

Schmerz 2012 · 26:715–720
 DOI 10.1007/s00482-012-1234-5
 Online publiziert: 4. Oktober 2012
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
 Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg -
 all rights reserved 2012

E. Krahulec¹ · L.J. Schmidt¹ · W. Habacher¹ · H. Kratzer²

¹ HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften,
 JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, Graz

² PERI Consulting GmbH, Wien

Chronischer Schmerz

Überblick über die ambulante Schmerzversorgung in Österreich

Chronische Schmerzen sind nicht nur wegen der Beeinträchtigung der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Betroffenen, sondern auch aufgrund der damit verbundenen hohen gesellschaftlichen Kosten eine der größten gegenwärtigen gesundheitspolitischen Herausforderungen Europas [16]. Um die schwerwiegenden Folgen von chronischen Schmerzen zu verringern, ist ein effektives und effizientes Management im Gesundheitswesen von großer Bedeutung [16]. Insbesondere der frühzeitigen Erkennung eines möglichen Chronifizierungsrisikos kommt eine besondere Bedeutung zu, um noch präventiv eine entsprechende multidisziplinäre Behandlung einleiten zu können. Bereits in den 1950er-Jahren wurde die Notwendigkeit einer besonderen Ausbildung zur Behandlung chronischer Schmerzen erkannt. In der österreichischen Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsverordnung aus dem Jahr 2006 wurde die fachspezifische Schmerzausbildung als ein neuer Ausbildungsaspekt für alle medizinischen Fächer aufgenommen [5]. Darüber hinaus wird seit Dezember 2007 seitens der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) das Spezialdiplom „Spezielle Schmerztherapie“ angeboten [1]. Weiterhin wurden im Jahr 2008 durch die Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) Strukturqualitätskriterien für interdisziplinäre Schmerzeinrichtungen erarbeitet [15]. Dabei wurde einer interdisziplinären Zusammenarbeit, einem multimodalen Behandlungsportfolio und einem leitlinienkonformen Arbeiten besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Laut diesen Strukturqualitätskriterien sollen im Kernteam mindestens zwei spezialisierte Fachärzte verschiedener Fachrichtungen mit dem ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ sowie u. a. ein Facharzt für Psychologie, ein Arzt für psychotherapeutische Medizin (Psy III) mit ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“, ein klinischer Psychologe oder ein Psychotherapeut mit besonderen Kenntnissen und Fertigkeiten in der Schmerztherapie sowie mindestens ein Physiotherapeut vertreten sein [15]. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch beispielsweise durch regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen, zu denen bei Bedarf Konsiliarärzte hinzugezogen werden, unterstützt werden.

Schmerzkonferenz

Interdisziplinäre Schmerzkonferenzen leisten Hilfestellung bei der Klärung von schwerwiegenden Schmerzerkrankungen. An ihnen nehmen Ärzte aus verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren teil, die die vorliegenden Befunde und bisherigen therapeutischen Maßnahmen differenzialdiagnostisch diskutieren und eine weitere Vorgehensweise beschließen. Schmerzkonferenzen finden z. T. in Anwesenheit der betroffenen Patienten statt [10]. In den Strukturqualitätskriterien der ÖSG wurde die Teilnahme an und/oder die Organisation von interdisziplinären Schmerzkonferenzen 8-mal pro Jahr als ein Kriterium der Versorgungsqualität festgeschrieben [15]. Durch die Teilnahme an diesen wird die

von der ÖSG geforderte Aus- und Weiterbildung gefördert.

