



Schmerzbericht Wien 2018

Vienna Pain Report 2018



GESUNDHEITSZIELE
WIEN



GESUNDHEITS
SOZIALPLANUNG

StadT+Wien

Magistratsabteilung 24
Gesundheits- und Sozialplanung



Schmerzbericht Wien 2018

Vienna Pain Report 2018

Magistratsabteilung 24
Gesundheits- und Sozialplanung



Dieser Bericht unterstützt das Wiener Gesundheitsziel 9:
Aufbau eines integrierten Gesundheitsmonitorings



Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dem ersten Wiener Schmerzbericht darf ich Ihre Aufmerksamkeit auf ein hochaktuelles Kapitel in der Gesundheitsversorgung lenken. Ich freue mich, Ihnen diese umfassende Arbeit, die den chronischen Schmerz aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet, zu präsentieren.

Am wichtigsten sind dabei natürlich die Patientinnen und Patienten, die im Bericht eindrucksvoll schildern, welche Herausforderungen sie bis zur richtigen Diagnosestellung und Therapie zu bewältigen hatten. Weiters kommen Expertinnen und Experten aller damit befassten medizinischen und therapeutischen Berufsgruppen zu Wort. Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung von chronischem Schmerz werden im Detail erläutert ebenso Therapiemöglichkeiten und Epidemiologie dieser Volkskrankheit. Auch weniger bekannte Aspekte, wie der Einfluss von Kultur und Geschlecht auf Wahrnehmung und

Krankheitsverlauf, werden beeindruckend ausgeführt.

Nicht zuletzt analysieren Ökonomen die Folgen unzulänglicher Schmerzversorgung. Fehlversorgung, häufige Arztkontakte und erfolglose Therapien sowie Arbeitsausfälle, wie Krankenstände und verfrühte Pensionen, führen zu hohen volkswirtschaftlichen Belastungen, ohne den Betroffenen zu helfen. Das Land Wien arbeitet deshalb gemeinsam mit den Krankenversicherungsträgern und der Pensionsversicherung im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit an einer Verbesserung der Schmerzversorgung. Dafür stellt dieses Compendium eine essenzielle Grundlage dar.

Ich darf mich abschließend bei all den Autorinnen und Autoren, die zum Gelingen des Berichts beigetragen haben, recht herzlich bedanken und wünsche Ihnen ein bereicherndes Leseerlebnis.

Wien, Juli 2018



Peter Hacker
Amtsführender Wiener Stadtrat für
Soziales, Gesundheit und Sport



Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen!
Sehr geehrte Leser!

Chronische Schmerzen sind ein Thema, das sich nicht nur auf eine kleine Minderheit der österreichischen Bevölkerung erstreckt. Betroffen sind zwischen 1,5 und 1,7 Millionen Menschen. Dies wiederum hat neben der persönlichen Betroffenheit auch Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem, auf die Volkswirtschaft und generell auf unsere Gesellschaft. Alleine die direkten Kosten für die medizinische Behandlung variieren zwischen 1,4 und 1,8 Milliarden Euro im Jahr. Die Gesamtkosten werden mit 6 Milliarden Euro pro Jahr berechnet, wozu auch Arbeitsausfälle zählen. Frauen sind dabei öfter Leidtragende als Männer.

Deswegen ist der chronische Schmerz ein wichtiges Thema der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsreform in Wien. Den Patientinnen und Patienten stehen mehrere Schmerzambulanzen in den Wiener Spitälern zur Verfügung. Es fehlen aber noch Einrichtungen, die eine spezielle Multimodale Schmerztherapie anbieten, wo ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen und weitere Berufsgruppen eng zusammenarbeiten, um alle Dimensionen einer Schmerzerkrankung zu behan-

deln. Diese spezielle „Multimodale Schmerztherapie“ wird bereits im Gesundheitszentrum der WGKK in der Andreasgasse angeboten, eine Erweiterung des Angebots im Rahmen der Gesundheitsreform ist darüber hinaus geplant. Wichtig ist der WGKK aber auch die Gesundheitskompetenz der Betroffenen zu steigern, denn diese ist ein starkes Instrument zur Prävention chronischer Schmerzen und trägt dazu bei, unnötige medizinische Maßnahmen zu vermeiden.

Der vorliegende „Schmerzbericht Wien 2018“ informiert und beleuchtet dieses wichtige Thema von allen Seiten. Expertinnen und Experten informieren über Risikofaktoren und Ursachen von chronischen Schmerzen, Prävention, Schmerzversorgung sowie Therapiemöglichkeiten und vieles mehr.

Das Ziel einer optimalen Schmerzversorgung ist es, den Betroffenen mehr Lebensqualität und soziale Teilhabe trotz Erkrankung zu ermöglichen. Dafür sei allen Mitwirkenden recht herzlich gedankt und allen Interessierten und Betroffenen wünsche ich eine aufschlussreiche Lektüre!

Wien, Juli 2018



Mag.^a Ingrid Reischl
Obfrau der
Wiener Gebietskrankenkasse



Vorwort



Chronische Schmerzen wirken sich nicht nur körperlich und psychisch für Betroffene aus. Auch die Familie und der Freundeskreis sowie die berufliche Situation leiden häufig darunter.

Darüber hinaus gehören chronische Rückenschmerzen zu den volkswirtschaftlich teuersten Gesundheitsstörungen. Dem rechtzeitigen Erkennen von chronischen Schmerzen und dem Einsatz der richtigen Therapien kommt daher eine enorme Bedeutung zu. Multimodale interdisziplinäre Behandlungskonzepte mit bio-psycho-sozialem Charakter haben sich international als effektiv und kostenökonomisch erwiesen. Das bestehen-

de Therapieangebot der Pensionsversicherungsanstalt im Rahmen von Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge soll daher auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse adaptiert und modernisiert werden.

Um diesem bedeutenden Thema ausreichend Rechnung zu tragen und die effiziente Versorgung unserer Versicherten möglichst frühzeitig sicherzustellen, ist es der Pensionsversicherungsanstalt ein großes Anliegen – in enger Kooperation mit der Wiener Gebietskrankenkasse und der Stadt Wien – ein integriertes Versorgungskonzept zu entwickeln.

Wien, Juli 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Manfred Anderle'. The signature is fluid and cursive.

Manfred Anderle
Obmann der Pensionsversicherungsanstalt

Zum Geleit



„Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.“ (Erich Kästner)

Von der Geburt bis zum Tod – Schmerz ist ein ständig drohender Begleiter unseres Lebens. Wir fürchten Schmerz, wir suchen ihn tunlichst zu vermeiden und wollen ihn möglichst rasch beseitigt wissen. Schmerz ist mehr als die bewusste Wahrnehmung von schmerzhaften Reizen und Schädigungen; Schmerz erzeugt je nach seiner Dauer kurzfristige oder langanhaltende psychische und soziale Veränderungen beim Betroffenen – bis zur gefürchteten Chronifizierung. Umso erstaunlicher ist das Ergebnis dieses ersten Wiener Schmerzberichts, dass es nämlich bei uns für chronische SchmerzpatientInnen nach wie vor keinen eindeutig geregelten Zugang zu standardisierten öffentlichen Versorgungsstrukturen und Behandlungsangeboten gibt.

Schmerz ist entwicklungsgeschichtlich viel älter als die Gattung Mensch. Als akuter Schmerz bei Verletzung, Entzündung oder (drohender) Organschädigung hat er evolutionsbiologisch die wichtige Aufgabe, die Integrität des Organismus in einer (über-) lebensfeindlichen Umwelt zu schützen und zu erhalten. Die Behandlung akuter Schmerzen ist heute prinzipiell leicht und sehr wirksam, wenn die be-

kannten Regeln und verfügbaren Mittel der Schmerzmedizin in unseren Krankenanstalten und Ordinationen auch tatsächlich den Weg bis zur Patientin/ zum Patienten finden. Hier zeigt der Bericht, dass dies keine besondere medizinische oder gar wissenschaftliche, sondern eine primär konzeptionelle und logistische Herausforderung darstellt.

Chronische Schmerzen sind im Gegensatz zu akutem Schmerz trotz Behandlung lange anhaltend oder kehren immer wieder. In manchen Fällen sind chronische Erkrankungen die Ursache, oft ist aber kein eindeutiger körperlicher Schaden erkennbar. In einigen Fällen kann der Schmerz zu einer eigenständigen chronischen Erkrankung werden. Moderne Schmerzmedizin erkennt im chronischen Schmerz ein komplexes bio-psycho-soziales Phänomen; es ist die wichtige Aufgabe der Schmerzmedizinerin/ des Schmerzmediziners herauszufinden, ob körperliche oder mehr psycho-soziale Komponenten schmerzbestimmend sind. Diagnose und Behandlung chronischer Schmerzen sind daher in der Regel schwierig, langwierig und letztlich nur mittels multimodaler Konzepte im interdisziplinären Kontext erfolgreich durchführbar.

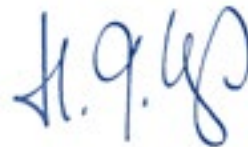
Dafür braucht es eine breite interdisziplinäre Ausbildung in Schmerzmedizin, die es in Österreich leider als Fachdisziplin noch nicht gibt.

Die – oft verwirrend vielfältigen – Aspekte chronischer Schmerzen werden in den zehn Kapiteln des vorliegenden Schmerzberichtes für Wien systematisch erörtert und mit Fakten sowie Zahlenmaterial aus Wien eindrucksvoll belegt. Dabei werden auch die wichtigen sozioökonomischen Konsequenzen und die resultierenden gesundheitspolitischen Herausforderungen für die Zukunft nicht vergessen. Häufige Arztbesuche, Krankenstände, Krankenhausaufenthalte, Berufsunfähigkeit und Frühpensionen belasten nicht nur die Betroffenen und das Gesundheitssystem, sondern die gesamte Volkswirtschaft erheblich.

Wien, Juli 2018

Der Magistratsabteilung 24, der Projektleiterin Frau Mag.^a Guld und der Projektkoordinatorin Frau DDr.ⁱⁿ Bachinger gebührt nicht nur das Verdienst, eine kompakte Gesamtschau und aktuelle Bestandsaufnahme zur Versorgung chronischer SchmerzpatientInnen in Wien vorgelegt sowie fehlende Bausteine in der Versorgung aufgezeigt zu haben, sondern mit einem Reformkonzept der Schmerzversorgung in Wien auch in die Zukunft zu weisen.

Ganz im Sinne des an den Anfang gestellten Zitats von Erich Kästner können wir also noch viel Gutes tun für die Versorgung chronischer SchmerzpatientInnen in unserem Land.



o.Univ.Prof. DDr. Hans Georg Kress EDPM, FFPMCAI (hon)
Past President European Pain Federation EFIC
Vorstand der Abt. Spezielle Anästhesie und Schmerzmedizin
Medizinische Universität /AKH Wien

Impressum

Erstellt durch die Magistratsabteilung 24
Gesundheits- und Sozialplanung

Mit Beiträgen von

(in alphabetischer Reihenfolge)¹

Dr.ⁱⁿ Dr. PH. Eleonore BACHINGER, MSc
Prim.^a Dr.ⁱⁿ Silvia BRANDSTÄTTER
Dkfm. Erika FOLKES
ÖÄⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Gabriele GRÖGL-ARINGER
Dr.ⁱⁿ Solmaz GOLSABAHI-BROCLAWSKI
Mag.^a Susanne GULD, MBA
Mag. Felix HOFMANN
OA Dr. Wolfgang JAKSCH, DEAA
Dr.ⁱⁿ Birgit KRAFT
Mag.^a Daniela LEITHNER, MSc
Prim. Dr. Klaus-Peter MIHALEC
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Sanela PIRALIC-SPITZL, MSc
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Barbara PREITLER
Mag.^a (FH) Heidrun RADER
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ekim SAN
Katharina SCHWEIGER
OA Dr. Ekkehard SCHWEITZER, DEAA
Mag.^a Hilde WOLF, MBA

Projektleitung

Mag.^a Susanne GULD, MBA

Konzeptentwicklung, Projektkoordination, Redaktion der Beiträge und wissen- schaftliches Lektorat

Dr.ⁱⁿ Dr. PH. Eleonore BACHINGER, MSc

Endredaktion

Dr.ⁱⁿ Dr. PH. Eleonore BACHINGER, MSc
Mag.^a Susanne GULD, MBA

Projektteam

Dr.ⁱⁿ Dr. PH. Eleonore BACHINGER, MSc (MA 24)
Mag.^a Susanne GULD, MBA (MA 24)
Mag. Felix HOFMANN (MA 24)
Selen KADAK-GÜNGÖR, MPH (MA 24)
Dr.ⁱⁿ Birgit KRAFT (WGKK)
Dr. Otto RAFETSEDER, MPH (WGF)

Lektorat

Mag.^a Monika FRANK

Grafische Produktion

Peter KRATZER (www.co-des.at)

Umschlaggestaltung

Peter KRATZER (www.co-des.at)
Umschlagbild: www.pexels.com

Englische Übersetzung

Dr.ⁱⁿ Claudia KOLOSZAR-KOO

Medieninhaberin, Herausgeberin und Verlegerin

Stadt Wien
MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung
1200 Wien, Brigittenauer Lände 50-54/2/5
www.wien.gv.at/kontakte/ma24/index.html

Hersteller

SPV-DRUCK GESELLSCHAFT M.B.H

Vorgeschlagene Zitierweise

Stadt Wien (Hrsg.), Schmerzbericht Wien 2018.
Wien, September 2018.

¹ Nähere Informationen zu den genannten ExpertInnen siehe AutorInnenverzeichnis am Ende dieses Berichtes.

Register

Zusammenfassung/ <i>Summary</i>	Z
Einleitung	1
Definition und Klassifikation	2
Datenquellen und Methoden	3
Epidemiologie	4
Ursachen und Risikofaktoren für chronischen Schmerz	5
Gender- und Kulturaspekte von Schmerz	6
Leben mit Schmerz	7
Schmerztherapie und Schmerzversorgung	8
Sozioökonomische Konsequenzen und gesundheitspolitische Herausforderungen	9
Schlussbetrachtung und Ausblick	10
Autorinnen und Autoren	A

Inhalt

Zusammenfassung	25
1 Einleitung	39
2 Definition und Klassifikation	45
Was ist Schmerz?	45
Neurobiologie des Schmerzes	46
Schmerz als „bio-psycho-soziales Gesamtphänomen“	48
Messung und Klassifikation von Schmerzen	49
3 Datenquellen und Methoden	53
Einleitung	53
Statistische Datenquellen	54
Qualitative Verfahren	57
Verwendete Maßzahlen und statistische Verfahren	59
4 Epidemiologie	63
Einleitung	63
Verbreitung, Auswirkungen und therapeutische Versorgung von chronischen Schmerzen	64
Bedarf und Notwendigkeit multimodaler, interdisziplinärer Schmerztherapie unter Einbeziehung psychosozialer krankheitsbeeinflussender Faktoren	68
Resümee	71
5 Ursachen und Risikofaktoren für chronischen Schmerz	75
5.1 Risikofaktoren der Chronifizierung von Schmerzen und Ursache-Wirkungsmechanismen (Überblick)	76
Einleitung	76
5.1.1 Chronische Schmerzformen	77
5.1.2 Ursachen einer Schmerzchronifizierung und Risikofaktoren, die eine chronische Schmerz-erkrankung oder Symptomverstärkung begünstigen	78
Schmerzursachen auf körperlicher Ebene	78
Therapiebedingte Risikofaktoren	79
Psychosozial bedingte Risikofaktoren	80
Genetisch und familiär bedingte Risikofaktoren	81
Lebensstilbedingte Risikofaktoren	82
Sonstige mögliche Risikofaktoren	84
Resümee	86

5.2 Physische (somatische) Ursachen	89
Einleitung	89
Klassifikationen von chronischem Schmerz	89
Klassifikationssysteme: ICD-11	90
Resümee	91
5.3 Psychosoziale Risikofaktoren und psychologische Mechanismen in der Entstehung und Chronifizierung von Schmerzen	92
Einleitung	92
Psychosoziale Risikofaktoren für Schmerzentstehung	93
Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – „Yellow Flags“	95
Resümee	98
5.4 Ursachenforschung und Auswirkungen auf die Therapie	100
Multifaktorielle und ungeklärte Ursachen	100
Resümee	101
5.5 Gesamtresümee	102
6 Gender- und Kulturaspekte von Schmerz	108
<hr/>	
6.1 Einleitung	110
6.2 Die kulturelle Konstruktion von Körper, Krankheit und Schmerz	114
Einleitung	115
6.2.1 Schmerz als integraler Bestandteil der Kulturgeschichte	115
6.2.2 Weltbild und Körperverständnis	117
6.2.3 Biomedizin und Sozialität/ Kulturalität von Körper, Krankheit und Schmerz	120
Kulturalisierung des physischen Körpers	120
Krankheit aus kultur- und medizinanthropologischer Sicht	121
Biomedizinisches Modell und Schmerz	122
Medikalisierung von Schmerz	123
6.2.4 Kulturanthropologie des Schmerzes	124
Schmerz und Ethnizität	124
Geografische Varietät von Schmerzempfinden und Schmerzverhalten	126
Schmerz als eigene Realität	129
Nichtkommunizierbarkeit von Schmerz	132
Schmerzwahrnehmung und die Rolle von Kultur und Gender	134
6.2.5 Resümee	135
6.3 Gesundheitsstatistische Aspekte zu Geschlecht und Kultur	140
Einleitung	140
Schmerzen nach Geschlecht und Herkunft auf Basis von ATHIS	141
Unterschiede nach Geschlecht auf Basis von Dokumentationsdaten	143
Resümee	146
6.4 Spezielle Aspekte aus genderspezifischer und soziokultureller Perspektive	147

6.4.1	<i>Gendered Pain: Schmerz und genderspezifische Prägungen</i>	147
	Einleitung	147
	Forschungsergebnisse	148
	Resümee und Ausblick	151
6.4.2	<i>Schmerz aus kultureller Sicht: Der orientalische Schmerz</i>	154
	Einleitung: die Bedeutung der Sprache	154
	Migration als transkulturelle Herausforderung	155
	Wenn der Körper in der Fremde schmerzt: Transkulturelle Herausforderungen im Umgang mit leidenden PatientInnen und deren Angehörigen	156
	Transkulturelle Diagnostik	157
	Sprache als Instrument der Diagnostik	159
	Resümee	161
6.4.3	<i>Flucht und Schmerz: Menschenrechtsverletzungen verursachen Schmerz – Wege der Anerkennung und Behandlung</i>	163
	Einleitung	163
	Funktionen von Schmerz	164
	Schmerz und Erinnerung	165
	Wechselwirkung zwischen physischen und psychischen Verletzungen	165
	Therapiemethoden und Faktoren der Therapiewahl	166
	Schmerz ohne medizinische Evidenz	167
	Schmerz und Trauer	168
	Schlussbemerkungen	168
6.4.4	<i>Krieg – Migration – Schmerz – Trauma: Chronischer Schmerz mit komplexen Traumafolgestörungen bei Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien</i>	169
	Einleitung	169
	Chronische Schmerzen und PTBS	171
	Genderspezifische Unterschiede	172
	Traumaerfahrungen von Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien	173
	Spezifische Perspektive aus therapeutischer Sicht	174
	Frau H. – ein Fallbeispiel	177
	Resümee	178
6.4.5	<i>Transgeneratives Trauma verfolgter Volksgruppen</i>	181
	Einleitung	181
	Psychotrauma – Schmerz: Begriffsbeschreibungen	182
	Psychotrauma – Schmerz: Transgenerative Weitergabe	183
	Drei Generationen Fallvignette	184
	Zusammenfassung – Erkenntnisse – Ausblick	187
6.5	Gesamtresümee	190
7	Leben mit Schmerz	195
7.1	Einleitung	196
7.2	Funktionen, Auswirkungen und Bedeutung von Schmerz	198
	Einleitung	198
	Auswirkungen von Schmerz auf das Individuum und seine soziale Umwelt	198
	Resümee	202

7.3 Schmerz aus Sicht der Betroffenen: Befragungsergebnisse	203
Schmerzstudie belegt, wo die Probleme liegen	203
Ergebnisse der Studie	204
Fazit	206
7.4 Selbsthilfegruppen	207
Wesen und Bedeutung von Selbsthilfegruppen	207
Selbsthilfelandchaft in Wien und Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien	208
Blick in die Praxis aus Sicht einer Betroffenen	210
Resümee	211
7.5 Gesamtresümee	212
8 Schmerztherapie und Schmerzversorgung	216
8.1 Einleitung	218
8.2 Therapieangebote	220
8.2.1 Pharmakotherapie	221
Einleitung	221
Schmerzmittel (Analgetika) nach Wirkmechanismen	222
Grundsätzliches zur medikamentösen Schmerztherapie	228
Resümee	229
8.2.2 Invasive Therapien	230
Einleitung	230
Angewandte Therapien	231
Resümee	233
8.2.3 Psychologische Behandlung und Psychotherapie	234
Einleitung	234
Psychologisch-psychotherapeutische Begleitung von SchmerzpatientInnen	234
Wichtigste Ansätze der Psychotherapie zur Behandlung von chronischen Schmerzen	238
Resümee	240
8.2.4 Multimodale integrative Schmerztherapie	242
Einleitung und Definition	242
Komponenten und Verfahren der Multimodalen Schmerztherapie	243
Indikation und Assessment	243
Ziele der Multimodalen Schmerztherapie	244
Inhalte der Multimodalen Therapie und Schwerpunkte einzelner Professionen	245
Behandlungsumfang und Setting	248
Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung und Haltung	249
Effektivität und Nachhaltigkeit Multimodaler integrativer Schmerztherapie	250
Resümee	251
8.2.5 Physikalische Maßnahmen	252
Einleitung	252
Wissenschaftliche Evidenz von Leistungen der physikalischen Medizin	252
Schlussfolgerung	254

8.2.6	<i>Alternative Methoden</i>	255
	Einleitung	255
	Ausgewählte Methoden	256
	Resümee	259
8.3	Schmerzversorgung in Österreich	260
8.3.1	<i>Schmerzversorgung in Wien: Eine Soll-Ist-Darstellung der Situation</i>	260
	Soll-Darstellung	260
	Ist-Darstellung	263
	Fazit	265
8.3.2	<i>Schmerzversorgung in Österreich aus Sicht der SchmerzpatientInnen</i>	266
	Einleitung	267
	Studien- und Befragungsergebnisse zur Situation von SchmerzpatientInnen in Österreich	268
	Erfahrungsberichte von SchmerzpatientInnen in Wien	276
	Briefe von SchmerzpatientInnen an die Selbsthilfeorganisation „Allianz chronischer Schmerz Österreich“	280
	Resümee	283
8.4	Gesamtresümee	285
9	Sozioökonomische Konsequenzen und gesundheitspolitische Herausforderungen	289
	Einleitung: Allgemeine Überlegungen	289
9.1	Prävalenz des chronischen Schmerzes	290
9.2	Auswirkungen des chronischen Schmerzes	293
9.2.1	<i>Wirkungen im Gesundheitssystem</i>	293
9.2.2	<i>Wirkungen im Sozialsystem</i>	298
9.2.3	<i>Wirkungen in der Arbeitswelt und im Wirtschaftssystem</i>	300
9.3	Ökonomische Bewertungen des chronischen Schmerzes und seiner Folgen	303
9.3.1	<i>Direkte Kosten</i>	303
9.3.2	<i>Indirekte Kosten</i>	304
9.4	Konsequenzen für das alltägliche Leben	305
9.5	Resümee	309
10	Schlussbetrachtung und Ausblick	315
	Autorinnen und Autoren	321

Abbildungsverzeichnis

4 Epidemiologie

Abb. 4.1	Einfluss chronischer Schmerzen auf die täglichen Aktivitäten	64
Abb. 4.2	Dauer von chronischem Schmerz mit Intensität 5 oder mehr auf einer Schmerzintensitäts-Skala von 1–10	65
Abb. 4.3	Häufigste Körperlokalisationen von Schmerz	66
Abb. 4.4	Häufigst genannte Schmerzursachen	66

6 Gender- und Kulturaspekte von Schmerz

Abb. 6.1	Chronische Schmerzen zumindest mäßiger Intensität, nach Geschlecht (Wien)	141
Abb. 6.2	Chronische Schmerzen zumindest mäßiger Intensität, nach Migrationshintergrund (Wien)	142
Abb. 6.3	Chronische Schmerzen, nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Österreich)	143
Abb. 6.4	Chronische SchmerzpatientInnen in Wiener KAV-Spitälern, Geschlechterverteilung in der Stichprobe (in %) und Altersverteilung je Geschlecht (in %)	144

8 Schmerztherapie und Schmerzversorgung

Abb. 8.1	Aktuelle Empfehlungen zur Therapie neuropathischer Schmerzen	228
----------	--	-----

9 Sozioökonomische Konsequenzen und gesundheitspolitische Herausforderungen

Abb. 9.1	Krankenhausaufenthalt/e in den letzten 12 Monaten	294
Abb. 9.2	Krankenhaus-TagespatientIn in den letzten 12 Monaten	294
Abb. 9.3	Besuche bei AllgemeinmedizinerIn in den letzten 12 Monaten	296
Abb. 9.4	Besuche bei FachärztInnen in den letzten 12 Monaten	296
Abb. 9.5	Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente in den letzten zwei Wochen	297
Abb. 9.6	Einnahme nicht verschreibungspflichtiger Medikamente in den letzten zwei Wochen	297
Abb. 9.7	Erwerbsstruktur der Personen mit und ohne chronische Schmerzen, Alter 20 bis 65 Jahre	299
Abb. 9.8	Krankenstandsdauer in den letzten 12 Monaten, Verteilung mit Ausreißern bis 150 Tage	301
Abb. 9.9	Krankenstand in den letzten 12 Monaten	302
Abb. 9.10	Trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen	302
Abb. 9.11	Beeinträchtigung der Schlafqualität	306
Abb. 9.12	Interesse und Anteilnahme durch andere Menschen	307
Abb. 9.13	Einschränkungen bei normalen Tätigkeiten des Alltags	308

Tabellenverzeichnis

8 Schmerztherapie und Schmerzversorgung

Tabelle 8.1	Unterschiedliche Wirkprofile von NSAR, Paracetamol und Metamizol	223
-------------	--	-----

9 Sozioökonomische Konsequenzen und gesundheitspolitische Herausforderungen

Tabelle 9.1	Prävalenz des chronischen Schmerzes. Überblick über internationale Studienergebnisse	291
Tabelle 9.2	Effekte des chronischen Schmerzes auf Kontakte mit ÄrztInnen	295
Tabelle 9.3	Effekte chronischer Schmerzen auf Indikatoren zu Arbeit und Wirtschaft	300



Z



Zusammenfassung
Summary



Inhalt

Zusammenfassung	25
------------------------	-----------

Summary	31
----------------	-----------

Zusammenfassung

Schmerz führt – im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen – ein wenig beachtetes Dasein im österreichischen Gesundheitssystem. Die Versorgungslandschaft für SchmerzpatientInnen ist durch fehlende standardisierte Versorgungskonzepte und nicht ausreichende Behandlungsangebote gekennzeichnet. Wien hat es sich deshalb im Rahmen der Landeszielsteuerung zur Aufgabe gemacht, die Schmerzversorgung nachhaltig zu verbessern.

Mit diesem ersten Wiener Schmerzbericht wird das Thema chronischer Schmerz in seiner ganzen Komplexität beleuchtet. Dies erfordert eine breite Kontextualisierung des äußerst komplexen und vielschichtigen Phänomens Schmerz und die Einbeziehung verschiedener Perspektiven, darunter insbesondere auch die Sicht von SchmerzpatientInnen.

Definition und Datenquellen

Schmerz ist ein vielschichtiges Phänomen, das der Mensch sowohl auf der körperlichen als auch auf der Gefühlsebene erlebt. Körperlicher und seelischer Schmerz sind untrennbar miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. Man spricht daher von einem „bio-psycho-sozialen Gesamtphänomen“. Bei länger andauernden Schmerzen wird das ursprüngliche Symptom zur Krankheit und man spricht von einer „chronischen Schmerzerkrankung“. Sowohl die Ursachen als auch die Wahrnehmung von Schmerz sind vielfältig, sodass verschiedene Kategorien von Schmerz klassifiziert werden.

Der vorliegende Bericht basiert auf unterschiedlichen, sowohl quantitativen als auch qualitativen Datenquellen: Ergebnisse von nationalen und internationalen Befragungen, teilweise ergänzt durch eigene Analysen, Inhalte von Studien und wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Schmerz, Fallbeispiele aus der therapeutischen Praxis, Interviews mit SchmerzpatientInnen sowie PatientInnenbriefe an die Plattform Allianz chronischer Schmerz Österreich werden gleichermaßen berücksichtigt, um ein möglichst breites Spektrum des Schmerzgeschehens abzubilden.

Epidemiologie

Zur Verbreitung von chronischen Schmerzen in der Bevölkerung lassen sich kaum Aussagen treffen, da einerseits Daten zur Prävalenz von chronischen SchmerzpatientInnen weitgehend nicht verfügbar sind, andererseits auch klare Definitionen und Klassifikationsschemata für die verschiedenen Schmerzformen fehlen.

Laut Ergebnis der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 gaben circa 20 Prozent der ÖsterreicherInnen an, chronische Schmerzen zu haben. Die am häufigsten betroffenen Körperregionen sind Rücken und Gelenke (Arthroseschmerzen) sowie Kopfschmerzen. Aufgrund der Veränderungen der Alterspyramide in den kommenden Jahren und Jahrzehnten ist davon auszugehen, dass die altersassoziierte Häufigkeit von chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates weiter zunehmen wird. Chronische Schmerzen gehen zudem häufig mit einer höheren Rate an Depressionen, Angststörungen und Substanzproblemen einher, die es in einer erfolversprechenden (multimodalen) Therapie mitzubehandeln gilt.

Ursachen und Risikofaktoren

Chronische Schmerzen sind immer das jeweilige Endprodukt eines oft jahre- bis jahrzehntelang dauernden vorangegangenen Prozesses, der durch unterschiedliche und zum Teil höchst komplexe Ursache-Wirkungsfaktoren ausgelöst und kontinuierlich gestaltet wird. Die Entstehung von chronischen Schmerzen ist individuell sehr verschieden. Die Ursachen für chronischen Schmerz können auf körperlicher Ebene liegen, meist spielen jedoch psychosoziale Faktoren eine mindestens ebenso große Rolle. Zudem wurden genetische, therapie- und lebensstilbedingte Risikofaktoren identifiziert. Basierend auf Erkenntnissen der Neuroimmunologie und Umweltmedizin werden weiters chronische Infektionen und Umweltschadstoffe als mögliche Ursachen und Risikofaktoren für chronische Erkrankungen mit Schmerzsyndrom diskutiert.

Eine chronische Schmerzerkrankung ist zumeist ein multifaktorielles und vielschichtiges Geschehen, das individuell höchst unterschiedlich und auf verschiedenen Ebenen ablaufen kann und dessen Entstehung und Ursache-Wirkungsmecha-

nismus noch weitgehend unklar ist bzw. dessen Kausalzusammenhänge oft schwer nachweisbar sind. „Ursache“, „Folgeerkrankung“, „Trigger“ und „Symptomverstärker“ sind oft nicht klar zu unterscheidende Faktoren, da die wahre Ursache häufig ein bis mehrere Ebenen unter der scheinbar feststellbaren oder scheinbar unerklärbaren Ursache liegt und sich erst mit der Zeit ein bestimmtes Krankheitsbild herausbildet.

Die Literatur belegt weiters, dass schmerzbedingte und erlebte Beeinträchtigung sowie Schmerzintensität bei chronischen Schmerzen nur marginal bis mittelstark durch das Ausmaß der tatsächlich diagnostizierbaren Körperschäden bestimmt wird. Vielmehr spielen hier psychosoziale Faktoren, emotionale Aspekte und die jeweiligen Umgangsweisen mit dem Schmerz eine zentrale Rolle. Die Fokussierung auf rein körperliche Symptome hat dazu geführt, dass die Effizienz der klassischen, von der Schulmedizin angebotenen Therapien (medikamentöse und physikalische Symptombehandlung) als wenig wirksam bis gänzlich ineffektiv einzustufen sind und darüber hinaus diesen komplexen biopsychischen Bereich bestenfalls auch nur teilweise abdecken können.

Das Wissen um die Ursache(n) chronischer Schmerzen ermöglicht ein zielgerichtetes, rechtzeitiges Eingreifen, um der Chronifizierung des Schmerzes zuvorzukommen. Wesentliche Voraussetzungen zur Verhinderung der Schmerzchronifizierung sind zeitgerecht einsetzende präventive Maßnahmen und die Verfügbarkeit multimodaler, interdisziplinärer Therapiemöglichkeiten zur Behandlung von Akutschmerzen und psychischen Komorbiditäten. Ebenso wichtig ist das Minimieren von Risikofaktoren, die eine Schmerzchronifizierung begünstigen.

Gender- und Kulturaspekte von Schmerz

Krankheit, Leiden und Schmerz sind nicht nur biologische Prozesse und Phänomene, sondern immer auch kulturelle Erscheinungen. Diese „kulturelle Konstruktion“ von Krankheit, Leiden und Schmerz beeinflusst das individuelle Empfinden und den individuellen Ausdruck von Krankheit ebenso wie den gesellschaftlichen Umgang damit. Darüber hinaus steht die Kulturalität von Krankheit und Schmerz immer auch in Zusammenhang mit der Art des Medizinsystems, welches wieder-

rum die Ausrichtung von Gesundheitspolitik bestimmt.

Weltbild und Kultur stehen in enger Wechselwirkung zueinander und prägen unsere Vorstellungen von gesellschaftlichen Werten, aber auch unser Denken und unsere Sprache ebenso wie die Vorstellung, Bedeutung und Funktion von Krankheit und Schmerz. Die seit dem 17. Jahrhundert von einem dualistischen und mechanistischen Weltbild geformte Vorstellungswelt der christlich geprägten westlichen Kultursphäre führt zur bis heute in unserem Denken und in der schulmedizinischen Lehre und Praxis verbreiteten mechanistischen Sichtweise sowohl des Körpers (und Körperverständnisses) als auch von Krankheit und Schmerz sowie von Behandlung und „Heilung“.

So erfuhr vor allem auch das Phänomen Schmerz als integraler Teil der Kulturgeschichte im Zuge dieser veränderten Sichtweise eine extreme Objektivierung und spiegelt sich in der modernen Schmerzmedizin wider: PatientInnenbild ebenso wie Krankheitsbild und Art der angewandten Therapien sind beeinflusst von der Vorstellung des Menschen als Körper-Maschine. Mit dem alleinigen Fokus der Medizin auf körperliche Symptome kommt es zur Entfremdung der Patientin/des Patienten, die/der sich unbehindert, unverstanden und mit ihrem/seinem Schmerz allein gelassen fühlt.

Wie sehr Körperverständnis und die Sichtweise von Krankheit und Schmerz in Bezug zum kulturellen und sozialen Kontext stehen, zeigt sich auch im empirischen kulturellen Vergleich. Die seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vorliegenden Arbeiten und empirischen Studien zum Schmerzgeschehen in unterschiedlichen Kulturkreisen und zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen bestätigen, dass es weder universale Krankheiten noch einen universalen Schmerz oder universell gültige Annahmen über Wahrnehmung, Ausdruck und Bedeutung von Schmerz (Schmerzverhalten) gibt. Demzufolge gibt es auch keine universell gültigen, kulturunabhängigen Therapien und „Heilmethoden“ von Schmerz.

Bei der kulturspezifischen Analyse geht es deshalb nicht nur um die unterschiedliche Wahrnehmung und Bedeutungszuschreibung von Schmerz sowie die Rolle von Schmerzen und Schmerzleidenden

im jeweiligen sozialen Setting, sondern vor allem auch um die Implikationen für Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie. Unmittelbar davon betroffen ist die Beziehung zwischen den behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen und ihren aus einem anderen Kulturkreis stammenden PatientInnen und KlientInnen, wenn diese mit der westlichen Schulmedizin konfrontiert sind. Abgesehen von der Sprachbarriere haben viele dieser PatientInnen ein völlig anderes Körperverständnis und Krankheitsbild, gehen von einer anderen Beziehung zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt aus und kommen auch mit den hier angebotenen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten nicht immer gut zurecht. Umgekehrt stellt das Zusammentreffen unterschiedlicher Kulturkreise (z. B. kollektivistisch vs. individualistisch orientiertes Gesellschaftsbild und komplex-ganzheitliche vs. dualistisch-mechanistisch-kategoriengeleitete Denkweise, Wahrnehmung und Einordnung des Schmerzgeschehens) auch eine enorme Herausforderung an die behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen dar, die selten bewältigt wird. Grund dafür ist das westlich-ethnozentrische Weltbild und die ausschließliche Anwendung von Diagnostiktechniken und Therapiemethoden der vertrauten westlichen Schulmedizin, mit ihrer auf westliche Standards ausgerichteten Anamneseerhebung und den einzig verfügbaren und als universell aufgefassten Klassifikationssystemen. Da der eigene Hintergrund und oft auch die Vorstellungskraft fehlen, sind die Antworten und häufig metaphorischen Beschreibungen der PatientInnen/KlientInnen nicht immer nachvollziehbar. Allzu oft wird die Botschaft nicht erkannt, fehlinterpretiert oder kann schlichtweg nicht in das vertraute klassische System eingeordnet werden. So sind Missverständnisse, Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen bzw. überhaupt fehlende Behandlungen vorprogrammiert.

Einen besonderen Aspekt von chronischem Schmerz stellt die posttraumatische Belastungsstörung dar. Dabei handelt es sich um die vielfältigen Ausprägungen von traumatischen Erfahrungen im Zuge von Kriegsgeschehen, Verfolgung, organisierter Gewalt, Menschenrechtsverletzungen wie physischer und psychischer Folter, Vergewaltigung, Erlebnissen in Arbeits-/Konzentrationslagern und Flucht, an deren Folgen die Betroffenen zeitlebens leiden. Schmerz stellt eine zentrale Komponente im Erleben von posttraumatischen Belastungen

bzw. überall dort, wo schwere Traumatisierungen erneut aktualisiert werden, dar. Im Körper wird oft ausgedrückt, was sich der Sprache entzieht, wofür es keine Worte gibt. Erschwerend kommt zumeist die fehlende medizinische Evidenz des Schmerzes/Traumas und die Unwirksamkeit medikamentöser und therapeutischer Behandlungen hinzu.

Darüber hinaus droht die transgenerative Weitergabe des Psychotraumas an die Folgegeneration(en). Komplex traumatisierte Flüchtlinge aus Kriegsgebieten sowie Überlebende aus verfolgten Gruppen des Nationalsozialismus stellen eine enorme Herausforderung sowohl für die behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen selbst als auch für die strukturellen und personellen Ressourcen des Gesundheitssystems dar.

Zusätzlich zu den kulturell bedingten Unterschieden in der Schmerzwahrnehmung und im Schmerzverhalten sind auch Geschlechts- und Genderunterschiede festzustellen. So werden Frauen sowohl im Aushalten von als auch im Umgehen mit körperlichem und emotionalem Schmerz für schmerzresistenter gehalten. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Rolle von Emotionen und sozialen Erwartungen, die in diesem Zusammenhang meist betont wird. Für Österreich zeigen statistisch nachweisbare Geschlechterdifferenzen, dass Frauen häufiger sowohl unter akutem als auch unter chronischem Schmerz leiden als Männer. Bei den meisten Schmerzarten ist die Prävalenz bei Frauen um das 1,5-fache höher als bei Männern. Auch im Hinblick auf die Bewältigung des Schmerzes sowie die Wirkung von medikamentöser und therapeutischer Behandlung zeigen sich geschlechtsbezogene Unterschiede. Dabei stellen vor allem Rollenerwartungen, sozioökonomischer Status und ethnische Herkunft wesentliche Einflussgrößen dar. Bei Migrantinnen aus der Türkei zeigt sich, insbesondere im Zusammenspiel mit psychosozialen und migrationsspezifischen Belastungen, ein deutlich erhöhtes Auftreten von Schmerzsymptomatik. Die statistisch nachweisbaren Zusammenhänge zwischen Geschlecht bzw. Migrationshintergrund und dem Risiko für chronischen Schmerz wirken sich in der Folge auch auf die Behandlung und das Inanspruchnahmeverhalten der von chronischem Schmerz Betroffenen in Wiener Spitälern aus.

Insbesondere in transkulturellen Beziehungen zwischen ÄrztInnen/TherapeutInnen und PatientIn-

nen sind die vom jeweiligen Weltbild geprägten kulturellen und sozialen Vorstellungen (einschließlich der Zuweisung bestimmter Geschlechterrollen), Denkweisen und sprachlichen Ausdrucksformen sehr oft die Ursache für Missverständnisse, Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen. Unverständnis und Ignoranz auf Seiten der Behandelnden, Fixierung auf ein ethnozentrisches Weltbild mit einem als universell gedachten Klassifikationssystem und Nicht-Erkennen bzw. Nicht-Anerkennen des Schmerzes berauben hilfeschuchende Menschen mit chronischen Schmerzen und schweren Traumatisierungen einer psychisch und physisch wirksamen Therapie.

Die Folgen fehldiagnostizierter, fehlbehandelter oder nicht behandelter Schmerz- und TraumapatientInnen – sei es aufgrund von Unverständnis der Behandelnden oder Nicht-Vorhandensein freier Therapieplätze und TherapeutInnen mit einem gendersensiblen und transkulturell orientierten Ansatz und entsprechender Expertise – bedeuten auch für die Gesellschaft letztlich hohe Kosten bedingt durch Arbeitslosigkeit, Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit, Frühpensionierung und Sozialhilfe. Nicht zuletzt führen anhaltende bzw. sich mit der Zeit verstärkende und vervielfältigende Symptome aufgrund von fehlender oder ineffizienter Behandlung zu einer langfristigen Belastung für das Gesundheitssystem.

Leben mit Schmerz

Rund 1,5 Millionen Menschen in Österreich machen die Erfahrung, was es bedeutet, mit Schmerzen leben zu müssen. Chronische Schmerzen sind ein komplexes bio-psycho-soziales Geschehen mit vielfältigen Auswirkungen auf alle Ebenen und Lebensbereiche des betroffenen Individuums. Die Ergebnisse mehrerer österreichweit durchgeführter PatientInnenbefragungen geben Einblick in die Situation von Schmerzleidenden und zeigen die vielen Problemfelder auf, mit denen die Betroffenen konfrontiert sind. Hervorzuheben sind dabei die langen Zeiträume bis zur Erstellung einer Diagnose und einer oft nicht zielführenden Behandlung sowie die in dieser Zeit erfahrene Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen.

Die Befragungen lassen vor allem auch ein großes Potenzial für Verbesserung der angebotenen Einrichtungen und ärztlichen Versorgung erkennen. Ein Großteil der befragten PatientInnen war mit

der erhaltenen Schmerzbehandlung nicht besonders zufrieden und fast die Hälfte ist mit den von ihrer behandelnden Ärztin/ihrem behandelnden Arzt erhaltenen Informationen nur mäßig zufrieden. Was die ärztliche Betreuung insgesamt betrifft, so sind für PatientInnen drei wesentliche Forderungen von gleich hoher Wichtigkeit: Ernst genommen zu werden, eine verständliche Erklärung über die Krankheit zu erhalten und genügend Zeit der Ärztin/des Arztes für ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten.

Schmerzleidende haben sich quer durch Österreich zu zahlreichen Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen. Dem zugrunde liegt der Wunsch, sich gegenseitig zu helfen und Erfahrungen und Informationen auszutauschen. In Wien stellen Selbsthilfegruppen eine wesentliche Ergänzung zur professionellen Gesundheitsversorgung für SchmerzpatientInnen dar. In Selbsthilfegruppen kommen Menschen zusammen, die von einer gleichen Situation betroffen sind. Erfahrungsaustausch, Informationsweitergabe und gemeinsames Entwickeln von Handlungsoptionen wirken sich positiv auf das Alltagsleben mit Schmerzen, auf die Krankheitsbewältigung und die soziale Gesundheit von Betroffenen aus. Von immenser Bedeutung und hoher therapeutischer Funktion ist dabei die Möglichkeit des Erzählens der eigenen Krankengeschichte, sowohl als Teil der aktiven Partizipation der Patientin/ des Patienten auf ihrem/ seinem Weg zur Genesung als auch als Motivation und Unterstützung Anderer.

Selbsthilfegruppen können durch das Einbringen von kollektivem Erfahrungswissen wesentlich zur Gestaltung einer adäquaten Gesundheitsversorgung für SchmerzpatientInnen beitragen. In Wien gibt es einige Selbsthilfegruppen speziell für SchmerzpatientInnen. In anderen Gruppen sind Schmerzen eines von vielen Themen.

Schmerztherapie und Schmerzversorgung

Nach internationalen, evidenzbasierten Erkenntnissen stellen abgestufte, genau definierte Behandlungskonzepte, die immer multimodal und interdisziplinär ausgerichtet sein sollten, die Basis einer effizienten schmerzmedizinischen Versorgung dar. Multimodale Programme sind gekennzeichnet durch das gleichzeitige Stattfinden der einzelnen (multimodalen) Behandlungsbausteine und ein eng vernetztes interdisziplinäres Arbeiten. Die zentra-

len Therapiesäulen sind insbesondere körperlich aktivierende Therapiemaßnahmen, inklusive Bewegungstherapie und unterstützendes Training mit Information und Anweisungen für die PatientInnen (Eduktion) sowie psychologisch-psychotherapeutische Behandlungsansätze. Vor allem die psychotherapeutische bzw. psychologische Behandlung stellt einen wichtigen Teil eines multimodalen Behandlungspaketes dar und richtet sich neben der psychoedukativen Vermittlung schmerzrelevanter Themen inhaltlich nach den Bedürfnissen der einzelnen PatientInnen bzw. der spezifischen PatientInnengruppe.

Betrachtet man die Schmerzversorgung in Österreich und auch in Wien, so ist vor dem Hintergrund der genannten Anforderungen die Versorgungssituation von SchmerzpatientInnen als wenig zufriedenstellend zu bezeichnen. Eine qualitätsgesicherte schmerzmedizinische Versorgung existiert nicht und die erforderlichen personellen, zeitlichen, räumlichen und finanziellen Strukturen und Ressourcen zur Gewährleistung einer multimodalen, interdisziplinären Schmerzmedizin sind derzeit nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Ein weiterer Grund für mangelnde Kompetenz sowohl im Hinblick auf die schmerzmedizinische Versorgung als auch im Umgang mit den PatientInnen ist das Fehlen einer qualitätsgesicherten und breit angelegten interdisziplinären schmerzmedizinischen Ausbildung für alle Berufsgruppen. Für Ärztinnen und Ärzte ist eine (unstrukturierte) schmerzmedizinische Ausbildung derzeit nur postgraduell auf Freiwilligenbasis möglich. Anzustreben ist hier eine schmerzmedizinische Basisausbildung für alle Ärztinnen und Ärzte auch im niedergelassenen Bereich, mit Schmerzmedizin als Querschnittsfach und fixem Bestandteil der universitären humanmedizinischen Ausbildung.

Auch aus Sicht der SchmerzpatientInnen und der sie vertretenden Organisationen wird bereits seit vielen Jahren deutliche Kritik laut. Ergebnisse von PatientInnenbefragungen und Erfahrungsberichten ebenso wie Inhalte von PatientInnenbriefen an Schmerz-Selbsthilfeorganisationen zeigen übereinstimmend, dass die Schmerzversorgung in Österreich für die PatientInnen frustrierend, unzureichend und inadäquat ist – sowohl betreffend Effektivität der angebotenen Therapien als auch betreffend Orientierung an den Bedürfnissen der PatientInnen. Die Kritik richtet sich primär gegen die Be-

schränkung auf medikamentöse und physikalische Therapie sowie das häufig angetroffene Unverständnis und die mangelnde Empathie der behandelnden ÄrztInnen den SchmerzpatientInnen gegenüber. Die in allen Befragungen zum Ausdruck gebrachten Anliegen von Betroffenen können in drei wesentlichen Punkten zusammengefasst werden: Die PatientInnen fühlen sich nicht ernst genommen, schlecht informiert und wünschen sich eine Verbesserung der Versorgungssituation.

Die Herausforderung im Umgang mit chronischen Schmerzen bestünde also darin, vorhandene Ressourcen sinnvoller einzusetzen. Dafür existieren verschiedene Ansätze. Einer besteht im Ausbau interdisziplinärer bzw. multimodaler Therapieansätze. Weitere Maßnahmen zielen vor allem auf die rechtzeitige Verhinderung einer Chronifizierung ab. Demnach wären etwa die frühzeitige Risikoidentifikation und das Erkennen von Warnsignalen wichtig, damit die Patientin/der Patient im Rahmen einer abgestuften Behandlung rechtzeitig an eine geeignetere Stelle weiterverwiesen werden kann. Erleichtern würde dies eine standardisierte Dokumentation, eine leitlinienbasierte Vorgehensweise, mehr und bessere schmerzspezifische Ausbildung im niedergelassenen Bereich sowie intensivere Kommunikation zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Schmerzambulanzen.

Wien verfügt im Vergleich zu anderen Bundesländern über eine höhere Anzahl von Schmerzambulanzen in Krankenhäusern. Extramural fehlen jedoch Versorgungsstrukturen, klar definierte Behandlungspfade und qualitätssichernde Maßnahmen für eine koordinierte Behandlung chronischer SchmerzpatientInnen („*best point of service*“). Ebenso wie in allen anderen Bundesländern bleibt auch in Wien die Situation aufgrund fehlender Gesamtkonzepte für eine strukturierte Versorgung von SchmerzpatientInnen sowie der Unklarheiten in Bezug auf Zuständigkeiten und Finanzierung insgesamt unsicher.

Sozioökonomische Konsequenzen und gesundheitspolitische Herausforderungen

Internationale Studien und österreichspezifische Auswertungen belegen die vielfältigen sozialen und ökonomischen Auswirkungen von chronischem Schmerz. So nutzen Betroffene das Gesundheitssystem intensiver: sie werden öfter in Spitälern und Ambulanzen versorgt, konsultieren

öfter medizinisches Fachpersonal und verbrauchen größere Mengen an Heilmitteln. Personen mit chronischen Schmerzen sind außerdem überdurchschnittlich oft erwerbslos, werden früher pensioniert und gehen häufiger und länger in Krankenstand als ihre KollegInnen. Aber auch das Nachgehen beruflicher Tätigkeit trotz Gesundheitsproblemen ist bei ihnen häufiger verbreitet als bei Personen mit anderen Erkrankungen.

Bedeutsam sind zudem die ökonomischen Auswirkungen von chronischem Schmerz. Insgesamt reichen die Schätzungen aller durch chronischen Schmerz verursachten volkswirtschaftlichen Kosten, je nach Land und verwendeter Methodik, bis zu 4 Prozent des BIP, wobei indirekte Kosten (z. B. Produktivitätsausfälle, Kosten von Frühpensionen etc.) gegenüber direkten Behandlungskosten ein weitaus höheres Ausmaß einnehmen. Fest steht, dass chronische Schmerzen in Österreich gesundheitliche und volkswirtschaftliche Kosten in Milliardenhöhe verursachen.

Das komplexe psychische und somatische Geschehen, welches letztendlich zu chronischen Schmerzen führt, lässt sich auch für MedizinerInnen oft schwer nachverfolgen. Die Folge sind mitunter nicht adäquate Diagnosen und Behandlungsketten sowie frustrierende Erfahrungen chronischer SchmerzpatientInnen im Gesundheitssystem. Dadurch werden die erwähnten finanziellen Aufwendungen hochgehalten, ohne dass sich dadurch irgendetwas an der Lebensqualität der Betroffenen verbessert. Ein sinnvollerer Einsatz der vorhandenen Ressourcen würde die Situation deutlich entschärfen.

Schlussbetrachtung und Ausblick

Trotz der Komplexität und der hohen Anforderungen an Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen zeigen internationale Erfahrungen, dass umfassende, langfristige und multimodale Therapieangebote die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessern. Wichtig ist dabei, dass über einen längeren Zeitraum hinweg eine intensive körperlich aktivierende und gleichzeitig psychologisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt. Die PatientInnen lernen dabei, die Ursachen ihrer Schmerzen zu verstehen und – wenn auch eine völlige Heilung oft nicht möglich ist – mit dem Schmerz soweit umzugehen, dass wieder eine körperliche, psychische und soziale Teilhabe möglich wird.

Gerade für so komplexe psychisch und physisch beeinflusste Krankheitsbilder wie dem Schmerz ist das Zusammenwirken mehrerer ärztlicher und therapeutischer Disziplinen wie Anästhesie, Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie, Allgemeinmedizin, physikalische Medizin und Physiotherapie, Psychologie und Psychotherapie ebenso unerlässlich wie die schmerzspezifische Zusatzausbildung aller Berufsgruppen. Nicht zuletzt ist bei der Diagnose und Therapie von Schmerz auch noch der kultursensible Aspekt zu berücksichtigen – gerade in Wien, wo nicht nur viele Menschen mit Migrationshintergrund leben, sondern viele davon auch traumatische Fluchterlebnisse bewältigen müssen.

Um das Zusammenwirken der einzelnen Berufsgruppen, Versorgungsstufen und Kompetenzen qualitätsgesichert organisieren zu können, bedarf es anerkannter Leitlinien und klar strukturierter Behandlungspfade. Diese gibt es in Österreich, im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, bisher nicht. Die Anforderungen einer modernen Schmerzversorgung zeigen deutlich die Mängel unseres segregierten Systems auf und viele PatientInnen gehen an den Nahtstellen zwischen extra- und intramuralem System sowie zwischen Fachdisziplinen und Berufsgruppen verloren.

Für Österreich errechnet sich eine Zahl von mindestens 500.000 bis 600.000 Personen, die an stark beeinträchtigenden chronischen Schmerzen leiden und einer spezialisierten ärztlichen Versorgung bedürfen. Für ein Zehntel dieser SchmerzpatientInnen (50.000 bis 60.000 Personen) wäre eine multimodale, interdisziplinäre schmerztherapeutische Behandlung unter bio-psycho-sozialen Gesichtspunkten erforderlich. Umgerechnet auf Wien würde demnach ein Bedarf an multimodal-interdisziplinären Schmerzzentren für ca. 12.000 bis 14.000 PatientInnen bestehen.

Eine Reform der Schmerzversorgung unter Einbeziehung aller betroffenen Systempartner müsste bereits bei der Ausbildung, gleichzeitig aber auch bei der medizinischen Behandlung und Therapie sowie der Rehabilitation ansetzen. Vor allem sind jedoch in dieser Diskussion auch VertreterInnen von Risikogruppen und chronischen SchmerzpatientInnen einzubeziehen, damit diese in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt werden können.

Summary

Compared to other chronic illnesses, relatively little attention has been given by the Austrian health-care system to chronic pain. Austria's pain management landscape is characterised by a lack of standardised care concepts and insufficient treatment options. For this reason, Vienna has set itself the task of sustainably improving pain management services as one of the targets of Austria's health-care reform to be achieved at provincial level.

This first Vienna Pain Report looks at the issue of chronic pain in all its complexity. In order to do so, the highly complicated and multi-faceted phenomenon of pain must be seen in a broad context and from many different perspectives, particularly including the perspective of pain patients.

Definition and sources of information

Pain is a multidimensional phenomenon which people experience both physically and emotionally. Physical and psychological pain are inseparably linked and mutually influence each other. Pain is therefore called a "biopsychosocial phenomenon". If the pain persists, the original symptom becomes the disease and we speak of a "chronic pain syndrome". Both the causes and perceptions of pain are diverse, which is why different categories of pain have been classified.

The present report is based on different sources of quantitative and qualitative information: Results of national and international surveys, partly complemented by our own analyses, contents of studies and scientific work on the issue of pain, case studies from therapeutic practice, interviews with pain patients and patient letters sent to the "Allianz chronischer Schmerz Österreich" platform of self-help groups have been equally taken into account in order to cover as wide a spectrum of pain issues as possible.

Epidemiology

It is nearly impossible to assess the occurrence of chronic pain among the Austrian population, as relevant data on the prevalence of patients with chronic pain are mostly unavailable and there are no clear definitions or classification schemes for the different types of pain.

According to the results of the Austrian Health Survey 2014, about 20 per cent of Austrians reported to suffer from chronic pain. The most frequently stated pain conditions were back and joints pain (arthrosis pain) as well as headache. Due to the expected changes in the age pyramid over the next years and decades we have to assume that the frequency of chronic pain of the musculoskeletal system, which is associated with old age, will increase further. In addition, chronic pain is often accompanied by a higher rate of depression, anxiety disorders and substance use problems, which have to be included in a successful (multimodal) therapy.

Causes and risk factors

Chronic pain is always the end product of a preceding process which has lasted for years or decades and which is triggered and continually shaped by different and sometimes very complex cause-effect factors. The development of chronic pain varies greatly among individuals. The causes of chronic pain can be physical, yet in most cases psychosocial factors play an equally important role. Moreover, genetic as well as therapy and lifestyle-related risk factors have also been identified. Based on findings in neuroimmunology and environmental medicine, chronic infections and environmental pollutants are also discussed as potential causes of and risk factors for chronic diseases with pain syndrome.

In most cases, a chronic pain condition is a multifactorial and complex process, which unfolds in very different ways and on different levels, whose development and cause-effect mechanism are largely unclear and whose causal relationships are frequently hard to prove. Factors such as "cause", "secondary disease", "trigger" and "symptom amplifier" often cannot be clearly distinguished from each other, since the actual cause frequently lies one or several layers below the seemingly identifiable or apparently inexplicable cause and a specific clinical picture evolves only over time.

Literature further proves that pain-related and experienced impairment as well as pain intensity in chronic pain are only marginally to moderately determined by the degree of the actually diagnosable physical injuries. It is rather psychosocial factors,



emotional aspects and individual pain management strategies that play a central role in this respect. Focussing on merely physical symptoms has led to the fact that classic therapies offered by conventional medicine (medication and physical treatment of symptoms) can be rated from being only slightly effective to being totally ineffective and, what is more, are at best able to cover only a part of this complex biopsychological issue.

Understanding the cause(s) of chronic pain allows targeted and timely intervention to prevent the pain from becoming chronic. Essential prerequisites to prevent pain from becoming chronic are timely prevention measures and the availability of multimodal, interdisciplinary therapy options to treat the acute pain and psychological comorbidities. Equally important is the reduction of risk factors promoting the chronification of pain.

Gender-related and cultural aspects of pain

Illness, suffering and pain are not only biological processes and phenomena, but always also cultural phenomena. This “cultural construction” of illness, suffering and pain influences the individual’s perception and expression of illness as well as how society deals with it. Moreover, the cultural nature of illness and pain is always related to the nature of the relevant health-care system, which in turn determines the focus of health policy.

World view and culture interact closely with each other and shape our views of social values, but also our way of thinking, our language and the notion, importance and function of illness and pain. Since the 17th century, the dualistic and mechanistic world view has had a strong hold on the imagination of Western Christian culture, giving rise to a mechanistic view (and understanding) of the human body as well as of illness and pain and treatment and “cure,” which still prevails in our thinking and in today’s teaching and practice of conventional medicine.

As a result of this changed view, the phenomenon of pain as an integral part of cultural history, in particular, has undergone extreme objectification, which is also reflected in modern pain medicine: health-care professionals’ image of the patient and their concept of illness as well as the types of therapy applied are influenced by the notion of the human body as a machine. Medicine’s sole focus

on physical symptoms leads to patient alienation, with patients feeling untreated, misunderstood, and left alone with their pain.

How deeply the cultural and social context influences our concept of the human body and our view of illness and pain is also revealed in empirical cross-cultural research. The papers and empirical studies on pain conditions in different cultures and different ethnic groups which have been available since the second half of the 20th century confirm that there are no such things as universal illnesses, universal pain or universally valid assumptions about the perception, expression and importance of pain (pain behaviour). In consequence, there are no universally valid, culturally independent, therapies and cures for pain.

For this reason, a culture-specific analysis not only addresses the different perceptions of and attributions of meaning to pain, or the roles of pain and those suffering from pain in the relevant social settings, but above all also investigates the implications of these factors for pain diagnostics and pain therapy. These aspects immediately affect the relationship between doctors and therapists and their patients and clients from other cultures when the latter are being confronted with Western academic medicine. Apart from the language barrier, many of these patients have a completely different understanding of their body and their illness, have different ideas of what a relationship between patient and doctor should be like, and cannot always cope well with the diagnosis and treatment options offered here. On the other hand, the clash of different cultures (e.g. collectivist vs. individualist concept of society and complex/holistic vs. dualistic/mechanistic/category-based way of thinking, perception and classification of pain) constitutes an enormous challenge for doctors and therapists which they can hardly meet. The reason for this is their Western ethnocentric view of the world and their exclusive use of diagnostic and therapeutic methods which belong to their familiar system of Western academic medicine, with its Western model of medical history taking and its sole classification systems which are often considered as universal. Since they lack the relevant background and often the necessary imagination, these health professionals sometimes have difficulties in understanding patients’/clients’ answers and their often metaphorical descriptions. In many cases

the message is not understood, is misinterpreted or simply does not fit into the familiar traditional system, which inevitably leads to misunderstandings, misdiagnosis and wrong or missing treatment.

A special aspect of chronic pain is post-traumatic stress disorder. This includes the various forms of traumatic experiences in the context of war, persecution, organised violence, human rights violations such as physical and psychological torture, rape, experiences in work/concentration camps and flight, from whose consequences the persons affected suffer all their lives. Pain is a central component in experiencing post-traumatic stress and/or in reliving severe trauma. The body often expresses what cannot be expressed through language or what cannot be said by words. In most cases, the non-existent medical evidence of the pain/trauma and the ineffectiveness of medication and therapeutic treatment aggravate the situation further.

What is more, there is the risk of the psychological trauma being passed on to the following generation(s). Refugees from war regions and surviving members of groups persecuted by National Socialism who suffer from complex trauma present an enormous challenge both to doctors and therapists and to the structural and human resources of the health-care system.

In addition to the cultural differences in pain perception and behaviour, differences also exist across sex and gender. Thus, women are considered as being more resistant to pain both in terms of enduring pain and in coping with physical and emotional pain, with the role of emotions and social expectations being usually stressed as an important factor in this respect. Statistical data for Austria prove that women suffer more frequently from both acute and chronic pain than men. For most types of pain, prevalence in women is 1.5 times higher than in men. Gender-related differences are also revealed with regard to pain management and the effects of medication and therapeutic treatment, whereby these differences are essentially attributed to role expectations, socioeconomic status and ethnical background. Migrants from Turkey show a significantly higher incidence of pain symptoms, especially in combination with psychosocial and migration-related stress. The statistically provable relation between gender and/or migrant background

and the risk of chronic pain consequently also affect the treatment and the health-care utilisation behaviour of chronic pain patients at Viennese hospitals.

Particularly in transcultural relationships between doctors/therapists and patients, the differences in cultural and social beliefs (including the assignment of certain gender roles), attitudes and language shaped by the relevant world view often result in misunderstandings, misdiagnoses and wrong treatment. Incomprehension and ignorance on the part of the health-care professionals, who stick to an ethnocentric world view whose classification system they consider as universally valid, and the non-recognition and/or non-acceptance of pain prevent people who seek help for chronic pain and severe trauma from receiving treatment which is psychologically and physically effective.

Pain and trauma patients who have received a wrong diagnosis, wrong treatment or no treatment at all – either because of a lack of understanding on the part of the health-care professionals or the non-availability of therapy places and of therapists taking a gender-sensitive and transcultural approach and having the relevant expertise – finally also impose high costs on society, such as unemployment, inability to work, early retirement and social benefits. And last but not least, persistent symptoms and/or symptoms which are aggravated and multiplied over time due to missing or inefficient treatment create a long-term burden on the health-care system.

Living with pain

About 1.5 million people in Austria experience having to live with pain. Chronic pain is a complex, biopsychosocial process which affects the individual in many ways on all levels and in all areas of their lives. The results of several patient surveys conducted all over Austria provide an insight into the situation of pain patients and illustrate the numerous problems and issues these patients are confronted with, especially the long periods of time until they obtain a diagnosis and receive treatment, which is often inefficient, and the reduction in the quality of life they experience during this period.

Above all, the surveys also reveal a large potential for improvement regarding the available facilities



and medical services. A majority of the surveyed patients was not very satisfied with the pain treatment they received and nearly half of the respondents was only moderately satisfied with the information they obtained from their doctors. As far as medical care in general is concerned, patients consider three essential requirements equally important: to be taken seriously, to be given a clear and understandable explanation of their illness, and sufficient time for the interview between doctor and patient.

All across Austria people suffering from pain have joined together in many self-help groups, as they want to help each other and exchange experiences and information. In Vienna, self-help groups play an important role in complementing professional health-care services for pain patients. Self-help groups provide a platform for people who are affected by a similar situation. The exchange of experiences, sharing of information and joint development of possible courses of action have a positive impact on patients' daily life with pain, on coping with their illness and on their social health. In this context, the opportunity to share their own medical histories, both as a part of active participation in their recovery and as motivation and support to others, is of crucial importance and great therapeutic relevance.

By providing collective know-how, self-help groups can make a significant contribution to devising adequate health-care services for pain patients. Vienna has a few self-help groups specifically for pain patients. In other groups, pain is one of several issues covered.

Pain therapy and pain management

According to international, evidence-based findings stepped and exactly defined treatment schemes, which should always be of a multimodal and interdisciplinary nature, constitute the basis of efficient medical care. Multimodal programmes are characterised by the simultaneous provision of the individual (multimodal) treatment modules and highly integrated interdisciplinary services. The central pillars of therapy particularly encompass physical activation treatments, including exercise therapy supported by a training programme with information and instructions for patients (education) as well as psychological/psychotherapeutic treatment approaches. Especially, psychothera-

peutic and/or psychological treatment plays an important part in the multimodal treatment package and, apart from the psychoeducational discussion of pain-related issues, is geared to accommodate the needs of the individual patients and/or specific patient groups.

Against the background of the requirements stated above, pain management services delivered to patients in Austria and also in Vienna are not very satisfactory. Quality-assured pain management does not exist and the staff, time, space and financial structures and resources required to ensure multimodal, interdisciplinary pain management services are currently not available in sufficient number. Another reason for the lack of competence in terms of both pain medicine and dealing with patients is the non-existence of a quality-assured and broad interdisciplinary pain management training for all health-care professionals. An (unstructured) pain management training for doctors is currently only offered at postgraduate level and attendance is voluntary. Efforts should be made to introduce basic pain management training for all doctors, also for non-clinicians, with pain medicine as an interdisciplinary subject being an integral part of the medical education curriculum at universities.

Explicit criticism of pain care in Austria has also been voiced for many years by pain patients and the organisations representing them. Results of patient surveys and field reports as well as the contents of patient letters to pain self-help organisations consistently show that patients perceive pain care in Austria as frustrating, insufficient and inadequate – with regard to both the effectiveness of the therapies offered and the accommodation of patient needs. Their criticism primarily focuses on the exclusive prescription of medication and physical therapy and the frequent incomprehension and lack of empathy doctors show to pain patients. The concerns which patients have expressed in all surveys can be summarised into three basic categories: Patients feel that they are not taken seriously, that they are poorly informed, and they want an improvement in the services provided to them.

Thus, the challenge in dealing with chronic pain is to use existing resources more efficiently. Several approaches exist to accomplish this objective. One is to further develop interdisciplinary and/or mul-

timodal therapy approaches. Other measures mainly aim at a timely prevention of pain chronicisation. This would call for an early identification of risks and the recognition of warning signals, in order to refer the patient to a more appropriate facility in due time as part of a stepped treatment plan. Factors facilitating this approach include standardised documentation, a guideline-based course of action, more and better pain management training for non-hospital doctors and more intensive communication between non-hospital doctors and pain clinics in hospitals.

Vienna has a larger number of pain clinics in hospitals than other federal provinces. The extramural level, however, is characterised by a lack of care structures, clearly defined treatment pathways and quality assurance measures to ensure a coordinated treatment of chronic pain patients (“best point of service”). Like in all other federal provinces the overall situation in Vienna is uncertain due to non-existent overall concepts for the structured delivery of care to pain patients and a lack of clarity with regard to competences and financing.

Socioeconomic consequences and health policy challenges

International studies and evaluations for Austria prove the wide variety of social and economic effects of chronic pain. Thus, persons with pain make more intensive use of the health-care system: they are treated more frequently in hospitals and outpatient departments, consult medical professionals more often and use more medication. Moreover, persons with chronic pain are more often unemployed than the average, are sent into retirement earlier and are on sick leave more often and for longer periods of time than their colleagues. Yet, going to work despite health problems is also more common in pain patients than in patients with other illnesses.

The economic effects of chronic pain are another important factor. The total economic costs incurred by chronic pain are estimated at up to 4 per cent of GDP depending on country and method used, whereby indirect costs (e.g. losses in productivity, cost of early retirement, etc.) exceed direct treatment costs by far. It is a fact that chronic pain in Austria incurs health-care and economic costs worth billions of euros.

The complex psychological and somatic processes which finally lead to chronic pain are frequently hard to trace even for medical professionals. Consequences include non-adequate diagnoses and treatment chains and frustrating experiences of chronic pain patients in the health-care system. This keeps the financial expenditure stated above at a high level, without even slightly improving patients’ quality of life. Making more reasonable use of the existing resources would clearly relieve the situation.

Final conclusion and outlook

Despite the complexity and the high demands placed on the diagnostics and treatment of chronic pain, international experience shows that comprehensive, long-term and multimodal therapies clearly improve pain patients’ quality of life. In this context, it is important that patients receive an intensive physical activation therapy together with psychological/psychotherapeutic treatment over a longer period of time. In this way, patients will learn to understand the causes of their pain and – even if complete cure is often not possible – to manage their pain to the extent that they can physically, psychologically and socially participate in everyday life.

Particularly for complex illnesses, such as pain, which have psychological and physical causes, the interaction of several medical and therapeutic disciplines such as anaesthesia, psychiatry, neurology, orthopaedics, general medicine, physical medicine and physiotherapy, psychology and psychotherapy is equally indispensable as is a specialist pain management training for all professional groups involved. And last but not least, the diagnosis and treatment of pain needs to consider the culture-sensitive aspect – especially in Vienna, which not only has a large population with a migrant background, but also many residents who have to cope with the traumatic experiences of fleeing their countries.

If we want to organise the interaction between individual health-care professionals, care levels and competences in a quality-assured manner, we need acknowledged guidelines and clearly structured treatment pathways. Compared to other European countries, such guidelines and treatment pathways do currently not exist in Austria. The requirements of modern pain management clearly



reveal the deficiencies of our segregated system and a large number of patients are lost at the interfaces between the extra- and intramural systems and between disciplines and professional groups.

Estimates for Austria indicate that at least 500,000 to 600,000 persons suffer from severely debilitating chronic pain and require specialist medical services. A tenth of these pain patients (50,000 to 60,000 persons) would need multimodal, interdisciplinary pain management which takes account of biopsychosocial aspects. Translating these figures to Vienna, the city would need multimodal/interdisciplinary pain management centres for about 12,000 to 14,000 patients.

Z

A reform of pain care involving all system partners concerned would need to start at the training level, but would simultaneously also have to cover medical treatment and therapy as well as rehabilitation. However, most importantly, this discussion has to involve representatives of at-risk groups and chronic pain patients in order to strengthen their health literacy.

1

Einleitung

Inhalt

1 Einleitung

39

1 Einleitung

Susanne Guld

366 Zitate zum Schmerz quer durch die Weltgeschichte finden sich auf einer deutschsprachigen Aphorismenseite. Offensichtlich seit langem ein aktuelles Thema, das nicht nur in Dichtung und Prosa präsent ist. Auch in der Gesundheitsbefragung 2014 hatte die Hälfte der Befragten über Schmerzen in den letzten vier Wochen zu berichten, viele davon waren deswegen im Krankenstand. Trotz hoher gesamtgesellschaftlicher Belastung durch diese „Volkskrankheit“ wissen wir sehr wenig darüber.

Es gibt bislang keine für Österreich geltende Erhebung zur Prävalenz chronischer Schmerzen. Nur die ExpertInnen schlagen regelmäßig Alarm. In den Medien und in einschlägigen Veranstaltungen wird immer wieder darauf hingewiesen, dass in Österreich hoher Handlungsbedarf bei der Erforschung, Diagnostik und Behandlung von Schmerzkrankungen besteht. Schmerz führt, im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen, ein wenig beachtetes Dasein im österreichischen Gesundheitssystem. Dies führt dazu, dass es für SchmerzpatientInnen keine standardisierten Versorgungskonzepte und auch die erforderlichen Behandlungsangebote nicht in ausreichender Form gibt.

