

A. Willweber-Strumpf · M. Zenz · D. Bartz

Universitätsklinik für Anaesthesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie,
Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Bochum

Epidemiologie chronischer Schmerzen

Eine Befragung in 5 Facharztpraxen in Bochum

Zusammenfassung

Hintergrund: Mit der vorliegenden Untersuchung sollte die Prävalenz chronischer Schmerzen in Facharztpraxen ermittelt werden.

Methode: Mit Hilfe eines Fragebogens wurden 900 Patienten in 5 verschiedenen Facharztpraxen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Chirurgie) der Stadt Bochum hinsichtlich chronischer Schmerzen befragt. Schmerzen wurden als chronisch definiert, wenn sie entweder länger als 6 Monate andauerten oder rezidivierend über diesen Zeitraum auftraten.

Ergebnisse: 36% (328 Patienten) aller Patienten litten an chronischen Schmerzen. Frauen waren doppelt so häufig betroffen wie Männer. Die 4 häufigsten Schmerzlokalisationen waren der Rücken, der Kopf, die Gelenke und die Beine. 15% der Patienten mit chronischen Schmerzen waren aufgrund der Schmerzen berentet oder hatten einen Rentenantrag gestellt. Die wegen der chronischen Schmerzen bereits aufgesuchten Fachärzte waren am häufigsten Orthopäden. Psychologische Therapie hatten nur 5% der Patienten erhalten. Nur 1% der Patienten war in einer Schmerzklinik behandelt worden. Die bisherige Therapie der Schmerzen bestand überwiegend aus physikalischen Maßnahmen und medikamentöser Therapie. 30% der Patienten gaben an, dass bisher keine der durchgeführten Therapien ihre Schmerzen zufriedenstellend hätte lindern können.

Resümee: Patienten mit chronischen Schmerzen stellen in Facharztpraxen ein häufiges und wichtiges Problem dar. Wegen des hohen Aufkommens an chronischen Schmerzen in der niedergelassenen Praxis ist

eine ausreichende Qualifikation auf dieser Stufe der Versorgung unbedingt erforderlich.

Schlüsselwörter

Chronischer Schmerz · Epidemiologie · Prävalenz · Ambulante Versorgung

Für Deutschland gibt es keine systematischen analytischen epidemiologischen Untersuchungen über die Prävalenz chronischer Schmerzen in der Bevölkerung. Nach einer Schätzung von 1994 leiden in Deutschland etwa 5 Mio. Menschen (6,25% der deutschen Gesamtbevölkerung) an chronischen Schmerzen [18]. Mit dieser Schätzung ist in den folgenden Jahren auf den bestehenden Mangel an spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen in Deutschland hingewiesen worden. Genaue Zahlen existieren bis heute nicht. Hinweise zur Prävalenz von Schmerzen wurden aus sehr unterschiedlich angelegten Studien an unterschiedlichen Stichproben gewonnen. Jork u. Hanner [9] erfassten in einer Frankfurter Allgemeinarztpraxis 1500 Patienten-Arzt-Kontakte. 25% aller Patienten äußerten Schmerzen, die Autoren gingen von einem Anteil von 10% akuten und 20% chronischen Schmerzen aus. Lang et al. [12] führten eine postalische Befragung bei 2130 ambulant tätigen Ärzten und nichtärztlichen Psychotherapeuten in Mittelfranken

zur Versorgungslage von Patienten mit chronischen Schmerzen durch. 12,4% der Ärzte und Psychotherapeuten schickten einen auswertbaren Fragebogen zurück. Diese 264 Kollegen hatten in den letzten 12 Monaten 107.364 Patienten mit Tumorschmerzen, chronischen Kopfschmerzen und chronischen Rückenschmerzen behandelt. Für 21% dieser Patienten wurde eine Notwendigkeit für eine spezialisierte Schmerztherapie angenommen. Aus den von den Autoren erhobenen Daten konnten keine Hochrechnungen über die Häufigkeit chronischer Schmerzen in der Region abgeleitet werden. An einer Stichprobe von 385 Lübecker Einwohnern führte Kohlmann [10] eine postalische Befragung über die Häufigkeit von Schmerzbeschwerden durch. Die höchste Punktprävalenz (Schmerzen am Tag der Befragung) zeigte sich bei Rückenschmerzen mit 29%. Genaue Rückschlüsse auf die Häufigkeit chronischer Schmerzen sind aus diesen Daten nicht möglich. Schumacher u. Brähler [14] führten eine repräsentative Erhebung zur Prävalenz von Schmerzen in der deutschen Bevölkerung mit dem Gießener Beschwerdebogen durch. Die Prävalenz der erfassten Schmerzen variierte zwischen 67,3% (Kopfschmerzen) und 36,3% (Magenschmerzen) für das Jahr 1994. Die Dauer der Schmerzen wurde jedoch nicht erhoben, sodass eine

Dipl.-Psych. Anne Willweber-Strumpf
Universitätsklinik für Anaesthesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum

Epidemiology of Chronic Pain – an investigation in 5 Medical Practices

Abstract

Background and methods: The aim of this study was to get more information about the prevalence of chronic pain in different practices of home physicians. 900 patients of five different specialists (general medicine, internal medicine, neurology, orthopaedics, surgery) in the German town Bochum were investigated with a questionnaire about chronic pain. Chronic pain was defined as a continuous or intermittent pain of longer duration than six months.

Results: 36% (328 patients) of all investigated patients had chronic pain due to this definition, twice more women than men. The four most frequent localisations of chronic pain were the back, the head, the joints and the legs. 15% of the patients with chronic pain were retired or going to retire due to their chronic pain. Orthopaedics were the most frequent physicians visited in the past. Only 5% of the patients had a psychological therapy and only 1% were treated in a pain clinic. The primary treatment strategies of the chronic pain were physiotherapy and drug therapy. 30% of the patients did not have any pain relieve by the past treatment strategies.

Conclusion: Patients with chronic pain are a frequent and important problem in practices of home physicians. The high frequency of patients with chronic pain in practices of specialists demonstrates the necessity of a special qualification also on this level of our medical system.

