



I.-S. Szilagyı · H. Bornemann-Cimenti · B. Messerer · M. Vittinghoff ·
 A. Sandner-Kiesling

Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische
 Universität Graz, LKH-Universitätsklinikum Graz, Graz, Österreich

Schmerztherapeutische Versorgung österreichischer Gesundheitszentren

Fragebogenstudie zum Istzustand österreichischer Schmerzambulanzen

Nach einer jahrzehntelangen langsamen, aber stetigen Verbesserung des Versorgungsangebots für Schmerzpatienten wurde in den letzten Jahren immer häufiger über Schließungen von Schmerzambulanzen in österreichischen Krankenhäusern berichtet. Die zugrunde liegenden Probleme sowie die genaue Anzahl dieser Schließungen im gesamten österreichischen Versorgungsgebiet wurden bis dato nicht erhoben.

Schmerzen beeinträchtigen die Lebensqualität der Menschen und haben enorme psychosoziale, aber auch volkswirtschaftliche Folgen. Schmerzen schränken die körperliche Leistungsfähigkeit ein, verstärken subjektiv erlebtes Leiden und erhöhen weitere unspezifische Beschwerden sowie Ängste und De-

pressionen. Sie fördern soziale Isolation, erhöhen die Beanspruchung des Gesundheitssystems sowie die Anzahl an Krankenstandstagen [1, 19].

Eine zeitgemäße Schmerztherapie verfolgt drei Ziele. Erstens eine schnelle und effiziente Linderung von akuten Schmerzen. In vielen Studien konnte gezeigt werden, dass eine suboptimale Behandlung akuter, insbesondere auch postoperativer Schmerzen zu einem ungünstigen Schmerzverlauf mit einem erhöhten Risiko der Schmerzchronifizierung führt und die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigt [3].

Das zweite Ziel ist die Behandlung von chronischen Schmerzen. Hier besteht breiter Konsens, dass unter Berücksichtigung der biopsychosozialen Kompo-

sition die Therapie hierfür mittels eines multimodalen, interdisziplinären Behandlungskonzepts erfolgen soll. Die Relevanz der multimodalen Therapien wurde in den USA bereits in den 1960er-Jahren erkannt. In Europa erlangte die interdisziplinäre Behandlung chronifizierter Schmerzen erst seit den 1990er-Jahren eine größere Bedeutung [7]. Die höhere Erfolgsrate dieses Behandlungskonzepts wurde in diversen Studien bestätigt [9, 13, 14, 16, 27].

Es zeigte sich, dass sich bei einem höheren Chronifizierungsgrad multimodale Behandlungsschemata günstiger auf die Erfolgsrate einer Genesung auswirken als rein monomodale Behandlungen [24]. Allein an direkten Kosten besteht hier ein

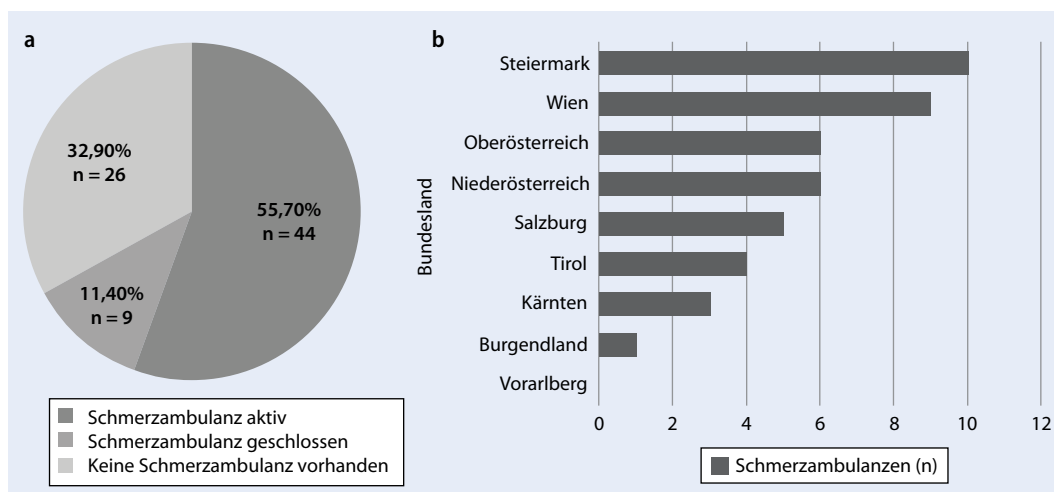


Abb. 1 ◀ **a** Schmerzzambulanzen in Österreich; **b** Verteilung und Häufigkeit aktuell betriebener und geschlossener Schmerzzambulanzen in den österreichischen Bundesländern als Ergebnis der telefonischen bzw. online durchgeführten Befragung aller anästhesiologischen Abteilungen

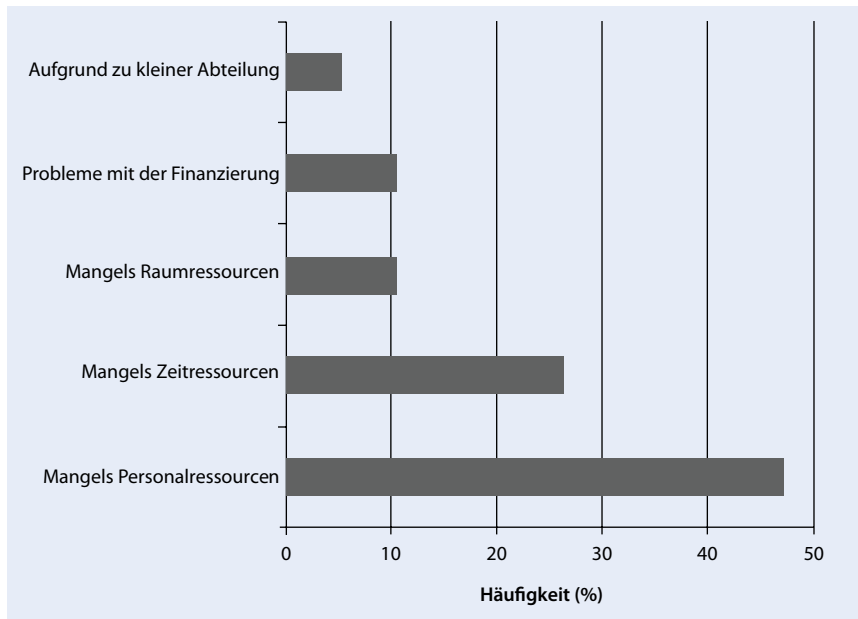


Abb. 2 ▲ Prozentuale Häufigkeit der Begründungen für eine Schließung von Schmerzambulanzen. Ergebnis der Online-Befragung (84 antwortende anästhesiologische Leiter, Rücklaufquote: 63 %)

Einsparungspotenzial von mindestens 15 Mrd. € in Österreich [25].

