgeheilte) adäquate Erkrankung
 - neuropathischer Schmerz
 - Schmerzkrankheit
 - chronischer Schmerz
- die Dauer (teilweise in Abhängigkeit von der auslösenden Krankheit)
 - länger als 3 Monate
 - länger als 6 Monate

Die unterschiedliche Kombination dieser Kriterien kann als Definition für „chronischen Schmerz“ verwendet werden. Einige der Charakteristika sind in den Routinedaten gut abgebildet, andere sind mangels klinischer Informationen nicht verwendbar.

3 Epidemiologie des Schmerzes in Österreich

Überträgt man diese Einteilungskriterien auf die Möglichkeiten der sekundären Nutzung von Routinedaten des Gesundheitssystems, so ist der einfache Zugang eine Einteilung nach der Dauer der Behandlungsnotwendigkeit. Diese Behandlungsnotwendigkeit spiegelt sich weitgehend in den Daten zur Inanspruchnahme der Behandlungsmöglichkeiten wider. Aus der Sicht der Repräsentation von „Schmerz“ in den Bereichen der Routinedaten ist vor allem auffallend, dass eine Diagnose-

¹⁶ AWMF-Leitlinien-Register Nr. 041/002: Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen.

¹⁷ AWMF-Leitlinien-Register: Nr. 041/004: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms.

Abbildung 1

| Gruppe | ATC | Beschreibung |
|-------------|---------|--|
| M01-M02-M03 | M01 | Antiphlogistika und Antirheumatika |
| | M02 | Topische Mittel gegen Gelenk und Muskelschmerzen |
| | M03 | Muskelrelaxanzien, Peripher wirkende Mittel |
| N02 | N02 | Analgetika |
| N03A-T | N03AF01 | Carbamazepin |
| | N03AX12 | Gabapentin |
| | N03AX16 | Pregabalin |
| | | (Antiepileptika) |
| N06AA | N06AA | Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer (Trizykl. Antidepressiva) |

Aus der medikamentösen Behandlung kann auf die Krankheit rückgeschlossen werden.

Aus der Sicht der Repräsentation von „Schmerz“ in den Bereichen der Routinedaten ist vor allem auffallend, dass eine Diagnosecodierung dafür nur bedingt hilfreich erscheint.

codierung dafür nur bedingt hilfreich erscheint. Der direkteste Bezug zur Indikation Schmerzlinde- rung findet sich im Bereich der medikamentösen Be- handlung. Die Abrechnungsdaten der Rezepte erlauben auch eine ausreichende zeitliche Zu- ordnung, um das Kriterium Dauer zu berücksichti- gen. Als Basis für alle Analysen wurde aus der GAP- DRG-Datenbank (Grundlagenforschung für ambu- lante patientenorientierte Diagnosis Related Groups) das Kollektiv der Personen mit rezeptierten Schmerz- medikamenten gebildet (siehe Abbildung 1).

Das „T“ in der Gruppe „N03A-T“ soll darauf auf- merksam machen, dass aus der Gruppe der Antiepi- leptika („N03A“) nur drei Unter- codes verwendet werden. Die Ergebnisse wurden auf der Konferenz Social Impact of Pain 2011 in Brüssel präsentiert.¹⁸ Insgesamt wurden alle Medikamente, welche gegen Schmerzen verwendet werden können, aufgenom- men, um eine möglichst vollständige Darstellung zu gewährleisten.

3.1 Definition der Population aus Rezeptdaten

Aus der Hauptverbandspopulation wurden die Per- sonen selektiert, die im Zeitraum 2006–2007 min- destens einmal ein Schmerzmedikament der vier Gruppen bekommen haben. Dabei wurden **3.166.889** Personen identifiziert. Dieses Kollektiv bildet die Basis für die weiteren Analysen.

Die insgesamt 17 Millionen Rezeptpositionen ent- halten 19 Millionen ATC-Codes (eine Position kann mehrere Packungen enthalten), die sich aus 949 unterschiedlichen Pharanummern zusam- mensetzen. (Abbildung 2 und 3).

Tabelle 1 zeigt die über (Kalender-)Monate konti- nuierliche Medikation mit Schmerzmitteln. Zum Beispiel haben in den Jahren 2006–2007 **130.392** Personen kontinuierlich Schmerzmittel über min- destens sechs Monate bekommen. Diese 130.392 Personen sind auch in den Häufigkeiten mit min- destens zwei Monaten kontinuierlicher Medikati-

Abbildung 2

| Alter [Jahre] | Rezeptpositionen pro Person | | | | | | Alle Rezept- Positionen | Personen (SA-ges) |
|---------------|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|------|-------------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Max | | |
| 0-14 | 89.941 | 25.546 | 11.956 | 7.099 | 4.690 | 259 | 367.782 | 1.297.626 |
| 15-29 | 272.057 | 91.219 | 35.433 | 16.246 | 8.669 | 665 | 951.792 | 1.542.962 |
| 30-44 | 354.615 | 152.827 | 74.957 | 41.500 | 25.781 | 842 | 2.549.749 | 1.949.686 |
| 45-59 | 292.753 | 150.372 | 85.292 | 54.516 | 36.578 | 1695 | 4.292.840 | 1.665.231 |
| 60-74 | 189.014 | 104.846 | 65.212 | 44.873 | 32.589 | 522 | 4.764.423 | 1.177.221 |
| 75+ | 79.824 | 47.898 | 32.136 | 24.081 | 18.877 | 516 | 4.281.885 | 647.985 |
| Summe | 1.278.204 | 572.708 | 304.986 | 188.315 | 127.184 | | 17.208.471 | 8.280.711 |