Leitlinien

Leitlinien sind definiert als „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“ [4] und geben in erster Linie Empfehlungen dazu, wie eine optimale Qualität der Gesundheitsversorgung erreicht werden kann. Sie stellen eine Orientierungshilfe dar, indem sie wissenschaftliche Evidenzen und praktische Erfahrungen bewerten, gegensätzliche Standpunkte klären sowie Nutzen und Schaden von bestimmten Vorgehensweisen abwägen. In begründeten Fällen kann und soll von den Empfehlungen der Leitlinien abgegangen werden, wobei im Mittelpunkt nicht nur die Senkung der Mortalität und Morbidität aufgrund bestimmter Erkrankungen, sondern auch die Beibehaltung oder Verbesserung der Lebensqualität sowie der Zufriedenheit seitens der Patienten stehen [2]. Laut den Strukturqualitätskriterien der ÖSG soll das Leistungsangebot neben einer standardisierten Diagnostik mit standardisierter Schmerzanamnese, fachübergreifenden Untersuchungen, differenzialdiagnostischer Abklärung der Schmerzkrankheit sowie Erhebung von Schweregrad und Chronifizierung auch eine interdisziplinäre standardisierte Therapie umfassen, die über eine reine medikamentöse Therapie hinausgeht [15].

Tab. 1 Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ nach Bundesländern

	Ärzte mit dem Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ ^a	Ärzte mit dem Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ und Praxis ^a	Anzahl aller niedergelassenen Ärzte ^b	Anteil der Ärzte mit Ordination und Diplom an allen niedergelassenen Ärzten	Ärzte mit Schmerzdiplo pro 100.000 EW ^c	Ärzte im niedergelassenen Bereich mit Schmerzdiplo pro 100.000 EW ^c
Burgenland	15	6	395	1,5	5,3	2,1
Kärnten	49	16	871	1,8	8,8	2,9
Niederösterreich	94	57	2834	2,0	5,8	3,5
Oberösterreich	69	25	1351	1,9	4,9	1,8
Salzburg	25	14	773	1,8	4,7	2,6
Steiermark	63	15	1330	1,1	5,2	1,2
Tirol	35	15	565	2,7	5,0	2,1
Vorarlberg	13	5	391	1,3	3,5	1,4
Wien	130	52	2354	2,2	7,7	3,1
Österreich gesamt	493	205	10864	1,9	5,9	2,4

^a Stand 1. August 2011, Quelle: Österreichische Ärztekammer. ^b Zahl der niedergelassenen Ärzte (alle niedergelassenen Ärzte exklusive Ärzte in Ausbildung; [17]).

^c Stand der Bevölkerungszahlen 1. Januar 2010, Quelle: Statistik Austria.

EW Einwohner.

Tab. 2 Schmerzzambulanzen nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl der Schmerzzambulanzen	Anzahl der Schmerzzambulanzen je 100.000 EW des jeweiligen Bundeslands
Burgenland	2	0,7
Kärnten	6	1,1
Niederösterreich	8	0,5
Oberösterreich	13	0,9
Salzburg	7	1,3
Steiermark	11	0,9
Tirol	8	1,1
Vorarlberg	1	0,3
Wien	27	1,6
Österreich gesamt	83	1,0

Messung der Schmerzintensität

Da das Empfinden von Schmerzen und die daraus resultierende Schmerzerfahrung seitens der International Association for the Study of Pain (IASP) als subjektiv beschrieben werden [11], wird der Messung des Schmerzempfindens aus mehreren Gründen eine besondere Bedeutung zugewiesen. Sie liefert Hinweise, die für eine Differenzialdiagnose der Schmerzursachen herangezogen werden können, weiterhin kann sowohl die Effektivität von verschiedenen Therapien als auch das Ausmaß der schmerzbedingten Einschränkungen beurteilt werden. Schmerzmessung kann daher als Beurteilung des Outcomes verwendet werden, indem die erste Schmerzbeurteilung als Baseline für den Vergleich mit späteren Messungen verwendet wird. Dabei wird eine Beurteilung des Schmerzes

durch den Patienten selbst als Goldstandard mit der größten Validität betrachtet. Dafür soll aus der Vielzahl an Möglichkeiten (z. B. verbale/numerische Rating-Schmerzskalen, Schmerztagebuch, Schmerzfragebogen) jenes Instrument für die Messung ausgewählt werden, das für die jeweilige Situation die größte Reliabilität und Validität aufweist [14].