Ein drittes Ziel ist die Rückführung in den Arbeitsprozess und eine Reduktion der Krankenstände bzw. der Berentungen. Das deutsche Projekt zur integrativen Versorgung Rückenschmerz (IVR), das u. a. die Rückkehr von Rückenschmerzpatienten an den Arbeitsplatz als Ziel verfolgt, bestätigt dieses erfolgreiche Outcome durch den Einsatz eines multimodalen Behandlungskonzepts. Von 1741 Patienten, die an diesem Projekt teilgenommen haben, konnten mehr als 80 % nach 6 Monaten nachhaltig in den Arbeitsprozess zurückkehren [16].

Unzureichend behandelte chronische Schmerzen führen zu irreparablen volkswirtschaftlichen Schäden durch steigende direkte klinisch-medizinische Behandlungskosten sowie hohe indirekte Kosten, die durch den Ausfall von Arbeitstagen und Produktionsverluste verursacht werden [19, 25]. Gerade im Bereich der indirekten Kosten kann viel Geld durch den Einsatz der multimodalen Behandlung eingespart werden [16].

Eine Implementierung von multimodalen Behandlungskonzepten stellt allerdings eine organisatorische, strukturelle und letztlich auch finanzielle Herausforderung dar. So müssen die interdisziplinären Teams eine engmaschige Kommu-

nikationsstruktur aufweisen, Fallkonferenzen durchführen, fachspezifische Weiterbildungen [12] absolvieren und unterschiedliche Therapieschemata, die auf individuelle Bedürfnisse der Patienten angepasst werden, anwenden können.

Im Vergleich zu Deutschland fallen die strukturellen Mängel bei den multidisziplinären Behandlungsmöglichkeiten in Österreich besonders deutlich auf. Während in Deutschland das gesamte Spektrum schmerztherapeutischer Versorgungsmöglichkeiten (Schmerzambulanzen, Schmerzkrankenhäuser, Schmerzabteilungen und Schmerzpraxen) angeboten wird [7], existieren in Österreich nur Schmerzambulanzen und Schmerzpraxen. Besonders beachtlich ist der Unterschied bei den multimodalen Schmerztageskliniken: In Österreich besteht bisher nur eine einzige, und diese wird derzeit als Pilot im Rahmen eines Reformpoolprojekts nur zeitlich begrenzt finanziert, während in Deutschland mittlerweile 37 Standorte ein entsprechendes Angebot besitzen [17].

Für eine hohe schmerztherapeutische Versorgungsqualität ist es notwendig, dass genügend Behandlungszentren mit der notwendigen Ausstattung, personellen sowie zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stehen [23, 24]. Sparmaßnahmen, die diese Ressourcen berühren, be-

einträchtigen ein optimales Behandlungsangebot und damit die medizinische Versorgung von chronischen Schmerzpatienten. Schließungen von Schmerzambulanzen haben daher weitreichende Konsequenzen für die betroffenen Patienten und das gesamte Gesundheits- und Sozialsystem.

Die folgende Studie erhebt die derzeitige Versorgungssituation sowie die Häufigkeit und die Gründe der Schließungen von Schmerzambulanzen in österreichischen Gesundheitszentren, ferner die Gründe einer Nichtexistenz von Schmerzambulanzen. Zusätzlich werden der Ist- und Sollstand geschätzt.

Material und Methoden

In der ersten Befragung wurden Leiter anästhesiologischer Abteilungen über das Online-Fragebogensystem SurveyMonkey® zum Istzustand der Schmerzambulanzen in den jeweiligen Gesundheitszentren befragt (Anhang 1).

Eine zusätzliche telefonische und E-Mail-Befragung wurde zur Bestätigung der Erstbefragung sowie für ergänzende strukturelle Zusatzinformationen durchgeführt. Sie erfolgte durch je einen Anästhesisten pro Bundesland (n = 9; Anhang 2).

Unsere zwei Hauptfragestellungen fokussieren auf die Existenz einer Schmerzambulanz in österreichischen Gesundheitszentren sowie auf die Eruiierung von Gründen einer eventuellen Schließung oder eines Nichtbestehens einer Schmerzambulanz. Eine Nebenfragestellung fokussiert auf das Bestehen eines Akutschmerzdienstes sowie auf strukturelle und ressourcenorientierte Gebiete der Schmerzbehandlung.

Da in der Fachliteratur keine Fragebogen zu unseren spezifischen Fragestellungen vorliegen, entwickelten wir im Team einen geeigneten Fragebogen.

Statistik

Für die statistischen Analysen wurden die Programme IBM-SPSS 22 und Microsoft Excel 2013 eingesetzt. Mit deskriptiven Datenanalysen wurden explorative Informationen der erhobenen Daten ausgewertet. Mittels χ^2 -Quadrat-Analysen

I.-S. Szilagyi · H. Bornemann-Cimenti · B. Messerer · M. Vittinghoff · A. Sandner-Kiesling

Schmerztherapeutische Versorgung österreichischer Gesundheitszentren. Fragebogenstudie zum Istzustand österreichischer Schmerzambulanzen

Zusammenfassung

Hintergrund. Schmerzambulanzen bieten interdisziplinäre Therapieoptionen, um chronische Schmerzpatienten optimal behandeln zu können. In den letzten Jahren zeichnete sich im Gesundheitswesen ein Wandel der schmerztherapeutischen Versorgung österreichischer Gesundheitszentren ab. Für die Analyse der aktuellen Situation österreichischer Schmerzambulanzen wurden zwei Umfragen durchgeführt.

Material und Methoden. Insgesamt wurden 133 Leiter anästhesiologischer Abteilungen österreichischer Gesundheitszentren online und persönlich kontaktiert. Die Bestätigung der Erstbefragung sowie eine zusätzliche Erhebung struktureller und organisatorischer Informationen erfolgte durch je einen Anästhesisten pro Bundesland ($n=9$).