¹⁸ http://www.sip-meeting.org/cmsdata/grt-sip/en_EN/pdf/2011/gottfried_endel.pdf

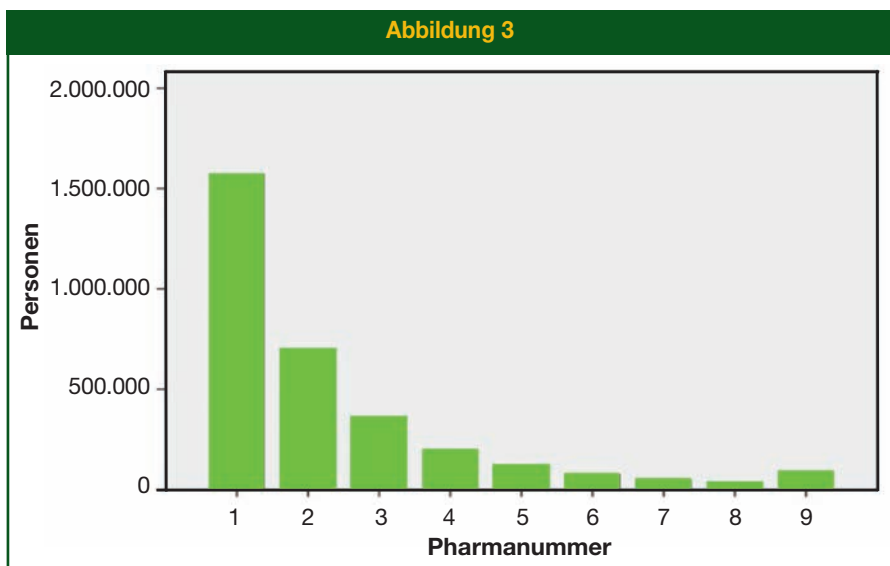


Tabelle 1

| Kontinuierliche Medikation (Dauer in Kalendermonaten) | Personen |
|---|-----------|
| 1 | 3.166.889 |
| 2 | 682.128 |
| 3 | 345.474 |
| 4 | 224.981 |
| 5 | 165.416 |
| 6 | 130.392 |
| 7 | 106.049 |

Eine Person wird nur einmal gezählt, auch wenn sie mehrfach über einen längeren Zeitraum Medikamente bezogen hat.

on (682.128) und in der Gesamtzahl der Personen, die (mindestens in einem Monat) Schmerzmedikamente erhielten, enthalten. Eine Person wird nur einmal gezählt, auch wenn sie mehrfach über einen längeren Zeitraum Medikamente bezogen hat. Man erkennt, dass eine Verkürzung in der Definition „chronischer Schmerz“ von sechs auf drei Monate kontinuierlicher Medikation die Anzahl der Personen (345.474) mehr als verdoppelt. Welche Medikamente dabei jeweils wie lange zur Anwendung kamen sieht man in Tabelle 2. Diese zeigt die erhaltenen Medikamente in diesen Monaten nach den vier Medikamentengruppen aufgeschlüsselt.

3.2 Daten Gesundheitsbefragung (GB)

Im Jahre 2006 und 2007 wurde von der Statistik Austria die letzte Gesundheitsbefragung durchgeführt.¹⁹

3.2.1 Fragen

Aus der Gesundheitsbefragung wurden aus zwei Gruppen folgende Fragen ausgewählt:

S5 – Schmerzen

- S5.1: „Hatten Sie während der letzten zwölf Monate erhebliche Schmerzen in einer oder mehreren Körperregionen?“
- S5.2: „Bitte zeigen Sie mir, an welcher Stelle des Körpers die Schmerzen aufgetreten sind.“ (Ein Bild mit 14 Körperregionen wird vorgelegt).
- S5.7: „Bestehen diese Schmerzen schon länger als drei Monate?“

C4 – Medikamente

- C4.1: „Haben Sie in den letzten beiden Wochen von einem Arzt verordnete Medikamente eingenommen?“
- C4.2: „Ich gehe mit Ihnen die Liste durch, bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie solche Medikamente innerhalb der letzten beiden Wochen eingenommen haben.“

Aus der Liste mit 18 Möglichkeiten (C4.A) wurden drei für die Analyse ausgewählt:

- Gelenkschmerzen (Arthrose, Arthritis)
- Kopfschmerzen oder Migräne
- Andere Schmerzen

Tabelle 2

| Medikamentengruppen | Mindestdauer (Kalendermonate) | | | | |
|---------------------|-------------------------------|---------|---------|---------|--------|
| | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| M01-M02-M03 | 324.835 | 210.209 | 153.699 | 120.534 | 97.692 |
| N02 | 206.961 | 150.392 | 117.089 | 95.727 | 79.928 |
| N03A-T | 41.934 | 32.005 | 25.606 | 21.211 | 17.895 |
| N06AA | 33.018 | 24.897 | 19.901 | 16.423 | 13.848 |