Fragestellung

Im Rahmen dieses Beitrags soll der Frage nachgegangen werden, wie sich die Versorgungssituation für Patienten mit chronischen Schmerzen in Österreich im ambulanten Bereich darstellt. Dabei werden einerseits die Strukturen sowohl im niedergelassenen als auch im klinikambulanten Bereich und andererseits die von den Schmerzzambulanzen selbst berichteten Prozesse näher beleuchtet. Es

ist jedoch nicht Ziel dieses Beitrags, eine Beurteilung der Versorgungswirksamkeit abzugeben, da dies anhand der im Folgenden beschriebenen Daten nicht möglich ist.

Material und Methoden

Zur Erfassung der Versorgungsstruktur im niedergelassenen Bereich wurden von der ÖÄK Daten über die Anzahl der Ärzte mit dem ÖÄK-Spezialdiplom „Spezielle Schmerztherapie“ angefordert.

Für die Erstellung einer Liste der Schmerzzambulanzen wurde das Krankenanstaltenverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit verwendet [7]. Das Ergebnis der Sichtung aller Websites der Krankenanstalten wurde anschließend mit der im Internet verfügbaren Liste der ÖSG abgeglichen. Die endgültige Liste diente zur Darstellung der regionalen Verteilung und der angebotenen Schwerpunkte.

In der Folge wurde aus dieser Liste in einer Zufallsstichprobe für die telefonische Umfrage je Bundesland jeweils die Hälfte aller Schmerzzambulanzen anhand der Krankenanstaltennummer gezogen. Ziel der telefonischen Umfrage mit 2 offenen und 11 geschlossenen Fragen war es, abzubilden, inwieweit verschiedene Aspekte der Strukturqualitätskriterien bereits umgesetzt werden, sowie eine Abschätzung darüber zu erhalten, wie groß die Anzahl der speziell der Schmerzversorgung gewidmeten tagesklinischen und stationären Betten ist.

Insgesamt wurden 42 Schmerzambulanzen in ganz Österreich vorab per E-Mail kontaktiert. Es folgten mindestens 2 zusätzliche vorwiegend telefonische Kontaktversuche pro Ambulanz. Insgesamt 21 Vertreter von Schmerzambulanzen – medizinisches Personal in Schmerzambulanzen bzw. Personen, die im administrativen Bereich der Schmerzambulanz arbeiten – erklärten sich bereit, an der Umfrage teilzunehmen; 4 übermittelten den ausgefüllten Fragebogen per Fax, die restlichen 17 Fragebogen wurden im Mai 2011 im Zuge von Telefoninterviews erhoben.

Ergebnisse

ÖÄK-Spezialdiplom „Spezielle Schmerztherapie“

Im August 2011 gab es laut Auskunft der ÖÄK insgesamt 493 Ärzte, die das Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ erworben hatten. Im Schnitt hatten daher in Österreich etwa 2 von 100 niedergelassenen Ärzten dieses Diplom. Dies entsprach einer Zahl von 6 Ärzten, die entweder im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich tätig waren, pro 100.000 Einwohner (EW). Nur auf den niedergelassenen Bereich bezogen waren es 2,4 Ärzte pro 100.000 EW, wobei zwischen den einzelnen Bundesländern große Unterschiede zu beobachten waren (■ Tab. 1).

Schmerzambulanzen

Anzahl der Schmerzambulanzen

In Österreich gab es zum Zeitpunkt der Recherche (Mai 2011) in 63 Krankenanstalten insgesamt 83 Schmerzambulanzen, die Eröffnung einer weiteren Schmerzambulanz wurde angekündigt. Die Anzahl schwankte in den Bundesländern zwischen 27 (Wien) und einer (Vorarlberg). Pro 100.000 EW gab es österreichweit im Durchschnitt eine Schmerzambulanz (■ Tab. 2).