Wien hat es sich im Rahmen der Landeszielsteuerung zur Aufgabe gemacht, die Schmerzversorgung nachhaltig zu verbessern. In einem multiprofessionellen Team aus den relevanten Stakeholdern in der Schmerzversorgung, wie ÄrztInnen unterschiedlicher Fachgruppen, TherapeutInnen, PsychologInnen sowie VertreterInnen der Systempartner Sozialversicherung und Land Wien, wurde ein Konzept zur Reform der Schmerzversorgung erarbeitet. Zentrale Rolle spielt dabei die multimodale Schmerztherapie für chronische SchmerzpatientInnen.

Diese lange und intensive Kooperation brachte nicht nur ein Konzept zur Schmerzversorgung hervor, sondern auch eine umfassende Darstellung von Schmerzkrankungen. Besonders deutlich zeigten sich dabei die Vielschichtigkeit des Themas, die Mängel in der Versorgung und die

Notwendigkeit, etwas zu tun. Eine weitere Erkenntnis war, dass die KollegInnen, die mit den SchmerzpatientInnen arbeiten, ein besonders hohes Maß an Engagement und Eigeninitiative an den Tag legen. Viele davon waren auch bereit, ihr Wissen niederzuschreiben. Diese Artikel, ergänzt durch zusätzliche, spezifische Aspekte, wurden im vorliegenden Schmerzbericht zusammengefasst. Ziel dieses Berichtes ist, die Aufklärung über Bedeutung und Auswirkungen von Schmerz als chronischer Erkrankung zu verbessern, Betroffene zu stärken und ihr Umfeld zu sensibilisieren. Bei ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen, die mit SchmerzpatientInnen arbeiten, soll das Bewusstsein für dieses komplexe Krankheitsbild geschärft werden. Nicht zuletzt hoffen wir, viele gesundheits- und sozialpolitische EntscheidungsträgerInnen zu erreichen, um gemeinsam Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgungslandschaft zu treffen.

Historisch betrachtet wurden bereits im 19. Jahrhundert die Weichen für eine moderne medikamentöse Schmerztherapie gestellt. Die Entdeckung wirkungsvoller Narkosemittel sowie der Schmerzmittel Morphium, Aspirin, Paracetamol und weiterer Schmerzmedikamente ermöglichte schmerzfreie Operationen und eine effektive Behandlung akuter Schmerzen. Doch so erfolgreich die Therapie akuter Schmerzen durch die im Handel verfügbaren Schmerzmedikamente wirkt, so problematisch wirkt sich einseitig medikamentöse Behandlung in der längerfristigen Therapie aus. Dann können Gewöhnungseffekte eintreten, Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen den ursprünglich erzielten Effekt aufheben. Es kommt zur Dosissteigerung oder zur Einnahme mehrerer Präparate, möglicherweise noch mit Wechselwirkungen. Mittlerweile sind 10 der 20 in Deutschland am häufigsten verkauften Medikamente Schmerzmittel (Albrecht 2015).

Nicht nur aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist eine anhaltende Zunahme der Gruppe der PatientInnen mit längerfristigen chronischen Schmerzkrankungen festzustellen. Hochrech-

nungen zufolge (bezogen auf die Ergebnisse anderer EU-Staaten) wären in Österreich ca. 1,7 Mio. Menschen von chronischem Schmerz betroffen. Für Wien würde das 360.000 SchmerzpatientInnen bedeuten, ein Drittel davon mit Rückenschmerzen. Diese PatientInnen erleben in den meisten Fällen einen langen Leidensweg. Die Erkrankung wird meist sehr spät diagnostiziert und es mangelt in sehr vielen Fällen auch an entsprechenden Therapiemöglichkeiten. Ein Viertel der RückenschmerzpatientInnen erhalten überhaupt keine ärztliche Diagnosestellung und genauso viele keine adäquate Behandlung (Baker et al. 2010). Die gängigen kassenfinanzierten Behandlungen, wie Infiltrationen oder die übliche Physiotherapie, dienen meist nur der Symptombekämpfung und sind wenig nachhaltig. Teure, oftmals privat zu finanzierende Angebote sind meist nicht wirkungsvoller.

1

SchmerzpatientInnen erleben jedoch nicht nur im Gesundheitssystem einen Mangel an Verständnis und Angeboten, sondern auch in ihrem unmittelbaren privaten und beruflichen Umfeld. Dabei sollen PatientInnen etwas erklären und ausdrücken, das kaum durch Befunde nachweisbar ist, sondern sich ausschließlich im Empfinden der oder des Betroffenen bemerkbar macht. Dementsprechend individuell und von vielen anderen persönlichen Einflussfaktoren, wie zum Beispiel Geschlecht oder kulturelle Herkunft, geprägt ist auch das Schmerzempfinden. Man spricht dabei von einem „bio-psycho-sozialen Gesamtphänomen“, das in seiner Entstehung sowohl auf somatische als auch auf psychische und soziokulturelle Ursachen zurückgeführt werden kann. SchmerzpatientInnen benötigen demnach eine Diagnostik, die über diese Zusammenhänge Bescheid weiß und eine Therapie, die den Erwartungen und Bedürfnissen der PatientInnen entspricht. Vor allem aber braucht es Ärztinnen und Ärzte, die kompetent und willens sind, sich individuell auf die PatientInnen einzulassen, die genannten individuellen Einflussfaktoren zu berücksichtigen und die beiden Hauptkomponenten von chronischem Schmerz, d. h. physische und psychische Faktoren, als gleichwertig anzuerkennen.

Trotz der Komplexität und der hohen Anforderungen an Diagnostik und Therapie zeigen internationale Erfahrungen, dass umfassende, langfristige und multimodale Therapieangebote die Lebenssituation der Betroffenen deutlich verbessern.

Wichtig ist dabei, dass über einen längeren Zeitraum hinweg eine intensive körperlich aktivierende und gleichzeitig psychologisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt. Die PatientInnen lernen dabei, die Ursachen ihrer Schmerzen zu verstehen und – wenn auch eine völlige Heilung oft nicht möglich ist – mit dem Schmerz soweit umzugehen, dass wieder eine körperliche, psychische und soziale Teilhabe möglich wird.

Während zum Beispiel in mehreren deutschen Städten mit multimodaler Schmerztherapie sehr gute Erfahrungen gemacht werden, gibt es derzeit in Österreich solch ein Versorgungsangebot nach internationalen Standards nur rudimentär. Gerade bei der Schmerzbehandlung werden die Schwächen an den Schnittstellen unseres sektoral stark ausdifferenzierten Systems augenscheinlich. SchmerzpatientInnen bedürfen von Anfang an einer kompetenten Diagnose und einer integrativen Therapie, die somatische und psychische Aspekte berücksichtigt. Dafür braucht es eine wachsame Primärversorgung, ambulante und stationäre Expertisezentren als zweite bzw. dritte Versorgungsstufe und an der Schnittstelle von Rehabilitation und Behandlung multimodale Schmerztherapie zur nachhaltigen Betreuung von chronisch Kranken.

In Wien stehen zwar unentgeltliche und interdisziplinäre Expertisezentren für Schmerz zur Verfügung. In Spitalsambulanzen und zwei Ambulatorien der Sozialversicherung werden Diagnostik und Therapie auf hohem Niveau und ohne finanziellen Aufwand für die PatientInnen angeboten. Intensität, Angebotsstruktur, Dauer und Umfang der Therapiemöglichkeiten entsprechen jedoch auch hier nicht dem Bedarf. Aufbauhindernis sind sicherlich die sehr hohen Kosten und die unterschiedlichen Zuständigkeiten im Gesundheitswesen zwischen stationärem, ambulatem und rehabilitativem Versorgungssektor. Allerdings lässt sich gerade beim Schmerz die Rentabilität adäquater Versorgungsangebote prognostizieren. Denn auch die derzeitige suboptimale Versorgung verursacht hohe direkte Behandlungskosten sowie durch Krankenstände und Frühpensionierungen bedingte große indirekte volkswirtschaftliche Belastungen.

Die Früherkennung von Risiken und die Verhinderung einer Chronifizierung wäre jedenfalls der schonendste und kostengünstigste Weg in der

Schmerzbehandlung. Risiken wie mangelnde Bewegung, Übergewicht, unwirksame postoperative Schmerzversorgung sollten mehr Raum in der ärztlichen und therapeutischen Aufklärung erhalten. Auch psychische Traumata, die unbehandelt in weiterer Folge massive somatoforme Schmerzsyndrome auslösen können, müssen mehr Beachtung finden. Kriegsflüchtlinge und Menschen mit Foltererfahrung zählen dabei zu den beschriebenen PatientInnen. Oft sind die Verletzungen so nachhaltig, dass der Schmerz auch Generationen überdauert.

Die Struktur des Berichts bewegt sich vom Allgemeinen zum Besonderen. Definitionen von Schmerz, Informationen zu Methodik und Datenquellen sowie Epidemiologie bilden den Einstieg. Das Kapitel zu Ursachen und Risikofaktoren der Schmerzerkrankung soll die Entstehung von Schmerzerkrankungen näher erläutern. Da dies geschlechts- und kulturspezifisch stark divergiert, wird im Anschluss daran in größerer Tiefe darauf eingegangen. Auch Flucht, Folter und kriegsbedingte Traumata als besonderes Risiko für Schmerzerkrankungen werden in diesem Abschnitt beleuchtet.

Berichte von Betroffenen und von VertreterInnen von Selbsthilfegruppen bilden einen weiteren zentralen Berichtsbeitrag, liegt doch der Kern des Gesamtprojektes darin, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Dem Themenblock der Versorgung ist daher ein sehr umfassendes Kapitel gewidmet. Dabei werden sowohl die wichtigsten derzeit in Österreich praktizierten Therapien und Behandlungsmethoden beschrieben und kritisch diskutiert als auch fehlende Bausteine in der Versorgungslandschaft angesprochen. Das letzte Kapitel widmet sich der detaillierten Aufbereitung der sozioökonomischen Aspekte und Auswirkungen von chronischem Schmerz auf das Gesundheits- und Sozialsystem.

Den AutorInnen und ExpertInnen, die unentgeltlich zu diesem Bericht beigetragen haben, sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Die VertreterInnen von Selbsthilfegruppen, ÄrztInnen, PsychologInnen, TherapeutInnen und SozialwissenschaftlerInnen sind in verschiedenen beruflichen Settings tätig und haben das Thema Schmerz aus ihrer Perspektive heraus beleuchtet. Besonderer Dank gebührt Frau Dr.ⁱⁿ Birgit Kraft, die als erfahrene

Schmerzexpertin in der Wiener Gebietskrankenkasse das Projekt Schmerzversorgung durch ihre hohe Expertise vorangetrieben und auch zur Entstehung dieses Berichts maßgeblich beigetragen hat. Die Artikel wurden nach einem gemeinsamen Konzept unter größtmöglicher Wahrung der Individualität der AutorInnen von Frau Dr.ⁱⁿ Eleonore Bachinger zu einem Sammelband zusammengefügt, abgestimmt und ergänzt. Der Bericht ist als Download konzipiert, sodass jedes Kapitel für sich verständlich und gut lesbar ist. Redundanzen zwischen den Kapiteln sind diesem Umstand und der Komplexität der Materie geschuldet.

Literatur und Datenquellen

Albrecht H. Schmerz – Eine Befreiungsgeschichte. München: Pattloch Verlag, 2015.

Baker M, Collett B, Fischer A et al. PAIN Proposal. Improving the Current and Future Management of Chronic Pain – A European Consensus Report. Date of preparation: September 2010. Abrufbar unter: https://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Pain_Proposal_European_Consensus_Report.pdf.

2



Definition und Klassifikation



Inhalt

2	Definition und Klassifikation	45
	Was ist Schmerz?	45
	Neurobiologie des Schmerzes	46
	Schmerz als „bio-psycho-soziales Gesamtphänomen“	48
	Messung und Klassifikation von Schmerzen	49

2 Definition und Klassifikation

Birgit Kraft

Zusammenfassung

Schmerz ist ein vielschichtiges Phänomen, das der Mensch sowohl auf der körperlichen als auch auf der Gefühlsebene erlebt. Körperlicher und seelischer Schmerz sind untrennbar miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. Man spricht daher von einem „bio-psycho-sozialen Gesamtphänomen“. Bei länger andauernden Schmerzen wird das ursprüngliche Symptom zur Krankheit und man spricht von einer „chronischen Schmerzerkrankung“. Sowohl die Ursachen als auch die Wahrnehmung von Schmerz sind vielfältig, sodass verschiedene Kategorien von Schmerz klassifiziert werden. Als Hauptkriterium wird zwischen nozizeptivem versus neuropathischem Schmerz unterschieden. Unterkategorien des nozizeptiven Schmerzes sind der somatische und der viszerale Schmerz, wobei ersterer wiederum unterschieden wird in Oberflächen- und Tiefenschmerz. Der neuropathische Schmerz kann sich in Hyper- oder Hypoalgesie äußern. Als eindrucksvolles Beispiel für neuropathischen Schmerz gilt der Phantomschmerz.

Was ist Schmerz?

Die IASP – „*International Association for the Study of Pain*“ – definiert Schmerz als „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit den Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (IASP 1979).

Nach dieser Definition ist Schmerz ein vielschichtiges Phänomen, das der Mensch sowohl auf der körperlichen, aber auch auf der Gefühlsebene erlebt. Körperlicher und seelischer Schmerz sind untrennbar miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. Auch wird Schmerz meist mit den bildhaften Begriffen einer körperlichen Schädigung beschrieben, die weder real vorhanden noch sichtbar sein muss. Schmerz wird mit Bildern kommuniziert, wie zum Beispiel „es brennt wie Feuer“, oder er wird als „ziehend“, „drückend“, „bohrend“ beschrieben, um Anderen den empfundenen Schmerz und das damit verbundene Leid verständlich zu machen. Schmerz ist weder sichtbar noch objektiv messbar.

Das Verhältnis zum Schmerz unterliegt auch dem jeweiligen gesellschaftlichen Rollenverständnis. Schmerz wird in verschiedenen Situationen und je nach Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Gruppen unterschiedlich erduldet. Soziokulturell bedingte Unterschiede beeinflussen den Umgang mit Schmerz und Krankheit wesentlich

und führen dadurch zu Missverständnissen und sogar zu Vorurteilen gegenüber bestimmten ethnischen Gruppen. Abschnitt 6 dieses Berichtes widmet sich deshalb eingehend den gender- und kulturabhängigen Faktoren des Schmerzerlebens.

Schmerz ist nicht nur ein „bio-psycho-soziales Gesamtphänomen“, sondern eine für den Organismus überlebenswichtige Sinneswahrnehmung. Schmerzen sind dem Menschen ebenso geläufig wie Hunger und Durst, Hitze und Kälte. Die Empfindung von Schmerz ist, so wie Riechen, Schmecken, Hören und Sehen, ein Bestandteil unseres Sinnessystems, mit dem wir unsere Umwelt und uns selbst wahrnehmen. Er dient als Warnsignal und hat die Aufgabe, den Körper zu schützen, indem er auf eine Verletzung oder eine drohende Gewebeschädigung/Erkrankung hinweist.

Bleiben Schmerzen über einen längeren Zeitraum bestehen, sodass sie nicht mehr mit einem bestimmten Auslöser in Verbindung gebracht werden können, verselbstständigt sich der Schmerz und wird zur Qual für den Betroffenen. Schmerz wird dann vom Symptom zur eigentlichen Krankheit und man spricht von einer „chronischen Schmerzerkrankung“.

Neurobiologie des Schmerzes

Es gibt verschiedene Ansätze, chronischen Schmerz nach Ursachen zu klassifizieren (vgl. auch Kapitel 5.1 und 5.2). Im Folgenden wird insbesondere zwischen den beiden Hauptschmerzformen,

nämlich nozizeptivem und neuropathischem Schmerz, unterschieden und diese in ihrem Ausdruck näher beschrieben.

Nozizeptiver und neuropathischer Schmerz

Nozizeptiver Schmerz

Akute Schmerzen üben eine für unseren Körper notwendige Warnfunktion aus, um den Organismus vor Verletzungen bzw. Gewebeschäden zu bewahren. Haut und Organe sind daher mit sogenannten „Nozizeptoren“ (lat. „nocere“ = schaden) ausgestattet, das sind freie Nervenendigungen im Gewebe, die als „Schmerzrezeptoren“ die Aufgabe haben, schädliche Reize aus unserer Umwelt aufzunehmen und diese Information in elektrische und biochemische Signale zu übersetzen, um überlebenswichtige Schutzmechanismen auszulösen. Eine Reizung von Nozizeptoren in der Hand führt zum Beispiel zur Entstehung elektrischer Impulse in bestimmten Nervenfasern (C-Fasern, A-Fasern), die den Arm entlang bis zum Rückenmark weitergeleitet werden. Im Hinterhorn des Rückenmarks befindet sich die erste Umschaltstelle, die das Signal zur nächsten Nervenzelle bzw. zum Hinterstrang (*tractus spinothalamicus*) auf der Gegenseite des Rückenmarks weitergibt. Die beiden Hinterstränge leiten alle Schmerzreize aus der Peripherie zur nächsten Schaltstelle im Gehirn, dem Thalamus, weiter. Im Thalamus erfolgt die Umschaltung und die Weiterleitung des Signals an verschiedene Strukturen im Gehirn. Zum einen gelangt die Information zur sensiblen Großhirnrinde (sensomotorischer Cortex), der inneren Landkarte des Körpers, auf der alle Körperregionen repräsentiert sind. Dort erfolgt die Aktivierung des Gehirnareals, das die (schmerzende) Hand abbildet, damit der Schmerz bewusst dem verletzten Körperteil zugeordnet werden kann. Der Thalamus ist aber auch die Schaltstelle zum sogenannten limbischen System. Dies ist eine Funktionseinheit des Gehirns, die aus vielen einzelnen Strukturen besteht und zur Verarbeitung von Gefühlen dient. Im limbischen System wird die emotionale Schmerzkomponente verarbeitet und es finden dort Lernvorgänge statt, die die spätere Chronifizierung von Schmerzen begünstigen können. Dies bedeutet aber, dass es „das Schmerzzentrum“ im Gehirn

nicht gibt. Die Wahrnehmung von Schmerzen ist vielmehr die Antwort einer vernetzten Aktivierung verschiedener Schmerzzentren des Gehirns.

Vom Begriff des Nozizeptors leitet sich auch der „**nozizeptive Schmerz**“ ab. Schmerzen, die durch die Aktivierung der Nozizeptoren entstehen, bezeichnet man als (akute) nozizeptive Schmerzen. Beispiele dafür sind alle akuten Verletzungen. Chronische nozizeptive Schmerzen können durch die Abnutzung von Gelenken (Arthrose) oder durch chronisch entzündliche Schmerzen bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises entstehen. Abhängig vom Entstehungsort lässt sich nozizeptiver Schmerz als **somatischer** (ausgehend von Haut, Bindegewebe, Muskeln, Knochen oder Gelenken) bzw. **viszeraler** (ausgelöst von inneren Organen) Schmerz klassifizieren.

Der somatische Schmerz kann weiter unterteilt werden in einen von Haut und Schleimhäuten (z. B. kleine Verletzungen, Verbrennungen ersten Grades) ausgehenden **Oberflächenschmerz** und einen **Tiefenschmerz**, der seinen Ursprung in Muskeln, Knochen, Gelenken, Bändern, Sehnen, Blutgefäßen und Faszien nimmt (z. B. bei Verstauchungen, Knochenbrüchen, Muskelschmerzen). Der somatische Tiefenschmerz wird in der Regel als dumpf empfunden, während der Oberflächenschmerz anfangs als stechend wahrgenommen wird und erst zu einem späteren Zeitpunkt auch als dumpf in Erscheinung treten kann.

Der **viszerale Schmerz** entsteht in den inneren Organen (den Viszera) des Körpers. Beispiele hierfür sind Bauchschmerzen oder Schmerzen im Brustkorb. Typischerweise handelt es sich um einen dumpfen, oftmals schlecht lokalisierbaren Schmerz, der häufig mit vegetativen Reaktionen (Blässe, Schwitzen, Kreislaufreaktionen) einhergeht. Viszerale Schmerzen können auch in zugeordnete Hautareale, die **Head'schen Zonen**, aus-

strahlen. Dieses Phänomen nennt man auch „übertragener Schmerz“. Bekannte Beispiele dafür sind etwa die Schmerzen im linken Arm oder im Kiefer bei einem Herzinfarkt oder Schmerzen im rechten Schulterblatt bei Erkrankungen der Gallenblase.

Neuropathischer Schmerz

Vom nozizeptiven Schmerz unterscheidet man den sogenannten **neuropathischen Schmerz**. Neuropathische Schmerzen entstehen durch Verletzung oder Schädigung von Nervenfasern des schmerzverarbeitenden Systems. Sie haben meist einen brennenden und bohrenden Charakter oder treten in Form von einschließenden Attacken (z. B. Trigeminalneuralgie) auf. Im Unterschied zum nozizeptiven Schmerz ist beim neuropathischen Schmerz die schmerzhafte Körperregion nicht notwendigerweise gleich mit dem Ort der Schädigung. Der Schaden kann irgendwo im Nervensystem entstanden sein und löst Schmerzen oder Missempfindungen in der Körperregion aus, die von den betroffenen Nerven versorgt wird. Dort, wo die Patientin/der Patient Schmerzen empfindet, ist möglicherweise weder eine Verletzung noch eine Veränderung der Haut zu sehen. Bei vielen Betroffenen findet man zusätzlich Sensibilitätsstörungen, die sich als Über- oder Unempfindlichkeit gegenüber Berührungs- oder Temperaturreizen darstellen kann. Man nennt das Phänomen „**Hyperalgesie**“, wenn geringe, unerschwellige Reize (Berührung, Wärme, Kälte) bereits eine Schmerzantwort auslösen. Ist die Wahrnehmung von Reizen dagegen beeinträchtigt, spricht man von „**Hypoalgesie**“. Beide Phänomene können auch nebeneinander vorkommen: So findet man zum Beispiel bei manchen DiabetikerInnen, die an einer Polyneuropathie leiden, gleichzeitig eine Wärme-Hypoalgesie (Gefahr von Verbrennungen durch Wärmflaschen) neben einer Berührungshyperalgesie.

Chronischer Schmerz und chronische Schmerzkrankheit

Viele PatientInnen leiden über Monate oder Jahre an anhaltenden oder wiederkehrenden Schmerzen, was verschiedene Ursachen haben kann (vgl. Kap. 5.1.2). Zum einen gibt es viele chronische Erkrankungen, die mit Schmerzen verbunden sind, wie zum Beispiel Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Diabetes oder Tumorerkrankungen. Hier sind die Auslöser des chroni-

Ein besonders eindrucksvolles Beispiel für neuropathischen Schmerz ist der **Phantomschmerz**. Nach Amputationen leiden 60 bis 80 Prozent der PatientInnen an Schmerzen oder Missempfindungen im nicht mehr vorhandenen Körperteil. Häufig können Schmerzen im amputierten Körperteil auch durch Berührung an einer anderen Körperstelle ausgelöst werden, oder das Phantomglied wird in einer ungewöhnlichen Position oder verkürzt wahrgenommen. Obwohl Phantomschmerzen oft gleichzeitig mit Stumpfschmerzen auftreten, handelt es sich dabei um zwei verschiedene Schmerzarten mit unterschiedlichen Ursachen.

Früher ging man davon aus, dass sich Amputierte den Phantomschmerz nur einbilden. Wie kann etwas Schmerzen verursachen, was gar nicht da ist? Heute weiß man, nicht zuletzt aufgrund moderner bildgebender Verfahren wie der funktionellen Magnetresonanztomographie, dass Phantomschmerzen auf Veränderungen im Gehirn zurückzuführen sind. Im sensomotorischen Kortex (der „Landkarte“ des Körpers) ist der amputierte Körperteil bei PatientInnen mit Phantomschmerz noch immer abgebildet. Da dieses Areal nach der Amputation keinen Input mehr bekommt, findet eine Umorganisation dieser Gehirnregion statt: Das Areal wird größer und verschiebt sich in Bereiche hinein, die eigentlich anderen Körperregionen zugeordnet sind. Je größer diese Umorganisation, desto größer ist auch der Phantomschmerz. Diese Umorganisation im Gehirn ist besonders ausgeprägt, wenn im betroffenen Körperteil bereits vor der Amputation Schmerzen auftraten und so bereits eine Art „Schmerzgedächtnis“ hinterlassen haben. Auch Stress oder eine depressive Stimmung können die Wahrnehmung von Phantomschmerz negativ beeinflussen.

schen Schmerzes durch die zugrunde liegende Diagnose erklärbar.

Schmerzen können aber auch ohne einen typischen Auslöser oder eine feststellbare körperliche Ursache über einen längeren Zeitraum fortbestehen. Dabei verliert der Schmerz seine Warnfunktion und es kommt zur Entstehung einer **chroni-**

schon Schmerzkrankung, die über Monate oder Jahre hinweg andauern kann.

Chronischer Schmerz wird heute als eine eigenständige Krankheit betrachtet. Die Definition, ab wann von einem chronischen Schmerz gesprochen werden kann, wird in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedlich angegeben: Wurden ursprünglich Zeiträume von drei oder sechs Monaten genannt, hat sich aktuell das Verständnis insofern verändert, dass alle Schmerzen als chronisch bezeichnet werden, deren Dauer über das Ausmaß einer akuten (frisch aufgetretenen) Ursache hinaus nicht nachvollziehbar lange anhält.

Die Forschung hat nachgewiesen, dass starke und länger andauernde Schmerzreize die weiterleitenden Nervenzellen von Rückenmark und Gehirn sensibler für nachfolgende Schmerzreize machen können. Diese Sensibilisierung führt zu Veränderungen im schmerzleitenden Nervensystem, die von peripheren Nerven über das Rückenmark bis ins Gehirn reichen können, was dazu führt, dass sich der Schmerz „verselbstständigt“. Dabei handelt es sich um Lernvorgänge und eine Anpassung des Nervensystems, die zu einer Verfestigung der gesteigerten Schmerzempfindlichkeit führen. Auch im limbischen System – also auf der emotionalen Ebene – finden solche Lernvorgänge statt. Verein-

facht werden diese Vorgänge gerne als „Schmerzgedächtnis“ bezeichnet und populärwissenschaftliche Publikationen erwecken oft die trügerische Hoffnung bei PatientInnen, ÄrztInnen könnten dieses Schmerzgedächtnis genauso einfach „löschen“, wie man die „Reset-Taste“ am Computer bedient. Tatsächlich sind es sehr komplexe Anpassungs- und Lernprozesse im Zentralnervensystem, die beim Einsatz geeigneter, insbesondere multimodaler Therapieansätze im Zeitverlauf durchaus auch reversibel sein können.

Die wesentliche Frage für die Wissenschaft bleibt jedoch, warum Schmerzen bei dem einen Menschen chronisch werden, beim anderen dagegen nicht, auch wenn beide eine vergleichbare Diagnose aufweisen. Studien haben gezeigt, dass bei der Schmerzchronifizierung verschiedene Faktoren eine Rolle spielen: Zum einen sind es genetische, zum anderen sind es aber auch psychosoziale Faktoren, die darüber entscheiden, ob und wie stark sich eine Schmerzkrankung ausbildet. Menschen mit psychischen Vorerkrankungen (Depressionen, Angststörungen) oder Problemen im sozialen Umfeld (Familie, Arbeitsplatz) sind weitestgehend stärker betroffen als psychisch unauffällige Personen (Herbert & Meißner 2017; Deutsche Schmerzgesellschaft 2017).

Schmerz als „bio-psycho-soziales Gesamtphänomen“

„Seelenschmerz macht Körperschmerz“

Durch die enge Verknüpfung sozialer und körperlicher Stress-Schmerzsysteme auf neurobiologischer Ebene werden negative Erfahrungen auf der psychosozialen Ebene (zum Beispiel körperliche Misshandlung, emotionale Vernachlässigung, Mobbing am Arbeitsplatz usw.) nicht nur subjektiv als schmerzhaft erlebt, sondern führen genauso wie körperlicher Schmerz zu einer Aktivierung der Schmerzareale im Gehirn. Bei Menschen mit einer Störung der Schmerz- und Stressverarbeitung kann dies auch zu anhaltenden körperlichen Schmerzen führen, ohne dass eine somatische Ursache gefunden werden kann (Schneider et al. 2005). Die Schmerzen treten häufig im Rücken oder an mehreren Stellen und Körperregionen gleichzeitig auf.

Meistens sind diese Schmerzen begleitet von sogenannten „psychovegetativen“ Begleiterscheinungen wie Erschöpfungszuständen, Schwindelgefühlen, Magen-Darm-Beschwerden („Reizdarm“), Schwitzen, Unruhe oder Herzrasen. Man spricht dann von einer sogenannten „somatoformen Schmerzstörung“. Für ÄrztInnen und TherapeutInnen ist es entscheidend zu verstehen, dass diese PatientInnen tatsächlich an Schmerzen leiden und es sich hier nicht um „nur eingebildete“ Beschwerden handelt (Dohrenbusch 2007).

Meist wird die somatoforme Schmerzstörung nicht gleich erkannt, was zur Folge hat, dass ÄrztInnen und PatientInnen oft über viele Jahre hin-

weg eine körperliche Ursache der Beschwerden suchen. Nach jahrelanger Odyssee bei „SpezialistInnen“ und zahllosen diagnostischen und therapeutischen Interventionen ist es auch für die Betroffenen schwer, sich eine psychische Ursache

ihrer Beschwerden vorzustellen. Der Schwerpunkt der Behandlung sollte aber in einer Psychotherapie liegen, mit dem Ziel, die Schmerzwahrnehmung zu verändern und die zugrundeliegenden Konflikte zu bearbeiten (Widder & Frisch 2005).

Sind Frauen oder Männer wehleidiger? - Eine Antwort aus neurobiologischer Sicht

Der Volksmund behauptet oft: „Wenn Männer Kinder bekämen, wäre die Menschheit längst ausgestorben – so wehleidig, wie die Männer sind ...“ Betrachtet man aber die Menschen im Warteraum einer Schmerzambulanz, sieht man meist mehr Frauen als Männer dort sitzen.

Dass dies nicht nur an geschlechtsspezifischen Rollenbildern liegt, zeigen neueste wissenschaftliche Erkenntnisse. Es gibt tatsächlich neurobiologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen beim Schmerzempfinden, beim Auftreten einer Schmerzchronifizierung und vermutlich sogar bei der Wirksamkeit von Schmerzmitteln und beim Therapieerfolg. Zahlreiche Studien zur Häufigkeit von Schmerzen zeigen eindeutig, dass Frauen generell mehr unter Schmerzen leiden als Männer. Dies betrifft nahezu alle Arten von Schmerzen, wie beispielsweise Kopfschmerzen oder Schmerzen im Bewegungsapparat. Auch bei Experimenten mit Schmerzschwellen-Messungen wurden einheitlich niedrigere Werte (= erhöhte Schmerzempfindlichkeit) bei Frauen im Vergleich zu Männern festgestellt (siehe Abschnitt 6, insbesondere Kapitel 6.4.1).

Die Frage, warum Frauen schmerzempfindlicher sind, kann noch nicht zur Gänze beantwortet werden und ist Gegenstand der aktuellen Forschung. Einen wesentlichen Einfluss auf die Schmerzempfindlichkeit und Schmerzverarbeitung haben jedoch die Geschlechtshormone Östrogen und Progesteron bei der Frau und Testosteron beim Mann. Migräne ist zum Beispiel eine typisch hormonell beeinflusste Erkrankung, unter der besonders Frauen im gebärfähigen Alter leiden. Die hormonalen Veränderungen in der Schwangerschaft dagegen führen eher zu einer Unempfindlichkeit gegenüber Schmerzen.

Daher sind auch Studien zur unterschiedlichen Wirkung von Medikamenten bei Männern und Frauen kaum zu finden. Die meisten Medikamente wurden ausschließlich an Männern getestet, da bei diesen der Einfluss hormoneller Schwankungen weitaus geringer ist (Deutsche Schmerzgesellschaft 2017; Fillingim et al. 2009; Bartley & Fillingim 2013).

2

Messung und Klassifikation von Schmerzen

Schmerzen sind ein individuelles und von jedem Menschen anders empfundenes Sinnes- und Gefühlserlebnis. Daher gibt es kein objektives Verfahren, um ohne Mithilfe der Patientin/des Patienten die Schmerzstärke zu ermitteln.

In der klinischen Praxis und in der Forschung bedient man sich zur Dokumentation der Schmerzstärke verschiedener Skalen, wie z. B. der NRS (*Numeric Rating Scale*) von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (= stärkster vorstellbarer Schmerz) oder VAS (*Visuelle Analogskala*), um die Schmerzstärke von PatientInnen zu erfragen und zu dokumentieren.

Bei kleinen Kindern wird versucht, die Schmerzmessung durch Einsatz einer Smiley-Skala genauer zu erfassen. Dabei bewegt das Kind einen Schieber auf eines von mehreren Gesichtern, die einen eher lachenden oder weinenden Gesichtsausdruck zeigen. Auf der Rückseite kann die Schmerzstärke mittels einer visuellen Analogskala (VAS) abgelesen werden. Die so ermittelte Schmerzstärke ist stets individuell und spiegelt die Summe des körperlichen und seelischen Schmerzes wider.

Literatur und Datenquellen

Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings *Br J Anaesth* 2013; 111(1): 52-58.

Dohrenbusch R. Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen. Stuttgart: Kohlhammer, 2007.

Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC et al. Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. *J Pain* 2009; 10(5): 447-485.

Herbert M, Meißner W (Hg.). Aktuelle Schmerzmedizin. Aktualisierte Version. Eco-Med Verlag, 2017.

IASP – International Association for the Study of Pain, 1979.

Informationen der Deutschen Schmerzgesellschaft: <http://www.dgss.org/startseite/> (14.3.2017).

Schneider S, Schmitt H, Zoller S, Schiltenswolf M. Workplace stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: a representative study of the German working population. *Int Arch Occup Environ Health* 2005; 78: 253-269.

Widder B, Frisch SAL. Chronische Schmerzsyndrome. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2005: 293-310.

3



Datenquellen und Methoden



Inhalt

3	Datenquellen und Methoden	53
	Einleitung	53
	Statistische Datenquellen	54
	Qualitative Verfahren	57
	Verwendete Maßzahlen und statistische Verfahren	59

3 Datenquellen und Methoden

Felix Hofmann

Zusammenfassung

Dieses Kapitel bietet einen kompakten Überblick über alle für den Bericht herangezogenen Datenquellen und Methoden. Eine wichtige Quelle für statistische Daten zum Thema Schmerz sind nationale wie internationale Gesundheitsbefragungen. Für den vorliegenden Bericht wurden teilweise die publizierten Ergebnisse dieser Befragungen übernommen, teilweise wurden auf Basis der Originaldaten zusätzlich eigene Analysen durchgeführt. Zu den Gesundheitsumfragen, die das Thema „Schmerz“ behandeln, zählen der Survey of Chronic Pain in Europe, der National Health and Wellness Survey, der Austrian Health Interview Survey und die Österreichische Patientenbefragung. Weitere Quellen bilden, soweit verfügbar, die im Zuge von Dokumentationsprozessen erfassten Datenbestände von Organisationen, die Inhalte einschlägiger Studien sowie Fallbeschreibungen aus der therapeutischen Praxis. Es erfolgt außerdem eine Darstellung ausgewählter Maßzahlen, die in schmerzbezogenen Studien verwendet werden, um die Effektstärke der Einflussfaktoren auf Schmerzen und der Konsequenzen von chronischen Schmerzen zu quantifizieren.

Einleitung

Der vorliegende Bericht stellt einen Sammelband dar. Die darin wiedergegebenen Informationen, Standpunkte und Expertisen sind daher nicht das Ergebnis einer einheitlichen, durchgängig verwendeten Methodik. Vielmehr stützen sich die einzelnen Beiträge auf eine Vielfalt an Quellen, Erhebungsmethoden und Analyseverfahren, wobei letztere entweder von den AutorInnen selbst durchgeführt oder in den von ihnen zitierten Quellen verwendet wurden. Ziel dieses Kapitels ist es daher, einen verdichteten Überblick über alle direkt oder indirekt für den Bericht herangezogenen Datenquellen und Methoden zu geben.

Eine wichtige Quelle für statistische Daten zum Thema Schmerz bilden Gesundheitsbefragungen. Teilweise wurden die publizierten Ergebnisse aus diesen Befragungen übernommen, teilweise wurden auf Basis der Originaldaten zusätzlich eigene Analysen durchgeführt. Zu den nationalen und internationalen Gesundheitsumfragen, die auch das Thema „Schmerz“ behandeln, gehören die beiden internationalen Umfragestudien *Survey of Chronic Pain in Europe* (Breivik et al. 2006) und *National Health and Wellness Survey* (Eckert et al. 2017) sowie die beiden österreichischen Umfragen *Austrian Health Interview Survey* (Statistik Austria 2015) und *Österreichische Patientenbefragung* (Stein et al. 2010).

Ergänzend konnte in eingeschränktem Ausmaß auch auf Daten, die relevante Organisationen (wie Spitäler und Sozialversicherungen) im Zuge ihrer Dokumentationsprozesse routinemäßig sammeln, zugegriffen werden. Weiters finden sich in den Beiträgen jener AutorInnen, die aus der therapeutischen Praxis kommen, zahlreiche aufschlussreiche Fallbeschreibungen, weswegen in diesem Kapitel auch auf Hintergründe zur Methodik von Fallstudien eingegangen wird. Beschrieben werden darüber hinaus verschiedene Typen von Studien, deren Inhalte in Form von Zitaten in den Bericht eingeflossen sind. Am Ende des Kapitels erfolgt schließlich noch eine gesonderte Darstellung einiger ausgewählter Maßzahlen, die in solchen Studien zum Einsatz kommen, um sowohl die Stärke der Einflüsse auf chronischen Schmerz als auch die Stärke der vielfältigen gesellschaftlichen Auswirkungen von chronischem Schmerz zu quantifizieren.

Statistische Datenquellen

Es gibt kein offizielles Berichtssystem, in dem regelmäßig Statistiken zum Thema „chronischer Schmerz“ publiziert werden. Dies hängt damit zusammen, dass das Phänomen nur schwer abgrenzbar und messbar ist. *Begrifflich* unterscheidet man den *chronischen* Schmerz vom *akuten* üblicherweise dadurch, dass ersterer über die zu erwartende Zeitdauer der Heilung einer Gewebeschädigung hinaus anhält und somit seine Warnfunktion verloren hat (vgl. Treede et al. 2010: 207; siehe auch Kapitel 2). In der Praxis der Diagnoseerstellung bei einer oder einem Betroffenen ist es jedoch für die Ärztin oder den Arzt manchmal unmöglich festzustellen, ob ein Gewebeschaden, so er nicht mehr nachweisbar ist, je vorhanden war und ab wann nicht mehr. Wenn darüber hinaus

noch ein psychisches Problem vorliegt, besteht eine weitere Schwierigkeit darin, zu entscheiden, ob dieses oder doch ein körperlicher Schaden für die Chronifizierung ursächlich war. Als ebenfalls nicht unproblematisch gilt die Festlegung des Zeitpunkts, ab dem eine Chronifizierung angenommen wird. Die *International Classification of Diseases* legt per Konvention fest, dass dies ungeachtet der Schmerzursache ab einer Dauer von sechs Monaten der Fall sei. Diese Regel ist bei der Zuordnung relevanter Codes zu beachten¹ (vgl. Nilges & Rief 2010: 210). In anderen Erhebungen (z. B. Befragungen, siehe unten) kommen ebenfalls oft feste Zeitgrenzen zur Anwendung. Sie liegen meist bei drei oder sechs Monaten Schmerzdauer.

Gesundheitsbefragungen

Die meisten Erhebungen, die auf nationaler und internationaler Ebene zum Thema Schmerz durchgeführt werden, haben die Form von Befragungen. In Österreich wird, um Aussagen über die gesellschaftliche Bedeutung chronischer Schmerzen mit empirischen Daten zu untermauern, oft auf die europaweite Befragung *Survey of Chronic Pain in Europe* verwiesen, da diese auch österreichische Befragte miteinbezog und sich damit die heimischen Daten in einen internationalen Kontext stellen lassen. Insgesamt nahmen 16 Länder an dieser Umfrage teil. Die Ergebnisse wurden in Breivik et al. (2006) publiziert, wobei die Erhebung bereits im Jahr 2003 erfolgte und seitdem nicht wiederholt wurde. Wenngleich die Ergebnisse also nicht sehr aktuell sind, ist diese Studie nach wie vor dennoch eine der wichtigsten einschlägigen Datenquellen. Ihre Hauptfragestellung zielte darauf ab, Menschen zu identifizieren, die *aktuell* (d. h. im letzten Monat vor der Befragung) Schmerzen verspürten, welche schon mindestens *6 Monate* andauerten, mindestens *2 mal die Woche* auftraten und auf einer 10-teiligen Schmerzskala zumindest *mittlere Intensität* (ab Stufe 5) erreichten. Als Methode wurde das computerunterstützte Telefoninterview (CATI) ge-

wählt. Die Auswahl der Stichprobe erfolgte, stratifiziert nach Region, nach dem Zufallsprinzip. Grundlage dafür bildeten die Verzeichnisse der Festnetz-Telefonanschlüsse (Breivik et al. 2006: 289). Eine weitere Maßnahme, um Repräsentativität für die erwachsene Bevölkerung herzustellen, war die Gewichtung nach Alters- und Geschlechtsstruktur der teilnehmenden Länder. Die Stichprobengröße für alle Länder zusammen betrug $n=46.394$ (Nettostichprobe), wobei die Teilnahmeraten zwischen den Staaten stark variierten und Österreich mit einer Quote von nur 41 Prozent zu den Ländern mit der niedrigsten Ausschöpfung zählte. Da die InterviewerInnen jedoch eine Mindestzahl von 300 Teilnehmenden mit chronischem Schmerz erreichen mussten, war die Gesamt-Stichprobengröße mit $n=2.004$ in Österreich (wie auch in allen anderen Ländern) ausreichend groß.

Aktueller sind die Daten aus dem *National Health and Wellness Survey* (NHWS). Diese Erhebung ist trotz des Namens ebenfalls international ausgerichtet und wird auf Initiative der Consulting-Firma „Kantar Health“ ohne österreichische Beteiligung jährlich in mittlerweile zehn großen Ländern

¹ Dies betrifft explizit die Anwendung des 2009 neu eingeführten Codes F45.41 „chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“, der aber bei weitem nicht alle Diagnosen im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen umfasst, sondern eher als Kategorie zur Erfassung der Fälle mit unklar gebliebenen Ursachen (physisch oder psychisch) gedacht ist. Weitere Verbesserungen in der Diagnose chronischer Schmerzen verspricht die Einführung der aktualisierten Version der *International Classification of Diseases*, (ICD-11), die für 2018 geplant ist (siehe <http://www.who.int/classifications/icd/en/> sowie Ausführungen in Kapitel 5.2).

durchgeführt (USA, GB, ES, RU, JP, IT, DE, FR, CN und BR). Die Frage nach erlebten Schmerzzuständen, die aus einer Liste vordefinierter Antwortkategorien ausgewählt werden kann, bildet nur eine Komponente des insgesamt 36-teiligen Hauptfragenkatalogs, der viele Aspekte des Themas Gesundheit (SF-36v2) erfasst. Die Studie fokussiert überdies auf aktuelle Schmerzerlebnisse, die im letzten Monat vor der Befragung auftraten. Es wird bewusst keine Trennlinie zwischen akuten und chronischen Schmerzen definiert, da eine solche als willkürlich erachtet wird (Langley 2011). Die *Gesamtschmerzdauer*, die für einen solchen „Cut-Off“ (sonst meist 3 oder 6 Monate) notwendig wäre, wird daher nicht erhoben, wodurch der im NHWS verwendete Schmerz begriff recht breit wird. *Regelmäßigkeit* („wöchentlich oder seltener“, „2–3 Mal“, „4–6 Mal“ pro Woche oder „täglich“) und *Intensität* („schwache“, „mittelmäßige“ und „starke“ Schmerzen) werden aber sehr wohl mit erhoben². Bei diesen beiden Indikatoren können die untersten Kategorien bei der Analyse auch weggelassen werden, was „Flexibilität“ in der Auswertung erlaube (Langley 2011: 475). Die Erhebungen im Rahmen des NHWS sind prinzipiell als *Onlineumfragen* konzipiert. Außerhalb der USA wurde jedoch auch über traditionellere Kanäle (Telefon) rekrutiert, um ältere Leute, die seltener Internetzugang haben, besser zu erreichen (Baker et al. 2017: 2; Vo et al. 2017). Die Auswahl erfolgt über ein Zufallsverfahren, jedoch stratifiziert nach Alter, Geschlecht und Ethnizität (Eckert et al. 2017). Dies soll die Repräsentativität für die Bevölkerung ab 18 Jahren gewährleisten. Die gesamte Stichprobengröße für die fünf teilnehmenden europäischen Länder betrug im Jahr 2016 n=80.600. Eine Teilnahme rate ist nirgends angegeben, was wahrscheinlich daran liegt, dass die registrierten NutzerInnen einer Online-Plattform für bezahlte Umfragen die Basis für die Stichprobenziehung bildeten (Vo et al. 2017).

Auf nationaler Ebene kommt das Thema Schmerz ebenfalls als ein Bestandteil von breiter gefassten Gesundheitssurveys vor. Für Österreich ist hierzu die **Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS (Austrian Health Interview Survey)** als wichtige Informationsquelle zu nennen. Ihr Durchführungszeitraum erstreckte sich von Oktober 2013 bis Juni 2015 (Statistik Austria 2016: 5). Die Ergebnisse

sind also relativ aktuell. Da die Befragung, ähnlich wie der NHWS, nicht speziell auf das Thema chronischer Schmerz hin konzipiert wurde, bedurfte es vor der Datenauswertung einiger Änderungen bei den Indikatoren: So wurden mehrere Indikatoren zusammengefasst und Umkodierungen bei den Kategorien vorgenommen (siehe Kapitel 9.1). Auf diese Weise lässt sich eine annähernde Vergleichbarkeit zu den oben angeführten Studien erreichen, die mit eigenen bzw. besser ausgearbeiteten Definitionen der Begriffe „Schmerz“ und „chronisch“ arbeiten. Primär handelt es sich beim ATHIS ebenfalls um eine computerunterstützte Telefonumfrage (CATI), die jedoch um eine schriftliche, postalisch durchgeführte Befragung ergänzt wurde. Die Rekrutierung der Befragten erfolgte auf Basis des TeilnehmerInnen-Pools am (quartalsweise stattfindenden) Mikrozensus, dessen Grundlage das zentrale Melderegister (ZMR) bildet. Die Stichprobenziehung erfolgte, räumlich geschichtet nach österreichischen Versorgungsregionen, mittels Zufallsprinzip. Angestrebt wurde Repräsentativität für die österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Pro Versorgungsregion musste eine Mindeststichprobengröße erreicht werden (für Wien: n=560), was eine Bruttostichprobe von 38.768 (kontaktierten) Personen erforderlich machte, da die Ausschöpfung nur 40,7 Prozent betrug. 15.771 Personen nahmen schließlich an der Befragung teil. Im ATHIS-Datensatz wurden außerdem verschiedene Gewichtungsfaktoren verwendet, um Abweichungen zwischen der soziodemografischen Struktur der Stichprobe und jener der Versorgungsregionen auszugleichen sowie die sich nach sozialer Gruppe unterscheidenden Response-Wahrscheinlichkeiten zu berücksichtigen (Statistik Austria 2016: 11).

Im Gegensatz zu den oben vorgestellten nationalen und internationalen Datenquellen richtete sich die im zweiten Halbjahr 2008 durchgeführte **Österreichische Patientenbefragung** gezielt an Personen, die bereits als chronische SchmerzpatientInnen identifiziert wurden. Aus den Daten lässt sich also keine Aussage zur generellen Verbreitung chronischer Schmerzen in der Bevölkerung ableiten. Ziel war es vielmehr, das „subjektive Erleben und Befinden der Betroffenen und subjektive Beeinträchtigungen (...) des täglichen Lebens“ zu erforschen, unter anderem um damit

² Von der verwendeten Definition sind also prinzipiell auch kurz dauernde, mildere und schwächere Schmerzformen erfasst, solange sie im letzten Monat auftraten.

die Planung der Gesundheitsversorgung zu unterstützen (Stein et al. 2010). Bereits für die Erstellung des verwendeten Fragebogens wurden Betroffene (n=11) im Rahmen einer Fokusgruppe einbezogen. Das Erhebungsinstrument bestand schließlich aus 69 Fragen, die SchmerzpatientInnen österreichweit gestellt wurden. Die Identifizierung von Betroffenen erfolgte österreichweit über bekannte Arztpraxen, Schmerzambulanzen und Selbsthilfegruppen. Die Verantwortlichen wurden gebeten, „die Fragebögen in ihren Räumlichkeiten aufzulegen und ihre chronischen Schmerzpatienten auf diese aufmerksam zu machen“ (Stein et al. 2010: 469). Auf der Homepage der durchführenden Or-

ganisation (Peri Consulting) finden sich keine Informationen darüber, ob dafür eine bestimmte Definition des chronischen Schmerzes vorgegeben wurde. Von den insgesamt ausgegebenen 8.000 Fragebögen wurden 565 ausgefüllt (w/m: 65%/35%), was einem Rücklauf von 7,06 Prozent entspricht (Stein et al. 2010). Themen der Befragung bildeten unter anderem die Zufriedenheit der PatientInnen mit ihrer Behandlung, die beanspruchten Therapien, die Regelmäßigkeit der Arztkonsultationen, die Informationsbedürfnisse der PatientInnen, ihr subjektives Wohlbefinden sowie die Auswirkungen des chronischen Schmerzes auf ihr Berufsleben (Peri Group 2010).

Dokumentationsdaten

Aufgrund des Fehlens einer zentralen Erfassung und strenger Bestimmungen für die Weitergabe von personenbezogenen Daten standen Informationen, die das österreichische Gesundheitswesen routinemäßig zum Zweck der Dokumentation von Diagnosen und Leistungen produziert, nur in eingeschränktem Maß für eigene Analysen im Rahmen dieser Publikation zur Verfügung. Ein Teil der Auswertungen in Kapitel 9.1 basiert auf einem pseudonymisierten Auszug aus Dokumentationsdaten der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der vom Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) betriebenen Spitäler. Bei der Erstellung dieses Auszuges wurde anhand ausgewählter Kriterien, die sich hauptsächlich auf bestimmte Haupt- und Nebendiagnosen sowie die wiederholte Inanspruchnahme schmerztypischer Leistungen beziehen, eine Gruppe von Personen identifiziert, die als chronische SchmerzpatientInnen zu bezeichnen sind, wobei onkologische PatientInnen und Schwangere weitgehend exkludiert wurden. Daraus resultierte ein Sample von n=52.055 Personen, das um eine nach Alter, Geschlecht und Wohnort „gematchte“ Vergleichsgruppe von weiteren 52.055 Personen ergänzt wurde. Mit diesem Datensatz konnten die beiden Personengruppen hinsichtlich ihrer *Spitalshäufigkeit*, ihres *beruflichen Status* und einiger Indikatoren zu *Inanspruchnahmen außerhalb des stationären Bereichs* miteinander verglichen werden (siehe Kapitel 9).

Um Zusammenhänge mit Indikatoren, die den *stationären Bereich* betreffen, zu untersuchen, reichten die in diesem Datensatz enthaltenen Informationen allerdings nicht aus. Dazu wurde auf ein Subsample zurückgegriffen, für das den AutorInnen auch Informationen zu *Verweildauern*, *Nulltagesaufenthalten*, *Diagnosen* und *medizinischen Einzelleistungen* vorlagen. Dieses umfasste nur 3.325 Personen, denn es beschränkte sich auf jene, die zuerst im niedergelassenen Bereich als chronische SchmerzpatientInnen identifiziert *und* später auch mit einer schmerzspezifischen Haupt- *oder* Nebendiagnose in einem KAV-Spital stationär aufgenommen wurden. Die „statistischen Zwillinge“ wiesen nur wenige solcher Spitalsaufnahmen auf und fielen großteils aus dem Sample, weshalb ein Kontrollgruppenvergleich nicht mehr möglich war. Es konnten jedoch Vergleiche zwischen *weiblichen* und *männlichen* SchmerzpatientInnen angestellt werden (siehe dazu Kapitel 6.3).

Repräsentativität für eine relevante Grundgesamtheit, etwa „die Wiener Wohnbevölkerung“ (wie bei ATHIS) oder „die an chronischen Schmerzen leidenden WienerInnen“, können die erwähnten Auszüge aus den Dokumentationsdaten streng genommen nicht beanspruchen, da weder ihre Auswahl noch die Aufteilung auf Vergleichsgruppen zufällig erfolgte. Im Fall der größeren Ausgangsstichprobe wurde jedoch mit der Technik des „Matchings“ nach ausgewählten Merkmalen (vgl. Schnell et al. 2005: 222) versucht, Vergleichbarkeit zwischen Pa-

tientInnen mit und ohne chronischen Schmerzen herzustellen. Bei Generalisierungen ist also Vorsicht geboten. Dennoch vermitteln die Ergebnisse einen Eindruck der Bedeutung von chronischem Schmerz für das Wiener Gesundheits- bzw. Spitalsystem.

Ebenso basieren einige der zitierten statistischen Publikationen öffentlicher Stellen oder internationaler Organisationen auf Daten der Abrechnungs- und Leistungsdokumentation. In Österreich werden z. B. die Daten über das Gesamtniveau der Gesundheitsausgaben von der Statistik Austria bei

den relevanten Finanziers im Gesundheitswesen (Sozialversicherungen, Landesgesundheitsfonds etc.) gesammelt und verarbeitet – und zwar gestützt auf die europaweit standardisierte Methodik des „*System of Health Accounts*“. Die betreffenden Kennzahlen sind gemäß einer EU-Verordnung an Eurostat zu übermitteln. Sie werden öffentlich zugänglich gemacht und können direkt über die Datenbank von Eurostat³ abgerufen oder im Webangebot von Statistik Austria⁴ bzw. in Publikationen wie „*Health at a Glance*“ (OECD/EU 2016) recherchiert werden.

Qualitative Verfahren

Fallstudien

Im Rahmen ihrer Beiträge zu diesem Bericht benutzen einige der mitwirkenden ExpertInnen oft Praxisbeispiele, um Phänomene rund um das Thema Schmerz anhand ihrer Alltagserfahrungen mit PatientInnen zu veranschaulichen. Die detailreiche und umfassende Beschreibung einiger weniger „Fälle“ (im vorliegenden Fall personenbezogener Beispiele) im Kontext realer Lebenssituationen (z. B. einer medizinischen Untersuchung oder einer Therapiesitzung) ist typisch für die Methodik der Fallstudie (Thomas 2011: 512). Der Fall wird dabei auch als „Subjekt“ bezeichnet, der mithilfe eines analytischen bzw. interpretativen Rahmens (auch „Objekt“ genannt) „beleuchtet und erklärt“ wird (ebda: 513). Konkret wird dabei, wie etwa in Kapitel 6, ein bestimmtes Phänomen – beispielsweise das unterschiedliche Schmerzverhalten und unterschiedliche Schmerzstrategien von Menschen aus orientalischen und westlich geprägten Kulturkreisen – nicht nur beschrieben, sondern es werden auch Erklärungen angeboten. So wird zum

Beispiel auf die größere Beziehungs- bzw. Familienorientierung in bestimmten Kulturen verwiesen oder auch auf die Tabuisierung seelischer Schmerzen, die zur Somatisierung dieser Beschwerden führen kann. Insofern dienen die in den Beiträgen präsentierten Fallbeispiele keineswegs nur illustrativen Zwecken, sondern auch der Untermauerung bestimmter Erklärungsmuster. Damit lassen sie sich den (zumindest implizit) theoriegeleiteten Fallstudien zuordnen (Thomas 2011: 516). Schließlich gründet sich die Expertise der AutorInnen auch auf theoretisch fundiertes Fachwissen. In Fallstudien können prinzipiell Daten aus verschiedenen (auch quantitativen) Quellen integriert werden (Baxter & Jack 2008: 554). Als „teilnehmend Beobachtende“ waren die AutorInnen der vorliegenden Beiträge aber selbst aktiv in das relevante Geschehen involviert und nahmen kommunikativ daran teil. Ihre Datengrundlage besteht aus Beobachtungen und Erfahrungen, die sie dabei machten.

³ Datenbank von Eurostat siehe: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

⁴ Webangebot von Statistik Austria siehe: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben.

Literaturquellen

Die einzelnen Beiträge verfolgen in unterschiedlichem Ausmaß auch das Ziel, den aktuellen Stand der Forschung zum jeweiligen Thema wiederzugeben. Die AutorInnen gehen dazu auf die aus ihrer Sicht maßgeblichen Studien ihres Fachgebietes ein. Zitiert werden dabei verschiedene Typen von Studien. Die auf dem Gebiet der evidenzbasierten Medizin gebräuchliche **Evidenzhierarchie** stellt eine Typologisierung der unterschiedlichen Studienformen dar (vgl. Greenhalgh 2003: 80f). Demnach stellen „*sekundäre Forschungsarbeiten*“, also jene, die eine Synthese der Ergebnisse früherer Arbeiten (sogenannter Primärstudien) vornehmen, die höchste Form der Evidenz dar. Darunter fallen zum einen systematische Reviews: Sie zeichnen sich in Abgrenzung bloßer Zusammenfassungen durch besonders strenge methodische Vorgaben aus (Greenhalgh 2003: 69) – unter anderem hinsichtlich Literaturrecherche, -auswahl und -bewertung. Meta-Analysen gehen auf dieser Basis noch einen Schritt weiter und versuchen mittels statistischer Techniken eine quantitative Synthese der Ergebnisse der Primärstudien. Da diese sich jedoch mitunter hinsichtlich ihrer „Studienqualität, Untersuchungspopulation, Treatment-Implementierung oder Messverfahren“ unterscheiden (Schnell et al. 2005: 467), ist eine gewisse Homogenität der Basisstudien Voraussetzung, um eine Meta-Analyse sinnvoll erscheinen zu lassen.

In der klassischen Interpretation der Evidenzhierarchie⁵ folgen danach randomisierte kontrollierte

Studien („echte“ Experimente), Panel- bzw. Kohortenstudien⁶, Fall-Kontrollstudien, Querschnittstudien und schließlich Fallberichte.

Begründet wird diese Hierarchisierung damit, dass sich die Forschungsdesigns besser oder schlechter (bis gar nicht) dazu eignen, Kausalitäten nachzuweisen, indem Störfaktoren und Alternativerklärungen ausgeschlossen werden. Mit experimentellen Designs⁷ sowie in Panel- bzw. Kohortenstudien kann dies ganz gut gelingen (Schnell et al. 2005: 224, 237; Greenhalgh 2003: 76f). Bei den anderen Studienformen muss man sich mehr oder minder damit abfinden, beobachtete Zusammenhänge als Hinweise auf eine mögliche Kausalität zu betrachten. Allerdings sollte bedacht werden, dass die einzelnen Studienarten oft ganz andere Qualitäten aufweisen, die für die Hierarchisierung gar nicht berücksichtigt werden. So sind Querschnittstudien, wie sie auch viele Surveys in der Epidemiologie und Gesundheitsforschung⁸ darstellen, besonders geeignet nachzuweisen, wie weit Einstellungen oder nicht flächendeckend diagnostizierte Erkrankungen und Beschwerden in größeren Bevölkerungsgruppen verbreitet sind (vgl. Greenhalgh 2003: 71, 79). Die Stärke von Fallstudien besteht wiederum darin, die untersuchten Fälle ausführlicher, detaillierter und für Laien verständlicher zu beschreiben und zeitnah wichtige Hinweise zu liefern (Greenhalgh 2003: 80).

5 Evidenzhierarchie: Rangordnung der Nachweisbarkeit, z. B. der Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen.

6 In Panel- bzw. Kohortenstudien wird dieselbe Gruppe von Personen über einen längeren Zeitraum beobachtet.

7 Bei experimentellen Designs werden Personen nach dem Zufallsprinzip Vergleichsgruppen zugeordnet, wobei zumindest eine Gruppe einer „Versuchsbedingung“ (Intervention) und eine der Kontrollbedingung ausgesetzt wird. Anschließend wird anhand von Messungen überprüft, ob die Intervention eine Wirkung entfaltet.

8 Surveys wie z. B. ATHIS, Survey of Chronic Pain in Europe etc.

Verwendete Maßzahlen und statistische Verfahren

In Abschnitt 9, welcher sich mit den sozioökonomischen Konsequenzen und gesundheitspolitischen Herausforderungen von chronischem Schmerz beschäftigt, werden die Ergebnisse etlicher Primärstudien verarbeitet und dargestellt. Diese haben die vielfältigen Auswirkungen des chronischen Schmerzes auf die soziale und ökonomische Situation sowie das Alltagsleben der Betroffenen bzw. auf die Gesellschaft insgesamt zum Thema. Zumeist wird die Stärke (bzw. die praktische Relevanz) solcher Effekte mit Maßzahlen dargestellt, die sich für nominalskalierte Outcomes⁹ eignen. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um das „relative Risiko“ (RR = risk ratio) und das „Quotenverhältnis“ (OR = odds ratio). Beides sind Assoziationsmaße und können prinzipiell alle Werte über Null annehmen, wobei die Richtung des beschriebenen Zusammenhangs davon abhängt, ob der berechnete Wert zwischen 0 und 1 (negativer Zusammenhang) oder über 1 (positiver Zusammenhang) liegt. Was die Stärke der Assoziation betrifft, gilt Folgendes: Werte knapp über bzw. unter 1 signalisieren einen schwachen positiven bzw. negativen Effekt, Werte weit über 1 oder nahe bei 0 einen starken positiven bzw. negativen Effekt. Berechnungsunterschiede zwischen RR und OR führen dazu, dass die Werte der OR generell größer sind, wodurch Zusammenhänge manchmal etwas überschätzt werden. Bedeutend sind Odds Ratios im Zusammenhang mit logistischen Regressionsmodellen¹⁰, da die berechneten Regressionskoeffizienten in sie umgewandelt werden können. Dadurch ergeben sich leicht interpretierbare Maße für die Stärke aller Einflussfaktoren, die im Modell enthalten sind (Backhaus et al. 2003: 431f, 443f). Berichten lassen sich OR und RR am Beispiel des Zusammenhangs „chronischer Schmerz und beruflicher Status“ etwa wie folgt: „bei chronischem Schmerz ist die Quote bzw. das Risiko für Arbeitslosigkeit um den Faktor F bzw. um das F-fache erhöht“¹¹.

Bei der Beurteilung der praktischen Relevanz von OR und RR ist Folgendes zu beachten: auf allgemein niedrigem Niveau suggerieren die Werte für RR oder OR oft einen relativ großen Effekt, auch wenn die Differenz der Anteile (=„Risikodifferenz“) zwischen verglichenen Gruppen sehr klein ist¹². Das heißt, die negativen Auswirkungen des Einflussfaktors betreffen dann trotzdem nur so wenige Leute, dass für etwaige Gegenmaßnahmen eine sehr große „number needed to treat“ (Menge an Personen, die die Intervention erreichen müsste) notwendig wäre, um die Situation einer nennenswerten Zahl von Betroffenen zu verbessern (Posch & Rosenkranz 2016: 5). Dies kann oft nur mit sehr teuren, flächendeckenden Maßnahmen erreicht werden. Es ist im Einzelfall abzuklären, ob der Aufwand dafür gerechtfertigt ist.

9 Unter die nominalskalierten Outcomes fallen z. B. die dichotomen Merkmale chronischer Schmerz (ja/nein) oder „arbeitslos“ (ja/nein). Eines von beiden wird dabei oft als „Einfluss“ auf oder „Bedingung“ für das Andere betrachtet, obwohl die Maße eigentlich nur etwas über Zusammenhänge (Assoziationen) aussagen. Über die Richtung der Kausalität lässt sich daher meist theoretisch diskutieren.

10 Logistische Regressionsmodelle unterscheiden sich von der linearen Regression dadurch, dass sie Einflüsse auf nominalskalierte Outcomes modellieren.

11 Im Fall logistischer Regressionsmodelle mit metrischen Einflussvariablen müsste es heißen: der Anstieg einer unabhängigen Variable um eine Einheit erhöht die Eintrittschance für Arbeitslosigkeit um den Faktor F (vgl. Backhaus et al. 2003: 444).

12 Erhöht z. B. ein Einflussfaktor den Anteil der von einer Krankheit Betroffenen von 2 auf 3 Prozent, so ergibt sich daraus ein relativ hohes OR von 1,55, obwohl der Anteilsunterschied nur einen Prozentpunkt beträgt.

Literatur und Datenquellen

- Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R. Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 10. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, 2003.
- Baker CL, Flores NM, Zou KH et al. Benefits of quitting smoking on work productivity and activity impairment in the United States, the European Union and China. *International Journal of Clinical Practice* 2017; 71(1): 1-10.
- Baxter P, Jack S. Qualitative case study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report* 2008; 13(4): 544-559.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2006; 10(4): 287-287.
- Eckert L, Gupta S, Gadkari A et al. Burden of illness in atopic dermatitis patients by self-reported severity: analysis of National Health and Wellness Survey data from France, Germany, Italy, Spain and the UK. Poster presented at the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), June 17–21, 2017, Helsinki, Finland.
- Greenhalgh T. Einführung in die Evidence-based Medicine: kritische Beurteilung klinischer Studien als Basis einer rationalen Medizin. Bern: Verlag Hans Huber, 2003.
- Langley PC. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Current Medical Research & Opinion* 2011; 27(2): 463-480.
- Nilges P, Rief W. F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. *Der Schmerz* 2010; 24(3): 209-212.
- OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2016.
- PERI Group. Erster Österreichischer Patientenbericht „Chronischer Schmerz“. *Periskop* 2010; 39(13). Verfügbar unter: <http://www.patientenbericht.at/presse.html>.
- Posch M, Rosenkranz G. Interpretation von Effektgrößen in klinischen Studien. *Pharmainformation* 2016; 31(2): 4-6.
- Schnell R, Hill PB, Esser E. Methoden der empirischen Sozialforschung. 7. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 2005.
- Statistik Austria. Standard-Dokumentation zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. Bundesanstalt Statistik Österreich, Direktion Bevölkerung / Bereich Demographie, Gesundheit, Arbeitsmarkt. Wien, 2016. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/index.html.
- Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien, 2015.
- Stein KV, Dorner TE, Ilias W, Rieder A. Schmerzpatienten und ihre Erwartungen an die ärztliche Versorgung – Ergebnisse aus dem österreichischen Patientenbericht. *Schmerz* 2010; 24: 468-473.
- Thomas G. A typology for the case study in social science following a review of definition, discourse, and structure. *Qualitative Inquiry* 2011; 17(6): 511-521.
- Treede RD, Müller-Schwefe G, Thoma R. Kodierung chronischer Schmerzen im ICD-10. *Der Schmerz* 2010; 24(3): 207f.
- Vo P, Fang J, Bilitou A et al. Burden of migraine in the 5 EU from the patient perspective: A cross-sectional analysis of National Health and Wellness Survey (NHWS) data. Poster presented at the 3rd Congress of the European Academy of Neurology, Amsterdam, June 24–27, 2017.

4

Epidemiologie

Inhalt

4	Epidemiologie	63
	Einleitung	63
	Verbreitung, Auswirkungen und therapeutische Versorgung von chronischen Schmerzen	64
	Bedarf und Notwendigkeit multimodaler, interdisziplinärer Schmerztherapie unter	
	Einbeziehung psychosozialer krankheitsbeeinflussender Faktoren	68
	Resümee	71

4 Epidemiologie

Ekkehard Schweitzer

Zusammenfassung

Rund 20 Prozent der erwachsenen ÖsterreicherInnen geben an, unter chronischen Schmerzen mittlerer bis starker Intensität zu leiden. Die am häufigsten betroffenen Körperregionen sind Rücken und Gelenke (Arthroseschmerzen) sowie Kopfschmerzen. Chronische Kopfschmerzen sind eher ein Phänomen des jungen Erwachsenenalters. Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates nehmen hingegen im höheren Lebensalter zu. Mit der Verschiebung der Alterspyramide ist daher in den nächsten Jahren mit einer Zunahme von chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates zu rechnen. Schmerzen sind aber auch das häufigste Symptom von Tumorerkrankungen. Je nach Stadium leiden 50 bis 80 Prozent der KrebspatientInnen an Schmerzen, wobei rund 65 Prozent der Schmerzen tumorbedingt sind.

Schmerz bedeutet jedoch nicht nur körperliches Leid, sondern hat vor allem erhebliche Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden, führt zu Beeinträchtigungen des Familien- und Arbeitslebens sowie der Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe. Gleichzeitig beeinflussen psychische und soziale Faktoren wiederum ganz wesentlich die Möglichkeiten der Schmerzbewältigung, wodurch ein sich verstärkender Kreislauf entsteht. Ohne Behandlung krankheitsbeeinflussender psychischer und sozialer Faktoren ist eine erfolgreiche Rehabilitation nicht möglich. Nicht zuletzt verursachen chronische Schmerzen auch erhebliche Kosten für die Gesellschaft.

Für Österreich errechnet sich eine Zahl von mindestens 500.000 bis 600.000 Personen, die an stark beeinträchtigenden chronischen Schmerzen leiden und einer spezialisierten ärztlichen Versorgung bedürfen. Für ein Zehntel dieser SchmerzpatientInnen (50.000 bis 60.000 Personen) wäre eine multimodale, interdisziplinäre schmerztherapeutische Behandlung unter bio-psycho-sozialen Gesichtspunkten erforderlich. Umgerechnet auf Wien besteht demnach ein Bedarf an multimodal-interdisziplinären Schmerzzentren für ca. 12.000 bis 14.000 PatientInnen.

4

Einleitung

Chronische Schmerzen sind ein allgegenwärtiges Phänomen, das viele Erkrankungen begleitet. Häufig sind es Schmerzen, die PatientInnen erst veranlassen, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zu den häufigsten chronischen Schmerzproblemen gehören Rücken- und Kopfschmerzen. Andere Formen chronischer Schmerzen sind Arthrose- und entzündliche Schmerzen sowie viszerale und Tumorschmerzen.

Von chronischen Schmerzen spricht man, wenn der Schmerz die „durchschnittliche Heilungszeit“ einer akuten Erkrankung überdauert. Häufig wird als Grenze eine Schmerzdauer von länger als drei Monaten, in anderen Studien von länger als sechs Monaten angenommen. Neben der retrospektiven Schmerzdauer („länger als 3 bzw. 6 Monate“) ist ein entscheidender Faktor aber die Prognose, das

heißt die Aussicht auf Schmerzlinderung und Rehabilitation. PatientInnen in einem hohen Chronifizierungsstadium bzw. mit hochgradig dysfunktionalen Schmerzen und PatientInnen mit begleitender Depression, Angststörung oder Substanzproblemen haben ohne spezialisierte schmerztherapeutische Behandlung eine ungünstige Prognose. Rehabilitation ohne Berücksichtigung psychosozialer Faktoren führt bei hochgradig chronifizierten SchmerzpatientInnen kaum zu einem lang anhaltenden Effekt (Hüppe & Raspe 2005; Hüppe & Raspe 2003).