¹⁹ http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/index.html

- C4.3: „Haben Sie in den letzten beiden Wochen Medikamente eingenommen, die nicht von einem Arzt verordnet waren (rezeptfreie Medikamente)?“
- C4.4: „Ich gehe mit Ihnen die Liste durch, bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie solche Medikamente innerhalb der letzten beiden Wochen eingenommen haben.“

Aus der Liste mit acht Möglichkeiten (C4.B) wurden drei für die Analyse ausgewählt:

- a) Gelenkschmerzen (Arthrose, Arthritis)
- b) Kopfschmerzen oder Migräne
- c) Andere Schmerzen

Eventuell für weitere vergleichende Analysen geeignete Fragen der Gesundheitsbefragung sind:

- S5.3: „Waren Sie wegen dieser Schmerzen in den letzten zwölf Monaten im Krankenstand?“
- S5.4: „Wie viele Tage?“
- S5.5: „Hatten Sie während der letzten sieben Tage auch Schmerzen in dieser Region?“
- S5.6: „Bitte geben Sie die durchschnittliche Stärke Ihrer Schmerzen der letzten sieben Tage mit einer Zahl zwischen 1 und 10 an. 1 bedeutet geringe Schmerzen, 10 bezeichnet den stärksten vorstellbaren Schmerz.“

Aus den Antwortlisten der zwei Fragen nach den Schmerzmedikamenten (C4.A, C4.B) könnte man zusätzlich zu den je drei verwendeten noch weitere berücksichtigen (z. B. Depression, Schlaf-tabletten, andere Krankheiten).

Tabelle 3 zeigt die Gesamtpopulation der Gesundheitsbefragung (GB), die Häufigkeiten der Personen mit erheblichen Schmerzen (GB-do) und mit länger als drei Monate andauernden Schmerzen (GB-do-ch). Der Konsum von Schmerzmedikamenten („in den letzten 14 Tagen“) wird in Summe (GB-m-do) und aufgeteilt in die Einnahme verordneter (GB-vm-do) und rezeptfreier (GB-nvm-do) Medikamente dargestellt.



© Doruk Sikman - Fotolia.com

4 Vergleich Hauptverband (HV) – Gesundheitsbefragung (GB)

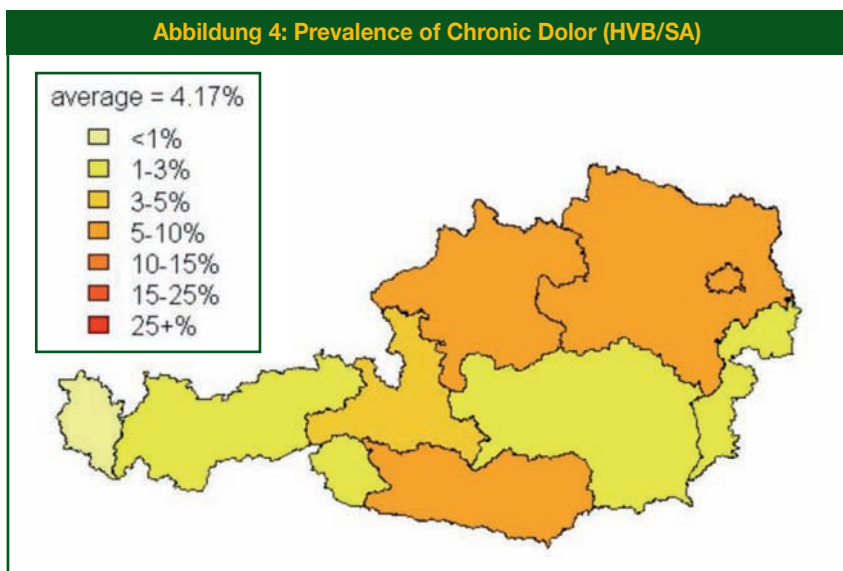
Für den Vergleich der Daten des Hauptverbandes mit den Daten der Gesundheitsbefragung wurde das Kollektiv des Hauptverbandes auf Personen älter als 14 Jahre eingeschränkt, da in der Gesundheitsbefragung die Personengruppe bis 14 Jahre nicht befragt wurde. In Tabelle 4 werden die Personen des Hauptverbandes, die Schmerzmedikamente erhielten (HV), mit den Personen mit subjektivem Schmerzempfinden aus der Gesundheitsbefragung (GB) verglichen. Die Tabelle zeigt alle Personen mit erheblichen Schmerzen (GB-do) und alle Personen, die Schmerzmittel erhielten (HV-do). Des Weiteren werden die Personen mit länger als drei Monate anhaltenden Schmerzen den Personen mit drei Monaten kontinuierlicher Schmerzmedikation gegenübergestellt. Diese Anteile werden als absolute Werte (GB-do-ch und HV-do-ch³) und in Prozenten, bezogen auf die Referenzpopulation der Statistik Austria (SA-ges), gezeigt (GB-do-ch[%])

Tabelle 3

| Alter [Jahre] | GB | Schmerzempfinden | | Schmerzmedikamente | | |
|---------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|-----------|-----------|
| | | GB-do | GB-do-ch | GB-m-do | GB-vm-do | GB-nvm-do |
| 15-29 | 1.545.534 | 351.883 | 141.255 | 373.082 | 152.827 | 253.105 |
| 30-44 | 1.957.747 | 649.324 | 338.206 | 519.489 | 291.852 | 279.738 |
| 45-59 | 1.665.726 | 765.854 | 521.350 | 571.122 | 421.493 | 224.768 |
| 60-74 | 1.172.619 | 578.398 | 437.993 | 474.422 | 416.514 | 119.741 |
| 75+ | 650.266 | 352.085 | 298.680 | 342.343 | 316.441 | 70.839 |
| Summe | 6.991.892 | 2.697.544 | 1.737.481 | 2.280.458 | 1.599.127 | 948.191 |