Behandlungsschwerpunkte

Knapp die Hälfte der Schmerzambulanzen wies auf der Website einen Schwerpunkt aus (n=37, 45%). Am häufigsten wurde die Behandlung von Kopfschmerz genannt (n=17), am zweithäufigsten die Behandlung von Schmerzen des Bewe-

Schmerz 2012 · 26:715–720 DOI 10.1007/s00482-012-1234-5

© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg all rights reserved 2012

E. Krahulec · L.J. Schmidt · W. Habacher · H. Kratzer

Chronischer Schmerz. Überblick über die ambulante Schmerzversorgung in Österreich

Zusammenfassung

Hintergrund. Chronische Schmerzen sind ein großes gesellschaftliches Problem. Es wurde untersucht, wie sich die Versorgungssituation für Patienten mit chronischem Schmerz in Österreich im ambulanten Bereich darstellt.

Material und Methoden. Die Abfrage erfolgte sowohl mithilfe einer Telefon- als auch mit einer Internetrecherche. Von den insgesamt 83 Schmerzambulanzen – in 63 Krankenanstalten – wurde jede zweite kontaktiert. An der Befragung nahmen 21 von 42 Ambulanzen teil.

Ergebnisse. In Bezug auf die Anzahl der niedergelassenen Ärzte mit dem Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ und die Anzahl der Schmerzambulanzen ergaben sich große Unterschiede zwischen den Bundesländern. In etwa 50% der befragten Schmerzambulanzen besteht zumindest teilweise ein interdis-

ziplinäres Kernteam. Mit Leitlinien arbeiten nach eigenen Auskünften 76%. Das Schmerzempfinden wird häufiger mit Schmerzskalen als mit Schmerzfragebogen erhoben. Ein breites Behandlungsspektrum wird entweder direkt oder durch Überweisungen angeboten.

Schlussfolgerung. Die Strukturqualitätskriterien der Österreichischen Schmerzgesellschaft werden nur teilweise erreicht. Es zeigt sich ein Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Schmerzausbildung im niedergelassenen Bereich, der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie in der Outcomemessung.

Schlüsselwörter

Chronischer Schmerz · Schmerzversorgung · Interdisziplinäre Schmerzereinrichtung · Ambulante Versorgung · Österreich

Chronic pain. Overview of out-patient pain treatment in Austria

Abstract

Background. Chronic pain is a widespread social problem. This paper reports on the care situation for patients with chronic pain in out-patient community settings in Austria.

Materials and methods. The study took the form of a telephone survey together with internet research. Every second out-patient pain service (from a total of 83) was contacted and 21 out of 42 agreed to participate.

Results. The number of community-based physicians with a certificate in pain therapy as well as the number of out-patient pain services showed considerable regional variation. Partial or full interdisciplinary teams are a feature of approximately 50% of out-patient pain units and 76% of such services use

guidelines according to their own estimation. Pain perception tends to be measured using pain rating scales rather than pain questionnaires. A wide range of treatments is offered either directly or via referral.

Conclusions. Quality criteria relating to the structure of care established by the Austrian Society for Pain have only been partially implemented. Potential for improvement exists particularly with regards to the prevalence of pain-specific training, interdisciplinary teamwork and the measurement of outcomes.

Keywords

Chronic pain · Pain services · Specialist pain unit · Ambulatory care · Austria

gungs- und Stützapparats (n=13). Der Vergleich mit den telefonischen Befragungsdaten zeigte, dass nicht alle Behandlungsschwerpunkte auf den Websites angegeben wurden.

Betten

In 12 der 21 befragten Schmerzambulanzen konnte ggf. auf stationäre Betten für die Versorgung zurückgegriffen werden, wobei es sich in 5 Krankenanstalten um Belegbetten handelte. Die Zahl

schwankte zwischen 2 und 20 Betten für die stationäre Versorgung.

Kernteam

In 20 der 21 befragten Schmerzambulanzen arbeiteten im Kernteam Ärzte mit dem ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“, in etwa der Hälfte gab es jeweils Fachärzte für Psychiatrie bzw. Psychotherapie oder Psychologen (n=11) und/oder Physiotherapeuten (n=10).

Schmerzkonferenzen und interdisziplinäre Besprechungen

Zwei Drittel der befragten Schmerzambulanzen gaben an, an Schmerzkonferenzen teilzunehmen oder diese zu organisieren. In einer weiteren Schmerzambulanz war die Einführung von Schmerzkonferenzen für den Sommer 2011 geplant. Fehlende Zeitressourcen waren der häufigste Grund für eine Nichtteilnahme (n=4).