Ergebnisse. In Österreich werden aktuell 44 Schmerzambulanzen mit sehr unterschiedlichen Betriebszeiten geführt. In der Summe ergibt das 17,5 vollzeitbetriebene

Ambulanzen. In den letzten 5 Jahren wurden 9 Schmerzambulanzen geschlossen, mit folgenden Schließungsgründen: Personalressourcen (47%), Zeitressourcen (26%), Raumressourcen (11%) und finanzielle Schwierigkeiten (11%). Gründe für das Nichtbetreiben einer Schmerzambulanz: Personalressourcen (36%), Zeitressourcen (25%) und eine zu kleine Abteilungsgröße (16%). Eine über 50%ige Reduktion des Ambulanzbetriebs während der letzten 3 Jahre wurde in 9 Krankenhäusern berichtet. Basierend auf Schätzungen des Ist- und Sollbedarfs zeigen unsere Ergebnisse, dass in Österreich 74% der chronischen Schmerzpatienten keine ambulante Schmerztherapie angeboten wird bzw. dass 49,5 vollzeitbetriebene Schmerzambulanzen fehlen.

Schlussfolgerungen. Unsere Befragung bestätigt die Schließung von 9 Schmerzambulanzen. Auch wenn der Betrieb einer Schmerzambulanz auf den ersten Blick hin

mehr kostet als Gewinn bringt, generiert sie doch indirekt ein Plus an Umwegsrentabilität durch eine Reduktion von Aufenthaltstagen, Komplikationen und potenziellen rechtlichen Klagen bei gleichzeitig klarem Wettbewerbsvorteil. Unsere Ergebnisse zeigen, dass Schmerzambulanzen für die Versorgung von 74% der chronischen Schmerzpatienten fehlen.

Aufgrund der jüngsten Schließungen und der Ressourceneinsparungen sowie der generell fehlenden Schmerzambulanzen ist zu befürchten, dass in Österreich keine schmerztherapeutische State-of-the-art-Versorgung gewährleistet werden kann.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung · Chronischer Schmerz · Österreich · Befragung · Multimodale Therapie

Pain care in Austrian health care centers. Questionnaire study on the current status of Austrian pain clinics

Abstract

Background. Pain clinics provide interdisciplinary therapy to treat chronic pain patients and to increase the return-to-work rate. In recent years and due to increased economic pressure in health care, a change in the management of pain in Austrian health care centers has been observed. For the analysis of the current situation, two surveys addressing all Austrian pain clinics were performed.

Materials and methods. In total, 133 heads of Austrian Anesthesia Departments were interviewed online and personally. The data from the first interview were confirmed by an additional telephone survey that was performed by one anesthetist per Austrian state ($n=9$).

Results. Currently, 44 Austrian pain clinics are active. During the last 5 years, 9 pain clinics closed. Adding the current active

pain clinics together, they represent a total of 17.5 full-time-operated clinics. The most common reasons for closing the pain clinics were lack of personnel (47%), lack of time resources (26%), lack of space resources (11%), and financial difficulties (11%). A reduction of > 50% of operating hours during the last 3 years was reported by 9 hospitals. The reasons for not running a pain clinic were lack of personnel (36%), lack of time (25%) and department too small (16%). Estimates between actual and required clinics indicate that 49.5 full-time-operating pain clinics are lacking in Austria, resulting in 74% of the Austrian chronic pain patients not receiving interdisciplinary pain management.

Conclusion. Our survey confirmed the closure of 9 pain clinics during the last 5 years due to lack of personnel and time. Pain clinics

appear to provide the simplest economic saving potential. This development is a major concern. Although running a pain clinic seems to be expensive at the first sight, it reduces pain, sick leave, complications, and potential legal issues against health care centers, while simultaneously increasing the hospital's competitiveness. Our results show that 74% of Austrian chronic pain patients do not have access to an interdisciplinary pain clinic. Because of plans to further economize resources, Austria may lose its ability to provide state-of-the-art pain therapy and management.

Keywords

Health services research · Chronic pain · Austria · Survey · Combined modality therapy

wurden Zusammenhänge von Häufigkeitsverteilungen untersucht. Ein p-Wert < 0,05 wird als signifikant gewertet.

Die Daten für den Vergleich zwischen der Ist- und Sollschtzung österreichischer Schmerzambulanzen pro Bundes-

land wurden aus den folgenden Literaturquellen ermittelt:

- Strukturelle Mindestvoraussetzungen einer Schmerzambulanz [10]
- Bevölkerungsdichte der neun österreichischen Bundesländer (Statistik Austria; [\[de/klassifikationen/regionale_gliederungen/bundeslaender/index.html\]\(http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/regionale_gliederungen/bundeslaender/index.html\)\)](http://www.statistik.at/web_

</div>
<div data-bbox=)

- Häufigkeit chronisch schmerzkranker Patienten in Österreich [2, 4]
- Wöchentliche Betriebszeiten österreichischer Schmerzambulanzen

Tab. 1 Schätzung chronischer Schmerzpatienten pro Bundesland

Bundesland	Wohnbevölkerung (Statistik Austria) ^a	Geschätzte Anzahl chronischer Schmerzpatienten ^b	Notwendige Schmerzambulanzen (bei 2400 Fällen pro Jahr) ^c	Vorhandene Schmerzambulanzen ^d	Diskrepanz
		Häufigkeit (n)	Häufigkeit (n)	Häufigkeit (n)	Häufigkeit (n)
Wien	1.766.746,00	33.568,17	14	3,9	- 10,1
Niederösterreich	1.625.485,00	30.884,22	13	1,7	- 11,3
Oberösterreich	1.425.422,00	27.083,02	11	2,6	- 8,4
Steiermark	1.215.246,00	23.089,67	10	4,1	- 5,9
Tirol	722.038,00	13.718,72	6	1,0	- 5,0
Burgenland	287.416,00	5.460,90	2	0,2	- 1,8
Kärnten	555.881,00	10.561,74	4	2,7	- 1,3
Salzburg	534.270,00	10.151,13	4	1,3	- 2,7
Vorarlberg	375.282,00	7.130,36	3	0,0	- 3,0
Gesamt	8.507.786,00	161.647,93	67	17,5	- 49,5

Basierend auf der geschätzten Anzahl an Schmerzpatienten wurde der Bedarf an Schmerzambulanzen geschätzt (Richtwert 2400 Patienten im Jahr pro vollzeitbetriebene Schmerzambulanz). Basierend auf Wochenbetriebszeiten der 44 Schmerzambulanzen wurde die Anzahl der „vollzeitbetriebenen“ Schmerzambulanzen ermittelt. Es zeigt sich, dass in Österreich 44,5 Schmerzambulanzen fehlen. Dies würde bedeuten, dass es für 74% der chronischen Schmerzpatienten keine Versorgung durch eine Schmerzambulanz gibt.