Tabelle 4

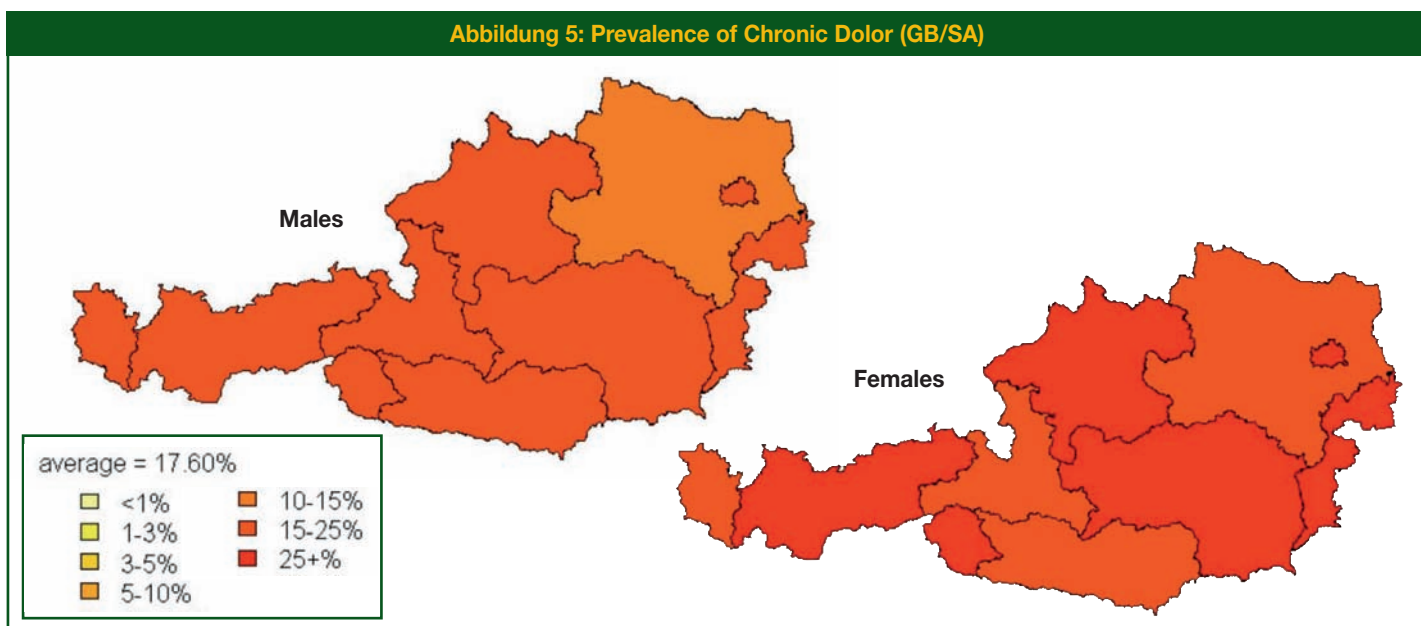
| Bundesland | SA-ges | GB-do | HV-do | GB-do-ch | HV-do-ch3 | GB-do-ch3 [%] | HV-do-ch3 [%] |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|---------------|
| Burgenland | 240.582 | 100.940 | 98.411 | 66.109 | 4.793 | 27,48 | 1,99 |
| Kärnten | 474.770 | 175.901 | 200.914 | 118.750 | 32.773 | 25,01 | 6,90 |
| Niederösterr. | 1.335.701 | 444.542 | 562.781 | 269.770 | 83.132 | 20,20 | 6,22 |
| Oberösterr. | 1.169.717 | 477.026 | 499.462 | 308.685 | 67.755 | 26,39 | 5,79 |
| Salzburg | 439.054 | 157.029 | 192.633 | 102.054 | 24.602 | 23,24 | 5,60 |
| Steiermark | 1.025.281 | 420.739 | 445.037 | 283.158 | 19.465 | 27,62 | 1,90 |
| Tirol | 580.073 | 262.147 | 248.764 | 163.054 | 7.119 | 28,11 | 1,23 |
| Vorarlberg | 298.341 | 96.684 | 117.258 | 53.828 | 1.818 | 18,04 | 0,61 |
| Wien | 1.419.566 | 562.536 | 641.699 | 372.073 | 97.577 | 26,21 | 6,87 |
| Fehlt | - | | 6.332 | | 390 | | |
| Österreich | 6.983.085 | 2.697.544 | 3.013.291 | 1.737.481 | 339.424 | 24,88 | 4,86 |



und HV-do-ch3[%]). Nachfolgend werden die Prävalenzen der „HV-Personen“ mit (mindestens) drei Monate andauernden chronischem Schmerz dargestellt. Die Werte beziehen sich immer auf die Referenzpopulation der Meldebevölkerung laut Statistik Austria (Abbildung 4).

Darunter befindet sich die Darstellung der Prävalenzen – für Männer und Frauen getrennt – aus der Gesundheitsbefragung (Abbildung 5).