Keywords

Chronic pain · Epidemiology · Prevalence · Outpatient treatment

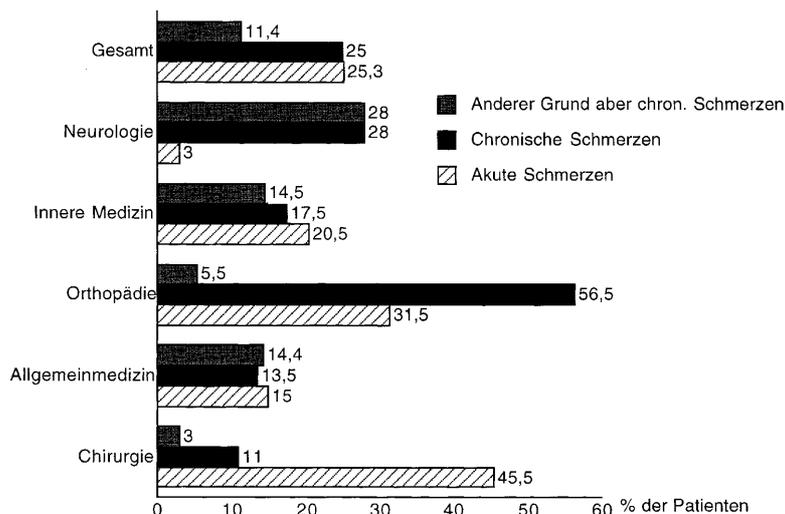


Abb. 1 ▲ Häufigkeit der Patienten mit chronischen Schmerzen in den einzelnen Praxen

Differenzierung zwischen akuten, chronisch-persistierenden und chronisch-wiederkehrenden Schmerzen nicht möglich ist.

Epidemiologische Untersuchungen aus anderen Ländern zeigen mit Prävalenzzahlen zwischen 8,1% [12] und 49% [1] eine höhere Gesamtprävalenz chronischer Schmerzen im Vergleich zu bisherigen deutschen Schätzungen. In einer neueren Arbeit aus Großbritannien wurde anhand einer Stichprobe von 3605 Patienten eine Prävalenz von 50,4% chronischer Schmerzen ermittelt [7].

Mit der vorliegenden Untersuchung sollten Zahlen über die Häufigkeit chronischer Schmerzen in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte ermittelt werden, um zumindest regional Rückschlüsse auf den generellen Behandlungsbedarf und den Bedarf an spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen ziehen zu können.

Methode

In 5 verschiedenen Facharztpraxen der Stadt Bochum wurden 900 Patienten mit einem Fragebogen befragt. Bei den Arztpraxen handelte es sich um eine Allgemeinarztpraxis mit Schwerpunkt Homöopathie, eine orthopädische, eine neurologische, eine chirurgische und eine internistische Facharztpraxis. Die Auswahl der 5 Arztpraxen erfolgte nur nach dem Kriterium, ob die jeweiligen Praxisinhaber bereit waren, die Befragung ihrer Patienten durchführen zu lassen. In der neurologischen Praxis wurden 100 Patienten, in allen anderen Praxen jeweils 200 Patienten befragt. Die Befragung der Patienten erfolgte zufällig, abhängig davon, welche Patienten am Befragungstag die jeweilige Praxis aufsuchten und bereit waren, den Fragebogen anonym auszufüllen. Die Patienten waren mit Handzettel über die Umfrage und ihren Zweck infor-

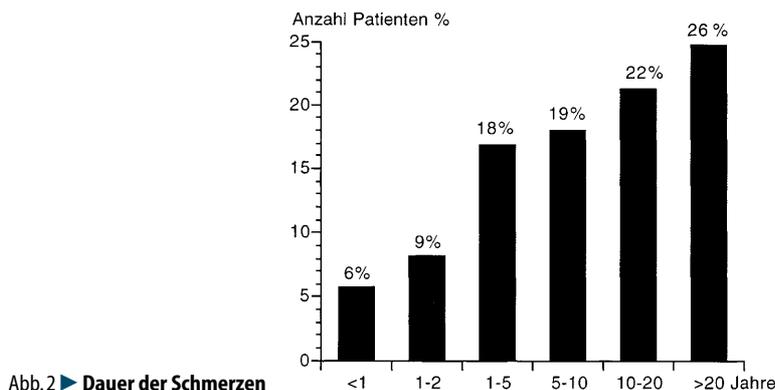


Abb. 2 ► Dauer der Schmerzen

Tabelle 1
Die häufigsten von den Patienten angegebenen Schmerzlokalisationen in den 5 Facharztpraxen. Mehrfachnennungen möglich

	Schmerzlokalisation			
	Rücken	Kopf	Gelenke	Beine
Total (n=328)	175 (53,4%)	96 (29,3%)	92 (28%)	77 (23,5%)
Chirurgie (n=28)	16 (57,1%)	3 (10,7%)	9 (32,1%)	7 (25%)
Allgemeinmedizin (n=56)	23 (41%)	24 (42,9%)	12 (21,4%)	6 (10,7%)
Orthopädie (n=124)	80 (64,5%)	7 (5,6%)	51 (41,1%)	36 (29%)
Innere Medizin (n=64)	36 (56,9%)	22 (34,4%)	11 (17,2%)	17 (26,6%)
Neurologie (n=56)	20 (35,7%)	40 (71,4%)	9 (16,1%)	11 (19,6%)

miert worden. In einem kurzen persönlichen Gespräch wurden sie um ihre Mitarbeit gebeten. Der Fragebogen sollte selbstständig während der Wartezeit im Wartezimmer ausgefüllt werden.