^aDaten der Bevölkerungsdichte der neun österreichischen Bundesländer (http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/regionale_gliederungen/bundeslaender/index.html).

^bSchätzung der Häufigkeit chronisch schmerzkranker Patienten in Österreich; sehr hohe Chronifizierung (Richtwert 1,9% pro 100.000 Einwohner; [4]).

^cBei zwei fachärztlichen Schmerztherapeuten im Kernteam und 300 Fällen pro Quartal und fachärztlichen Schmerztherapeuten [10].

^dVorhandene Schmerzambulanzen basierend auf wöchentlichen Gesamtarbeitsstunden (40 h = 1 Schmerzambulanz).

Tab. 2 Deskriptive Häufigkeit der prozentualen Betriebsreduktion der Schmerzambulanzen von Kliniken, die in den letzten 3 Jahren eingeleitet wurde. In 4 Kliniken erfolgte in den letzten 3 Jahren eine > 90%ige Betriebsreduktion

Betriebsreduktion (%)	Häufigkeit (n)
0	29
30	3
37	1
50	4
75	1
90	2
100	2
Summe	42 Kliniken
Frage nicht beantwortet	40 Kliniken

Ergebnisse

Die Studie wurde im Zeitraum von Juni 2014 bis April 2015 durchgeführt. Im Rahmen unserer ersten Online-Befragung antworteten 84 von 133 Leitern anästhesiologischer Abteilungen (Rücklaufquote: 63%). Die meisten Antworten kamen von Krankenhäusern der Basisversorgung (52%), gefolgt von Schwer-

Tab. 3 Häufigkeit einer zu erwartenden Betriebsreduktion im kommenden Halbjahr aufgrund der Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes. In 4 der befragten Kliniken wird eine Betriebsreduktion der Schmerzambulanzen von 100% geplant

Betriebsreduktion (%)	Häufigkeit
0	28
20	1
50	1
80	1
100	4
Summe	35 Kliniken
Frage nicht beantwortet	47 Kliniken

punktkrankenhäusern (38%). Am geringsten vertreten waren Universitätskliniken und Privatkliniken bzw. Sanatorien mit jeweils 5%.

Die Rücklaufquote der zusätzlichen Befragung durch die neun Anästhesisten betrug 100%.

Häufigkeit österreichischer Schmerzambulanzen

In Österreich bestehen derzeit 44 Schmerzambulanzen. Am häufigsten werden diese in den Bundesländern

Steiermark ($n=10$) und Wien ($n=9$) betrieben. Am seltensten existieren aktive Schmerzambulanzen in Kärnten ($n=3$), im Burgenland ($n=1$) und in Vorarlberg ($n=0$; **Abb. 1**).

Der wöchentliche Betrieb der Schmerzambulanzen beläuft sich im Median auf 18 h mit einem 25. bzw. 75. Perzentil von 2,5 bzw. 40 h.

Betrachtet man die österreichischen Schmerzambulanzen in Bezug auf die Betriebszeit, so zeigt sich, dass die 44 derzeit betriebenen Schmerzambulanzen in Österreich summativ nur 17,5 in Vollzeit betriebenen Ambulanzen entsprechen (**Tab. 1**).

Betriebsreduktion von Schmerzambulanzen

In den letzten 3 Jahren wurde in 13 Krankenhäusern der Betrieb der Schmerzambulanzen reduziert. Unsere Daten zeigen sogar eine Betriebsherabsetzung von > 50% in 9 Krankenhäusern (**Tab. 2**). Zusätzliche Betriebsreduktionen im Ambulanzbetrieb infolge der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes im ersten Quartal 2015 konnten in 6 Krankenhäusern eruiert werden (**Tab. 3**).

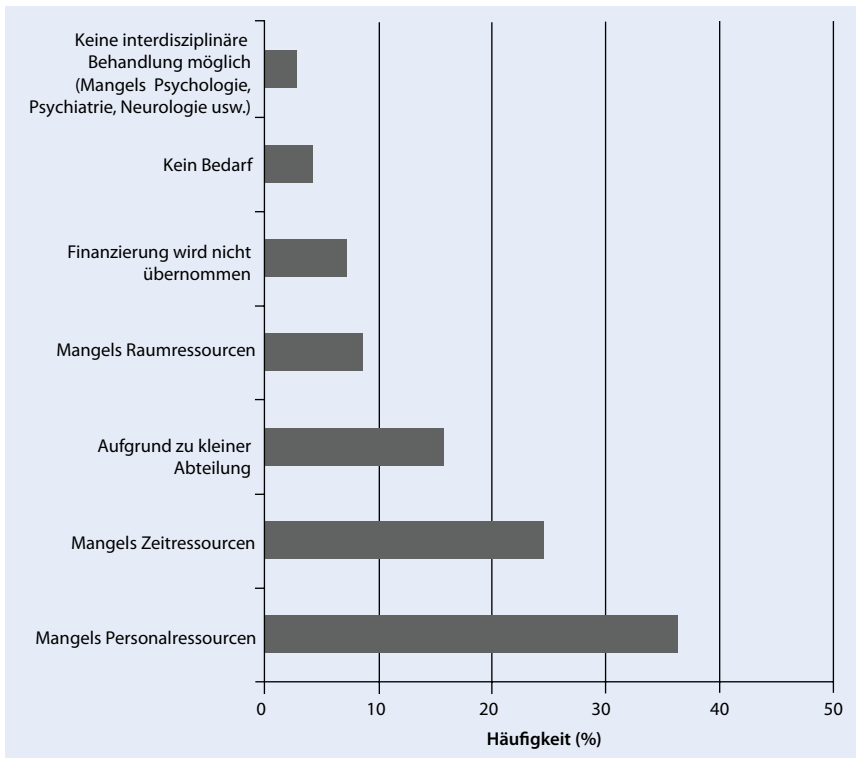


Abb. 3 ▲ Prozentuale Häufigkeit angegebener Ursachen des Nichtbetriebs einer Schmerzambulanz. Ergebnis der Online-Befragung (84 antwortende anästhesiologische Leiter, Rücklaufquote: 63%)

Schließungen von Schmerzambulanzen

In den letzten 5 Jahren wurden in Österreich 9 Schmerzambulanzen geschlossen. Die Schließungen erfolgten im Median vor 2,5 Jahren (25. bzw. 75. Perzentil = 2 bzw. 4 Jahre). Am häufigsten wurde dies mit mangelnden Personalressourcen (47% der Fälle) begründet, in 26% mit mangelnden Zeitressourcen (mangelnde Zeitressourcen aufgrund eines zu hohen Patientenstroms; **Abb. 2**).