Im Projektbericht werden weitere Aufgliederungen vorgenommen und auch graphisch dargestellt. Als wesentlich erscheint dabei neben der Darstellung von weiteren Analysemöglichkeiten, dass die vorgestellte Methode gegenüber der Gesundheitsbefragung unterschiedliche Ergebnisse liefert. Dies ist in der Folge für die Interpretation der gewonnenen Informationen zu berücksichtigen.





5 Diskussion der Methoden

Der Vergleich der Ergebnisse einer Befragung einer repräsentativen Stichprobe mit der Darstellung der Auswertung von Routinedaten wirft mehrere Fragen auf. Wie schon in Abschnitt 2 dargestellt, ist Schmerz als subjektives Symptom jedem Menschen bekannt, die wissenschaftliche Einteilung in verschiedene Kategorien ist allerdings komplex und wirft vor allem im Zusammenhang mit Erhebungsinstrumenten die Frage auf, welche der Kriterien dabei sicher festgestellt werden können. Deshalb sind die Ergebnisse betreffend „internal validity“ – wurde die Auswertung in korrekter Weise durchgeführt – und „external validity“ – hier geht es vor allem um die Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit der Werte – kritisch zu untersuchen.

Es ist auch zu untersuchen, ob die Ergebnisse dieser Untersuchungen für die Beantwortung von Fragestellungen im Gesundheitssystem anwendbar gemacht werden können. Dazu ist eine Interpretation der Messwerte für die betreffenden Fragestellungen erforderlich. Diese Interpretation kann, zusammen mit Zielsetzungen und Werten, in einer Zusammenschau zur Entscheidungsunterstützung herangezogen werden.

Aus einer anderen Quelle – die vollständige Präsentation wurde in Zell am See bei der 19. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Schmerzgesellschaft von Dr. Anna Bucsic vorgestellt – ist ersichtlich, dass für Schmerzmedikamente beträchtliche Summen aufgewendet werden (Abbildung 6). Dabei wurde auch eine Analyse der behandelten Personen nach Alter vorgenommen. Im Gesamtbericht wurden auch Untersuchungen über die Alters-

Abbildung 6: Kosten und Verordnungen

| Wirkstoffgruppe | Verordnungen 2010 in Mio (Veränderung zu 2008 in %) | Kosten 2010 in Mio € (Veränderung zu 2008 in %) | Kosten pro Verordnung (Veränderung zu 2008 in %) |
|---|---|---|--|
| N02BAndere Analgetika und Antipyretika | 1,18 (28%) | 2,54 (72%) | 2,15 (35%) |
| M02A, topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen | 1,29 (6%) | 2,94 (5%) | 2,27 (-1%) |
| M01A Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika, systemisch | 4,83 (-10%) | 42,10 (-10%) | 8,72 (0%) |
| N02A, Opiode, Stufe 2 | 1,08 (-5%) | 13,29 (-3%) | 12,31 (2%) |
| N06A Antidepressiva | 5,50 (8%) | 94,01 (1%) | 17,09 (-7%) |
| Alle Verordnungen | 120,26 (0%) | 2,49 (2%) | 20,73 (2%) |
| N02A, Opiode Stufe 3 | 1,28 (22%) | 38,02 (4%) | 29,71 (-14%) |
| N03AX12+N03AX16 Gabapentin+Pregabalin | 0,37 (37%) | 19,30 | 52,52 (-4%) |

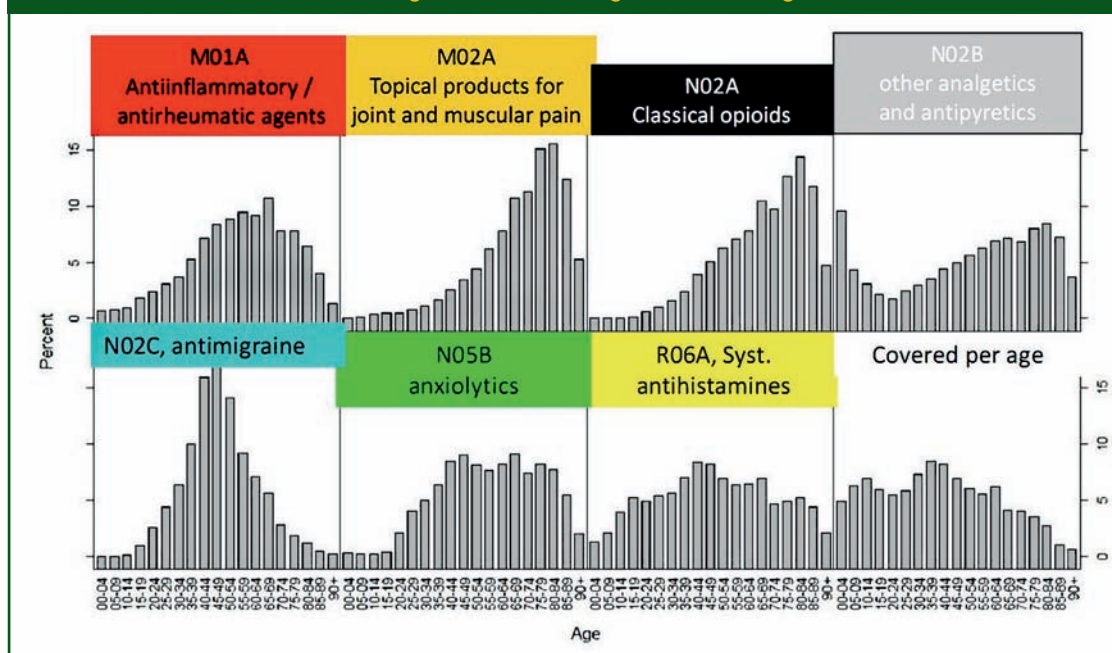
Der Vergleich der Ergebnisse einer Befragung einer repräsentativen Stichprobe mit der Darstellung der Auswertung von Routinedaten wirft mehrere Fragen auf.