Der Fragebogen umfasste 35 Fragen. Die ersten Fragen (Geschlecht, Alter, Grund des Arztbesuchs, Schmerzen länger als 6 Monate) wurden von allen Patienten beantwortet. Die weiteren Fragen beantworteten nur Patienten mit Schmerzen von einer Dauer >6 Monaten. Der Fragebogen umfasste 2 Themenbereiche:

1. Alter und Geschlecht
2. Häufigkeit des Symptoms Schmerz

Erfasst wurde, ob die Patienten den Arzt wegen Schmerzen oder aus anderen Gründen aufsuchten. Bei der Erfassung der Prävalenz des Symptoms Schmerz wurden die Schmerzen in akute und chronische unterteilt. Als chronisch wurden diejenigen Schmerzen definiert, die länger als ein 1/2 Jahr andauerten oder rezidivierend über diesen Zeitraum auftraten. Um die Gesamtzahl aller Patienten mit chronischen Schmerzen zu erfassen, wurden zum einen diejenigen berücksichtigt, die aufgrund der Schmerzen den Arzt konsultierten, und diejenigen, die zwar an chronischen Schmerzen litten, aber zum Befragungszeitpunkt die Praxis aus anderen Gründen aufsuchten. Alle diese Patienten wurden anschließend gebeten, den 2. Teil des Fragebogens auszufüllen.

Soziale Daten

Erfasst wurden Familienstand, Anzahl der Kinder, Ausbildungsstand und momentane berufliche Tätigkeit.

Schmerzcharakterisierung

Erfragt wurden Dauer der chronischen Schmerzen, Lokalisation, Häufigkeit, Intensität mittels numerischer Rating-skala, attribuierte Ursache, schmerzverstärkende und schmerzlindernde Faktoren.

Psychosoziale Parameter

Die Patienten wurden nach ihrer subjektiven Beeinträchtigung durch ihre chronischen Schmerzen bei alltäglichen Verpflichtungen (Körperpflege, Haushaltsführung, Beruf, Freizeitgestaltung) und in ihrem psychischen Befinden befragt.

Behandlung

Die Patienten wurde gefragt, welche Ärzte und Therapeuten sie bisher wegen ihrer Schmerzen aufgesucht hatten, welche Therapien bisher durchgeführt worden waren, welche Medikamente sie genommen hatten und welche Medikamente aktuell eingenommen werden.

Therapieerfolg

Die Patienten wurden nach der subjektiv bisher wirkungsvollsten Therapie gefragt.

Ergebnisse

360 (40,1%) der 900 befragten Patienten waren Männer und 540 (59,9%) Frauen. Mit Ausnahme der chirurgischen Praxis waren die Frauen in allen Praxen häufiger vertreten, der Anteil der Patientinnen lag in der Allgemeinmedizinpraxis und in der neurologischen Praxis bei >70%. Das Durchschnittsalter aller befragten Patienten lag bei 48,6 Jahren (Männer 46,8 Jahre, Frauen 49,9 Jahre). Die jüngsten Patienten waren mit einem Durchschnittsalter von 39,9 Jahren in der chirurgischen Praxis. In der neurologischen Praxis waren die Patienten durchschnittlich fast 20 Jahre älter (58,8 Jahre).

Bei der Hälfte aller befragten Patienten (453 von 900, 48,8% der befragten Männer, 50,9% der befragten Frauen) waren akute oder chronische Schmerzen der Grund des Arztbesuchs. In der orthopädischen Praxis suchten sogar 88% (n=176) aller befragten Patienten den Arzt wegen Schmerzen auf.

Unter chronischen Schmerzen litten 36,4% (n=328) aller befragten 900 Patienten (225 Patienten, die wegen Schmerzen den Arzt aufsuchten, 103 Patienten, die länger als 1/2 Jahr an persistierenden oder rezidivierenden Schmerzen litten, jedoch zum Befragungszeitpunkt aus einem anderen Grund den Arzt aufsuchten). Mehr als 1/3 aller Patienten mit chronischen Schmerzen stammte aus der orthopädischen Praxis (124 von 200 Patienten). In

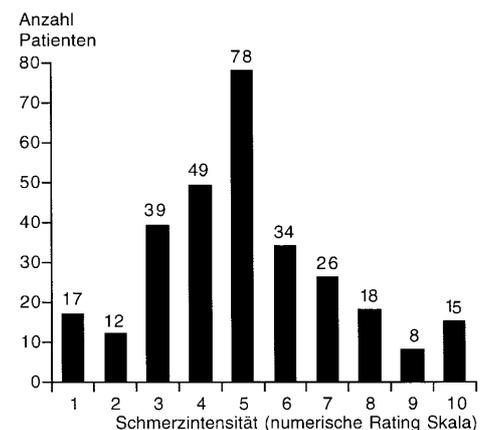


Abb.3 ► Schmerzintensität

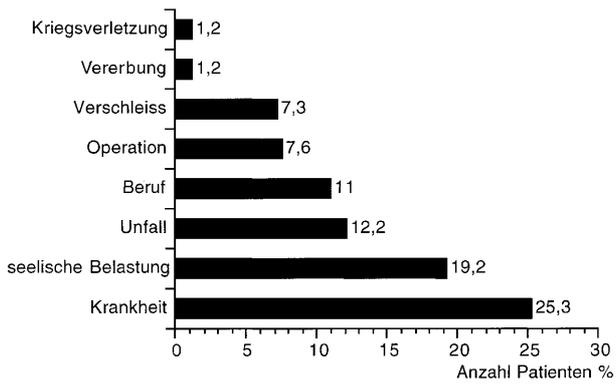


Abb.4 ◀ Ursachen für chronische Schmerzen

der chirurgischen Praxis waren Patienten mit chronischen Schmerzen am seltensten vertreten (28 von 200 Patienten) (Abb. 1).

Seit mehr als 20 Jahren an Schmerzen leidend waren 1/4 (81 von 328 Patienten) aller befragten Patienten mit chronischen Schmerzen (Abb. 2). Der höchste Anteil der Patienten mit einer mehr als 10 Jahre andauernden Schmerzanamnese war in der orthopädischen Praxis zu finden ($n=50$; 43,3%).