Verbreitung, Auswirkungen und therapeutische Versorgung von chronischen Schmerzen

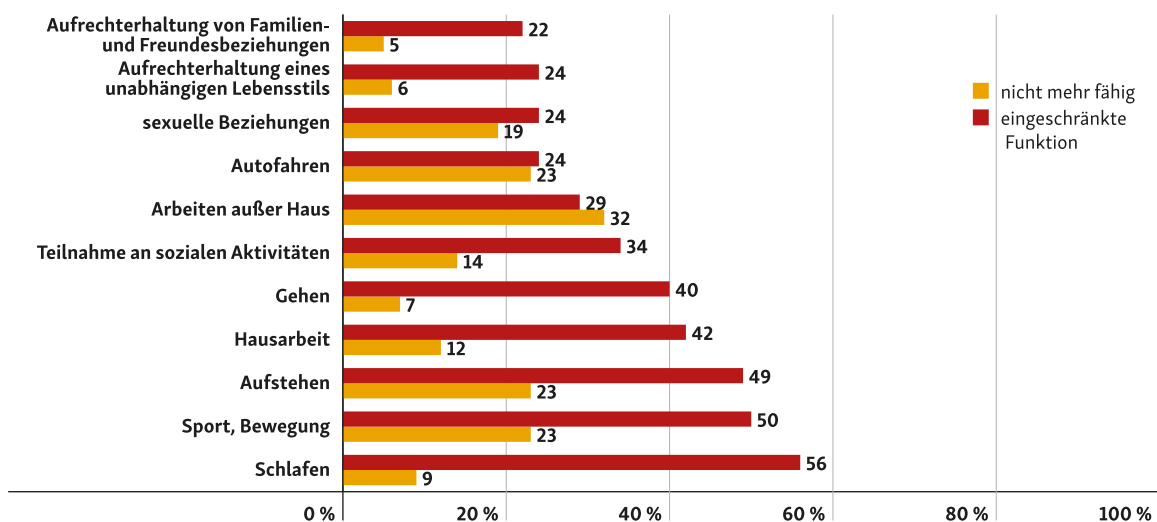
Fast jede/r niedergelassene Ärztin/Arzt muss sich – je nach Fachrichtung mit unterschiedlicher Häufigkeit – mit akuten und chronischen Schmerzen befassen. So gaben in einer Umfrage in deutschen Ordinationen 45 Prozent der PatientInnen Schmerzen als aktuellen Grund ihres Arztbesuchs an. In allgemeinmedizinischen Ordinationen betrug der Anteil 40 Prozent, in orthopädischen Ordinationen über 80 Prozent, in neurologischen Praxen etwas weniger als die Hälfte aller PatientInnen. Insgesamt gaben 50 Prozent der PatientInnen in allgemeinmedizinischen Ordinationen an, chronische Schmerzen zu haben, 13 Prozent litten unter akuten Schmerzen (Friessem et al. 2010).

Internationalen Studien zufolge sind sowohl Menschen mit nicht-tumorassoziierten Erkrankungen (Eriksen et al. 2003) als auch mit tumorassoziierten Erkrankungen jeden Stadiums (van den Beuken-van Everding et al. 2007) nach wie vor schmerztherapeutisch unterversorgt. Bei „richtiger“ Vorgehensweise könnten viele dieser PatientInnen ausreichend und wirksam in allen Stufen der Versorgung behandelt werden (Zenz et al. 2013). Vielfach werden jedoch die zahlreichen Facetten des Schmerzes nur

unvollständig oder überhaupt nicht berücksichtigt. Dies trifft insbesondere auf psychische Faktoren zu, die den Schmerz beeinflussen können.

Wie in der einschlägigen und groß angelegten internationalen Studie (15 europäische Länder und Israel) von Breivik et al. (2006) dokumentiert, hat Schmerz erhebliche Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden, Familien- und Arbeitsleben sowie die Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe. Der Schlaf ist beeinträchtigt, die Möglichkeiten körperlicher Betätigung sind eingeschränkt, Hausarbeit sowie Arbeit außer Haus ist oft nur mehr eingeschränkt möglich, soziale Beziehungen werden reduziert bis unmöglich etc. (siehe Abbildung 4.1). 19 Prozent gaben an, aufgrund der Schmerzen ihre Arbeit verloren zu haben, 13 Prozent wechselten infolge der Schmerzen die Arbeit und 16 Prozent die Aufgabenbereiche. Bei 21 Prozent der SchmerzpatientInnen wurde eine Depression diagnostiziert (siehe dazu auch Kapitel 7.3). Die nachfolgende Grafik zeigt den Anteil der Befragten, die aufgrund ihrer Schmerzen entweder eingeschränkt oder gänzlich unfähig waren, die genannten Aktivitäten auszuüben.

Abb. 4.1 Einfluss chronischer Schmerzen auf die täglichen Aktivitäten



Quelle: Daten aus Breivik et al. 2006; Übersetzung und Grafikerstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.
Anzahl der Interviewten: 4.839.

Chronische Schmerzen haben jedoch auch weitreichende psychosoziale und wirtschaftliche Konsequenzen für jede einzelne betroffene Person

(Breivik et al. 2006) und verursachen erhebliche Kosten für die Gesellschaft. Abschnitt 9 liefert dazu eine detaillierte Darstellung.

Schmerzen bei Tumorerkrankungen (internationale und europäische Daten)

Internationale und europäische Daten belegen, dass Schmerzen das häufigste Symptom von Tumorerkrankungen sind (Zenz et al. 2013: 164ff.). Bis zu 50 Prozent der PatientInnen im Frühstadium, 70 Prozent der PatientInnen im fortgeschrittenen Stadium mit Metastasen und über 80 Prozent der PatientInnen im Terminalstadium leiden unter Schmerzen. Rund 65 Prozent der Schmerzen sind tumorbedingt: Knochen- und Weichteilinfiltrationen, Kompression und Infiltration von Nerven-, Blut- und Lymphgefäßen, Lymphödeme sowie daraus resultierende Durchblutungsstörungen, Tumornekrosen an Schleimhäuten mit Ulzerationen und Perforationen, Hirnödem und andere Ursachen. Ein Teil der Schmerzen ist therapiebedingt: Operations- und Bestrahlungsfolgen oder Nebenwirkungen der Chemotherapie. Ein weiterer Teil ist tumorassoziiert: Paraneoplastische Syndrome, Zosterneuralgien, Pilzinfektionen, Venenthrombosen, Dekubitus.

Bei 90 Prozent der PatientInnen ist unter Ausnutzung aller Möglichkeiten eine ausreichende Schmerzlinderung möglich. In einer europaweiten, 2006 bis 2007 durchgeführten Umfrage an TumorpatientInnen gaben 56 Prozent der befragten TumorpatientInnen an, unter mäßigen bis starken Schmerzen zu leiden. Bei 30 Prozent der Befragten war Schmerz das Erstsymptom, das sie zur Ärztin/zum Arzt geführt hatte. Knapp ein Viertel der PatientInnen mit mäßig bis starken Schmerzen erhielten überhaupt keine analgetische Medikation. Bis zu 46 Prozent der PatientInnen (nach Ländern unterschiedlich) gaben an, bei Kontrolluntersuchungen nie nach ihren Schmerzen gefragt zu werden. Nur 41 Prozent der PatientInnen gaben an, stark wirksame Opioide verschrieben zu bekommen, und 50 Prozent der PatientInnen meinten, dass ihre Lebensqualität von den Behandelnden als nicht prioritär angesehen würde (Breivik et al. 2009).

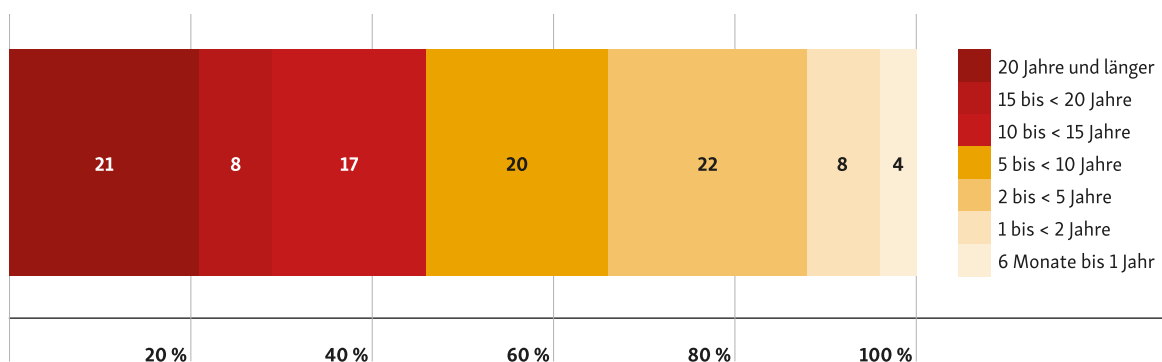
Nicht-tumorassoziierte Schmerzen (internationale und europäische Daten)

In einer groß angelegten, 2003 in 15 europäischen Ländern und Israel durchgeführten Telefonumfrage (Breivik et al. 2006) gaben 19 Prozent der Befragten an, in den letzten sechs Monaten mäßige bis starke Schmerzen gehabt zu haben, in der Woche vor dem Interview ebenfalls Schmerzen gehabt zu haben und durchschnittlich mindestens zweimal pro Woche Schmerzen zu haben. Die Antwort wurde nur als positiv gewertet, wenn die Befragten eine Schmerzstärke von mindestens 5 auf einer numerischen Ratingskala von 1 bis 10 angaben. Die Prävalenz war von Land zu Land unterschiedlich und bewegte sich zwischen 12 bis 30 Prozent, in Öster-

reich 21 Prozent. Die Häufigkeiten in dieser Studie sind in Übereinstimmung mit anderen Studien (Blyth et al. 2001; Eriksen et al. 2003; Rustoen et al. 2004).

Weiterführende Tiefeninterviews von fast 5.000 chronisch Schmerzkranken im Alter von über 18 Jahren ergaben, dass nur ein kleiner Teil (12%) der Befragten mit chronischen Schmerzen weniger als zwei Jahre an diesen Schmerzen leidet; der überwiegende Teil (88%) hatte die Schmerzen bereits länger (siehe Abbildung 4.2), im Durchschnitt sieben Jahre.

Abb. 4.2 Dauer von chronischem Schmerz mit Intensität 5 oder mehr auf einer Schmerzintensitäts-Skala von 1-10

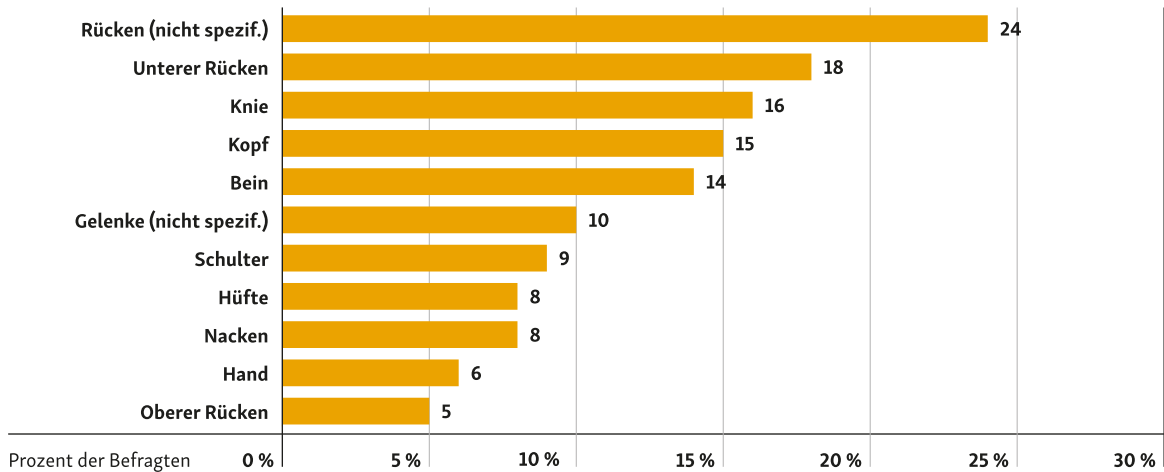


Quelle: Daten aus Breivik et al. 2006; Grafikerstellung durch MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Bei den Schmerzlokalisationen dominieren mit fast der Hälfte aller Nennungen (47%) Rückenschmerzen (Rücken allgemein 24%, unterer Rücken 18% und oberer Rücken 5%), gefolgt von Schmerzen im Bereich der Gelenke mit 43 Prozent

(Gelenke allgemein 10%, Knie 16%, Schulter 9%, Hüfte 8%). Auch Migränekopfschmerzen (15%) und Beinschmerzen (14%) werden häufig genannt, wie die folgende Abbildung 4.3 zeigt.

Abb. 4.3 Häufigste Körperlokalisationen von Schmerz

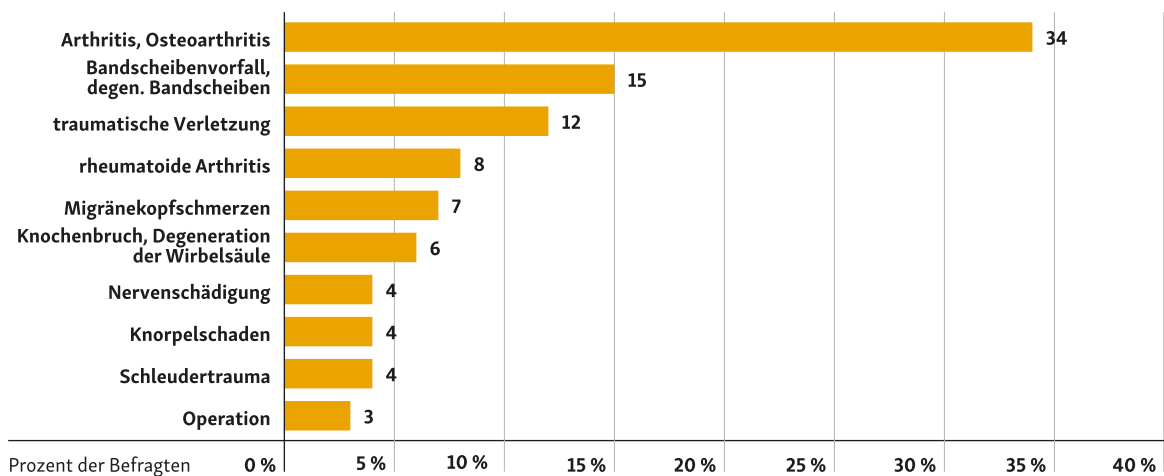


Quelle: Daten aus Breivik et al. 2006; Übersetzung und Grafikerstellung durch MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Als Ursache wurde am häufigsten Arthrose/Arthritis (34%) angegeben. Arthrose/Arthritis, rheumatoide Arthritis und Knorpelschäden gemeinsam machten 46 Prozent der Ursachen aus. Bandscheiben- und Wirbelsäulenschäden wurden in 21 Pro-

zent als Schmerzursache angegeben. Unfallfolgen (traumatische Verletzungen) oder Folgen eines chirurgischen Eingriffs bildeten zu 15 Prozent die Schmerzursache, und nur bei 1 Prozent der Befragten war Krebs die Schmerzursache (siehe Abb. 4.4).

Abb. 4.4 Häufigst genannte Schmerzursachen



Quelle: Daten aus Breivik et al. 2006, Übersetzung und Grafikerstellung durch MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Rund zwei Drittel der Befragten mit Schmerzen gaben an, mäßige Schmerzen zu haben, ein Drittel litt unter starken Schmerzen.

Prävalenz chronischer Schmerzen in der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014

Chronische Rücken- und Nackenschmerzen

In der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS 2014) beantworteten 26 Prozent der Frauen und 23 Prozent der Männer im Alter von 15 bis 75 Jahren und älter die Frage nach „chronischen Kreuzschmerzen oder einem anderen chronischen Rückenleiden in den letzten 12 Monaten“ positiv. Mit zunehmendem Alter stieg die Häufigkeit dieses gesundheitlichen Problems an, darüber hinaus kam es zu einer deutlichen Häufigkeitszunahme der Frauen gegenüber den Männern: bei den 75-Jährigen und Älteren gab jede zweite Frau an, unter chronischen Kreuz- und Rückenschmerzen zu leiden, aber „nur“ jeder dritte Mann. Die Frage nach „chronischen Nackenschmerzen oder sonstigen Beschwerden an der Halswirbelsäule“ bejahten 23 Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer. Auch hier nahm die Häufigkeit mit zunehmendem Lebensalter zu. Rund 15 Prozent der Frauen und 10 Prozent der Männer gaben an, sowohl von chronischen Rücken- als auch von chronischen Nackenschmerzen betroffen zu sein.

Anhand des Beispiels von Rückenschmerzen ist auch der Zusammenhang von Schmerz mit sozialer Schicht, Bildungsniveau und Einkommen erwähnenswert. Rückenschmerz kann nicht generell als Symptom eines niedrigen Sozialstatus aufgefasst werden. Aber niedriges Bildungsniveau, niedriges Einkommen und geringer sozialer Status korrelieren mit dem Risiko schwerer und beeinträchtigender Rückenschmerzen (Schmidt et al. 2011).

Chronische Arthroseschmerzen

Sowohl das Alter als auch das Geschlecht (vgl. Kapitel 6.3.2) haben einen starken Einfluss auf das Auftreten chronischer Arthroseschmerzen. Über alle Altersgruppen waren 15 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer davon betroffen; bei

den 60- bis 74-jährigen Frauen war jede dritte, bei den gleichaltrigen Männern jeder fünfte von Arthroseschmerzen betroffen. Am höchsten war die Prävalenz bei den Personen ab 75 Jahren: 44 Prozent der Frauen, 22 Prozent der Männer.

Chronische Kopfschmerzen

„Chronische Kopfschmerzen“ sind ein Problem, das vor allem Frauen im jungen und mittleren Erwachsenenalter betrifft. Sie wurden von 11 Prozent der unter 60-jährigen Frauen und von 4 Prozent der Männer derselben Altersgruppe angegeben. Chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp sind dabei häufiger als chronische Migräne. Nicht zu vernachlässigen ist die Gruppe medikamenteninduzierter Kopfschmerzen.

Schmerzstärke

Neben der Frage nach der 12-Monats-Prävalenz chronischer Schmerzen wurde in der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 auch nach der Schmerzstärke akuter und chronischer Schmerzen in den vergangenen vier Wochen gefragt (keine Schmerzen, sehr leichte Schmerzen, leichte Schmerzen, mäßige Schmerzen, starke Schmerzen, sehr starke Schmerzen). Bei den unter 60-jährigen Frauen gaben 8,5 Prozent an, starke bis sehr starke Schmerzen in den letzten vier Wochen gehabt zu haben, bei den Männern betrug der Anteil 7,2 Prozent.

Auch hier fällt der Alterseffekt auf: Am höchsten war die Inzidenz starker bis sehr starker Schmerzen in den letzten vier Wochen in der Altersgruppe der 75-Jährigen und Älteren, und zwar bei den Frauen mit 20,4 Prozent, bei den Männern mit 10,4 Prozent.

Bedarf und Notwendigkeit multimodaler, interdisziplinärer Schmerztherapie unter Einbeziehung psychosozialer krankheitsbeeinflussender Faktoren

Man kann davon ausgehen, dass heute jeder zehnte Erwachsene an chronischen Schmerzen leidet, die mit moderaten bis starken Beeinträchtigungen im Alltag und in der Arbeit einhergehen (Kröner-Herwig et al. 2017: 17ff.).

Nach deutschen Schätzungen leiden ca. 6.250 pro 100.000 EinwohnerInnen an schweren Dauerschmerzen. Davon brauchen ca. 12 Prozent, also 750 pro 100.000 EinwohnerInnen eine spezialisierte schmerztherapeutische Behandlung. Für Gesamtösterreich kann man daher von mindestens 500.000 bis 600.000 Personen ausgehen, die an chronischen Schmerzen leiden, verbunden mit einer wesentlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität und der Notwendigkeit einer spezialisierten ärztlichen Versorgung.

Daraus abgeleitet ergibt sich, dass für ca. 55.000 PatientInnen in Österreich eine multimodale, interdisziplinäre schmerztherapeutische Behandlung erforderlich ist. In Wien betrifft das die Versorgung von ca. 12.000 bis 14.000 PatientInnen.

Schon beim Phänomen akuter Schmerzen lassen sich verschiedene Dimensionen beschreiben: biologische Prozesse (Entzündung, Muskelverspannungen, Nervenkompression etc.), emotionale Folgen der Schmerzen (Verzweiflung, Hilflosigkeit, Traurigkeit, Ärger etc.), kognitive Bewältigungsstrategien (Angst-Vermeidungs-Verhalten, Durchhalte-Verhalten, Katastrophisieren, fehlende Selbstwirksamkeitsüberzeugung etc.) und beobachtbares Verhalten (Arztbesuche, Medikamenteneinnahme, Vermeidung körperlicher Aktivität etc.).

Bei chronischen Schmerzen steht am Beginn der Schmerzkariere nicht selten ein definierbares Ereignis, z. B. eine Verletzung, ein Unfalltrauma, eine Entzündung oder eine Operation. Aus diesem akuten Beginn entwickelt sich ein chronisches Geschehen, bei dem der chronische Schmerz seinen „Anlass“ überdauert. Neben neurophysiologischen Prozessen spielen vor allem psychosoziale Faktoren bei der Chronifizierung eine Rolle (vgl. Kap. 5.1.2). Der Umgang mit dem Schmerz, das so-

genannte „Coping“, beeinflusst in einem hohen Ausmaß das langfristige Befinden der Patientin / des Patienten (Kröner-Herwig et al. 2017).

Internationale Studien haben gezeigt, dass bei vielen, vor allem bei chronischen SchmerzpatientInnen monodisziplinäre Therapieansätze wenig erfolgreich sind (Lang et al. 2000a; Lang et al. 2000b). Insbesondere psychische und soziale Faktoren werden häufig bei der Behandlung chronischer Schmerzen nicht berücksichtigt (Willweber-Strumpf et al. 2000).

PatientInnen mit Schmerzzuständen, bei denen die Primärversorgung sowie fachspezifische Ambulanzen und Stationen keine ausreichende Versorgung bieten konnten, sollten prinzipiell einer interdisziplinären schmerztherapeutischen Einrichtung vorgestellt werden. Die Effektivität eines interdisziplinären Ansatzes, der medikamentöse Therapie, physikalische Medizin und Physiotherapie, psychotherapeutische und soziale Aspekte integriert, ist vielfach belegt. Als Beispiele seien zwei amerikanische Arbeiten (Holroyd et al. 2001; Kroenke et al. 2009), eine ältere (Pfungsten & Hildebrandt 2001) und vier rezente deutsche Arbeiten (Neubauer et al. 2006; Marnitz et al. 2008; Pöhlmann et al. 2009; Schütze et al. 2009) sowie zwei Cochrane-Reports (Schonstein et al. 2003; Guzman et al. 2007) zitiert. Zur multimodalen Schmerztherapie siehe Kapitel 8.2.4 dieses Berichtes.

Alle interdisziplinären Behandlungsstrategien beruhen darauf, der Patientin / dem Patienten die Zusammenhänge zwischen seelischer Befindlichkeit und Schmerzerleben bewusst zu machen, und ihr / ihm die Möglichkeit zu bieten, aktive körperliche und seelische Bewältigungsstrategien zu entwickeln, also das „Coping“ zu beeinflussen.

In den letzten beiden Jahrzehnten hat sich in der internationalen schmerztherapeutischen Literatur eine Unterscheidung zwischen therapiebezogen-monodisziplinären (Beispiel: Institut für physikalische Medizin und Rehabilitation) und syndrombezogenen Einrichtungen (Beispiel:

Kopfschmerzambulanz) auf der einen Seite und interdisziplinären Schmerzzentren auf der anderen Seite etabliert (Gerbershagen 2003). In vielen Fällen, insbesondere bei akuten, vorwiegend somatisch determinierten schmerzhaften Erkrankungen, ist ein monodisziplinärer Ansatz erfolgreich und ausreichend. Ein Großteil der PatientInnen in spezialisierten Schmerzzentren

hat jedoch chronische Schmerzerkrankungen, häufig unter Mitbeteiligung psychischer Faktoren oder vorherrschenden psychischen und psychiatrischen Erkrankungen. Hier kann nur ein multidisziplinärer oder (im besseren Fall) interdisziplinärer Zugang, in dem alle somatischen und psychischen Behandlungsstrategien integriert werden, erfolgreich sein.

Einschätzung des Chronifizierungsgrades nicht-tumorassoziierter Schmerzerkrankungen

Zur Einschätzung des Chronifizierungsgrades hat sich im deutschen Sprachraum das „Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung“ nach Gerbershagen etabliert (DRK a; b; c). In mehreren klinischen Untersuchungen ist dieses Modell als valide bestätigt worden (Pfungsten et al. 2000; Frettlöh et al. 2003).

Das Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung unterscheidet drei Stadien:

- Stadium I sind PatientInnen mit nicht-chronifizierten Schmerzen,
- Stadium II PatientInnen mit chronischen Schmerzen und wenigen „komplizierenden Begleitfaktoren“;
- Stadium III PatientInnen mit höchst chronifizierten Schmerzerkrankungen und vielen „komplizierenden Begleitfaktoren“ wie mehrere Schmerzlokalisationen, geringer bis nicht gegebener Beeinflussbarkeit der Schmerzintensität, Medikamentenabusus, „Doctor Shopping“; mehrere frustrane Rehabilitationsversuche etc.

PatientInnen im Stadium I sind fast immer mit einer gezielten syndromorientierten Therapie aus-

reichend zu behandeln. PatientInnen im Stadium III benötigen hingegen eine intensive multimodale, interdisziplinäre Therapie, um Schmerzlinderung, Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess und in das soziale Leben, Verbesserung der Lebensqualität und Verhinderung der Pflegebedürftigkeit erreichen zu können.

Eine weitere Möglichkeit, dysfunktionale, maladaptive Schmerzverarbeitungsprozesse (sozialer Rückzug, körperliche Schonung, Depressivität, Ängstlichkeit etc.) zu identifizieren und zu graduieren, ist die Schmerzschweregradskala nach Michael Von Korff (Von Korff et al. 2002). Hier wird zwischen chronisch funktionalen Schmerzen mit geringer psychosozialer Beeinträchtigung und chronisch dysfunktionalen Schmerzen mit hoher psychosozialer Beeinträchtigung unterschieden. Die Bedeutung der Klassifizierung chronischer Schmerzen nach Von Korff liegt vor allem in der prognostischen Einschätzung. Ein hoher Grad an Dysfunktionalität bedeutet ein hohes Risiko, auch ein Jahr nach der Einstufung weiterhin an chronischen Schmerzen zu leiden (Von Korff & Dunn 2008).

Häufigkeit dysfunktionaler Schmerzstörungen und somatoformer Schmerzstörungen in Schmerzambulanzen

In einer Untersuchung aus dem Jahr 2002 wurden in einer deutschen universitären Schmerzambulanz dysfunktionale Schmerzstörungen mit einer Häufigkeit von 53 Prozent gefunden. Somatoforme Schmerzstörungen wurden bei 28 Prozent der PatientInnen diagnostiziert. Lediglich 19 Prozent der PatientInnen hatten klar nozizeptive oder neuropathische Schmerzen (Nickel et al. 2002). In einer früheren ähnlichen Untersuchung an einer österreichischen universitären Schmerzambulanz wurde bei 65 Prozent der PatientInnen eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (Aigner & Bach 1999).

In einer eigenen, im Krankenhaus Hietzing von Oktober bis November 2016 durchgeführten Erhebung setzten sich die PatientInnen der Schmerz-

ambulanz aus folgenden Gruppen zusammen: 60 Prozent der PatientInnen hatten Schmerzen, die mit dem Bewegungsapparat assoziiert waren. Bei zwei Drittel (40 Prozent des Gesamtkollektivs) dieser PatientInnen waren für den Krankheitsverlauf bedeutsame psychische und soziale Faktoren zu erheben. Bei 10 Prozent der PatientInnen wurde eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Zusammen waren damit bei 50 Prozent der PatientInnen psychische und soziale Faktoren krankheits(mit-)bestimmend. 17 Prozent der PatientInnen wiesen neuropathische Schmerzen auf, 3 Prozent litten an tumorassoziierten Schmerzen. Bei den restlichen 10 Prozent wurden andere Schmerzen diagnostiziert, wie Kopf- und Gesichtsschmerzen, ischämiebedingte Schmerzen, Ulcera und Ähnliches.

Resümee

Es ist davon auszugehen, dass die altersassoziierte Häufigkeit von chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates aufgrund der Veränderungen der Alterspyramide in den kommenden Jahren zunehmen wird.

Sehr vielen Menschen ist trotz der chronischen Schmerzen ein befriedigender Lebensvollzug möglich. Bei einem Teil der Betroffenen führen die chronischen Schmerzen jedoch zu starken Beeinträchtigungen in Beruf, Freizeit, Familien- und sozialem Leben. Chronische Schmerzen und der Verlust des Arbeitsplatzes sind miteinander verknüpft. Chronische Schmerzen gehen mit einer höheren Rate an Depressionen, Angststörungen und Substanzproblemen einher. In PatientInnenkarrieren mit chronischen Schmerzen lassen sich häufig wesentliche, krankheitsbeeinflussende psychische und soziale Faktoren finden. Ohne Mitbehandlung dieser Faktoren ist eine erfolgreiche Rehabilitation nicht möglich.

Basierend auf den Ergebnissen deutscher Studien kann man für **Österreich** von mindestens 500.000 bis 600.000 Personen ausgehen, die an chronischen Schmerzen mit wesentlicher Beeinträchtigung der Lebensqualität leiden und eine spezialisierte ärztliche Versorgung benötigen. Für ein Zehntel dieser SchmerzpatientInnen (50.000 bis 60.000 Personen) wäre eine multimodale, interdisziplinäre schmerztherapeutische Behandlung unter bio-psycho-sozialen Gesichtspunkten erforderlich. Umgerechnet für **Wien** würde daher ein Bedarf an multimodal-interdisziplinären Schmerzzentren für ca. **12.000 bis 14.000 PatientInnen** bestehen. Ein monodisziplinärer, an somatischen Krankheitsvorstellungen und, im Falle von Erkrankungen des Bewegungsapparates, an biomechanischen Gesichtspunkten orientierter Behandlungsansatz ist bei diesen PatientInnen nicht erfolgreich. Im Gegenteil, dieser einseitige Ansatz fördert aufgrund des meist nur vorübergehenden Behandlungseffekts mit nachfolgendem Rezidiv die Chronifizierung von Schmerzen. Frustrane Heilungsversuche bestätigen PatientInnen lediglich in ihrer Krankheitsüberzeugung und wirken daher krankheitsfördernd.

Literatur und Datenquellen

- Aigner M, Bach M. Clinical utility of DSM-IV pain disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1999; 40: 353-357.
- ATHIS – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, durchgeführt von Statistik Austria im Auftrag des Österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf. (Zugriff am 20.08.2017).
- Blyth FM, March LM, Brnabic AJ et al. Chronic Pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001; 89: 127-34.
- Breivik H, Cherny N, Collett B et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of Oncology* 2009; 20: 1420-1433.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2006; (10): 287-333.
- DRK-Schmerz-Zentrum Mainz (a). Stadieneinteilung des Schmerzes [nach Gerbershagen]. Download: <http://www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/pdf/downloads/stadieneinteilung.pdf>.
- DRK-Schmerz-Zentrum Mainz (b). Das Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung (MPSS) – Auswertungsformular, nach Gerbershagen HU, Korb J, Nagel B & Nilges P (DRK-Schmerz-Zentrum Mainz). Download: http://www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/pdf/downloads/mpss_deu.pdf.
- DRK-Schmerz-Zentrum Mainz (c). Das Mainzer Stadiensystem der Schmerzchronifizierung (MPSS) – Testanweisung, nach Gerbershagen HU, Korb J, Nagel B, Nilges P (DRK-Schmerz-Zentrum Mainz). Download: http://www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/pdf/downloads/mpss_testanweisungen.pdf.
- Gerbershagen HU. Schmerztherapie gestern. Entwicklung der organisierten Schmerztherapie. *AINS* 2003; 38: 303-311.
- Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K et al. Multidisciplinary bio-psychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database* 2007; CD000963.
- Hüppe A, Raspe H. Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Rehabilitation* 2005; 44: 24-33.
- Hüppe A, Raspe H. Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. *Rehabilitation* 2003; 42: 143-154.
- Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003; (106): 221-228.
- Frettlöh J, Maier C, Gockel H, Hüppe M. Validität des Mainzer Stadienmodells der Schmerzchronifizierung bei unterschiedlichen Schmerzdiagnosen. *Schmerz* 2003; 17: 240-251.
- Friessem CH, Willweber-Strumpf A, Zenz MW. Chronische Schmerzen in deutschen Facharztpraxen. *Schmerz* 2010; 24(5): 501-7.
- Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M et al. Management of Chronic Tension-Type Headache With Tricyclic Antidepressants Medication, Stress Management Therapy, and Their Combination. *JAMA* 2001; 285(17): 2208-2215.
- Kroenke K, Bair MJ, Damush TM et al. Optimized Antidepressant Therapy and Pain Self-management in Primary Care Patients With Depression and Musculoskeletal Pain. *JAMA* 2009; 301 (20): 2099-110.
- Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.). Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung. 8. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer Verlag, 2017.
- Lang E, Eisele R, Jankowsky H et al. Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit Kopfschmerzen. *Schmerz* 2000(a); 14: 380-391.
- Lang E, Eisele R, Jankowsky H et al. Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Schmerz* 2000(b); 14: 146-159.
- Marnitz U, Weh L, Müller G et al. Intergrationsversorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. *Schmerz* 2008; 22: 415-423.
- Neubauer E, Zahlten-Hinguranage A, Schiltenswolf M, Buchner M. Multimodale Therapie bei chronischem HWS- und LWS-Schmerz. *Schmerz* 2006; 20: 210-218.
- Nickel R, Egle UT, Schwab R. Diagnostische Subgruppen und psychosoziale Charakterisierung von Patienten einer universitären Schmerzambulanz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002; 52: 378-385.
- Pfingsten M, Hildebrandt J. Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen durch ein intensives Aktivierungskonzept (GRIP) – eine Bilanz von 10 Jahren. *AINS* 2001; 36: 580-589.
- Pfingsten M, Schöps P, Wille T et al. Chronifizierungsausmaß von Schmerzzerkrankungen. *Schmerz* 2000; 14: 10-17.
- Pöhlmann K, Tonhauser T, Joraschky P, Arnold B. Die Multimodale Schmerztherapie Dachau (MSD). *Der Schmerz* 2009; 23: 40-46.
- Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR et al. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain* 2004 Dec; 8(6): 555-65.
- Schmidt CO, Moock J, Fahland RA et al. Rückenschmerz und Sozialschicht bei Berufstätigen. *Der Schmerz* 2011; 25: 306-314.
- Schonstein E, Kenny DT, Keating JL et al. Work Conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database* 2003; CD001822.
- Schütze A, Kaiser U, Etrich U et al. Evaluation einer multimodalen Schmerztherapie am UniversitätsSchmerzCentrum Dresden. *Der Schmerz* 2009; 23: 609-617.
- Van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG et al. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. *Pain* 2007; 132: 312-20.
- Von Korff M, Dunn KM. Chronic pain reconsidered. *Pain* 2008; 138: 267-276.
- Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of Pain. *Pain* 2002; 50(2): 133-149.
- Willweber-Strumpf A, Zenz M, Bartz D. Die Epidemiologie chronischer Schmerzen – eine Befragung in fünf Facharztpraxen in Bochum. *Schmerz* 2000; 14(2): 84-91.
- Zenz M, Schwarzer A, Willweber-Strumpf A. Taschenbuch Schmerz: Ein diagnostischer und therapeutischer Leitfaden (Für die Kitteltasche). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2013.

5



Ursachen und Risikofaktoren für chronischen Schmerz



Inhalt

5	Ursachen und Risikofaktoren für chronischen Schmerz	75
5.1	Risikofaktoren der Chronifizierung von Schmerzen und Ursache-Wirkungsmechanismen (Überblick)	76
	Einleitung	76
5.1.1	Chronische Schmerzformen	77
5.1.2	Ursachen einer Schmerzchronifizierung und Risikofaktoren, die eine chronische Schmerz-erkrankung oder Symptomverstärkung begünstigen	78
	Schmerzursachen auf körperlicher Ebene	78
	Therapiebedingte Risikofaktoren	79
	Psychosozial bedingte Risikofaktoren	80
	Genetisch und familiär bedingte Risikofaktoren	81
	Lebensstilbedingte Risikofaktoren	82
	Sonstige mögliche Risikofaktoren	84
	Resümee	86
5.2	Physische (somatische) Ursachen	89
	Einleitung	89
	Klassifikationen von chronischem Schmerz	89
	Klassifikationssysteme: ICD-11	90
	Resümee	91
5.3	Psychosoziale Risikofaktoren und psychologische Mechanismen in der Entstehung und Chronifizierung von Schmerzen	92
	Einleitung	92
	Psychosoziale Risikofaktoren für Schmerzentstehung	93
	Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – „Yellow Flags“	95
	Resümee	98
5.4	Ursachenforschung und Auswirkungen auf die Therapie	100
	Multifaktorielle und ungeklärte Ursachen	100
	Resümee	101
5.5	Gesamtresümee	102

5 Ursachen und Risikofaktoren für chronischen Schmerz

Eleonore Bachinger, Gabriele Grögl, Wolfgang Jaksch, Daniela Leithner

Zusammenfassung

Chronische Schmerzen sind immer das jeweilige Endprodukt eines oft jahre- bis jahrzehntelang dauernden vorangegangenen Prozesses, der durch unterschiedliche und zum Teil höchst komplexe Ursache-Wirkungsfaktoren ausgelöst und kontinuierlich gestaltet wird. Die Entstehung von chronischen Schmerzen ist individuell sehr verschieden. Die Ursachen für chronischen Schmerz können auf körperlicher Ebene liegen, meist spielen jedoch psychosoziale Faktoren eine mindestens ebenso große Rolle. Zudem wurden genetische, therapie- und lebensstilbedingte Risikofaktoren identifiziert. Basierend auf Erkenntnissen der Neuroimmunologie und Umweltmedizin werden weiters chronische Infektionen und Umweltschadstoffe als mögliche Ursachen und Risikofaktoren für chronische Erkrankungen mit Schmerzsyndrom diskutiert.

Die Ursachen von Schmerz sind also äußerst vielfältig. Auf **somatischer Ebene** kann grundsätzlich unterschieden werden zwischen physiologischem (nozizeptivem) Schmerz, neuropathischem Schmerz, dysfunktionalem Schmerz oder einer Kombination von Schmerzzuständen. Das aktuellste Klassifikationssystem ist der Entwurf des ICD-11, wonach die verschiedenen Ursachen für Schmerz erstmals klar definiert und in sieben Gruppen unterteilt werden: Chronischer Tumorschmerz, chronische muskuloskeletale Schmerzen, chronische Kopf- und Gesichtsschmerzen, chronisch viszerale Schmerzen, chronische postoperative bzw. posttraumatische Schmerzen, chronische neuropathische Schmerzen sowie primärer chronischer Schmerz.

Psychische bzw. **psychosoziale Faktoren** rücken hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit für Schmerzentstehung, Schmerzchronifizierung und Krankheitsverlauf immer mehr in den Vordergrund. In der Diagnostik und Behandlung von SchmerzpatientInnen sind daher vorliegende psychosoziale Risikofaktoren von Anbeginn mitzubeachten. Unter den als „Yellow Flags“ bezeichneten Risikofaktoren versteht man Belastungsfaktoren auf emotionaler, beruflicher und privater Ebene sowie ungünstige kognitive und Verhaltensmuster. Diese bestimmen das Schmerzgeschehen entscheidend mit.

Zu den wichtigsten **lebensstilbedingten Risikofaktoren** für Schmerzen zählen ungesunde Ernährung, mangelnde körperliche Bewegung, ungünstige Stressverarbeitung, Exposition gegenüber Umweltschadstoffen und Risikoverhalten (darunter auch hoher Medikamentenkonsum bzw. -missbrauch). Aus medizinischer Sicht sind es vor allem Übergewicht, Fehlhaltungen und schwere körperliche Tätigkeit, die zu einer permanenten Belastung des Bewegungsapparates führen. Nicht immer kann jedoch die Ursache eines chronischen Schmerzzustandes geklärt werden (z. B. Fibromyalgie). In vielen Fällen liegt einem ungeklärten chronischen Schmerzzustand eine multifaktorielle und komplexe Ursache zugrunde, die sowohl psychosoziale als auch physische und lebensstilbedingte Komponenten aufweist. Dieser Umstand erschwert die Diagnostik und verzögert damit auch den Erhalt einer adäquaten Therapie.

5.1 Risikofaktoren der Chronifizierung von Schmerzen und Ursache-Wirkungsmechanismen (Überblick)

Eleonore Bachinger

Zusammenfassung

Chronische Schmerzen sind immer das jeweilige Endprodukt eines oft jahre- bis jahrzehntelang dauernden vorangegangenen Prozesses, der durch unterschiedliche und zum Teil höchst komplexe Ursache-Wirkungsfaktoren ausgelöst und kontinuierlich gestaltet wird. Die Entstehung von chronischen Schmerzen ist individuell sehr verschieden. Die Ursachen für chronischen Schmerz können auf körperlicher Ebene liegen, meist spielen jedoch psychosoziale Faktoren eine mindestens ebenso große Rolle. Zudem wurden genetische, therapie- und lebensstilbedingte Risikofaktoren identifiziert. Basierend auf Erkenntnissen der Neuroimmunologie und Umweltmedizin werden weiters chronische Infektionen und Umweltschadstoffe als mögliche Ursachen und Risikofaktoren für chronische Erkrankungen mit Schmerzsyndrom diskutiert.

Einleitung

Schmerz ist weitaus mehr als der körperliche Vorgang der Nozizeption. „Vielmehr ist Schmerz ein Ereignis, das den ganzen Menschen und auch seine Umgebung beeinflusst. Schmerz verursacht – in klinisch bedeutsamer Weise – Leiden auf physischer, emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene“, schreibt Günther Bernatzky, Professor an der Universität Salzburg. Schmerz ist damit ein bio-psycho-soziales Phänomen, welches Bewusstsein und Verhalten eines Menschen verändert. Darüber hinaus ist Schmerz ein wichtiges Kommunikationsmittel nach innen und nach außen (Bernatzky 2009). Genau genommen müsste man jedoch sagen, dass chronischer Schmerz in einer bio-psycho-sozialmedizinisch/therapeutisch-umweltgeprägten Landschaft stattfindet, eingebettet in die persönliche Lebensgeschichte und die individuellen Lebensgewohnheiten, und selten ein isoliertes Phänomen darstellt, das nach bio-mechanistischen Gesichtspunkten erklärt werden kann.

Chronische Schmerzen beeinträchtigen den Alltag und die Lebensqualität unzähliger Betroffener und meist auch deren Angehöriger. Der Prozess der Entstehung von chronischen Schmerzen ist dabei noch weitgehend unklar. Oft beginnt der Leidensweg mit akuten Schmerzen aufgrund einer Verletzung, einer Krankheit oder nach einer Operation. Aus ihnen entwickeln sich mit der Zeit chronische Schmerzen, die auch nach Heilung der ursächli-

chen Gewebeschädigung bestehen bleiben – die Schmerzen sind zu einer eigenständigen Erkrankung geworden.

In vielen Fällen ist jedoch die dem chronischen und mitunter extremen Schmerz zugrunde liegende Ursache weder bekannt noch nachweis- oder feststellbar. Gegenwärtig geht man davon aus, dass es keine einfache 1:1-Beziehung zwischen den Verletzungen bestimmter Körperareale (Peripherie) und der Schmerzempfindung im zentralen Nervensystem (Rückenmark und Gehirn) gibt. Schmerz scheint vielmehr das Resultat sowohl des Einstroms peripherer Signale als auch vieler zusätzlicher hemmender und verstärkender Faktoren im zentralen Nervensystem zu sein. Damit wird Schmerz als psychophysiologisches Phänomen gesehen, an dem psychische und physiologische Veränderungen gleichermaßen beteiligt sind. Die damit einhergehenden neuroplastischen Veränderungen in Rückenmark und Gehirn, die unter dem Begriff „Schmerzgedächtnis“ zusammengefasst werden, spielen hierbei eine besonders wichtige Rolle und bilden auch den Fokus gegenwärtiger Forschungsarbeiten.

Auf jeden Fall sind chronische Schmerzen immer das jeweilige Endprodukt eines oft jahre- bis jahrzehntelang dauernden vorangegangenen Prozesses, der durch unterschiedliche Ursache-Wir-

kungsfaktoren ausgelöst und kontinuierlich gestaltet wird. Denn die vielfältigen und meist schwer zu lokalisierenden Ursachen für chronische Schmerzen entwickeln im Verlauf einer individuellen Leidensgeschichte mitunter höchst komplexe und sich gegenseitig verstärkende Wirkungsmechanis-

men. Vor allem im fortgeschrittenen Verlauf erschwert die zunehmende, symptomverstärkende Multikausalität eines chronischen Schmerzsyndroms eine ohnehin oft schwierige Diagnose noch weiter und verhindert damit auch die Empfehlung geeigneter Therapien.

5.1.1 Chronische Schmerzformen

Schmerz ist eine komplexe subjektive Sinneswahrnehmung und ein mit unzähligen Krankheitsbildern verbundenes Symptom. Während jedoch akuter Schmerz den Charakter eines Warn- und Leitsignals aufweist, hat chronischer Schmerz diesen Charakter verloren und wird heute als eigenständiges Krankheitsbild (chronisches Schmerzsyndrom) gesehen und behandelt.

Die Entstehung von chronischen Schmerzen verläuft dabei von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Neben der Grunderkrankung spielen auch andere Erkrankungen sowie genetische, therapiebedingte, umweltbedingte, psychische und soziale Risikofaktoren eine Rolle. Ebenso wird das Schmerzempfinden eines Individuums durch die unterschiedliche individuelle Wahrnehmung von und den Umgang mit Schmerz beeinflusst („Coping-Strategien“).

Je länger eine Schmerzerfahrung andauert und nicht therapiert wird, desto komplexer wird das Ursache-Wirkungsgeschehen. Sendet nämlich der Körper ständig Schmerzsignale, so merkt sich das unser Nervensystem und kann schmerzempfindlicher werden. Man spricht in dem Fall von der Entwicklung eines Schmerzgedächtnisses. Forschungen zeigen, dass sich das zentrale Nervensystem dem Schmerz anpasst und neu organisiert. Die Schmerzen führen dann zu Umbauprozessen, die den Teufelskreis immer weiter verstärken können. Das Gehirn wird sozusagen auf Schmerz programmiert. Umgekehrt besteht aber genauso die Möglichkeit, eine Änderung der Muster herbeizuführen. Eine moderne Schmerztherapie nutzt daher diese Lernfähigkeit des Gehirns (Zieglgänsberger 2015), wengleich es sich hierbei um sehr komplexe Prozesse handelt (vgl. Abschnitt 2). Zweifelsohne erfordert dies – neben dem richtigen (multimodalen) Therapieansatz – vor allem auch viel Geduld seitens der Betroffenen (Zieglgänsberger 2015).

Die Bandbreite chronischer Schmerzformen ist sehr groß, äußerst individuell und vielfältig. Hinzu kommt, dass verschiedene chronische, entzündliche Multisystemerkrankungen (wie Multiple Sklerose, Lyme-Neuroborreliose im Spätstadium, Syphilis) und Begleiterkrankungen (zum Beispiel Polyneuropathie) ähnliche Symptome aufweisen und, aufgrund des Fehlens eines positiven Krankheitsmarkers, differenzialdiagnostisch (medizinisch-technische bzw. Laboruntersuchung) oft schwer zu unterscheiden sind (vgl. Berghoff o. J.). Eine Diagnose muss deshalb meist mehrere Ursachen und mögliche zugrunde liegende Erkrankungen berücksichtigen.

Zu den häufigsten Schmerzformen, die einen chronischen Verlauf nehmen können, zählen:

- **Kopfschmerzen** wie chronische Migräne, chronische Spannungskopfschmerzen
- **Rückenschmerzen** wie chronische Kreuzschmerzen
- **Muskelschmerzen** wie bei Fibromyalgie (chronische Schmerzerkrankung, die neben den Muskeln vor allem auch die Sehnen und Gelenke betrifft)
- **Gelenkschmerzen** wie bei Arthrose, rheumatoider Arthritis
- **Tumorschmerzen**

Je nach Lokalisation, Symptomen und zugrunde liegender Hauptursache werden traditionell drei bzw. vier, im Entwurf des neuen ICD-11 sieben verschiedene Formen eines chronischen Schmerzsyndroms definiert. In der Realität können jedoch auch Mischformen von Schmerz auftreten (vgl. dazu Abschnitt 2 sowie die Folgekapitel 5.2 und 5.3, wo näher auf die verschiedenen Schmerzformen eingegangen wird).

5.1.2 Ursachen einer Schmerzchronifizierung und Risikofaktoren, die eine chronische Schmerzerkrankung oder Symptomverstärkung begünstigen

In diesem Kapitel soll die Rolle und Bedeutung von Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung ersichtlich gemacht werden. Vor allem bei Schmerzen ohne Vorliegen einer erkennbaren Schmerzursache kann die Kenntnis und Abklärung möglicher Risikofaktoren für eine zielführende Diagnosestellung und damit auch eine erfolgversprechende Therapieempfehlung sehr hilfreich sein.

Generell ist bei chronischen Erkrankungen, insbesondere bei chronifizierten Schmerzen, von einer Vielzahl an möglichen Ursachen und Risikofaktoren auszugehen, die sich darüber hinaus im Verlauf einer individuellen Leidensgeschichte gegenseitig verstärken und ein komplexes Gefüge bilden können. Nicht alle Ursachen sind klinisch nachweisbar, manche nur mit speziellen Geräten und Methoden und manche wiederum nur im Verlauf eines psychotherapeutischen Gesprächs bzw. bei tiefgehenden Traumafolgestörungen in intensiver psychiatrischer oder psychotherapeutischer Arbeit zu ergründen.

In der gängigen medizinischen Diagnostik und Praxis beschränkt man sich gewöhnlich nach wie vor primär auf klinisch nachweisbare Ursachen. Ziel des vorliegenden Berichtes ist es deshalb vor allem auch, die Vielfalt und Komplexität des chronischen Schmerzgeschehens aufzuzeigen. Wenngleich die meisten Ursachen und Risikofaktoren letztlich oft schwer nachweisbar und auch der/dem Betroffe-

nen selbst vielleicht unbekannt sind, so können sie doch ein wichtiger Auslöser für die Chronifizierung eines Schmerzes sein oder als Symptomverstärker agieren.

Abgesehen von den rein körperlich feststellbaren Ursachen einer chronischen Schmerzerkrankung beeinflussen vor allem psychische und soziale Probleme das Krankheitsgeschehen (d. h. Auftreten und Stärke von Symptomen). Aber auch der individuelle Lebensstil stellt einen wichtigen Einflussfaktor dar. Ebenso sollten genetisch und familiär bedingte Einflussfaktoren, therapiebedingte Faktoren, andere Erkrankungen (Komorbidität) sowie Risikofaktoren aus den Bereichen Neuroimmunologie (chronische Infektionen durch Bakterien und Viren, Zahn-Kiefer-Herde), Toxikologie und Umweltmedizin (v. a. Schwermetallbelastung) bei der Diagnose einer ansonsten medizinisch nicht erklärbaren chronischen Schmerzerkrankung zumindest in Betracht gezogen werden.

Der Fokus auf mechanistisch-symptomorientierte körperliche Ursache-Wirkungsmechanismen greift bei einem komplexen Krankheitsgeschehen wie etwa dem jahre- oder jahrzehntelang anhaltenden chronischen Schmerz ohne feststellbare Ursache jedenfalls zu kurz. In diesem Sinne ist es ein Anliegen dieses Beitrags, mit einer umfassenderen Darstellung aktuell diskutierter Risikofaktoren zu einem besseren Verständnis dieses multifaktoriellen, vielschichtigen Phänomens Schmerz beizutragen.

Schmerzursachen auf körperlicher Ebene

Auf körperlicher Ebene sind bei Erwachsenen die häufigsten Ursachen für chronische Schmerzen **Verschleißerscheinungen des Bewegungsapparates** (Arthrose), Schmerzen durch **Gefäßkrankungen** (zum Beispiel periphere arterielle Verschlusskrankheit), **neuropathische Schmerzen** (zum Beispiel nach einem Schlaganfall oder infol-

ge diabetischer Polyneuropathie) sowie **Tumorschmerzen**. Eine weitere Ursache für chronische Schmerzen können aber auch Fehlbehandlungen und Operationen sein (siehe Folgekapitel).

Es gibt sogenannte *primär* chronische Schmerzerkrankungen, die ein eigenständiges chronisches

bzw. chronisch wiederkehrendes Leiden darstellen, dem keine andere organische Erkrankung zugrunde liegt. Bei dieser Schmerzform lassen sich typischerweise keine pathologischen Befunde nachweisen. Solcherart periodisch auftretende Schmerzen sind etwa Migräne oder häufig wiederkehrende Rückenschmerzen. *Sekundär* chronische Schmerzen sind hingegen das Symptom einer organischen Störung. Darunter fallen Schmerzen nach Verletzungen, Schmerzen bei Gefäßerkrankungen oder anderen Erkrankungen oder auch Schmerzen durch Einwirkungen von Substanzen oder deren Entzug (wie z. B. der medikamenteninduzierte Dauerkopfschmerz) (RKI 2002 und 2012).

Darüber hinaus gehen SchmerzmedizinerInnen heute aber davon aus, „dass auch ein akuter

Schmerz chronisch werden kann, da jeder Schmerzreiz im Nervensystem bleibende Veränderungen hervorrufen kann. Dadurch kann die Schmerzschwelle so stark erniedrigt werden, dass auch an sich harmlose Außenreize, wie etwa eine leichte Berührung, als schmerzhaft empfunden werden. Mitunter sind die Schmerzfasern sogar dann aktiv, wenn gar kein Reiz vorhanden ist“ (Internisten im Netz 2017).

Wenn nun solche Schmerzen nicht, falsch oder nicht ausreichend behandelt werden, wie etwa mit zu schwachen oder zu kurz wirksamen Schmerzmitteln, können die Schmerzzustände immer wieder von neuem auftreten (Bildung eines Schmerzgedächtnisses, siehe oben).

Therapiebedingte Risikofaktoren

Ein wichtiger Risikofaktor für die Chronifizierung von Schmerzen kann therapiebedingt sein. Dazu zählt eine **unzureichende Schmerzbehandlung**, als die Schmerzen begonnen haben sowie eine unzureichende Medikation bei aktuell vorliegenden Schmerzen (vgl. Kapitel 5.2 sowie Abschnitt 8). Aber auch **Schmerzmittel** selbst, bestimmte **Medikamente** und Zusatzstoffe, medikamentöse **Überdosierung** (häufig bei Frauen) und **Medikamentenmix**, **Chemotherapeutika** oder eine vorangegangene **Operation** (z. B. Rückenoperationen, Implantation künstlicher Gelenke usw.) können eine mögliche Ursache für die Entwicklung nicht nur lokal zuordenbarer, sondern häufig auch sehr unspezifischer chronischer Schmerzen oder eines chronisch schmerzhaften Krankheitsbildes sein (wie z. B. Polyneuropathie, Fibromyalgie usw.).

Neben der medikamentösen Fehlbehandlung zu Beginn der Schmerzen können auch **unzureichende Behandlungen nach Operationen** zu chronischen Schmerzen führen. Laut einer im April 2017 österreichweit durchgeführten Studie der Österreichischen Schmerzgesellschaft in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH) und dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) zur postoperativen Schmerzsituation und zum perioperativen

Schmerzmanagement (ÖSG et al. 2017), beginnt für etwa ein Prozent der PatientInnen nach einer Operation eine dauerhafte „Schmerzkarriere“. Die Ergebnisse zeigen weiters, dass Frauen mehr Schmerzen erleiden als Männer, sowohl anteilmäßig als auch im Hinblick auf Schmerzintensität. So leiden am ersten Tag nach der Operation etwa 40 Prozent der Frauen und 30 Prozent der Männer unter starken oder sehr starken Schmerzen. Sowohl bei den 18- bis 20-Jährigen als auch in der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen liegt der Mittelwert beim „stärksten Schmerz“ bei Frauen deutlich höher als bei Männern. „Warum das so ist, müssen weitere Untersuchungen zeigen – aber offensichtlich müssen die Schmerzen von Frauen nach Operationen noch mehr beachtet und besser behandelt werden“, so der frühere ÖSG-Präsident Wolfgang Jaksch in einem Interview. Zu berücksichtigen ist jedoch in diesem Zusammenhang, dass Angaben zur Schmerzwahrnehmung generell geschlechtsspezifisch geprägt sind (vgl. Abschnitt 6, insbesondere Kapitel 6.4.1 und 6.4.4).

Allerdings scheint ein wichtiger Einflussfaktor sowohl für das Auftreten als auch für die Intensität von postoperativen Schmerzen im **Versorgungsangebot** selbst zu liegen. In der erwähnten Studie (ÖSG et al. 2017) zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Ressourcen für die Schmerzversorgung und der Schmerzintensität.

Aber auch zu viel Diagnose und Therapie wird als eigener Risikofaktor für die Entwicklung von chronischen Schmerzen angeführt. Marcus Schiltewolf, Leiter der konservativen Orthopädie und Schmerztherapie am Universitätsklinikum Heidelberg, führt in einem Interview als Beispiel dazu die vielen unnötigen Rückenoperationen ins Treffen.

Nicht zuletzt kann sogar das **Medizinsystem** selbst, etwa bei Vorliegen von muskuloskelettalen Schmerzen, „durch seine fast vollumfängliche [diagnostische und therapeutische] Versorgung zu den Risiken der Chronifizierung von Schmerzen beitragen, z. B. wenn

- die Behandlung im Vergleich zu Prävention und Eigenverantwortung überwiegt,
- die Diagnostik wiederholt wird mit der Gefahr der Fehlinterpretation von Zufallsbefunden,
- passive Maßnahmen aktive Bewältigung verhindern,
- interventionelle Maßnahmen zur vermeintlichen Beschleunigung gutartiger Spontanverläufe favorisiert werden,
- Behandlungsanliegen zu Notfällen aufgewertet werden“ (Schiltewolf 2018: 44; vgl. auch Kötter 2016).

Psychosozial bedingte Risikofaktoren

Besonders herausfordernd sind jedoch Schmerzen ohne organische bzw. klinisch nachweisbare Ursache(n), die meist seelischer oder psychosozialer Natur sind, darunter vor allem Traumafolgestörungen (siehe Kapitel 5.3 sowie 6.4.3 und 6.4.4).

Die gesamte psychosoziale Konstellation scheint bei der Entstehung und Entwicklung einer chronischen Schmerzerkrankung von zentraler Bedeutung zu sein. Psychosoziale Faktoren setzen sich meist zusammen aus psychischen Belastungen, wie etwa dem Gefühl der Überlastung oder Überforderung (familiär, beruflich usw.), einem ungelösten Konflikt, der Erfahrung von Stress (Psychostress, Mobbing, Burn-Out u. Ä.), möglicherweise auch einem erlittenen Trauma (Todesfall einer nahestehenden Person, Verlust, Kriegs- und Fluchterfahrungen usw.). Die genannten Faktoren sind darüber hinaus – entweder daraus folgend oder die Belastungen selbst auslösend – häufig mit existenziellen Problemen (Einkommensverluste, Ar-

beitslosigkeit, Konkurs, Scheidung usw.) verbunden.

Die psychosoziale Konstellation setzt sich somit aus der Summe aller psychischen Faktoren zusammen, die in der Folge Auswirkungen auf das soziale Umfeld und die Existenzgrundlage des Individuums haben können. Die Reaktion der sozialen Umwelt einschließlich der Arbeits-/Erwerbssituation wiederum hat Rückwirkung auf die psychische Situation des Individuums. So entsteht ein Kreislauf bzw. eine sich immer mehr verfestigende Spirale.

Von allen bisher identifizierten Risikofaktoren für die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms nehmen die psychosozial bedingten Faktoren eine besondere Stellung ein. Es zeigt sich ganz klar, dass es vorwiegend psychosoziale Faktoren sind, die ein chronisches Schmerzsyndrom begünstigen können. Im Folgenden werden die wichtigsten psychosozialen Risikofaktoren überblicksmäßig angeführt:

Psychosoziale Risikofaktoren

- anhaltende psychovegetative Spannung (hohe innere Grundspannung, jemand steht ständig „unter Strom“)
- Angsterkrankung und Depression in der Vorgeschichte
- länger andauernde Stress- oder Schmerzerfahrungen in der früheren Lebensgeschichte
- niedrige Stressresistenz
- starke Schmerzerfahrungen, vor allem in der Kindheit (siehe nächstes Unterkapitel)

- schmerzkrankte Angehörige in der Familie (siehe nächstes Unterkapitel)
- negative Lebenseinstellung, Fokussierung auf Probleme, Neigung zum „Katastrophendenken“ (jemand stellt sich immer die schlimmstmöglichen Folgen vor)
- Neigung zu gesundheitsgefährdendem Verhalten
- Neigung zur Selbstüberforderung, ständiges Ignorieren von Belastungsgrenzen, ständiges Durchhalten
- Angst-Vermeidungsüberzeugung (aus Angst vor verstärkten Schmerzen werden Bewegung und körperliche Aktivität vermieden)
- unzureichende Krankheitsbewältigung, fehlendes Verbalisieren von Schmerzen
- familiäre Konflikte
- soziale Probleme im Umfeld (etwa am Arbeitsplatz) oder finanzielle Schwierigkeiten
- Vorteile, die durch die Krankheit entstehen (z.B. Frührente); positive Bewertung von Krankheit („Krankheitsvorteil“, „sekundärer Krankheitsgewinn“)

Genetisch und familiär bedingte Risikofaktoren

Neben den rein körperlich bedingten sowie den psychosozialen Faktoren können unter Umständen aber auch genetische Disposition und familiär bedingte Risikofaktoren eine Schmerzerkrankung auslösen. Ebenso stellen starke Schmerzen in der Kindheit einen Risikofaktor für die Entwicklung chronischer Schmerzen dar (vgl. Kapitel 5.3).

Familiäre Schmerzübertragung

Interessant ist dazu eine 2016 publizierte Studie von Amanda Stone & Anna Wilson. Sie präsentieren ein konzeptionelles Modell der Übertragung chronischer Schmerzen (bzw. eines chronischen

Schmerzsyndroms) innerhalb von Familien, einschließlich potenzieller Mechanismen und Einflussfaktoren. Die Studie zeigt auf, wie chronische Schmerzen in Familien weitergegeben werden können. Die dabei analysierten Studien haben gezeigt, dass der Nachwuchs von Eltern mit chronischer Schmerzkrankheit ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung chronischer Schmerzen aufweist. Die beiden Forscherinnen identifizieren fünf „plausible Mechanismen“, die die Übertragung des chronischen Krankheitsrisikos vom Elternteil auf das Kind erklären:

Mechanismen der familiären Schmerzübertragung (nach Stone & Wilson 2016)

1. (Epi-)Genetik: erhöhtes genetisches Risiko für sensorische und psychologische Komponenten des Schmerzes. Genetische Faktoren sind Forschungsbefunden zufolge für rund die Hälfte des Risikos für chronische Schmerzen bei Erwachsenen verantwortlich.
2. Frühe neurobiologische Entwicklung: Beeinflussung von Merkmalen und Funktionen des Nervensystems während kritischer Phasen in der frühen Entwicklung (z.B. Stressniveau der Mutter während und nach der Schwangerschaft).
3. Schmerzspezifisches soziales Lernen: Katastrophisieren (übertriebene Reaktionen und Sorgen bezüglich der Schmerzen) könnten ein Schlüsselfaktor sein.
4. Generelles Erziehungs- und Gesundheitsverhalten: Eine zu nachgiebige Erziehung oder das Fehlen von Beständigkeit und Wärme können einen Risikofaktor für die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms des Nachwuchses darstellen. Ebenso können das Niveau der körperlichen Aktivität der Eltern (Sportausübung oder Bewegungsmangel) und andere Gesundheitsgewohnheiten eine Rolle spielen.
5. Exposition gegenüber Stressoren, wie etwa das Aufwachsen in stressenden, mit chronischen Schmerzen verbundenen Umgebungen (z.B. finanzielle Probleme).

Zur intergenerationellen Weitergabe erlittener Traumata (z.B. Opfer des Holocaust, verfolgte Volksgruppen, Kriegs- und Fluchterlebnisse, persönliche Gewalterlebnisse und sonstige Menschenrechtsverletzungen) an mehrere Nachfolge-

generationen, insbesondere auf psychischer und Verhaltensebene, liegen bereits seit längerem Studien und Publikationen vor. In den Kapiteln 6.4.4 und 6.4.5 wird dieser Mechanismus anhand von konkreten Fallbeispielen näher beleuchtet.

Lebensstilbedingte Risikofaktoren

Der individuelle Lebensstil einer Person bildet einen maßgeblichen Einfluss auf deren Gesundheitszustand. Ernährung, Ausübung von körperlicher Bewegung und Art der körperlichen Aktivität, Aufenthalt an der frischen Luft, Vorliegen von und Umgang mit Stress, psychische Befindlichkeit, soziale Integration, Exposition gegenüber Umweltschadstoffen, Risikoverhalten (Rauchen, exzessiver Alkoholkonsum, hoher Medikamentenkonsum

bzw. Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch sowie sonstige Drogenabhängigkeit) stellen dabei die wichtigsten Faktoren eines gesundheitsförderlichen versus gesundheitsschädigenden Lebensstils dar. Ein gesundheitsschädlicher bzw. krankmachender Lebensstil ist häufig ausschlaggebend für viele chronische Krankheiten sowie allerlei Beschwerden und Symptome – darunter auch chronischer Schmerz.

Übergewicht und körperliche Aktivität

Ungesunde Ernährung, insbesondere in Kombination mit fehlender Bewegung, ist häufig die Ursache für Übergewicht und Fettleibigkeit. Übergewicht wiederum führt zu einer permanenten Überbelastung des Bewegungsapparates und fördert damit das Auftreten muskuloskelettaler Erkrankungen und Schmerzen. Oft geht, aus unterschiedlichen Gründen, mit der Entwicklung einer Adipositas eine Abnahme der körperlichen Aktivität einher. Hinzukommende Schmerzen verstärken den Bewegungsmangel und es entsteht ein Teufelskreis aus Inaktivität, Übergewicht und Schmerz. „Die Motivation zu aktiven physiotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen, eine der wichtigsten Säulen multimodaler Therapiekonzepte bei schmerzhaften muskuloskelettalen Erkrankungen, gestaltet sich bei dieser PatientInnengruppe oftmals besonders schwierig. Wiederkehrende Informationen

in Schulen, Betrieben und in allen zur Verfügung stehenden Medien über den gesundheitsfördernden Effekt eines aktiven, ernährungsbewussten Lebensstils wären eine sinnvolle Maßnahme, um Lifestyle-bedingte Risikofaktoren zu reduzieren“, so Gabriele Grögl, Oberärztin und Leiterin der Schmerzambulanz der Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien (Grögl 2017).

„Ebenso wie Übergewicht führen auch Fehlhaltungen und schwere körperliche Tätigkeit zu einer unphysiologischen Belastung des Bewegungsapparates mit den entsprechenden Konsequenzen. Regelmäßige schul- und arbeitsmedizinische Kontrollen und darauf basierende Interventionen sind entscheidende Voraussetzungen, um zeitgerecht präventive Maßnahmen zur Verhinderung folgenschwerer Fehlbelastungen setzen zu können“ (Grögl 2017).

Die Rolle der Ernährung bei der Entstehung und Verstärkung von Schmerzsymptomen

Unter den lebensstilbedingten Risikofaktoren nimmt die Ernährung eine zentrale Position ein. So hat die Ernährung nicht nur maßgeblichen Einfluss auf unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden ganz allgemein, sondern steht insbesondere auch in direktem Zusammenhang mit der Entstehung und dem Verlauf von chronischen Krankhei-

ten, die oftmals auch mit erheblichen Schmerzen verbunden sind.

Im europäischen Vergleich zeichnet sich Österreich zwar durch eine grundsätzlich hohe Lebenserwartung aus, gleichzeitig zeigt die Auswertung des Indikators „Lebensjahre in Gesundheit“ (*Healthy Life*

Years, HLY) aber auch, dass der Anteil an Lebensjahren mit eingeschränkter Aktivität für beide Geschlechter sehr hoch ist und deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt (OECD 2016). Auch im Bereich der Risikofaktoren (v. a. in Bezug auf Rauchverhalten und Alkoholkonsum und damit verbundene Folgeerkrankungen) rangiert Österreich weit über dem OECD-Durchschnitt (OECD 2017).

Wenngleich die von den verschiedensten „ExpertInnen“ gegebenen Empfehlungen für eine „gesunde Ernährung“ sehr unterschiedlich und im konkreten Fall immer auf die individuellen Bedürfnisse der/des Betroffenen abzustimmen sind, sollte eine optimale Ernährungsform den Allgemeinzustand eines Menschen stärken, das Abwehrsystem unterstützen und Übergewicht verhindern oder reduzieren. In unserer modernen Gesellschaft leben wir zum einen im Überfluss, was das Nahrungsangebot betrifft, doch gleichzeitig ist bei vielen Menschen ein Mangel an wichtigen Mikronährstoffen (Vitamine, Aminosäuren, Spurenelemente, Omega-Fettsäuren usw.) festzustellen. Dies äußert sich in einer schlechten Versorgung von Nervenzellen, von Muskulatur und Knochen, was wiederum das Krankheitsrisiko (Multisystemerkrankungen, Osteoporose usw.) erhöht.

Immunsystem, Medikamentenkonsum

Wie bei allen chronischen Erkrankungen handelt es sich auch beim chronischen Schmerzsyndrom zumeist um ein multikausales Geschehen, welches die Selbstregulierung des Grundsystems aus dem Gleichgewicht bringt. Der mit chronischen Schmerzerkrankungen häufig verbundene hohe Medikamentenkonsum, Nebenwirkungen, Überdosierung und Unverträglichkeiten von Medikamenten sowie die kaum kontrollierbaren Auswirkungen eines Medikamentenmixes tragen ein Übriges zur (Zer-)Störung des Immunsystems bei und führen nicht selten zu Folgeerkrankungen, die ebenfalls mitunter schmerzhaft sind. Vor allem bei chronischen SchmerzpatientInnen ist das Immunsystem und die Abwehr häufig durch die lang-

Generell könnte man unsere moderne Ernährung zusammengefasst wie folgt charakterisieren: zu viel Zucker, zu viel Salz (Industriesalz), minderwertiges Fett (v. a. gehärtete Öle und Transfettsäuren) und vorgefertigte Nahrungsmittel (Fertiggerichte, abgepackte Kuchen und Kekse, viele Brotaufstriche usw.), zu viel tierisches Eiweiß, zu viel Alkohol. All dies resultiert in der großen Verbreitung von erhöhten Harnsäure-, Cholesterin- und Blutzuckerwerten, in Bluthochdruck, Übergewicht und Fettleibigkeit, in hohen Inzidenz- und Prävalenzraten von Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs- und anderen Erkrankungen des Verdauungssystems (insbesondere Darmkrebs und Darmerkrankungen, aber auch Erkrankungen der Leber, des Magens usw.), Stoffwechselstörungen (v. a. Diabetes), Gelenkerkrankungen (Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus) bzw. chronischen Erkrankungen ganz allgemein.¹ Viele dieser „Zivilisations“-Krankheiten sind bekanntlich mit zum Teil sehr großen chronischen Schmerzen verbunden.

Ebenso ist eine Zunahme an Nahrungsmittelunverträglichkeiten festzustellen. Inwiefern bestimmte Nahrungsmittel etwa Migräneattacken auslösen (triggern) können, hängt weitgehend von individuellen Faktoren ab. Es scheint jedoch, dass Migräne durch Ernährung zumindest beeinflusst werden kann.

zeitige Gabe von Antibiotika, Chemotherapeutika, Schmerzmittel (v. a. Immunsuppression durch Opioide) und anderen Medikamenten stark geschwächt.

¹ Siehe Gesundheitsberichte der Stadt Wien, Gesundheitsberichte der Gesundheit Österreich GmbH, Gesundheitsstatistiken der Statistik Austria sowie Krebsbericht der Statistik Austria 2018. Auf internationaler Ebene siehe Gesundheitsberichte der Weltgesundheitsorganisation und verschiedene Berichte der OECD.

Psychische Faktoren (Stress, Traumata)

Wie bereits weiter oben (vgl. psychosozial bedingte Risikofaktoren) gesondert erwähnt, nehmen psychisch bedingte Ursachen innerhalb der Lebensstilfaktoren eine bedeutende Stellung ein. Es ist inzwischen unbestritten, dass sowohl bei der Entstehung als auch im Zuge der weiteren Mechanismen

einer chronischen Schmerzerkrankung das Vorhandensein von und der Umgang mit psychischen Faktoren, wie Stress oder schweren Traumata, eine wesentliche Einflussgröße darstellen. Das von Daniela Leithner verfasste Schwerpunktkapitel 5.3 widmet sich eingehend dieser wichtigen Thematik.