verteilung präsentiert. Diese differenzieren jedoch nicht nach den ATC-Gruppen. Daher wird der Inhalt der in Zell am See vorgestellten Präsentation mit Daten aus 2010 zur Veranschaulichung verwendet (Abbildung 7).

5.1 Was wird gemessen?

Die Gesundheitsbefragung erhebt die Erinnerung und individuelle Beurteilung der Befragten zu ihrem Krankheitsempfinden. Die für einen Vergleich

Abbildung 7: Altersverteilung der Verordnungen



Die Gesundheitsbefragung erhebt die Erinnerung und individuelle Beurteilung der Befragten zu ihrem Krankheitsempfinden.



© cirquedesprit - Fotolia.com

herangezogenen Fragen sind in Abschnitt 3.2.1 zitiert. „Chronischer Schmerz“ im Sinne der eigenständigen Schmerzkrankheit („neuropathic pain“ im englischen Sprachgebrauch) ist mit diesen Fragen von anderen Schmerzformen nicht unterscheidbar. Von den in 2.4 dargestellten Einteilungskriterien kann damit nur die Frage der Dauer „länger als drei Monate“ beantwortet werden. Die Frage nach der Ursache findet sich in nur bedingt verwendbarer Form.

Schmerzen²⁰

- *Zwölf-Monats-Prävalenz von erheblichen Schmerzen (allgemein)*
- *Zwölf-Monats-Prävalenz von ausgewählten Schmerzorten (14)*
- *Krankenstand in den letzten zwölf Monaten, Krankheitsdauer bei ausgewählten Schmerzorten (14)*
- *Sieben-Tage-Prävalenz von ausgewählten Schmerzorten (14)*
- *Schmerzintensität*

Die Resultate finden sich auf Seite 21 der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Erscheinungsdatum: 8/2007).

Mit dem Zugang, Personen mit Schmerzen anhand der bezogenen Medikamente zu erkennen, der in dem diesem Artikel zugrunde liegenden Projektbericht dargestellt wird, wird eine deutlich geringere Prävalenz von Schmerz erkannt. Gemessen wird hier der „medikamentös Behandlungsbedürftige beziehungsweise tatsächlich behandelte Schmerz“. „Erhebliche“ Schmerzen müssen allerdings nicht immer auch medikamentös behandlungsbedürftig sein. Tabelle 3 in Abschnitt 3.2 kann dahingehend

ausgewertet werden, dass etwa 2,3 Millionen (von etwa 2,7 Millionen) Personen, welche unter Schmerzen litten, auch Medikamente einnahmen. Ein Teil davon nahm zwar rezeptfreie Medikamente, 60 % nahmen aber rezeptpflichtige Medikamente. Durch verschiedene technisch bedingte Gegebenheiten kann eine Untererfassung von Medikamenten in den Abrechnungsdaten angenommen werden. Auch sind nicht alle Einwohner Österreichs in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Die Auswahl der Medikamente war – wie bereits erwähnt – von der Zielsetzung geleitet, eine möglichst vollständige Erfassung zu erreichen. Von den in 2.4 dargestellten Einteilungskriterien kann nur die Behandlungsdauer herangezogen werden. Untersuchungen über die Ursache des Schmerzes sind, wie in anderen Projekten dargestellt, eingeschränkt möglich, wurden aber nicht durchgeführt.

5.2 Was ist vergleichbar?

Vergleichbar ist die Zwölf-Monats-Prävalenz von erheblichen Schmerzen (allgemein).

Tabelle 4 in Abschnitt 4 zeigt für die Erfassung von Schmerzpatienten eine höhere Sensitivität des pharmakoepidemiologischen Zuganges gegenüber der Befragung. Pro 100.000 Personen wurden 43.151 (gegenüber 38.630 in der Befragung) als Schmerzpatienten erkannt. Das Ziel einer hohen Vollständigkeit konnte damit trotz der zuvor diskutierten Einschränkungen in der Datenbasis (Rezeptpflicht, Vollständigkeit der Abrechnungsdaten, nicht medikamentöse Behandlungen bei Schmerz) jedenfalls erfüllt werden. Im Vergleich mit interna-

20 Zitiert aus: Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007.



tionalen Daten (zum Beispiel: „The social impact of pain – a roadmap for action“²¹) ist eine Prävalenz von einem Drittel der Bevölkerung als plausibel zu bezeichnen. Befragung – als etabliertes Messinstrument – und Pharmakoepidemiologie sind hier als (fast) „gleichwertig“ anzusehen.

Wie auch in einer internationalen Befragung²² gezeigt werden konnte, nimmt der Anteil der medikamentös behandelten Schmerzpatienten mit der Schmerzintensität zu. Somit erscheint der pharmakoepidemiologische Ansatz für die Feststellung von „erheblichen“ Schmerzen als geeignet.