An chronischen Rückenschmerzen litten 175 Patienten (53,4%), an chronischen Kopf- oder Gesichtsschmerzen 96 Patienten (29,3%), an Gelenkschmerzen 92 Patienten (28%) und an Schmerzen in den Beinen 77 Patienten (23,5%). Je nach Fachdisziplin traten Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der verschiedenen Schmerzlokalisationen auf. Der höchste Anteil an Patienten mit chronischen Rückenschmerzen war in der orthopädischen Praxis zu finden ($n=80$), ebenso verhielt es sich mit Patienten mit Gelenkschmerzen ($n=51$) und Schmerzen in den Beinen ($n=36$). Fast 2/3 der Patienten mit chronischen Schmerzen in der neurologischen Praxis klagten über Kopfschmerzen ($n=40$) (Tabelle 1). Von allen befragten Patienten hatten 5 Patienten tumorbedingte oder tumorassoziierte Schmerzen. Von 134 (40,9%) aller Patienten mit chronischen Schmerzen wurde angegeben, unter chronisch-persistierenden Schmerzen zu leiden, die anderen Patienten (59,1%) litten unter chronisch-rezidivierenden Schmerzen.

Doppelt so viele Frauen ($n=219$, 67%) wie Männer ($n=109$, 33%) gaben chronische Schmerzen an. Dieses Verhältnis zeigte sich auch bei Rückenschmerzen: Nur 25,4% der Männer im

Gegensatz zu 43,2% der Frauen klagten über Rückenschmerzen.

Kopf- und Gesichtsschmerzen wurden von Frauen mit 22% 3-mal häufiger angegeben als von Männern (6,7%).

Der überwiegende Anteil der Patienten gab auf der numerischen Rating-skala (NRS) eine mittlere Schmerzintensität an. Unter leichteren Schmerzen (NRS 1–3) litten 23% der Patienten, 14% der Patienten gaben sehr starke Schmerzen an (NRS 8–10) (Abb. 3).

Die am häufigsten angegebenen Ursachen für chronische Schmerzen waren die zugrundeliegende Krankheit, seelische Belastung, Unfall und berufliche Tätigkeit (Abb. 4). Der höchste Anteil der Patienten, der Krankheit als Ursache angab, war in der Allgemein- arztpraxis zu finden (35,7%). In der orthopädischen Praxis waren die wenigsten Patienten, die seelische Belastungen als Ursache ihrer Schmerzen ansahen (6,5%), während die Patienten in der neurologischen Praxis am häufigsten ihre Schmerzen auf seelische Probleme zurückführten (41,1%).

Aufgrund ihrer Schmerzen v. a. in ihren Freizeitaktivitäten eingeschränkt fühlten sich 144 von 328 Pati-

enten. Nach eigener Einschätzung vermehrt zu Aggressionen neigten >1/3 der Patienten, sie fühlten sich nervöser und ungeduldiger. Diese psychischen Befindlichkeitsveränderungen gaben am häufigsten die Patienten der neurologischen Praxis an. Weder psychisch noch in ihren Alltagsaktivitäten durch die Schmerzen eingeschränkt fühlten sich 32% der Patienten mit chronischen Schmerzen ($n=105$) (Abb. 5).

Aufgrund der Schmerzen schlecht zu schlafen, gaben >70% der Patienten ($n=230$) an. Vor allem Patienten der neurologischen Praxis griffen zu Schlafmitteln ($n=41$). Von den insgesamt 80 Patienten, die angaben, Schlafmittel zu nehmen, nahmen 41 Patienten Benzodiazepine und 15 Patienten andere Psychopharmaka ein.

Der größte Teil der befragten Patienten erlebte keine beruflichen Einschränkungen durch die Schmerzen (40,9%). Es waren 15% der Patienten wegen ihrer Schmerzen berentet worden bzw. hatten einen Rentenantrag gestellt. Wegen der Schmerzen tageweise von der Arbeit fern bleiben zu müssen, gaben 19,2% der Patienten an (Tabelle 2). Die genaue Anzahl der Fehltag wurde in dieser Untersuchung nicht erfragt.

Aufgrund ihrer Schmerzen hatten die Patienten verschiedene Fachärzte und Therapeuten aufgesucht. Am häufigsten waren orthopädische Fachärzte konsultiert worden (97 von 328 Patienten, 29,6%). Nur 17 von 328 Patienten (5%) hatten wegen ihrer Schmerzen einen Psychotherapeuten aufgesucht. Eine Überweisung in eine Schmerzambulanz war nur bei 3 Patienten erfolgt (Abb. 6).

Die häufigste Therapieform, die die Patienten aufgrund ihrer Schmerzen erhalten hatten, waren physika-

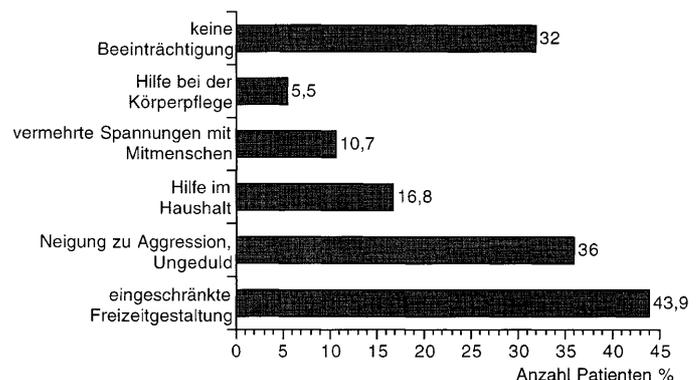


Abb.5 ▶ Einschränkungen durch die Schmerzen

Tabelle 2

Berufliche Einschränkungen aufgrund der chronischen Schmerzen bei n=328 Patienten und differenziert nach den 5 Facharztpraxen

Berufliche Einschränkungen	Total (n=328)	Chirurgie (n=28)	Allgemeinmedizin (n=56)	Orthopädie (n=124)	Innere Medizin (n=64)	Neurologie (n=56)
Tageweises Fernbleiben von der Arbeit	63 (19,2%)	7 (25%)	14 (25%)	22 (17%)	12 (18,8%)	8 (14%)
Berentung	29 (8,8%)	0	2 (3,6%)	18 (14,5%)	3 (4,7%)	6 (10,7%)
Rentenantrag gestellt	23 (7%)	3 (10,7%)	4 (7,1%)	8 (6,5%)	1 (1,6%)	7 (12,5%)
Berufswechsel	18 (5,5%)	6 (21,4%)	2 (3,6%)	8 (6,5%)	0	2 (3,6%)
Teilzeitarbeit	7 (2,1%)	0	1 (1,8%)	3 (2,4%)	3 (4,7%)	0
Keine beruflichen Einschränkungen	134 (40,9%)	9 (32,1%)	29 (51,8%)	36 (29%)	30 (46%)	30 (53,6%)

Jeweils Anzahl der Patienten, in Klammern prozentualer Anteil

lische Behandlungen (n=216, 65,9%), medikamentöse Therapien (n=168, 51,2%), Krankengymnastik (n=137, 42,2%) und Infiltrationen (n=130, 39,6%). Kurmaßnahmen hatten 44 Patienten (13,4%) in Anspruch genommen, 31 Patienten (9,5%) waren wegen ihrer Schmerzen operiert worden, 19 (5,8%) Patienten hatten Akupunktur erhalten, 7 Patienten (2,1%) haben sich psychotherapeutisch behandeln lassen.