In 16 der 21 befragten Schmerzambulanzen (76%) fanden regelmäßig interdisziplinäre Besprechungen statt.

Leitlinien

Nach eigenen Auskünften arbeiteten 16 der 21 befragten Schmerzambulanzen mit Leitlinien, wobei Leitlinien von Fachgesellschaften wie der ÖSG, der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS), der IASP und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in 50% der Ambulanzen (n=8) verwendet wurden. Weitere 4 Ambulanzen verwendeten hausintern eigene Leitlinien. Die restlichen Ambulanzen gaben an, Leitlinien zu bestimmten Schmerzarten bzw. S3-Leitlinien zu nutzen.

Erhebung des Schmerzempfindens

Das Schmerzempfinden wurde von allen befragten Schmerzambulanzen mittels Schmerzskaleten regelmäßig erhoben, darüber hinaus wurden von der Hälfte der Befragten Schmerzfragebogen als verwendete Instrumente angegeben. Die Nutzung eines Schmerztagebuchs gaben 2 Schmerzambulanzen an.

Behandlungsmodalitäten

Fast flächendeckend wurden in den befragten Schmerzambulanzen medikamentöse Behandlungen, Infiltrationen bzw. Injektionstherapien und (minimal-)invasive Methoden angeboten. In etwa der Hälfte der Ambulanzen war es nach eigener Auskunft möglich, eine psychologische Behandlung, physikalische Therapie oder komplementäre Behandlungsmethoden in Anspruch zu nehmen. Multimodale tagesklinische Programme wurden von 3 der 21 befragten Ambulanzen angeboten. Jene Ambulanzen, die selbst keine physikalische Therapie oder psychologische Behandlung anboten, gaben großteils die Möglichkeit

einer hausinternen oder externen Überweisung an.

Diskussion

Chronische Schmerzen verursachen in Europa Kosten in Höhe von rund 1,5–3% des Bruttoinlandsprodukts [16]; für Österreich entspricht dies etwa 4,5–9 Mrd. Euro. Kosten entstehen dabei im Gesundheitswesen durch Arztbesuche, stationäre Aufenthalte, verwendete Heilmittel, medizinische Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen. Neben diesen direkten Kosten fallen auch beträchtliche indirekte Kosten an, die nicht das Gesundheitssystem, sondern die gesamte Gesellschaft belasten. Indirekte Kosten entstehen durch Erwerbsminderung, Arbeitsunfähigkeit sowie Frühpensionierungen und müssen unbedingt ebenfalls in Betracht gezogen werden [16]. Insbesondere im Bereich der chronischen Rückenschmerzen sind die indirekten Kosten von großer Bedeutung. Diese hohen Kosten bedingen, dass das Thema Schmerzversorgung gesamtgesellschaftlich von hoher Relevanz ist.

Darüber hinaus müssen auch die individuellen Beeinträchtigungen der Lebensqualität und des Wohlbefindens betrachtet werden, die unter chronischen Schmerzen auftreten können. Die Auswirkungen des Schmerzes bis in den psychischen Bereich hinein können zu massiven Einschränkungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben führen. So kann jeder dritte Betroffene gar nicht oder nur eingeschränkt ein unabhängiges Leben führen [12], jeder Fünfte leidet an Depressionen. Damit wird auch das Führen zwischenmenschlicher Beziehungen erschwert oder gar verhindert. Zudem wird bei jedem Vierten das Arbeitsverhältnis beeinflusst [3], weil die Produktivität leidet.

Die lange Zeit bis zur Diagnose und anschließenden adäquaten Schmerzbehandlung ist unnötig, belastend für die Betroffenen und erhöht die gesellschaftlichen Auswirkungen [3, 16]. So vergehen in Österreich im Schnitt rund 2 Jahre bis zur Diagnose und weitere 2 Jahre bis zur adäquaten Behandlung [3]. In dieser Zeit kann sich eine beginnende Chronifizierung der Schmerzen verfestigen und zu hohen gesundheitlichen und sozialen

Kosten führen, die vermeidbar wären [8]. Ziel muss daher eine möglichst frühzeitige und evidenzbasierte Abklärung sowie adäquate Behandlung, inklusive zeitgerechter Zuweisung, sein, die nur über eine sektorenübergreifende, interdisziplinäre und integrierte Versorgung sicherzustellen ist [6].