5.3 Was ist nicht vergleichbar?

Die Messung der Prävalenz von „chronischem Schmerz“ (Einteilungskriterium: „Dauer“) ist nicht vergleichbar. Die Ergebnisse in der Tabelle, die den Vergleich zwischen den pharmakoepidemiologischen Messergebnissen und der Gesundheitsbefragung präsentiert, zeigen pro 100.000 Personen 24.881 chronische Schmerzpatienten aus der Gesundheitsbefragung gegenüber 4.861 Personen mit einer Dauerbehandlung von drei Monaten. Die Messung mittels Befragung ergibt den mehr als fünffachen Wert!

Für die allgemeine Schmerzprävalenz wurde eine höhere Sensitivität bei der Messung festgestellt. Dieser Unterschied würde sich noch vergrößern, wenn die diskutierten möglichen Ursachen einer „Untererfassung“ mittels mathematischer Methoden „korrigiert“ würden. Bei der allgemeinen Prävalenz ergibt sich dafür jedoch keine Begründung. Geht man davon aus, dass mit dem pharmakoepidemiologischen Ansatz nur 60 % der tatsächlich Betroffenen erkannt werden können („rezeptpflichtige Medikamente“), erhöht sich die Rate auf 8.101 pro 100.000 Personen. Eine weitere Korrektur für die etwa 2 % nicht von einer gesetzlichen Sozialversicherung betreuten Personen wäre möglich. Auch eine Korrektur einer durch Rezeptgebührenbefreiung bedingten Untererfassung der Medikamente in den Abrechnungsdaten ist denkbar, kann jedoch auch keine Annäherung an die Rate der chronischen Schmerzpatienten in der Gesundheitsbefragung erreichen.

5.4 Ist die Prävalenz der Schmerzkrankheit messbar?

Beide Methoden messen die Schmerzkrankheit nur bedingt. Von den in 2.4 dargestellten Einteilungskriterien wird lediglich die Dauer berücksichtigt. Andere Einteilungskriterien wie die Krankheitsur-

sache (insbesondere onkologische Erkrankungen) oder das Fortbestehen einer erklärenden Ursache für den Schmerz werden nicht berücksichtigt. Damit ist bei beiden Methoden die Spezifität als gering zu beurteilen.

Für den pharmakoepidemiologischen Ansatz kann die Spezifität durch eine Verlängerung der kontinuierlichen Behandlungsdauer erwartet werden. Dadurch sinkt die Rate pro 100.000 Personen auf 1,9 %. Eine Einbeziehung weiterer Einteilungskriterien lässt eine weitere Reduktion erwarten. Nimmt man internationale Angaben zur Prävalenz als Vergleich,²³ so verweist das Schmerzzentrum des Universitätsklinikums Freiburg auf 800.000 bis 900.000 Patienten mit Schmerzkrankheit in Deutschland. Diese Größenordnung entspricht etwa der pharmakoepidemiologischen Sechs-Monate-Prävalenz.

Daraus kann abgeleitet werden, dass die Prävalenz der Schmerzkrankheit von beiden Methoden, welche bestenfalls „länger dauernden“ Schmerz messen können, mangels Spezifität überschätzt wird.

5.5 Interpretationsmöglichkeiten der Unterschiede

Mögliche Ursachen für die große Diskrepanz zwischen der Anzahl chronischer Schmerzpatienten in Österreich laut Gesundheitsbefragung (24,9 %) und der Anzahl chronischer Schmerzpatienten, die über einen definierten Zeitraum von drei (4,9 bzw. 8,1 % – vgl. 5.3) beziehungsweise sechs Monaten (1,9 %) Analgetika einnehmen, können aus der Sicht von Schmerzexperten in Folgendem bestehen:

- Eine nicht unerhebliche Anzahl von Personen mit lang anhaltenden Schmerzen behandelt ihre Schmerzen selbst, ohne einen Arzt aufzusuchen. Diese Personen scheinen natürlich in einer Gesundheitsbefragung auf! Die Gefahren, die aus einer Selbstmedikation resultieren, sind bekannt und stellen eine nicht vernachlässigbare Belastung des Gesundheitssystems dar. Man denke z. B. an die Behandlung gastrointestinaler und kardiovaskulärer Nebenwirkungen durch oftmals verwendete NSAR.
- Viele Patienten brechen die Behandlung mit Analgetika aufgrund von Nebenwirkungen oder schlechter Therapiequalität vorzeitig ab. In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass die Behandlung chronischer Schmerzpatienten viel Zeit in Anspruch nimmt – Zeit, die in einer Kassenpraxis unmöglich aufgewendet werden kann. Daraus resultiert eine mangelhafte

Der Vergleich der Messmethoden erhöht die Verlässlichkeit der Interpretation.

21 <http://www.efic.org/userfiles/file/THE%20SOCIAL%20IMPACT%20OF%20PAIN%20-%20A%20ROADMAP%20FOR%20ACTION%20Endorsment%20-%2018%2005%202011.pdf>, zuletzt abgefragt 30.11.2011.

22 http://www.sip-meetings.org/cmsdata/grt-sip/en_EN/pdf/2011/cesar_margarit.pdf, zuletzt abgefragt 21.12.2011, Folie 27.

23 <http://www.uniklinik-freiburg.de/schmerzzentrum/live/schmerz.html>, abgefragt 1.12.2011.