Sonstige mögliche Risikofaktoren

In Anlehnung an die Intention dieses Berichtes, das komplexe Thema Schmerz erstmals aus unterschiedlichsten Perspektiven zu beleuchten, sollen abschließend noch einige weitere mögliche, in der Fachliteratur diskutierte Risikofaktoren zur Schmerzentstehung oder Symptomverstärkung angeführt werden und dieses Überblickskapitel abrunden.

Mögliche Risikofaktoren, die zur Entstehung einer chronischen Schmerzerkrankung führen oder diese begünstigen können oder die an der Auslösung oder Verstärkung von Symptomen beteiligt sind, können unter Umständen im neuroimmunologischen und umweltmedizinischen Bereich liegen. Wenngleich die wissenschaftliche Nachweisbarkeit aus verschiedenen Gründen hier – ebenso wie im Bereich der psychisch bedingten Risikofaktoren – schwieriger als etwa im Bereich der körperlich bedingten Risikofaktoren ist, gibt es dennoch gut belegte Studien und einschlägige Fachliteratur dazu. Im Folgenden sollen daher drei weitere mögliche Risikofaktoren kurz dargestellt werden.

Chronische Infektionen durch Viren und Bakterien

Die Rolle von Infektionen durch Bakterien oder Viren gilt bei der Entstehung von Autoimmunkrankheiten inzwischen als bestätigt. Unklar ist jedoch, auf welche Weise die Erreger die Zerstörung des eigenen Körpergewebes durch das Immunsystem auslösen. Verschiedene Mechanismen wurden dazu erforscht, wie etwa die Studie von Gennaro De Libero und KollegInnen am Beispiel der Multiplen Sklerose (De Libero et al. 2005).

Von den Autoimmun- und chronisch entzündlichen Multisystemerkrankungen zählt die Multiple Sklerose zu den am häufigsten untersuchten. So

steht im Fall der Multiplen Sklerose eine Reihe von Viren und Bakterien unter engerem Verdacht, an der Entstehung dieser Krankheit beteiligt zu sein. Wissenschaftlich diskutiert werden dabei insbesondere das Epstein-Barr-Virus (EBV), das humane Herpes-6-Virus (HHV-6), Chlamydien (*Chlamydia pneumoniae*), Rickettsien, *Streptococcus mutans* und Spirochaeten in Form von Borrelien (MS Society UK 2014; Amsel 2014). Eindeutig erwiesen ist inzwischen auch die Auswirkung von Infekten – wie etwa Infekten der oberen Luftwege, von Harnwegsinfektionen sowie Infekten des Magen-Darmtraktes – auf die Krankheitsaktivität bei der Multiplen Sklerose (zum Beispiel höheres Schubrisiko) (Correale & Farez 2007).

Störfelder und Herde

Auch Störfelder (vor allem im Kopfbereich) und Herde (insbesondere Zahn-Kiefer-Herde) belasten das Grundsystem permanent und können unter anderem auch die Ursache von chronischen Schmerzen (wie z. B. chronische Kopfschmerzen, Migräne) sein (Riedl-Hohenberger 2009; Bergsmann & Perger 1993; Perger 1976a, 1976b). Allerdings: Nicht jedes Störfeld ist ein Herd, aber jeder Herd ist ein Störfeld.

Als Störfelder werden Stellen im Körper bezeichnet, die ihn in seiner normalen Funktion beeinträchtigen und Symptome (wie z. B. Schmerzen) und Beschwerden an einer ganz anderen Stelle des Körpers hervorrufen. Die Ursachen können dabei sowohl in den Bereich Infektionen als auch in den Bereich toxische Belastungen fallen. Zahnstörfelder etwa sind chronisch-entzündliche und chronisch-toxische Belastungen aus dem Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Es handelt sich dabei zum einen um chronische Belastungen durch Zahnersatzmaterialien und alle dentalen Werk-

stoffe und Fremdkörper im Kieferknochen, zum anderen um abgestorbene und wurzelgefüllte bzw. wurzelspitzenresizierte und zahnerhaltend (endodontisch) versorgte Zähne, Entzündungen im Kieferknochen, im Zahninneren, an Wurzelspitzen oder in den Zahnfleisch-/Knochentaschen (Parodontitis), um Zysten im Kieferbereich, frakturierte Wurzeln (Wurzelreste) und verlagerte oder deformierte Zähne. Nicht zu vergessen sind Narben nach Operationen oder Weisheitszahnentfernungen, die ebenfalls als Störfeld wirken können. Zahnstörfelder bedeuten in erster Linie eine Störung der körpereigenen Selbstregulation und beinhalten immer eine Fernwirkung auf andere Organe und Organsysteme.

Da jeder Herd für den Körper ein Störfeld darstellt, sollte vor allem bei atypisch oder chronisch verlaufenden Krankheiten, bei unerklärlichen Therapieversagen, bei degenerativen Geschehen und bei inadäquat überschießenden Reizantworten (auch Allergien), vor allem aber auch bei chronischen und bisher unerklärlichen Schmerzen an ein Herdgeschehen gedacht werden. Insbesondere bei folgenden Symptomen sollte zumindest von Seiten der Patientin/des Patienten überprüft werden, ob vielleicht ein Herdgeschehen die Ursache der Erkrankung bzw. der Schmerzen ist (Riedl-Hohenberger 2009):

- Beschwerden des rheumatischen Formenkreises
- funktionelle Beschwerden an Gelenken und Muskeln
- Kopfschmerzen und Migräne
- ständig wiederkehrende Entzündungen verschiedener Organe
- Hauterkrankungen, Ekzeme
- neuralgische Beschwerden etc.

Umweltmedizinische Belastungen

Weitere mögliche, jedoch oft schwer nachweisbare Risikofaktoren für die Entstehung vieler neuropathologischer Krankheiten oder deren Symptomverstärkung wurden in Untersuchungen aus dem Bereich der Umweltmedizin identifiziert. Unter den Umweltschadstoffen, deren Beteiligung an vielen chronischen und zum Teil mit großen Schmerzen verbundenen Erkrankungen diskutiert wird, rangieren die Schwermetalle an vorderster Stelle. Schwermetalle belasten den Körper in vielfältiger Weise, sei es durch Schadstoffe in der Luft,

durch Chemierückstände in belasteten Böden, durch bestimmte Lebensmittel (Fisch, Meeresfrüchte etc.), durch Kosmetika oder durch Zahnmetalle und bestimmte orthopädische Prothesen.

Es liegen inzwischen mehrere Studien vor, die einen direkten Zusammenhang von Schwermetallen und der Entstehung von mitunter sehr schmerzhaften und mehrere Körpersysteme gleichzeitig beeinflussenden Krankheiten nachweisen. Zu diesen Krankheiten zählen insbesondere Krebserkrankungen, Autoimmun- und chronisch entzündliche Multisystemerkrankungen sowie neurologische Erkrankungen (vgl. Ionescu et al. 2006; Al-Saleh & Shinwari 2001; Goyer & Rhyne 1973 und 1975; Fowler 1978; Kiebertz & Wundlerle 2013; Myers 2008; Grossmann 2014; Chin-Chan et al. 2015; Goldman 2014; Bredesen 2014; zu den pathologischen Effekten von Schwermetallen auf Zellen und Nerven siehe auch Mutter & Naumann 2005; Järup 2003; Jennrich 2007, 2008 und 2013; Perger 1987).

Viele dieser Erkrankungen sind an sich schon mit großen Schmerzen verbunden (z. B. bestimmte Tumorerkrankungen, Polyneuropathie, Fibromyalgie) oder führen in Folge der verabreichten Medikamente und durchgeführten Therapien zu (weiteren) chronischen Schmerzerkrankungen. Eine italienische Studie belegt sogar den direkten Zusammenhang zwischen Schwermetallen und Schmerzen (Caffo et al. 2014). Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und verschiedene Umweltämter informieren über die schwerwiegenden gesundheitlichen Schäden durch Schwermetalle (vgl. WHO Europa 2007; DIGU 2008; Umweltbundesamt 2015 und 2009; UBA 2016; Lebensministerium.at 2012; Mathiaschitz et al. 2003; IfAU o. J. u. a.).

Ein wesentliches Problem liegt jedoch häufig in der schwierigen Nachweisbarkeit eines Kausalzusammenhanges von Schwermetallbelastung und der Entstehung chronischer Erkrankungen bzw. chronischer Schmerzen. Sowohl die Tatsache, dass wir es im zivilisierten Alltag nicht nur mit einem Metall, sondern mit einer Vielzahl von schädlichen Metallen, Metallverbindungen und Chemikalien zu tun haben als auch Langzeitwirkungen erschweren den Nachweis einfacher Ursache-Wirkungs-Beziehungen (Jennrich 2007, 2013).

Hinzu kommt, dass toxische Metalle überwiegend als Speichergifte wirken, die sich teilweise über Jahrzehnte hinweg im Körper anreichern und so zu einer schleichenden Vergiftung führen. Eine Organbelastung ist deshalb nicht im Blut oder Urin messbar, womit auch die Unzulänglichkeit toxikologischer Studien ersichtlich wird (UBA 2016). Weiters gelten die festgelegten Grenzwerte

und Aussagen über tolerierbare Mengen einzelner Metalle nur für Einzelbelastung. In der Realität haben wir es jedoch immer mit einer Kombination verschiedener Chemikalien und Metalle zu tun, die auf den Menschen einwirken und vermehrt zu verzögerten oder sich gegenseitig verstärkenden Schäden führen können (Jennrich 2013; UBA 2016).

Resümee

Eine chronische Schmerzerkrankung ist zumeist ein multifaktorielles und vielschichtiges Geschehen, das individuell höchst unterschiedlich und auf verschiedenen Ebenen ablaufen kann. Entstehung und Ursache-Wirkungsmechanismen sind dabei noch weitgehend unklar und Kausalzusammenhänge oft schwer nachweisbar. Körperliche, therapiebedingte, genetische und familiär bedingte, immunologische, psychische, soziale, lebensstilbedingte und umweltmedizinische Risikofaktoren können gleichermaßen an der Entstehung und am Verlauf einer chronischen Schmerzerkrankung beteiligt sein, werden jedoch in der medizinischen Praxis viel zu selten in Betracht gezogen. „Ursache“, „Folgeerkrankung“, „Trigger“ und „Symptomverstärker“ sind oft nicht klar zu unterscheidende Faktoren, da die wahre Ursache häufig ein bis mehrere Ebenen unter der scheinbar feststellbaren oder scheinbar unerklärbaren Ursache liegt und sich erst mit der Zeit ein bestimmtes Krankheitsbild herauskristallisiert. In vielen Fällen ist die Ursache nicht bekannt, weil erstens die Patientin/der Patient nicht danach gefragt und zweitens von ärztlicher Seite normalerweise nicht danach gesucht wird (zum Beispiel toxische Belastungen, chronischer Entzündungsherd im Körper, lebensstilbedingte Faktoren usw.).

Ebenso können verschiedene Krankheitsbilder ähnliche bis gleiche Symptome aufweisen bzw. ein und dasselbe Symptom kann völlig andere Ursachen haben. Aufgrund des Fehlens eines positiven Krankheitsmarkers sind vor allem chronische Multisystemerkrankungen oft schwer zu diagnostizieren, wodurch auch die Empfehlung einer geeigneten Therapie erschwert oder verhindert wird. Es überrascht daher nicht, dass die Effizienz der klassischen, von der Schulmedizin angebotenen Therapien (medikamentöse und physikalische Symp-

tombehandlung) als wenig wirksam bis gänzlich ineffektiv einzustufen sind und darüber hinaus diesen komplexen bio-psychischen Bereich bestenfalls auch nur teilweise abdecken können.

Der bei einem chronischen Schmerzsyndrom ersichtlich werdende äußerst komplexe Ursache-Wirkungsmechanismus reicht jedenfalls weit über ein eingeschränktes mechanistisch-symptomorientiertes Krankheits- und Behandlungskonzept hinaus. Ein erfolgversprechendes Behandlungskonzept würde einen ebenso komplexen Multi-Ebenen-, multimodalen und interdisziplinären Ansatz erfordern, der in schwierigen Fällen – im Sinne der Patientin/des Patienten – auch über die bisher anerkannten Diagnosemethoden und Therapieansätze hinausgehen müsste.

Literatur und Datenquellen

- Abushik P. New mechanisms of glutamate and homocysteine neurotoxicity. Doctoral dissertation in the field of Neurosciences, University of Eastern Finland. Kuopio 2016.
- Abushik PA, Niittykoski M, Giniatullina R et al. The role of NMDA and mGluR5 receptors in calcium mobilization and neurotoxicity of homocysteine in trigeminal and cortical neurons and glial cells. *J. Neurochem.* 2014; 129: 264–274.
- Al-Saleh I, Shinwari N. Levels of cadmium, lead, and mercury in human brain tumors. *Biological Trace Element Research* 2001 Mar; 79(3): 197-203.
- AMSEL – Das Multiple Sklerose Portal. „Infektionen und Multiple Sklerose“. http://www.amsel.de/multiple-sklerose-news/medizin/Infektionen-und-Multiple-Sklerose_5292. (Verfasst am 01.04.2014).
- AMSEL – Das Multiple Sklerose Portal. „Infektionen als MS-Auslöser“. http://www.amsel.de/multiple-sklerose-news/medizin/Infektionen-als-MS-Ausloeser_1249. (Verfasst am 29.06.2005).
- Ansari R, Mahta A, Mallack E, Jun Luo J. Hyperhomocysteinemia and Neurologic Disorders: a Review. *J Clin Neurol.* 2014 Oct; 10(4): 281–288.
- Berghoff W. Differentialdiagnose Multiple Sklerose (MS) – Lyme-Neuroborreliose (LNB). Artikel verfügbar unter http://www.praxis-berghoff.de/dokumente/Differentialdiagnose_MS_LNB.pdf. (Ohne Jahr).
- Bergsmann O, Perger F. Risikofaktor Herdgeschehen: Klinische und sozialökonomische Aspekte. 1. Auflage. Wien: Facultas, 1993.
- Bernatzky G. Der Schmerz ist älter als die Menschheit (Teil 8). Reihe Schmerz-Fortbildung. *Der Mediziner* 2009; (12): 26-28.
- Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T. Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Berlin, 2009.
- Bredesen DE. Reversal of cognitive decline: A novel therapeutic program. *Aging* 2014; 6(9): 707-717.
- Caffo M, Caruso G, La Fata G et al. Heavy Metals and Epigenetic Alterations in Brain Tumors. *Curr Genomics* 2014 Dec; 15(6): 457-463.
- Chin-Chan M, Navarro-Yepes J, Quintanilla-Vega B. Environmental pollutants as risk factors for neurodegenerative disorders: Alzheimer and Parkinson diseases. *Front Cell Neurosci.* 2015 Apr 10; 9: 124.
- Correale J, Farez M. Association between Parasite Infection and Immune Responses in Multiple Sclerosis. *Annals of Neurology* 2007; 61: 97-108.
- DACH Liga Homocystein. Interventionsstudien (z. B. VISP Studie: Schlaganfallpatienten; NORVIT Studie: Herzinfarktpatienten; WENBIT Studie: Patienten mit koronarer Herzkrankheit; HOPE2 Hauptstudie: Herzkreislaufpatienten und Diabetiker). Abrufbar unter: <http://www.dach-liga-homocystein.org/content/interventionsstudien-0> (ohne Datum).
- De Libero G, Moran AP, Gober HJ et al. Bacterial Infections Promote T Cell Recognition of Self-Glycolipids. *Immunity* 2005 Jun; 22(6): 763-772.
- DIGU (Deutscher Informationsdienst Gesundheit und Umwelt): Morbus Parkinson: Komplexes Zusammenspiel von Umwelteinflüssen und Genen. Helmholtz Zentrum München, 2008.
- Fowler BA. General Subcellular Effects of Lead, Mercury, Cadmium, and Arsenic. *Environmental Health Perspectives* 1978; 22: 37-41.
- Gesundheit Österreich GmbH – GÖG (Hg.). Diverse Gesundheitsberichte. Abrufbar unter: <https://goeg.at/Gesundheitsberichte-Archiv>.
- Göthel D. Vitamin B12 – physiologische Bedeutung und therapeutische Möglichkeiten. *EHK* 2016; 65(04): 217-221. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0042-113171>.
- Goldman SM. Environmental toxins and Parkinson's disease. *Annual Reviews Pharmacology and Toxicology* 2014; 54: 141-164.
- Goyer RA, Rhyne BAC. Toxic changes in mitochondrial membranes and mitochondrial function. In: *Pathobiology of Cell Membranes*. Vol. 1, Trump B & Arstila A (eds.). New York: Academic Press, 1975: 383-428.
- Goyer RA, Rhyne BC. Pathologic effects of lead. In: *International Reviews of Experimental Pathology*. Vol. 12. Richter G & Epstein MA (eds.). New York: Academic Press, 1973: 1-77.
- Grögl G. Lebensstilbedingte Risikofaktoren: Umwelt und körperliche Bewegung. Internes Dokument. 8.Juli 2017.
- Grossmann E. Time after time. Environmental influences on the aging brain. *Environmental Health Perspectives* 2014; 122(9): A238-A243.
- IfAU (Institut für Angewandte Umweltforschung e.V.). „Trinkwasser: Schwermetalle im Trinkwasser“. Online abrufbar unter: <http://www.ifau.org/trinkwasser/smetalltwinfo-uebersicht.htm>. (Ohne Datum).
- Internisten im Netz. „Ursachen von chronischen Schmerzen“. <https://www.internisten-im-netz.de/krankheiten/schmerzen/ursachen-von-chronischen-schmerzen/>. (Download Dezember 2017).
- Ionescu JG, Novotny J, Stejskal V et al. Increased levels of transition metals in breast cancer tissue. (PMID:16804515). *Neuro Endocrinology Letters* 2006 Dec; 27(1): 36-39.
- Järup L. Hazards of heavy metal contamination. *British Medical Bulletin* 2003 Dec; 68(1): 167-182.
- Jennrich P. „Gesundheitsrisiko Schwermetalle, nicht nur für Frauen“. Netzwerk Frauengesundheit. <https://www.netzwerk-frauengesundheit.com/gesundheitsrisiko-schwermetalle-nicht-nur-fuer-frauen/>. (Verfasst 2. Juni 2013, Download Jänner 2018).
- Jennrich P. Schwermetalle und Krebs. Auswirkungen bisher wenig bedacht. Edition CO'MED, 07/2008.
- Jennrich P. Schwermetalle – Ursache für Zivilisationskrankheiten. Edition CO'MED, 2007.
- Kiebertz K, Wunderle KB. Parkinson's disease: Evidence for environmental risk factors. *Movement Disorders* 2013; 28(1): 8-13.
- Kötter J. Diagnostik und Therapie: Weniger ist manchmal mehr. *Ärztliche Zeitung* 08.08.2016.
- Lea R, Colson N, Quinlan S et al. The effects of vitamin supplementation and MTHFR (C677T) genotype on homocysteine-lowering and migraine disability. *Pharmacogenet Genomics* 2009 Jun; 19(6): 422-8.
- Lebensministerium.at. Metalle im Grundwasser in Österreich. Karten und Erläuterungen. Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, Referat VII/1a. Wien 2012.
- Likar R (Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, KABEG). Update Schmerztherapie. PPT-Präsentation (ohne Datum). Online abrufbar unter: https://www.med.or.at/esraCMS/extension/media/f/LIK/477/likar_schmerzupdate.pdf. (Download Jänner 2018).
- Ma Y, Peng D, Liu C et al. Serum high concentrations of homocysteine and low levels of folic acid and vitamin B12 are significantly correlated with the categories of coronary artery diseases. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017; 17: 37.
- Marti-Carvajal AJ, Solà I, Lathyris D et al. Homocysteine-lowering interventions for preventing cardiovascular events. *Cochrane Database Syst Rev* 1, 2013 Jan 31.

- Mathiaschitz ML, Pridnig G, Kölblinger J, Schlamberger J. Arsen im Trinkwasser. Eine Untersuchung und Bewertung zum Vorkommen von Arsen im Kärntner Trinkwasser. Kärntner Landesregierung, AKLReg. – Abt. 12/UA Umweltmedizin. Klagenfurt, September 2003.
- MS (Multiple Sclerosis) Society UK. „Infections and MS – what’s the evidence?“ <https://www.mssociety.org.uk/ms-research/research-blog/2014/06/infections-and-ms-whats-evidence>. (Verfasst am 23.06.2014).
- Mutter J, Naumann J. Multiple Sklerose und Schwermetalle: ein ärztliches Gutachten. Universitätsklinik Freiburg, Uni-Zentrum Naturheilkunde, Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene. Freiburg, 2005. http://www.amalgam-informationen.de/dokument/Mutter_Arztbericht_MS.pdf.
- Myers N (Hg.). Environmental threats to healthy aging. Chapter 7: Environmental factors in the development of dementia. Greater Boston Physicians for Social Responsibility and Science and Environmental Health Network. Boston, 2008.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Abrufbar unter: <https://www.oecd.org/austria/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-AUSTRIA.pdf>. (2017).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. Chapter 3: Health status – Life expectancy and healthy life expectancy at birth; Life expectancy and healthy life expectancy at age 65. OECD/European Union 2016: 56-59. Abrufbar unter: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264265592-en.pdf?expires=1526318465&id=id&accname=guest&checksum=5F5CEA5E06F15835FB80F89C11FECEF7> (2016).
- ÖSG (Österreichische Schmerzgesellschaft), ÖGARI (Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin), ÖGCH (Österreichische Gesellschaft für Chirurgie) und ÖGKV (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband). Schmerzversorgung bei chirurgischen Eingriffen. 26. und 27. April 2017.
- Perger F. Unterschiedliche Entwicklungen der Schwermetallbelastungen (Pb, Cd, Hg) und ihre Therapie. *Ärztzeitschr Naturheilverf* 1987; 10: 774-794.
- Perger F (a). Einführung in die blutchemischen Wirkungen des Störfeldes. *Erfahrungsheilkunde* 1976 (25): 269-274.
- Perger F (b). Multiple Sklerose und Herdgeschehen. *Wiener medizinische Wochenschrift* 1976; 19: 283-288.
- Riedl-Hohenberger MA. Störfeld, Zahnherd und Diagnosemethoden. *Zahn Krone* 1/09. 2009.
- RKI (Robert Koch Institut) (Hg.). „Rückenschmerzen.“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 53. Autor: Raspe H. Berlin, Dezember 2012.
- RKI (Robert Koch Institut) (Hg.). „Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen.“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7. Autoren: Diemer WD, Burchert H. Berlin, 1. Mai 2002.
- Sadeghi O, Maghsoudi Z, Askari G et al. Association between serum levels of homocysteine with characteristics of migraine attacks in migraine with aura. *J Res Med Sci*. 2014 Nov; 19(11): 1041-1045
- Schiltenswolf M. „Das Medizinsystem“. In: Schiltenswolf M & Henningsen P (Hg.). Muskuloskelettale Schmerzen. Erkennen und Behandeln nach biopsychosozialem Konzept. 2., komplett überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer, Klett-Cotta, 2018.
- Sibarov DA, Abushik PA, Giniatullin R, Antonov SM. GluN2A Subunit-Containing NMDA Receptors Are the Preferential Neuronal Targets of Homocysteine. *Front Cell Neurosci*. 2016; 10: 246.
- Stadt Wien (Hg.). Diverse Gesundheitsberichte. Abrufbar unter: www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html.
- Statistik Austria (Hg.). Krebserkrankungen in Österreich. Autorinnen: Hackl M, Ihle P. Wien 2018.
- Statistik Austria. Gesundheitsstatistiken. Abrufbar unter der Homepage von Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/index.html.
- Stone AL, Wilson AC. Transmission of risk from parents with chronic pain to offspring: an integrative conceptual model. *Pain* 2016 Dec; 157(12): 2628-39.
- UBA (Umweltbundesamt). Umweltschadstoffe und Alterskrankheiten. <https://www.umweltbundesamt.de/umweltschadstoffe-alterskrankheiten>. (Erstellt am 01.02.2016).
- Umweltbundesamt. Luftschadstoffe – Schwermetalle. Stand 2015. Verfügbar unter: <http://www.umweltbundesamt.at/umwelt/luft/luftschadstoffe/schwermetalle/>.
- Umweltbundesamt (Hg.). RUSCH – Ressourcenpotenzial und Umweltbelastung der Schwermetalle Cadmium, Blei und Quecksilber in Österreich. AutorInnen: Reisinger H, Schöllner G, Müller B, Obersteiner E. *Report REP-0229*. Klagenfurt, Wien. 2009. <http://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/REP0229.pdf>.
- Veeranki S, Tyagi SC. Defective Homocysteine Metabolism: Potential Implications for Skeletal Muscle Malfunction. *Int J Mol Sci*. 2013 Jul; 14(7): 15074–15091.
- WHO Europa (Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa). Gesundheitsrisiken von Schwermetallen aus weiträumiger grenzüberschreitender Luftverschmutzung. Kopenhagen, 2007.
- Yxfeldt A, Wällberg-Jonsson S, Hultdin J, Rantapää-Dahlqvist S. Homocysteine in patients with rheumatoid arthritis in relation to inflammation and B-vitamin treatment. *Scand J Rheumatol*. 2003; 32(4): 205-10.
- Zieglgänsberger W. „Was ist Schmerz?“ Vortrag im Rahmen der 12. Kremser Tage, 5. und 6. Juni 2015 an der Donau-Universität Krems. „Schmerz lass nach... – Eine interdisziplinäre Herausforderung“, 5. Juni 2015.

5.2 Physische (somatische) Ursachen

Wolfgang Jaksch

Zusammenfassung

Es gibt viele Ansätze, chronischen Schmerz nach Ursache bzw. Epidemiologie zu klassifizieren. Grundsätzlich kann zwischen physiologischem (nozizeptivem) Schmerz, neuropathischem Schmerz, dysfunktionalem Schmerz oder einer Kombination von Schmerzzuständen unterschieden werden. Das aktuellste Klassifikationssystem ist der Entwurf des ICD-11, wonach die verschiedenen Ursachen für Schmerz erstmals klar definiert und in sieben Gruppen unterteilt werden: Chronischer Tumorschmerz, chronische muskuloskelettale Schmerzen, chronische Kopf- und Gesichtsschmerzen, chronisch viszerale Schmerzen, chronische postoperative bzw. posttraumatische Schmerzen, chronische neuropathische Schmerzen sowie primärer chronischer Schmerz.

Einleitung

Im Gegensatz zu akutem Schmerz, der als lebensnotwendige Sinneswahrnehmung eine Warnfunktion erfüllt, wird Schmerz, der über eine normale Heilungszeit hinaus weiterbesteht, üblicherweise spätestens nach 3 bis 6 Monaten als chronischer

Schmerz bezeichnet (Treede 2011; Merskey & Bogduk 1994). Von einer chronischen Schmerzkrankheit spricht man insbesondere dann, wenn diese chronischen Schmerzen mit körperlichen, seelischen und sozialen Beeinträchtigungen assoziiert sind.

Klassifikationen von chronischem Schmerz

Es gibt viele Ansätze, chronischen Schmerz nach Ursache bzw. Epidemiologie² zu klassifizieren. Als Grundlage können dabei insgesamt drei Mechanismen festgelegt werden:

Physiologischer (nozizeptiver) Schmerz

Chemische, thermische oder mechanische Noxen³ schädigen somatisches⁴ oder viszerales⁵ Gewebe, sodass Schmerzrezeptoren (Nozizeptoren) erregt werden. Zu diesem physiologischen Schmerz (nozizeptiver Schmerz), der in der Regel auch Warnfunktion hat, gehört unter anderem der Entzündungsschmerz. Bei langem Bestehen oder bei chronischen oder rezidivierenden⁶ Entzündungen

(rheumatischer Formenkreis) entwickeln sich daraus pathologische, chronische Schmerzen.

Neuropathischer Schmerz

Erkrankungen, die das somatosensorische bzw. schmerzverarbeitende Nervensystem beeinträchtigen oder schädigen, führen zu Nervenschmerzen (neuropathische Schmerzen).

Dysfunktionaler Schmerz

In einigen Fällen ist die Schmerzverarbeitung im Zentralnervensystem gestört. Die Folge sind sogenannte dysfunktionale Schmerzen. Beispiele dafür sind Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom und auch Spannungskopfschmerz.

2 Epidemiologie: Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfolgen in menschlichen Bevölkerungsgruppen sowie mit den Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen (WHO-Definition).

3 Noxe: Stoff oder Umstand, der eine schädigende, pathogene (d.h. krankheitserzeugende) Wirkung auf einen Organismus oder auf ein Körperorgan ausübt.

4 Somatisch: körperlich.

5 Viszeral: zu den Baueingeweiden gehörend.

6 Rezidivierend: wiederkehrend.

Kombination von Schmerzzuständen

Bei vielen Schmerzzuständen finden wir gemischte Schmerzen vor, das heißt meistens eine Kombi-

nation von nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen.

Klassifikationssysteme: ICD-11

Die aktuellste Datenlage zur ätiologischen⁷ Klassifikation chronischer Schmerzen liefert der Entwurf des ICD-11⁸, der von der IASP (*International Association for the Study of Pain*) und der WHO (Weltgesundheitsbehörde) entwickelt wurde (Treede et al. 2015). Damit soll auch die unzureichende Codierung von chronischen Schmerzen im aktuellen ICD⁹ verbessert werden.

Unter dem Überbegriff „Krankheiten oder klinische Zustände, assoziiert mit chronischen Schmerzen“ werden in diesem internationalen Klassifikationssystem sieben Gruppen definiert:

Chronischer Tumorschmerz

Unter tumorbedingten Schmerzen versteht man Schmerzen, die durch den Tumor, durch Metastasen oder paraneoplastisch¹⁰ verursacht werden. Davon abgrenzen kann man therapiebedingte Schmerzen, die durch Operationen, Bestrahlungen und Chemotherapien hervorgerufen werden. Diese Schmerzen können auch PatientInnen betreffen, die von ihrer Tumorerkrankung geheilt wurden.

Chronische muskuloskelettale Schmerzen

Diese wohl häufigste Form von chronischen Schmerzen entsteht durch Erkrankungen, die direkt Knochen, Gelenke, Muskeln und Weichteilgewebe betreffen. Hier werden vor allem Schmerzentitäten subsumiert, die durch persistierende Entzündungen bedingt sind. Diese Entzündungen werden durch Infektionen, metabolische Prozesse oder Autoimmunerkrankungen (z. B. rheumatoide Arthritis) verursacht. Auch strukturelle Veränderungen an Knochen, Gelenken, Sehnen und Muskeln, wie zum Beispiel bei Osteoarthritis, gehören zu dieser Gruppe.

Chronische Kopf- und Gesichtsschmerzen

Kopf- und Gesichtsschmerzen werden als chronisch bezeichnet, wenn sie an 50 Prozent der Tage innerhalb von drei Monaten auftreten. Weitere Unterscheidungen erfolgen laut der IHS (*International Headache Society*) (siehe *Headache Classification Committee of the IHS* 2011). Dabei wird in idiopathische oder symptomatische Kopfschmerzen sowie Gesichtsschmerzen in Form von Neuralgien unterteilt.

Chronisch viszerale Schmerzen

Diese Schmerzen entstehen im Bereich der inneren Organe, im Bereich Hals, Thorax, Abdomen sowie kleines Becken. Ursachen können Entzündungen, Durchblutungsstörungen, Obstruktionen, Zug oder Kompression sein.

Chronische postoperative bzw. posttraumatische Schmerzen

Dabei handelt es sich um Schmerzen, die über eine normale Heilungszeit hinaus weiter bestehen. Alle anderen Ursachen für diese persistierenden Schmerzen, wie Infektion oder neuerliches Tumorwachstum, müssen ausgeschlossen sein. Sehr oft haben diese Schmerzen eine Nervenverletzung als Ursache und präsentieren sich als neuropathische Schmerzen.

Chronische neuropathische Schmerzen

Diese Schmerzen entstehen durch Verletzungen bzw. Erkrankungen, die das somatosensorische schmerzverarbeitende System beeinträchtigen (Jensen et al. 2011). Dabei können spontane oder evozierte Schmerzen unterschieden werden. Typisch sind Phänomene wie Hyperalgesie, das ist eine erhöhte Schmerzantwort auf primär schmerzhafte Reize, oder Allodynie, im Sinne von

7 Ätiologisch: ursächlich, die Ursache einer Krankheit betreffend.

8 ICD-11: 11. Revision der ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten, siehe folgende Fußnote), dem von der WHO herausgegebenen wichtigsten, weltweit anerkannten Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen.

9 ICD: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

10 Paraneoplastisch: Im Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung auftretend. Begleitsymptome einer Krebserkrankung, die weder primär durch den Tumor noch durch Metastasen ausgelöst werden.

Schmerzreaktionen auf nicht schmerzhafte Reize. PatientInnen klagen über typische Phänomene wie Kribbeln und Ameisenlaufen bzw. über Schmerzqualitäten wie Brennen oder Elektrisieren, die oft in Form von Attacken auftreten. Typische Beispiele sind Neuralgien nach Gürtelrose, schmerzhafte diabetische Polyneuropathien, aber auch Formen von Tumorschmerzen oder chronisch postoperativen Schmerzen.

Resümee

Im Entwurf zum ICD-11 werden die verschiedenen Ursachen für Schmerz erstmals klar definiert. Am Beginn ist Schmerz immer das Symptom einer Krankheit, wie z. B. einer Tumorerkrankung oder Veränderungen an der Wirbelsäule. Nach Chronifizierung, oft wegen schlechter Therapie der Grunderkrankung, kann der Schmerz jedoch zu einem Syndrom werden, eine eigene Krankheitsentität darstellen.

Eine genauere Zuordnung und Codierung sowohl im Krankenhaus, aber auch im niedergelassenen Bereich würde Klarheit schaffen, wie viele PatientInnen jeweils betroffen sind, das heißt, wie oft Schmerz als Symptom einer Erkrankung oder als eigenständiges Syndrom auftritt. Die Implementierung des ICD-11 wird sicherlich dazu beitragen, Schmerzzustände exakter zuzuordnen und Hinweise dafür zu geben, wie viele und welche Versorgungseinrichtungen zur suffizienten Therapie von SchmerzpatientInnen notwendig sind.

Primärer chronischer Schmerz

Diese neue phänomenologische Definition betrifft Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die länger als drei Monate persistieren und keiner anderen chronischen Schmerzentität zugeordnet werden können. In diese Kategorie fallen Erkrankungen wie Fibromyalgie, chronisches Reizdarmsyndrom und auch unspezifische Rückenschmerzen, die weder muskuloskelettalen noch neuropathischen Schmerzen zugeordnet werden können.

Literatur und Datenquellen

- Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. (beta). *Cephalalgia* 2013; 33: 629–808.
- Jensen TS, Baron R, Haanpää M et al. A new definition of neuropathic pain. *Pain* 2011; 152: 2204–5.
- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994.
- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015; 156: 1003–1007.
- Treede RD. Entstehung der Schmerzchronifizierung. In: Baron R, Koppert W, Strumpf M, Willweber-Strumpf A (Hg.). Praktische Schmerztherapie. Heidelberg: Springer, 2011: 3–13.

5.3 Psychosoziale Risikofaktoren und psychologische Mechanismen in der Entstehung und Chronifizierung von Schmerzen

Daniela Leithner

Zusammenfassung

Mittlerweile gilt als evident, dass psychische und soziale Faktoren in jedem Fall wesentlichen Einfluss auf die Entstehung, die Aufrechterhaltung und den Verlauf von Schmerzen haben. In Diagnostik und Behandlung sind diese daher von Beginn an zu berücksichtigen. Neben frühen anamnestischen Faktoren oder Traumaerfahrungen, die eine erhöhte Vulnerabilität bewirken können, sind insbesondere auch aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren zu berücksichtigen. Unter den als „Yellow Flags“ bezeichneten Risikofaktoren werden Belastungsfaktoren auf emotionaler, beruflicher und sozialer Ebene sowie ungünstige kognitive und Verhaltensmuster verstanden, die eine Schmerzchronifizierung begünstigen und wesentlichen Einfluss auf das körperliche Schmerzgeschehen ausüben.

Einleitung

Schmerz gilt als eine lebenswichtige Sinneswahrnehmung, die den Körper vor Gefahren und Verletzungen warnt. Die subjektive Schwere des Schmerzes korreliert jedoch nicht zwingend mit dem Ausmaß der Gewebeschädigung, sondern hängt von der zentralen Verarbeitung und verschiedenen Einflussgrößen ab.

Chronischer Schmerz ist aus heutiger Sicht immer ein multifaktorielles Geschehen. Psychische Phänomene können in bestimmten Fällen körperliche Schmerzen begründen. Unabhängig von der jeweiligen Ursache für die Entstehung der Schmerzen spielen bio-psycho-sozio-kulturelle Faktoren in jedem Fall eine entscheidende Rolle in der Chronifizierung von Beschwerden. „Aktuelle ätiopathologische Modelle gehen von einer komplexen Wechselwirkung psychosozialer, biologischer, iatrogener/medizinsystemischer und soziokultureller Faktoren aus, die zu neurobiologischen Veränderungen führen können und bei Disposition, Auslösung und Chronifizierung der Schmerzen zusammenspielen“ (Schaefer et al. 2012). Noch mehr: „Es wird sogar vermutet, dass chronische Rückenschmerzen von körperlichen Befunden losgelöst psychologisch wesentlich unterhalten werden“ (Bletzer et al. 2016).

So können wir sagen, dass körperliche und psychische Faktoren immer verwoben sind, wobei im Einzelfall primär entweder die psychischen oder aber die somatischen Bedingungsfaktoren überwiegen können. Ein primär körperlich bedingter Schmerz kann durch eine psychische „Fehlverarbeitung“ chronifizieren. Umgekehrt kann ein psychogen ausgelöster Schmerz schon dadurch chronisch werden, dass über das Schmerzgedächtnis neuronale Bahnungen eingeschliffen werden, die dann gewissermaßen ein organisches Korrelat dieser Chronifizierungsprozesse darstellen (Leithner & Finke 2016). Länger dauernder Schmerz führt in jedem Fall „zu Gedächtnisspuren und damit einhergehenden Veränderungen auf allen Ebenen des nozizeptiven Systems“¹¹ (Flor 2011). Dabei bleibt im weiteren Verlauf der Problem- und Symptombereich nicht auf die körperliche Ebene beschränkt, sondern erfasst zunehmend die Person als Ganzes: in Folge länger dauernder Schmerzen kommt es zu Veränderungen auf der psychischen Ebene, im Selbstbild, in der Identität, in der Körperwahrnehmung, im Verhalten und in der sozialen Teilhabe; eventuell sind sekundär auch die berufliche und existenzielle Lebenssituation betroffen. Wie in einer Spirale kommt es durch die Summe dieser Faktoren zu einer weiteren Verschlechterung der körperlichen und psychosozialen Situation.

¹¹ Nozizeption = Schmerz Wahrnehmung.

Psychosoziale Risikofaktoren für Schmerzentstehung

Am Beispiel von *Low Back Pain*¹² (umgangssprachlich „Kreuzschmerzen“) konnten prospektive Längsschnittstudien zeigen, dass als stärkster Prädiktor für das erste Auftreten der Rückenschmer-

zen eine depressive Stimmungsstörung sowie eine Beeinträchtigung durch psychosoziale Faktoren gilt (Bletzer et al. 2016).

Frühe Schmerzerfahrungen & traumatisierende Erfahrungen

Schmerzerfahrungen in ganz frühem Lebensalter können die Empfindlichkeit für Schmerzreize erhöhen, auf Basis derer ein „Körpergedächtnis“ bei späteren Schmerzerfahrungen Einfluss nimmt. Je nach kindlichen Erfahrungen bezüglich Umgang der Bezugspersonen mit Schmerzen (z. B. übertriebene Angst, Negieren ...) können ungünstige Muster etabliert werden, die im weiteren Leben eine Schmerzchronifizierung begünstigen.

Bei therapieresistenten Beschwerden müssen etwaige Traumatisierungen in der Kindheit oder Jugendzeit, etwa durch körperliche Misshandlung oder durch sexuellen Missbrauch, beachtet werden. Derart einschneidende Verletzungen der Grenzen einer Person können zu einer Vulnerabilität führen und auch noch lange Zeit später die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms begünstigen (Leithner & Finke 2016). Stichworte wie Körpergedächtnis, Traumafolgestörung, resignativ-fatalistische Bewältigungshaltung seien in diesem Zusammenhang hier nur erwähnt.

Doch auch im späteren Lebens- und Erwachsenenalter sind unter Umständen traumatische bzw. einschneidende Erfahrungen von Relevanz. Können die mit dem Ereignis verbundenen Gefühle aufgrund der persönlichen oder situativen Möglichkeiten nicht entsprechend verarbeitet werden, ist

dies als möglicher Hintergrund einer körperlichen Schmerzerkrankung zu beachten. Können zum Beispiel bei einem Verlustereignis der Schmerz des Verlustes, die Trauer bzw. weitere damit verbundene Gefühle vom Individuum nicht ertragen werden, so ist die Verschiebung auf körperliche Ebene ein möglicher Lösungsversuch des Organismus. Unabhängig vom Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung ziehen Traumaerfahrungen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines unspezifischen chronischen Rückenschmerzes nach sich. So konnte nach Traumaerfahrungen eine vermehrte Aktivität im Gehirn bei der Schmerzverarbeitung nachgewiesen werden (Tesarz et al. 2015).

Speziell erwähnt werden sollen in diesem Zusammenhang Kriegserfahrungen. Auf Basis von Studienergebnissen gelten diese ebenso als spezifischer Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung oder Aufrechterhaltung einer erhöhten Schmerzsensibilität und damit einer Prädisposition für eine Schmerzerkrankung (Studer et al. 2016; Tesarz et al. 2015). Eindrucksvolle Beiträge widmen sich dazu ausführlich im folgenden Abschnitt und zeigen die tiefgehenden Auswirkungen von Kriegsgeschehen und der damit einhergehenden Menschenrechtsverletzungen auf das Schmerzerleben der Betroffenen (siehe dazu Abschnitt 6, insbesondere die Kapitel 6.4.3, 6.4.4 und 6.4.5).

12 *Low Back Pain*: Schmerzen im unteren Rückenbereich, d. h. im Bereich der Lendenwirbelsäule (umgangssprachlich: „Kreuzschmerzen“).

Kulturell geprägte Erwartungen

Transkulturelle Untersuchungen machten deutlich, dass die Bereitschaft zur Ausbildung eines Schmerzsyndroms auch durch Erwartungshaltungen gefördert wird, die durch bestimmte, für eine Kultur typische Weltdeutungen und Krankheitskonzepte vorgegeben sind und charakteristischen Rollenschilderungen der Mitglieder einer jeweiligen Gesellschaft entsprechen. So scheint in bestimmten Gesellschaften die Neigung zum „Somatisieren“ –

also die Tendenz, seelische Befindlichkeitsstörungen in Gestalt von körperlichen Beschwerden, eben oft auch Schmerzen, auszudrücken – größer zu sein als in anderen (Reisch 1994). Insofern muss im Rahmen einer Behandlung auch der kulturelle Hintergrund mitgedacht werden. Die kulturellen Prägungen von Schmerz werden in den Beiträgen von Abschnitt 6 beschrieben.

Schmerz als Ausdruck verdrängten oder „verbotenen“ Erlebens

Sind bestimmte Aspekte des Erlebens, bestimmte Gefühle oder Gedanken gar nicht mit dem Selbstkonzept einer Person vereinbar, kann es dazu kommen, dass sie nicht oder nur verzerrt wahrgenommen und ausgedrückt werden (Rogers 1959/1987). Das Phänomen Schmerz kann eine Ausdrucksform einer solchen verzerrten Symbolisierung darstellen. Ein Beispiel könnten etwa ausgeprägt aggressive Gefühle gegenüber anderen sein, die vor dem inneren Wertegebäude keineswegs zugelassen sind (Leithner & Finke 2016), sodass das aggressive Erleben von einer Bewusstwerdung ausgeschlossen und in Form von Schmerzen verzerrt erlebt und ausgedrückt wird, um einem inneren Konflikt auszuweichen. Auch Schuldgefühle oder Trauer und Depression im Rahmen eines „schmerzhaften“ Verlustes können sich in der Verkleidung bzw. in der verzerrten Symbolisierung von Schmerzen zeigen. Eine „sinnhafte“ Lösung kann dies für einen Organismus insofern darstellen, als möglicherweise der körperliche Schmerz gegenüber dem seelischen Schmerz das kleinere Übel ist. Der Körperschmerz stünde hier also im Dienst der Abwehr (Rogers 1959/1987) bzw. der Bewältigung des schmerzhaften Erlebens, also des „Seelenschmerzes“ (Leithner & Finke 2016).

Körperlicher Schmerz könnte jedoch auch einen Weg darstellen, im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns Beachtung und Zuwendung aus der Umgebung zu bekommen, die einem sonst versagt bleibt. So ist entweder die Enttäuschung über die

Nichterfüllung des grundlegend menschlichen Bedürfnisses nach positiver Beachtung (Rogers 1959/1987), nach Anerkannt- und Gemochtwerden so „schmerzhaft“, oder der körperliche Schmerz bietet einen erlaubten und verstehbaren Grund für die Suche von Zuwendung und Nähe (Leithner & Finke 2016; vgl. auch Kap. 7.2).

Möglicherweise verschaffen körperliche Schmerzen den Erhalt einer längst erforderlichen Pause und Entlastung. Immer wieder fällt auf, dass eine Subgruppe von SchmerzpatientInnen lange Zeit zur Überforderung neigt, Grenzen nicht spüren oder nicht einhalten kann – solange eben, bis der Körper diese setzt. Oder es mangelt an Mut bzw. einfach den Möglichkeiten, adäquate Grenzen durchzusetzen.

Im Laufe von Therapien spüren SchmerzpatientInnen immer deutlicher, wie spezifische individuelle psychische Belastungs- oder Stressfaktoren direkt den bekannten Schmerz auslösen (Leithner & Finke 2016). Nicht direkt lebbare Gefühle oder Bedürfnisse kommen so über den Körper zum Ausdruck.

Diese Verstehensweise von körperlichen Schmerzen mit unzureichender somatischer Basis findet sich sowohl in der personenzentrierten (Leithner & Finke 2016) wie auch in der psychodynamischen (Senf & Gerlach 2011) Sichtweise (siehe dazu auch Kapitel 8.2.3).

Aktuelle Stressoren im Alltag

Auch dauerhafte Stressoren im Alltag (Kröner-Herwig et al. 2016) können wesentlich zur Entstehung körperlicher Beschwerden beitragen. So ist Stress als relevanter (mitverursachender) Faktor für die Entstehung von Schmerzen bekannt. Chronische berufliche oder private Überlastung, hoher Leistungsdruck, ungelöste Konflikte führen zu körperlicher Aktiviertheit und Anspannung, die sich unter Umständen letztlich in körperlichen Schmerzen bemerkbar machen können.

Dem individuell erlebten Stress können neben hohen zeitlichen Anforderungen auch unterschiedlichste psychische Belastungen zugrunde liegen. Private und soziale Schwierigkeiten sowie schlechtes Arbeitsklima, Mobbing oder Burn-Out können, wenn die Problematik nicht anders gelöst werden kann, den Hintergrund körperlicher Schmerzbeschwerden darstellen. Ebenso ziehen existenzielle Sorgen und Probleme (hoher Leistungsdruck durch Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen) meist körperliche Reaktionen nach sich.

Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – „Yellow Flags“

Für eine Chronifizierung der Beschwerden sind psychische bzw. psychosoziale Belastungsfaktoren, sogenannte „Yellow Flags“, sehr bedeutsam. Sie können das Risiko für eine Chronifizierung der Schmerzen erhöhen und spielen eine entscheidende Rolle für den Krankheitsverlauf. „In den vergangenen 15 Jahren wurde, vor allem im Rahmen prospektiver Längsschnittuntersuchungen, nachgewiesen, dass zahlreichen psychologischen und psychobiologischen Mechanismen eine Rolle in der Chronifizierung akuter Schmerzen zukommt. Hierzu zählen eine depressive Stimmungslage, ungünstige Faktoren der emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Verarbeitung sowie chronische Stressoren im beruflichen und Alltagsleben. [...] In jüngerer Zeit werden darüber hinaus verstärkt iatrogene Prozesse beschrieben, die im Rahmen der medizinischen Behandlung von Schmerzpatienten eine Chronifizierung begünstigen“ (Pfungsten et al. 2011).

Verschiedene Lernprozesse tragen zur Chronifizierung bei, da sie Veränderungen an neuronalen Netzwerken mitbestimmen, die in die Schmerzverarbeitung involviert sind. Zusätzlich konnte eine Reihe von psychosozialen Risikofaktoren identifiziert werden, die nicht nur die Chronifizierung begünstigen, sondern zur Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen beitragen (Kappesser & Hermann 2013).

Als für das Schmerzsyndrom modulierende Einflussgrößen, die im ungünstigen Fall auch für seine Chronifizierung verantwortlich sind, sieht man heute unter anderem folgende, durch empirische Studien gesicherte und als „Yellow Flags“ benannte psychosoziale Faktoren an (Egle & Kröner-Herwig 2000; Pfungsten et al. 2011; Arnold et al. 2009):

„Yellow Flags“ auf emotionaler Ebene

- Angst
- depressive Stimmung
- Hilflosigkeit, Ohnmacht
- Resignation, Hoffnungslosigkeit, fehlender Glaube an Heilung
- hoher Stress, hohe Belastetheit¹³ (körperlich, psychisch)

Chronische Schmerzen zeigen eine hohe Komorbidität mit psychopathologischen Störungen, insbesondere dem Formenkreis affektiver Störungen (Konietzky et al. 2016). Negative Emotionen beeinflussen erwiesenermaßen die Schmerzwahrnehmung. Eine Angst- oder eine depressive Erkrankung kann das Schmerzerleben deutlich verstärken (Kröner-Herwig et al. 2016; Leithner & Finke 2016;

¹³ Mit dem Begriff „Belastetheit“ wird das persönliche, innere Belastet-Sein einer Person beschrieben. „Belastetheit“ oder „Belastet-Sein“ ist nicht ident mit einer „Belastungssituation“.

Bletzer et al. 2016). Pfingsten et al. weisen darauf hin, dass bei PatientInnen mit einem akuten lumbalen Bandscheibenvorfall und radikulärer¹⁴ Schmerzsymptomatik sowie gleichzeitig vorliegender depressiv getönter Stimmungslage in über 80 Prozent der Fälle davon auszugehen ist, dass die Betroffenen „von einer Operation alleine nicht profitieren, sondern ein chronisches Schmerzbild entwickeln“ werden (Pfingsten et al. 2011).

Eine aktuelle depressive Stimmungslage ist daher als signifikanter Risikofaktor für die Entstehung eines chronischen Schmerzbildes anzusehen! Dabei geht es vorrangig um milde Formen von Depressivität (nicht hingegen um schwere depressive Störungen).

„Yellow Flags“ auf kognitiver Ebene - ungünstige schmerzbezogene Gedanken

- Hoffnungslosigkeit in Gedanken (Überzeugung „es wird nicht mehr gut“)
- Katastrophisieren oder Bagatellisieren
- Kontrollverlust bzw. Eindruck, selbst nicht viel zur Besserung beitragen zu können
- Überzeugung oder Eindruck, dass Aktivitäten den Schmerz verstärken

Eine passive Hilfservartung und vor allem eine resignativ-fatalistische Haltung mit der Überzeugung, dem Schicksal ausgeliefert zu sein, erhöhen das Risiko zur Schmerzchronifizierung (Kröner-Herwig 2016; Leithner & Finke 2016).

Katastrophisieren und Hoffnungslosigkeit stellen den Schmerz zu sehr in den Fokus, Bagatellisieren bedeutet eine Unterbewertung des Schmerzes. Beides hat häufig ungünstiges Schmerzverhalten (Schonung, Vermeidung versus körperliche Überforderung, Vernachlässigung adäquater Grenzen) zur Folge.

Krankheitsbezogene ängstliche Überzeugung ist intensiv untersucht: sogenannte „*fear-avoidance-beliefs*“ (Waddell et al. 1993) bedingen aus Angst vor Schmerz(verschlimmerung) im Sinne der Vermeidung potenziell schmerzauslösender Reize eine Verringerung von Aktivitäten. „*Fear-avoidance-beliefs*“ sowie umgekehrt „Durchhaltestrategien“ oder Negieren von Beschwerden sind bereits im frühen Stadium der Schmerzbeschwerden als relevanter Faktor für den weiteren Verlauf anzusehen. Sie können bereits bei akutem Rückenschmerz den weiteren Krankheitsverlauf stark mitbestimmen (Pfingsten et al. 2011).

Ständige Kontroll- oder Beeinflussungsversuche (im Sinne ständiger Aufmerksamkeit auf Schmerz bzw. Schmerzvermeidung) führen meist nicht zu mehr Kontrollgewinn, sondern dazu, dass viele andere Lebensbereiche, persönliche Werte und Lebensziele zunehmend in den Hintergrund geraten, was bio-psycho-sozial wiederum ungünstig auf die Genesung wirkt. Wesentlich dabei ist die Erwartungshaltung. Eine ständig angespannte Erwartung gegenüber dem Auftreten von Schmerzen oder die Befürchtung ihrer Verschlimmerung kann zu deren Chronifizierung beitragen (Leithner & Finke 2016).

Falsche Krankheitsvorstellungen, falsche Theorien zu Schmerz und Gesundheit oder auch Unwissenheit sind ebenso nachteilig für den Genesungsverlauf wie die Überzeugung, dass eine völlige Beseitigung der Schmerzen erforderlich ist, bevor Aktivitäten bzw. Arbeit wieder aufgenommen werden kann.

¹⁴ Radikulärer Schmerz: Schmerzen, die von einer oder mehreren Nervenwurzeln im Bereich der Wirbelsäule ausgehen.

„Yellow Flags“ auf Verhaltensebene – ungünstiges schmerzbezogenes Verhalten

- wenige Bewältigungsstrategien
- hohes Schonverhalten
- Durchbeißen, Durchhalten
- Rückzug von Aktivitäten
- sozialer Rückzug
- starkes Vermeidungsverhalten
- stark nonverbales Verhalten im Schmerz (fehlendes Verbalisieren)
- Schlafstörungen

Bemühen um Schonung, Vermeidung körperlicher Belastung, Wegfall von Unternehmungen und sozialer Rückzug führen durch das verringerte Ausmaß an körperlicher Aktivität zu einer Verstärkung der körperlichen Beschwerden. „Passives Vermeidungsverhalten“, oft gepaart mit vermehrtem Medikamentengebrauch und ungünstigen schmerzbezogenen Kognitionen, entsteht oftmals zunächst schleichend und fast unbemerkt. Erhöhte Zuwendung durch das nahe Umfeld verfestigt dieses Verhalten noch weiter. Wegfall positiver Erfahrungen und eintretende Arbeitsunfähigkeit wirken letztlich wie ein Katalysator und beschleunigen den Teufelskreis.

Vermeiden sozialer Aktivitäten, Rückzug aus persönlich wichtigem Freizeitverhalten, Fehlen einer beruflichen Struktur und damit verbundenen Anforderungen sind daher klar als ungünstige und schmerzverstärkende bzw. chronifizierungsfördernde Verhaltensweisen zu nennen (Pfungsten et al. 2011).

Andererseits zeigt sich in der Praxis häufig der umgekehrte Konnex: Bagatellisieren sowie Negieren von Beschwerden, Überschreiten der persönlichen körperlichen und psychischen Grenzen („Durchhalten“) stellen ebenso große Risikofaktoren für das Chronifizieren von akuten Beschwerden dar (Kappesser & Hermann 2011; Leithner 2013; Kröner-Herwig et al. 2016). Hasenbring (2001) spricht daher von einem *Avoidance-Endurance-Modell*, d. h. sowohl längerfristige Vermeidung von Belastung als auch chronische Überforderung sind als relevante Faktoren für die Chronifizierung von Schmerzen anzusehen.

„Yellow Flags“ auf sozialer Ebene

- stark beschützend, überfürsorglicher Partner
- Abnahme der Verantwortung durch Familie
- (schwerere) familiäre Konflikte
- Schmerz als Ersatzfunktion (statt Konflikt, Trennung, Nähe ...)
- familiär gehäufte Schmerzproblematik
- Verlust wichtiger Bezugspersonen
- physischer/psychischer Missbrauch
- geringer familiärer Rückhalt, geringes soziales Netz

Chronische Schmerzen gehen, wie bereits unter den vorigen Punkten erläutert, häufig mit einem Rückzug von körperlichen und sozialen Aktivitäten einher. Isolation und Schonung verstärken die Schmerzen und fördern die Chronifizierung (Arnold et al. 2014), denn ein ausgeprägtes derartiges Krankheitsverhalten bis hin zu angstvoller Vermeidung körperlicher Belastungen zieht ein Dekonditionierungssyndrom mit strukturellen und funktionellen Veränderungen von Kraft, Ausdauer und Koordination nach sich. Umfassender Leistungsverlust wiederum begünstigt das Auftreten der übrigen „Yellow-Flags“-Risikofaktoren (Arnold et al. 2009).

„Yellow Flags“ auf sozialer Ebene (Pfungsten et al. 2011) können das individuelle Schmerzgeschehen ungünstig beeinflussen. Neben Faktoren des „sozialen Mangels“ ist auf sozialer Ebene, im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns, risikobehaftet, wer eine erhöhte Zuwendung aufgrund der Schmerzbeschwerden erhält.

Kontraproduktiv für die Gesundheit erweisen sich auch die Unfähigkeit, um Hilfe zu bitten oder Hilfe in Anspruch zu nehmen sowie Schuldgefühle. Manche Betroffene leiden stark darunter, nicht mehr ihre Rolle in der Familie erfüllen zu können und eine Belastung für Angehörige zu sein. Sie fühlen sich durch Schuldgefühle schwer belastet (Leithner 2013). Überdauernde Konflikte mit nahen Bezugspersonen können ebenso wie verdrängte Gefühle einen emotionalen Hintergrund für körperliche Spannungszustände darstellen und Gesundheit behindern.

Sowohl „zu viel“ als auch fehlende soziale Unterstützung sind im Sinne der „Yellow Flags“ also Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung.

„Yellow Flags“ auf beruflicher Ebene

- Unzufriedenheit mit beruflicher Situation
- Überzeugung, dass Arbeitsbedingungen den Körper schädigen
- schlechtes Arbeitsklima, geringe Unterstützung durch Umgebung
- Entlastungsmotivation – sekundär erhoffte Entlastung aufgrund des Schmerzes (z. B. Pensionsbegehren)

Chronischen Stressoren im beruflichen Alltag wird mittlerweile eine besonders starke Bedeutung im Rahmen der „Yellow Flags“ zugeschrieben. Nicht (!) die körperliche Arbeitsbelastung, sondern **Unzu-**

friedenheit im Arbeitskontext scheint einer der relevantesten Faktoren für das Fortdauern von Schmerzbeschwerden zu sein. Neben psychischer Überbeanspruchung spielen insbesondere ein geringer Kontroll- und Entscheidungsspielraum, mangelnde soziale Unterstützung, fehlendes Interesse von Vorgesetzten sowie die subjektiv mangelnde Zufriedenheit mit der Arbeitssituation eine entscheidende Rolle. Arbeits(platz)unzufriedenheit hat sich wiederholt sogar als einer der stärksten Prädiktoren für einen ungünstigen Verlauf von Schmerzbeschwerden erwiesen (Pfungsten et al. 2011; Kröner-Herwig et al. 2016).

„Yellow Flags“ im Behandlungskontext und iatrogene Faktoren

- Überbewertung von medizinischen Befunden
- häufiger Wechsel der Ärztin/des Arztes
- negative Erfahrungen im Behandlungsverlauf (Kröner-Herwig et al. 2016)
- Schreckensaussagen von BehandlerInnen
- mehrere (einander widersprechende) Diagnosen; Suche nach weiteren Diagnosen
- Bevorzugung invasiver Maßnahmen
- Selbstmedikation

5

Resümee

Aus diesen Darstellungen wird deutlich, dass neben somatisch-biologischen Faktoren vor allem auch psychologische und soziologische Faktoren immer eine Rolle spielen – und zwar sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Aufrechterhaltung eines Schmerzsyndroms. Die schmerzbedingte Beeinträchtigung bei chronischen Schmerzen wird nur marginal durch das Ausmaß der tatsächlich diagnostizierbaren Körperschäden bestimmt. Ebenso korrelieren Schmerzintensität und erlebte Beeinträchtigung nur schwach bis mittelstark. Ausschlaggebend für den Einfluss auf Alltagsbewältigung und Lebensqualität scheinen hingegen emotionale Aspekte und die jeweiligen Umgangsweisen mit dem Schmerz zu sein (Hasenbring 2001; Pfungsten 2004; Pfungsten et al. 2011).

Literatur und Datenquellen

- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. *Schmerz* 2014; 28: 459–472.
- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. Multimodale Schmerztherapie – Konzepte und Indikation. *Schmerz* 2009; 23: 112–120.
- Bletzer J, Gantz S, Voigt T et al. Chronische untere Rückenschmerzen und psychische Komorbidität. *Schmerz* 2016. doi:10.1007/s00482-016-0143-4.
- Egle UT, Kröner-Herwig B. Schmerz. In: Senf W & Broda M (Hg.). *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme, 2000: 524–536.
- Flor H. Neurobiologische und psychobiologische Faktoren der Chronifizierung und Plastizität. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.). *Schmerzpsychotherapie*. 7. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, 2011: 89–104.
- Hasenbring M, Hallner D, Klasen B. Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung. Unter- oder überbewertet? *Schmerz* 2001; 15(6): 442–447.
- Kappesser J, Hermann Ch. Entstehung und Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen. *Psychotherapeut* 2011; 58(5): 503–517.
- Konietzny K, Suchan B, Kreddig N et al. Emotionsregulation und Schmerzen. *Schmerz* 2016; 30(6): 412–420.
- Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P. (Hg.). *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung*. Berlin: Springer-Verlag, 2016.
- Leithner D, Finke J. Personenzentrierte Therapie von Schmerzsyndromen. *Person* 2016; 29(1): 1–13.
- Leithner D. Körperorientierte Gruppentherapie – ein klientenzentrierter Therapieansatz bei chronischem Schmerz. Preliminary Study. *Person* 2013; 17(1): 1–17.
- Pfingsten M. Psychologische Faktoren. In: Hildebrandt J, Müller G, Pfingsten M (Hg.). *Die Lendenwirbelsäule*. München: Urban-Fischer, 2004: 26–39.
- Pfingsten M, Korb J, Hasenbring M. Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.). *Schmerzpsychotherapie*. Berlin: Springer Verlag, 2011.
- Reisch E. *Verletzbare Nähe – Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten*. München: Pfeiffer, 1994.
- Rogers CR. *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG, 1959/1987.
- Schaefert R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W et al. Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. Klinische Leitlinie. *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109(47): 803–813.
- Senf W, Gerlach G. Psychodynamische Konzepte: Schmerz, Chronifizierung und Interaktion. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.). *Schmerzpsychotherapie*. Berlin: Springer Verlag, 2011.
- Studer M, Stewart J, Egloff N et al. Schmerz. Psychosoziale Stressoren und Schmerzempfindlichkeit bei chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). *Schmerz* 2016. doi:10.1007/s00482-016-0159-9.
- Tesarz J, Gerhardt A, Leisner S et al. Distinct quantitative sensory testing profiles in nonspecific chronic back pain subjects with and without psychological trauma. *Pain* 2015; 156: 577–586.
- Waddell G, Newton M, Somerville D, Main CJ. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993; 52: 157–168.

5.4 Ursachenforschung und Auswirkungen auf die Therapie

Gabriele Grögl

Zusammenfassung

Nicht immer kann die Ursache eines chronischen Schmerzzustandes geklärt werden. In vielen Fällen liegt einem ungeklärten chronischen Schmerzzustand eine multifaktorielle und komplexe Ursache zugrunde, die sowohl psychosoziale als auch physische und lebensstilbedingte Komponenten aufweist. Dieser Umstand erschwert die Diagnostik und verzögert damit auch den Erhalt einer adäquaten Therapie.

Multifaktorielle und ungeklärte Ursachen

Der chronische Schmerz hat seine biologische Funktion verloren und stellt ein eigenes Krankheitsbild dar. Seiner Entstehung gehen komplexe periphere und zentrale Sensibilisierungsvorgänge des nozizeptiven Systems voraus. Bei dysfunktionalen chronischen Schmerzen, wie zum Beispiel der Fibromyalgie und dem chronischen Unterbauchschmerz, scheint eine Veränderung der zentralen Schmerzverarbeitung und eine Dysbalance zwischen hemmenden und erregenden Schmerzbahnen vorzuliegen. Genauso vielschichtig wie die Entstehungsmechanismen des chronischen Schmerzes kann sein Ursprung sein. In vielen Fällen liegt eine multifaktorielle Ursache vor, die sowohl psychosoziale als auch physische sowie lebensstilbedingte Komponenten aufweist.

Dieser Umstand erschwert die Diagnostik und spiegelt sich in der Tatsache wider, dass bei vielen PatientInnen Monate bis Jahre vergehen, bevor sie eine adäquate Diagnose und Therapie erhalten. 16 Prozent der PatientInnen mit chronischen Schmerzen erhalten gar keine Diagnose und bei 11 Prozent dauert es fünf bis zehn Jahre, bis eine Diagnose gestellt werden kann (Baker et al. 2010).

Bedenklich ist, dass nach Diagnosestellung keineswegs alle chronischen SchmerzpatientInnen in Österreich eine adäquate Therapie erhalten. Nur 15 Prozent der Betroffenen bekommen innerhalb von drei Monaten eine effiziente Behandlung, weitere 20 Prozent im Zeitraum von drei Monaten bis einem Jahr und weitere 20 Prozent erst nach ein bis fünf Jahren. Etwa 38 Prozent der chronischen SchmerzpatientInnen in Österreich werden nicht adäquat behandelt (Baker et al. 2010).

Chronische SchmerzpatientInnen fühlen sich daher bei der Suche nach Diagnose und Therapie vom Gesundheitssystem oft im Stich gelassen. Besonders stark ausgeprägt kann das Gefühl der Hilflosigkeit und Verzweiflung bei jenen PatientInnen sein, die kein morphologisches Substrat als Ursache für ihren chronischen Schmerz aufweisen und noch nie über den hohen Stellenwert psychosozialer Faktoren bei der chronischen Schmerzerkrankung informiert wurden. Die Ausführungen in Abschnitt 7 und Abschnitt 8 (insbesondere Kapitel 8.3.2) geben Einblick in die reale Situation aus Sicht der SchmerzpatientInnen.

Resümee

Das Wissen um die Ursache(n) chronischer Schmerzen ermöglicht ein zielgerichtetes, rechtzeitiges Eingreifen, um einer Chronifizierung des Schmerzes zuvorzukommen. Wesentliche Voraussetzungen zur Verhinderung der Schmerzchronifizierung sind zeitgerecht einsetzende präventive Maßnahmen und die Verfügbarkeit multimodaler, interdisziplinärer Therapiemöglichkeiten (siehe Abschnitt 8, insbesondere Kapitel 8.2.4) zur Behandlung von Akutschmerzen und psychischen Komorbiditäten. Ebenso wichtig ist das Minimieren von Risikofaktoren, die eine Schmerzchronifizierung begünstigen.

Um die oftmals vorliegende Multikausalität des chronischen Schmerzes in ihrem vollen Umfang erfassen zu können, ist ein interdisziplinäres Vorgehen bereits in der Diagnostik erforderlich. Damit ist eine rasche Diagnosestellung möglich, auf deren Basis ein multimodales, interdisziplinäres Therapiekonzept erstellt und umgesetzt werden kann.

Literatur und Datenquellen

Baker M, Collett B, Fischer A et al. PAIN Proposal. Improving the Current and Future Management of Chronic Pain. A European Consensus Report. RBT PAIN-10-235. Date of preparation: September 2010.

5.5 Gesamtresümee

Gabriele Grögl

Zur Verbreitung von chronischen Schmerzen in der Bevölkerung lassen sich kaum Aussagen treffen, da einerseits Daten zur Prävalenz von chronischen SchmerzpatientInnen weitgehend fehlen, andererseits klare Definitionen und Klassifikationsschemata für die verschiedenen Schmerzformen fehlen. Im Entwurf zum ICD-11 werden die verschiedenen Ursachen für Schmerz erstmals klar definiert. Eine genauere Zuordnung und Codierung sowohl im Krankenhaus, aber auch im niedergelassenen Bereich würde Klarheit schaffen, wie viele PatientInnen jeweils betroffen sind, das heißt, wie oft Schmerz als Symptom einer Erkrankung oder als eigenständiges Syndrom auftritt. Die Implementierung des ICD-11 wird sicherlich dazu beitragen, Schmerzzustände exakter zuzuordnen und Hinweise dafür zu geben, wie viele und welche Versorgungseinrichtungen zur suffizienten Therapie von SchmerzpatientInnen notwendig sind.

Eine chronische Schmerzerkrankung ist zumeist ein multifaktorielles und vielschichtiges Geschehen, das individuell höchst unterschiedlich verläuft und dessen Entstehung und Ursache-Wirkungsmechanismus noch weitgehend unklar ist. Körperliche, genetische, immunologische, psychische, soziale und umweltmedizinische Risikofaktoren können gleichermaßen an der Entstehung und am Verlauf einer chronischen Schmerzerkrankung beteiligt sein. Die Literatur belegt weiters, dass schmerzbedingte und erlebte Beeinträchtigung sowie Schmerzintensität bei chronischen Schmerzen nur marginal bis mittelstark durch das Ausmaß der tatsächlich diagnostizierbaren Körperschäden bestimmt wird. Vielmehr spielen hier psychosoziale Faktoren, emotionale Aspekte und die jeweiligen Umgangsweisen mit dem Schmerz eine zentrale Rolle.

Die Fokussierung auf rein körperliche Symptome hat dazu geführt, dass die Effizienz der klassischen, von der Schulmedizin angebotenen Therapien (medikamentöse und physikalische Symptombehandlung) als wenig wirksam bis gänzlich ineffektiv einzustufen sind und darüber hinaus diesen komplexen biopsychischen Bereich bestenfalls auch nur teilweise abdecken können.

Das Wissen um die Ursache(n) chronischer Schmerzen ermöglicht hingegen ein zielgerichtetes, rechtzeitiges Eingreifen, um der Chronifizierung des Schmerzes zuvorzukommen. Wesentliche Voraussetzungen zur Verhinderung der Schmerzchronifizierung sind zeitgerecht einsetzende präventive Maßnahmen und die Verfügbarkeit multimodaler, interdisziplinärer Therapiemöglichkeiten zur Behandlung von Akutschmerzen und psychischen Komorbiditäten. Ebenso wichtig ist das Minimieren von Risikofaktoren, die eine Schmerzchronifizierung begünstigen.

Multimodale Therapiemöglichkeiten und interdisziplinäres Vorgehen ist gefordert

Um die oftmals vorliegende Multikausalität des chronischen Schmerzes in ihrem vollen Umfang erfassen zu können, ist ein interdisziplinäres Vorgehen bereits in der Diagnostik erforderlich. Damit ist eine rasche Diagnosestellung möglich, auf deren Basis ein multimodales, interdisziplinäres Therapiekonzept erstellt und umgesetzt werden kann.

Noch immer vergehen in Österreich durchschnittlich 1,7 Jahre, bis chronische SchmerzpatientInnen eine Diagnose erhalten, und danach weitere 1,9 Jahre, bis mit einer adäquaten Therapie begonnen wird (Baker et al. 2010). Die Ursachen dafür liegen einerseits in den bereits erwähnten Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung, andererseits in der unzureichenden Verfügbarkeit von multimodalen und interdisziplinären ambulanten, tagesklinischen oder stationären Therapieangeboten.