Von den Befragten, die keine Schmerzambulanz betreiben, wurden dafür folgende Gründe angegeben: mangelnde Personalressourcen (42%), mangelnde Zeitressourcen (29%) und zu kleine Abteilungsgröße (19%; **Abb. 3, 4**).

Bei bestehenden Schmerzambulanzen zeigt sich eine Zunahme der in den Schmerzambulanzen behandelten Patienten um fast 25% (2011: Median = 500; 25. bzw. 75. Perzentil = 310 bzw. 1436; 2013: Median = 620; 25. bzw. 75. Perzentil = 274 bzw. 1569).

Schließung von Schmerzambulanzen in den einzelnen Bundesländern

Am häufigsten wurden Schmerzambulanzen in den Bundesländern Oberösterreich ($n=2$) und Salzburg ($n=2$) geschlossen. Weitere Schließungen erfolgten mit jeweils einer Meldung in Wien, Niederösterreich, Tirol, in der Steiermark und im Burgenland (**Abb. 1**).

Verfügbarkeit eines Akutschmerzdienstes in den befragten Kliniken als eigener Journaldienst

Die Frage, ob in den jeweiligen Kliniken ein Akutschmerzdienst betrieben wird, wurde von insgesamt 93% der an der Befragung teilnehmenden Kliniken bestätigt. Zwei Leiter der Anästhesiologie bestätigten, dass der Akutschmerzdienst aufgrund mangelnder Personalressourcen und Nichtnachbesetzung eines ärztlichen Dienstpostens geschlossen werden musste.

Soll vs. Ist

Basierend auf den in der Methodik zitierten Quellen ermittelten wir Bedarfs-schätzungen für einzelne österreichische Bundesländer. Im Idealfall sollte das Kernteam einer Schmerzambulanz aus 2 schmerztherapeutisch ausgebildeten Fachärzten bestehen. Betrachtet man diese Konstellation, so zeigt sich, dass in Österreich 49,5 in Vollzeit betriebene Schmerzambulanzen für die Behandlung von schätzungsweise 118.800 (74%) chronischen Schmerzpatienten fehlen. Ein Bedarf an Schmerzambulanzen ist über alle Bundesländer gegeben (**Tab. 1**).

Diskussion

Dies ist die erste Studie, die Schließungen und Schließungsgründe österreichischer Schmerzambulanzen analysiert. In den letzten Jahren zeichnete sich aufgrund von Ressourceneinsparungen im Gesundheitswesen ein Wandel der schmerzambulanten Versorgung österreichischer Gesundheitszentren ab. Unsere Ergebnisse bestätigen Schließungen von insgesamt 9 Schmerzambulanzen, was einer Reduktion der Gesamtzahl um 17% entspricht. Als Schließungsgründe wurden mangelnde personelle, zeitliche, räumliche und finanzielle Ressourcen angegeben.

Gesundheitszentren, die Akutschmerzdienste anbieten, können rascher einer Schmerzchronifizierung entgegenwirken [16]. Laut unseren Daten gaben immerhin 93% der 84 antwortenden anästhesiologischen Leiter an, dass in ihren Kliniken ein Akutschmerzdienst betrieben wird. Dieser scheint daher in österreichischen Kliniken gut implementiert zu sein, wird jedoch zum Einsparen von personellen Ressourcen oft an Intensivdienste oder Notarztstätigkeiten gekoppelt.

Eine genauere Betrachtung der Schließungen von Schmerzambulanzen führt uns zu fünf Erklärungsmodellen: dem notwendigerweise aufwändigen strukturellen Aufbau der Schmerzambulanzen, den budgetären Zwängen in öffentlichen wie privaten Krankenanstalten, den demografischen Veränderungen, der Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes für Klinikärzte und der fehlenden Vergütung

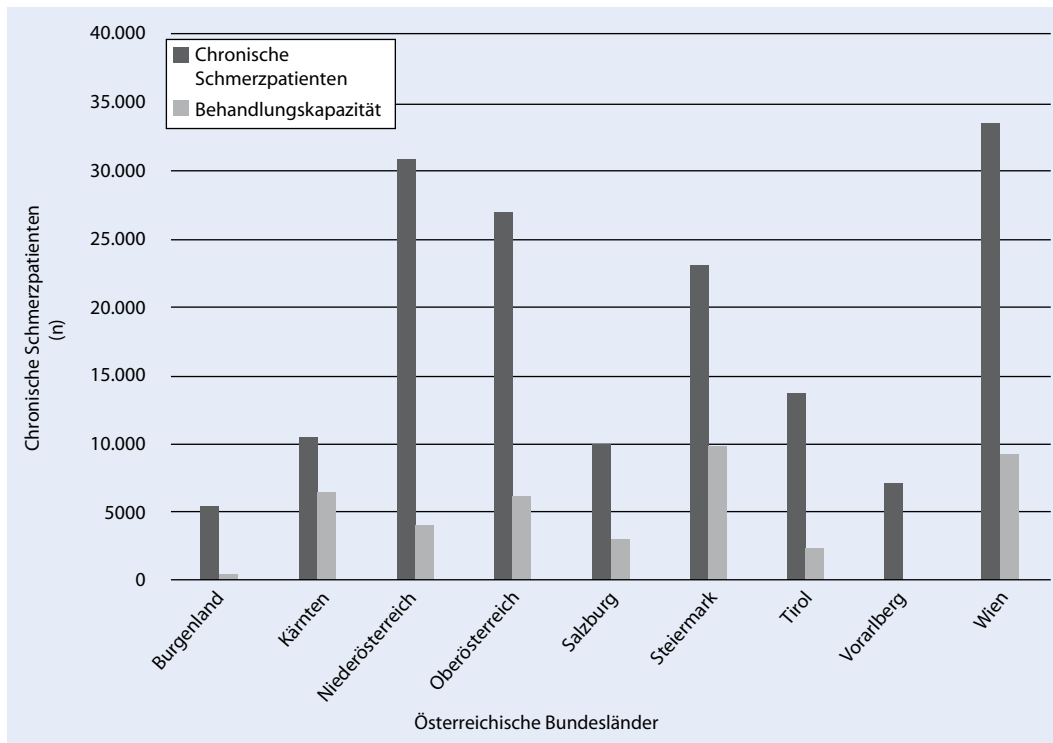


Abb. 4 ◀ Gegenüberstellung der Ist- und Sollbehandlungskapazität österreichischer Schmerzambulanzen pro Bundesland. Basierend auf Schätzungen der Häufigkeit chronischer Schmerzpatienten [2, 4] und der geschätzten Behandlungskapazität [10] bei Vollzeitbetrieb zeigt sich über alle Bundesländer, dass die derzeitige Behandlungskapazität nicht ausreichend ist. In Vorarlberg fehlen Schmerzambulanzen gänzlich

der in den Schmerzambulanzen erbrachten Leistungen.