Zum Zeitpunkt der Befragung nahmen 210 Patienten (61,3% aller Patienten mit chronischen Schmerzen) Medikamente gegen Schmerzen ein. Ausschließlich nach Bedarf nahmen 87 Patienten (43,3%) die Medikamente ein, 58 Patienten (28,9%) erhielten die Medikamente nach einem Zeitschema, 56 Patienten (27,9%) nahmen ihre Medikamente zeitkontingent und zusätzlich eine Bedarfsmedikation (Abb. 7).

Bei den bedarfsweise eingenommenen Medikamenten wurden Kombinationspräparate der Nichtopioidanalgetika am häufigsten genannt. Überwiegend handelte es sich dabei um eine Selbstmedikation, nur 56 von 143 Patienten (39%) waren diese Präparate verordnet worden. Fast jedem 10. Patienten waren Opioidanalgetikakombinationen als Bedarfsmedikation verordnet worden.

Nach einem festen Zeitplan waren Psychopharmaka am häufigsten verordnet worden (39 von 113 Patienten, 34,5%), die meisten Patienten (n=25) waren aus der neurologischen Praxis. Am zweithäufigsten waren den Patienten nichtsteroidale Antirheumatika zeitkontingent verordnet worden (25 von 113 Patienten, 22%), die meisten dieser Patienten stammten aus der orthopädischen Praxis. Opioide waren

nur 3 Patienten (2,7%) zur regelmäßigen Einnahme verschrieben worden.

Dass keine der bisherigen Behandlungen die Schmerzen zufriedenstellend gelindert hätte, gaben 96 Patienten (fast 30% aller Patienten mit chronischen Schmerzen) an. In der orthopädischen Praxis waren 40% der Patienten dieser Ansicht. Als hilfreiche Behandlungsmethode wurde am häufigsten die medikamentöse Therapie angegeben (25,9%) (Abb. 8).

Diskussion

In dieser Untersuchung wurden Zahlen zur Häufigkeit chronischer Schmerzen in Facharztpraxen der Stadt Bochum erhoben. Bei der Beurteilung der Aussagefähigkeit der Daten ist zu berücksichtigen, dass es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe handelt und dass der an die Patienten ausgeteilte Fragebogen so konzipiert war, dass er möglichst leicht und schnell zu beantworten ist. Einige Unschärfen in den Daten müssen damit vorausgesetzt werden. Mit den erhobenen Daten können sicherlich nur Tendenzen aufgezeigt werden. Insbesondere können kei-

ne Rückschlüsse auf bevölkerungsepidemiologische Zahlen gezogen werden.

Die Gesamtprävalenz chronischer Schmerzen betrug bei den von uns befragten Patienten 36,4%. Es suchten 1/4 der 900 Patienten den jeweiligen Arzt wegen der chronischen Schmerzen auf. Weder psychisch noch in ihren Alltagsaktivitäten durch die Schmerzen eingeschränkt fühlten sich jedoch 1/3 der Patienten, die chronische Schmerzen angaben. Damit kann von einem Anteil von 25% aller befragten 900 Patienten ausgegangen werden, die aufgrund chronischer Schmerzen tatsächlich einen Leidensdruck erleben und bei denen möglicherweise ein spezialisierter schmerztherapeutischer Behandlungsbedarf besteht. Diese Zahl steht in Übereinstimmung mit den Untersuchungen aus Deutschland von Jork u. Hanner [9] und Lang et al. [12]. Jork u. Hanner [9] schätzen nach einer Erhebung in einer Frankfurter Allgemeinarztpraxis den Anteil von Patienten mit chronischen Schmerzen auf 20%. In der Untersuchung von Lang et al. [12] gaben niedergelassene Ärzte und nichtärztliche Psychotherapeuten den Anteil von problematischen Schmerzpatienten mit

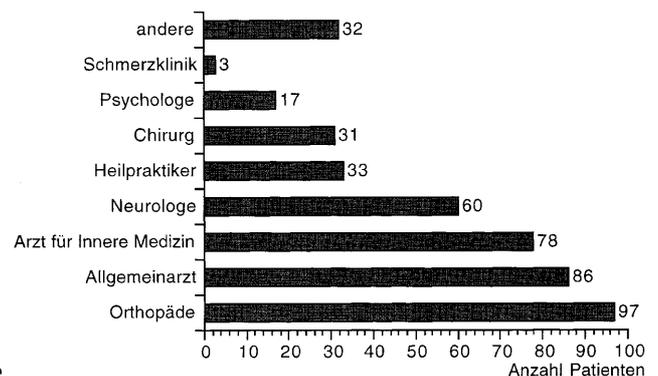


Abb. 6 ► Konsultierte Ärzte

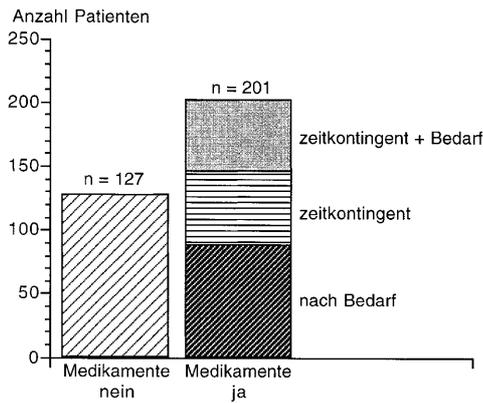


Abb.7 ◀ Medikation

21% an. Eine deutlich höhere Prävalenz von 50,4% chronischer Schmerzen wurde in der Studie von Elliott et al. [7] an einer Patientenstichprobe aus Großbritannien gefunden.