Da jedoch dem niedergelassenen Allgemeinmediziner durch die Summe der Patienten und den üblichen Zugang zum System über ihn eine sehr große Rolle in der Versorgung zukommt, verlangt die sinnvolle Nutzung eines interdisziplinären Netzwerks zur Verhinderung von Chronifizierungen eine fachliche Vertiefung im niedergelassenen Bereich. Diese sollte zu einer früheren Diagnostizierung der Symptomatik und Klassifizierung der Schweregrade führen und eine zielgerichtete Zuweisung zu einer fachärztlichen Abklärung der Ursachen mit adjuvanter Therapie ermöglichen. Um dem Thema des chronischen Schmerzes gerecht zu werden, ist daher eine entsprechende schmerztherapeutische Ausbildung auch im niedergelassenen Bereich von Nöten [9].

In Österreich nimmt die Zahl der Ärzte mit ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ beständig zu. Im Jahr 2010 wurde noch von österreichweit 289 Ärzten mit dieser Zusatzausbildung berichtet [18], im August 2011 waren es bereits 493. Dennoch heißt das, dass derzeit nur etwa 2% der niedergelassenen Ärzte diese Zusatzausbildung haben. Die Zahl schwankt jedoch ebenso wie die Zahl der Schmerzambulanzen zwischen den einzelnen Bundesländern sehr stark. Es ist unbestritten, dass die Schmerzversorgung nur anhand einer gelebten Interdisziplinarität gut funktionieren kann. Verbesserungspotenziale ergeben sich in der frühen Beachtung der Symptomatik und einer gezielteren Ursachenerforschung und -bekämpfung sowie in der Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit, da beispielsweise nicht alle befragten Schmerzambulanzen angaben, an Schmerzkonferenzen teilzunehmen bzw. interdisziplinäre Teambesprechungen durchzuführen (wie in den Strukturqualitätskriterien der ÖSG empfohlen [15]). Die Teilnahme an Schmerzkonferenzen kann als eine wichtige Eigenschaft der gelebten Interdisziplinarität betrachtet werden [13]. Die teilweise noch fehlende inter-

Hier steht eine Anzeige.



disziplinäre Zusammenarbeit manifestiert sich auch darin, dass in den Schmerzzambulanzen laut Umfrage verschiedene nicht-medikamentöse Behandlungsmodalitäten noch nicht flächendeckend angeboten werden. Ambulanzen, die sich auf die Behandlung von Schmerzpatienten spezialisieren, sollten diese Interdisziplinarität, dort wo dies noch nicht geschah, durch enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit den umliegenden Zuweisern deutlich intensivieren.

Stärken und Limitierungen der Studie

Die vorliegende Studie ist keine Vollerhebung, weshalb es Verzerrungen in den Aussagen geben kann. Es wurde versucht, dem durch eine möglichst große Stichprobe der zu befragenden Institutionen entgegenzuwirken.

Weiterhin ist bei jeder Fragebogen-erhebung ein Kompromiss zwischen dem Erhalt möglichst vieler Informationen und der Dauer der Umfrage zu finden. Vielfach wäre eine weit ausführlichere Befragung von Interesse, die jedoch auch im Hinblick auf die Zeitressourcen der Befragten nicht immer durchführbar ist. Darüber hinaus kann die Qualität der Versorgung mit dieser Methode nicht erhoben werden.

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend können folgende Empfehlungen gegeben werden:

- Die schmerztherapeutische Aus- und Weiterbildung sollte ausgebaut und forciert werden.
- Detailliertere und standardisierte Schmerzerhebungen, z. B. mittels Schmerzfragebogen, sollten in allen Einrichtungen ein verpflichtendes Element sein.
- Relevante Leitlinien, die sektorübergreifend implementiert werden, sollten im Rahmen von regionalen Schmerzkongressen diskutiert und festgelegt werden.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sollte durch die Vernetzung der einzelnen Sektoren gestärkt werden, in-

terdisziplinäre Teams in Schmerzzambulanzen sind zu forcieren.