Aufbau von Schmerzambulanzen

Schmerzambulanzen besitzen den Vorteil eines interdisziplinären Behandlungsangebots, aber zugleich den Nachteil diverser ressourcenbezogener Aufwände. Voraussetzungen wie geeignete Räumlichkeiten, ein komplexeres Schmerzmanagement [24] und ein interdisziplinäres Behandlungsteam, das aus mindestens 4 Berufsgruppen besteht (Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, Psychologen, Pflegekräfte und Physiotherapeuten; [9, 12, 24]), sind für viele Gesundheitszentren nicht leistbar. Eine weitere Hürde stellt der hohe Zeitaufwand pro Schmerzpatient für die biopsychosoziale Diagnostik und Therapie dar [6]. So zeigt sich in der Praxis, dass zwar im stationären Bereich multimodale Therapien angeboten, ambulante Patienten aber oft ausschließlich von niedergelassenen Ärzten behandelt werden, die mangels personeller und zeitlicher Ressourcen sowie wegen fehlender Verrechnungsmöglichkeiten keine multimodale Schmerzbehandlung anbieten können [5]. Folglich wurden chronische Schmerzpatienten häufiger subop-

timal therapiert, mit allen negativen Folgeerscheinungen [13].

Budgetäre Zwänge in öffentlichen wie privaten Krankenanstalten

Unter Hinweis auf die derzeitige österreichische Wirtschaftslage wurden diverse Sparmaßnahmen eingeleitet, die auch das Gesundheitswesen betreffen. Im zuletzt beschlossenen Sparpaket sollen zwischen 2012 und 2016 insgesamt 26,5 Mrd. € eingespart werden; hiervon fallen 1,37 Mrd. € auf das Gesundheitswesen [26]. Andererseits wurde im Jahr 2014 eine Gesundheitsreform initiiert, deren Hauptziele die Prävention von Erkrankungen und bestmögliche Patientenbehandlung sind [8].

Durch das Sparpaket veranlasste Sparmaßnahmen steuern der Erreichung dieser Gesundheitsziele entgegen, speziell wenn durch personelle Einsparungen Versorgungsangebote nicht mehr aufrechterhalten werden können. In Landeszielsteuerungsverträgen einiger Bundesländer wurden viele Optimierungen im Gesundheitsbereich angekündigt, die jedoch noch nicht umgesetzt wurden.

Demografische Veränderungen

Dem demografischen Wandel entsprechend und durch unsere Daten bestätigt zeigt sich ein Anstieg an behandelten Schmerzpatienten in den Behandlungsjahren 2011–2013. Dieser Anstieg geht mit örtlichen Engpässen schmerzambulanter Behandlungsangebote einher, die teilweise durch Schließungen ausgelöst wurden. Diese Tendenz wird zu einer Kumulation behandlungsbedürftiger Schmerzpatienten in den verbliebenen Schmerzambulanzen führen.

Der Bedarf an multimodaler Schmerzbehandlung zeigt sich ebenso in der hochgerechneten Gesamthäufigkeit österreichischer chronischer Schmerzpatienten, die insgesamt mehr als 1,7 Mio. Betroffene ausmachen [4, 22]. Die tatsächliche Häufigkeit mag sogar höher liegen, da es noch keine konkrete Klassifikationserfassung für chronische Schmerzen gibt und diese häufig als summierte, nicht gesonderte Nebendiagnose in der Statistik aufscheinen [15].

Die österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 bestätigt, dass beinahe jede dritte Person innerhalb der letzten 12 Monate an erheblichen Schmerzen gelitten hat. Mit zunehmendem Alter steigt

die Schmerzprävalenz [11] und damit der Behandlungsbedarf. Prognosen zeigen bis zum Jahr 2030 einen um 20 % zunehmenden Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen [18]. Der Bedarf einer multimodalen Schmerzbehandlung wird demnach mit dem Bevölkerungs- und folglich mit dem Altersanstieg noch deutlich zunehmen.

Änderung des Arbeitszeitgesetzes

Basierend auf einer EU-Verordnung aus dem Jahr 2003 müssen die Arbeitszeiten von Klinikärzten auf 48 Wochenstunden gesenkt werden. In Österreich betragen die bisherigen Arbeitszeiten bis zu 72 Wochenstunden [20]. Nun werden diese seit Januar 2015 stufenweise zuerst auf 55 Wochenstunden und letztlich bis zum Jahr 2021 auf 48 Wochenstunden reduziert. Diese Anpassungen führen zu enormen arbeitsbezogenen Umstrukturierungen österreichischer Kliniken und zu einer Aus- bzw. Überlastung personeller Ressourcen [20, 21].

Vergütung der Leistungen von Schmerzambulanzen

Es besteht keine Vergütungsmöglichkeit der Leistungen für Tätigkeiten in einer Schmerzambulanz. Der finanzielle Anreiz der Schmerzambulanzen ist daher derzeit nicht gegeben.

Limitationen

Unsere Studie weist mehrere Limitationen auf. Die genaueren Gründe, warum 37 % der anästhesiologischen Leiter die Online-Befragung nicht beantwortet haben, sind nicht identifizierbar. Die fehlenden Antworten könnten zu einer weiteren Verzerrung unserer Ergebnisse führen. Dies wurde jedoch durch die zusätzliche Befragung in den wesentlichen Aussagen neutralisiert und klargestellt. Wir haben ermittelt, ob es Akutschmerzdienste in den einzelnen Krankenhäusern gibt. Welcher Zeitaufwand von den Akutschmerzdiensten erbracht wird, wurde jedoch nicht erfasst. Weitere schmerztherapeutische Informationen zum schmerzambulantem Setting wurden unsererseits nicht berücksichtigt, z. B. Indikationsstellun-

gen, spezifische Leistungen und die Häufigkeit der Patientenkontakte.

Überblick

Eine multimodale Behandlung stellt aufgrund der hohen Therapieeffektivität die optimale Behandlung chronischer Schmerzpatienten dar. Durch unsere zwei Befragungen konnten wir den Istzustand österreichischer Schmerzambulanzen abbilden.