Die Divergenz der Prävalenz zu epidemiologischen Untersuchungen aus anderen Ländern (z.B. Crook et al. [6] 1984: 11%; Andersson et al. [1] 1993: 49%) erklärt sich aus den unterschiedlichen Definitionen chronischer Schmerzen, aus der Untersuchungsmethode und insbesondere der Stichprobenauswahl.

Die internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP 1979) definiert Schmerz als eine unangenehme sensorische und emotionale Empfindung, die mit einer aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigung einhergeht oder mit entsprechenden Begriffen umschrieben wird. Chronischer Schmerz ist der Schmerz, der über die erwartete normale Heilungszeit hinausgeht. Zu Recht wurde bei dieser Definition auf eine konkrete zeitliche Grenze verzichtet. Bei epidemiologischen Untersuchungen mit Fragebögen oder Telefoninterviews muss jedoch eine konkrete zeitliche Dimension eingeführt werden, um eine Differenzierung in akute und chronische Schmerzen zu erhalten. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Schmerzen als chronisch bezeichnet, die länger als 1/2 Jahr andauerten oder rezidivierend über diesen Zeitraum hinaus auftraten. In der Studie von Brattberg et al. [3] wurde ebenfalls die zeitliche Begrenzung von 6 Monaten eingesetzt. Hier lag die Gesamtprävalenz der Patienten mit chronischen Schmerzen mit 40% ähnlich hoch wie in unserer Untersuchung. Andersson et al. [1] definierten chronischen Schmerz

ab einer Dauer von >3 Monaten und erhielten eine Gesamtprävalenz von 55%. Bei Schmerzen, die länger als 6 Monate andauerten, lag die Prävalenz nur noch bei 49%. Auch Elliott et al. [7] definierten chronischen Schmerz ab einer Dauer von 3 Monaten und erhielten eine Prävalenz von 50,4%. Crook et al. [6] befragten 827 Personen, ob sie in den vergangenen 2 Wochen Schmerzen gehabt hätten und ob sie häufig unter Schmerzen leiden würden. Wurden beide Fragen bejaht, wurden diese Schmerzen als „persistent pain“ definiert. Die Gesamtprävalenz dieser Schmerzen betrug 11%, also deutlich weniger als in unserer Erhebung und den skandinavischen Studien.

Bedeutung der Stichprobe

Bei der Bewertung der Prävalenzzahlen spielt die Stichprobe eine entscheidende Rolle. Es können repräsentativ oder zufällig ausgesuchte Einwohner innerhalb einer Region [6] oder Mitglieder einer Gesundheitsorganisation [11] postalisch mit einem Fragebogen oder mit einem Telefoninterview zum Thema Schmerz befragt werden. Hierbei würde man niedrigere Prävalenzzahlen er-

warten als bei einer Befragung in Arztpraxen. Arztpraxen werden primär von kranken Menschen aufgesucht, sodass mit einer höheren Prävalenz auch von chronischen Schmerzen zu rechnen wäre als innerhalb einer zumindest teilweise gesunden Bevölkerungsgruppe. Trotz der stark selektierten Stichprobe in unserer Untersuchung zeigen sich in der Tendenz viele Übereinstimmungen mit bevölkerungsepidemiologischen Untersuchungen.

Demographische Faktoren

In der vorliegenden Untersuchung hatten deutlich mehr Frauen chronische Schmerzen als Männer. Zu diesem Ergebnis kamen auch von Korff et al. [11], Crook et al. [6], Jork u. Hanner [9], James [8], Chrubasik et al. [5] und Elliott et al. [7].

Die meisten Patienten mit chronischen Schmerzen in unserer Stichprobe waren zwischen 40 und 60 Jahre alt. Mit weiterem Altersanstieg nahm die Häufigkeit chronischer Schmerzen – vielleicht überraschend – wieder ab. Auch Brattberg et al. [3] sahen eine ähnliche Verteilung. Am häufigsten wurden Schmerzen in der Altersgruppe zwischen 45 und 64 Jahren angegeben, >65 Jahren nahm auch in dieser Studie die Häufigkeit wieder ab. Ebenso berichten auch von Korff et al. [11], Taylor u. Curran [16] und Chrubasik et al. [5], dass ab 60–65 Jahren die Prävalenz chronischer Schmerzen wieder sinkt. Die gehäufte Angabe chronischer Schmerzen in diesen Altersgruppen wird zum großen Teil damit begründet, dass mit zunehmendem Alter degenerative Prozesse und die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen zunehmen. Die Abnahme der Prävalenz liegt in allen Untersuchungen zeitgleich

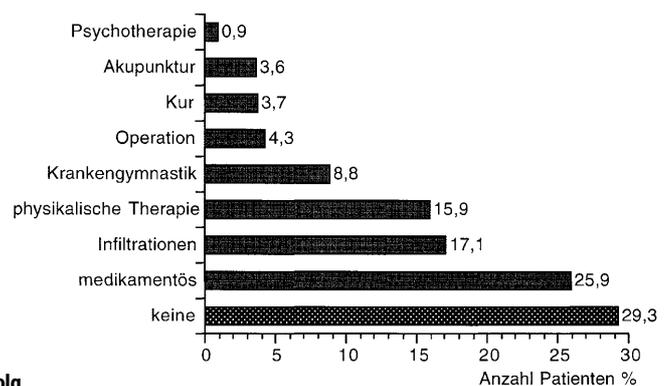


Abb.8 ▶ Behandlungserfolg

zum Einstieg in das Rentenalter. Damit scheinen die durch körperlichen und auch seelischen Arbeitsstress bedingten Beschwerden wieder abzunehmen. Diese Entwicklung wurde auch in der Längsschnittstudie von Brattberg et al. [4] beschrieben.

Schmerzlokalisationen

In unserer Untersuchung waren Rückenschmerzen mit 53% die am häufigsten angegebene Schmerzlokalisation. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen [3–6, 8–11].