Die Folgen für die Betroffenen sind anhaltendes körperliches Leid verbunden mit einer deutlichen Abnahme der Lebensqualität und einer zunehmenden Einschränkung ihrer funktionellen Unabhängigkeit. Schmerzbedingt kommt es zu einer Abnahme der physischen und psychischen Belastbarkeit, in manchen Fällen sind selbst Aktivitäten des täglichen Lebens kaum oder gar nicht mehr durchführbar. Es findet sich eine hohe Koinzidenz chronischer Schmerzen mit Depressionen und Schlafstörungen, die sich gegenseitig verstärken. Die sozialen Konsequenzen bleiben nicht aus. Im Vergleich zur „Normalbevölkerung“ weisen chronische SchmerzpatientInnen eine deutlich höhere

re Zahl an Krankenstandstagen auf und Schätzungen zufolge sind PatientInnen mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen drei- bis siebenmal so häufig arbeitslos. Die Rückkehrwahrscheinlichkeit an den Arbeitsplatz korreliert negativ mit der Dauer des Arbeitsausfalles. Sie reduziert sich nach sechs Monaten Krankenstand auf 50 Prozent, liegt nach einem Jahr bei 20 Prozent und geht nach zwei Jahren gegen Null (Frymoyer 1992).

Es wird angenommen, dass chronische Schmerzen in Österreich gesundheitliche und wirtschaftliche Kosten in Milliardenhöhe verursachen. Ein Drittel davon stellen direkte Kosten dar, zwei Drittel entfallen auf indirekte Kosten, einschließlich der intangiblen Kosten, die durch die weitreichenden sozialen Folgen chronischer Schmerzsyndrome hervorgerufen werden (Vavrovsky 2012).

Wie Beispiele aus anderen europäischen Ländern zeigen, kommt es in absehbarer Zeit zu einer deutlichen Verbesserung der Situation, wenn entsprechende gegenregulative Maßnahmen ergriffen werden. In Österreich sind jedoch bisher derartige Schritte ausgeblieben.

Literatur und Datenquellen

- Baker M, Collett B, Fischer A et al. PAIN Proposal. Improving the Current and Future Management of Chronic Pain. A European Consensus Report. RBT PAIN-10-235. Date of preparation: September 2010.
- derStandard.at. „Nach OP: Schmerzen können chronisch werden“. Artikel online abrufbar unter: <https://derstandard.at/2000073221939/Nach-OP-Schmerzen-koennen-chronisch-werden>. (Erstellt: 29.01.2018).
- Dorner TE. Pain and chronic pain epidemiology: Implications for clinical and public health fields. *Wien Klin Wochenschr* 2018 Jan; 130(1-2):1-3.
- Ecker K: Die gesundheitsökonomische Bedeutung von Schmerzerkrankungen. Masterarbeit an der Medizinischen Universität Graz, ausgeführt am Institut für Pflegewissenschaft. Graz, 09. Februar 2012.
- Frymoyer JW. Predicting disability from low back pain. *Clin Orthop Relat Res* 1992 Jun; 279: 101–109.
- Kaiser U, Sabatowski R, Azad SC. Multimodale Schmerztherapie. Eine Standortbestimmung. *Schmerz* 2015; 5(29): 550-556.
- ÖSG (Österreichische Schmerzgesellschaft), ÖGARI (Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin), ÖGCH (Österreichische Gesellschaft für Chirurgie) und ÖGKV (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband). Schmerzversorgung bei chirurgischen Eingriffen. 26. und 27. April 2017.
- Vavrovsky A (Academy for Value in Health GmbH). Die Auswirkungen von chronischem Schmerz in Österreich. Impulsreferat am 04.12.2012. (Ohne Angabe).

6

Gender- und Kulturaspekte von Schmerz

Inhalt

6	Gender- und Kulturaspekte von Schmerz	108
6.1	Einleitung	110
6.2	Die kulturelle Konstruktion von Körper, Krankheit und Schmerz	114
	Einleitung	115
	6.2.1 Schmerz als integraler Bestandteil der Kulturgeschichte	115
	6.2.2 Weltbild und Körperverständnis	117
	6.2.3 Biomedizin und Sozialität/ Kulturalität von Körper, Krankheit und Schmerz	120
	Kulturalisierung des physischen Körpers	120
	Krankheit aus kultur- und medizinanthropologischer Sicht	121
	Biomedizinisches Modell und Schmerz	122
	Medikalisierung von Schmerz	123
	6.2.4 Kulturanthropologie des Schmerzes	124
	Schmerz und Ethnizität	124
	Geografische Varietät von Schmerzempfinden und Schmerzverhalten	126
	Schmerz als eigene Realität	129
	Nichtkommunizierbarkeit von Schmerz	132
	Schmerzwahrnehmung und die Rolle von Kultur und Gender	134
	6.2.5 Resümee	135
6.3	Gesundheitsstatistische Aspekte zu Geschlecht und Kultur	140
	Einleitung	140
	Schmerzen nach Geschlecht und Herkunft auf Basis von ATHIS	141
	Unterschiede nach Geschlecht auf Basis von Dokumentationsdaten	143
	Resümee	146

6.4	Spezielle Aspekte aus genderspezifischer und soziokultureller Perspektive	147
<hr/>		
6.4.1	<i>Gendered Pain: Schmerz und genderspezifische Prägungen</i>	147
	Einleitung	147
	Forschungsergebnisse	148
	Resümee und Ausblick	151
6.4.2	<i>Schmerz aus kultureller Sicht: Der orientalische Schmerz</i>	154
	Einleitung: die Bedeutung der Sprache	154
	Migration als transkulturelle Herausforderung	155
	Wenn der Körper in der Fremde schmerzt: Transkulturelle Herausforderungen im Umgang mit leidenden PatientInnen und deren Angehörigen	156
	Transkulturelle Diagnostik	157
	Sprache als Instrument der Diagnostik	159
	Resümee	161
6.4.3	<i>Flucht und Schmerz: Menschenrechtsverletzungen verursachen Schmerz – Wege der Anerkennung und Behandlung</i>	163
	Einleitung	163
	Funktionen von Schmerz	164
	Schmerz und Erinnerung	165
	Wechselwirkung zwischen physischen und psychischen Verletzungen	165
	Therapiemethoden und Faktoren der Therapiewahl	166
	Schmerz ohne medizinische Evidenz	167
	Schmerz und Trauer	168
	Schlussbemerkungen	168
6.4.4	<i>Krieg – Migration – Schmerz – Trauma: Chronischer Schmerz mit komplexen Traumafolgestörungen bei Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien</i>	169
	Einleitung	169
	Chronische Schmerzen und PTBS	171
	Genderspezifische Unterschiede	172
	Traumaerfahrungen von Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien	173
	Spezifische Perspektive aus therapeutischer Sicht	174
	Frau H. – ein Fallbeispiel	177
	Resümee	178
6.4.5	<i>Transgeneratives Trauma verfolgter Volksgruppen</i>	181
	Einleitung	181
	Psychotrauma – Schmerz: Begriffsbeschreibungen	182
	Psychotrauma – Schmerz: Transgenerative Weitergabe	183
	Drei Generationen Fallvignette	184
	Zusammenfassung – Erkenntnisse – Ausblick	187
6.5	Gesamtresümee	190
<hr/>		

6 Gender- und Kulturaspekte von Schmerz

Eleonore Bachinger, Solmaz Golsabahi-Broclawski, Felix Hofmann, Klaus Mihacek, Sanela Piralic-Spitzl, Barbara Preitler, Ekim San, Andrea Schuster, Hilde Wolf

Zusammenfassung

Ebenso wie sich einzelne Individuen innerhalb einer Gesellschaft unterscheiden, so sind auch zwischen den Geschlechtern und zwischen Angehörigen verschiedener Kulturen grundlegende Unterschiede festzustellen im Hinblick auf Einstellungen zu Schmerz, Schmerzempfinden, Schmerzwahrnehmung, zum Umgang mit Schmerz und mit Schmerzleidenden, zu persönlichen und sozialen Erwartungen an die Schmerzbewältigung, aber auch unterschiedliche Erwartungen an die Schmerzdiagnose und Schmerztherapie.

Statistisch nachweisbare Geschlechterdifferenzen lassen erkennen, dass in Österreich Frauen häufiger sowohl unter akutem als auch unter chronischem Schmerz leiden als Männer. Bei den meisten Schmerzarten ist die Prävalenz bei Frauen um das 1,5-fache höher als bei Männern. Auch im Hinblick auf die Bewältigung des Schmerzes sowie die Wirkung von medikamentöser und therapeutischer Behandlung zeigen sich geschlechtsbezogene Unterschiede. Dabei stellen vor allem Rollenerwartungen, sozioökonomischer Status und ethnische Herkunft wesentliche Einflussgrößen dar. Bei Migrantinnen aus der Türkei zeigt sich, insbesondere im Zusammenspiel mit psychosozialen und migrationspezifischen Belastungen, ein deutlich erhöhtes Auftreten von Schmerzsymptomatik. Die statistisch nachweisbaren Zusammenhänge zwischen Geschlecht bzw. Migrationshintergrund und dem Risiko für chronischen Schmerz wirken sich in der Folge auch auf die Behandlung und das Inanspruchnahmeverhalten der von chronischem Schmerz Betroffenen in Wiener Spitälern aus.

Auch aus kultureller Sicht unterscheidet sich das Schmerzerleben oft grundlegend. Besonders deutlich zeigen sich diese Differenzen zwischen Gruppen mit kollektivistisch versus individualistisch orientierten Gesellschaftsbildern. Eine besondere Rolle spielt dabei auch die Muttersprache – nicht nur als Übermittlerin von Botschaften, sondern insbesondere als prägende Einflussgröße auf das Schmerzerleben selbst. Bei der kulturspezifischen Analyse geht es jedoch nicht nur um die unterschiedliche Wahrnehmung und Bedeutungszuschreibung von Schmerz sowie die Rolle von Schmerzen und Schmerzleidenden im jeweiligen sozialen Setting, sondern vor allem auch um die Implikationen für Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie. Unmittelbar davon betroffen ist die Beziehung zwischen den behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen und ihren aus einem anderen Kulturkreis stammenden PatientInnen und KlientInnen. Dies stellt in den meisten Fällen eine Herausforderung für die Behandelnden dar, die selten bewältigt wird. Grund dafür ist das ethnozentrische Weltbild und die ausschließliche Anwendung von Diagnostiktechniken und Therapiemethoden der vertrauten westlichen Schulmedizin, mit ihrer auf westliche Standards ausgerichteten Anamneseerhebung und den einzig verfügbaren und als universell aufgefassten Klassifikationssystemen. Da der eigene Hintergrund und oft auch die Vorstellungskraft fehlen, sind die Antworten und Beschreibungen der PatientInnen/KlientInnen für die Behandelnden nicht immer nachvollziehbar. Allzu oft wird die Botschaft nicht erkannt, fehlinterpretiert oder kann schlichtweg nicht in das vertraute klassische System eingeordnet werden. So sind Missverständnisse, Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen bzw. überhaupt fehlende Behandlungen vorprogrammiert.

Einen besonderen Aspekt von chronischem Schmerz stellt die posttraumatische Belastungsstörung dar. Dabei handelt es sich um die vielfältigen Ausprägungen von traumatischen Erfahrungen im Zuge von Kriegsgeschehen, Verfolgung, organisierter Gewalt, Menschenrechtsverletzungen wie physischer und psychischer Folter, Vergewaltigung, Erlebnissen in Arbeits-/ Konzentrationslagern und Flucht, an deren Folgen die Betroffenen zeitlebens leiden. Schmerz stellt eine zentrale Komponente im Erleben von posttraumatischen Belastungen bzw. überall dort, wo schwere Traumatisierungen erneut aktualisiert werden, dar. Im Körper wird oft ausgedrückt, was sich der Sprache entzieht, wofür es keine Worte gibt. Erschwerend kommt zumeist die fehlende medizinische Evidenz des Schmerzes/Traumas und die Unwirksamkeit medikamentöser und therapeutischer Behandlungen hinzu. In der Psychotherapie mit Folter- und Kriegsüberlebenden gilt es daher, genau hinzuhören und hinzusehen, Wege des gemeinsamen Verstehens und Anerkennens zu finden und damit zumindest ein Stück weit Befreiung von Schmerzen hin zu positivem, autonomem Körpererleben zu ermöglichen.

Darüber hinaus droht die transgenerative Weitergabe des Psychotraumas an die Folgegeneration(en). Komplex traumatisierte Flüchtlinge aus Kriegsgebieten sowie Überlebende aus verfolgten Gruppen des Nationalsozialismus stellen eine enorme Herausforderung sowohl für die behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen selbst als auch für die strukturellen und personellen Ressourcen des Gesundheitssystems dar.

6.1 Einleitung

Eleonore Bachinger

Körper, Krankheit und Schmerz als kulturelle Konstruktion

Weltbild und Kultur stehen in enger Wechselwirkung zueinander und prägen unsere Vorstellungen von gesellschaftlichen Werten, aber auch unser Denken und unsere Sprache ebenso wie die Vorstellung, Bedeutung und Funktion von Krankheit und Schmerz. Die seit dem 17. Jahrhundert von einem dualistischen und mechanistischen Weltbild geformte Vorstellungswelt der christlich geprägten westlichen Kultursphäre führt zur bis heute in unserem Denken und in der schulmedizinischen Lehre und Praxis verbreiteten mechanistischen Sichtweise sowohl des Körpers (und Körperverständnisses) als auch von Krankheit und Schmerz sowie von Behandlung und „Heilung“ (Le Breton 2003; Scheper-Hughes & Lock 1987).

Krankheit, Leiden und Schmerz sind nicht nur biologische Prozesse und Phänomene, sondern immer auch kulturelle Erscheinungen. Diese „kulturelle Konstruktion“ von Krankheit, Leiden und Schmerz beeinflusst das individuelle Empfinden und den individuellen Ausdruck von Krankheit ebenso wie den gesellschaftlichen Umgang damit. Darüber hinaus steht die Kulturalität von Krankheit und Schmerz immer auch in Zusammenhang mit der Art des jeweiligen Medizinsystems, welches ebenfalls ein kulturelles System darstellt (Morris 2000).

Die in der abendländischen Kultur seit 400 Jahren herrschende Vorstellung einer Trennung zwischen Körper (Materie) und Geist impliziert unter anderem auch die Trennung zwischen physischem und mentalem Schmerz (Morris 1993). Seit der Renaissance wurde Schmerz nur mehr als Hinweis auf eine gestörte Körpermechanik gesehen (Albrecht 2015), mit dem Bild des menschlichen Körpers als passives, mechanisch wirkendes Objekt, als eine Art Körper-Maschine. Das sich nun entwickelnde, empirisch-naturwissenschaftlich und solidarpathologisch¹ ausgerichtete neue Medizinsystem un-

terschied sich fundamental von allen bisherigen Medizinsystemen. Die Vorstellung eines objektiveren, passiven und mechanisch funktionierenden Körpers führte nicht nur zu einem anderen Verhältnis zwischen Patientin/Patient und Arzt (lange Zeit nur Männer), sondern vor allem zu völlig neuen Therapiemethoden, die nicht mehr jahrhunderte- oder jahrtausendealter Tradition und Erfahrung entsprachen, sondern Ausdruck des jeweiligen State of the Art der Medizingeschichte waren. In weiterer Folge kam es in der „entwickelten Welt“ zu einer tiefgehenden Medikalisation des Schmerzes, mit der Etablierung einer eigenen Fachrichtung „Schmerzmedizin“ (Morris 2001).

Die Medizinanthropologie thematisiert unter anderem auch die Parallelen der modernen westlichen Hochschulmedizin und der mittelalterlichen katholischen Kirche, die von der Medizin zum einen in ihrer Definitionshoheit und ihrem Machtanspruch (mit dem Körper als Zielgebiet der Machtentfaltung) abgelöst, zum anderen aber auch wesentliche Elemente integriert hat (van der Geest 2002 und 2005). Die hervorstechendsten Parallelen zur Religion bzw. Kirche sind die von der Medizin beanspruchte ahistorische Einzigartigkeit und Alleingültigkeit, der Anspruch auf den Besitz universaler Wahrheiten und die Annahme der Existenz universaler Krankheiten (und universell gültiger Therapien) (Lock & Nguyen 2010; vgl. auch Rivers 1924/2001).

Empirische Studien unterschiedlicher Kulturkreise und Ethnien bestätigen jedoch, dass es weder universale Krankheiten noch einen universalen Schmerz oder universell gültige Annahmen über Wahrnehmung, Ausdruck und Bedeutung von Schmerz gibt. Demzufolge gibt es auch keine universell gültigen „Heilmethoden“ von Schmerz. Das kulturelle, jeweils religiös oder ideologisch gepräg-

¹ Solidarpathologie: Vorstellung, die Ursache von Krankheit wäre in den festen Bestandteilen des Körpers zu finden. Gegensatz zur Humoralpathologie, die auf der Vorstellung von Körpersäften und Gegensatzpaaren beruht. Ziel ist die Wiederherstellung eines Gleichgewichtes. Die humoralpathologische Vorstellung von Gesundheit und Krankheit beherrschte nicht nur die bisherige medizinische Tradition in Europa, sondern ist bis heute die Grundlage aller anderen großen Medizinsysteme, wie der antiken griechisch-arabischen Medizin (Yunani Tippiä), der traditionellen indischen Heilkunst Ayurveda und der traditionellen chinesischen Medizin.

te Weltbild eines bestimmten Kulturkreises oder einer ethnischen Gruppe und die darauf begründete Sozialisation des Individuums bestimmen auch das individuelle Schmerzverhalten, einschließlich Erwartungen an Diagnose, Therapie und das Verhältnis zwischen Ärztin/ Arzt und Patientin/ Patient.

Bei der kulturspezifischen Analyse geht es deshalb nicht nur um die unterschiedliche Wahrnehmung und Bedeutungszuschreibung von Schmerz sowie die Rolle von Schmerzen und Schmerzleidenden im jeweiligen sozialen Setting, sondern vor allem auch um die Implikationen für Schmerzdiagnos-

tik und Schmerztherapie. Unmittelbar davon betroffen ist die Beziehung zwischen den behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen und ihren aus einem anderen Kulturkreis stammenden PatientInnen und KlientInnen, wenn diese mit der westlichen Schulmedizin konfrontiert sind. In diesem Abschnitt werden in weiterer Folge Beiträge von ExpertInnen aus der therapeutischen Praxis vorgestellt, die sich insbesondere diesem kultur- und dabei auch genderspezifischen Aspekt widmen und die gewonnenen Erfahrungen und abgeleiteten Anforderungen an ÄrztInnen und TherapeutInnen ebenso wie an die angebotenen Therapiemöglichkeiten einfühlsam darstellen.

Gender- und kulturspezifische Unterschiede von Schmerz

Die Wahrnehmung von und der Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Schmerz hat also viele Perspektiven und muss nicht nur auf individueller Ebene, sondern vor allem auch unter gender- und kulturspezifischen Aspekten beleuchtet werden. Dieser Abschnitt befasst sich daher eingehend mit geschlechts- und kulturspezifischen Aspekten zu Bedeutung, Empfindung und Ausdruck von Schmerz aus soziologischer und kultur- bzw. medizinanthropologischer Sicht. Die zentrale Fragestellung lautet dabei: Wie wird in verschiedenen Kulturen mit Schmerz umgegangen und welche Unterschiede sind dabei zwischen Frauen und Männern zu beobachten?

Das Schmerzgeschehen stellt für jede von chronischen Schmerzen betroffene Person eine mehrdimensionale Belastung dar. Angefangen von der individuellen Wahrnehmung und Lokalisierung von Schmerz, von der individuell unterschiedlichen Intensität und Ausdrucksform des Schmerzempfindens, von individuell unterschiedlich empfundenen Schmerzschwellen bis zur sozialen Komponente – wie etwa Funktion und Rolle von Schmerz und von chronisch Schmerzkranken im sozialen

Setting – und schließlich der Rolle von Schmerz als identitätsstiftendes Phänomen. Auch Schmerz kann eine Form der Kommunikation sein.

Die kulturell und gendergeprägten Unterschiede umfassen ebenfalls das gesamte genannte Spektrum und beeinflussen sowohl die Einstellungen zu Schmerz, das Schmerzempfinden und die Schmerzwahrnehmung als auch die Rolle und Bedeutungszuschreibung von Schmerz sowie die persönlichen und sozialen Erwartungen an die Schmerzbewältigung und den Umgang mit Schmerz und mit Schmerzleidenden. Kulturell und sozial beeinflusst sind insbesondere aber auch die Erwartungen an das Verhalten der Ärztin/des Arztes sowie die Erwartungen an die Erstellung und Übermittlung der Schmerzdiagnose und die Art der Schmerztherapie. Die Implikationen für Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie sind deshalb ein wichtiger Aspekt in der kulturspezifischen Analyse. Unmittelbar davon betroffen ist die Beziehung zwischen den behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen und ihren aus einem anderen Kulturkreis stammenden PatientInnen und KlientInnen, wenn diese mit der westlichen Schulmedizin konfrontiert sind.

Beiträge aus der therapeutischen Praxis

Kapitel 6.4 beschäftigt sich mit speziellen Aspekten aus genderspezifischer und soziokultureller Perspektive im Zusammenhang mit Erfahrungen und Herausforderungen in der therapeutischen Praxis. Die AutorInnen sind erfahrene ExpertIn-

nen auf ihrem Gebiet und stellen hier äußerst interessante und zum Teil sehr bewegende Einblicke in ihre Arbeit zur Verfügung. Die gewählten Beiträge sind vor allem auch aktuell von hoher gesellschaftlicher Relevanz, da sie die Konfrontation

zwischen teilweise sehr konträren, kulturell geprägten Gesellschaftsbildern (individualistisch versus kollektivistisch) und damit einhergehend auch die unterschiedliche Wahrnehmung und Vermittlung von Schmerz sowie die divergierenden Erwartungen und Herausforderungen an Diagnostik und Therapie thematisieren.

Auf der unmittelbarsten Ebene betrifft Krankheit und Schmerz immer das Individuum, und jeder Mensch nimmt Krankheit und Schmerz anders wahr, geht anders damit um, hat andere Erwartungen an Diagnose und Therapie. All dem liegen jedoch statistisch nachweisbare Unterschiede im Schmerzverhalten zwischen Frauen und Männern innerhalb einer Kultur zugrunde.

Hilde Wolf und **Ekim San** vom Wiener Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen (FEM) analysieren in ihrem Beitrag dazu den aktuellen Wissensstand und diskutieren die vorgefundenen geschlechtsspezifischen Unterschiede im Hinblick auf Schmerzgeschehen, Schmerzbewältigung sowie Wirkung von medikamentöser und therapeutischer Behandlung. Zusätzliche Einflussgrößen wie Migration und ethnische Herkunft (im vorliegenden Fall türkeistämmige Frauen) wirken sich ebenfalls auf die Schmerzsymptomatik aus.

Noch gravierendere Differenzen sind zwischen Angehörigen divergierender bzw. in manchen Bereichen sogar gegensätzlicher Kulturen zu beobachten – und in der Folge auch in der unterschiedlichen Beurteilung, Diagnose und Therapie von Schmerz seitens der Behandelnden zu beachten. Tut man dies nicht und geht man von einem ethnozentrischen Weltbild aus, so kommt es leicht zu Missverständnissen, Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen bzw. überhaupt keinen Behandlungen. Für die Betroffenen bedeutet dies oft großes persönliches Leid (anhaltende Schmerzen, psychische Belastungen, soziale Isolation, Frustrati-

on etc.), häufig auch verbunden mit existenziellen Bedrohungen (Arbeitslosigkeit, Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit, Frühpensionierung). Eine zentrale Rolle in interkulturellen Beziehungen spielt insbesondere die Muttersprache, die eng mit dem jeweiligen Weltbild einer Kultur verbunden ist. Sprache ist nicht nur ein Instrument, ein Mittel zum Ausdruck von Schmerz, sondern insbesondere auch eine prägende Einflussgröße auf das Schmerzerleben selbst – und auch Ursache für viele daraus entstehenden Missverständnisse und Fehldiagnosen.

Der Beitrag von **Solmaz Golsabahi-Broclawski** (Medizinisches Institut für transkulturelle Kompetenz, Bielefeld) zum orientalischen Schmerz widmet sich exemplarisch den Unterschieden im Schmerzgeschehen zwischen Menschen, die einen orientalisch geprägten kulturellen Hintergrund und ein kollektivistisch ausgerichtetes Gesellschaftsbild haben, im Gegensatz zur westlichen, individualistisch geprägten Kultur und der westlichen Schulmedizin. Sie zeigt eindrucksvoll die Bedeutung der Muttersprache und das Aufeinandertreffen konträrer Weltbilder in der transkulturellen Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn.

Ein besonderer Aspekt von chronischem Schmerz ist das Trauma bzw. die posttraumatische Belastungsstörung, dem bzw. der hier drei sehr tiefgehende und berührende Beiträge gewidmet sind. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund des aktuellen Kriegsgeschehens in anderen Ländern und der Massenflucht nach Europa. Bei der post-

traumatischen Belastung handelt es sich um die vielfältigen Ausprägungen von traumatischen Erfahrungen im Zuge von Kriegsgeschehen, Erlebnissen in Arbeits-/Konzentrationslagern und schwerste Traumatisierungen infolge von zum Teil unvorstellbaren Menschenrechtsverletzungen wie physischer und psychischer Folter, Vergewaltigung

usw. Die Folgen sind sowohl unsägliches persönliches Leid der Betroffenen, die zeitlebens an diesen schweren körperlichen und seelischen Verletzungen leiden, als auch massive Einschnitte in deren familiärem und größerem sozialen Umfeld. Erschwerend kommt zumeist die fehlende medizinische Evidenz des Schmerzes/Traumas und die

Unwirksamkeit medikamentöser und therapeutischer Behandlungen hinzu. Nicht zuletzt stellt die Therapie schwerst traumatisierter Menschen für alle TherapeutInnen eine professionelle und auch menschliche Herausforderung dar, der sich nur wenige zu stellen wagen.

Der Beitrag von **Barbara Preitler** vom Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende (HEMAYAT) in Wien beschäftigt sich mit den Auswirkungen von geflüchteten Menschen aus Kriegsgebieten, die schwere Menschenrechtsverletzungen erfahren haben, und den Herausforderungen für Therapie und Wahl von Therapiemethoden.

Sanela Piralic-Spitzl, erfahrene Expertin in der Traumatherapie am Allgemeinen Krankenhaus Wien, berichtet in ihrem ebenfalls sehr berührenden Beitrag über die komplexen Traumafolgestörungen geflüchteter Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und die Implikationen für Diagnose und Therapie.

Klaus Mihacek von der Psychosozialen Ambulanz ESRA in Wien berichtet von seiner Arbeit mit den von Verfolgung, organisierter Gewalt, Folter oder Flucht traumatisierten Menschen. Anhand einer drei-Generationen-Fallvignette schildert er insbesondere seine Erfahrungen mit komplex traumatisierten Überlebenden des Nationalsozialismus sowie die transgenerative Weitergabe des Psychotraumas an die Folgegeneration(en).

So unterschiedlich die einzelnen Beiträge sind – gemeinsam ist allen Beiträgen die Diversität von Körper- und Schmerzverständnis sowie die Divergenz zwischen dem (häufig schwer nachweisbaren) Schmerz und dem oft verdrängten Trauma auf Seiten der PatientInnen/KlientInnen einerseits und der persönlichen und professionellen Herausforderungen an die behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen andererseits. Einen wesentlichen Aspekt stellen neben sprachlichen und kulturellen Barrieren auch die unterschiedlichen Erwartungen an die Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie dar. Nicht zuletzt werden jedoch in allen Beiträgen die mangelnden strukturellen und personellen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung für eine menschenorientierte und zielführende Therapie dieser schwerst belasteten Menschen deutlich. Vor allem aber geht es zualererst um das Verstehen, denn erst die Anerkennung der Schmerzen ist die Grundlage aller weiteren Interaktionen.

Literatur und Datenquellen

- Albrecht H. Schmerz – Eine Befreiungsgeschichte. München: Pattloch Verlag, 2015.
- Le Breton D. Schmerz. Eine Kulturgeschichte. Zürich, Berlin: diaphanes, 2003.
- Lock M, Nguyen VK. An Anthropology of Biomedicine. Wiley-Blackwell, 2010.
- Morris DB. The Culture of Pain. University of California Press, revised edition, April 1993. Deutsche Ausgabe: Geschichte des Schmerzes. Frankfurt/M, Leipzig: Insel-Verlag, 1994.
- Morris DB. Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis. München: Verlag Antje Kunstmann, 2000.
- Morris DB. Narrative, Ethics, and Pain: *Thinking With Stories*. Narrative 2001 Jan; 9(1): 55-77.
- Rivers WHR. Medicine, Magic and Religion. Routledge Classics: New York 2001. (First published by Kegan Paul, Trench and Trübner: London 1924).
- Scheper-Hughes N, Lock MM. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1987; 1: 6-41.
- van der Geest S. ‚Sacraments‘ in the Hospital: Exploring the Magic and Religion of Recovery. *Anthropology & Medicine* 2005; 12(2): 135-150.
- van der Geest S. Hospital care as liturgy. Reconsidering magic, science and religion. *AM Rivista Della Società Italiana di Antropologia Medica* 2002; 13-14: 243-258.

6.2 Die kulturelle Konstruktion von Körper, Krankheit und Schmerz

Eleonore Bachinger

Zusammenfassung

Krankheit, Leiden und Schmerz sind nicht nur biologische Prozesse und Phänomene, sondern immer auch kulturelle Erscheinungen. Diese „kulturelle Produktion“ bzw. „Konstruktion“ von Krankheit, Leiden und Schmerz beeinflusst das individuelle Empfinden und den individuellen Ausdruck von Krankheit ebenso wie den gesellschaftlichen Umgang damit. Darüber hinaus steht die Kulturalität von Krankheit und Schmerz immer auch in Zusammenhang mit der Art des Medizinsystems, welches wiederum die Ausrichtung von Gesundheitspolitik bestimmt.

Schmerz als integraler Bestandteil der Kulturgeschichte reflektiert das jeweils vorherrschende Weltbild ebenso wie das damit verbundene Körperbild. Die mit Beginn des 17. Jahrhunderts erfolgte Trennung der Welt in eine körperliche (materielle) und eine geistige Welt sowie die zunehmende Entwicklung des empirisch-naturwissenschaftlichen Denkens resultierten in einem tiefgehenden Wandel im abendländischen Weltbild. Dies führte unter anderem auch zur Entwicklung eines völlig neuen und sich von allen bisherigen Medizintraditionen abhebenden, empirisch-naturwissenschaftlich orientierten Medizinsystems.

Weltbild und Kultur stehen in enger Wechselwirkung zueinander und prägen unsere Vorstellungen von gesellschaftlichen Werten ebenso wie unser Denken und unsere Sprache. Mit der Trennung von Körper und Geist und der Sicht des menschlichen Körpers als passives, „leeres“ und mechanisch wirkendes Objekt änderte sich infolgedessen auch die Vorstellung von Körper, Krankheit und Schmerz genauso wie die Vorstellung von Behandlung und Heilung grundlegend.

Die seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vorliegenden Arbeiten und empirischen Studien zum Schmerzgeschehen in unterschiedlichen Kulturkreisen und zwischen unterschiedlichen ethnischen Gruppen bestätigen, dass es weder universale Krankheiten noch einen universalen Schmerz oder universell gültige Annahmen über Wahrnehmung, Ausdruck, Funktion und Bedeutung von Schmerz (Schmerzverhalten) gibt. Demzufolge gibt es auch keine universell gültigen, kulturunabhängigen „Heilmethoden“ von Schmerz.

Besondere Bedeutung gewinnt der in Bezug auf Körperverständnis, Krankheit und Schmerz sichtbar werdende Kulturaspekt im Aufeinandertreffen von PatientInnen aus einem anderen Kulturkreis (etwa aus dem islamisch-arabischen, orientalischen oder asiatischen Raum mit einem kollektivistisch orientierten Gesellschaftsbild und einer ganzheitlicheren Körperwahrnehmung) mit der westlichen Medizin und dem ihr zugrunde liegenden individualistischen und materialistischen Gesellschaftsbild, mit der Objektivierung von Körper, Krankheit und Schmerz ebenso wie der Objektivierung der Therapie selbst sowie der angestrebten Zuteilung in Klassifikationssysteme. Vor allem die transkulturelle Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient stellt dabei häufig für beide Seiten eine große Herausforderung dar.

Einleitung

Jedes Medizinsystem, so wie auch die westliche Hochschulmedizin, ist das Produkt bestimmter geschichtlicher und gesellschaftlicher Prozesse und ist tief in die jeweilige Kultur eingebettet. Somit wird in der Medizinanthropologie (Ethnomedizin²) auch die Medizin als kulturelles System definiert (vgl. Borck 2003; Dilger & Hadolt 2012; u.a.). Desgleichen sind Krankheiten nicht nur als biologische Prozesse, sondern immer auch als kulturelle Erscheinungen bzw. Produktionen zu betrachten. In der Medizinanthropologie spricht man von einer „kulturellen Konstruktion“ von Krankheit bzw. von einer „bio-kulturellen Medizin“ (Morris 2000).

Volker Roelcke beschreibt den komplexen Zusammenhang zwischen Krankheitsbegriff und historisch-kulturellem Hintergrund samt jeweils vorzufindendem medizinischen *State of the art* wie folgt: „Krankheitsbegriffe beziehen sich nicht nur auf die individuellen Befindlichkeitsstörungen oder ihre biologischen Korrelate. Sie sind auch kulturelle Produktionen, in denen sich – neben dem jeweiligen medizinischen Wissensstand – charakteristische Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster einer Zeit widerspiegeln. Darüber hinaus

wirken diese medizinischen Begriffe und die mit ihnen verbundenen Theorien auch selbst strukturierend auf gesellschaftliche Wahrnehmungs- und Handlungsformen ein“ (Roelcke 1999). Ähnlich Ulrich Körtner in seinem 2005 erschienenen Aufsatz zur Medizinethik, wo er über die Bedeutung des kulturgeschichtlichen Wandels schreibt, dem auch das Verständnis von Krankheit und Gesundheit unterliegt (Körtner 2005).

Zahlreiche Autorinnen und Autoren haben sich in den letzten Jahrzehnten mit dem Zusammenhang von Krankheit und insbesondere dem Phänomen Schmerz und der Frage der zugrunde liegenden historischen, sozialen und kulturellen Einflussfaktoren beschäftigt. Da diese Faktoren nicht nur tatsächlich das Krankheitsbild und die Schmerzwahrnehmung wesentlich beeinflussen, sondern ihre tiefergehende Darstellung auch zum besseren Verständnis der Schmerzthematik und der später angeführten Fallbeispiele dient, widmet sich dieser Beitrag etwas ausführlicher den Erkenntnissen und Ergebnissen der wichtigsten Arbeiten und Studien zu diesem Thema.

6.2.1 Schmerz als integraler Bestandteil der Kulturgeschichte

Historizität von Schmerz

David Morris, ein anerkannter US-amerikanischer Experte auf dem Gebiet der Bedeutung und der verschiedenen Manifestationen von Schmerz, weist Schmerz als integralen Bestandteil der Kulturgeschichte aus. In seinem Klassiker *„The Culture of Pain“* (1993; deutsche Übersetzung *„Die Geschichte des Schmerzes“* 1994) beschreibt Morris unter anderem auch die grundlegende historische Komponente von Schmerz. Als Beispiele nennt er etwa den „viktorianischen hysterischen Schmerz“, den „Nazi Holocaust Schmerz“, den „heidnischen stoischen Schmerz“ oder den „mittelalterlichen

christlichen Schmerz“. Es mag dabei wohl Ähnlichkeiten in der Schmerzerfahrung geben, doch ist der historische Zeitfaktor mit seiner sozialen und kulturellen Prägung auch in einer so individuellen Wahrnehmung wie Schmerz keinesfalls zu unterschätzen: *„My argument that pain is always historical – always shaped by a particular time, culture, and individual psyche – cannot finally be historical enough“* (Morris 1993).

Der deutsche Schmerzexperte Hans Christof Müller-Busch spricht von Schmerz und Leiden als

² Die Begriffe Medizinanthropologie und Ethnomedizin beruhen auf der unterschiedlichen Tradition in der amerikanischen und europäischen Anthropologie/ Ethnologie. In den USA beruht die anthropologische Forschung seit Franz Boas auf dem *Four-field-approach*, der neben Kultur- und Sozialanthropologie auch Linguistik und biologische Anthropologie inkludiert, während in Europa eher der soziale Aspekt betont wurde (vgl. Prinz 1984/1992; Bliem 2009). Bis vor wenigen Jahren war in Europa der Begriff Ethnomedizin üblich. Inzwischen wird jedoch auch hier der international etablierte Begriff Medizinsoziologie verwendet.

„kulturell geprägten Bewusstseinsphänomenen“, wobei Schmerz nicht nur eine „Manifestation der subjektiven Realität“ darstellt, sondern auch „eine besondere Form der Kommunikation [ist], sowohl mit dem eigenen Körper als auch mit dem sozialen Umfeld, in dem sich ein Mensch mit oder durch Schmerzen befindet“ (Müller-Busch 2007). In seinem Artikel zur kulturgeschichtlichen Bedeutung des Schmerzes beschreibt er, wie sich „mit zunehmender Kenntnis anatomischer Strukturen und physiologischer Mechanismen die Auffassungen über die funktionelle Bedeutung des Schmerzes verändert“ haben (Müller-Busch 2007). Demnach haben in allen historischen Epochen „philosophische, religiöse und ethische Vorstellungen, aber auch unterschiedliche verbale und non-verbale Möglichkeiten der Kommunikation“ sowohl das Wesen und die Sinndeutung als auch die

Bewertung von und den Umgang mit Schmerzen wesentlich bestimmt. Schon die sprachliche Analyse des Phänomens Schmerz, so Müller-Busch, verweist auf die kultur- und geisteswissenschaftlichen Dimensionen, die in der Beschäftigung mit Schmerz als einem in besonderem Maße von Kultur bestimmten Konstrukt berücksichtigt werden müssen (Müller-Busch 2007).

David Le Breton fokussiert in seinem Klassiker zur Kulturgeschichte des Schmerzes auf den dualen Charakter von Schmerz: „Zum einen ist der Schmerz also etwas ganz Persönliches, zum anderen unterliegt er dem Einfluß sozialer, kultureller und relationeller Faktoren oder ist das Ergebnis einer Erziehung. Er läßt sich nicht außerhalb der sozialen Beziehungen verstehen“ (Le Breton 2003).

Kulturhistorische Entwicklung des Schmerzes

Historisch betrachtet lässt sich erkennen, dass die christlich geprägte Tradition den Schmerz nicht nur rechtfertigt, sondern diesen sogar für notwendig erklärt. Schon etymologisch bindet sie Schmerz und „Pein“ (engl. *pain*, frz. *peine*) an die Strafe (lat. *poena*) (Lütkehaus 2004). Krankheit und Leiden wurden als Strafe für die Erbsünde gesehen und stellen eine Prüfung dar. „So suchte der gläubige Christ in früheren Zeiten durch das Schmerzopfer seine Schuld an der Kreuzigung Christi auszugleichen. Jedes freiwillige Leiden wird ein Liebesbeweis, ein Zeichen von Hingabe“ (Le Breton 2003). Nachdem es eine Erbsünde ist, kann man auch nicht heilen, sondern nur lindern. Der Lohn für das ertragene Leid erfolgt dann im Jenseits.

Ganz anders die Sichtweise der modernen christlich-westlichen Gesellschaft: „Unter den vermeidbaren Übeln, an deren Abschaffung sie mit allen Mitteln arbeitet, steht der Schmerz an vorderster Stelle. Schmerz wird tendenziell zum Anachronismus“ und „Anästhesie ist oberstes Gebot“ konstatiert der deutsche Philosoph und Literaturwissenschaftler Ludger Lütkehaus (Lütkehaus 2004). Ähnlich schreibt Müller-Busch zum gewandelten Verständnis der Rolle von Schmerz in der heutigen Gesellschaft. Das soziale Leben, so Müller-Busch, wird durch die Erfahrung und den Umgang mit Schmerz und Leid wesentlich bestimmt. Hierbei

ist das „Schmerzbewusstsein“ des 20. Jahrhunderts „zumindest in den westlichen industrialisierten Ländern dadurch gekennzeichnet, dass Schmerz als fremdes, störendes Übel verstanden wird, das durch entsprechende Techniken und spezielle Therapien ‚bekämpft‘ werden muss“ (Müller-Busch 2007).

David Le Breton weist in seiner Kulturgeschichte des Schmerzes (2003) auf die in letzter Konsequenz feststellbare extreme Objektivierung des Schmerzes und betont die damit verloren gegangene Bedeutung von Schmerz für das Individuum. „Der innere Bezug eines Individuums zu seinem Schmerz definiert sich über die Bedeutung, die der Schmerz im Moment seines Auftretens annimmt. [...] Das Wie des Bezuges zu seiner Kultur, zu seinen Werten und zu seiner Umwelt konstituiert auch das Raster seiner Befürchtungen und Ängste“ (Le Breton 2003). „Der Schmerz ist zuerst einmal eine bestimmte Tatsache in einer bestimmten Situation. Die Erfahrung zeigt zum Beispiel, wie wichtig die nächste Umgebung, und sei es das Krankenhauspersonal, für einen Kranken und seinen Heilungsprozess ist“ (Le Breton 2003; vgl. dazu auch Kap. 5.1.2, therapiebedingte Risikofaktoren).

Eine wiederum andere Dimension nimmt der Schmerz in der Antike ein. „In der aristotelischen Tradition wurde der Schmerz lange als besondere

Form der Rührung verstanden“ und stellte „das Maß des in seinem Innersten berührten Menschen“ dar. Diese Auffassung unterscheidet sich fundamental von der Sichtweise, die sich im Europa des 17. Jahrhunderts entwickelte. Der französische Philosoph, Mathematiker und Naturwissenschaftler René Descartes war der Erste, der die bisher geltende Einheit von Geist/Seele und Körper in Frage stellte und die Welt in eine Welt des Geistes und eine Welt der Körper (Objekte, Dinge) aufteilte. Diese dualistische Vorstellung und später der Zeitgeist der Aufklärung hat unter anderem auch zur Entwicklung eines völlig neuen Medizinsystems mit einer komplett neuen Ausrichtung (solidarpathologisch³, Betrachtung des Körpers als „leeres“, passives Objekt, statt Erfahrungswissen nunmehr jeweiliger State of the Art) und damit einhergehend auch zu einem Wandel des menschlichen Selbstbildes und Körperverständnisses als auch zu einer veränderten Sichtweise von Krankheit, Schmerz, Art der Therapie und Verhältnis zwischen Ärztin/ Arzt und Patientin/ Patient geführt. Die nun sich entwickelnde mechanistische Philosophie führte den Begriff vom „Schmerz als einer von der Körpermaschine erzeugten Empfindung“ ein. „Der Biologie kam das Privileg zu, den

„Mechanismus“ der Schmerzen, ihre Herkunft, ihren Verlauf und ihr Ergebnis objektiv zu beschreiben. Psychologie oder Philosophie lieferten die Anekdoten zum Schmerz, die subjektiven Erfahrungen des Individuums also. Aus dieser Theorie heraus entstand die Vorstellung, daß von einem spezifischen Rezeptorensystem der Haut aus der Nervenreiz über bestimmte Fasern direkt an das Schmerzzentrum im Hirn weitergegeben wird. Dementsprechend wäre es ein neuronaler und zerebraler Apparat, der den Schmerzimpuls trägt und unterhält; der Mensch ist in diesem Zusammenhang, der vor allem die ‚Körpermaschine‘ betrifft, ein zweitrangiges, ja vernachlässigbares Element“ (Le Breton 2003).

Erst Ende des 19. Jahrhunderts stellten Sigmund Freud und Josef Breuer in ihren Studien über Hysterie erstmals die bis dahin gültige rein neurologische Interpretation des Schmerzes in Frage. Doch auch in der Psychiatrie und Psychosomatik wird noch immer nach materiellen, organischen Ursachen, vor allem im Hirnstoffwechsel gesucht. Erst jüngere Untersuchungen lassen die Komplexität des Phänomens Schmerz erkennen.

6.2.2 Weltbild und Körperverständnis

6

Weltbild und Kultur

Weltbild und Kultur stehen immer in Zusammenhang mit Religion oder einer anderen Ideologie. Jede Kultur ist geprägt von bestimmten Wert- und Glaubensvorstellungen, die wiederum auf den lokalen spirituell-religiösen Überzeugungen oder einer historisch gerade präsenten politischen Ideologie beruhen. In jeder Kultur, in jeder historischen Epoche herrscht ein bestimmtes Weltbild, ein bestimmter Zeitgeist vor, das die jeweilige Kultur tiefgehend und in vielerlei Hinsicht prägt und reflektiert. Davon beeinflusst sind nicht nur die gesellschaftlichen Wert- und Glaubensvorstellungen, sondern vor allem auch unser Denken, unser Empfinden, unsere Gefühle und unsere Sprache.

So bringt ein dualistisches Weltbild auch eine dualistische Sprache und ein dualistisches, kategoriengeleitetes Denken hervor (ja – nein, entweder – oder, Klassifikationssysteme, Skalen, Materie versus Geist), während ein komplex-ganzheitlich orientiertes Weltbild dementsprechend eine völlig andere Sprache und Ausdrucksform, eine andere Form des Denkens (z. B. Verwendung von Metaphern, empfundene Einheit von Körper und Geist, statt „Nein“ nur abgeschwächte Ja-Formen; vgl. Kapitel 6.4.2), eine andere Art des Empfindens, der Körperwahrnehmung, der Sichtweise auf den Körper und dessen Vorgänge impliziert. Davon handelt in weiterer Folge dieses Kapitel.

³ Solidarpathologie: Vorstellung, die Ursache von Krankheit wäre in den festen Bestandteilen des Körpers zu finden. Diese Auffassung steht im Gegensatz zur bisherigen medizinischen Tradition in Europa und auch der in allen anderen großen Medizinsysteme (z. B. Yunani Tippiä – antike griechisch-arabische Medizin, Ayurveda und traditionelle chinesische Medizin) vorherrschenden Vorstellung der Humoralpathologie, die auf Körpersäften und Gegensatzpaaren mit einem angestrebten Äquilibrium beruhen.

Abendländisches Weltbild in Veränderung: neue Sichtweise auf Körper, Krankheit und Schmerz

Jede Kultur basiert auf einer anderen Tradition und hat ein eigenes, ganz spezifisches Weltbild kreiert, mit einer eigenen Sichtweise von Krankheit, Schmerz, Körper, Behandlung und Heilung. Die christliche, von der katholischen Kirche des Mittelalters geprägte Kosmologie des Abendlandes wurde vor etwa 400 Jahren tiefgehend erschüttert. Der Körper wird erstmals als Objekt konstruiert, was zu einem dramatischen Wandel des menschlichen Selbstbildes führte (Foucault 1963/1973). Das in Europa im 17. Jahrhundert sich neu entwickelnde „Cartesische“ Weltbild ist seither dualistisch, rational und mechanistisch orientiert. Dualistisch, indem der menschliche Körper aufgeteilt wird in einen geistigen und einen körperlichen Bereich. Der Körper bildet die Ressource für den Geist und stellt das Rohmaterial dar. Kultur und Gesellschaft schreiben sich in diese Form (Körper) ein. In dieser Konzeption ist nur der Geist das Aktive, der Akteur des Handelns. Der Körper ist passiv. Mechanisch, da nun sowohl der Körper als auch die Welt als Maschine gesehen werden, die mit einer objektiv feststellbaren Mechanik funktionieren.

Die Veränderung des abendländischen Weltbildes geht infolgedessen auch einher mit einer veränderten Sichtweise auf Krankheit und Schmerz. Man begann, so Harro Albrecht, „im Schmerz vor allem ein körperliches Symptom zu sehen. Einflussfaktoren wie die soziale Umwelt oder die Psyche gerieten aus dem Blick. Es war eine folgenreiche Trennung zwischen Körper und Geist“. [...] Und es war eine Zeit der Befreiung des Schmerzes aus der Definitionshoheit und dem Machtmonopol der Kirche“ (Albrecht 2015), wonach Schmerz als göttliche Bestrafung für Ungläubige und als irdische Prüfung, die im Jenseits belohnt werden würde, galt. Der Kampf gegen das Leiden im weitesten Sinne nahm in der Vorstellungswelt der Aufklärung eine besonders wichtige Rolle ein (Le Breton 2003).

Vor allem aber impliziert die sich neu etablierende Sichtweise eine grundlegende Veränderung des

Medizinsystems und der angewandten Therapien (nicht mehr traditionelle und auf Erfahrung basierende Heilmethoden, sondern jeweiliger *State of the art*). Damit einhergehend veränderte sich auch das Verständnis von Heilung und die Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient. Ein Beispiel für die Objektivierung des Körpers in der Beziehung zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt ist das geforderte Ausziehen des Patienten beim Arzt und damit die Reduktion des Patienten auf seinen Körper (vgl. Scheper-Hughes & Lock 1987). Hier offenbaren sich die Auswirkungen des Aufeinanderprallens verschiedener Kulturkreise besonders deutlich, wenn die Patientin/der Patient aus einem Kulturkreis (etwa aus dem arabischen, orientalischen oder asiatischen Raum) kommt, wo das Entkleiden vor einer Ärztin/einem Arzt⁴ als absolut unüblich gilt und maximal für einzelne Körperteile akzeptiert wird. Vor allem bei Untersuchungen von intimen und schambesetzten Bereichen kann es hier nicht nur zu gravierenden Missverständnissen und Fehlinterpretationen auf beiden Seiten kommen, sondern auch zur gänzlichen Vermeidung von Untersuchungen auf Seiten der PatientInnen führen. Verstärkt tritt diese Erscheinung im Falle von Kriegsflüchtlingen und Opfern von Menschenrechtsverletzungen durch Vergewaltigung, Folter und anderen schweren Traumata auf (vgl. Kapitel 6.4.2, Kap. 6.4.3 und Kap. 6.4.4).

Die westliche Medizin (ebenso wie die Sichtweise der KonsumentInnen) ist bis heute von dieser Vorstellung geprägt: Die Körper-Maschine Mensch kann beliebig modelliert und repariert werden, notfalls auch durch Austausch von Ersatzteilen, die auf einem freien Markt gehandelt werden (vgl. Hadolt 2017 und Lock 1995a). Die Chirurgie steht mit ihrem hohen Stellenwert an der Spitze der ärztlichen Hierarchie, Molekularbiologie und Zellbiologie, Genetik und Stammzellenforschung prägen die medizinische Forschung. Die Produktion von wissenschaftlicher Evidenz erfolgt anhand von kontrollierten klinischen Versuchen (RCTs⁵), die den Menschen auf ein für die Statistik benötigtes

4 Diese als eindeutige und peinlich empfundene Übertretung des Intimbereichs gilt nicht nur, aber ganz besonders dann, wenn die Ärztin/der Arzt auch noch einem anderen Geschlecht als die Patientin/der Patient angehört.

5 RCTs: Randomized Controlled Trials (randomisierte kontrollierte Studien): Studiendesign (Experiment) zum empirischen Nachweis der Kausalität bzw. der Wirksamkeit medizinischer Behandlungen. Randomisiert bedeutet Zuordnung der Versuchspersonen zu bestimmten Behandlungsgruppen nach dem Zufallsprinzip, idealerweise auch ohne Kenntnis der StudienleiterInnen („double-blind“ Studie). Kontrolliert deshalb, weil die Ergebnisse der Studiengruppe(n) mit denen der Kontrollgruppe(n) verglichen werden. Der englische Begriff „trial“ schließlich bedeutet eher „Versuch“ oder „Experiment“, wird aber im Deutschen mit „Studie“ übersetzt.

Versuchsobjekt reduzieren. Hier zeigt sich das cartesische „Leib-Seele-Problem“ besonders deutlich: Sowohl Körper als auch Krankheit und Therapie werden zum Objekt erklärt und vom entsubjektivierten, dem Patienten verborgenen „ärztlichen Blick“ (Foucault 1963/1973) distanziert und analytisch beobachtet. Man versucht mit allen Mitteln, die in anderen Heilsystemen und Therapieansätzen bewusst und gezielt eingesetzte mächtige Wirkkraft des Geistes (Unterbewusstseins) auszuschalten und jeglichen „Plazebo-Effekt“ auszuschließen. Der Fokus der westlichen Humanmedizin liegt ausschließlich auf messba-

ren oder physisch sichtbaren Vorgängen (vgl. Lock & Nguyen 2010).

Das christlich geprägte Weltbild des Mittelalters ist jedoch mit dem neuen, rational-mechanistisch-dualistischen Weltbild seit der Aufklärung nicht gänzlich verschwunden. Es wirkt auf einer anderen, tieferen Ebene nach wie vor im kollektiven Bewusstsein, in unserem Denken und Verhalten. Religiöse Rituale sind darüber hinaus auch ein wesentliches Element in der modernen Medizin (van der Geest 2002 und 2005; vgl. auch Rivers 1924/2001).

Orientalisches Weltbild und ganzheitliche Wahrnehmung

Im Vergleich zum abendländischen, mechanistisch geprägten Weltbild herrscht in orientalischen, asiatischen und arabischen Kulturen eine völlig andere Wahrnehmung und Interpretation von Krankheit und Schmerz – und auch eine andere Erwartungshaltung gegenüber der Ärztin/ dem Arzt, der Diagnose(-technik) und der Therapie. Die Wahrnehmung von Krankheit und Schmerz erfolgt ganzheitlich und die Beschreibung der Symptome oft in Metaphern. Sowohl im

Krankheitsgeschehen als auch in der Interaktion mit der Ärztin/ dem Arzt sowie in der Therapie wird die ausgeprägte soziale Komponente, die für kollektivistisch orientierte Kulturkreise charakteristisch ist, deutlich sichtbar (vgl. Kapitel 6.4.2, das sich speziell dem orientalischen Schmerz widmet, sowie weitere Beispiele unter Punkt 6.2.4 zur geografischen Varietät von Schmerzempfinden und Schmerzverhalten).

Asiatisches Welt- und Körperbild

Das asiatische Weltbild ist in vielerlei Hinsicht konträr zum westlichen, christlich-rational geprägten. In Asien wirkt eine völlig andere spirituelle, philosophische und kulturelle Tradition, seit der Kolonialzeit vermischt mit westlichen Einflüssen. Diese Einflüsse inkludieren auch die Verbreitung und Integration der westlichen Biomedizin, allerdings nicht in dieser Ausschließlichkeit wie in Europa und Nordamerika. Die 1995 publizierte Studie von Margaret Lock zur Praxis von Organtransplantationen und dem konträren Verständnis von Leben und Tod in Japan und den USA ist ein gutes Beispiel zum Aufzeigen des krassen Unterschiedes zwischen dem westlich-mechanistischen und dem asiatisch-ganzheitlich, religiös-philosophisch geprägten Weltbild und die Auswirkungen auf Kultur und Körperverständnis (Lock 1995a). Ein weiteres Beispiel zur Verbindung von Kultur und Biologie ist die ebenfalls von Margaret Lock publizierte Studie zu Wechseljahrsbeschwerden und Menopause in Japan und Nord-

amerika: die unterschiedliche Erfahrung, die jeweils zugewiesenen Bedeutungen und selbst die unterschiedlichen endokrinologischen Veränderungen während der Wechseljahre sind weit entfernt von „universell“ (Lock 1995b). Eine aktuellere Studie aus dem Jahr 2015 (Tung & Li) hebt für die chinesische Kultur die Bedeutung des spirituell-religiösen Einflussfaktors auf den Schmerzprozess hervor (siehe Punkt 6.2.4).

6.2.3 Biomedizin und Sozialität/ Kulturalität von Körper, Krankheit und Schmerz

Der in der internationalen Literatur etablierte und im Folgenden verwendete Terminus „**Biomedizin**“ umfasst sowohl die traditionelle westliche „Schulmedizin“, die sich mit der Erkennung, Behandlung und, wenn möglich, Heilung sowie der Vorbeugung von Krankheiten auf der Basis des heutigen

Wissens befasst, als auch den modernen Forschungsbereich der Medizin, die Biomedizin, die sich inzwischen als eigenständiger Wissenschaftszweig an der Schnittstelle zwischen Biologie und Medizin etabliert hat.

Medizin als kulturelles System

Die Medizinanthropologie hat gezeigt, dass auch die Biomedizin auf spezifischen kulturellen Grundannahmen in Bezug auf Körper, Krankheit und Heilung basiert und damit als **kulturelles System** betrachtet werden muss (Borck 2003; Dilger & Hadolt 2012; Prinz 1984; u.a.). Jedes Medizinsystem ist im historischen Kontext zu sehen und tief in die Kultur eingebettet. So ist auch die westliche Biomedizin weit entfernt von einem kulturellen Niemandsland, sondern repräsentiert vielmehr die grundsätzlichen Werte einer Kultur (van der Geest 2005).

Die Biomedizin geht unter anderem von der Annahme aus, dass es **universale Krankheiten** gibt. Das heißt, wir besitzen alle den gleichen Körper und werden von den gleichen Krankheiten befallen. Lange Zeit galt diese Auffassung, dass Krankheit ein unproblematisches Feld wäre, bei dem es

sich um reine „Fakten“ handle. Ab den 1960er Jahren, spätestens in den 1980er und 1990er Jahren wird jedoch die Sozialität von Krankheit sichtbar. So ist auch medizinisches Wissen historisch kontingent und nur in dieser Konstruiertheit ist dieses Wissen wahr. Diese Erkenntnis impliziert die Berücksichtigung der gesellschaftlichen bzw. sozio-kulturellen Ebene. Medizinische Forschung „entdeckt“ also nicht gegebene, objektiv vorliegende Fakten, sondern „produziert“ diese Fakten durch die Interaktion zwischen ForscherInnen und Gegenstand der Forschung. Ohne dass sie sich dessen bewusst ist, geht sie *a priori* von begrifflichen Grundannahmen aus, die nicht hinterfragt werden. So sind Krankheiten nicht universal, sondern gesellschaftlich definiert. Was in der einen Kultur als „krank“ definiert ist, gilt in einer anderen Kultur als „normal“.

Kulturalisierung des physischen Körpers

Ebenso wenig wie es universale Krankheiten gibt, gibt es einen universalen, ahistorischen Körper, wie ihn die Biomedizin sieht. Unterschiedliche Körpermodelle gibt es ebenso viele, wie es Heilsysteme gibt. Die Frage ist jedoch: Wie werden die Körper kulturell hergestellt? Der französische Philosoph Michel Foucault erkennt den Körper nicht als etwas, das biologisch vorgegeben ist, sondern – wie auch die Arzneimittel, die Krankheitsbezeichnungen, Diagnosen und Therapieabläufe – als ein **kulturelles Konstrukt** (Foucault 1963).

Marcel Mauss beschäftigte sich bereits Anfang der 1930er Jahre mit dem individuellen Körper und der

Erfahrung, was es heißt, ein Körper zu *sein* und einen Körper zu *haben*. 1934 entwickelte er daraus sein Konzept der Körpertechniken (vgl. Mauss 1978). Mauss erkannte, dass unsere Körper **sozial und kulturell entsprechend hergestellte, produzierte Körper** sind und Körpertechniken sowohl kulturell als auch sozial angeeignet sind. Der Körper ist dabei kein Ding, kein Objekt, sondern ein Prozess, ein Prozess in Raum und Zeit. Das heißt, er ist veränderlich und er wird immer wieder aufs Neue eingegliedert (*embodied*) und neu konstruiert (Mauss 1978). Der Körper selbst ist eine *tabula rasa*, alles ist angeeignet, egal ob es die Art des „richtigen“ Atmens, Entspannens, der „richtigen“

Ernährungsform, Bewegungsart usw. (also alles, was wir heute unter dem Begriff „Lebensstil“ zusammenfassen) ist.

Ähnlich Mary Douglas, die zu der Feststellung kam, dass der Körper mehr ist als ein biologisches System und dass es keinen natürlichen (= universalen) Gebrauch des Körpers gibt. Soziale Systeme schaffen und beschränken die Möglichkeiten des körperlichen Ausdrucks, der Körpertechniken. Darüber hinaus fungiert nach Mary Douglas der Körper als Repräsentation der Gesellschaft, in der wir leben und der sozialen Position, die wir darin einnehmen. Unsere Ansichten über unsere Gesellschaft entsprechen unserem Gebrauch unserer Körper. Körperliche Kontrolle und soziale Kontrolle entsprechen somit einander (Douglas 1970). Dieser Aspekt von Körperlichkeit wird in der inter-

kulturellen Begegnung mit PatientInnen und KlientInnen selten berücksichtigt.

Ab Mitte der 1980er Jahre etablierte sich eine Neuformulierung des Körpers als „leidender Körper“. Es ging nun nicht mehr darum, einen Körper zu *haben*, sondern: Was bedeutet es, ein Körper zu *sein*? Diese neue, phänomenologische Sichtweise eines erfahrenden, leidenden Körpers sollte die Überwindung des cartesischen Dualismus signalisieren, also die Wiederherstellung der Einheit von Körper und Geist (*embodiment*). Damit verbunden wurde auch der Begriff der „Lebenswelt“ geprägt, der Beschreibung der Welt und der darin gemachten Erfahrungen (mehr dazu siehe weiter unten zur Kulturanthropologie des Schmerzes) (vgl. Schütz & Luckmann 2003).

Krankheit aus kultur- und medizinanthropologischer Sicht

Lange Zeit ging man davon aus, dass es sich bei jedem in anderen Kulturen vorgefundenen Medizinsystem um ein einheitliches System handle, das dem westlichen, ebenfalls einheitlich dargestellten Medizinsystem gegenübergestellt wurde. Es ist jedoch vielmehr so, dass jedes Medizinsystem aus mehreren Sektoren und, je nach Komplexität des Systems, mitunter sehr divergenten Subsystemen besteht. So ist vor allem auch das westliche biomedizinische System durch einen ausgeprägten Medizinpluralismus gekennzeichnet. Selbst bei Betrachtung der biomedizinischen Praxis in verschiedenen Kulturkreisen sind zum Teil grundlegende interkulturelle Unterschiede festzustellen (vgl. Lock 1995a; Good et al. 1990).

Es war Arthur Kleinman in den 1980er Jahren, der erstmals im Zusammenhang mit Medizinpluralismus von *health care systems* (richtig zu übersetzen mit „Gesundheitsfürsorgesysteme“⁶) sprach. Demnach kann jedes *health care system* in drei Sektoren aufgeteilt werden: *popular sector*, *folk sector*

und *professional sector* (Kleinman 1980). Kleinmans Anliegen war es, damit unter anderem ein Modell für den interkulturellen Vergleich herzustellen.

Eine der fünf Kernfunktionen von Gesundheitssystemen ist nach Kleinman die **kulturelle Konstruktion von „illness“⁷ als psychosoziale Erfahrung**. Die Idee dahinter ist, dass Krankheit oder Symptome wie zum Beispiel Schmerz unterschiedlich erfahren und erlebt werden. Er unterscheidet dabei zwischen „*disease*“ (Krankheit) und „*illness*“ (Kranksein, sich krank fühlen). Auch gleiche biologische Realitäten können auf verschiedene Arten erfahren werden, das heißt: es gibt eine *disease*, aber viele *illnesses*. Der biologische Reduktionismus klammert jedoch *illness* aus und ist nur mit *disease* beschäftigt (Kleinman 1980).

6 Im Deutschen wird *health care system* üblicherweise mit Gesundheitsversorgungssystem übersetzt. Hier wird klar, dass es nicht um die „Fürsorge“, sondern um die „Versorgung“ der PatientInnen geht.

7 Im Deutschen gibt es weder eine klare Unterscheidung zwischen *disease*, *illness* und *sickness* noch eine adäquate Übersetzung für den englischen Begriff von *illness*. Häufig wird *illness* mit „Leiden“ übersetzt, wenngleich „Leiden“ dem englischen Begriff von *suffering* entspricht. *Illness* beschreibt nicht die Krankheit an sich (*disease*), sondern das Kranksein, das Sich krank fühlen und die soziale Reaktion darauf. In den Worten von Kleinman beschreibt *illness* die Art der Erfahrung, Wahrnehmung, Bewertung, Erklärung der Krankheit, die Art des Umgangs mit der Krankheit: ... „*the experience of disease (or perceived disease) and the social reaction to it*“ ... „*the way of perception, labelling, explanation, valuation, response to disease*“ (Kleinman 1980). Dementsprechend gibt es auch in der westlichen Medizin keine Differenzierung zwischen Krankheit und Kranksein.

Biomedizinisches Modell und Schmerz

Das moderne biomedizinische Modell der Darstellung von Schmerz hängt eng mit der seit dem 17. Jahrhundert von einem dualistisch-mechanistischen Weltbild geformten Vorstellungswelt der christlich geprägten westlichen Kultursphäre zusammen (siehe oben). In der Biomedizin sind es nicht die Menschen, die krank sind, sondern der Körper. Die Vorstellung, der Körper sei ein fragmentiertes, passives und mechanisch funktionierendes Objekt, führt in gewisser Hinsicht zur Effizienz der biomedizinischen Therapie. Gleichzeitig stößt die Medizin mit dieser rein körperlich-mechanistischen Vorstellung aber auch an ihre eigenen Grenzen. Sowohl in der Literatur als auch aus Sicht der SchmerzpatientInnen und der sie vertretenden Organisationen werden folgende Hauptkritikpunkte an der medizinischen Praxis genannt: Unbefriedigende Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten (sowohl im Hinblick auf die ungenügende Zeit der Ärztin/des Arztes für ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten als auch im Hinblick auf eine von den PatientInnen erwar-

tete verständliche Erklärung über die Krankheit), fehlende Akzeptanz und mangelndes Verständnis der Krankheitsgeschichte aus Sicht der PatientInnen sowie fehlende Wahrnehmung von anderen Zeichen und Symbolen, die auf Krankheit verweisen (Lock & Nguyen 2010). Dies entspricht auch dem in allen Befragungen von SchmerzpatientInnen wiederholt erwähnten „nicht ernst genommen“ und „abgefertigt werden“ als Patientin/Patient, dem häufig angetroffenen Unverständnis und der mangelnden Empathie der behandelnden ÄrztInnen und der – ungeachtet der Bedürfnisse der PatientInnen – Beschränkung auf medikamentöse und physikalische Therapie (vgl. Kapitel 7.3 und Kapitel 8.3.2). Der kulturelle Vergleich zeigt, dass es keinen universalen Schmerz, ebenso wenig wie eine universale Therapie gibt. Mit dem alleinigen Fokus der Biomedizin auf körperliche Symptome kommt es zur Entfremdung der Patientin/ des Patienten, die/ der sich unbehandelt, unverstanden und mit ihrem/ seinem Schmerz allein gelassen fühlt.

The Myth of Two Pains

David Morris verweist in diesem Zusammenhang als Beispiel auf die Bedeutungen, die wir Schmerz zuweisen, und insbesondere auf die in unserer modernen westlichen Kultur vorzufindende Vorstellung einer **Trennung zwischen physischem und mentalem Schmerz**. Er spricht dabei von einem Mythos von zwei Schmerzarten („*Myth of Two Pains*“):

„We live in an era when many people believe – as a basic, unexamined foundation of thought – that pain comes divided into separate types: physical and mental. These two types of pain, so the myth goes, are as different as land and sea. You feel physical pain if your arm breaks, and you feel mental pain if your heart breaks. Between these two different events we seem to imagine a gulf so wide and deep that it might as well be filled by a sea that is impossible to navigate“ (Morris 1993).

Vor diesem Hintergrund erklärt es sich auch, dass sich die von der Biomedizin angewandten Therapien bei chronischen Schmerzen nach wie vor (primär oder ausschließlich) in (wiederholten)

Operationen, Infiltrationen, verabreichten (immer stärkeren) Schmerzmedikamenten und angeordneten physikalischen Behandlungen erschöpfen.

Im Gegensatz zum „klassischen“ biomedizinischen Modell hat sich jedoch, so David Morris, in den letzten Jahrzehnten innerhalb der biokulturellen postmodernen Landschaft nicht nur die Vorstellung von Krankheit, sondern auch von Schmerz verändert. John Loeser, inzwischen emeritierter Professor für Neurochirurgie und langjähriger Direktor des *Multidisciplinary Pain Center* an der *University of Washington School of Medicine*, beschreibt bereits 1991 Schmerz (vor allem chronischen Schmerz) als etwas völlig anderes als die mechanische Aktivität von Nerven und Neurotransmittern („Nozizeption“) und revidiert die biomedizinische, nervenorientierte Darstellung von Schmerz. Es ist das Gehirn, so Loeser, das für allen Schmerz verantwortlich ist. Alle sensorischen Phänomene, einschließlich Nozizeption, können durch bewusste oder unbewusste mentale Aktivität verändert werden (Loeser 1991). Dass Loeser damit richtig lag, zeigt die moderne

Schmerzforschung, deren Fokus heute auf dem Gehirn und der kortikalen Repräsentation von Schmerz liegt. Darüber hinaus ist das Gehirn, von dem Loeser spricht, kein cartesisches passives Empfangsorgan für eingehende Sinnesreize, sondern eine bewusste, aktive, janusartige Kraft, die sowohl nach innen (körperliche Prozesse) als auch insbesondere nach außen (Verbindung mit der sozialen Welt der menschlichen Kultur) blickt.

Heute wissen wir, dass Kultur und Gesellschaftsbild ebenso wie Gender und andere komplexe Verbindungen von nationalem, religiösem und kulturellem Hintergrund das Schmerzgeschehen beeinflussen (Morris 2001a). Davon betroffen ist nicht nur der Schmerz des Individuums, sondern auch der Umgang des Individuums mit dem Schmerz. Nicht zuletzt ist davon aber auch das Verhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient sowie die Art der Schmerztherapie beein-

flusst. Dabei weist Morris unter anderem auf die inzwischen wiederentdeckte Bedeutung des Narrativs (die aus PatientInnen-sicht erzählte Krankheitsgeschichte) in der Medizin hin:

„In short, postmodern pain is no longer officially divided along Cartesian lines and put into separate boxes labeled physical and mental. It is, even if not usually described this way, a biocultural event, subject to both individual and transpersonal modulation, as variable across social boundaries as other events with mixed biological and cultural significance, from childbearing to suffering. [...] Pain, in short, has been remade as irreversibly open to the hubbub of human social and psychic life and thus open to an inescapable intersection with narrative. Recently, however, the place of narrative in medicine is being redefined from multiple perspectives“ (Morris 2001a).

Medikalisierung von Schmerz

Die Medikalisierung bildet eine der zentralen Dimensionen der Biomedizin. Medikalisierung meint in der allgemeinsten Form die Eingliederung nicht-medizinischer Probleme in die Domäne und Jurisdiktion der Medizin. Medikalisierung beschreibt also den Prozess, im Zuge dessen menschliche Probleme und Befindlichkeiten in den medizinischen Definitions- und Interventionsbereich gelangen. Medikalisierung steht dabei in engem Kontext mit Macht und sozialer Kontrolle. Medizinsoziologen und Medizinanthropologen, wie Irving Zola, Eliot Freidson, Talcott Parsons, Sjaak van der Geest, Andrew Scull und der austro-amerikanische Philosoph und Theologe Ivan Illich, haben sich vor allem in den 1970er Jahren eingehend mit dem Begriff der Medikalisierung beschäftigt, insbesondere im Hinblick auf Macht und soziale Kontrolle, darunter auch die Medikalisierung der Religion (von der „Sünde“ zum „Verbrechen“ zur „Krankheit“) und die Medikalisierung des Lebens ganz allgemein.

So beschreibt Ivan Illich in seinem bereits 1975 erschienenen und inzwischen als Klassiker geltenden Buch zur Medikalisierung des Lebens (bei der Ersterscheinung unter dem Titel „Die Enteignung der Gesundheit“ 1975), wie mehr und mehr Berei-

che des Lebens in den medizinischen Bereich fallen, was auch mit normativen Implikationen und Kritik verknüpft ist. KritikerInnen sprechen von einer Übermedikalisierung, etwa bei der raschen Verabreichung von Schmerzmitteln und der oft unnötigen Vornahme von chirurgischen Eingriffen. Illich schreibt, dass die Biomedizin Krankheiten nicht kuriert oder verhindert, sondern sie mitunter erst produziert. Weiters mache die Biomedizin den Patienten zu einem passiven Objekt und nähme ihm seine Entscheidungsfähigkeit (Illich 2007). Er zeigt auf, wie verschiedene Interessengruppen, wie Ärzteschaft, Pharmaindustrie und die sie begleitende Ideologie, die Patientin/den Patienten „zum süchtigen Verbraucher und die Medizin zum Verbrauchsgut werden lassen. Entfremdet von der natürlichen Erfahrung von Gesundheit, Krankheit und Tod, deren Definition wir lieber den Ritualen der Ärzteschaft vorbehalten, sind wir so dem Irrglauben verfallen, der Mensch sei vollständig reparabel“, so der Sozialphilosoph und Gesellschaftskritiker Ivan Illich 1975 (Illich 2007).