Eine Befragung bringt die subjektive Sicht der betroffenen Personen zur Geltung und zeigt deren Krankheitsverständnis und -erleben. Routinedaten spiegeln hingegen Patientenpräferenzen, Behandler-Meinungen und Infrastruktur-Einflüsse (angebotsinduzierte Nachfrage) wider.

Aufklärung der Patienten über Nebenwirkungen und die zum Erreichen adäquater Wirkspiegel nötigen Dosierungen. Das Ergebnis sind schlecht versorgte und verunsicherte Patienten.

- Diese Patienten wissen oftmals nichts von der Möglichkeit, Schmerzambulanzen aufzusuchen, oder sie werden nicht überwiesen.
- Aus Erfahrung wissen wir, dass eine nicht unbedeutende Anzahl von chronischen Schmerzpatienten auf regulative Therapieverfahren wie Neuraltherapie, Akupunktur etc. sehr gut anspricht, woraus sich erfreulicherweise oftmals eine Reduktion der medikamentösen Therapie ergibt. Diese Patienten scheinen in einer Statistik, die sich auf die kontinuierliche Einnahme von Analgetika bezieht, natürlich nicht auf.
- Eine mangelhafte schmerztherapeutische Ausbildung führt zu schlechten Behandlungsergebnissen und – wie bereits erwähnt – Therapieabbrüchen und schlechter Compliance.
- Schmerztherapeutisch geschulte niedergelassene Ärzte arbeiten zur Zeit unter den gleichen Rahmenbedingungen wie nicht geschulte Kollegen. Damit werden Anreize zu einer Hebung des Qualitätsstandards verhindert. Zugangserleichterungen zu Spezialuntersuchungen sowie eine statistische Auswertung der Heilmittelkosten der Ärzte aufgrund ihrer Spezialisierung (statt der derzeit unspezifischen statistischen Erhebung der Heilmittelkosten) würden einer Anhebung der Qualität schmerztherapeutischer Interventionen im extramuralen Bereich dienen. Es muss betont werden, dass, obwohl hier die breiteste schmerztherapeutische Versorgung geschieht, extramurale Bereich derzeit völlig vernachlässigt wird.
- (Selbst-)Behandlung mit OTC-Präparaten.
- Ad Schmerzzentren: Um eine flächendeckende Versorgung chronische Schmerzpatienten gewährleisten zu können, ist die Errichtung von Zentren, in denen diese Patienten adäquat behandelt werden können, anzustreben. Die Anzahl derartiger Einrichtungen hat sich sicherlich am regionalen Bedarf zu orientieren. Nur mit multimodalen, aufeinander abgestimmten Therapiekonzepten und entsprechend geschultem, hochqualifiziertem Personal ist es möglich, dieses komplexe Krankheitsbild zufriedenstellend zu behandeln. Der Aufbau und die Qualität ei-

nes derartigen Zentrums sollten mit entsprechender Logistik Wirtschaftlichkeit garantieren.

6 Schlussfolgerungen

Schmerz ist ein Symptom mit besonderer Bedeutung für die betroffenen Menschen.

Viele Krankheiten verursachen Schmerzen. Die Schmerzbehandlung ist daher in den jeweiligen kausalen Behandlungsversuch zu integrieren. Alle Fachgebiete benötigen eine ausreichende Kompetenz für die Schmerzbehandlung.

- Die Prävalenz von „erheblichen Schmerzen“ (Schmerzen, die eine medikamentöse Therapie erforderlich machen) liegt bei 38,6 % (43,2 %).
- Die Prävalenz von Schmerzen mit einer Dauer von mehr als drei Monaten liegt laut der Gesundheitsbefragung bei 24,9 %. Schmerzen mit einer Dauer von mehr als drei Monaten, die eine medikamentöse Therapie erforderlich machen, haben eine Prävalenz von 4,9 %.
- Die Spezifität für die Messung der Prävalenz der Schmerzkrankheit lässt sich durch eine Ausdehnung der erforderlichen Behandlungsdauer erhöhen. Sie liegt dann für eine Dauer von sechs Monaten bei 1,9 %. Es erscheint plausibel, dass dieser Wert eine Überschätzung darstellt.
- Für Planungsfragen kann bis zum Vorliegen besserer Grundlagen diese Größenordnung als Obergrenze betrachtet werden. Dies deshalb, weil aus den regionalen Schwankungen eine beträchtliche Variabilität in der Ist-Versorgung erkannt werden kann.

Mit dem vorliegenden Vergleich zweier Methoden wird im Sinne der Versorgungsforschung ein besseres Verständnis der Krankheitslast in Österreich geschaffen. Die Stärken und Schwächen der Methoden führen zu unterschiedlichen Ergebnissen, beleuchten dadurch aber jeweils von der Vergleichsmethode unzureichend erfasste Dimensionen. Eine Befragung bringt die subjektive Sicht der betroffenen Personen zur Geltung und zeigt deren Krankheitsverständnis und -erleben. Routinedaten spiegeln hingegen Patientenpräferenzen, Behandler-Meinungen und Infrastruktur-Einflüsse (angebotsinduzierte Nachfrage) wider. Der Vergleich dieser beiden Methoden und die (zukünftige) Kombination mit anderen Methoden (Krebs-epidemiologie zum Erkennen von malignen Schmerzursachen) schaffen eine bessere Basis für schwierige Entscheidungen.