Unsere Analysen zeigen, dass beim optimalen Kernteam einer Schmerzambulanz in Österreich nur 25 % der chronischen Schmerzpatienten in den Schmerzambulanzen versorgt werden können. Etwa 120.000 chronischen Schmerzpatienten würde folglich keine ambulante Schmerzbehandlung angeboten werden können. Damit diese Betroffenen ebenso eine optimale Schmerzbehandlung bekommen, benötigt Österreich 49,5 weitere in Vollzeit betriebene Schmerzambulanzen.

Schließungen von Schmerzambulanzen oder zu Betriebsreduktionen führende Ressourceneinsparungen erhöhen enorm die Diskrepanz zwischen Soll- und Istbestand von Schmerzambulanzen (Tab. 1). Beide Umfragen bestätigten Schließungen von 9 Schmerzambulanzen sowie Pläne zu weiteren Betriebsreduktionen und bevorstehenden Schließungen von Schmerzambulanzen. In Summe stimmen unsere Ergebnisse sehr nachdenklich. Der Versorgungsauftrag des österreichischen Gesundheitswesens kann auf diese Weise nicht erfüllt werden. Ein Umdenken und gemeinsames Gegensteuern aller an diesem Prozess Beteiligten gegen diese Tendenzen ist dringend notwendig.

Fazit für die Praxis

Mit Blick auf die Aufrechterhaltung einer hohen schmerztherapeutischen Behandlungsqualität sind Schließungen von Schmerzambulanzen kontraindiziert und riskant. Wenn keine Änderung dieser Entwicklung erfolgt, ist zu befürchten, dass eine optimale Behandlung und ausreichende Abdeckung der schmerztherapeutischen Versorgung in Österreich

nicht mehr gewährleistet ist. Eine Abkehr von diesen Schließungstendenzen ist daher dringend erforderlich.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. A. Sandner-Kiesling
Universitätsklinik für
Anästhesiologie und
Intensivmedizin
Medizinische Universität Graz
LKH-Universitätsklinikum Graz
Auenbruggerplatz 29
8036 Graz
andreas.sandner@
medunigraz.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. I.-S. Szilagy, H. Bornemann-Cimenti, B. Messerer, M. Vittinghoff und A. Sandner-Kiesling geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studie an Menschen oder Tieren. Ziel unserer Studie war eine reine Isterhebung organisatorischer und struktureller Gegebenheiten von österreichischen Schmerzambulanzen. Die Studienteilnehmer wurden vor der Durchführung beider Befragungen über die Studie schriftlich und mündlich informiert und zur Teilnahme eingeladen. Die Teilnahme der Befragten erfolgte ausnahmslos auf freiwilliger Basis. Da wir keine personenbezogenen Informationen erhoben, erfolgte die gesamte Datenverarbeitung somit ohne Personenbezug.

Anhang 1

Der Anhang 1 stellt den eingesetzten Fragebogen der ersten Online-Befragung dar.

I. Befragung: Umfrage zum IST-Zustand österreichischer Schmerzambulanzen

- ? In welchem Krankhaustyp sind Sie tätig?**
 - Krankenhaus der Basisversorgung
 - Schwerpunkt Krankenhaus
 - Privatspital / Sanatorium
 - Universitätsklinik
- ? Gibt es in Ihrem Krankenhaus eine Schmerzambulanz?**
 - Ja, es gibt eine Schmerzambulanz in unserem Krankenhaus
 - Nein, es gab noch nie eine Schmerzambulanz in unserem Krankenhaus
 - Nein, unsere Schmerzambulanz wurde in den letzten Jahren gesperrt
- ? Vor wie vielen Jahren wurde Ihre Schmerzambulanz gesperrt?**
(Bitte Anzahl der Jahre angeben)
- ? Falls Sie eine aktive Schmerzambulanz haben, wie viele Stunden pro Woche ist sie wirklich besetzt und aktiv?**
(Bitte geben Sie die Wochenstunden an, die die Schmerzambulanz zur Verfügung steht.)
- ? Wie viele Patientinnen (Fälle) wurden in der Schmerzambulanz Ihres Krankenhauses behandelt? (Im Jahr 2011?)**
- ? Wie viele Patientinnen (Fälle) wurden in der Schmerzambulanz Ihres Krankenhauses behandelt? (Im Jahr 2013?)**
- ? Wie hoch war die Frequenz der Patientinnen in der Schmerzambulanz Ihres Krankenhauses? (Im Jahr 2011)**

- ? Wie hoch war die Frequenz der Patientinnen in der Schmerzambulanz Ihres Krankenhauses? (Im Jahr 2013)**
- ? Falls Ihre Schmerzambulanz geschlossen wurde, warum ist dies geschehen? (Mehrfachantwort möglich)**
 - Mangels Personalressourcen
 - Mangels Raumressourcen
 - Mangels Zeitressourcen (zeitlicher Auslastung)
 - Aufgrund fehlender Akzeptanz
 - Aufgrund zur kleiner Abteilung
 - Sonstiges (Bitte angeben)
- ? Falls Ihr Krankenhaus keine Schmerzambulanz betreibt, was sind ihrer Meinung nach die Gründe dafür?**
 - Mangels Personalressourcen
 - Mangels Raumressourcen
 - Mangels Zeitressourcen (zeitlicher Auslastung)
 - Aufgrund mangelnder Akzeptanz
 - Aufgrund zu kleiner Abteilung
 - Kein Bedarf
 - Sonstiges (bitte angeben)
- ? Verfügt Ihr Krankenhaus über einen eigenen Journaldienst als Akutschmerzdienst?**
- ? Falls Sie einen eigenen Akutschmerz-Journaldienst betreiben, wie viele Akutschmerzdienste sind pro Nacht in Ihrem Krankenhaus tätig? (Anzahl der Akutschmerzdienste pro Nacht)**
- ? Wurde in Ihrem Krankenhaus seit Beginn 2011 ein / der Akutschmerzdienst geschlossen?**
- ? Wenn Ja, wie viele Akutschmerzdienste wurden geschlossen? (Anzahl der Akutschmerzdienste, die geschlossen wurden)**

- ? Wenn Ja, warum wurde der Akutschmerzdienst geschlossen?**
- ? Welche Anregungen / Kritikpunkte haben Sie betreffend Schmerzambulanzen und / oder Akutschmerzdienst?**
- ? Bitte geben Sie den Namen und den Ort Ihres Krankenhauses an:**

Anhang 2

Im Anhang 2 sind die Fragen des zweiten Fragebogens ersichtlich. Die zweite Befragung wurde via Email durchgeführt.