Peter Conrad beschreibt darüber hinaus, dass Medikalisierung nicht nur von medizinischen Phänomenen ausgehe, sondern „medizinische“ Phäno-

mene erst *nach* der Medikalisierung zu medizinischen Phänomenen werden (z. B. Geburt als Krankheit). Sowohl Grad als auch Richtung der Medikalisierung sind jedoch nicht immer einheitlich und klar. So gibt es auch Demedikalisierungsprozesse (z. B. Masturbation, Homosexualität, Behinderung).

Auch der Schmerz wurde, so David Morris, in der „entwickelten Welt“ tiefgehend medikalisiert und die Medizin hat eine sehr spezifische Beziehung zu Schmerz ausgearbeitet, einschließlich der Etablierung einer eigenen Fachrichtung „Schmerzmedizin“ (Morris 2001a). Morris bezieht sich in diesem Zusammenhang auch auf die erneuerungsbedürftige Definition der *International Association for the Study of Pain (IASP)* – die maßgebende wissenschaftliche und medizinische Organisation, die sich ausschließlich dem Schmerz widmet. Diese definiert Schmerz als „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit den Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (IASP 1979; vgl. auch Abschnitt 2). Morris und anderen Autoren zufolge wird diese nichtssagende Definition der IASP bei weitem nicht einem so komplexen Phänomen wie dem Schmerz gerecht. In vielen Fällen

besteht keinerlei Verbindung des Schmerzes zu einer Gewebeschädigung. Weiters kritisiert Morris den hohen Stellenwert, der den Gefühlen im Zusammenhang mit Schmerz und der Subjektivität des Schmerzes in dieser Definition zugewiesen wird.

„A quiet revolution is at work within this somewhat bland account. The IASP invokes the traditional one-to-one link between pain and tissue damage only to reconfigure the connection as a loose network of possibilities. Tissue damage alone is no longer a prerequisite for pain. [...] Moreover, the IASP definition describes pain not only as a sensory phenomenon but also, in a ground-breaking shift, as an emotional experience. Emotion is now regarded as intrinsic to pain, not merely a response or separable add-on. [...] Finally, in an objectivity-busting footnote to their definition, the IASP insists that pain is ‚always subjective‘ and ‚always a psychological state‘ [...]. The object of study, if you are studying pain, is no longer an object“ (Morris 2001a).

Ebenso wie Schmerz hat auch Ethik eine spezielle Nische innerhalb der Medizin gefunden und die „Bioethik“ beginnt sich in den 1970er Jahren als neue Disziplin herauszubilden (Morris 2001a).

6.2.4 Kulturanthropologie des Schmerzes

Schmerz und Ethnizität

Unterschiede in der Schmerzwahrnehmung sind nicht angeboren, sondern sozial und kulturell erlernt sowie durch die Umwelt modifiziert (Morris 2001a). Es liegen inzwischen mehrere Studien zur Ethnizität von Schmerz vor, wobei aufgrund der Bedeutung des bio-psycho-sozialen Modells der Begriff „**Ethnizität**“ im Sinne von Edwards und KollegInnen (2001), Max Weber (1985) und Frederik Barth (1970) als Erweiterung des Kulturbegriffes verwendet wird. Edwards et al. zufolge fokussiert der Begriff Ethnizität auf die Unterscheidung zwischen Gruppen von Menschen, die einen bestimmten sozialen Hintergrund, charakteristische Verhaltensweisen, eine bestimmte Kultur und Geschichte, bestimmte Glaubensvorstellungen, Sitten und Gebräuche als auch physische Merkmale

teilen (Edwards et al. 2001). Damit sollen alle Merkmale inkludiert sein, die untrennbar mit der eigenen Selbstidentifikation als Teil einer bestimmten Gruppe verbunden sind (Edwards et al. 2001). Für Max Weber zählt der „subjektive Glaube an eine Abstammungsgemeinschaft“, und zwar unabhängig davon, „ob eine Blutsgemeinschaft objektiv vorliegt oder nicht“ (Weber 1985). Frederik Barth hebt in seiner Definition den Aspekt des sozialen Handelns und konkreter sozialer Grenzbeziehungen hervor. Demnach sind ethnische Gruppen nicht durch die kulturelle „Ausstattung“, sondern durch einen sozialen Prozess definiert (Barth 1970; vgl. auch Bliem 2009). Die Kultur formt jedoch viele Aspekte der Schmerzerfahrung, einschließlich Ausdruck von Schmerz, traditionelle

Heilmittel, soziale Rollen, Erwartungen, Wahrnehmungen des Medizinsystems, wann/wie/wo Behandlung zu suchen ist, Gesundheitspraktiken,

Krankheitsüberzeugungen und Krankheitsverhalten sowie Empfänglichkeit für medizinische Behandlungsinterventionen (Lasch 2002).

Ausdruck, Bedeutung, Funktion und kulturelle Prägung von Schmerz (Mark Zborowski)

Es war Mark Zborowski, der sich in seiner 1969 publizierten Studie „*People in Pain*“ erstmals mit dem Schmerzverhalten und der Zuweisung der Bedeutung von Schmerz vor dem Hintergrund von Ethnizität befasste. Die Studie wurde mit amerikanischen männlichen Kriegsveteranen in einem New Yorker Spital durchgeführt und umfasste die ethnischen Gruppen Italiener, Juden und „*Old Americans*“ (Nachkommen der ersten EinwanderInnen aus protestantischen europäischen Ländern). Er stellte dabei große Differenzen im Schmerzverhalten und in den jeweiligen Haltungen gegenüber Schmerz fest (Zborowski 1969).

Die Qualität der Studie mag zwar nicht heutigen Standards entsprechen, doch ist es das Verdienst von Mark Zborowski, dass er mit diesem Befund der soziokulturellen Prägung von Schmerzen den Schmerz als solchen der sozialwissenschaftlichen Analyse zugänglich gemacht hat.

Zborowski's wichtigste Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen dieser Studie waren zum einen, dass Reaktionen auf und Einstellungen zu Schmerz ethnisch variieren und nicht unbedingt etwas miteinander zu tun haben, zum anderen die Erkenntnis der sozio-kulturellen Prägung von Schmerz.

Ausdruck, Funktion und Bedeutung von Schmerz im Verhältnis zu Ethnizität (Zborowski 1969)

1. Ähnliche *Reaktionen* auf Schmerz(-verhalten) müssen nicht unbedingt mit ähnlichen *Einstellungen* zu tun haben (**Ausdruck von Schmerz ist nicht gleich Bedeutung von Schmerz**).
2. **Reaktionen** können unterschiedliche **Funktionen** haben, unterschiedlichen Zwecken dienen. Es gibt keine vordergründig vorgegebene Reaktion auf Schmerzen.
3. Schmerzen sind nichts grundlegend Individuelles, sondern **sozial bzw. kulturell geprägt**. Das heißt, **Ethnizität** spielt bei Schmerz eine große Rolle.

In den 1980er Jahren erfolgte eine Neu-Entdeckung von Schmerz in der amerikanischen Medizinanthropologie. Die Gründe dafür waren zum einen ein neues Interesse an *Erfahrung* (Phänomenologie), zum anderen der Schmerz als Beispiel für die Unzulänglichkeiten der biomedizinischen Repräsentation von bzw. des biomedizinischen Umgangs mit Leiden.

Nachfolgende Studien zu Zborowskis Publikation bestätigten den Zusammenhang zwischen Ethnizität bzw. soziokulturellen Einflüssen und Schmerz noch weiter. Die gewonnene Evidenz zeigt deutliche ethnische Ungleichheiten in der Prävalenz, in der Behandlung, in der Entwicklung und im Ergebnis von schmerzbezogenen Zuständen (Campbell & Edwards 2012). Im Folgenden finden sich dazu einige Beispiele.

Biologische und kulturelle Unterschiede bei klinischem und experimentellem Schmerz

Edwards und KollegInnen (2001) fanden biologische und ethnische Ungleichheiten in der Schmerzrezeption, in der Einschätzung und in der Behandlung von Schmerz sowohl in den klinischen Settings (postoperativ und Notaufnahme) als auch quer durch alle Schmerzarten (Akutschmerz, Tumorschmerz, chronischer nicht-maligner Schmerz und experimenteller Schmerz).

Die in der Literatur angeführten Gründe für Ungleichheiten unter ethnischen Minderheiten sind komplex und auf mehreren Seiten angesiedelt: auf Seiten der PatientInnen (Kommunikation, Einstellungen, Verhalten), auf Seiten der Versorgungsanbieter (Entscheidungsbildung) und auf Seiten des Gesundheitssystems (z. B. Zugang zu Schmerzmedikamentation) (Edwards et al. 2001; vgl. auch Green et al. 2003).

Intraethnische Unterschiede

Studien zu ethnischen Unterschieden sind ebenso wichtig wie die Untersuchung von intra-ethnischen Unterschieden. Maryann Bates und Lesley Rankin-Hill fanden in ihrer Studie (1994) Subgruppenunterschiede in Bezug auf emotionale Empfindlichkeit auf chronischen Schmerz als auch auf Schmerzintensität innerhalb einer Gesamtgruppe, die als „weiß“⁸ klassifiziert wurde. Sie evaluierten amerikanische SchmerzpatientInnen unterschiedlicher Herkunft: hispanisch, „old American“ (mindestens dritte Generation US-gebürtig), irisch, italienisch, französisch-kanadisch und polnisch.

Sie fanden innerhalb der Gruppe der Hispanics signifikant höhere Schmerzintensitäts- und affektive Einstufungen, häufigere Beeinträchtigung bei der Arbeit und bei den alltäglichen Aktivitäten, größeren Ausdruck von Schmerz und vermehrte Besorgnis, Ärger und Anspannung. Die italienische Gruppe nahm in einigen dieser Kategorien den zweiten Platz ein, während die polnische Gruppe über vergleichsweise niedrigere Werte vieler dieser Variablen berichteten.

Mitglieder der hispanischen und italienischen Gruppe gaben an, dass der emotionale Ausdruck von Schmerz angemessen wäre, während Mitglieder der polnischen und „old American“-Gruppe meinten, dass das Nicht-Ausdrücken von Schmerz die „ideale Reaktion“ sei (Bates & Rankin-Hill 1994).

In einem späteren qualitativen Vergleich zwischen USA (New England) und Puerto Rico im Kontext von Gesundheitsversorgung und Kultur kamen Bates und KollegInnen (1997) darüber hinaus zu einem interessanten Ergebnis: Sowohl die VersorgungsanbieterInnen als auch die PatientInnen in New England glaubten an eine Trennung von Geist und Körper (*mind-body dualism*), die zum Stress und zur Entfremdung der Patientin/ des Patienten beiträgt. Hingegen trug die bei VersorgungsanbieterInnen und PatientInnen aus Puerto Rico bei Krankheit vorherrschende integrierte Sichtweise von Geist und Körper (*mind-body integration*) zu einer Unterstützung der Beziehung zwischen PatientIn und VersorgungsanbieterIn bei, die zu weniger behandlungsbezogenem Stress für die PatientInnen führte (Bates et al. 1997).

6

Geografische Varietät von Schmerzempfinden und Schmerzverhalten

Vergleicht man Studien zur Schmerzempfindlichkeit und -intensität verschiedener Kulturkreise und ethnischer Gruppen, so zeigt sich eine deutliche geografische Varietät zwischen Nordamerika und Europa (unterschieden nach West- und

Mitteleuropa, Südeuropa, Osteuropa) und dem orientalischen Raum (Türkei bis Irak) bis Süd-, Südost- und Ostasien (Indien, Thailand und angrenzende kleinere Länder, Indonesien, Philippinen, China, Japan).⁹

Osteuropa

Ausgehend von einer mittleren Schmerzempfindlichkeit bei **MitteleuropäerInnen** wird in den **osteuropäischen Ländern** mit historisch strengeren Regimen eine relativ hohe Schmerzschwelle beobachtet. Vor allem während der kommunistischen Ära wurde sowohl in der Schule als auch in der Familie großer Wert auf (körperlich und see-

lisch) diszipliniertes Verhalten gelegt. Der soziale Druck war enorm. Kinder wurden bereits in der Schule wie kleine Soldaten erzogen: gerade stehen, still sitzen, nicht jammern. Ausdauer und Belastbarkeit (physisch und psychisch) stellten zentrale soziale Erwartungen und Werte dar. Gefühls- und Meinungsäußerungen wurden ebenso unter-

8 In den englischsprachigen Ländern sind die Begriffe *white* oder *caucasian* auch in offiziellen Dokumenten nach wie vor üblich. Der Kontext wird jedoch nicht biologisch begründet, sondern bezieht sich zumeist auf Selbstzuschreibungen. Im gegenständlichen Fall bezeichnet „weiß“ die europäische Herkunft der Vorfahren.

9 Für den afrikanischen Raum bzw. für die ursprünglich aus Afrika stammende Bevölkerung liegen kaum Studien zum Schmerzgeschehen vor.

drückt wie Schmerzbekundungen. Diese Art der Sozialisation und kulturellen Prägung wirkt sich (vor allem in den davon betroffenen Generationen) bis heute im Verhalten der Menschen aus. Man jammert nicht (bzw. findet auch kein Ver-

ständnis, wenn man jammert) und man geht auch erst zur Ärztin/zum Arzt oder ins Krankenhaus, wenn die Schmerzen unerträglich werden (vgl. Andorka et al. 1999).

Südeuropa und arabisch-orientalischer Raum

SüdeuropäerInnen (Italien, Griechenland) hingegen werden ebenso wie **OrientalInnen** (geografischer Raum Türkei bis Irak) als sehr viel wehleidiger beschrieben als MitteleuropäerInnen, wobei diese Tendenz steigt, je weiter man nach Osten kommt. Sie gehen jeder Empfindung nach, klagen viel, auch bei kleineren Beschwerden, fühlen sich auch bei lokalen Beschwerden ganzheitlich krank, sorgen sich schnell um ihre Gesundheit, drücken ihren Schmerz offen aus und verlangen schnell nach Schmerzmitteln, Antibiotika etc. Vor allem OrientalInnen empfinden und beschreiben den Schmerz auch ganzheitlicher als etwa MitteleuropäerInnen (Beispiele dazu siehe Kap. 6.3.1, Kap. 6.4.2 sowie innerhalb dieses Kapitels Punkt 6.2.4).

In Wien lebende MigrantInnen aus Osteuropa und dem orientalischen Raum

In einem Interview mit Martin Aigner und Andrea Topitz (Leitung der Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte psychische Störungen am AKH Wien) zu Wahrnehmung und Ausdruck von Schmerz ihrer PatientInnen treten neben der sprachlich bedingten Barriere in der Kommunikation vor allem die kulturell geprägten Unterschiede deutlich zutage. Zwischen siebzig und achtzig Prozent der AmbulanzpatientInnen (in Wien lebende TürkinInnen, Ex-JugoslawInnen oder TschetschenInnen) klagen über Schmerzen im Körper, denen kein organisches Problem zugrunde liegt, so Martin Aigner. Oft klagen sie dabei über „Ganzkörperschmerz“. Wenn man sie fragt, wie sehr es ihnen auf einer Skala von eins bis zehn „überall“ wehtue, wählen viele die höchste Stufe. Durch Ultraschall oder Abtasten lässt sich die Ursache des Problems in den seltensten Fällen orten. Hinzu kommen kulturspezifische Faktoren: So neigen etwa südosteuropäische Frauen dazu, Schmerzen viel dramatischer und massiver zu schildern als Österreicherinnen: „Die Patientinnen drücken ihre Schmerzen anders aus, diffuser und weniger differenziert, es tut alles weh und ständig, und auch die Stimmungslabilität ist ge-

steigert, die Frauen weinen und klagen viel“, erzählt Topitz im Interview. Die Patientengruppe der MigrantInnen zeichne sich darüber hinaus durch einen übermäßigen und wahllosen Umgang mit Medikamenten aus, so Andrea Topitz (Klemun 2015; Dabic 2011).

Petra Haderer führt in ihrer Diplomarbeit zu Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Qualität der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen im Wiener Spitalswesen zahlreiche Beispiele dieses Aufeinanderprallens verschiedener Weltbilder in der medizinischen Praxis an. So kann die Nennung von Organen in der Symptombeschreibung unter Umständen auch ein Symbol der seelischen Befindlichkeit darstellen, da nicht immer eine Unterscheidung zwischen körperlichem und seelischem Zustand getroffen wird. Besonders offensichtlich zeigt sich hier die Bedeutung der Kenntnis der Muttersprache der Patientin/des Patienten und das Wissen um die Bedeutung von Organchiffren, die nur unter Kenntnis der Herkunftsgesellschaft der PatientInnen in ihrer Sinnhaftigkeit verstanden und gedeutet werden können. „Für türkische PatientInnen ist es zum Beispiel oftmals kaum vorstellbar, dass – wie in der Wahrnehmung des naturwissenschaftlich orientierten Medizinsystems – ein Organ oder ein Körperteil krank wird und der Rest des Körpers aber gesund bleibt. Beschreibungen wie ‚alles ist krank‘ und ‚alles schmerzt‘ sind somit nicht auf sprachliche Schwierigkeiten oder auf ungenügendes Vermögen klar zu charakterisieren zurückzuführen, sondern sie sind Ausdruck eines ganzheitlich empfundenen Krankseins“ (Haderer 2011; vgl. auch Zimmermann 2000). Für Ergebnisse zu türkischsprachigen MigrantInnen in Deutschland siehe unter anderem die Arbeiten von Borde et al. 2007; Borde et al. 2005 und Borde 2002.

Südasien (Indien)

Schmerzempfinden in Indien und Europa

Die Studie von Parisa Gazerani & Lars Arendt-Nielsen (2005) untersuchte die kulturellen Unterschiede zwischen gesunden männlichen Probanden aus **Südindien** und **Dänemark** im Hinblick auf Schmerzempfindlichkeit, Schmerzintensität, erhöhtes Schmerzempfinden im betroffenen Körperteil und Druckschmerzgrenzen nach Verabrei-

chung einer intradermalen Capsaicin Injektion in die Haut der rechten Stirn, um eine Reaktion des Trigemini-Nerv (vergleichbar mit Trigemini-neuralgie, Migräne) hervorzurufen. Die Probanden aus Südindien zeigten dabei deutlich größere Schmerzreaktionen als die Probanden aus Dänemark.

Ostasien (China, Japan)

OstasiatInnen (China, Japan) schließlich gelten als sehr selbstdiszipliniert im Ertragen und Äußern von Schmerz. Spirituell-religiöse Einflüsse kommen hier deutlich zum Tragen, wie die folgenden Beispiele zeigen.

Schmerz und spirituelle Glaubensvorstellungen in China

Wei-Chen Tung & Zhizhong Li verweisen in ihrem 2015 publizierten Artikel explizit auf die zentrale Bedeutung spirituell-religiöser Einflussfaktoren auf den komplexen Prozess von Schmerz. Die Kultur und damit insbesondere auch spirituelle und religiöse Überzeugungen spielen eine signifikante Rolle in der Wahrnehmung, im Verhalten und im Ausdruck von Schmerz sowie im Hinblick auf Schmerzmedikation von in Amerika lebenden ChinesInnen. Die AutorInnen diskutieren die Rolle der drei großen spirituellen Richtungen, die die chinesische Kultur prägen: Stoizismus, Buddhismus und Konfuzianismus (Tung & Li 2015).

Der **Stoizismus** erwartet, dass man Freude, Lust und Schmerz gleichermaßen ohne Bekunden einer Emotion durchlebt. Dies wird als positive Eigenschaft in der chinesischen Kultur betrachtet. Die chinesischen AnhängerInnen des Stoizismus tendieren zur Vermeidung, Schmerz mit Jammern, Stöhnen oder Schreien kundzutun oder mögen das Vorhandensein von Schmerz sogar abstreiten, da sie das Zeigen und Zugeben von Schmerz als Schwäche empfinden (Tung & Li 2015). Eine Studie mit einer Stichprobe von in Amerika lebenden Angehörigen verschiedener ethnischer Gruppen zum Schmerzempfinden von KrebspatientInnen kam zum Ergebnis, dass in Amerika lebende AsiaInnen die niedrigsten Werte auf verschiedenen Schmerzskalen aufwiesen (Anderson et al. 2009).

Der **Buddhismus** hat das chinesische Glaubens- und Wertesystem seit tausenden von Jahren beeinflusst. Die Sichtweise von Schmerz wurzelt bei vielen ChinesInnen im Buddhismus. Dieser basiert auf der Vorstellung, dass Leben Leiden bedeutet und dass alle menschlichen Wesen physisches Leiden, wie Geburt, Krankheit, Altern und Schmerz, aber auch psychisches Leiden, wie Traurigkeit, Angst, Enttäuschung und Depression erdulden müssen. Schmerz ist also ein Teil des Lebens und Schmerzmedikamente werden oft abgelehnt. Hinzu kommt die Theorie und fundamentale Doktrin des Karmas (Ursache und Wirkung), was bei chinesischen Buddhisten zum Glauben führt, dass Schmerz eine Folge ihrer schlechten Taten in der Vergangenheit oder in früheren Leben ist und damit (durch Ablehnung von Schmerzmedikamenten) geduldig akzeptiert werden muss.

Der **Konfuzianismus** schließlich pflegt die soziale Harmonie und legt großen Wert auf Kollektivismus und Familie. Dies bedeutet, dass Gruppenziele und Gruppenbedürfnisse über die individuellen Wünsche und Rechte gestellt werden. Der Kollektivismus und die Familienorientierung betrachten physisches oder psychisches Leid eher als familiäre Angelegenheit als ein individuelles Geschehen. Das Suchen von Hilfe außerhalb des familiären Netzwerkes durch Offenlegung seiner persönlichen oder familiären Probleme wird als Gesichtsverlust gesehen (Tung & Li 2015).

RückenschmerzpatientInnen in Japan und Nordamerika

Sanders und KollegInnen untersuchten Anfang der 1990er Jahre chronische RückenschmerzpatientInnen rund um die Welt, um interkulturelle

Ähnlichkeiten und Unterschiede in Bezug auf medizinisch-körperliche Befunde oder in Bezug auf die psychologische, verhaltensmäßige, berufliche und nebenberufliche Funktionsfähigkeit herauszufinden. Die PatientInnen wurden stichprobenweise aus sechs verschiedenen Kulturgruppen (amerikanisch, japanisch, mexikanisch, kolumbianisch, italienisch, neuseeländisch) ausgewählt, ebenso die gleich große Kontrollgruppe.

Die Ergebnisse zeigen deutliche Differenzen zwischen den verschiedenen untersuchten Kulturen in Bezug auf den selbst wahrgenommenen Grad der Funktionsstörung, mit den PatientInnen aus Amerika als jene mit der am höchsten empfundenen funktionellen Beeinträchtigung. Mögliche Erklärungen dafür inkludierten interkulturelle Unterschiede in der sozialen Erwartungshaltung, in

der entgegengebrachten Aufmerksamkeit, in gesetzlich-administrativen Regelungen zu Ansprüchen und Voraussetzungen, in der Möglichkeit von finanziellem Gewinn, in Verhaltenserwartungen im Hinblick auf Inanspruchnahme, Art und Verfügbarkeit von Gesundheitseinrichtungen sowie im Hinblick auf die selbst empfundene Fähigkeit und Bereitschaft der Bewältigung.

Ebenso wie bereits in der Studie zuvor von Brena et al. (1990) belegt, zeigten sich in dieser Studie chronische RückenschmerzpatientInnen in Japan – trotz ähnlicher medizinischer und physiologischer Ergebnisse – in psychologischer, sozialer, beruflicher und nebenberuflicher Hinsicht signifikant weniger beeinträchtigt als PatientInnen in Amerika (Sanders et al. 1992).

Schmerz als eigene Realität

Schmerz, vor allem lang anhaltender chronischer Schmerz sowie Schmerz aufgrund von Folter und traumatischen Menschenrechtsverletzungen, wirkt auf vielen Ebenen zerstörerisch. Byron Good (1994) beschreibt, wie Schmerz nicht nur die Alltagswelt zerstört, sondern auch eine eigene Welt erschafft. Bereits 1985 sprach Elaine Scarry von Schmerz als eigener Realität. Die Totalität von Schmerz führt im extremen Fall zur Zerstörung der Sprache und zur Auslöschung von Bewusstseinsinhalten. Mit dieser Erfahrung sind auch noch Jahre später TherapeutInnen in der Behandlung von Kriegsflüchtlingen und Opfern von Menschenrechtsverletzungen konfrontiert (vgl. Kap. 6.4.3 und 6.4.4).

Mehrere AutorInnen beziehen sich bei der Zuweisung von Schmerz als eigener Realität auf die Phänomenologie von Alfred Schütz. Nach Schütz gibt

es nicht nur eine Alltagswelt (die Hauptrealität, in der wir leben), sondern auch multiple Welten, alternative Realitäten, in die man hineinfallen, aus denen man aber auch wieder heraustreten kann. Die Alltagswelt wird mit uns von anderen, gleichen „Ichs“ geteilt und nicht problematisiert. Wir glauben, dass Objekte dieser Außenwelt für alle die gleichen Objekte sind. Aber wir modifizieren diese Lebenswelt, ebenso wie diese Lebenswelt uns modifiziert. Multiple Realitäten (bzw. nach Schütz „mannigfaltige Wirklichkeiten“) weisen eigene Lebens-, Erkenntnis- und Erlebnisstile auf. Zwischen diesen verschiedenen Realitäten gibt es keine sanften Übergänge, die Grenzen dieser Welten oder Realitäten sind sehr scharf. Wir müssen in sie „hineinspringen“ oder aktiv heraustreten, manchmal fallen wir auch aus ihnen heraus (vgl. Schütz 1971 und 1975; Schütz & Luckmann 2003).

Wahrnehmung und Eigenschaften von Schmerz (Elaine Scarry)

Elaine Scarry, Professorin für Literatur und Sprache an der *Harvard University*, gilt als führende Expertin auf dem Gebiet von Sprache und Schmerz (*the language of physical pain*). Sie beschäftigt sich insbesondere mit den Auswirkungen von Folter und Zufügung von Schmerz.

Ihr 1985 erschienenes Buch und Standardwerk auf dem Gebiet Schmerz „*Body in Pain*“ ist eine Analyse von körperlichem Leiden und seiner Beziehung zu den zahlreichen Vokabeln und kulturellen Einflüssen (literarisch, politisch, philosophisch, medizinisch, religiös), mit denen Schmerz konfrontiert ist. Scarry beginnt mit der Tatsache der

Nichtkommunizierbarkeit von Schmerz (siehe unten). Nicht nur, dass es enorm schwierig ist, physischen Schmerz in Worten adäquat zu beschreiben, Schmerz zerstört die Sprache („*pain, shatters' language*“) und reduziert Leidende im schlimmsten Fall in einen unartikulierten Zustand von Schreien und Stöhnen. Schließlich analysiert Elaine Scarry auch die politischen Auswirkungen von absichtlich zugefügtem Schmerz, insbesondere in den Fällen von Folter und Krieg. Sie argumentiert, dass physischer Schmerz zur Zerstörung und Auf-

hebung der menschlichen Welt („*the destruction and the unmaking of the human world*“) führt. Lag jedoch bisher der Fokus auf den „*unmaking qualities of pain*“, so bietet Scarry nun Lösungsansätze für das Verstehen von **Schmerz als eigener Realität** durch den Einsatz von Imagination und Metaphern („*remaking of the world*“) (vgl. Scarry 1985).

Scarry unterscheidet acht Eigenschaften von extremen Schmerzerfahrungen:

Acht Eigenschaften von extremen Schmerzerfahrungen (Elaine Scarry 1985)

1. **„sheer aversiveness“**: Schmerz will unter allen Umständen vermieden werden. Schmerz ist immer etwas Negatives, der Schmerz ist gegen einen und wir sind alle gegen den Schmerz.
2. und 3. **Zweifache Erfahrung von Schmerz** als etwas, das gleichzeitig innerhalb und außerhalb des Körpers ist. Der eigene, innere Körper schmerzt. Bei Fehlen des externen Schmerzagenten hat man trotzdem das Gefühl, als ob der Schmerz von außen käme. Wir fühlen uns dem Schmerz also von innen und von außen ausgesetzt.
4. **Zusammenfallen von „Innen“ und „Außen“, von „Privat“ und „Öffentlich“**. Man fühlt sich unendlich einsam und getrennt von Anderen und gleichzeitig absolut zur Schau gestellt. Alle Hüllen und Masken fallen.
5. **Zerstörung der Sprache**. Mit der Zunahme von Schmerzen wird Sprache verunmöglicht. Nichtkommunizierbarkeit von Schmerz.
6. **Auslöschung von Bewusstseinsinhalten**. Zerstörung komplexer Denkbjekte, klarer Gedanken, elementarer Wahrnehmungsakte.
7. **Totalität von Schmerz**: „*pain begins by being not oneself and ends by having eliminated all that is oneself*“.
8. **Widerstand** gegen die Objektifizierung und kommunikative Vermittlung. „*To have pain*“ vs. „*to hear about pain*“. Ist man lange Zeit dem Schmerz ausgesetzt, wird es zunehmend schwieriger, Schmerz anderen Menschen zu kommunizieren.

Chronischer Schmerz: Alltagswelt und Schmerzwelt (Byron Good)

In seinem Buchbeitrag „*The Body, Illness Experience, and the Lifeworld: A Phenomenological Account of Chronic Pain*“ (1994) beschäftigt sich der amerikanische Medizinanthropologe Byron Good (*Harvard University*) mit chronischem Schmerz und seinem Verhältnis zur Alltagswelt. Indem er sich auf die Sozialphänomenologie von Alfred Schütz und dessen Konzept der *multiplen Realitäten* (vgl. Schütz 1971 und 1975; Schütz & Luckmann 2003;

siehe oben) bezieht, zeigt er, dass Schmerz nicht nur die **Alltagswelt zerstört**, sondern auch **eine eigene Welt erschafft**. Good spricht in diesem Zusammenhang von einer eigenen **Schmerzwelt** und definiert sechs Charakteristika des Erlebnisstils der Alltagswelt und der Welt des Schmerzes.

Erlebnisstile der Alltagswelt und der Welt des Schmerzes (Good 1994)

1. **Form der Bewusstheitsspannung** („Gerichtetsein“): Eigener Körper verschwindet (*absent body*). In der Alltagswelt sind wir hellwach, voller Aufmerksamkeit. Bis zum Eintreten von Schmerz, dann drängt sich der Schmerz in den Vordergrund (→ Schmerzwelt).
2. **Form der Epoché**: Jede Realität hat ihre eigene *Epoché* (Ausblendung). *Epoché* der Alltagswelt: Wir zweifeln nicht an ihrer Existenz und wir blenden unsere eigene Sterblichkeit und Verletzlichkeit aus. Die Schmerzwelt zerstört diese Selbstverständlichkeit.
3. **Form der Spontaneität**: Die Alltagswelt ist geprägt von sinnvollem Handeln (mit dem Leib/ Körper). In der Schmerzwelt erfahren wir eine Einschränkung, Infragestellung (z. B. „trotzdem“ zu arbeiten).
4. **Form der Sozialität**: Jede Realität weist eine bestimmte Form der Sozialität auf. In der Alltagswelt zweifeln wir nicht daran, dass andere Menschen so sind wie ich selbst. Schmerz entfremdet uns und wir sind schnell in der Position, uns unverstanden zu fühlen.
5. **Form der Selbsterfahrung**: In der Alltagswelt wird Geist und Körper als ungeteilt erlebt. Schmerz entfremdet und objektiviert den Körper.
6. **Zeitperspektive**: Die Alltagswelt hat eine soziale Standardzeit und diese Zeitperspektive wird von allen geteilt. Schmerz stellt diese geteilte Zeitperspektive sehr stark in Frage. Es kommt zu einer Neubewertung der Zeit, nun eine persönliche Zeit. Diese ist kostbar, kurz und darf nicht mehr vergeudet werden. Diese Zeit ist nicht mehr synchron zur sozialen Standardzeit. Sie verrinnt schnell, wird „verloren“ und die übliche Struktur der Zeit bricht zusammen.

Good zeigt ebenfalls, wie Schmerz über **Narrative** gebannt werden kann. Menschen mit chronischem Schmerz müssen ein Narrativ kreieren, sowohl im Sinne von „*Telling the Illness Story*“ als auch sich selbst gegenüber. Er weist auf die zerstörerischen Qualitäten von Schmerz hin. Schmerzleidende erleben ihren Körper mitunter als abgespalten, entfremdet und stellen ihre menschliche Integrität

und ihre Funktionen in der Alltagswelt infrage. Für Menschen mit chronischen Schmerzen geht es deshalb sehr stark darum, eine **Diagnose** zu erhalten – eine Legitimation sozusagen, den Nachweis einer physischen, realen Ursache, und damit die Gewissheit, dass das Ganze nicht nur im Kopf stattfindet (Good 1994).

Chronischer Schmerz und Spannung zwischen Körper als Subjekt und Objekt (Jean Jackson)

Die Erfahrung von chronischem Schmerz ist gleichzeitig sowohl ein Sinneseindruck als auch ein Gefühl, keines von beiden geht dem anderen voraus. Jean Jackson beleuchtet kritisch unser westlich geprägtes „*model of chronic pain as first caused (in either the body or the mind) and then experienced*“. Sie untersucht auch die Zusammenhänge zwischen Sprache und Schmerz, insbesondere die Rolle der analytischen Sprache, die die Welt von Schmerzleidenden niemals erreichen kann. In ihren Worten:

„*the role played by our analytic language, and the notion that a pain sufferer speaks the language of a world different from the everyday world*“ (Jackson 1994).

Auch sie bezieht sich in ihrem Artikel auf die Arbeit von Alfred Schütz und seine Vorstellung von mannigfaltigen Wirklichkeiten: „*Schutz's notion of multiple realities, in order to understand why people with chronic pain report feeling profoundly understood by fellow sufferers and profoundly misunderstood by non-sufferers*“ (Schütz 1971, zit. nach Jackson 1994).

Nichtkommunizierbarkeit von Schmerz

Neben der Zerstörung der bisher vertrauten Welt ist es vor allem die Zerstörung der Sprache und damit die Nichtkommunizierbarkeit von Schmerz, die chronisch Schmerzleidende immer wieder aufs Neue isolieren. Wenn die Sprache versiegt, bleiben nur mehr Metaphern und Symbole. Dies

ist auch eine enorme Herausforderung für die therapeutische Begleitung von SchmerzpatientInnen mit extremen Schmerzerfahrungen – umso mehr, wenn diese einem anderen Kulturkreis mit einer anderen Sprache und einem anderen „Denksystem“ angehören (siehe Kapitel 6.4.3 und 6.4.4).

Schmerz und Sprache

Bereits 1930 stieß Virginia Woolf auf die Armut der englischen Sprache in der Literatur, wenn es um die Beschreibung von Krankheitserfahrung und Schmerz ging – hier würde die Sprache sofort versiegen. Und weiter: „*We must invent a new language to describe pain*“ (Woolf & Stephen 2012). Sowohl die englische als auch die deutsche Sprache verfügt über keine adäquaten Vokabel, um Schmerz auszudrücken. In den Worten von Virginia Woolf:

„*Finally, to hinder the description of illness in literature, there is the poverty of the language. English, which can express the thoughts of Hamlet and the*

tragedy of Lear, has no words for the shiver and the headache. It has all grown one way. The merest schoolgirl, when she falls in love, has Shakespeare or Keats to speak her mind for her; but let a sufferer try to describe a pain in his head to a doctor and language at once runs dry. There is nothing ready made for him. He is forced to coin words himself, and, taking his pain in one hand, and a lump of pure sound in the other (as perhaps the people of Babel did in the beginning), so to crush them together that a brand new word in the end drops out. Probably it will be something laughable“ (Woolf & Stephen 2012).

Nichtkommunizierbarkeit und Objektlosigkeit von Schmerz

Elaine Scarry's Erkenntnisse zu Schmerz und Sprache bzw. zur Nichtkommunizierbarkeit von Schmerz (1985) waren in der wissenschaftlichen Forschung bahnbrechend. Physischer Schmerz kann sehr schwer in Worte gefasst und beschrieben werden. Das Vokabular nimmt sehr schnell eine „als-ob-Struktur“ an und man muss auf metaphorische Begriffe zurückgreifen. Scarry unterscheidet dabei zwei Dimensionen:

1. **Zufügung von Schmerz durch externen Agenten** (Objekt, Werkzeug), wobei dieses Objekt sowohl ein Folterinstrument als auch der Bohrer beim Zahnarzt sein kann. Eine metaphorische Beschreibung könnte zum Beispiel sein: „So als ob mir ein Messer in die Gedärme gestoßen würde“. Schmerz und Objekt werden dabei gleichgesetzt: Messer = Schmerz.
2. **Der körperliche Schaden**, der den Schmerz oft begleitet. Beispiel für eine Metapher wäre: „Als ob mir die Gedärme aus dem Leib gerissen würden; als ob mir die Haut abgezogen werden würde“ usw. (Scarry 1985).

Als tatsächliches Objekt kann das Messer in den Körper eintreten, als imaginiertes Objekt kann es den Schmerz aus dem Körper herausreden. Wir brauchen die Sprache, doch diese ist sehr limitiert.

Grund für die Nichtkommunizierbarkeit von Schmerz ist seine Objektlosigkeit. Gerade weil er kein Objekt hat, widersetzt sich der Schmerz mehr als jedes andere Phänomen der sprachlichen Objektivierung. Furcht ist immer Furcht *vor* Etwas. Aber Schmerz hat so etwas nicht, **Schmerz ist referenzlos**. Er richtet sich auf nichts, hat keine Intentionalität, kein Objekt, deshalb verwehrt er sich auch gegen Objektivierung. Über Schmerz kann daher kaum anders gesprochen werden als in **Metaphern** (Scarry 1985).

Unausdrückbarkeit und mangelnde Erkennbarkeit und Anerkennung des Schmerzes

Problematisch wird es jedoch, wenn Schmerz nicht ident ist mit einem Agenten (Werkzeug) und mit sicht- oder messbaren körperlichen Schäden.

Das Teilen von *Erfahrungen* ist immer *subjektiv*. Schmerz kann aber schlecht oder gar nicht geteilt werden. Elaine Scarry unterscheidet zwischen dem

- eigenen Schmerz – *to have pain: you have certainty*
- Schmerz von anderen – *to hear about pain: you doubt*

Sicher ist also nur der eigene Schmerz. Der Schmerz von anderen kann bezweifelt werden, vor allem wenn keine externen Agenten oder körperlichen Schäden vorhanden sind. Damit erfolgt oft auch keine Anerkennung des Schmerzes durch Andere (Scarry 1985).

David Morris greift Scarry's Thesen auf und bezeichnet den Moment der unmittelbaren Schmerzempfindung als gefrorenen Augenblick, „in dem nichts ist als der verstümmelte menschliche Leib und sein sprachloses Leiden“. Das **dem Schmerz innewohnende Schweigen** kommt einem **Abschneiden der Kommunikation** gleich. Es schafft und symbolisiert Isolation und Worte überbrücken diesen Abstand nur unzureichend (Morris 1994). Anderen erscheint der Schmerz demnach als etwas Fremdes, das einerseits nicht zu leugnen, andererseits aber auch nicht zu beweisen ist. Gerade diese Unausdrückbarkeit sorgt für eine mangelnde Erkennbarkeit und Anerkennung des Schmerzes.

Schmerz zerstört und trennt

Nach Elaine Scarry ist Schmerz nicht nur unausdrückbar, er zerstört sogar die Sprache in aktiver Weise. Schmerz hat ein äußerst zerstörerisches Potenzial. Starke Schmerzen reduzieren Menschen zu vorsprachlichen Äußerungen (Ächzen, Stöhnen, Schreien ...). Für Jean Jackson führt Schmerz zu einem Verstummen, wir sprechen gar nicht mehr (Scarry 1985).

Darüber hinaus verursacht Schmerz eine Ohnmacht, die nicht nur ein Abgeschnittensein bzw. eine Trennung von anderen bewirkt, sondern vor allem eine Trennung von sich selbst. Morris zufolge

erhält hier der Schmerz Objektcharakter: „Schmerz *ist* in diesem Sinne das andere, auch wenn er das eigene Fleisch befällt“ (Morris 1994).

Schließlich tritt auch die zerstörerische Eigenschaft des Schmerzes zutage, und zwar sowohl in Hinsicht auf die Sprache („Der körperliche Schmerz ist nicht nur resistent gegen Sprache, er zerstört sie“) als auch in Hinsicht auf die Zerrüttung unserer Bewusstseinsinhalte im Gesamten – vor allem was Wahrnehmung, Denken und Fühlen betrifft (Morris 1994).

Die Sprachlosigkeit von Schmerz

Neben der Objektlosigkeit von Schmerz bezieht sich Elaine Scarry in ihren Ausführungen zu Sprache und Schmerz auch darauf, dass Schmerz in seiner Unmittelbarkeit so absolut und vereinnahmend auf unsere Wahrnehmung wirkt, dass wir nicht fähig sind, etwas außer ihm wahrzunehmen, geschweige denn darüber zu sprechen. Es gibt also keine Sprache des Schmerzes (Scarry 1985).

Ebenso wie für Elaine Scarry ist auch für Jean Jackson der Zusammenhang von Schmerz und Spra-

che bzw. verbaler Nicht-Ausdrückbarkeit von Schmerz eine zentrale Erkenntnis:

„*Chronic pain sufferers often say they have trouble communicating about their pain, especially severe pain. Some part of this difficulty seems to reflect a contrast we make in which language belongs to the mind, not the body*“ (Jackson 1994).

Semiotik und Semantik von Schmerz

Judy Pugh befasst sich in ihrer klassischen Untersuchung zur Semantik von Schmerz (1991) mit den Kontinuitäten der „Sprache des Schmerzes“ in der indischen Kultur und Medizin. Sie beschreibt drei miteinander verbundene Aspekte der Erfahrung von Leiden: (1) die kulturelle Konstruktion einer Schmerzempfindung; (2) die Semiotik von Schmerzempfindung; (3) die Struktur der Ursachen und Heilmethoden von Schmerz.

Diese Verbindungen werden durch eine Vielfalt von linguistischen und semiotischen Formen ex-

ploriert, einschließlich Metaphern, Etymologien, gestischen Codes, Taxonomien und semantischen Netzwerken. Die Erforschung der **Metapher** erweist sich als besonders wertvoll in der Aufdeckung der kulturellen Konstruktion von Schmerz, insbesondere im Hinblick auf sensorische Wahrnehmungen, wie Temperatur, Gewicht und Bewegung. Das Konzept eines **semantischen Netzwerks** liefert ein ergänzendes Werkzeug zum Verstehen der Schmerzerfahrung (Pugh 1991).

Schmerzwahrnehmung und die Rolle von Kultur und Gender

Schmerzwahrnehmung, Emotionen und Gender (Gillian Bendelow)

Die Forschungsarbeit von Gillian Bendelow (1993) untersucht mit einem Multimethodenansatz den Zusammenhang zwischen Schmerzwahrnehmung und sozialen Merkmalen des Individuums. Der Fokus liegt dabei auf der Rolle von Gender in diesem Prozess sowie einer Erweiterung der Definition von Schmerz auf das „Laienverständnis“ des Phänomens Schmerz. Untersucht wurden Personen im urbanen Bereich, die verschiedenen ethnischen Gruppen angehören.

Die Ergebnisse zeigen signifikante Genderunterschiede, vor allem in der Betonung der **Rolle von Emotionen und der sozialen Erwartungen** in Bezug auf die Fähigkeit mit den Erfahrungen und Wahrnehmungen von Schmerz umzugehen. Besonders die Analyse der qualitativen Feldarbeit machte ersichtlich, auf welche Weise Erfahrungen von Schmerz auch Gefühle und Verletzlichkeiten, existenzielle und religiöse Glaubensvorstellungen sowie sensorische Komponenten beinhalten. Die von beiden Geschlechtern den Frauen zugeschriebenen höheren Kapazitäten mit Schmerz umzugehen, werden in Beziehung gebracht zu ihrer biologischen und reproduktiven Funktion, wengleich diese durch kulturelle Rollenerwartungen und Sozialisation untermauert werden. Die Ergebnisse der Studie reflektieren die Bezie-

hungen zwischen Schmerz, Gender, Kultur und *embodiment*¹⁰.

Sowohl die weiblichen als auch die männlichen Teilnehmer halten also **Frauen für schmerzresistenter**, sowohl im Aushalten von als auch im Umgehen mit körperlichem und emotionalem Schmerz. Die Erklärungen dafür werden primär im biologischen Bereich verankert. Diese Auffassung spiegelt sich auch in den sozialen Konsequenzen und in der **medizinischen Versorgung** wider: Schmerzen bei Frauen werden nicht so ernst genommen wie bei Männern und auch die Schmerzbehandlung ist bei Frauen kein so großes Thema wie bei Männern. Männer bekommen mehr ärztliche Aufmerksamkeit als Frauen (Bendelow 1993; vgl. dazu auch Kapitel 6.4.1).

¹⁰ *Embodiment*: „Verleiblichung“, Wiederherstellung der Einheit von Körper und Geist.

6.2.5 Resümee

Weltbild, Religion und Kultur stehen in enger Wechselwirkung zueinander und prägen unsere Vorstellungen von gesellschaftlichen Werten, aber auch unser Denken, unsere Gefühle und unsere Sprache ebenso wie die Vorstellung, Bedeutung und Funktion von Körper, Krankheit und Schmerz. Auch wir sind zutiefst vom westlichen „abendländischen“ Weltbild geprägt. Die in Europa seit dem 17. Jahrhundert von einem dualistischen (Trennung von Körper/Materie und Geist) und mechanistischen (Betrachtung der Welt und des Körpers als Maschine) Weltbild geformte Vorstellungswelt der christlich geprägten westlichen Kultursphäre führt unter anderem auch zur bis heute in unserem Denken und in der medizinischen Lehre und Praxis verbreiteten mechanistischen Sichtweise des Körpers und damit verbunden auch zur mechanistischen Sichtweise von Krankheit, Behandlung und „Heilung“.

Auch das Phänomen Schmerz als integraler Teil der Kulturgeschichte erfuhr im Zuge dieser Veränderung der Sichtweise eine extreme Objektivierung und spiegelt sich in der modernen Schmerzmedizin wider: PatientInnenbild ebenso wie Krankheitsbild und Art der angewandten Therapien sind beeinflusst von der cartesischen Vorstellung des Menschen als Körper-Maschine.

In gewisser Hinsicht führt die Vorstellung, der Körper sei ein fragmentiertes, passives und mechanisch funktionierendes Objekt, zur Effizienz der westlichen schulmedizinischen Therapie. Die Errungenschaften der modernen chirurgisch-pharmazeutisch geprägten Schmerzmedizin sind essenzieller Bestandteil der modernen Medizin und sollen hier keinesfalls in Frage gestellt werden. Sie bedeuten für viele chronische SchmerzpatientInnen eine physische und psychische Erleichterung und eine Verbesserung der Lebensqualität. Gleichzeitig stößt die Medizin mit dieser rein körperlich-mechanistischen Vorstellung aber auch an ihre eigenen Grenzen. Sowohl in der Literatur als auch aus Sicht der SchmerzpatientInnen und der sie vertretenden Organisationen werden folgende Hauptkritikpunkte an der medizinischen Praxis genannt: Kommunikations- und Informationsmankos seitens der ÄrztInnen in Bezug auf die Be-

dürfnisse und Erwartungen der PatientInnen, fehlende Akzeptanz und mangelndes Verständnis der Krankheitsgeschichte aus Sicht der PatientInnen sowie fehlende Wahrnehmung von anderen Zeichen und Symbolen, die auf Krankheit verweisen (Lock & Nguyen 2010). Dies entspricht auch dem in allen Befragungen von SchmerzpatientInnen wiederholt erwähnten „nicht ernst genommen werden“ als Patientin/Patient, der ungenügenden Zeit der Ärztin/des Arztes für ein Gespräch mit der Patientin/ dem Patienten, der von den PatientInnen häufig vermissten verständlichen Erklärung über die Krankheit, dem häufig angetroffenen Unverständnis und der mangelnden Empathie der behandelnden ÄrztInnen und der – ungeachtet der Bedürfnisse der PatientInnen – Beschränkung auf medikamentöse und physikalische Therapie (vgl. Kapitel 7.3 und Kapitel 8.3.2). Mit dem alleinigen Fokus der Schulmedizin auf körperliche Symptome kommt es zur Entfremdung der Patientin/des Patienten, die/der sich unbehandelt, unverstanden und mit ihrem/seinem Schmerz allein gelassen fühlt (Lock & Nguyen 2010).

Erschwerend kommt hinzu, dass es im Deutschen weder eine adäquate Übersetzung für den englischen Begriff *illness*¹¹ gibt, noch eine Unterscheidung zwischen *disease* (Krankheit) und *illness* (Kranksein, sich krank fühlen; vgl. Kleinman 1980). Diese Unterscheidung würde bedeuten, dass Krankheit oder Symptome, wie zum Beispiel Schmerz, unterschiedlich erfahren und erlebt werden. Dementsprechend gibt es in der westlichen Medizin nur *disease* als körperlich objektiv feststellbare Krankheit. Vor diesem Hintergrund erklärt es sich auch, dass sich die von der Schulmedizin angewandten Therapien bei chronischen Schmerzen nach wie vor (primär oder ausschließlich) in (wiederholten) Operationen, Infiltrationen, verabreichten (immer stärkeren) Schmerzmedikamenten und angeordneten physikalischen Behandlungen erschöpfen.

Wie sehr Körperverständnis und die Sichtweise von Krankheit und Schmerz in Bezug zum kulturellen und sozialen Kontext stehen, wird nicht nur in der seit Mitte des 20. Jahrhunderts in Europa und vor allem in Nordamerika stattfindenden phi-

¹¹ *Illness* beschreibt nicht die Krankheit an sich (*disease*), sondern das Kranksein, das Sich krank fühlen und die soziale Reaktion darauf. In den Worten von Arthur Kleinman beschreibt *illness* die Art der Erfahrung, Wahrnehmung, Bewertung, Erklärung der Krankheit, die Art des Umgangs mit der Krankheit. Nach Kleinman handelt es sich bei *illness* um die kulturelle Konstruktion einer psychosozialen Erfahrung (Kleinman 1980).

losophischen und kulturalanthropologischen Diskussion ersichtlich, sondern zeigt sich auch im empirischen kulturellen Vergleich. Die seither zahlreich vorliegenden Arbeiten und empirischen Studien zum Schmerzgeschehen in unterschiedlichen Kulturkreisen und zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen bestätigen, dass es weder universale Krankheiten noch einen universalen Schmerz oder universell gültige Annahmen über Wahrnehmung, Ausdruck, Funktion und Bedeutung von Schmerz (Schmerzverhalten) gibt. Demzufolge gibt es auch keine universell gültigen, kulturunabhängigen Therapien und „Heilmethoden“ von Schmerz.

Unterschiedliche Weltbilder produzieren und reflektieren unterschiedliche kulturelle und soziale Vorstellungen, darunter ein unterschiedliches Körperverständnis und unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit und Schmerz. Dieser Kulturaspekt gewinnt besondere Bedeutung im Aufeinandertreffen von PatientInnen aus einem anderen Kulturkreis (etwa aus dem islamisch-arabischen, orientalischen, asiatischen oder afrikanischen Raum mit einem kollektivistisch orientierten Gesellschaftsbild und einer ganzheitlicheren Körperwahrnehmung) mit der westlichen Medizin und dem ihr zugrundeliegenden individualistischen und materialistischen Gesellschaftsbild, mit der Objektivierung von Körper, Krankheit und Schmerz und der angestrebten Zuteilung in Klassifikationssysteme. Vor allem in der transkulturellen Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/ Patient stellt dies häufig für beide Seiten eine große Herausforderung dar. Verschiedene Denkweisen und sprachliche Ausdrucksformen sind hier sehr oft die Ursache für Missverständnisse, Fehlinterpretationen, Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen bzw. nicht in Anspruch genommene oder nicht durchgeführte Behandlungen.

Eine neue, „biokulturelle Medizin“ sollte nach David Morris deshalb die komplexen Wechselwirkungen zwischen biologischer Symptomatik, persönlicher Erfahrung und kulturellem Kontext stärker als bisher beachten. Dies würde auch erheblichen Einfluss auf unseren Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod sowie auf ein neues Körperverständnis haben (Morris 2000).

Literatur und Datenquellen

- Ackerknecht EH. A Short History of Medicine. New York: Ronald Press Company, 1955. (Revised edition 1968).
- Albrecht H. Schmerz – Eine Befreiungsgeschichte. München: Pattloch Verlag, 2015.
- Anderson KO, Green CR, Payne R. Racial and ethnic disparities in pain: causes and consequences of unequal care. *J Pain* 2009; 10(12): 1187-1204.
- Andorka R, Kolosi T, Rose R, Vukovich G (eds). A Society Transformed. Hungary in Time-Space Perspective. Budapest: Central European University Press, 1999.
- Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Soc. Of Health & Illness* 1995; 17: 393-404.
- Barth F. Introduction. In: Barth F (Hg). Ethnic Groups and Boundaries. The social Organization of Cultural Difference. Bergen, Oslo, London 1970.
- Bates MS, Rankin-Hill L, Sanchez-Ayendez M. The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Soc Sci Med*. 1997; 45(9): 1433-1447.
- Bates MS, Rankin-Hill L. Control, culture and chronic pain. *Social Science Medicine* 1994; 39(5): 629-645.
- Bates MS, Edwards WT, Anderson KO. Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain* 1993 Jan; 52(1): 101-112.
- Bates MS. Ethnicity and pain: A biocultural model. *Social Science & Medicine* 1987; 24(1): 47-50.
- Bendelow G. Pain perceptions, emotions and gender. *Soc. of Health & Illness* 1993; 15(3): 273-94.
- Bliem A. Interkulturelle Kompetenz in der Arzt-Patienten-Interaktion. Diplomarbeit an der Universität Wien, Institut für Kultur- und Sozialanthropologie. Wien, August 2009.
- Borck C. Zwischen Vermittlungskrise und Biopolitik. Der Aktionsradius der modernen Medizin. In: Lux Th. (Hg). Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology. Reimer: Berlin, 2003: 124-144.
- Borde T, Albrecht NJ (Hg). Migration – Gesundheit – Kommunikation. Interdisziplinäre Reihe, Band 1. Göttingen: Cuvillier-Verlag, 2007.
- Borde T, Albrecht NJ, Durlanik L (Hg). Migration – Gesundheit – Kommunikation. Interdisziplinäre Reihe, Band 1. Göttingen: Cuvillier-Verlag, 2005.
- Borde T. PatientInnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation an der Technischen Universität Berlin, Fakultät VIII – Wirtschaft und Management. Berlin, Februar 2002. Download unter: http://webdoc.gwdg.de/ebook/le/2003/tu-berlin/borde_theda.pdf.
- Brena SF, Sanders SH, Motoyama H. American and Japanese chronic low back pain patients: Cross-cultural similarities and differences. *The Clinical Journal of Pain* 1990; (6), 118-124.
- Campbell CM, Edwards RR. Ethnic differences in pain and pain management. *Pain Manag*. 2012 May; 2(3): 219-230.
- Cintron A, Morrison RS. Pain and ethnicity in the United States: a systematic review. *J Palliat Med*. 2006; 9(6): 1454-1473.
- Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 1992; 18: 209-232.
- Csordas T. Embodiment and Cultural Phenomenology. In: Weiss G, Haber HF. Perspectives on Embodiment. The Intersections of Nature and Culture. London: Routledge 1999.
- Csordas TJ. Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos* 1990; 18: 5-47.
- Dabić M. „Wir bleiben nicht bei den Schmerzen stehen“. Artikel in: derStandard. Online abrufbar unter: <https://derstandard.at/1295570803069/Wir-bleiben-nicht-bei-den-Schmerzen-steinen>. 25. Jänner 2011.
- Dilger H, Hadolt B. Medizinethnologie. In: Beer B, Fischer H (Hg). Ethnologie. Einführung und Überblick. 7., überarb. und erweiterte Auflage. Reimer: Berlin 2012.
- Douglas M. Chapter 4 & 5 in: Douglas M. Natural Symbols: Explorations in Cosmology. New York: Pantheon Books, 1970.
- Edwards CL, Fillingim RB, Keefe FJ. Race, ethnicity and pain: a review. *Pain* 2001; 94(2): 133-137.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977 Apr; 196(4286): 129-136.
- Fischer-Homberger E. Geschichte der Medizin. Reihe Heidelberger Taschenbücher. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1977.
- Foucault M. Die Ordnung der Dinge: Eine Archäologie der Humanwissenschaften. Frankfurt/M: Suhrkamp 1974. (Originalausgabe: *Les Mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, Paris 1966.)
- Foucault M. Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München: Carl Hanser Verlag, 1973. (Originalausgabe: *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, Paris 1963.)
- Gazerani P, Arendt-Nielsen L. The impact of ethnic differences in response to capsaicin-induced trigeminal sensitization. *Pain* 2005 Sep; 117(1-2): 223-229.
- Good B. The Body, Illness Experience, and the Lifeworld: A Phenomenological Account of Chronic Pain. Chapter 5 in: Medicine, Rationality, and Experience. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Good del Vecchio MJ, Good BJ, Schaffer C, Lind SE. American oncology and the discourse on hope. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1990; 14(1): 59-79.
- Green CR, Anderson KO, Baker TA et al. The Unequal Burden of Pain: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Pain. *Pain Medicine* 2003 Sep; 4(3): 277-294.
- Haderer P. Sprache und medizinische Qualität. Eine Analyse zu Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Qualität der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen im Wiener Spitalswesen. Diplomarbeit an der Donau-Universität Krems, Fachbereich Interkulturelle Studien. Wien, Oktober 2011.
- Hadolt B. Körperteile mit Wert: Die Kommodifizierung des Körpers in der globalen Bioökonomie. In: Seiser G. Ökonomische Anthropologie: Einführung und Fallbeispiele. Wien: WUV 2017: 343-363.
- Hadolt B. Zur Relevanz der Medical Anthropology: Beiträge und Herausforderungen für die Sozial- und Kulturanthropologie. *Curare* 2004; 27(1+2): 9-26.
- IASP – International Association for the Study of Pain, 1979.
- Icenhour A, Elsenbruch S, Benson S. Biologische und psychosoziale Einflussfaktoren auf geschlechterbezogene Unterschiede beim Schmerz. *Gender* 2015; 2: 11-28.

- Illich I. Die Enteignung der Gesundheit: Medical Nemesis. Reinbek: Rowohlt 1975. (Neuaufgabe: Die Nemesis der Medizin: Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München: Beck 2007. (Original: *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, 1975).
- Jackson JE. Pain and Bodies. In: Mascia-Lees FE. A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment. Chichester, UK; Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2011.
- Jackson J. Chronic Pain and the Tension Between the Body as Subject and Object. In: Csordas TJ. Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Keogh E, McCracken LM, Eccleston C. Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? *Pain* 2005; 114(2005): 37-46.
- Khan MA, Raza F, Khan IA. Pain: history, culture and philosophy. *Acta Med Hist Adriat.* 2015; 13(1): 113-30.
- Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.
- Klemun M. „Migrations-Psychologie: Der stille Schmerz der neuen Wiener.“ Artikel in: Die Presse, 15.06.2009. Online abrufbar unter: http://diepresse.com/home/487367/Migration_Der-stille-Schmerz-der-neuen-Wiener. (15.06.2009).
- Körtner U. Krankheit: Eine Inhaltssuche aus Sicht der Medizinethik. ORF ON Science. Abrufbar unter: <http://sciencev1.orf.at/koertner/137179.html>. (Erstellt am 01.07.2005).
- Kutalek R. Medical anthropology in medical education – a challenge. In: Kutalek R, Prinz A (Hg). Essays in Medical Anthropology. The Austrian Ethnomedical Society after Thirty Years. Wien, Berlin 2009.
- Lasch KE. Culture and pain. *Pain: Clinical Updates* 10(5). International Association for the Study of Pain; WA, USA: 2002.
- Lasch KE. Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Manag Nurs.* 2000 Sep; 1(3 Suppl 1): 16-22.
- Le Breton D. Schmerz. Eine Kulturgeschichte. Zürich, Berlin: diaphanes, 2003.
- Leslie CM, Young A (Eds). Path to Asian Medical Knowledge. Berkeley: University of California Press, 1992.
- Leslie CM (Ed). Asian Medical Systems. A Comparative Study. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1977.
- Lock M, Nguyen VK. An Anthropology of Biomedicine. Wiley-Blackwell, 2010.
- Lock M. Contesting the natural in Japan: moral dilemmas and technologies of dying. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1995(a); 19: 1-38.
- Lock M. Encounters with Aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America. Berkeley: University of California Press, 1995(b).
- Loeser JD. What is Chronic Pain? *Theoretical Medicine* 1991; 12: 213-225.
- Loving S. Cultural Attitudes and Beliefs About Pain. *Journal of Transcultural Nursing* 2006 Nov; 17(4): 389-95.
- Lupton D. Doctors on the medical profession. *Sociology of Health & Illness* 1997; 19(4): 480-497.
- Lütkehaus L. Schmerz. Der Diktator. David Le Bretons eindruckvolle Kulturgeschichte des Schmerzes. Verfasst am 31.12.2003, veröffentlicht in *Die Zeit* Nr. 02/2004.
- Mauss M. Techniken des Körpers. Frankfurt/M., 1978. (Original: *Les techniques du corps* (1934). Veröffentlichung des am 17. Mai 1934 in Paris gehaltenen Vortrags zu „Les techniques du corps“ im *Journal de psychologie normale et pathologique*, XXXII, ne, 3-4, Paris 1936).
- Melzack R, Wall PD. The challenge of pain. *Penguin* 1988.
- Melzack R, Wall PD. Pain Mechanisms: A New Theory. *Science* 1965 Nov; 150(3699): 971-979.
- Morgan LM. Embryo Tales. In: Franklin S; Lock M. Remaking Life & Death: Toward an Anthropology of the Biosciences. Santa Fe: School of American Research Press, 2003: 261-291.
- Morris DB. Narrative, Pain, and Suffering. In: Carr DB, Loeser JD, Morris DB. Progress in Pain Research and Management, Vol. 34. Seattle: IASP Press 2005.
- Morris DB. Narrative, Ethics, and Pain: Thinking *With* Stories. *Narrative* 2001(a) Jan; 9(1): 55-77.
- Morris DB. Ethnicity and Pain. *Pain Clinical Updates (IASP)* 2001(b); 9(4): 1-4.
- Morris DB. Illness and Culture in the Postmodern Age. Berkeley: University of California Press 1998. (Deutsche Übersetzung: Krankheit und Kultur. Siehe nachfolgend).
- Morris DB. Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis. München: Verlag Antje Kunstmann, 2000.
- Morris DB. The Culture of Pain. Berkeley: University of California Press, 1991 (revised edition April 1993). (Deutsch: Geschichte des Schmerzes, siehe nachfolgend).
- Morris DB. Geschichte des Schmerzes. Frankfurt/M, Leipzig: Insel-Verlag, 1994.
- Morris DB. Sociocultural and Religious Meanings of Pain. Chapter 8 in: Gatchel RJ, Turk DC (ed). Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives. New York: Guilford Press, 1999: 118-131. Online abrufbar unter: http://www.academia.edu/362062/Sociocultural_and_Religious_Meanings_of_Pain. (1999).
- Morris DB. Sociocultural Dimensions of Pain Management. In: Ballantyne JA, Rathmell JP, Fishman SM (eds). Bonica's Management of Pain. 4th edn. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2010: 133-145. (Heavily revised version in 5th edn., in press). Online abrufbar unter: http://www.academia.edu/342681/Sociocultural_Dimensions_of_Pain_Management. (Ältere Version? o.j.).
- Müller-Busch HC. Kulturgeschichtliche Bedeutung des Schmerzes. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg). Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung. 6. Auflage. Heidelberg: Springer, 2007: 151-167.
- Nayak S, Shiflett SC, Eshun S, Levine FM. Culture and Gender Effects in Pain Beliefs and the Prediction of Pain Tolerance. *Cross-Cultural Research* 2000; 34(2): 135-151.
- Parsons T. The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 1975; 53(2): 257-278.
- Parsons T. The Social System. Glencoe, IL: The Free Press, 1951.
- Pfleiderer B (Hg). Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin 1985.
- Popper KR. Objektive Erkenntnis. Ein evolutionärer Entwurf. Hamburg: Hoffmann und Campe, 1993.
- Prinz A. Die Ethnomedizin. Definition und Abgrenzung eines interdisziplinären Konzeptes. *Mitteilungen der Anthropologischen Gesellschaft in Wien* 1984; 114: 37-50. Reprint in *Curare* 1992; 15(3): 147-160.

- Pugh JF. Concepts of arthritis in India's medical traditions: Ayurvedic and Unani perspectives. *Social Science & Medicine* 2003; 56(2): 415-424.
- Pugh JF. The semantics of pain in Indian culture and medicine. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1991; 15(1): 19-43.
- Rivers WHR. *Medicine, Magic and Religion*. Routledge Classics: New York 2001. (First published by Kegan Paul, Trench and Trübner: London 1924).
- Roelcke V. *Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914)*. Frankfurt/M, New York: Campus Verlag, 1999.
- Sanders SH, Brena SF, Spier CJ et al. Chronic low back pain patients around the world: cross-cultural similarities and differences. *Clin J Pain* 1992 Dec; 8(4): 317-323.
- Scarry E. *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. Oxford: Oxford University Press, 1985.
- Scheper-Hughes N, Lock MM. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1987; 1: 6-41.
- Schopper M, Fleckenstein J, Irnich D. Geschlechtsspezifische Aspekte bei akuten und chronischen Schmerzen. Implikationen für Diagnose und Therapie. *Schmerz* 2013; 27:456-466. DOI 10.1007/s00482-013-1361-7. Deutsche Schmerzgesellschaft.
- Schütz A, Luckmann T. *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK, 2003.
- Schütz A. Über die mannigfaltigen Wirklichkeiten. In: Schütz A (Hg). *Gesammelte Aufsätze I. Das Problem der sozialen Wirklichkeit*. Den Haag: Martinus Nijhoff, 1971.
- Schütz A. *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*. Frankfurt: Suhrkamp, 1975.
- Tan EC, Lim ECP, Teo YY et al. Ethnicity and OPRM variant independently predict pain perception and patient-controlled analgesia usage for post-operative pain. *Molecular Pain* 2009; 5: 32.
- Tung W-C, Li Z. Pain Beliefs and Behaviors Among Chinese. *Home Health Care Management & Practice* 2015; 27(2): 95-97.
- van der Geest S. ‚Sacraments‘ in the Hospital: Exploring the Magic and Religion of Recovery. *Anthropology & Medicine* 2005; 12(2): 135-150.
- van der Geest S. Hospital care as liturgy. Reconsidering magic, science and religion. *AM Rivista Della Società Italiana di Antropologia Medica* 2002; 13-14: 243-258.
- Weber M. *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen, 1985.
- Woolf V, Stephen J. *On Being Ill: with Notes from Sick Rooms*. Paris Press 2012. (On Being Ill originally published in 1930, Notes from Sick Rooms in 1883).
- Young A. The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology* 1982; 11: 257-285.
- Zborowski M. *People in pain*. University of Michigan: Jossey-Bass, 1969.
- Zimmermann E. *Kulturelle Missverständnisse in der Medizin*. Bern: H. Huber-Verlag, 2000.

6.3 Gesundheitsstatistische Aspekte zu Geschlecht und Kultur

Felix Hofmann

Zusammenfassung

Statistische Auswertungen, sowohl auf Basis von Befragungsdaten als auch auf Basis von Daten aus der medizinischen Dokumentation, belegen Zusammenhänge zwischen Geschlecht bzw. Migrationshintergrund und dem Risiko für chronischen Schmerz. Diese Unterschiede wirken sich auf die Behandlung und das Inanspruchnahmeverhalten der von chronischem Schmerz Betroffenen in Wiener Spitälern aus.

Einleitung

Um einen besseren quantitativen Überblick zur Rolle von Geschlecht und Kultur als mögliche Einflussfaktoren auf das Schmerzempfinden zu bekommen, beschäftigt sich dieses Kapitel mit einigen relevanten statistischen Zusammenhängen. Für eigene Analysen standen im Wesentlichen die in Abschnitt 3 „Datenquellen und Methoden“ erwähnten Datensätze aus dem *Austrian Health Interview Survey (ATHIS)* und der Leistungsdokumentation der Wiener KAV-Spitäler zur Verfügung.

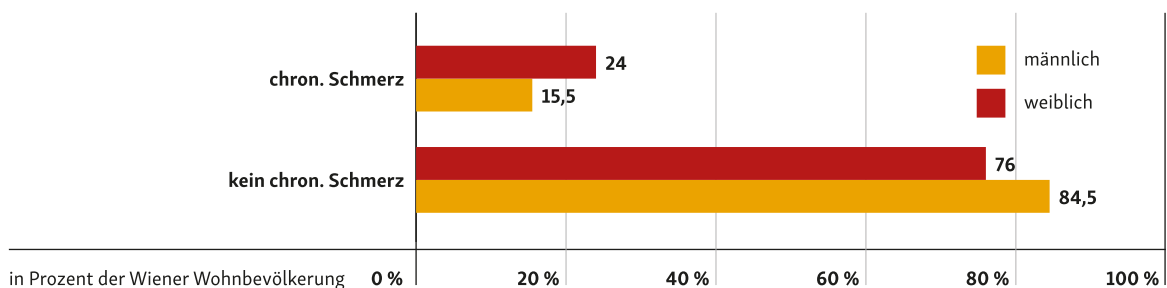
Schmerzen nach Geschlecht und Herkunft auf Basis von ATHIS

Im ATHIS wurden einige Indikatoren zum Thema Schmerz, das Geschlecht der Befragten und auch deren nationale Herkunft erhoben. Zum Thema Schmerz wurde konkret nach dem Vorhandensein einer *chronischen Krankheit*, dem Auftreten von *Schmerzen in bestimmten Körperregionen* (Kopf, Nacken, Schultern, Rücken, Gelenke) sowie *aktuellen Schmerzen und deren Intensität* gefragt. Aus den Ausprägungen dieser Merkmale wurde ein neuer Indikator „chronischer Schmerz“ konstruiert: dieser wurde in den Analysen als abhängige Variable und „Geschlecht“ und „Herkunft“ als unabhängige Variablen betrachtet. In Anlehnung an

internationale Studien galten dabei Schmerzen ab mittlerer Intensität als relevant.

Wie Abbildung 6.1 zeigt, treten chronische Schmerzen in der Wiener Wohnbevölkerung bei Frauen deutlich häufiger auf als bei Männern. Während bei den Frauen 24 Prozent der Befragten von chronischen Schmerzen betroffen sind, sind es bei den Männern nur 15,5 Prozent. Dieser Unterschied von 8,5 Prozentpunkten ist statistisch signifikant. Das relative Risiko¹², chronische Schmerzen zu erleiden, beträgt damit für Wiener Frauen im Vergleich zu Wiener Männern das 1,5-Fache.

Abb. 6.1 Chronische Schmerzen zumindest mäßiger Intensität, nach Geschlecht (Wien)



Quelle: Daten Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Was den Einflussfaktor „Kultur“ betrifft, so enthielt die ATHIS-Umfrage 2014 zwei Indikatoren, die in dieser Hinsicht relevant sein könnten. Zwar wurden „kulturelle Unterschiede“ nicht direkt erhoben, die TeilnehmerInnen wurden aber gefragt, ob sie die österreichische oder eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzen und ob sie im Inland oder im Ausland geboren wurden. Der verfügbare Datensatz enthielt hinsichtlich der Befragten ausländischer Herkunft¹³ noch eine Differenzierung zwischen jenen mit Wurzeln außerhalb und innerhalb der heutigen EU.

Diese beiden Einflussfaktoren konnten *getrennt voneinander* ausgewertet und/oder auch zu einem

neuen Indikator „Migrationshintergrund“ kombiniert werden. Diesem Indikator liegt jene Definition zugrunde, die auch das Statistikamt der Stadt Wien (MA 23) zur Operationalisierung des Migrationshintergrundes verwendet, weil dafür nur Informationen über die befragte Person selbst (nicht über deren Eltern) nötig sind (Stadt Wien 2016: 57). Migrationshintergrund hat demnach jede Person, die entweder eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzt *oder* die (im Falle einer österreichischen Staatsangehörigkeit) im Ausland geboren wurde¹⁴. Aufgrund der höheren Zellenbesetzungen wurde für Zusammenhangsanalysen nur der kombinierte Indikator „Migrationshintergrund“ verwendet.