Kopfschmerzen wurden in unserer Untersuchung von 29% der Patienten angegeben. Auch bei von Korff et al. [11] sowie James et al. [8] zählten Kopfschmerzen nach Rückenschmerzen zu der zweithäufigsten Schmerzlokalisation, 26% bzw. 15% der Befragten klagten darüber. Im Gegensatz dazu nahmen Kopfschmerzen bei Jork u. Hanner [9] bei der Befragung in einer Allgemeinarztpraxis nur den 7. Platz bei der Häufigkeit der Schmerzlokalisation ein. Das Problem der Stichprobenauswahl wird hier besonders deutlich. Knapp die Hälfte der Patienten mit Kopfschmerzen in unserer Studie stammten aus der neurologischen Praxis.

Schmerzursachen

Bei der Attribution der chronischen Schmerzen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Facharztpraxen. Seelische Belastungen wurden im Durchschnitt aller Patienten zwar als zweithäufigste Ursache für die Schmerzen genannt (19,2%). In der orthopädischen und chirurgischen Praxis gaben jedoch nur sehr wenige Patienten seelische Belastungen als mögliche Ursache an (6,5% bzw. 7,1%), obwohl gerade in diesen Praxen mit großem Abstand die meisten Patienten mit Rückenschmerzen waren (64,5% und 57,1%). Im Gegensatz dazu führten die Patienten in der neurologischen Praxis in 41% der Fälle ihre Schmerzen auf seelische Belastungen zurück. Diese Zahlen verdeutlichen, dass Patienten entsprechend ihrer Attribution und den daraus resultierenden Behandlungserwartungen sehr gezielt entsprechende Fachärzte aufsuchen.

Schmerzfolgen

Aufgrund ihrer Schmerzen ihren Freizeitaktivitäten nicht mehr nachgehen konnten >40% der von uns befragten Patienten, 17% konnten ihren Haushalt nicht mehr selbständig versorgen. Von beiden Beeinträchtigungsaspekten waren besonders die Patienten der neurologischen Praxis betroffen, die im Vergleich zu den anderen Patienten deutlich häufiger an Kopfschmerzen litten. In der von von Korff et al. [11] durchgeführten Untersuchung konnten bis zu 40% der Befragten an einem oder mehreren Tagen der vergangenen 6 Monate ihren alltäglichen Verpflichtungen nicht mehr nachgehen. In der Studie von Crook et al. [6] konnten 40% der Befragten während des Untersuchungszeitraums von 2 Wochen ihrer gewöhnlichen täglichen Arbeit nicht im vollen Umfang nachkommen. Bei Brattberg et al. [3] hatten 14% aufgrund der Schmerzen Schwierigkeiten im Haushalt.

Berentungen und Rentenanträge aufgrund chronischer Schmerzen bei 15% der Patienten und tageweise Arbeitsausfälle bei fast 20% der Patienten belegen die geschätzten hohen indirekten Kosten chronischer Schmerzen in 2- bis 3-stelliger Milliardenhöhe für Deutschland.

Schmerztherapie

Der überwiegende Teil der Patienten erhielt eine monodisziplinäre, passive Therapie. Bäder, Packungen und Massagen sowie Medikamente wurden am häufigsten genannt. Medikamente und Massagen waren auch in der Untersuchung von Chrubasik et al. [5] an 1420 Patienten des Regierungsbezirks Karlsruhe die am häufigsten angegebenen Therapieansätze. Nur etwa die Hälfte der Patienten mit chronischen Schmerzen in unserer Stichprobe nahm zumindest einen Teil der Medikamente nach einem Zeitschema. Überwiegend wurden Medikamente nach Bedarf appliziert. Dies weist möglicherweise auf das große Problem der Selbstmedikation bei Schmerzpatienten hin. Opiode wurden, soweit von den Patienten angegeben, kaum verordnet. Psychotherapeutische Maßnahmen hatten nur 7 Patienten erhalten, 3 davon gaben diese als hilfreich an. Angesichts dieser therapeu-

peutischen Herangehensweise verwundert es nicht, dass fast 1/3 aller Patienten mit chronischen Schmerzen angaben, bisher überhaupt keine Linderung erfahren zu haben.

Obwohl in der Stadt Bochum und auch in Nachbarstädten spezialisierte schmerztherapeutische Einrichtungen bestehen, waren nur 3 von 328 Patienten in einer entsprechenden Einrichtung behandelt worden. Dies weist darauf hin, dass die verschiedenen Versorgungsinstanzen (Hausarzt, Facharzt, Schmerzpraxis, Schmerzklinik), denen sich ein Schmerzpatient gegenüber sieht, nicht ausreichend untereinander koordiniert sind und dass klare Indikationskriterien für eine spezialisierte Schmerztherapie fehlen [15].

Fazit für die Praxis

Die vorliegenden Daten zeigen, dass chronischer Schmerz in Facharztpraxen ein häufiges Problem ist und dass die Behandlungsmöglichkeiten für einen Teil der Patienten offensichtlich nicht ausreichend sind. Dies beinhaltet keine Kritik an den niedergelassenen Kollegen, da die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen in der Regel sehr viel Zeit, die im Praxisalltag kaum zur Verfügung steht, aber auch spezialisiertes Wissen erfordert. Unsere Daten zeigen – ebenso wie die Ergebnisse anderer Untersuchungen – vielmehr auf, dass die Versorgungsstrukturen für Patienten mit chronischen Schmerzen in Deutschland unzureichend sind und eine Intensivierung der Aus- und Weiterbildung von Ärzten ebenso erforderlich ist wie die Förderung der interdisziplinären Kooperation bei der Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzen. Eine Verbesserung der Ausbildung der Ärzte und der Versorgungsstrukturen hat nicht zuletzt eine präventive und damit auch Kosten sparende Bedeutung.