- Der Fokus sollte verstärkt auf multimodale Behandlungen gerichtet werden.

Des Weiteren wird empfohlen, in einigen Jahren die Wirkung des geänderten Ausbildungsplans für Ärzte zu evaluieren sowie die Wirkung der Strukturqualitätskriterien zu erfassen, sobald diese im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit wirksam werden.

Korrespondenzadresse



L.J. Schmidt
HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH
Elisabethstr. 11a, 8010 Graz Österreich
louise.schmidt@joanneum.at

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin weist für sich und ihre Koautoren auf folgende Beziehungen hin: E. Krahulec, L. Schmidt und W. Habacher sind wissenschaftliche Angestellte der JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, die finanzielle Unterstützung der Fa. PERI Consulting GmbH im Rahmen dieser Forschungsarbeit bekam. H. Kratzer ist Geschäftsführer und Teileigentümer der PERI Consulting GmbH, die u. a. auch für mehrere auf dem Gebiet der Schmerztherapie tätige Pharmafirmen beratend tätig ist. Diese Pharmafirmen nahmen keinerlei Einfluss auf die wissenschaftliche Erhebung und/oder Auswertung der Projektdaten und die Interpretation der Ergebnisse.

Literatur

1. Akademie der Ärzte (2011) Spezielle Schmerztherapie. <http://www.arztakademie.at/oeaeknbspdiplo-me-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/spezielle-schmerztherapie/>
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2001) Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 95:4–84
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al (2006) Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 10:287–333
4. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997) Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Dtsch Arztebl 94:A2154–2155

5. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 286. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 – ÄAO 2006)
6. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2004) Chronischer Schmerz: Ergebnisse der Forschung verbessern die Versorgung der Patienten. http://www.schmerz-zentrum-zweibruecken.de/Grafiken/Chronischer_Schmerz_BMBF.pdf
7. Bundesministerium für Gesundheit (2011) Krankenanstalten in Österreich. http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/Krankenanstalten_und_selbststaendige_Ambulatorien_in_Oesterreich/Krankenanstalten_in_Oesterreich
8. Erbe C (2010) Analyses of types and costs of pain – based on 6 million insured persons. http://www.sip-platform.eu/tl_files/redakteur-bereich/Symposia/Symposia%202010%20Programma/Workshop%201/01_F_SIP_Erbe_final.pdf
9. Frießem CH, Willweber-Strumpf A, Zenz MW (2009) Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006. BMC Public Health 2009:299
10. Hankemeier U, Becklas M, Richter W, Manz F (2000) Schmerzkongress. Beispiel einer interdisziplinären Kooperation. Schmerz 14:429–434
11. IASP (2011) Pain. <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/Pain-Definitions/default.htm#Pain>
12. IASP (2005) Unrelieved pain is a major global healthcare problem. <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2908>
13. Kayser H, Thoma R, Mertens E et al (2008) Struktur der ambulanten Schmerztherapie in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage. Schmerz 22:424–432
14. Ong KS, Seymour RA (2004) Pain measurement in humans. Surgeon 2:15–27
15. Österreichische Schmerzgesellschaft (o J) Strukturqualitätskriterien für interdisziplinäre Schmerzeinrichtungen. <http://oesg.t3-host.de/index.php?id=64>
16. PAIN (2010) Pain proposal. Improving the current and future management of chronic pain. A european consensus report. <http://www.mijnpijn.nl/pdf/PainProposalEuropeanReport.pdf>
17. Statistik Austria (Hrsg) (2009) Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien
18. Stein KV, Dörner TE, Ilias W, Rieder A (2010) Schmerzpatienten und ihre Erwartungen an die ärztliche Versorgung. Ergebnisse aus dem Österreichischen Patientenbericht. Schmerz 24:468–473