¹² Würde man das Quotenverhältnis, die Odds Ratio (OR), heranziehen, wäre es das 1,7-Fache. Da es sich beim ATHIS aber um eine auf Österreich (bzw. Wien) generalisierbare Querschnittsstudie handelt und auch kein logistisches Regressionsmodell gerechnet wurde, wird hier das (immer etwas niedrigere) relative Risiko (RR) herangezogen.

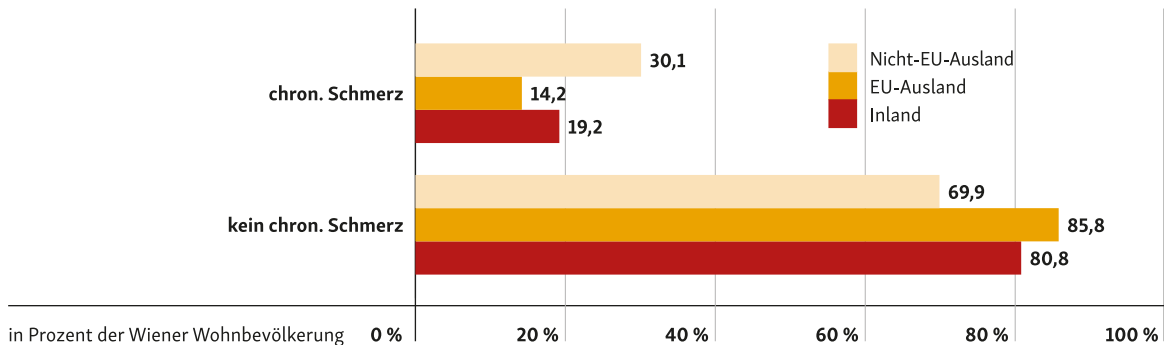
¹³ „Herkunft“ sowohl betreffend Geburtsland als auch Staatsangehörigkeit.

¹⁴ Neben der hier angeführten Definition existiert noch eine zweite, die international (beispielsweise von der OECD) oft verwendet wird. Für diese werden jedoch zusätzlich Informationen über die Elterngeneration der/des Befragten benötigt. Migrationshintergrund haben demnach jene Personen, die selbst im Ausland geboren wurden oder deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden.

Die Auswertung zeigt beträchtliche Unterschiede nach Migrationshintergrund (vgl. Abb. 6.2): Während Personen, die in Wien leben, aber aus einem Land außerhalb der EU kommen, zu knapp 30 Prozent an (mittelmäßigen bis starken) chroni-

schen Schmerzen leiden, ist dies unter Personen mit Migrationshintergrund aus dem EU-Ausland nur zu 14,2 Prozent der Fall. Letztere gehören damit sogar weniger häufig zu den Betroffenen als ÖsterreicherInnen ohne Migrationshintergrund.

Abb. 6.2 Chronische Schmerzen zumindest mäßiger Intensität, nach Migrationshintergrund (Wien)



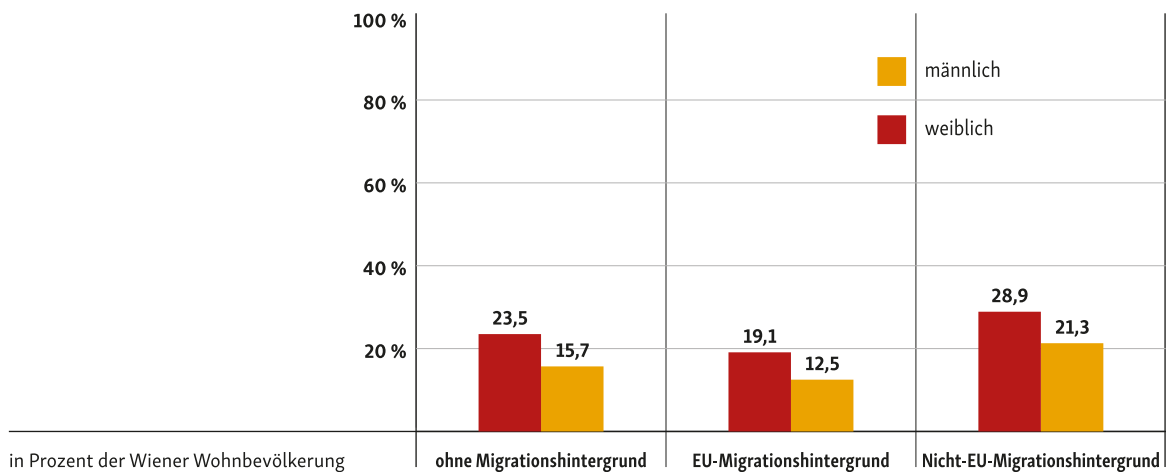
Quelle: Daten Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Der Unterschied zwischen WienerInnen ohne Migrationshintergrund (19,2% mit chronischen Schmerzen) und WienerInnen mit EU-Migrationshintergrund (14,2%) könnte etwas damit zu tun haben, dass letztere Gruppe die gesundheitlich günstigste Altersstruktur aufweisen: bei Jüngeren ist der Anteil von Personen mit chronischen Schmerzen naturgemäß niedriger. Unter den WienerInnen mit EU-Migrationshintergrund gibt es vergleichsweise viele junge Menschen¹⁵, was den Anteil an Betroffenen reduziert. Derselbe Vorteil besteht jedoch auch, wenngleich in geringerem Maße, für die Gruppe der WienerInnen mit Migrationshintergrund aus Nicht-EU-Ländern. Da deren Schmerzprävalenz über alle Altersgruppen hinweg stabil am höchsten ist, kann die Altersstruktur für die beobachteten Unterschiede nicht allein verantwortlich sein. Es müssen auch Unterschiede hinsichtlich Kultur und Lebenslagen ausschlaggebend sein.

Eine Verfeinerung der Analyse besteht darin, innerhalb der „Herkunftsgruppen“ auch zwischen Geschlechtern zu differenzieren. Abbildung 6.3 veranschaulicht die gewonnenen Ergebnisse.

¹⁵ Wie Auswertungen des für die über 15-jährige Wiener Wohnbevölkerung repräsentativen ATHIS-Samples zeigen, sind von den WienerInnen mit Migrationshintergrund aus EU-Ländern 57 Prozent jünger als 40 Jahre, bei aus Drittstaaten stammenden WienerInnen sind es knapp 50 Prozent, bei WienerInnen ohne Migrationshintergrund nur 40,5 Prozent.

Abb. 6.3 Chronische Schmerzen, nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Österreich)



Quelle: Daten Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Da bei diesem Differenzierungsgrad auf Wiener Ebene die Fallzahlbesetzungen einiger Zellen in der Kreuztabelle schon zu gering sind, erfolgte die Auswertung hier für ganz Österreich. Das Ergebnis spiegelt im Wesentlichen die bereits in Abbildung 6.1 für Wien festgestellten Geschlechterunterschiede wider und zeigt darüber hinaus, dass diese Unterschiede österreichweit stabil über alle Herkunftsgruppen hinweg bestehen. Es gibt also

jeweils einen eigenen Einfluss des Geschlechts und des Migrationshintergrundes auf die Schmerzprävalenz. Am weitesten verbreitet sind chronische Schmerzen demnach unter Frauen, die aus Ländern außerhalb der EU stammen (28,9%). Am wenigsten häufig betroffen sind mit 12,5 Prozent hingegen Männer, die einen Migrationshintergrund aus einem EU-Land aufweisen.

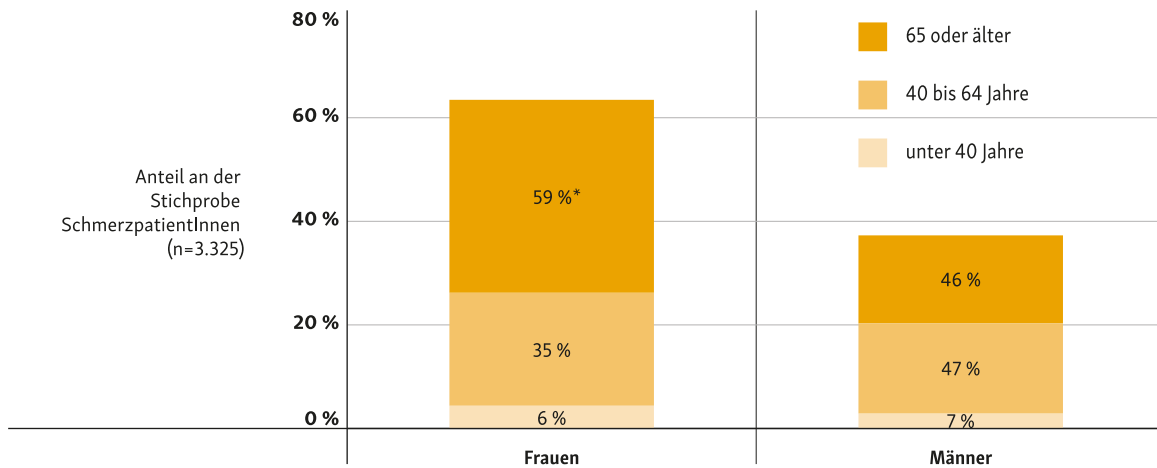
Unterschiede nach Geschlecht auf Basis von Dokumentationsdaten

Ergänzend zu den oben dargestellten Befragungsdaten standen die bereits in Abschnitt 3 (Kapitel: Statistische Datenquellen, Dokumentationsdaten) beschriebenen pseudonymisierten Auszüge aus den Dokumentationsdaten von WGKK und KAV für Analysezwecke zur Verfügung. Über den größeren Basisdatensatz von $n=52.055$ chronischen SchmerzpatientInnen ist bekannt, dass dieser 67,2 Prozent Frauen und 32,8 Prozent Männer umfasste. Auswertungen zu Geschlechtervergleichen waren jedoch nur auf Basis des kleineren Auszuges jener SchmerzpatientInnen, die über WGKK-Vertragspartner identifiziert und später im Spital behandelt wurden, möglich ($n=3.325$). Neben demografischen Daten enthielt dieser auch genauere Informationen über die Spitalsaufenthalte der Betroffenen, insbesondere zum etwaigen Status als

TagespatientIn, zur Verweildauer sowie zu Diagnosen und Behandlungen. Informationen zu Staatsbürgerschaft oder Geburtsort der PatientInnen waren leider keine enthalten, weswegen hier nur eine kurze Darstellung der Geschlechterunterschiede hinsichtlich der erwähnten Spitalsindikatoren erfolgt.

Die **Alters- und Geschlechterstruktur** des Samples ist in Abbildung 6.4 dargestellt: es besteht zu 63 Prozent aus Frauen ($n=2.094$) und zu 37 Prozent aus Männern ($n=1.231$). Letztere sind also im Vergleich zum ursprünglichen, größeren Datensatz etwas häufiger vertreten.

Abb. 6.4 Chronische SchmerzpatientInnen in Wiener KAV-Spitälern, Geschlechterverteilung in der Stichprobe (in %) und Altersverteilung je Geschlecht (in %)



Quelle: KAV und WGKK. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

* Die Prozentanteile in den Balkensektoren beziehen sich auf die jeweilige Kategorie „Frauen“ und „Männer“ (jeweils auf 100%) und nicht auf die in der y-Achse angegebenen Gesamtanteile für Frauen und Männer.

Da Frauen im Durchschnitt älter werden und ältere Menschen häufiger im Spital behandelt werden, verwundert es nicht, dass bei Frauen der Anteil der Älteren besonders hoch ist. Während fast 6 von 10 (59%) Spitalspatientinnen 65 Jahre oder älter sind, trifft dies bei Männern nur auf rund 5 von 10 (46%) zu (siehe Abb. 6.4).

Um bei einem Geschlechtervergleich Verzerrungen zu vermeiden und Effekte, die auf das Alter zurückzuführen sind, von solchen, die mit dem Geschlecht zusammenhängen, zu trennen, ist es sinnvoll, die Analysen auf die potenzielle Erwerbsbevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren zu beschränken. Darunter fielen 1.508 Personen, wovon 854 (56,6%) weiblich und 654 (43,4%) männlich waren. Der Überhang an Frauen reduziert sich durch diese Einschränkung also etwas.

Die 1.508 erwähnten *Personen* waren insgesamt für 2.745 *Spitalsaufnahmen* im Erhebungsjahr 2014 verantwortlich. Damit wurde jede dieser Personen durchschnittlich 1,8 Mal im Spital aufgenommen. Auch getrennt voneinander betrachtet, kamen die beiden Geschlechter auf jeweils ca. 1,8 Aufnahmen

pro Person. Es bestanden diesbezüglich also keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Unterschiede gab es hingegen hinsichtlich der *Tagesaufnahmen*. So fanden sich unter den analysierten PatientInnen immerhin 251 (16,6% von 1.508), die im Erhebungsjahr ausschließlich als TagespatientInnen ins Spital kamen und kein einziges Mal dort übernachteten. Unter ihnen waren Frauen mit 65,3 Prozent deutlich überrepräsentiert. Hingegen waren nur 34,7 Prozent der reinen TagespatientInnen Männer. Während also mehr (als chronische SchmerzpatientInnen identifizierte) Frauen als Männer im Jahr 2014 das Spital aufsuchten, wurden sie häufiger am selben Tag wieder entlassen. Männer hingegen wurden etwas häufiger über Nacht dabehalten. Dieser Umstand schlägt sich auch auf die durchschnittliche *Verweildauer* im Spital nieder. Männer zwischen 15 und 64 Jahren, die 2014 im niedergelassenen Bereich als Patienten mit chronischen Schmerzen identifiziert wurden und danach ein KAV-Spital aufsuchten, verbrachten dort mehr Nächte: inklusive der reinen TagespatientInnen¹⁶ kommen Männer im Schnitt auf 16 Übernachtungen pro

¹⁶ TagespatientInnen gehen jeweils mit „null“ Übernachtungen in die Berechnung ein. Werden sie exkludiert, verringert sich, da sich unter ihnen mehr Frauen befinden, der Unterschied zwischen Männern und Frauen auf 18,5 vs. 17,4 Übernachtungen pro Person.

Person, Frauen auf 14,1 Übernachtungen pro Person.

Wenn man der Frage nachgeht, welche **Hauptdiagnosen**¹⁷ bzw. welche erbrachten **medizinischen Einzelleistungen** für die meisten Übernachtungen von schmerz betroffenen Personen im Spital verantwortlich sind, so fällt auf, dass es dabei sehr oft um Diagnosen oder Eingriffe im Bereich der Wirbelsäule sowie um psychische Beeinträchtigungen bzw. psychiatrische Behandlungen geht.

Bei den **Frauen** lautet die bedeutendste **Hauptdiagnose** „Lokale und pseudoradikuläre Syndrome¹⁸ der Wirbelsäule“. Durch diese Erkrankung werden 17 Prozent der Übernachtungen verursacht. Danach folgen „Affektive Psychosen“ (15,7%) und „Funktionelle Störungen psychischen Ursprungs“ (11%). Die bedeutendsten **medizinischen Einzelleistungen** stellen „Tagesklinische Behandlungen in der Psychiatrie“ (12,3%), „Eingriffe zur Stabilisierung der Wirbelsäule“ (11,9%) sowie „Laminektomien¹⁹ und Bandscheiben-Eingriffe“ (10%) dar.

Bei den **Männern** gibt es große Ähnlichkeiten: „Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule“ sind ebenfalls die wichtigste **Hauptdiagnose**. Sie ziehen 14 Prozent der Übernachtungen nach sich. Danach folgen auch hier „Affektive Psychosen“ mit 13,6 Prozent. Es kommen allerdings darüber hinaus einige weitere Problembereiche hinzu, welche auch die wichtigste Ursache für die erhöhte durchschnittliche Zahl an Mehrtagesaufenthalten bei den Männern darstellen dürften. So ist „Alkoholismus“ die drittwichtigste Diagnose und für 10,3 Prozent der Übernachtungen verantwortlich. Außerdem spielen bei den Männern „Amputationen“, hauptsächlich aufgrund von arteriellen Durchblutungsstörungen oder Gefäßverschlüssen in den Extremitäten, die wichtigste Rolle als medizinische Einzelleistung (20% der Übernachtungen im Sample). Danach folgen, ähnlich wie bei den Frauen, „Laminektomien und Bandscheiben-Eingriffe“ (9,3%) und „Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie“ (9%).

17 Potenziell ebenfalls schmerzrelevante **Nebendiagnosen** werden hier nicht dargestellt.

18 Als pseudoradikuläre Symptomatik (von *Radix* = Nervenwurzel) bezeichnet man unspezifische, örtlich begrenzte Schmerzen im Rücken, die periodisch einseitig in Arm oder Bein ausstrahlen (Definition aus Wikipedia).

19 Die Laminektomie ist eine Operationsmethode an der Wirbelsäule.

Resümee

Die dargestellten Auswertungen zu beiden Datenquellen liefern sich ergänzende und teilweise durchaus zu erwartende Ergebnisse. So wurde deutlich, dass es Personengruppen gibt, die offensichtlich ein erhöhtes Risiko für chronischen Schmerz aufweisen. Dies betrifft eine bestimmte Gruppe von Personen mit Migrationshintergrund, nämlich jene, die aus Ländern außerhalb der EU stammen, sowie Frauen. Letztere weisen, unabhängig davon, welcher untersuchten MigrantInnengruppe sie angehören, eine erhöhte Schmerzprävalenz auf.

Demnach überrascht es nicht, dass das zusätzlich analysierte Sample von im Zuge medizinischer Behandlungsprozesse identifizierten SchmerzpatientInnen zum überwiegenden Teil aus Frauen besteht. Diese unterscheiden sich von den Männern in derselben Stichprobe zwar nicht hinsichtlich der Häufigkeit ihrer Spitalsaufnahmen, sie haben jedoch öfter den Status einer Tagespatientin. Dies könnte darauf hindeuten, dass chronische Schmerzpatientinnen mit ihren Anliegen im Krankenhaus weniger ernst genommen werden. Eine weitere mögliche Erklärung ist aber auch darin zu sehen, dass bei Männern der chronische Schmerz öfter in Kombination mit anderen ernsten Gesundheitsrisiken, wie zum Beispiel Alkoholismus und Raucherbein, auftritt, die eventuell längere stationäre Aufnahmen erforderlich machen.

Abgesehen davon existieren für alle beobachteten Unterschiede eine Reihe von Erklärungsansätzen, die von kulturellen Unterschieden im Umgang mit Schmerz sowie belastenden Kriegs- und Fluchterfahrungen (bei MigrantInnen) bis zum Einfluss der Sozialisation oder der Biologie auf das Schmerzempfinden reichen.

In jedem Fall zeigen die Ergebnisse die Notwendigkeit auf, die unterschiedliche Betroffenheit verschiedener Bevölkerungsgruppen im Zuge von Strategien und Maßnahmen zur Bekämpfung des chronischen Schmerzes mitzuberücksichtigen. Dies könnte zum einen dadurch geschehen, dass Angebote zur Therapie oder Prävention chronischer Schmerzen schwerpunktmäßig an besonders häufig betroffene Zielgruppen gerichtet werden. Andererseits mag es auch Möglichkeiten geben, solche Angebote den Bedürfnissen und Ei-

genheiten der jeweiligen Zielgruppe entsprechend zu gestalten, egal ob es sich dabei um Frauen, Männer, Menschen mit oder Menschen ohne Migrationshintergrund handelt.

Literatur und Datenquellen

Stadt Wien. Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2016 – Menschen in Wien. Magistrat der Stadt Wien, MA 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik, Wien 2016.

6.4 Spezielle Aspekte aus genderspezifischer und soziokultureller Perspektive

6.4.1 Gendered Pain: Schmerz und genderspezifische Prägungen

Hilde Wolf, Ekim San

Zusammenfassung

Der aktuelle Wissensstand im Bereich der Erforschung von Schmerz im Kontext von Geschlechterdifferenzen lässt den Schluss zu, dass Frauen häufiger sowohl unter akutem als auch unter chronischem Schmerz leiden als Männer. Bei den meisten Schmerzarten ist die Prävalenz bei Frauen um das 1,5-Fache höher als bei Männern. Auch im Hinblick auf die Bewältigung des Schmerzes sowie die Wirkung von medikamentöser und therapeutischer Behandlung zeigen sich geschlechtsbezogene Unterschiede. Rollenerwartungen, sozioökonomischer Status und ethnische Herkunft stellen wesentliche Einflussgrößen dar. Bei Migrantinnen aus der Türkei zeigt sich, insbesondere im Zusammenspiel mit psychosozialen und migrationsspezifischen Belastungen, ein deutlich erhöhtes Auftreten einer Schmerzsymptomatik.

Einleitung

Landläufig herrscht die Meinung vor, dass Männer weniger schmerzempfindlich seien und – bedingt durch ihre Sozialisation – auch dazu neigen würden, Schmerzen eher zu unterdrücken, da sie diese als einen Ausdruck von Schwäche erachten. Frauen hingegen würden schon von Kindheit an ermutigt, Gefühle – und somit auch Schmerzerleben – zu zeigen. Konträr dazu werden in stereotypisierenden Zuschreibungen Männer als „wehleidiger“ bezeichnet, die keinen Schmerz jener Intensität, wie Frauen ihn in Form der Geburtswehen erleben, ertragen könnten.

Trotz dieser widersprüchlichen Annahmen waren in der wissenschaftlichen Forschung geschlechtsbezogene Unterschiede in der Schmerzwahrnehmung, in der Schmerzverarbeitung und im Schmerzverhalten lange Zeit kein Thema. Seit etwa zwanzig Jahren sind diese jedoch Gegenstand der Untersuchung und zeigen interessante Ergebnisse. In jüngster Zeit werden auch die Konsequenzen für die klinische Praxis thematisiert (Zimmer-Albert & Pogatzki-Zahn 2011).

Dank der Erkenntnisse der Gendermedizin ist mittlerweile erwiesen, dass Frauen und Männer „anders“ krank sind und sich in ihrem Gesundheits- und Risikoverhalten, im Erleben und Präsentieren von Krankheiten sowie im Ansprechen auf Therapien unterscheiden. Diese Unterschiede können auf biologische Faktoren (im Wesentlichen genetische und hormonelle) sowie auf genderspezifische Faktoren (Rollenerwartungen und Verhaltensweisen, die durch die Umwelt geprägt wurden) zurückgeführt werden. Der Berücksichtigung des Geschlechts bei der klinischen Präsentation, Diagnose und Behandlung von Beschwerdebildern kommt daher eine wichtige Bedeutung zu (Kautzky-Willer 2012; Kautzky-Willer & Tschachler 2012). Weitere Variablen, die einen Einfluss auf die Gesundheit von sowohl Frauen als auch Männern haben, sind z. B. der sozioökonomische Status sowie kulturelle Aspekte (siehe dazu Kap. 6.3).

Zu Beginn dieses Beitrages sollen zunächst Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Geschlecht und Schmerzen erläutert werden, um im Anschluss daran auf die Besonderheiten von Schmerzen bei

einer speziellen Migrantinnengruppe, den Frauen aus der Türkei, einzugehen. Da diese Gruppe nicht nur aus Türkinnen besteht, sondern auch andere aus der Türkei stammende ethnische Gruppen wie

etwa Armenierinnen oder Kurdinnen inkludiert, wird in der Folge der umfassendere Begriff „türkeistämmig“ anstatt dem enger gefassten Begriff „türkischstämmig“ verwendet.

Forschungsergebnisse

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Kontext von Schmerz

Nach aktueller Befundlage sind Frauen häufiger als Männer von akuten und chronischen Schmerzen betroffen: Epidemiologische Studien weisen übereinstimmend nach, dass Frauen generell über mehr Schmerzsymptome berichten als Männer und sich auch häufiger in Behandlung begeben (Zimmer-Albert & Pogatzki-Zahn 2011).

In einer Metaanalyse von Unruh (1996) wurden 118 internationale Studien zum Schmerzerleben nach geschlechtsspezifischen Unterschieden analysiert. Bei fast allen häufig auftretenden Schmerzarten – wie Kopfschmerz, Rückenschmerzen, abdominellen und muskuloskelettalen Schmerzen – zeigte sich bei Frauen eine häufigere und länger anhaltende Schmerzintensität als bei Männern. Frauenspezifische Schmerzen aufgrund von Menstruation, Schwangerschaft und Geburt kommen noch weiter hinzu.

Im Bereich der Gesundheitsberichterstattung lieferte der im Jahr 1998 durchgeführte Bundesgesundheitsurvey für Deutschland ein ganz ähnliches Ergebnis: In allen Altersgruppen und durchgängig für alle Schmerzlokalisationen zeigte sich bei Frauen eine höhere Schmerzprävalenz – einzige Ausnahme stellten Schmerzen im Bereich der Brust dar, hier lagen Männer knapp voran (Bellach et al. 2000).

Die Resultate der österreichischen Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2014 (Statistik Austria 2015) weisen in dieselbe Richtung. Frauen sind häufiger von chronischen Nackenschmerzen betroffen als Männer (23% vs. 14%). Rund 10 Prozent der Männer, jedoch 15 Prozent der Frauen gaben an, von Schmerzen sowohl im Rücken- als auch im Nackenbereich betroffen zu sein. Bei den 75- und Mehrjährigen klagte jede zweite Frau, aber lediglich jeder dritte Mann über Rückenschmerzen. Ein Gesundheits-

problem, das in erster Linie bei Frauen im jungen und mittleren Erwachsenenalter auftritt, sind zudem chronische Kopfschmerzen. 11 Prozent der unter 60-jährigen Frauen, jedoch nur 4 Prozent der gleichaltrigen Männer gaben an, unter chronischen Kopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate gelitten zu haben (vgl. Kap. 6.3).

Zimmer-Albert und Pogatzki-Zahn (2011) konstatieren eine komplexe Beziehung zwischen dem Geschlecht und dem Erleben von Schmerzen – bei den meisten Schmerzarten ist die Prävalenz bei Frauen um das 1,5-Fache höher als bei Männern. Frauen klagen über intensiveren, länger andauernden Schmerz und mehr betroffene Körperregionen.

Doch nicht allein die Geschlechtszugehörigkeit, auch soziodemografische Variablen wie Bildungsstand oder Einkommen, psychiatrische Komorbidität oder ethnische Herkunft haben Einfluss auf das Schmerzerleben von Männern und Frauen. Diese waren Gegenstand der Forschung von Kroenke und Spitzer (1998) und brachten als Ergebnis, dass diese Faktoren die genannten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Schmerzausprägung in der Regel noch verstärkten.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Bereich der Schmerzintensität oder im Bereich der Schmerzverarbeitung begründet sind. Dies würde bedeuten, dass Frauen auf Schmerzreize intensiver reagieren als Männer. In experimentellen Untersuchungen konnte mittlerweile nachgewiesen werden, dass weibliche Probandinnen tatsächlich sensitiver auf Schmerz reagieren und niedrigere Schmerzschwellen und -toleranzen haben als Männer (Schopper 2014).

Diese erhöhte Sensitivität für Schmerzreize bei Frauen könnte in weiterer Folge auf ein erhöhtes Risiko für die Chronifizierung (beispielsweise von postoperativen Schmerzen) hinweisen (vgl. Kapitel 5.1.2 zu therapeutisch bedingten Risikofaktoren). Eine Risikofaktorensammlung für die Chronifizierung von Rückenschmerzen geht sogar so weit, dass das weibliche Geschlecht als ein eigenständiger Faktor genannt wird, neben geringer Bildung, geringem Einkommen, Nikotinkonsum, früherem Schmerzerleben sowie schlechter subjektiver Gesundheit (Arnold et al. 2009). Die höheren Prävalenzraten chronischer Schmerzen bei Frauen werden in jüngster Zeit aber auch mit dem Hinweis auf einen möglichen Gender Bias in der Diagnostik bzw. auf eine durchwegs höhere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Frauen zumindest relativiert (Schopper 2014). Weitere Forschung auf diesem Gebiet wird darüber in den nächsten Jahren vielleicht mehr Aufschluss geben.

In der Erforschung der Ursachen stehen zunächst häufig biologische Unterschiede in der Schmerzverarbeitung im Mittelpunkt des Interesses. Untersucht wird dabei vor allem der Einfluss hormoneller Faktoren, speziell der Sexualhormone. Experimentelle Untersuchungen konnten nachweisen, dass sich die Schmerzsensitivität bei Frauen im Laufe des Menstruationszyklus verändert und besonders hoch in der Lutealphase ist, wenn auch Östrogen- und Progesteronspiegel besonders hoch sind (Zimmer-Albert & Pogatzki-Zahn 2011). Allerdings lässt der aktuelle Wissensstand im Hinblick auf hormonelle Einflussfaktoren noch keine endgültigen Aussagen zu. Dasselbe gilt nach Ansicht der zitierten AutorInnen für genetische Faktoren, die vermutlich ebenfalls eine wichtige Rolle bei geschlechtsspezifischen Unterschieden im Schmerzerleben und in der Schmerzverarbeitung spielen. Auch hier befindet sich die Forschung derzeit noch „in den Kinderschuhen“.

In weiterer Folge zeigen sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der medikamentösen Schmerzbehandlung bzw. in einer unterschiedlichen Wirkweise von Analgetika. So etwa wirkt Ibuprofen bei Männern besser als bei Frauen (Filligim & Ness 2000). Studien ließen zudem erkennen, dass Frauen geringere Dosen von Morphin und Lokalanästhetika benötigen und ihr Risiko für unerwünschte Medikamentenwirkungen erhöht ist.

Neben genetischen, hormonellen und anderen physiologischen Faktoren stellen psychosoziale Faktoren wie Rollenverhalten oder Strategien zum Umgang mit Schmerz, nachweisbare Einflussgrößen auf diese Geschlechtsunterschiede dar. Eine der wenigen Publikationen zu Schmerzbewältigungsmechanismen von Frauen und Männern ist die Übersichtsarbeit von Robinson et al. (2000). Demnach entsprechen die Coping-Stile den gängigen gesellschaftlichen Rollenbildern: Bei Frauen dominieren interpersonale und emotionale Strategien bei der Verarbeitung, sie holen auch häufiger soziale Unterstützung ein. Bei Männern hingegen dominieren instrumentelle Strategien, die auch Schmerzunterdrückung sowie bewältigende Selbstinstruktionen umfassen. Andere AutorInnen teilen die Sicht, dass die mit der jeweiligen Sozialisation verbundene Geschlechtsrollenorientierung eine wesentliche Rolle in der Schmerzbewältigung spielt (Schopper 2014).

Schmerzen sind ferner eng mit psychischen Erkrankungen verknüpft und können Symptome von Depressionen oder posttraumatischen Belastungsstörungen sein, die häufiger bei Frauen diagnostiziert werden. Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, die nicht selten eine Realität von Frauen darstellen, korrelieren ebenso mit chronischen Schmerzen (Schopper 2014). Nach Toomey et al. (1995) zeigen sich bei SchmerzpatientInnen Prävalenzraten von Misshandlung und Missbrauch zwischen 34 und 66 Prozent. Vor allem chronische Bauchschmerzen und Kopfschmerzen sind häufige Folgen dieses Gewalterlebens.

Bezüglich angemessener Behandlungskonzepte ist zu sagen, dass nach aktuellem Stand Frauen von multimodaler Schmerztherapie mehr profitieren als Männer (Schopper et al. 2013; Schopper 2014). Bei Frauen reduzierte sich durch diese Therapieform das Schmerzerleben deutlicher, sie konnten auch den Aktivitäten des täglichen Lebens besser nachkommen als Männer. Dies könnte allerdings auch darauf zurückzuführen sein, dass Frauen offener für gruppen- bzw. körpertherapeutische Angebote sind.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei MigrantInnen aus der Türkei

Nach wie vor sind geschlechtsspezifische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Migration/ethnischer Herkunft und Gesundheit rar. An dieser Stelle werden exemplarisch einige Befunde zu türkeistämmigen Frauen (und Männern) aus Österreich und dem sonstigen europäischen Raum angeführt. Wie in dem folgenden Beitrag von Solmaz Golsabahi (Kap. 6.4.2) näher ausgeführt, können das Empfinden und die subjektive Stärke des Schmerzes auch von kulturellen Prägungen beeinflusst sein. So etwa wird das Schmerzerleben von Personen aus familienorientierten Gesellschaften vielfach nicht nur auf einen Teil des Körpers beschränkt, sondern in Form von Ganzkörperschmerzen auf den gesamten Körper bezogen. Immer wieder kann man feststellen, dass sich betroffene PatientInnen aus kollektivistischen Kulturen als gebrochene, schwache Menschen zeigen und diese regressive und appellative Haltung im häuslichen Umfeld über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten. Dies kann damit zusammenhängen, dass innerpsychische Konflikte nicht direkt geäußert werden, weil dem Konsens in der Gemeinschaft eine übergeordnete Rolle zukommt. Dem Körper hingegen ist eine Erkrankung erlaubt, weshalb psychische Beschwerden mitunter über den Körper zum Ausdruck gebracht werden.

In Studien konnte gezeigt werden, dass türkeistämmige PatientInnen häufiger über Schmerzzustände klagen als deutsche PatientInnen. Die körperlichen Beschwerden können dabei soziale, kollektive, kulturelle, ökonomische, migrationsgeschichtliche und psychische Befindlichkeiten ausdrücken (Kizilhan 2016). Zu den soziodemografischen Kennwerten von türkeistämmigen SchmerzpatientInnen in Deutschland ist anzumerken, dass der überwiegende Teil dieser Personengruppe der 1. MigrantInnengeneration angehört, zumeist aus einem ländlichen Lebensumfeld in der Türkei stammt, in der Regel ein geringes Bildungsniveau aufweist und oft von Arbeitslosigkeit betroffen ist (Erim & Glier 2011). In deutschen Notfallambulanzen klagten türkeistämmige Migrantinnen doppelt so häufig über Kopfschmerzen wie deutsche Frauen. Insgesamt gaben türkeistämmige Frauen deutlich mehr Schmerzregionen als deutsche Frauen an. Insbesondere in der Gruppe der über 50-jährigen Frauen fiel auf, dass jene, die ihre ethnischen

Wurzeln in der Türkei hatten, eine stärkere Schmerzwahrnehmung äußerten als deutsche Frauen (Borde et al. 2003).

Es wurde bereits erwähnt, dass Schmerzen häufig im Rahmen von psychischen Erkrankungen auftreten. Eine österreichische Studie an depressiven Frauen mit und ohne Migrationshintergrund fand insbesondere bei Migrantinnen aus der Türkei höhere Prävalenzen bei somatischen Symptomen, wie beispielsweise Kopf- und Rückenschmerzen. Bei dieser Studie wurden auch in der Türkei lebende, ebenfalls an einer Depression leidende Frauen miteinbezogen. Interessanterweise litten diese jedoch in geringerem Maße an somatischen Beschwerden. Dies könnte auf einen Migrationseffekt hindeuten bzw. auch durch soziodemografische Unterschiede erklärbar sein, da in der türkischen Population Izmir als Großstadt einbezogen wurde, während die in Österreich lebenden Migrantinnen eher aus ruralen Gebieten kommen (Deisenhammer et al. 2012).

In einer Reanalyse des deutschen Bundesgesundheits surveys (Bermejo et al. 2010) zeigten sich interessante Unterschiede im Hinblick auf den Migrationshintergrund. Bezogen auf die gesamte Lebensspanne wiesen MigrantInnen höhere Prävalenzraten an psychischen Erkrankungen auf als Einheimische (50,8% vs. 42,5%). Insbesondere bei Depressionen und somatoformen Störungen liegen bei MigrantInnen erhöhte Prävalenzzahlen vor (affektive Störungen 17,9% vs 11,3%; somatoforme Störungen 19,9% vs. 10,3%). In diesem Zusammenhang konnten auch signifikante Geschlechterunterschiede festgestellt werden. So zeigte sich auch hier bei Frauen eine höhere Prävalenz somatoformer und affektiver Störungen, während Männer bei Substanzabhängigkeit voran lagen. Diese Geschlechterunterschiede entsprechen jedoch auch jenen der deutschen Gesamtbevölkerung.

In einer Studie aus den Niederlanden wiesen türkeistämmige Patientinnen mit Depressionen am häufigsten Kopfschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen, Rückenschmerzen und Magenschmerzen auf (Borra 2011). Insbesondere bei weiblichen türkeistämmigen Migrantinnen in höherem Alter haben Schmerzsymptome eine wich-

tige Symbolik, da auf diese Weise beispielsweise soziale Unzufriedenheiten, die Stellung der älter werdenden in der Familie und eine enttäuschende Bilanz der eigenen Biographie zum Ausdruck gebracht werden (Erim 2009).

Ein Fallbeispiel aus der klinisch-psychologischen Beratung im FEM Süd Frauengesundheitszentrum soll den psycho-physischen Aspekt von Schmerzen verdeutlichen:

• Fallbeispiel

Frau T., eine 52-jährige türkischsprachige Frau, wird von einer niedergelassenen Ärztin mit der Diagnose „Fibromyalgie und Depression“ ins FEM Süd zur türkischsprachigen, psychologischen Beratung überwiesen. Frau T. lebt seit mehr als 20 Jahren in Österreich, ist verheiratet und hat zwei Kinder. Die ersten Sitzungen sind von der detaillierten Beschreibung ihrer körperlichen Schmerzen (von Rücken, Armen bis zum Kiefer schmerze ihr „alles“), Erschöpfung und Antriebslosigkeit dominiert. Erst allmählich stellt sich in den Gesprächen heraus, dass Frau T. seit geraumer Zeit kaum mehr mit ihrem Ehemann redet und beide sich total entfremdet haben. Massive Schwierigkeiten mit der Familie ihres Ehemannes (sie berichtet u. a. von Unterdrückung, Anfeindungen und finanzieller Ausbeutung) haben dazu geführt, dass sie den emotionalen Kontakt zu ihrem Mann verloren hat, da dieser sie nicht geschützt hat. Des Öfteren geht er abends aus und kommt das ganze Wochenende nicht nach Hause, sie fragt aber nie nach, wo er war. Eine Trennung haben weder er noch sie bis jetzt ernsthaft in Erwägung gezogen, besonders finanzielle Gründe halten Frau T. davon ab. Sie erzählt ferner, sich aufgrund weiterer, diverser Enttäuschungen im zwischenmenschlichen Bereich ganz von ihrem sozialen Kreis zurückgezogen zu haben und nur noch zu Hause zu sein. Lediglich mit ihren Kindern findet eine Kommunikation statt. Manchmal ist sie aufgrund ihrer Müdigkeit, ihrer Energielosigkeit und ihrer Schmerzen nur in der Lage zu schlafen oder wach im Bett zu liegen. Sie dürfte aus ihren Symptomen auch einen Krankheitsgewinn beziehen, da mittlerweile nur ihr Mann berufstätig ist, die Einkäufe erledigt und sich um alle Ausgaben kümmert, während sie arbeitsunfähig geworden ist und viele alltägliche Aufgaben an ihn abgegeben hat. Schritt für Schritt wird in der Beratung der Zusammenhang zwischen ihren bedrückenden Erfahrungen in der Vergangenheit, der überaus belastenden Situation zu Hause mit ihrem Mann und ihren Symptomen gemeinsam herausgearbeitet. Nach der Reflexion über die Gründe, die sie in diesem Zustand verharren haben lassen, über etwaige Ausstiegsszenarien und hoffnungsvollere Zukunftsperspektiven, berichtet sie, zumindest stundenweise im Alltag den Fokus nicht mehr so stark auf ihre körperlichen Beschwerden zu legen.

Resümee und Ausblick

Die Analyse der vorhandenen Studien zeigt, dass nach wie vor Bedarf besteht an Studien, die Geschlechterdifferenzen im Bereich von Schmerzerleben, Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung berücksichtigen. Dennoch ist mittlerweile bereits erwiesen, dass das biologische und soziale Geschlecht einen Einfluss auf die Häufigkeit von Schmerzsymptomen, auf das individuelle Schmerzerleben und den Umgang mit Schmerzen haben. Aber auch kulturelle und sozioökonomische Faktoren spielen bei der Ausprägung von Schmerzen nachweislich eine Rolle. Es scheint daher unerlässlich, das komplexe Bedingungsgefüge zwischen biologischen und psychosozialen Erklärungsansätzen in zukünftigen Forschungsvorhaben zu berücksichtigen.

Es ist sehr zu begrüßen, dass das Bewusstsein für geschlechtsspezifische Sichtweisen in die Schmerzdagnostik und Schmerzbehandlung Eingang gefunden hat. Allerdings bleiben derzeit noch viele Fragen unbeantwortet und lassen Raum für zukünftige Forschung. Weitere Konstrukte wie Geschlechterrollenerwartungen, psychische Komorbiditäten sowie kulturelle bzw. familiäre Einflussgrößen sollten ebenfalls in künftigen Untersuchungen Berücksichtigung finden.

Die hier skizzierten Erkenntnisse können für die Entwicklung passgenauer, bedürfnisgerechter und wirksamer Angebote im Bereich der multimodalen Schmerztherapie hilfreich sein. Voraussetzung dafür ist jedoch nicht zuletzt die Stärkung interkultureller Kompetenzen im Bereich des Gesund-

heitssysteme, um – mittels Einsatzes von kultur- und sprachkompetentem Fachpersonal – die Bereitschaft zur Inanspruchnahme auf Seiten der MigrantInnen zu erhöhen und so einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit zu leisten.

Literatur und Datenquellen

- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. Multimodal pain therapy: principles and indications. *Der Schmerz* 2009; 23(2): 112-120.
- Bellach BM, Ellert U, Radoschewski M. Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblätter Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2000; 43: 424-431.
- Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis* 2010; 37(5): 225-232.
- Borde T, Braun T, David M. Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Schlussbericht für das BMBF. 2003. Berlin: Humboldt-Universität Berlin, Universitätsmedizin Charité, 61.
- Borra, R. Depressive disorder among Turkish women in the Netherlands: A qualitative study of idioms of distress. *Transcultural Psychiatry* 2011; 48(5): 660-674.
- Deisenhammer EA, Çoban-Başaran M, Mantar A et al. Ethnic and migrational impact on the clinical manifestation of depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2012; 47(7): 1121-1129.
- Erim Y. Klinische Interkulturelle Psychotherapie: Ein Lehr- und Praxisbuch. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 2009.
- Erim Y, Glier B. Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.). *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung*. 7. Auflage, Berlin: Springer, 2011: 243-258.
- Fillingim RB, Ness TJ. Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2000; 24: 485-501.
- Glier B, Erim Y. Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J. 2007.
- Klinger R, Nilges P (Hg.). *Schmerzpsychotherapie*. 7. Auflage. Berlin: Springer, 2011: 231-243.
- Kautzky-Willer A. *Gendermedizin*. Wien: Böhlau Verlag, 2012.
- Kautzky-Willer A, Tschachler E. *Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Die weibliche und die männliche Seite der Medizin*. Wien: Orac, 2012.
- Kizilhan J. Kulturelle Deutungen des Schmerzes in familienorientierten Gesellschaften. *Der Schmerz* 2016; 30 (4): 346-350.
- Kizilhan J. Interaktion von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsbewältigung bei türkischstämmigen Patienten – Eine vergleichende Studie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 2008; 29(4): 352-366.
- Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine* 1998; 60: 150-155.
- Robinson ME, Riley JL, Myers CD. Psychosocial contributions to sex-related differences in pain responses. In: Fillingim RB (ed). *Sex, gender and pain*. Seattle: IASP Press, 2000: 41-68.
- Schmeling-Kludas Ch. Psychosomatische Rehabilitation von Migranten. In: Assion HJ (Hg.). *Migration und seelische Gesundheit*. Heidelberg: Springer, 2005: 187-193.
- Schopper M. Risiko Schmerzen. Individuell oder geschlechtsabhängig. In: Bondio MG, Katsari E (Hg.). *Gendermedizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin*. Bielefeld: Transcript Verlag, 2014: 163-180.
- Schopper M, Fleckenstein J, Irnich D. Geschlechtsspezifische Aspekte bei akuten und chronischen Schmerzen. *Der Schmerz* 2013; 27(5): 456-466.
- Stadt Wien (Hg.) *Wiener Frauengesundheitsbericht 2006*. Autorinnen: Baldaszti E, Urbas E. Wien, 2006.
- Statistik Austria. *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2015.
- Toomey TC, Seville JL, Mann D et al. Relationship of sexual and physical abuse to pain description, coping, psychological distress and healthcare utilization in a chronic pain sample. *The Clinical Journal of Pain* 1995; 11: 307-315.
- Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain* 1996; 65: 123-167.
- Zimmer-Albert C, Pogatzki-Zahn E. Schmerz und Geschlecht. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.). *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung*. 7. Auflage. Berlin: Springer, 2011: 226-241.

6.4.2 Schmerz aus kultureller Sicht: Der orientalische Schmerz

Solmaz Golsabahi-Broclawski

Zusammenfassung

Fokus dieses Beitrags ist das Schmerzerleben aus kultureller Sicht. Insbesondere wird der Unterschied zwischen Schmerz aus orientalischer und „occidentaler“ (westlicher) Sicht herausgearbeitet und die Implikationen für Diagnostik und Therapie beleuchtet. Besonderes Augenmerk gilt dabei der Sprache, insbesondere der Muttersprache – nicht nur als Übermittlerin von Botschaften, sondern insbesondere als prägende Einflussgröße auf das Schmerzerleben selbst und als Brücke zu den behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen. Allzu oft wird von der westlichen Medizin die Botschaft nicht erkannt, fehlinterpretiert oder kann schlichtweg nicht eingeordnet werden in das vertraute klassische System. Folge dieser sprachlichen Barrieren sind Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen oder überhaupt fehlende Behandlungen.

Einleitung: die Bedeutung der Sprache

„Ein jeder Klient/Patient ist fremd, denn wir kennen ihn nicht vorab. Manche aber sind uns besonders fremd, wegen der sprachlichen Barrieren, aber auch der kulturellen Gepflogenheiten und gar dessen Verständnis für Gesundheit, Krankheit und Umgang mit der selbigen“ (Golsabahi 2008).

Es ist eine Tatsache, dass weltweit nicht nur genderspezifische, sondern vor allem auch kulturspezifische Sichtweisen und Umgangsweisen mit Krankheit und Gesundheit zu berücksichtigen sind. Wie leicht es hier zu Unverständnis und Missverständnissen kommen kann (sprachlicher Ausdruck, Körpersprache usw.), wird uns häufig schon im Urlaub im Ausland bewusst. Und je größer die geografische Entfernung zu unserem Heimatland bzw. zu unserem eigenen, vertrauten Kulturkreis, desto gravierender und unverständlicher sind auch die angetroffenen Unterschiede für uns. So ist es manchmal wichtig, aus der Luftballonperspektive die eigene Handlung, die eigenen Schablonen zu hinterfragen. Die Architektur unserer Muttersprache gibt uns richtungsweisend an, wie wir handeln und denken bzw. das Gedachte zur Sprache bringen.

Der Philosoph Ludwig Wittgenstein formulierte einst in seinem Tractatus: *„Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt.“* (Wittgenstein 1918). In diesem Fall bedeutet das: Ausgehend von der deutschen Muttersprache wird uns bewusst, dass es der/dem Deutschsprachigen

wichtig ist, sich klar zu artikulieren, Position zu beziehen, sich abzugrenzen. Als höchstes Gut in der Erziehung und auch im Umgang miteinander gilt, wenn klare Aussagen formuliert werden. Die Frage, die sich hier stellt, lautet jedoch: Ist dieses, bedingt durch die Architektur der deutschen Sprache, formulierte Ziel einer Kommunikation auf andere Sprachen (und Kulturen) übertragbar?

Wie sind die Zielsetzungen, Erziehungsstile und Erwartungen, wenn meine Muttersprache kein Wort für „Nein“ kennt? Was passiert, wenn direkte und sogenannte unverblühte Formulierungen in meiner Kultur als Ausdruck der Unhöflichkeit, der geistigen Minderentwicklung und der Teamunfähigkeit gelten? Inhaltlich mögen die Erwartungen nicht weit auseinanderliegen, doch die Kränkungen und damit auch die Missverständnisse finden auf der Handlungsebene statt – da, wo wir meinen, alles doch klar und unmissverständlich dargestellt zu haben. Je müder, erschöpfter und vor allem gestresster eine oder beide Parteien sind, umso brisanter sind diese Herausforderungen und umso mehr verlangen sie auch einen lösungsorientierten Ansatz.

Migration als transkulturelle Herausforderung

Die immer häufiger werdenden Begegnungen mit MigrantInnen sind oft eine Herausforderung im klinischen Alltag. Kenntnisse über soziokulturelle Hintergründe und auch das Verständnis über den Zusammenhang zwischen Migration und Entstehung von psychiatrischen Erkrankungen sind unerlässlich, um eine nachhaltige Behandlung und Versorgung zu gewährleisten (Golsabahi 2014). Der vorliegende Beitrag basiert auf meiner langjährigen ärztlichen und therapeutischen Tätigkeit im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie sowie meiner Erfahrung als Gutachterin für das Sozialgericht Nordrhein-Westfalen und für die Deutsche Rentenversicherung. Auch mein eigener multikultureller Hintergrund schärfte meine Wahrnehmung und meine Erfahrungen im Umgang mit PatientInnen aus anderen kulturellen Regionen.

Bevor wir uns nun eingehender mit den Effekten transkultureller Erfahrungen zum Thema Schmerz beschäftigen, soll vorab festgestellt werden, wer definitionsgemäß zum Personenkreis mit Migrationshintergrund zählt. Abgesehen von der Binnenmigration im eigenen Land (also meist innerhalb des gleichen Kulturkreises und mit gleicher Sprache) wird zwischen Migration aus dem Geburtsland (erste Generation) und Migrationshintergrund mit Eltern aus einem anderen Geburtsland (zweite Generation) unterschieden.

Es ist vor allem die Migrationsbewegung der ersten Generation bzw. aktuell insbesondere die kriegsbedingte Fluchtmigration, die ein stärkeres Konfliktpotenzial in sich trägt. Auf Seiten des Einwanderungslandes entstehen die Probleme oft deshalb, weil wir die Beweggründe oder die Art der Migration nicht nachvollziehen können und weil es uns manchmal auch unvorstellbar erscheint, was uns erzählt wird. Umgekehrt neigen EuropäerInnen dazu, nach Fakten und Daten zu fragen – wie zum Beispiel wann jemand geboren oder wo jemand aufgewachsen ist. Das kann jedoch manchen Flüchtlingen, vor allem den weniger gebildeten oder aus ländlichen Regionen stammenden, Probleme bereiten, weil sie kalendarische Daten nicht wie wir kennen oder einen anderen Kalender (z. B. den islamischen Kalender, den hebräisch-jüdischen Kalender oder den iranischen Kalender) vor Augen haben. Der iranische Kalender etwa ist ein anderer als der islamische – ein Umstand, der vor allem bei afghanischen PatientIn-

nen von Bedeutung und aus administrativer Sicht zu beachten ist. Nicht immer ist es diesen Menschen möglich, die Daten eins-zu-eins zu übersetzen und so kommen sie mit den verschiedenen Daten leicht durcheinander.

Ich möchte hier jedoch bewusst nicht von Flucht- bewegung sprechen, sondern von Migration. Migration kann man mit einer Schwangerschaft vergleichen. So wie die Schwangerschaft ist auch die Migration ein Prozess, der nicht mit der Ankunft im neuen Land endet, sondern noch jahre- bzw. jahrzehntelang fortschreitet. Diesen Prozess zu explorieren, soll hier die Aufgabe sein.

Die Ankunftsphase ist meist sehr euphorisch. Danach kommt eine Abkühlung, eine Widerstandsphase, in der die Ernüchterung einsetzt. Darauf folgt die Trauerphase und erst später kommt die Integrationsphase.

Dieser Mechanismus zeigt, dass bei aller medialer und politischer Forderung nach Integration der Flüchtlinge jeder einzelne zuerst auch innerlichen Widerstand leisten muss. Dies ist ein normaler Vorgang, den auch wir alle als Kinder in den verschiedenen Entwicklungsphasen durchgemacht haben. Der Mensch muss Widerstand leisten, doch in dieser Phase des Widerstandes kann sich niemand integrieren. Für eine gesunde Integration muss man erst einmal verneinen können.

Im Rahmen unserer Begutachtungen für die Deutsche Rentenversicherung rund um die Fragestellungen des Schweregrades der Erkrankungen sowie unserer Rentengutachten müssen wir daher auch explorieren, in welcher Phase der Migration sich jemand befindet und wie sich die Person identifiziert. Natürlich ist es auch so, dass jede Person, je nach Persönlichkeitsfaktor, eigener Verletzbarkeit und Resilienz – eben allem, was jemand von zu Hause mitbringt – entsprechend unterschiedlich in diesen Phasen reagiert. Je nachdem, ob jemand seine Übergangsobjekte (z. B. Fotos, Lieblingskleidungsstücke etc.) mitgenommen hat oder nicht (bzw. die Möglichkeit hatte, solche Übergangsobjekte mitzunehmen), kommt sie/er auch hier, in einem neuen Land mit einer zum Teil völlig anderen Kultur, anders an.

Wenn der Körper in der Fremde schmerzt: Transkulturelle Herausforderungen im Umgang mit leidenden PatientInnen und deren Angehörigen

Im Alltag Ausnahmen gewähren

Nicht immer und unter allen Umständen ist es möglich, strikt nach fixen und üblichen Vorgehensweisen zu handeln. Damit ist keineswegs gemeint, dass man als TherapeutIn oder Ärztin/Arzt seine Arbeitshypothesen und seine übliche Vorgangsweise ändern muss, sondern dass man einfach bereit ist, für kurze Momente in bisher fremde Sichtweisen und Denkweisen einzutauchen. So kann es zum Beispiel geschehen, dass bei einer Konsultation zusammen mit der Patientin/dem Patienten zehn Angehörige mitkommen. Aus meiner Erfahrung hat es sich in der Praxis bewährt, diese nicht gleich wieder hinauszuschicken, sondern erst einmal alle zusammen in die Sprech-

stunde hereinzulassen und sich die Dynamik der Angehörigen anzusehen – wie etwa die zehn Personen mit den zwei Stühlen im Untersuchungszimmer zurecht kommen. Hier heißt es, die entstehende Unruhe gelassen auszuhalten. Irgendwann werden die zwei Stühle besetzt sein und Sie können freundlich in die Runde fragen: Wer möchte draußen warten und wer muss unbedingt bei der Patientin/beim Patienten bleiben? Sie werden sehen, Sie haben innerhalb von fünf Minuten eine komplette Abbildung der Dynamik der Erkrankung und auch der Beziehungsstrukturen vor sich – und wissen auch, wie Sie therapeutisch im Weiteren ansetzen müssen.

Uns führen lassen

Angeknüpft an das obige Beispiel ist es wichtig, sich nicht aus dem Konzept bringen zu lassen, dennoch aber auch die Sichtweise der KlientInnen

anzuschauen und diese gleichwohl in Ihrem Handeln zu integrieren.

6

Transkulturelle Kompetenz

Transkulturelle Kompetenz bezeichnet die Fertigkeit, im Alltag mit den brisanten Situationen, die sich aus dem Aufeinandertreffen unterschiedlicher Kulturen und unterschiedlicher Sichtweisen ergeben, zurechtzukommen und auch einen Weg zu finden, eigene Wirklichkeitskonstrukte zu hinterfragen, ohne sie a priori für falsch oder richtig zu erklären. Die KlientInnen, ob mit oder ohne Deutschkenntnisse, sind eine besondere Gruppe von Menschen, welche viel Geduld abverlangen. Ihre Sicht und ihr Bildungsstand, ihr Geschlecht und Religi-

onsverständnis, ihre Lösungsansätze und auch die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Kompetenzen führen zu einem Machtgefälle, welches bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte verdoppelt ist und sich bei ungeklärtem Aufenthaltsstatus noch weiter vervielfacht.

Zur Veranschaulichung des bisher Gesagten möchte ich ein Fallbeispiel anführen:

• Fallbeispiel

Iraner, 54 Jahre alt, klagt über Schmerzen und Depressionen. Sein ganzer Körper schmerze. Der Arzt fragt nach der Art der Schmerzen und deren Intensität und will eine Lokalisation. Der iranische Patient antwortet: „Mein ganzer Körper schmerzt, verstehen Sie das? Ich liege auf dem Boden und Sie können über mich drübergehen!“

Diese Aussage führt jedoch nicht unbedingt zur Verwunderung und Irritation des deutschen Arztes, sondern in seinem Fragenkatalog werden bereits Schubladen der ICD 10-Diagnostik bedient. Tatsache ist jedoch, dass wir zu diesem Zeitpunkt des Dialogs weder einen Hinweis noch einen Gegenbeweis für eine bestimmte Diagnose haben. Wir wissen nicht, ob es sich um eine somatoforme Störung, eine affektive Störung oder gar eine wahnhaftige Verarbeitung handelt. Auch die Hypothese der hysterisch anmutenden Formulierung ist nicht korrekt, sondern weist ausschließlich auf die Schablonen des fragenden Arztes und dessen kulturellen und beruflichen Hintergrund sowie seine genderspezifische Haltung hin. Der iranische Patient hingegen befindet sich lediglich im Weltbild seiner Muttersprache und übersetzt 1:1 aus dem Persischen ins Deutsche. In der persischen Sprache ist diese Formulierung eine gängige und normale Beschreibung für einen Kranken und Leidenden.

Transkulturelle Diagnostik

Diagnoseübermittlung und Umgang mit der gestellten Diagnose

Im Rahmen der Diagnostik ist die Frage nach Art und Umfang der **Begrüßung** zu beachten. In vielen Ländern, wo das kollektivistische Gedanken-gut vorherrscht, ist es wichtig, gleich bei der Begrüßung nach der Familie der/des Betroffenen zu fragen. Im mitteleuropäischen Raum ist dies Teil der Familienanamnese. Bei bestimmten Patientenpopulationen aus dem Nahen Osten sollte dieser Art der Anamnese unter anderem jedoch gleich der Vorzug gegeben werden. Dies gibt nicht nur einen Hinweis darauf, inwiefern und wie intensiv die Patientin bzw. der Patient in der Familie verankert ist, sondern auch wie sich die Patientin/der Patient selbst in Bezug auf die Umwelt sieht.

Die **Sitzposition** bzw. die **Haltung** der/des Untersuchenden ist ebenso von großer Bedeutung. Es wird **Nähe** demonstriert ohne starrenden Augen-

kontakt, es wird Nähe gezeigt ohne Berührung. Auch die Hand auf die Schulter der Patientin/des Patienten zu legen und/oder neben der Patientin/dem Patienten zu sitzen, ist am Anfang für KollegInnen aus Mitteleuropa schwer zu justieren. Wird doch hier eher erwartet, dass die Ärztin/der Arzt hinter dem Schreibtisch sitzt und der Patientin/dem Patienten von dort aus die Diagnose mitteilt. Die Frage nach dem Geschlecht der/des Untersuchenden und Untersuchten steht dabei nicht so sehr im Mittelpunkt wie die Frage nach Nähe und Distanz. Im Allgemeinen kann von folgender Regel ausgegangen werden: Der Mitteleuropäer braucht eine Armlänge Abstand, der Südeuropäer und Orientale eine halbe Armlänge. Hierbei sollten natürlich die individuellen Bedürfnisse nicht außer Acht gelassen werden und stets an Ausnahmen gedacht werden.

Unterschiede in der Physiologie und geografisch bedingte Varietäten

Zur Untersuchung und Diagnostik einer Krankheit gehört auch die **körperliche Untersuchung**. Diese kann jedoch wiederum eine Grenze bzw. Barriere darstellen. Ein wichtiges Kriterium stellt dabei unter anderem der Prozess des **Entkleidens** dar. Im Rahmen der körperlichen Untersuchung sollte

stets schrittweise entkleidet und wieder angekleidet werden, sodass die Patientin/der Patient – außer wenn medizinisch nötig – niemals vollständig nackt ist (Golsabahi 2017).

Ebenso ist für die richtige Beurteilung der Untersuchungsergebnisse die Kenntnis der **Normwerte** der anderen Kultur wichtig. Wir gehen meist automatisch von den für Personen aus dem mitteleuropäischen Raum errechneten Normwerten (z. B. Labor- und andere Befundungsnormwerte, Standardangaben zu Geburtsgewicht usw.) aus und legen diese dann auf Personen aus anderen geografischen Regionen und mit anderer ethnischer Zugehörigkeit um. Selten ist uns bewusst, dass PatientInnen aus dem asiatischen oder afrikanischen Raum ganz andere Körperproportionen und eine ganz andere

Physiognomie haben. Vor allem im Rahmen der Labordiagnostik (Drogenscreenings, Blutwerttests usw.) müssen bisweilen andere Untersuchungsparameter herangezogen werden. Zahlreiche Untersuchungen belegen die Unterschiede zwischen einzelnen Hauttypen, die unterschiedliche Neigung zu Blutungen, aber auch die Unterschiede in der enzymatischen Bearbeitung und Rezeption im Rahmen der Verstoffwechslung. All diese unterschiedlichen Gegebenheiten sollten wir jedenfalls bei einer Untersuchung entsprechend bewerten und interpretieren können

Erhebung eines psychiatrischen Befundes

Am Anfang der Erhebung eines psychiatrischen Befundes steht die Frage, ob jemand wach ist. Das ist auch transkulturell sehr einfach zu beantworten. Wir wollen dann aber noch andere Dinge überprüfen und fragen Daten ab. Wie bereits eingangs erwähnt, ist das Bewusstsein für Daten kulturell unterschiedlich und die **Datenerhebung** selbst sprachlichen Barrieren unterworfen. So etwa scheitert die Erhebung von Fakten, die von einem „Ja“ oder „Nein“ abhängig sind, leicht daran, dass manche Sprachen gar keinen Ausdruck für „Nein“ zur Verfügung haben. Auch das Bewusstsein für Daten ist ein anderes für Menschen aus Afrika oder aus Ländern, wo diese Art von Daten weniger Bedeutung haben und wo man mit Kalenderangaben anders umgeht als hier in der westlichen Welt. Dementsprechend werden auch die gestellten Fragen anders beantwortet. Die daraus resultierenden, zum Teil massiven Defizite können also darauf zurückzuführen sein, dass diese Angaben möglicherweise gar nicht in der von uns erfragten Form vorhanden sind. Die jeweiligen Antworten werden nur aufgrund unserer Fragestellung gegeben.

Zurückkommend auf das angeführte **Fallbeispiel** können wir also ein Aufeinanderprallen verschiedener Weltbilder feststellen: Die technische Fragestellung nach Art, Ort und Ausmaß der Schmerzen seitens des Arztes passt nicht in das Weltbild, in die sprachliche Ausdrucksweise des iranischen Patienten. Er wird „einheitlich“ oder ganzheitlich krank. Selbstverständlich kann er zwischen Fuß- und Handschmerzen unterscheiden, aber im Weltbild seiner Muttersprache steht am Anfang das Leid, erst dann der Schmerz.

Bei der psychiatrischen Befunderhebung geht es in der Folge auch um die Frage des formalen Gedankenganges, das heißt ob jemand kohärent ist, ob jemand strukturiert denken kann und ob jemand assoziativ gelockert ist. Es ist jedoch so, dass sehr viele Formulierungen in zahlreichen afrikanischen Sprachen, aber auch in einigen arabischen Sprachen, aus der Sicht eines Menschen mit einer europäischen Muttersprache sehr weit-schweifig, sehr komplex, assoziativ gelockert oder ideenbezogen sind. Eine Antwort wie zum Beispiel: „Als meine Oma gestorben ist, ist mir ihr Geist erschienen und deshalb bin ich geflüchtet.“ mag zwar eine interessante ethnische Formulierung sein, doch würde sie unter europäischer Sichtweise leicht in die Kategorie „psychotisch“ fallen. Zu bedenken ist weiters, dass nicht alle Flüchtlinge aus arabisch bewohnten Ländern auch Arabisch sprechen.

Der psychische Befund ist zudem nicht so solide, so konkret wie etwa ein Laborbefund. Aufgrund der sprachlichen Formulierungen könnten wir in eine bestimmte Richtung, zu einer bestimmten Bewertung gedrängt werden. Man muss also ganz besonders auf die semantische, die der Aussage zugrundeliegende Bedeutung achten.

Psychomotorik

Die meisten PatientInnen mit Zuwanderungsgeschichte haben aus mitteleuropäischer Sicht eine sehr aktive Psychomotorik. Das hat mit dem Weltbild und der Muttersprache dieser Menschen zu tun. Sie verwenden einfach mehr Hand- und Fußbewegungen, wenn sie sprechen. Es ist daher zum

Beispiel auch kein Zufall, dass viele Kinder mit Migrationshintergrund mit einer ADHS diagnostiziert werden. Die Frage ist dabei jedoch, ob sie tatsächlich ADHS haben oder ob die Unruhe nicht nur aus der Sicht der LehrerInnen und/oder PsychologInnen einer ADHS zugeordnet wird.

Zusammenfassung psychische Befunde

Für die Erhebung des psychischen Befundes ist es wichtig, sich den Umstand zu vergegenwärtigen, dass wir jemanden vor uns haben, der in einer anderen Sprache denkt und spricht. Auch wenn diese Person perfekt Deutsch spricht, denkt sie dennoch im Weltbild ihrer Muttersprache. Das gilt andersherum natürlich genauso, wenn etwa ein Deutscher für einen Nicht-Deutschen aus dem Nahen Osten sehr wortkarg und stockend erscheint. Doch diese konkreten, „kargen“ Satzkonstruktionen muss man sich als neu angekommener und aus seinem eigenen kulturellen Umfeld abrupt herausge-

rissener Flüchtling erst einmal angewöhnen und in ihrer Bedeutung vergegenwärtigen.

Wenn wir also mit der Befunderhebung fertig sind – das heißt, wenn wir die Migration und die Umstände, wie alles zustande gekommen ist und was jemand erlebt hat, exploriert haben, die Person körperlich sowie neurologisch (was nicht so schwierig ist, da die Reflexe nicht viel anders sind) untersucht und damit den psychischen Befund zusammen haben – dann haben wir noch den Störfaktor der tatsächlichen sprachlichen Barriere.

Sprache als Instrument der Diagnostik

Sprache kann in der Diagnostik eine richtungsweisende oder gar richtungsverzerrende Rolle spielen. Im Folgenden geht es nicht so sehr um den eingangs zitierten Zusammenhang zwischen den Grenzen der Muttersprache und den Grenzen der eigenen Welt, wie es Wittgenstein formulierte. Vielmehr geht es um die sprachlichen Barrieren zwischen uns und den Geflüchteten, vor allem den erst vor Kurzem Angekommenen, die die deutsche Sprache entweder noch gar nicht oder noch nicht in ihrer Ausdruckstiefe beherrschen. Es geht darum, dass wir ein jeweils unterschiedliches Weltbild haben, je nachdem, welche Sprache wir sprechen. Unsere Spracharchitektur lenkt unsere Denk- und Formulierungsweisen. Es ist daher oft schwierig, wenn wir als GutachterInnen die PatientInnen über ihr Leiden befragen, da unsere Rolle auch etwas Detektivisches hat. Wir wollen überprüfen, wir wollen Fakten sehen, wir fragen nach dem „Was“, „Wo“ und „Wie“. Die Antworten und Formulierungen der PatientInnen mit Migrationshintergrund, mit Zuwanderungsgeschichte oder mit Fluchtbewegung erscheinen uns aber manch-

mal sehr paradox und befremdlich. Es ist dabei auch kein Zufall, dass wir sehr oft aus Afrika stammende PatientInnen als wahnhaft oder die Nahost-PatientInnen als psychosomatisch einordnen. Diese Einschätzung ergibt sich aus der deutschen Muttersprache bzw. aus der mitteleuropäischen Perspektive.

Was ist nun das Typische an diesen europäischen Sprachen und Ausdrucksweisen? Die deutsche Sprache ist durch eine klare, präzise und knappe Formulierung geprägt. Man grenzt ab. Deutschsprachigen ist es wichtig, dass sich jemand abgrenzt, klar ist und auf eine klar formulierte Frage eindeutig mit „Ja“ oder „Nein“ antwortet. Dies ist deshalb möglich, weil die deutsche Sprache auch das Wort „Nein“ zur Verfügung stellt. Es gibt aber Sprachen, in denen das Wort „Nein“ nicht vorkommt bzw. nicht einmal existiert. Je weiter man nach Ostasien fährt, desto eher gibt es (als Formen der Verneinung) nur noch abgeschwächte Ja-Formen. Man findet also schwammige Ja-Formen, aber keine klaren Nein-Aussagen.

Dieser Umstand führt bei uns zu dem Gefühl, bei diesen GesprächspartnerInnen nicht so recht zu wissen, woran man ist. Es ist in einem Explorationsgespräch oft sehr schwierig, bestimmte, konkrete Aussagen zu erhalten, wenn wir die gemachten Formulierungen nicht richtig deuten und zuordnen können. Es gibt dazu einen sehr interessanten Artikel von A. Petersen zum Thema „Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir?“ (Petersen 1995), der zeigt, dass Körper und Psyche nicht voneinander zu trennen sind.

Die meisten KlientInnen, mit denen wir es an unserem Institut momentan zu tun haben, kommen aus Sprachregionen, in denen der Körper als das Haus der Seele betrachtet wird, die dadurch spricht. Das heißt, dass bei vielen Schilderungen von Symptomen aus unserer Sicht psychosomatische Beschwerden vorliegen und wir dann versuchen, den KlientInnen dieses aus unserer bzw. aus therapeutischer Sicht vor Augen zu führen.

Aber auch im Rahmen der amtsärztlichen Untersuchungen oder Begutachtungen ist es wichtig zu

unterscheiden, ob es sich im konkreten Fall um eine rein sprachliche Formulierung handelt oder tatsächlich etwas ist, das im Sinne der ICD-Klassifikation die psychosomatischen Kriterien erfüllt. Dies ist nur dann der Fall, wenn ein Symptom seit mindestens zwei Jahren trotz unauffälliger körperlicher Untersuchungsbefunde anhaltend besteht. Die naheliegende Schwierigkeit ergibt sich nun daraus, dass wir bei Geflüchteten, die noch nicht zwei Jahre im Land sind, keine entsprechenden Diagnosen angeben können. Weder haben wir diese Befunde, noch können wir beweisen, dass das Symptom tatsächlich und konstant seit mindestens zwei Jahren vorhanden ist.

Gestellte Diagnosen zu psychosomatischen Beschwerden oder einer affektiven Störung im Sinne einer depressiven Störung von Menschen in dieser Situation sind daher stets unter diesem Gesichtspunkt zu beurteilen. Darüber hinaus helfen diese Diagnosen später oft auch nicht weiter, da sie bei Nicht-Erfüllung der ICD-10 Kriterien bei einer erneuten Begutachtung anfechtbar sind.

Sprachliche Vermittlung des Leidensdruckes

In Anlehnung an das eingebrachte Fallbeispiel ergibt sich auch noch ein weiteres Dilemma zwischen PatientIn und Ärztin/Arzt: Die Ärztin/der Arzt muss im Rahmen der Diagnostik weiterkommen und der Fragenkatalog verlangt nach Antworten, um das Leiden der Patientin/des Patienten zu erfassen. Der Fokus der Erhebung zielt dabei auf den Leidensdruck der Patientin/des Patienten. Die Frage nach dem Leidensdruck ist eine rein subjektive, gleichzeitig aber auch hinweisende Fragestellung. Nun ist es bei sprachlichen und kulturellen Barrieren durchaus möglich, dass die ausgesprochene Art des Leidensdruckes durch die Patientin/den Patienten und die Art der Interpretation des Leidensdruckes durch die Ärztin/den Arzt voneinander abweichen und damit

dem Schmerz zu viel oder zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Ein hilfreiches Instrument sind an dieser Stelle die Angehörigen, welche oft bei PatientInnen mit Zuwanderungsgeschichte zur Verfügung stehen. Diese können sehr gut differenzieren zwischen normal, erträglich oder zu viel und belastend. An dieser Stelle ist die Fremdanamnese oft sehr lohnend.

Ein weiteres Instrument ist im Sinne der ICF (*International Classification of Function*) die Erfragung der Alltagsstrukturen und alltäglichen Tätigkeiten, um das Ausmaß der Beeinträchtigung zu erfassen und zu objektivieren.