Literatur

1. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C (1993) **Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization.** Clin J Pain 9:174–182
2. Bonica JJ (1990) **Cancer pain.** In: Bonica JJ (ed) **The management of pain.** Lea&Febiger, Philadelphia, p 400

3. Brattberg G, Thorsland M, Wikman A (1989) **The prevalence in a general population. The results of a postal survey in a country of Sweden.** Pain 37:215–222
4. Brattberg G, Parker MG, Thorslund M (1997) **A longitudinal study of pain: reported pain from middle age to old age.** Clin J Pain 13:144–149
5. Chrubasik S, Junck H, Zappe HA, Stutzke O (1998) **A survey on pain complaints and health care utilization in a German population sample.** Eur J Anaesthesiol 15:397–408
6. Crook J, Rideout E, Browne G (1984) **The prevalence of pain complaints in a general population.** Pain 18:299–314
7. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA (1999) **The epidemiology of chronic pain in the community.** Lancet 354:1248–1252
8. James FR, Large RG, Bushnell JA, Wells JE (1991) **Epidemiology of pain in New Zealand.** Pain 44:279–283
9. Jork K, Hanner E (1991) **Zum Symptom Schmerz in der Hausarztpraxis. Schmerz in der Hausarztpraxis.** 2. Consensus Symposium, 7
10. Kohlmann T (1991) **Schmerzen in der Lübecker Bevölkerung.** Schmerz 5:208–213
11. Korff M von, Dworkin SF, LeResche L, Kruger A (1988) **An epidemiologic comparison of pain complaints.** Pain 32:173–183
12. Korff M von, Dworkin SF, LeResche L, Kruger A (1990) **Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation.** Pain 40:279–291
12. Lang E, Eisele R, Bickel A, Winter E, Schlabeck M, Kastner M, Sittler R, Liebig K, Martus P, Neundörfer B (1999) **Strukturqualität in der ambulanten Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten.** Schmerz 13:102–112
14. Schumacher J, Brähler E (1999) **Prävalenz von Schmerzen in der deutschen Bevölkerung. Ergebnisse repräsentativer Erhebungen mit dem Giessener Beschwerdebogen.** Schmerz 13:375–384
15. Strumpf M, Zenz M, Willweber-Strumpf A (1999) **Chronische Schmerzen, Organisatorische Aspekte bei der Behandlung.** Schmerz 13:409–422
16. Taylor H, Curran NM (1985) **The Nuprin pain report.** Louis&Harris, New York
17. Zech D, Schug A, Horsch M (1988) **Therapiekompodium Tumorschmerz.** Perimed, Erlangen
18. Zimmermann M (1994) **Epidemiologie des Schmerzes.** Internist 35:2–7
19. Zimmermann M, Zech D (1995) **Epidemiologie und Ätiologie des Schmerzes bei Tumorerkrankungen.** Onkologie 1:284–296

**U. Amon, I. Ruckriegel (Hrsg.)
Qualitätsmanagement in der Arztpraxis
Patientenbindung, Praxisorganisation,
Fehlervermeidung**

*Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2000.
154 S., 25 Abb., (ISBN: 3-540-66210-3), brosch.,
DM 129,-*

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind in den letzten Jahren zu Schlagworten in der Gesundheitspolitik geworden. In Deutschland besteht seit dem Gesundheitsreformgesetz (1989) und dem Gesundheitsstrukturgesetz (1993) die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung (Sozialgesetzbuch V). 1993 wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Richtlinien für Verfahren der Qualitätssicherung verabschiedet.

Während sich Qualitätsmanagement im stationären Bereich nach Durchführung zahlreicher Projekte und durch Unterstützung staatlicher Förderer langsam durchzusetzen scheint, blieben konkrete Umsetzungen von QM für „kleinere Unternehmen“ im Gesundheitswesen bisher auf einzelne, besonders motivierte Praxen und ihre Inhaber beschränkt. Das Ziel des neu erschienenen Buchs zum QM in der Arztpraxis spricht nun speziell niedergelassene Kollegen und ihre Mitarbeiter an, die sich inhaltlich und formal mit Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsfeld auseinandersetzen wollen und ggf. eine Zertifizierung der eigenen Praxis anstreben.

Das Buch stellt die wichtigsten Aspekte dar, welche der niedergelassene Arzt und seine Mitarbeiter über Qualitätsmanagement in der Praxis wissen müssen. Erfahrene Praxisleiter, aber auch Anfänger lernen mit diesem Buch, wie sie die Prinzipien von Qualitätsmanagement umsetzen können. Der Leitfaden ist in insgesamt 10 Kapitel

aufgeteilt, wobei drei größere Inhaltsbereiche abgedeckt werden: Die ersten drei Kapitel widmen sich dem derzeitigen Stand des Qualitätsmanagements im deutschen Gesundheitswesen und einer Übersicht über die derzeit gängigen QM- und Zertifizierungsmodelle. Besonders gelungen sind die folgenden Kapitel 4–6, in denen anhand vieler konkreter Beispiele und Arbeitsmaterialien die Themen Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie Ideen und Tipps für Arzthelferinnen zur Qualitätsverbesserung vieler Abläufe in der Praxis dargestellt werden. Sehr cursorisch wird im dritten Teil hingegen nur auf zentrale Bausteine modernen QMs in der Medizin

wie Leitlinien, Prinzipien der Evidence-Based-Medicine und die Konzepte von Qualitätszirkeln eingegangen. Die Darstellung von EDV-Möglichkeiten zur Verbesserung der internen Kommunikation in der Praxis bleibt auf einfachem Niveau und ist für Kollegen interessant, die sich noch nicht mit den Einsatzmöglichkeiten von Computern zur Verbesserung von Praxisabläufen auseinandergesetzt haben. Anregend ist zum Abschluss

das Kapitel zu Verbesserungsmöglichkeiten des Praxismarketings.

Das Buch ist didaktisch gut aufbereitet, verfügt über eine klare Strukturierung, gut gestaltete Tabellen und eine sinnvolle Merkleiste. Wermutstropfen des insgesamt hilfreichen Leitfadens sind: inhaltliche Redundanzen in den einzelnen Kapiteln, die sich bei Herausgeberwerken einmal mehr nur durch „strenge“ redaktionelle Bearbeitung verhindern lassen, das unkommentierte Literaturverzeichnis, welches ohne Bezug zum Buchtext steht und schließlich der hohe Preis des Bandes.

M. Härter (Freiburg)