II. Befragung: Umfrage zum IST-Zustand österreichischer Schmerzambulanzen

- ? Bundesland:**
- ? Bitte geben Sie den Krankenhausnamen an:**
- ? Gibt es eine Schmerzambulanz in ihrem Krankenhaus?**
 - Falls Nein, wurde die Schmerzambulanz in den letzten 3 Jahren geschlossen?
 - b. Falls Ja, wie viele Stunden pro Woche ist die Schmerzambulanz ihrer Klinik besetzt?
- ? Wie hoch ist die prozentuelle Betriebsreduktion der Schmerzambulanz ihrer Klinik der letzten 3 Jahren (in %)?**
- ? Wie hoch ist die zu erwartende Betriebsreduktion der Schmerzambulanz ihrer Klinik in den nächsten 6 Mo aufgrund des Arbeitszeitgesetzes?**

Literatur

1. Arnold B, Brinkschmidt T, Casser H-R et al (2009) Multimodale Schmerztherapie. *Schmerz* 23:112–120
2. 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
3. Breivik H, Stubhaug A (2008) Management of acute postoperative pain: still a long way to go! *Pain* 137:233–234
4. Endel G (2013) Schmerzversorgung in Österreich. *Soziale Sicherheit* 2013(1):24–36
5. Erlenwein J, Schlink J, Pflingsten M et al (2012) Klinische Schmerzkonsile. *Schmerz* 26:692–698
6. Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (2011) Schmerzpsychotherapie: Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung. Springer, Berlin Heidelberg
7. Gerbershagen H (2003) Schmerztherapie gestern. *Anesthesiol-Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 38:303–311
8. Bundesministerium für Gesundheit (2013) Zielsteuerung Gesundheit. http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform/Die_Gesundheitsreform_2013. Zugegriffen: 31. August 2015
9. Häuser W, Hendrichske A, Kimelman C et al (2000) Chronische Schmerzen – organisatorische Aspekte bei der Behandlung. *Schmerz* 14:114
10. Kayser H, Thoma R, Mertens E et al (2008) Struktur der ambulanten Schmerztherapie in Deutschland. *Schmerz* 22:424–432
11. Klimont J (2008) Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Ergebnisse zum Gesundheitszustand. *Statistische Nachrichten* 63:30–40
12. Krahulec E, Schmidt L, Habacher W et al (2012) Chronischer Schmerz. *Schmerz* 26:715–720
13. Lang E, Eisele R, Bickel A et al (1999) Strukturqualität in der ambulanten Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten. *Schmerz* 13:102–112
14. Lang E, Eisele R, Jankowsky H et al (2000) Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Schmerz* 14:146–159
15. Lindena G, Gerbershagen H, Zenz M et al (2005) Organisierte Schmerztherapie im DRG-System. *Schmerz* 19:40–54
16. Überall MA, Müller-Schwefe GHH, Nolte T, Kletzko H (2009) Das Projekt zur integrierten Versorgung Rückenschmerz – IVR. *Schmerztherapie* 25(4):3–7
17. Nagel B, Pflingsten M, Brinkschmidt T et al (2012) Struktur- und Prozessqualität multimodaler Schmerztherapie. *Schmerz* 26:661–669
18. Statistik Austria Bundesanstalt Statistik Österreich (2013) Standard-Dokumentation Metainformationen zu Bevölkerungsprognosen. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html. Zugegriffen: 31. August 2015
19. Phillips CJ (2009) The cost and burden of chronic pain. *Rev Pain* 3:2–5
20. Prlic A (2015) Ärztestreit: Nun gilt das neue Arbeitszeitgesetz. <http://www.salzburg.com/nachrichten/salzburg/politik/sn/artikel/aerztestreit-nun-gilt-das-neue-arbeitszeitgesetz-133307/>. Zugegriffen: 31. August 2015
21. Shariat FS (2015) Neues Arbeitszeitgesetz: Ein harter Schlag für Ärzte und Patienten. <http://derstandard.at/2000014103354/Das-neue-Arbeitszeitgesetz-Ein-harter-Schlag-fuer-Aerzte-und-Patienten>. Zugegriffen: 31. August 2015

22. Statistik Austria (2007) Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Wien. http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheitspubliddetail. Zugegriffen: 31. August 2015
23. Stein K, Dorner T, Ilias W et al (2010) Schmerzpatienten und ihre Erwartungen an die ärztliche Versorgung. *Schmerz* 24:468–473
24. Strumpf M, Zenz M, Willweber-Strumpf A (1999) Chronische Schmerzen. *Schmerz* 13:409–422
25. Wieser S, Horisberger B, Schmidhauser S et al (2011) Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *Eur J Health Econ* 12:455–467
26. o A (2012) Die Eckpunkte des österreichischen Sparpakets. <http://wirtschaftsblatt.at/home/nachrichten/oesterreich/1212601/index>. Zugegriffen: 31. August 2015
27. Zimmermann M (2001) Die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen. *Schmerz* 15:85–91



Komentieren Sie diesen Beitrag auf springermedizin.de

► Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.

Gleiches Einfallstor für Tinnitus und chronische Schmerzen

Offensichtlich gibt es ein zentrales Regulator-System, das sowohl bei chronischen Schmerzen als auch bei Tinnitus eine wichtige Rolle spielt. Ein Team der Technischen Universität München (TU) hat herausgefunden, dass strukturelle und funktionelle Veränderungen im gleichen Hirn-Schaltkreis - dazu gehören der ventromediale präfrontale Kortex und der Nucleus accumbens, eine Kernstruktur im basalen Vorderhirn - das Tor öffnen können. Bei Patienten wurde in den vermuteten Gehirnregionen ein signifikanter Verlust der grauen Substanz und eine beeinträchtigte Funktion der Schaltkreise beobachtet. Dabei gab es erhebliche Überschneidungen zwischen den neurologischen Veränderungen bei Tinnitus- und bei Schmerzpatienten. Alle diese Gehirnregionen seien auch wichtig für die Bewertung und die Regulierung von Sinneswahrnehmungen, meinen die Forscher. Ihre These: Das neu identifizierte Regulator-System berechnet die Relevanz und den affektiven Wert von sensorischen Stimuli und steuert den Informationsfluss entlang bestimmter Routen, die mit ausführenden Funktionen verbunden sind. Der Prozess wird von den beiden Neurotransmittern, Dopamin und Serotonin, gesteuert. Schäden an diesem System beeinflussen die Wahrnehmung sensorischer Signale in einer Art, dass entweder Tinnitus oder chronische Schmerzen entstehen können und in einer selbsterhaltenden Schleife andauern.

www.tum.de

basierend auf: Trends in Cognitive Sciences(2015) online 23. Sept.