Sprache und Ausdruck von Schmerz

Schon die Sprache ist somatoform geprägt. Schmerz ist eine Wahrnehmung und letztendlich eine subjektive Wahrnehmung. Wie jedoch Schmerz ausgedrückt und beschrieben wird, ist

nicht nur vom Geschlecht, vom Alter und von der Ursache abhängig, sondern auch und insbesondere davon, wie der Schmerz in der jeweiligen zur Verfügung stehenden Sprache definiert ist und

welche Ausdrucksweisen möglich sind. In der chinesischen Sprache gibt es für das Phänomen Kopfschmerzen ca. 500 verschiedene Ausdrucksmöglichkeiten. Für dasselbe Phänomen bietet die deutsche Sprache lediglich fünf bis sieben Ausdrucksformen an. Daraus nun die Schlussfolgerung zu ziehen, dass die Chinesen differenzierter seien, ist genauso unkorrekt wie die Aussage, die Deutschen seien präziser und könnten daher ihre Schmerzintensität in einer Skala von 0 bis 10 problemlos einteilen und zuordnen, während die Ori-

entalen schon aus rein sprachlichen Gründen deutlich mehr Ziffern bzw. Kategorien bräuchten.

In vielen Sprachen ist das Wort für Leiden und Schmerzen gleichgesetzt, in anderen ist es mit Stolz und Kraft oder in wieder anderen mit Liebe und Geschenk assoziiert. Bereits an dieser Stelle wird der Umgang mit dem Phänomen Leiden vergegenwärtigt, aber auch das Potenzial der möglichen intrapsychischen Konflikte.

Schmerz als linguistisch-kulturelle Herausforderung

Wir sind also wieder an einer linguistisch-kulturellen Herausforderung angekommen und mit Sicherheit nicht an einer Neurotransmitter-bedingten unterschiedlichen Schmerzwahrnehmung zwischen Orient und Okzident. Selbstverständlich ist – bedingt durch bestimmte Stoffwechselfunktionen, welche ernährungsbedingt regional differieren – eine Varianz in der Schmerzwahrnehmung möglich, aber dies erklärt nicht, warum die einen 500 Vokabeln für die Beschreibung eines Phänomens zur Verfügung haben und die anderen nur 5.

Die kulturelle Dimension der Ausdrucksweise der Wahrnehmungen spielt an dieser Stelle neben der linguistischen Komponente ebenfalls eine Rolle: eine Kultur, die ihr Kreuz selbst trägt, eine Kultur der Erbsünde oder eine Kultur des Stolzes und der Ehre. Dem Umgang mit Entstehungsmöglichkeiten der inneren Konflikte im Umgang mit Erkrankungen und Schmerzen bis hin zum Verständnis der sogenannten somatoformen Störungen im Sinne der oben genannten Fragestellung von Petersen sind weltweit keine Grenzen gesetzt.

Resümee

Die immer häufiger werdenden Begegnungen mit Menschen aus anderen Ländern und Kulturkreisen ist eine Herausforderung und Bereicherung für den Alltag zugleich. Die Vielfalt der aufgezeigten Beispiele versteht sich als Anregung, sich mit Sitten, Gebräuchen, Sprache und Religion auseinanderzusetzen und dadurch eine bessere Prävention, Diagnostik und Indikation für Therapie, Rehabilitation und Reintegration ins soziale Leben zu ermöglichen.

So vielfältig und bunt wie das Leben ist, so sind auch die Themen der Migration. Das Verständnis für Gesundheit und Krankheit, richtig und falsch, normal und nicht normal, ist je nach Region und Zugehörigkeit sehr verschieden und stets einer subjektiven Wahrnehmung unterworfen. Im klinischen Alltag begegnen wir Phänomenen, welche wir mit unserem Wissen aus unserer Herkunftsfamilie und Herkunftskultur nicht klären können und die vor allem mit unseren Erklärungen und Nomenklaturen nicht kompatibel sind. Die Bereitschaft und Neugier, diesen Herausforderungen zu

begegnen, würde die transkulturellen Kompetenzen des medizinischen Personals fördern.

Kenntnisse über soziokulturelle Hintergründe und auch das Verständnis über den Zusammenhang zwischen Migration und Entstehung von psychiatrischen Erkrankungen sind unerlässlich, um eine nachhaltige Behandlung und Versorgung zu gewährleisten. Der Erwerb der kulturellen Kenntnisse setzt jedoch nicht nur Selbsterfahrung und Bereitschaft zur Reflexion der eigenen Wirklichkeit voraus, sondern auch die Fähigkeit, mit Diversität umzugehen.

Literatur und Datenquellen

- Golsabahi S. „Wenn der Körper in der Fremde schmerzt“. Vortrag Jubiläumssymposium 40 Jahre Psychotherapiestation Pavillon 2, Otto-Wagner-Spital, Wien, 17. März 2017: „Wenn das Trauma schmerzt. Integration von Selbstwirksamkeit in der stationären Psychotherapie“. 2017.
- Golsabahi S. Einführung in Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. In: Golsabahi-Broclawski S, Özkan I, Broclawski A (Hg.). *Transkulturelle Psychiatrie: Erfahrungen von Experten aus der EU*. Reihe: *Kulturfallen im klinischen Alltag* 2014; Bd. 4.
- Golsabahi S. Sprachkenntnisse und Religionskenntnisse im klinischen Alltag. Reihe: *Kulturfallen im Klinischen Alltag* 2012; Bd. 2.
- Golsabahi S. Vorwort. In: Golsabahi S, Stompe Th, Heise Th (Hg.). *Jeder ist weltweit ein Fremder. Beiträge zum 2. Kongress des Dachverbands der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DTPPP) in Wien 2008*. Reihe: *Das transkulturelle Psychoforum* Januar 2009; Bd. 16.
- Golsabahi S. Vorwort. In: Golsabahi S, Heise Th (Hg.). *Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. 1. Kongress der transkulturellen Psychiatrie im deutschsprachigen Raum, 6.-9. September 2007, Universität Witten/Herdecke*. Reihe: *Das transkulturelle Psychoforum* 2008; Bd. 15.
- Petersen A. Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? – Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. *Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (Hg.). Curare – Zeitschrift für Medizinethnologie* 1995; 18(2).
- Wittgenstein L. *Logisch-Philosophische Abhandlung (Tractatus logico-philosophicus)*. Satz 5.6. Erschienen 1918. Abrufbar unter: <http://tractatus-online.appspot.com/Tractatus/jonathan/D.html>.

6.4.3 Flucht und Schmerz: Menschenrechtsverletzungen verursachen Schmerz – Wege der Anerkennung und Behandlung

Barbara Preitler

Zusammenfassung

Schmerzerleben ist eine zentrale Komponente im Erleben von posttraumatischen Belastungen bzw. überall dort, wo schwere Traumatisierungen erneut aktualisiert werden. Im Körper wird oft ausgedrückt, was sich der Sprache entzieht, wofür es keine Worte gibt. In der Psychotherapie mit Folter- und Kriegsüberlebenden gilt es daher, genau hinzuhören und hinzusehen, Wege des gemeinsamen Verstehens und Anerkennens zu finden und damit zumindest ein Stück weit Befreiung von Schmerzen hin zu positivem, autonomem Körpererleben zu ermöglichen.

Einleitung

Dieser Beitrag befasst sich mit dem Schmerzgeschehen von Menschen, die auf der Flucht als Folter- und Kriegsüberlebende Schutz in Asylländern (wie Österreich) suchen. Im Zentrum steht die Frage: Wie können Schmerzen von AsylwerberInnen/Asylberechtigten, die ohne physischen Befund sind, verstanden werden und welche Interventionsmöglichkeiten im psychosozialen Bereich gibt es?

Ich beginne mit der schlechten Nachricht, die uns als Betreuungsteam von Hemayat sehr belastet: Mehr als 400 Menschen warten Anfang 2017 auf einen Psychotherapieplatz. Alle auf unserer Warteliste sind mit der Hoffnung nach Österreich gekommen, hier dem Krieg, der Verfolgung, der Folter im Herkunftsland entkommen zu sein. Hinter der Bitte um Psychotherapie steht oft der Wunsch, auch den Schmerzen, die sie aus der Heimat mitnehmen mussten, entkommen zu können: physisch und psychisch. Manche dieser Menschen haben bereits eine lange Krankenakte mit vielen Untersuchungen und Abklärungen, andere haben noch kaum Kontakt mit westlicher Medizin gehabt.

Wir sehen Menschen, die durch Folter, massive physische Kriegshandlungen, Vergewaltigung und

andere Menschenrechtsverletzungen zur Flucht gezwungen wurden. Auf der Flucht waren viele dieser Menschen körperlich extrem anstrengenden Situationen – wie etwa lange Gebirgswanderungen mit unzureichender Ausrüstung oder langem Ausharren in engen Räumen ohne Bewegungs- oder Handlungsmöglichkeit – ausgesetzt gewesen. Das Erlebte ist soweit über die eigenen Grenzen gegangen, dass es alles bisher Vorstellbare gesprengt hat. Und danach bleibt oft das eigene Erstaunen, ob das wirklich so gewesen ist. Jean Améry reflektiert über seine Erfahrung der Folter:

„Sofern überhaupt aus der Erfahrung der Tortur eine über das bloß Altraumhafte hinausgehende Erkenntnis bleibt, ist es die einer großen Verwunderung und einer durch keinerlei spätere menschliche Kommunikation auszugleichende Fremdheit in der Welt“ (Améry 1988: 57).

Funktionen von Schmerz

Schmerz als Bitte um Sicherheit

Gerade dann, wenn Menschen (noch) keinen sicheren Aufenthalt im Asylland haben, wird Schmerz zum Appell. Der schmerzende Körper drückt aus, was nicht in Worte gefasst werden kann. Wenn die Vergangenheit solche Übel anrichten konnte, braucht es die Sicherheit, damit nie wieder etwas so Grauensvolles geschehen kann: Asyl – Schutz – zu bekommen und damit die Möglichkeit, den Schmerz hinter sich zu lassen, ist das Ziel. Die Schmerzen verweisen auf das Erlebte in der Vergangenheit, auf die Verzweiflung in einer unsicheren Gegenwart und auf die Angst vor der Zukunft.

Bei mehreren PatientInnen ist die psychische Ressourcenstärkung der Psychotherapie ein Bollwerk gegen die nach wie vor bestehende rechtliche Unsicherheit, in Österreich bleiben zu dürfen und gegen die zugrundeliegende Nicht-Anerkennung des erlittenen Leids. Aber dieses Bollwerk erscheint schwächer als der Druck, der aus dieser Situation entsteht: Da ist die Kränkung, dass die erlittenen Menschenrechtsverletzungen als solche nicht anerkannt werden, eine schwierige Gegenwart aufgrund der prekären sozialen Situation und die

Angst vor dem, was passiert, wenn man dorthin zurück muss, wo all das Furchtbare geschehen ist. Trotz therapeutischer Interventionen verstärken sich die Schmerzen im Stützapparat und in den Muskeln. Psychotherapie und physikalische Therapien machen trotzdem Sinn, da sie zumindest kurzfristig für Entlastung und damit Schmerzreduktion sorgen und die Verschlechterung der Symptomatik zumindest verzögern helfen.

Die eigentliche Therapie läge aber wohl außerhalb unseres Arbeitsbereichs und hieße: Anerkennung als politischer Flüchtling und Bleiberecht. Friedrun Huemer schreibt dazu:

„Ob Folterüberlebende in der Welt wieder ganz heimisch werden können, wage ich nicht zu beantworten. Erschwerend dazu kommt, dass sie ihre Heimat verlassen mussten und oft somit für immer verloren leben, in einem fremden Land, dessen Sprache sie meistens nicht sprechen. Und hier werden sie in vielen Fällen alles eher denn freundlich aufgenommen, wenn sie überhaupt aufgenommen werden“ (Huemer 2010: 12).

6

Schmerz als Form der Kommunikation

Gerade dort wo es keine sprachliche Möglichkeit gibt, das Erlebte und Erlittene auszudrücken, passiert diese Mitteilung oft über den Körper. Schmerz kann eine Form der Mitteilung sein. Vielleicht wird einem Menschen – gerade wenn er nicht die Sprache seiner Umgebung spricht – nicht zugehört, aber auf Schmerzen reagiert die Umwelt. Wenn der sprachliche Appell kein Gehör findet, so vielleicht doch der körperliche Zusammenbruch. In vielen Kulturen (und da wohl auch in unserer österreichischen) ist es sozial viel anerkannter, körperlich krank zu sein als psychisch. Wer Fieber hat, kann mit Schonung von der Umwelt rechnen, aber wie ist es mit psychischem Leid?

Wenn unsere PatientInnen irritiert von der Ärztin/vom Arzt kommen, weil der Schmerz keine medizinische Evidenz ergeben hat, wird dies von Seiten der Therapeutin/des Therapeuten einerseits als

gute Nachricht interpretiert. Das vom Schmerz betroffene Organ ist gesund und das ist auch gut so. Aber andererseits ist der Schmerz selbstverständlich real und bedarf der Behandlung! Ich sage meinen PatientInnen in solchen Fällen: „Ihre Seele, Ihre Psyche ist so schwer verletzt worden, dass sie sich im Körper einen Ort gesucht hat, wo dieser Schmerz zum Ausdruck kommen kann.“

Mit der medizinischen Abklärung ist nun klar, dass die Psychotherapie der richtige Ort für die Behandlung ist. **Anerkennung dieser Schmerzen** ist die Grundlage aller weiteren Interventionen. Ja, der Schmerz ist real und er wird ernst genommen. Wer Krieg, Zerstörung und lebensgefährliche Flucht erlebt und überlebt hat, hat viele Gründe, an den ihm zugefügten Verletzungen zu leiden. In der Psychotherapie haben wir keine raschen Interventionen, aber es lohnt sich trotzdem, die the-

rapeutische Arbeit aufzunehmen. Es gilt, die Zusammenhänge zu verstehen und zu benennen. Wenn Gefühle wie Wut und Trauer wieder gespürt

werden können, gelingt oft auch die Schmerzreduktion (Preitler 2016).

Schmerz und Erinnerung

Folter und Kriegsgräuelpfeile bedeuten, dem Opfer in einem bisher unbekanntem Ausmaß Schmerz zuzufügen, den Menschen zu zerstören. Tod ist aus der Sicht der Täter nicht notwendig. Oft ist das danach Weiterleben müssen viel grauenvoller. Krieg nimmt Schmerzen von Menschen in Kauf, ohne Rücksicht auf ethische Grenzen. Empathie und Mitgefühl wird durch das Hochstilisieren von Feindbildern außer Kraft gesetzt. Auf Hilfe kann in diesen Situationen von keiner Seite gehofft werden.

„Die Helferwartung ist ebenso ein psychisches Konstitutionselement wie der Kampfumstand ... Mit dem ersten Schlag der Polizeifaust aber, gegen den es keine Wehr geben kann und den keine helfende Hand parieren wird, endigt ein Teil unseres Lebens und ist niemals wieder zu erwecken“ schreibt Jean Améry (1988: 45).

Fast alle, die heute aus den Kriegszonen entkommen wollen, müssen eine weitere demütigende und entmenschlichende Hürde auf sich nehmen.

Illegale Fluchtwege bedeuten für die, die ihr Leben nur auf diese Art in Sicherheit bringen können, erneut Schmerz. Ohne Rücksicht auf körperliche Grenzen muss nächtelang gewandert werden, und ohne eine Chance, die Körperposition irgendwie zu verändern, muss die lebensgefährliche Fahrt übers Meer oder die genauso gefährliche Fahrt im LKW-Versteck hingenommen werden.

Die immense Dimension dieser physischen und psychischen Schmerzerfahrungen hat das Leben der Flüchtlinge verändert. Die Erinnerung an das Er- und Überlebte wird als so schmerzhaft angesehen, dass viel Energie aufgewendet wird, um sie zu vermeiden. Viele unserer PatientInnen sagen, dass sie nur vergessen wollen. Schmerzen können der Preis für dieses vermeintliche Vergessen sein. Gerade dann, wenn es gelingt, die bewusste Erinnerung zu unterdrücken, zeigen sich körperliche Symptome, die in einem therapeutischen Prozess erst langsam wiederentdeckt, verbunden und bearbeitet werden können.

Wechselwirkung zwischen physischen und psychischen Verletzungen

Physische Schmerzen aufgrund der Folter- und Kriegsverletzungen stehen in einer schwierigen Wechselwirkung mit den Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung. Kennzeichnend ist das Spannungsfeld zwischen der Erinnerung und der Vermeidung. In Jean Améry's Reflexion über die erlebte Folter heißt es:

„Es war für einmal vorbei. Es ist noch immer nicht vorbei. Ich baumele noch immer, zweiundzwanzig Jahre danach, an ausgerekten Armen über dem Boden, keuche und bezichtige mich. Da gibt es kein ‚Verdrängen‘.“ (Améry 1988).

Die intensive Erfahrung von Schmerz, der in der traumatischen Situation entstanden ist und in der Gegenwart fortbesteht, reaktiviert die Erinnerung immer wieder. Wir erleben PatientInnen, denen es zwar gelungen ist, sich von ihren Foltergefängnissen tausende Kilometer weit zu entfernen, aber es erscheint so, als ob sie dieses Gefängnis im eigenen Kopf, im eigenen Körper noch immer mittragen müssen.

Viele haben große Erwartungen an die westliche Medizin und hoffen auf eine schnelle und radikale Lösung für ihre Schmerzen. Genau diese Hoffnung muss aber enttäuscht werden. Mitunter kommt es sogar zu einer Verstärkung und zu einem weiteren Leidensweg. Elfriede Kastenberger schreibt dazu:

„Die medizinische Betreuung von Patienten, deren Beschwerden auf komplexe, chronische Traumatisierungen zurückzuführen sind, ist schwierig: Da im Allgemeinen, selbst bei hohem Leidensdruck, keine relevanten Befunde zu erheben sind, haben sie meist eine regelrechte Arzt-Odyssee hinter sich. Die Wahrscheinlichkeit, durch immer neue, zunehmend invasive Untersuchungen und verzweifelte Therapieversuche eine iatrogene Retraumatisierung zu verursachen, ist groß und macht

eine besondere Achtsamkeit der Behandelnden nötig“ (Kastenberger 2014: 34).

Es braucht genaues Hinhören und Respekt vor dem, was die PatientInnen erlitten haben. Manchmal kann es dann schon aufgrund dieser freundlichen Begegnung zu erstaunlichen Erfolgen kommen. Ein Fallbeispiel aus meiner Praxis veranschaulicht dies sehr deutlich:

• Fallbeispiel

Eine meiner PatientInnen kommt nach langen und zähen Sitzungen, in denen ihre unerklärlichen Schmerzen und ihre massiven Schlafstörungen im Mittelpunkt gestanden sind, viel entspannter zum Therapietermin. Sie erzählt, dass sie endlich die Ärztin gefunden hat, die etwas gegen ihre Schlafstörungen tun konnte. Zu meinem Erstaunen ist diese Ärztin eine Urologin, die Frau F. wegen einer Blasenentzündung aufgesucht hat. Auch die Medikamente, die sie bekommen hat, sind zur Behandlung der Blase gedacht, es gibt keine Psychopharmaka. Was dieser einfühlsamen Urologin aber gelungen ist, war ganzheitlich. Frau F. hat sich verstanden und respektiert gefühlt. Das so gewonnene Vertrauen in die Ärztin und die von ihr verordnete Therapie hat zur Gesundung von Körper und Psyche beigetragen.

Therapiemethoden und Faktoren der Therapiewahl

Unsere PatientInnen machen die Erfahrung, dass gute **Schmerzmedikation** die Lebensqualität entscheidend verbessern kann. Wenn der betroffene Mensch überzeugt ist, dass das Schmerzmittel hilft, kommt es zu großer Erleichterung. In traumatischen Situationen verliert das Opfer jegliche Kontrolle und ist hilflos dem Schmerz ausgeliefert. Im Schmerzerleben wird oft erneut das Gefühl, keine Kontrolle über den eigenen Körper zu haben und dem Schmerz hilflos ausgeliefert zu sein, erlebt. Gibt es aber ein Medikament, mit dem Schmerzen kontrolliert werden können, ist dies auch eine psychische Ermächtigung: Autonomie kann zurückgewonnen werden. Manchmal reicht es zu wissen, dass bei Bedarf ein Mittel zur Schmerzreduktion zur Verfügung steht, um sich auch ohne Medikamenteneinnahme ausreichend entspannen zu können und so bereits den Schmerz entscheidend zu mildern.

Im Laufe der Jahre haben wir Erfahrungen gesammelt, mit welchen Formen der Therapie vorsichtig bei Opfern von Folter und schweren Menschenrechtsverletzungen umgegangen werden soll:

Unterwassertherapie oder Formen der Therapie, bei denen **Wasser** zum Einsatz kommt, sind oft problematisch. In der Folter wird Fast-Ertrinken („Waterboarding“), Übergießen mit zu heißem oder zu kaltem Wasser eingesetzt. Viele Flüchtlinge sind

bei der Überfahrt übers Mittelmeer selbst fast ertrunken oder haben miterleben müssen, wie andere Menschen gestorben sind. Daher sollten solche Therapieformen zuerst gut erklärt werden und der Patientin bzw. dem Patienten die Entscheidung für oder gegen diese Behandlung überlassen werden.

Jede Form von Therapie, in der **Strom** eine Rolle spielt, sollte nur nach genauer Absprache verwendet werden, da fast immer in der Folter Stromschläge zum Einsatz kommen. Wenn möglich, sollte bei Folterüberlebenden ganz darauf verzichtet werden.

Auch **Körperhaltungen** sollen gut gewählt werden. Eine Patientin konnte z. B. nicht aushalten, dass sie auf einer Matte lag und sich die Therapeutin über sie gebeugt hat. Die Erinnerung an die Überwältigung wurde dadurch für sie zu massiv. Günstig ist es sicher, immer auf Augenhöhe zu bleiben.

Interventionen sollten also möglichst genau vorbesprochen und erklärt werden, damit kein Gefühl des Kontrollverlusts und der Hilflosigkeit bei den PatientInnen entstehen kann.

Schmerz ohne medizinische Evidenz

• Fallbeispiel

Herrn B.s Verletzungsfolgen werden meist besonders schmerzhaft, wenn er sich in seinem österreichischen Alltag überfordert fühlt. So hat ein Konflikt in seinem Wohnheim bei ihm so massive Schmerzen ausgelöst, dass er ins Krankenhaus gebracht wurde. Dort konnte aber kein Grund für eine stationäre Aufnahme gefunden werden. In der darauffolgenden psychotherapeutischen Sitzung geht es vor allem um diese Irritation. Er bekommt Psychoedukation über den Zusammenhang von Stress, Spannung und Schmerzen, speziell auf seine Lebensgeschichte zugeschnitten. Mit diesem Wissen kann er genauer verstehen und einordnen, was geschehen ist und erlangt so auch ein Stück weit Kontrolle über seine Reaktionen auf künftige Stresssituationen. Die Anerkennung, dass sein Schmerz durchaus real war, aber eben nicht organisch bedingt, hilft ihm, sich selbst besser zu verstehen.

Schmerz ist in der psychotherapeutischen Arbeit mit Folter- und Kriegsüberlebenden ein zentrales Thema. Judith Herman, die sich ausführlich mit schweren Traumatisierungen beschäftigt hat, schreibt dazu:

„Chronisch Traumatisierte erreichen nie mehr einen Grundzustand physischer Ruhe oder Entspannung. Im Laufe der Zeit haben sie das Gefühl, als kämpfe ihr Körper gegen sie. Sie klagen nicht nur über Unruhe und Schlaflosigkeit, sondern über zahlreiche somatische Beschwerden“ (Herman 2003: 123).

Manche dieser Beschwerden können in direktem Zusammenhang mit dem Erлитenen gesehen werden. So klagte ein Patient über ganz eigenartige Haut- und Gewebeschmerzen im Bauchbereich. Als Therapeutin und Zeugin seines Leidens konnte ich dies aber erst dann besser verstehen, als er von einer traumatischen Sequenz erzählte: Als Kriegsgefangener musste er mit nacktem Oberkörper

per im Schnee knien. Die Gewehrmündung eines der Wärter war auf diese Stelle seines Körpers gerichtet und er hat gedroht, ihn zu erschießen. Hier wird verständlich, warum sich genau diese Form des Schmerzes als Speicher der traumatischen Erinnerung gebildet hat. Mit der Möglichkeit, zu erzählen und damit diesen existenziellen Schrecken in Worte zu fassen, konnte der Schmerz langsam reduziert werden. Da die Verbindung zwischen der körperlichen Empfindung und der Erinnerung an das Erlebte geknüpft war, gelang es dem Patienten, wieder ein Stück weit seine eigenen Empfindungen zu verstehen und damit zu kontrollieren.

Allerdings sind wir in der therapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen nicht nur mit posttraumatischen Belastungen konfrontiert, sondern sehr häufig mit nach wie vor akuten Belastungen. Es kommt zur extrem schwierigen Vermengung von zurückliegenden traumatischen Erfahrungen, die reaktiviert werden, und akuten Bedrohungsszenarien (Ottomeyer 2011).

• Fallbeispiel

Frau C. klagt zunehmend unter Schmerzzuständen im ganzen Körper. Ihr Asylverfahren zieht sich in die Länge, und seitdem sie erneut einen negativen Bescheid erhalten hat, sind die Schmerzen besonders schlimm geworden. Obwohl ihr Rechtsanwalt ihr erklärt hat, dass sie mit der Berufung gute Chancen auf einen sicheren Aufenthaltstitel hat, wirkt sie gebrochen, ihren Schmerzen hilflos ausgeliefert. Es ist in ihrem Fall (wie in ähnlich gelagerten anderen Fällen) verständlich, warum es für die Behörde schwierig ist, ihre Verfolgungsgeschichte zu verstehen. Sie war massiver sexueller Gewalt ausgesetzt und konnte zuerst gar nicht und dann nur fragmentarisch darüber berichten. Dass sie sich seither in weite Gewänder und ein Kopftuch hüllt, scheint auch nicht hilfreich für ihr Verfahren und die von ihr erwartete Integration in die europäische Gesellschaft.

Psychotherapeutisch können wir Menschen wie Frau C. vor allem stabilisieren. Wünschenswert wäre natürlich, dass sie auf rechtlicher Basis genug Sicherheit gewinnen würden, damit ihre Situation

tatsächlich „post-traumatisch“ wird. Behandlungen, sowohl auf psychischer wie auf physischer Ebene, hätten dann eine wesentlich bessere Prognose.

Schmerz und Trauer

Dem Schmerzerleben kann auch die Verbundenheit mit verstorbenen Angehörigen zugrunde liegen. Gerade Flüchtlinge konnten ihre Angehörigen oft nicht im kulturell und religiös angemessenen Rahmen verabschieden. Im Chaos des Krieges

blieb keine Zeit dafür; durch die Flucht gab es keine Möglichkeit, die vorgesehenen Rituale auszuführen; es gibt keine Chance, das Grab zu besuchen. Trauer kann nicht gelebt werden und führt oft zu massivem Schmerz.

• Fallbeispiel

Herr H. leidet unter einem brennenden Gefühl am Rücken. Medizinische Abklärungen sind ohne Befund geblieben. Erst nach längerer Zeit erzählt er vom Tod mehrerer Familienangehöriger bei einem Brand. Das bisher unerklärliche Symptom steht auf einmal in Beziehung zur komplizierten und traumatischen Erfahrung von Herrn H.

Es geht daher zuerst einmal darum, Trauer sehr behutsam erlebbar zu machen, indem ich nach den Namen der verstorbenen Angehörigen frage und Herrn H. einlade, über diese Menschen zu erzählen. Langsam ist er in der Lage, über schöne Erlebnisse und die Besonderheiten seiner verlorenen Geschwister zu berichten. Unterbrochen werden diese Erzählungen von Tränen und tiefer Trauer: Nie mehr wird er mit ihnen Schönes erleben können. Aber da die Erinnerung wieder belebt worden ist, wendet er sich den vielen kleinen und größeren Ereignissen des gemeinsamen Lebens zu und kann sich aus der ständigen Wiederholung

des Todesmomentes – und damit aus den Schmerzen – lösen.

Flüchtlinge haben viele Verluste erlebt und müssen sich der Trauer stellen, um im Leben weitergehen zu können. Eine Möglichkeit für unklare Schmerzphänomene kann daher auch Trauervermeidung sein. Diese zu verstehen und langsam den Trauerprozess zu initiieren und zu begleiten, ist Teil vieler unserer Interventionen. Trauer braucht Zeit. Daher braucht es auch langfristige Begleitung durch diese schwierige Lebensphase (Preitler 2006, 2015, 2016).

Schlussbemerkungen

Psychotherapie für Menschen, die schwere Traumatisierungen durch Menschenrechtsverletzungen erlitten haben, ist Teil der gesundheitlichen Grundversorgung. Es bedarf in einer demokratischen Gesellschaft, die sich zu den Menschenrechten bekennt, dringend ausreichende Therapieplätze, die Rehabilitation – so weit als möglich – bereitstellen. Die Rechte auf Würde und Gesundheit können somit für die Betroffenen ein Stück weit wieder hergestellt werden und bedeuten für die gesamte Gesellschaft ein Bekenntnis zu unverbrüchlichen Werten.

Literatur und Datenquellen

- Améry J. *Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten.* München: dtv/Klett-Cotta, 1988.
- Herman J. *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden.* Paderborn: Junfermann, 2003 (1992).
- Huemer F. Vorwort. In: Mirzaei S, Schenk M (Hg.). *Abbilder der Folter. Hemayat: 15 Jahre Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen.* Wien: Mandelbaum, 2010: 9-12.
- Kastenberger E. Das Trauma und seine Auswirkungen auf das autonome Nervensystem. *Jatros* 2014; 5/14: 32-35.
- Mirzaei S, Schenk M (Hg.). *Abbilder der Folter. Hemayat: 15 Jahre Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen.* Wien: Mandelbaum, 2010.
- Ottomeyer K. *Die Behandlung der Opfer. Über unseren Umgang mit dem Trauma der Flüchtlinge und Verfolgten.* Stuttgart: Klett-Cotta, 2011.
- Preitler B. *An ihrer Seite sein. Psychosoziale Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen.* Innsbruck: Studienverlag, 2016.
- Preitler B. *Grief and Disappearance. Psychosocial Interventions.* Delhi: Sage, 2015.
- Preitler B. *Ohne jede Spur ... Psychotherapeutische Arbeit mit Angehörigen „verschwundener“ Personen.* Gießen: Psychosozial-Verlag, 2006.

6.4.4 Krieg – Migration – Schmerz – Trauma: Chronischer Schmerz mit komplexen Traumafolgestörungen bei Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien

Sanela Piralic-Spitzl

Zusammenfassung

In diesem gendersensiblen Ansatz werden die komplexen Traumafolgestörungen geflüchteter Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und die Implikationen für Diagnose und Therapie beleuchtet. Offengelegt wird der Zusammenhang zwischen einer posttraumatischen Belastungsstörung und dem Vorliegen von chronischen Schmerzen bzw. die Rolle der Traumatisierung in Bezug auf die Ausformung der Schmerzsymptomatik sowie dem Auftreten von somatischen und psychiatrischen Komorbiditäten. Es zeigt sich, dass nicht nur die Lokalisation, sondern auch die Intensität der Schmerzen oft direkt mit der Art der Traumatisierung verbunden ist. So etwa treten starke Schmerzen vor allem im Bereich des Beckens, des Gesichts, des Rückens und der Blase sowie Fibromyalgie sehr oft nach sexueller Misshandlung und physischer Gewalt auf. Insgesamt erweist sich jedoch der aktuelle Wissensstand über die Zusammenhänge zwischen bestimmten Schmerzbildern und unterschiedlichen Traumaformen noch als sehr ungenügend.

Einleitung

„Seit diesem Tag... die Sonne wärmt nicht mehr... die Blumen duften nicht mehr... es ist alles anders... ich bin anders... ich bin nicht ich... aber ich lebe...“

Frau H.

Frauen, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, berichten häufig über somatische Reaktionen, wobei Schmerzsymptome überdurchschnittlich oft auftreten. Besonders bei Personen mit Migrationshintergrund stellen die Komplexität der Symptome und die notwendige Differenzialdiagnostik für TherapeutInnen

eine Herausforderung dar. Im folgenden Beitrag wird ein kurzer Überblick über kulturspezifische Aspekte der Therapie (Diagnose, Behandlung, Beziehungsarbeit) im sozio-politischen Kontext sowie über Zusammenhänge zwischen Schmerzen und vorausgehenden Traumatisierungen gegeben.

Begriffsdefinition: Akute vs. chronische Schmerzen

Grundsätzlich gelten Schmerzen als weit verbreitete Phänomene, die meist als eine Art Gefahrensignal des Körpers dienen und einen protektiven Zweck erfüllen. Der akute Schmerz lässt sich in den meisten Fällen gut lokalisieren, wobei die Auslöser oft deutlich erkennbar sind. Dies sind beispielsweise Entzündungen, also aversive äußere Reize²⁰, oder auch endogene Prozesse, die im Körper selbst entstehen. Diese Art von Schmerzen

dauern meistens nur einige Tage bis maximal wenige Wochen an. Verspürt man den Schmerz jedoch längerfristig, also mehr als ein halbes Jahr, oder kehrt er in kurzen Abständen immer wieder zurück, so spricht man von chronischen Schmerzen. Die positive Wirkung eines warnenden Signals geht dadurch verloren, stattdessen entwickelt sich durch den andauernden Schmerz ein eigenes Krankheitsbild.

²⁰ Aversiver Reiz: unangenehmes Ereignis, das Schmerz, Angst oder eine Vermeidungsreaktion auslöst.

Chronische Schmerzen werden im Allgemeinen als „unangenehme, sensorische und emotionale Erfahrungen“ beschrieben. Gemäß der Definition der ISAP (*International Association for the Study of Pain*, zit. nach Merskey 1984) werden chronische Schmerzen darüber hinaus als „unangenehme heftige Sinnes- und Gefühlslebnisse, die mit tatsächlichen oder möglichen Gewebeschäden verbunden sind“ bezeichnet.

Es gibt verschiedenste komplexe Faktoren, die maßgeblichen Einfluss auf chronische Schmerzen

haben. Diese sind sowohl psychologisch als auch physiologisch oder aber auch sozial bedingt (vgl. Kapitel 5.1.2 und Kapitel 5.3). Die Ursachen chronischer Schmerzen können beispielsweise schmerzbezogene Kognitionen (Informationsverarbeitungsprozesse), unangepasste Stressbewältigungsstrategien oder geringe Selbstwirksamkeitserwartungen²¹ sein. Diese Faktoren können Schmerzen nicht nur bedingen, sondern vor allem auch über einen langen Zeitraum aufrechterhalten.

Begriffsdefinition: Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Posttraumatische Belastungsstörung kann als Folge von traumatisierenden Ereignissen entstehen, wobei als Trauma jene Geschehnisse verstanden werden, die das eigene Leben oder die Unversehrtheit anderer Personen gefährden und massiv bedrohen. Dazu zählen beispielsweise das Erleben von körperlicher sexualisierter oder emotionaler Gewalt, Krieg, Terror, Entführungen, Folter, Unfälle, lebensbedrohliche Krankheitsdiagnosen oder auch Naturkatastrophen. Grundsätzlich kann zwischen „man-made“ (durch Menschenhand verursachte) und „non-man-made“ (Naturkatastrophen) sowie zwischen einmaligen oder mehrmaligen Traumata unterschieden werden.

Symptome der Störung sind unter anderem Gefühle der Hilflosigkeit, ein vollkommen erschüttertes Selbst- und Weltverständnis, Albträume, erhöhte Schreckhaftigkeit (Vigilanz), Wiedererinnern an traumatische Erlebnisse (Intrusionen) und Wiedererleben oder Nachhallerinnerungen (Flashbacks). In weiterer Folge kommt es häufig zu sozialem Rückzug und Depersonalisationsphänomenen, also das Empfinden, vom eigenen Körper oder den eigenen psychischen Vorgängen losgelöst zu sein und sich wie ein Roboter oder wie im Traum zu fühlen.

Körperliche sowie gefühlsmäßige Reaktionen treten mit intrusiven (sich immer wieder aufdrängenden) Sinneseindrücken auf, die mit annähernd derselben Intensität wie zum Zeitpunkt der Traumatisierung erlebt werden. Erinnerungsbilder, die sich – hervorgerufen durch Situationen, Personen oder

auch Gegenstände – aufdrängen, werden mit Trauma-Erlebnissen assoziiert und deswegen vermieden.

Obwohl der emotionale Zustand und die psychische Befindlichkeit der Betroffenen sehr unterschiedlich sein können, gibt es typische Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Charakterisiert werden Traumafolgestörungen durch Angst, gedrückte Stimmung, Scham und Schuldgefühle sowie erhöhte Reizbarkeit oder emotionale Taubheit. Weiters ist eine psychovegetative und emotional-kognitive Übererregbarkeit zu beobachten.

Psychosoziale Umstände, subjektive Bewertungen und individuelle Risikofaktoren beeinflussen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer PTBS nach einem traumatischen Erlebnis. Zu den psychosozialen Faktoren einer erhöhten Verletzbarkeit (Vulnerabilität) zählen etwa familiäre Belastungen oder auch der (meist niedrige) sozioökonomische Status. Auch eine prätraumatische Geschichte kann ein individueller Risikofaktor sein. Die beobachtete Symptomatik kann dabei unmittelbar direkt oder auch mit (zum Teil mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (verzögerte PTBS).

²¹ Erwartung einer Person, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbst ausführen zu können (Bandura 1977).

Chronische Schmerzen und PTBS

Prävalenz von chronischen Schmerzen und PTBS

Im internationalen wissenschaftlichen Diskurs besteht erst seit Kurzem eine intensivere Diskussion bezüglich des Zusammenhangs zwischen PTBS und chronischen Schmerzen unter Berücksichtigung physiologischer, psychologischer und sozialer Parameter. So konnte mehrfach gezeigt werden, dass PTBS-PatientInnen wesentlich öfter chronische Schmerzen entwickeln als dies umgekehrt der Fall ist (Entwicklung einer PTBS – vgl. Otis et al. 2003; Dirkzwager et al. 2007). Bei vorliegender Komorbidität kann Schmerz die Ausprägung der PTBS-Symptomatik negativ beeinflussen (vgl. Amital et al. 2006) sowie – wenn unmittelbar nach einem traumatischen Erlebnis auftretend – die Entwicklung einer PTBS begünstigen (vgl. Maercker & Horn 2013; Norman et al. 2007).

PatientInnen, die aufgrund eines Verkehrsunfalls an chronischen Schmerzen leiden, weisen zu 50 Prozent eine PTBS auf. Bei 51 Prozent aller PatientInnen, die über chronische Rückenschmerzen klagen, konnte ebenfalls eine PTBS diagnostiziert werden (vgl. Zettl et al. 2004; Schoberth 2003). Die Schmerzprävalenz der PTBS-PatientInnen liegt

bei 34–80 Prozent, im Gegensatz dazu beträgt die PTBS-Prävalenz bei SchmerzpatientInnen 10–50 Prozent (vgl. Otis et al. 2003).

Bei Flüchtlingen, die keine Folter erfahren haben, beträgt die Begleiterkrankung der beiden Störungsbilder 41 Prozent. Demgegenüber stehen jene Geflüchtete, die gefoltert wurden: Hier beträgt die Komorbidität 62 Prozent (vgl. Van Ommeren et al. 2002). Je schwerer die Foltererfahrung für die Betroffenen war, desto ausgeprägter zeigen sich die PTBS-Symptome (vgl. Traue & Jerg-Bretzke 2016; Frewer et al. 2012).

Studien, die Kriegsveteranen bezüglich psychischer Folgeerkrankungen und Komorbiditäten untersuchten, wiesen auf deutliche Zusammenhänge (zwischen 68–90 Prozent) zwischen chronischen Schmerzen und traumabezogenen Erkrankungen hin (vgl. Lolk et al. 2016; Jerg-Bretzke 2013; Shipherd et al. 2007; Aigner et al. 2006; Poundja et al. 2006). Bei Folteropfern gehen Olsen et al. (2006) von einer Prävalenz von 75 Prozent aus.

Zusammenhang zwischen PTBS und chronischen Schmerzen

Zwischen PTBS und chronischen Schmerzen existiert ein signifikanter Zusammenhang bezüglich physiologischer, psychologischer und sozialer Komponenten. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass sich chronische Schmerzen öfter bei PTBS-PatientInnen entwickeln als umgekehrt (vgl. Berger et al. 2014; Liedl et al. 2010).

Die posttraumatische Belastungsstörung kann durch Schmerzsymptome negativ beeinflusst und deutlich verschlimmert werden, vor allem wenn die Schmerzen unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis auftreten. Ebenso kann die Erinnerung an ein traumatisches Ereignis die bestehende Schmerzsymptomatik verstärken und die Chronifizierung in weiterer Folge negativ beeinflussen.

Das „*Perpetual Avoidance Model*“ (vgl. Liedl & Knaevelsrud 2008) erweitert das Bedingungsgefü-

ge der Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen um die entsprechenden Faktoren bei gleichzeitig bestehender PTBS. Ein entscheidendes, mehrfach bestätigtes Verbindungsglied und zugleich Ansatzpunkt für Interventionen stellt das Vermeidungsverhalten bzw. Inaktivität dar. In diesem Zusammenhang muss auf die sozioökonomische und psychosoziale Versorgungssituation bestimmter PatientInnengruppen, insbesondere MigrantInnen, hingewiesen werden (vgl. Piralic-Spitzl et al. 2009). Ebenso geht auch die „*Mutual Maintenance Theory*“ davon aus, dass sich diese beiden Störungen sowohl gegenseitig beeinflussen als auch aufrechterhalten können (vgl. Sharp & Harvey 2001).

Die Rolle der Traumatisierung

In Bezug auf die Ausformung der Schmerzsymptomatik spielt die Art des erlittenen Traumas eine entscheidende Rolle. So treten bei erwachsenen Überlebenden von psychischen, physischen oder sexuellen Misshandlungen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Schmerzen in den Bereichen Becken, Rücken, Gesicht und Blase auf ebenso wie Fibromyalgie, interstitielle Zystitis und lang anhaltende Kopfschmerzen (vgl. Asmundson et al. 2000).

Die Theorien bezüglich dieses Zusammenhangs sind breit gefächert und berücksichtigen Persönlichkeitsentwicklung, Neurobiologie und Neurophysiologie, Gedächtnis, Verhalten und persönliche Bewältigungsstrategien.

Der aktuelle Wissensstand über die Zusammenhänge zwischen bestimmten Schmerzbildern und unterschiedlichen Traumaformen ist dennoch ungenügend. Für die zukünftige Forschung ist es deshalb in der Arbeit mit chronischen SchmerzpatientInnen von entscheidender Bedeutung, sämtliche Leistungserbringer im Gesundheitssystem für die Problematik und die Komorbiditäten von posttraumatischen Belastungsstörungen zu sensibilisieren. Die Erhebung und Dokumentation von traumatischen Erlebnissen in der Vergangenheit und Kindheit der PatientInnen ist hier unerlässlich.

Komorbiditäten

Somatische Komorbiditäten

Medizinische Forschungen belegen, dass bei Trauma-PatientInnen eine Häufung hirnstruktureller und neurobiologischer Veränderungen auftreten. Diese neurobiologischen Abweichungen betreffen insbesondere die Fehlregulation unterschiedlicher Neurotransmitter, die sich in verschiedenen Symptomatiken im somatischen Bereich – wie etwa erhöhtem Blutdruck, Atemproblemen, Herzrasen (Tachykardie) – und in einem allgemein erhöhten Erregungsniveau äußern (vgl. Haenel & Wenk-Ansohn 2004).

Psychiatrische Komorbiditäten

Auch hinsichtlich anderer psychiatrischer Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen postulieren Avdibegovic und Sinanovic (2006) in ihrer Studie mit 239 weiblichen Opfern aus Bosnien und Herzegowina, dass neben Missbrauchserfahrungen in der Kindheit ebenso häusliche Gewalt im Erwachsenenalter eine signifikante Determinante für depressive Erkrankungen darstellt.

Genderspezifische Unterschiede

Durch gendersensible Untersuchungen konnte verdeutlicht werden, dass zwischen Frauen und Männern große Unterschiede im Bereich des psychopathologischen Status sowie der seelischen Befindlichkeit existieren.

Obwohl somatoforme Beschwerden und Schmerzen nicht an ein bestimmtes Geschlecht gebunden sind, liegt die Prävalenz bei Frauen deutlich höher als bei Männern: Frauen geben in fast allen Studien mehr (geschlechtsunabhängige) Beschwerden und eine höhere Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen an als Männer. Das Geschlechterverhältnis für alle relevanten Krank-

heitsbilder liegt bei ca. 1,5 – 3 zu 1, bei einzelnen Krankheitsbildern wie dem Fibromyalgie-Syndrom sogar noch höher (vgl. z. B. Jensen et al. 2014; Pogatzki-Zahn et al. 2009; Dirkzwager et al. 2007; Kapfhammer 2001).

In verschiedenen Studien konnten deutliche Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf Symptomwahrnehmung, Ansprechen auf Schmerzmedikamente, Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und Ursachenfaktoren festgestellt werden:

Festgestellte Geschlechtsunterschiede

- **Symptomwahrnehmung:** Aufgrund niedrigerer Sensibilitätsschwellen nehmen Frauen Schmerzreize früher und differenzierter wahr. Schmerzen werden daher als länger andauernd erlebt und unterscheiden sich auch je nach Monats- oder Lebenszyklus.
- **Ansprechen auf Schmerzmedikamente:** Wissenschaftliche Befunde sind zwar noch nicht mit genügend Daten untermauert, um ein eindeutiges Ergebnis liefern zu können, dennoch werden in der Therapie Unterschiede beobachtet. Opioide wirken bei Frauen akkurater, während nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) bei Männern eine verstärkte Wirkung zeigen.
- **Medizinische Versorgung:** Ärztliche Hilfe und Unterstützung werden zwar von Frauen öfter als von Männern aufgesucht, dennoch ist ihre Behandlung deswegen nicht automatisch intensiver, da die Intensität der Schmerzen bei Frauen tendenziell unterschätzt wird.
- **Ursachen:** Eine wesentliche Rolle im Schmerzerleben spielen nicht nur Genetik, Anatomie und Hormone, auch soziokulturelle und psychosoziale Faktoren stellen signifikant wichtige Determinanten dar (vgl. Kautzky-Willer & Tschachler 2012).

Psychische Störungen

Frauen leiden nahezu doppelt so häufig unter affektiven, Angst- und/oder Essstörungen (ausgenommen der bipolaren Störung). Bei der Agoraphobie (Platzangst, Angst vor Menschenmengen) liegt der Anteil der weiblichen Betroffenen bei bis zu 80 Prozent. Demgegenüber fallen Männer vermehrt durch hohe Prävalenzzahlen bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung sowie bei Störungen durch Alkohol- und Drogenabhängigkeit auf. Paradox scheinen hingegen die Fakten zum suizidalen Verhalten zu sein. Während deutlich mehr Frauen Suizidversuche ausüben (ca. 65% der Selbstmordversuche werden von Frauen ausge-

führt), werden zwei Drittel bis drei Viertel der tatsächlichen Selbstmorde von Männern verübt. Diese Ergebnisse lassen sich für alle Altersstufen generalisieren, wobei Suizide bei Männern im Alter nochmals deutlich zunehmen. Mögliche Ursachen hierfür sind unbehandelte Depressionen und vermehrter Alkohol- und Drogenkonsum (vgl. Gadebusch & Katsari 2014; Rieder & Lohff 2008).

Ebenso sind bei der posttraumatischen Belastungsstörung deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf den psychopathologischen Status von PatientInnen ersichtlich.

6

Traumaerfahrungen von Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien

Die erlebten Traumaerfahrungen von Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien sind für Frauen und Männer unterschiedlich. Weibliche Patientinnen berichten öfter über Vergewaltigungen, Vernachlässigungen in ihrer Kindheit sowie über körperliche bzw. sexuelle Gewalt in der Familie, während Männer körperliche Angriffe in Form von Bedrohungen mit Waffen und Kriegserfahrungen beschreiben. Die Symptome, die sich bei meinen weiblichen Patientinnen äußern, sind in erster Linie affektive und Angststörungen, Borderline- und Essstörungen. Frauen, die in ihren Familien körperliche bzw. sexuelle Gewalt erlebt haben, sind später auch signifikant häufiger in der Ehe von Gewalt betroffen. Bei Männern äußern sich die Ge-

walterfahrungen vermehrt durch Suchterkrankungen. Bei sexuellen Misshandlungen in der Kindheit der männlichen Patienten handelt es sich bei den Tätern meistens um keine Familienmitglieder.

Neben genderspezifischen Unterschieden ist zudem zu beachten, dass Menschen in Migration bzw. mit Migrationserfahrung spezielle Bedürfnisse aufweisen und der Prozess der Aus- bzw. Einwanderung an sich traumatisierend und Anlass für psychische Erkrankungen sein kann. So leiden weibliche Migrantinnen aus der ersten Generation („Gastarbeitergeneration“) verstärkt unter Depressionen und somatoformen Schmerzstörungen, während Frauen, die erst vor kurzem

immigriert sind, vermehrt Angststörungen, Panikattacken und PTBS aufweisen. Auffallend ist zudem, dass junge Patientinnen aus Familien mit

Migrationserfahrung in Vorgeneration(en) häufig an Persönlichkeitsstörungen leiden.

Spezifische Perspektive aus therapeutischer Sicht

Was muss bei der Arbeit mit bzw. der Therapie von Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien beachtet werden?

Aus meiner Perspektive ist vor allem jener Umstand zu beachten, dass die Arzt-Patienten-/Therapeutenbeziehung im ehemaligen Jugoslawien einen anderen Stellenwert als in Österreich besitzt: Der Berufsgruppe der ÄrztInnen wird von allen Bevölkerungsgruppen großes Vertrauen entgegengebracht. Der Kommunikationsstil ist auf beiden Seiten sehr offen, der Körpersprache wird hohe Bedeutung beigemessen, Patientinnen vertrauen ihren ÄrztInnen auch private Sorgen und Ängste an. Somit wird eine positive und tragfähige therapeutische Beziehung rasch aufgebaut. Patientinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien lernen in für sie zunächst irritierenden Erfahrungen, dass die Arzt-Patientenbeziehung in Österreich in vielen Fällen anders funktioniert und stärker durch Neutralität und Sachlichkeit gekennzeichnet ist.

tientinnen die Grundlage für ein gutes therapeutisches Klima dar. Positive Erfahrungen mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt bilden eine stützende Beziehung, die als Gegengewicht zu traumatischen Erlebnissen dienen kann und im weiteren Prozess als eine gute Übertragungsbeziehung dient. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt und wecken Patientinnen in ihrem Gegenüber polarisierende Gefühle, Gedanken und Werthaltungen, resultiert dies meist in einer entsprechenden Gegenübertragung, welche letztendlich wiederum in einem Beziehungsabbruch endet. Weiters sind kulturspezifische Aspekte der Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn von essenzieller Bedeutung – sowohl für die Diagnosestellung als auch für den erfolgreichen Behandlungsprozess, aber auch für eine adäquate Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems und der Vermeidung einer Chronifizierung.

Verständnis, Geduld und Vertrauen sowie die Beachtung kulturspezifischer Unterschiede stellen insbesondere in der Arbeit mit traumatisierten Pa-

Persönliche Erfahrungen mit Patientinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien

Die Patientinnen, mit denen ich arbeite, haben hauptsächlich langanhaltende, zum Teil auch mehrfach sogenannte „kumulative“ Traumatisierungen erlebt. Der Grund für diese Erscheinungen sind insbesondere Missbrauch, sexuelle Nötigungen und Folterungen in der Kindheit, Vergewaltigungen während des Bosnienkrieges oder körperliche und sexuelle Gewalt in der Familie. Sehr oft erleben die Patientinnen auch in der Partnerschaft jahrelange psychische und häusliche Gewalt.

Neben den Hauptdiagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung – wie Persönlichkeitsveränderung nach einem Extremtrauma, somatoforme Schmerzstörungen, Depressionen und

chronische Schmerzen – konnte ich zumeist noch weitere psychiatrische Komorbiditäten beobachten. Überwiegend handelte es sich dabei um dissoziative Störungen, Suchterkrankungen, Angststörungen und Panikattacken.

Meine Patientinnen klagen oft über Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibsschmerzen, ebenso leiden sie oftmals an Atemnot oder Essstörungen. Sie berichten auch von Durchschlafstörungen, in ihren Alpträumen kehren traumatische Erlebnisse szenisch wieder. Das Wiederkehren der Traumata nehmen sie akustisch und mit ihrem Geruchssinn (olfaktorisch) auch tagsüber wahr. Des Weiteren empfinden meine Patientinnen andau-

ernde Angst- und Erregungsanspannungen, Schreckhaftigkeit und Konzentrationsstörungen. Auch eine verminderte Gedächtnisleistung gehört oftmals dazu. Daraus resultiert ein Verlust der Selbstachtung sowie des Selbstwertgefühls, was zu Verunsicherung und in manchen Fällen sogar zu Suizidversuchen führt.

Allgemeine Übererregung, Herzrasen, Schweißausbrüche, ein übersensibles Lärmempfinden sowie Empfindlichkeit auf starkes Licht gehören auch zu den Symptomen, von denen mir meine Patientinnen berichten. Im Magen-Darm-Bereich verspüren sie oftmals Schmerzen und muskuläre Verspannungen. Im Affekt wirken viele Frauen und Betroffene verzweifelt, hilf- und ratlos oder sogar ängstlich und misstrauisch, oft auch aggressiv. Sie verkriechen sich buchstäblich in ihr Leid, klagen über soziale Isolation und leben ständig mit dem Gefühl, dass mit ihnen etwas nicht in Ordnung wäre.

Aus einer psychologisch-psychotherapeutischen Sicht ist zu erkennen, dass ein Nebeneinander zwischen intensiven Erinnerungszuständen (Intrusionen) und Erinnerungslücken (hippocampale Amnesie) besteht. Die Stressreaktion ist anhaltend und erhöht zunächst die Stresshormone. Diese sinken im chronischen Verlauf drastisch und lösen unter anderem Magen-Darm-Störungen, Kopfschmerzen und andere Schmerzstörungen aus.

Ich konnte beobachten, dass bei Frauen vermehrt affektive und in einem geringeren Umfang kogni-

Behandlung

Neben der Erklärung des Zusammenhangs und der Wechselwirkungen zwischen PTBS und chronischen Schmerzen stellt auch die gemeinsame Behandlung dieser beiden Störungsbilder für somatische und psychotherapeutische TherapeutInnen häufig eine Herausforderung dar.

Ich sehe meine Aufgabe als Therapeutin darin, mit Empathie und Geduld den Schmerz als einen Hilfeschrei des Körpers zu erkennen. Es ist wichtig, den Hintergrund bzw. Sinn des Schmerzes zu verstehen, um ihn als ein Warnsignal wahrnehmen zu können. Ebenso muss ich mit meinen Patientinnen daran arbeiten, ihren Körper bewusst

tive Schmerzverarbeitungsmuster vorliegen, die sensorische Verarbeitung ist jedoch intakt. Bei Frauen, die zusätzlich an Depressionen leiden, werden sowohl affektive als auch kognitive Schmerzkomponenten gestört.

Viele der Patientinnen empfinden Scham und Schuldgefühle. Bei vorliegender Amnesie denken sie, sie wären zu dumm und zu unfähig, um sich vollständig an ihre traumatischen Erlebnisse zu erinnern. Die Erinnerungen sind zwar manchmal vorhanden, aber nur in Bruchstücken, fragmentiert und ungeordnet im episodischen Gedächtnis gespeichert, sodass Details nicht abgerufen werden können oder deren Reihenfolge durcheinander gerät.

Zusätzlich leiden meine Patientinnen an Vermeidungsverhalten, das den therapeutischen Prozess erschwert und verlängert, da bestimmte Inhalte nicht, anders oder erst viel später erzählt werden können. Manche Berufsgruppen – vor allem jene, die sich nicht mit dem Thema Trauma eingehend beschäftigt haben – missinterpretieren abweichende Erzählungen als mangelnde Kooperationsbereitschaft. Daraus entsteht schnell ein negatives Klima in der Kommunikation. Schlimmstenfalls erleben die Betroffenen dadurch eine Retraumatisierung und ziehen sich noch weiter in die Passivität zurück. Daher ist das richtige Verständnis eine Schlüsselfunktion und ein wichtiger Aspekt für die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen.

wahrzunehmen und ihre Seele danach zu fragen, was sie benötigt, damit sich der Körper nicht mehr in Form von Schmerzen Ausdruck verleihen muss.

Bei einer falschen Reaktion kann es leicht passieren, dass Patientinnen in eine sogenannte „Opferfalle“ tappen. Durch das Gefühl der Hilflosigkeit könnten Patientinnen denken, dass ich als Therapeutin für den Genesungsprozess alleine verantwortlich bin. Würde ich diese Verantwortung tatsächlich übernehmen, wären meine Patientinnen in einer Spirale der Abhängigkeit gefangen, die aller Voraussicht nach in Enttäuschung und Wut resultieren würde. Außerdem führt dies zu „Doctor

Shopping“, was unter anderem mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem einhergeht.

Ein traumatisches Erlebnis sieht man einer Person nicht an, deswegen kann es passieren, dass traumatisierte Personen einen zunächst völlig unauffälligen Eindruck vermitteln. Ein vermeidendes und abwehrendes Verhalten kann sich auch auf die Untersuchenden auswirken und es entsteht leicht die Gefahr, das Trauma zu bagatellisieren. Koffer voller Medikamente jeglicher Art (Kopf-, Rücken- oder Bauchschmerztabletten, Tabletten gegen Schlaflosigkeit und viele weitere mehr) sind meist das Resultat. Diese Mittel helfen meinen Patientinnen meistens nicht längerfristig, da das vorliegende Trauma dadurch nicht behandelt werden kann. Daraus folgt wiederum, dass die Betroffenen dauerhaft unglücklich sind. Wenn sich dieser Gemütszustand dann auch auf die Behandelnden auswirkt, kann dies zu mangelnder Empathie und in weiterer Folge zu einer falschen Diagnose und Therapie führen. Dies wiederum kann die Ursache für Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit oder Frühpensionierung der Betroffenen sein, was letztlich also auch hohe gesellschaftliche Kosten nach sich zieht.

In einer vertrauenswürdigen Umgebung können sich meine Patientinnen öffnen – dies stellt den wichtigsten Aspekt der Behandlungen dar. Betroffene Frauen können misstrauisch gegenüber ihren Mitmenschen und ihrer Umgebung sein, fast feindlich eingestellt – das sind Resultate von komplexen und chronischen traumatischen Erfahrungen. Weitere Auswirkungen sind Gefühle der Leere, der Nervosität, Rückzug von Emotionen und Hoffnungslosigkeit. Die Patientinnen fühlen sich zudem oft bedroht und entfremdet. Die größte Herausforderung in einer Untersuchungssituation ist die Überwindung dieser Ängste, die Vermittlung von Stabilität, Verständnis und Sicherheit.

Während den Behandlungen ist mir eine subjektive Einschätzung meiner Patientinnen bezüglich der möglichen Ursachen bzw. der Entstehung ihrer Krankheiten wichtig. Meine Patientinnen müssen für sich individuell erfassen, was sie unter Krankheit und Gesundheit verstehen. Neben persönlichen Erfahrungen und individueller Sozialisation spielen auch kulturelle Unterschiede eine wesentliche Rolle bei der Empfindung, Bewertung und Interpretation von Schmerzen. Aus diesem Grund haben meine Patientinnen auch eine ganz eigene Vorstellung von ihrer Krankheit. Es erfor-

dert daher ein Verständnis der gesamten Lebenswelt meiner Patientinnen, um die Behandlung auf jede meiner Klientinnen individuell abstimmen zu können.

Aus systemischer und familientherapeutischer Sicht ist die Studie von Klarić et al. (2008) unbedingt erwähnenswert: Die Autoren postulieren, dass soziale Unterstützung im Familien- und Freundeskreis als wichtigste protektive Determinante und einflussreichster Prädiktor für die Entwicklung, Aufrechterhaltung und Behandlung schwerer Traumata fungiert.

Frau H. – ein Fallbeispiel

Ich möchte meine Arbeit mit einer – wie ich finde – sehr berührenden Geschichte einer Patientin abschließen, die zeigt, dass traumatisierte Personen unglaubliche Stärke beweisen und ihr Leben trotz schwerster Schicksalsschläge meistern können.

Die Patientin hat mich von meiner Schweigepflicht entbunden und mir die Erlaubnis erteilt, Auszüge aus ihrem Tagebuch zu übersetzen und zu veröffentlichen.

• Fallbeispiel: Auszüge aus einem Tagebuch

Warum habe ich überlebt?

„... Ich wurde während Titos Regierung und der sozialistischen Zeit in unser schönes Jugoslawien geboren. Wir waren alle gleich, Religion hat keine Rolle gespielt.

... Gott, gibt es dich überhaupt? Was habe ich dir angetan? Ich habe wie alle anderen normalen Frauen meine Aufgaben pflichtbewusst erfüllt. Ich bin eine wissbegierige Schülerin, eine treue Ehefrau, eine geduldige Lehrerin, eine gute Mutter.

Du hast mich doppelt gestraft und meines Lebens bedroht. Warum?

... Ich trage tiefe Schmerzen in mir, die ich jeden einzelnen Tag spüre ...

... Ich habe unerträgliche Gefühle voller Wut, Frustration, Empörung, Zorn, Entmutigung und zugleich Hilflosigkeit, Ohnmacht, Verzweiflung und panischer paranoider Angst in mir.“

Weiße Armbänder – Prijedor 1992

„... In unserer Stadt herrschte Hass, Angst, Hunger; die einzigen wenigen Menschen bewegten sich wie Roboter, manche liefen starr vor sich hin, ohne ein Ziel zu haben; ich glaube, dass sie sich aus purer Angst bewegten ...

... Mein Mann wurde ganz zu Beginn des Krieges von serbischen Soldaten entführt und von mir weggebracht ...

... Ich teilte dieses Schicksal nicht allein. Fast alle katholischen und islamischen Männer wurden wie Tiere eingesammelt und in einem LKW zusammengepfercht in unbekannte Gebiete entführt. Ich wusste die kommenden fünf Jahre nicht, ob mein Mann noch am Leben war.

... Wir hinterbliebenen Frauen und Kinder beider Religionen mussten weiße Armbänder tragen ... Niemand von uns wehrte sich dagegen. Wir trugen sie ganz leise. Ich beobachtete Menschen mit Armbändern, spürte, wie sie vor lauter Angst versteinert waren, wie kein Licht mehr in ihren Augen flackerte.

... In dieser Zeit schlief ich besonders schlecht. In einer Nacht erwachte ich plötzlich von meinem eigenen Schrei. Mein Körper zitterte, mein Herz tickte wie eine laute Uhr. Plötzlich sah ich aus heiterem Himmel das Bild meiner verstorbenen Mutter. Ich sah deutlich ihr Gesicht neben mir. Sah, wie sie selbst als Kind ein weißes Armband trägt.

... Ich hörte deutlich die Stimme meiner Mutter, die mir als Kind erzählte, wie sie mit meinen Großeltern im Konzentrationslager Jasenovac²² als jüdische Gefangene festgehalten wurden. Meine Großeltern überlebten nicht.

... Seit dieser Nacht spürte ich die doppelte Last der Weißen Armbänder; die Geschichte meiner Mutter und Verfahren verfolgte mich ständig und zugleich musste ich selbst ebenso ein Armband tragen, damit ich in der Öffentlichkeit als Frau eines muslimischen Mannes erkannt wurde.

... Jeden Tag und jede Nacht hörte ich die Stimme meiner Mutter, die mir schreckliche Dinge aus Jasenovac erzählte. Ich hörte die unglaubliche Lebensgeschichte meiner Mutter und meiner Großeltern. Sie erzählte mir, wie sie Hunger litt, wie meine Großeltern gefoltert und am Ende vergast worden waren.

... Die doppelte Last der Weißen Armbänder als Kind einer jüdischen Familie und Frau eines islamischen Manns wurde so groß, dass ich es eines Tages nicht mehr ausgehalten und das Armband abgenommen habe. Leider erkannten mich einige Soldaten und fragten mich, warum ich das Armband nicht trage. In Todesangst wusste ich nicht, was ich ihnen sagen oder erklären könnte.

... Ich wurde mit meinen beiden Töchtern und anderen muslimischen und katholischen Frauen vom Serbischen Paramilitär nach Omarska gebracht.“

²² Das Konzentrationslager Jasenovac (Eigenbezeichnung: Sammellager Nr. III) war während des Zweiten Weltkriegs das größte Sammel-, Arbeits-, Konzentrations- und Vernichtungslager im sogenannten, jedoch von den faschistischen Regierungen Deutschlands und Italiens abhängigem, Unabhängigem Staat Kroatien, und zugleich nach Gefangenzahlen eines der größten in ganz Europa.

Omarska²³

„Aus Omarska ... Ich kann mich nicht genau erinnern, was damals in Omarska passiert ist.
 ... Ich kann mich nun doch erinnern, dass ich über Tage, Wochen und Monate täglich – manchmal allein,
 manchmal mit mehreren Frauen – abgeholt wurde. Wir mussten nackt vor den Männern tanzen und Alkohol
 trinken. Wir mussten ihnen vorspielen, dass wir es genossen ...
 Wenn wir uns verweigerten, verletzten sie uns mit Scherben einer zerbrochenen Glasflasche im Vaginal-
 bereich.
 ... Ich träumte oft, dass ich neben vielen anderen Frauen nackt auf Steinen liege, wenn eine von uns weinte,
 ignorierten wir sie einfach.
 ... Manchmal rieche ich plötzlich einen beißenden unerträglichen Gestank – eine Mischung aus Alkohol und
 Schweiß ... und dann kommen meine Schmerzen ...
 ... Jedes Mal wenn ich eine Fliege sehe, drängen sich mir viele schreckliche Erinnerungen auf: neben mir liegen
 halbnackte Frauen, manche von ihnen kenne ich, einige sehe ich zum ersten Mal. Manche weinten leise. Es
 herrschte immer Grabesstille, nur die Fliegen surrten ...
 ... Ich erinnere mich daran, dass ich ein Stück Stoff suchte, damit ich meine tote Nachbarin bedecken könne ...
 Auf der anderen Seite lag eine Frau, die mir sagte, dass es hier nicht einmal ein Tuch gäbe, um die Tränen
 trocknen zu können.
 ... Ich habe das Gefühl, dass ich in dieser Zeit vor lauter Angst seelisch gestorben bin. Es ist ein seltsames
 Gefühl. Ich weiß, dass ich physisch da war, aber ich spürte mich überhaupt nicht ...
 ... Mein Mann wurde in Tomastica²⁴, eine nahe gelegene Ortschaft von Prijedor, gefoltert und getötet ...“

Frau H. wurde in doppelter Hinsicht schwer traumatisiert. Einerseits erlitt sie durch die Erzählungen ihrer Mutter eine transgenerationale Traumatisierung, andererseits wurde sie als Opfer und Gefangene des Konzentrationslagers in Omarska über fünf Monate hinweg täglich körperlich und

psychisch gefoltert. Die entsetzlichen Berichte und Bilder drängten sich ihr viele Jahre später als leibhaftige Erinnerungen auf und riefen typische Symptome einer PTBS wie Intrusionen und Flashbacks hervor.

Die Folgen von diagnostischen Fehlern: „Herr Doktor, bis jetzt hat kein Medikament geholfen“

Frau H. wurde mir von einem praktischen Arzt mit der Diagnose „Anpassungsstörung“ zugewiesen. Obwohl die Patientin dem Arzt mehrmals berichtete, dass sie den Bosnien-Krieg vor Ort miterlebt hatte, explorierte der Arzt nicht weiter. Der Patientin wurden über viele Jahre hindurch unterschied-

liche Schmerzmittel verschrieben, die allerdings keine Wirkung zeigten. Im Laufe der Zeit entwickelte die Patientin eine Somatisierung ihrer seelischen Schmerzen, die lange Krankenstände, Arbeitslosigkeit, große Hilflosigkeit und Unzufriedenheit zur Folge hatte.

Resümee

Aktuell wird sowohl in der wissenschaftlichen Forschung als auch unter TherapeutInnen der Zusammenhang zwischen chronischen Schmerzen und der posttraumatischen Belastungsstörung intensiver thematisiert und diskutiert. Beide Störungsbilder sind durch hohe Komorbiditätsraten gekennzeichnet, wobei PatientInnen, die unter ei-

ner PTBS-Symptomatik leiden, signifikant häufiger chronische Schmerzen entwickeln, als dies bei anderen Erkrankungen oder umgekehrt der Fall wäre. Schmerz kann in vielen Fällen die Ausprägung und Dauer der PTBS-Symptomatik nicht nur negativ beeinflussen, sondern diese ebenso zusätzlich begünstigen.

23 Das Gefangenenlager Omarska befand sich während des Bosnienkrieges in Omarska, einer Bergarbeiterstadt in der Nähe von Prijedor im Norden Bosnien-Herzegowinas. In diesem Lager wurden von Kämpfern der Republika Srpska (RS) insgesamt zwischen 5.000 und 7.000 (mehrheitlich) BosniakInnen und KroatInnen aus der Umgebung von Prijedor gefangen gehalten.

24 In Tomastica befindet sich ein riesiges Massengrab.

Die Therapie von multimorbiden traumatisierten Frauen, die unter einer chronischen Schmerzstörung leiden, erfordert immer interdisziplinäre und multidimensionale Behandlungspläne, die möglichst individuell auf die Patientinnen abgestimmt sein sollten. Neben psychologischer/psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung müssen weitere Aspekte wie soziale und interkulturelle Bedürfnisse Beachtung finden.

Des Weiteren sollten kulturspezifische Aspekte sowohl in der Diagnostik als auch in der Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn berücksichtigt werden, um die Basis für einen erfolgreichen Behandlungsprozess zu schaffen und eine Chronifizierung der Symptomatik zu vermeiden.

Literatur und Datenquellen

- Aigner M, Piralic-Spitzl S, Freidl M et al. Transkulturelle Unterschiede bei somatoformer Schmerzstörung – eine Vergleichsstudie von Patienten mit Herkunft aus dem ehemaligen Jugoslawien und Österreich. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2006; 7(2): 38-42.
- Amital D, Fostick L, Polliack ML et al. Posttraumatic stress disorder, tenderness, and fibromyalgia syndrome: are they different entities? *J Psychosom Res* 2006; 61: 663–669.
- Asmundson GJ, Bonin MF, Frombach IK, Norton GR. Evidence of a disposition toward fearfulness and vulnerability to posttraumatic stress in dysfunctional pain patients. *Behav Res Ther* 2000; 38(8): 801-12.
- Avdibegović E, Sinanović O. Consequences of Domestic Violence on Women's Mental Health in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal* 2006; 47(5): 730–741.
- Bandura A. Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 1977; 84(2): 191–215.
- Berger M, Piralic-Spitzl S, Aigner M. Trauma and posttraumatic stress disorder in transcultural patients with chronic pain. *Neuropsychiatrie* 2014; 28(4): 185-191.
- Bischoff N, Morina N, Egloff N. Chronischer Schmerz bei Traumatisierung. *PiD – Psychotherapie im Dialog* 2016; 17(04): 69-72.
- Boos A. Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung: Ein Therapiemanual (Vol. 26). Hogrefe Verlag. 2005.
- Dirkzwager AJ, van der Velden PG, Grievnik L, Yzermans CJ. Disaster-related posttraumatic stress disorder and physical health. *Psychosom Med* 2007; 69: 435–440.
- Fikretoglu D, Brunet A, Poundja J et al. Validation of the deployment risk and resilience inventory in French-Canadian veterans: Findings on the relation between deployment experiences and postdeployment health. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 51(12): 755-763.
- Frewer A, Bruns F, May AT (Hg.). Ethikberatung in der Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer, 2012.
- Gadepusch Bondio M, Katsari E (Hg.). Gender-Medizin: Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin. Bielefeld: transcript, 2014.
- Haenel F, Wenk-Ansohn M (Hg.). Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Weinheim: Beltz, 2004.
- Jensen MP, Johnson LE, Gertz KJ et al. 15 Worte, um chronischen Schmerz zu beschreiben. *Journal Club Schmerzmedizin* 2014; 3(01): 24-25.
- Jerg-Bretzke L, Walter S, Limbrecht-Ecklundt K, Traue HC. Emotional ambivalence and post-traumatic stress disorder (PTSD) in soldiers during military operations. *Psychosoc Med*. 2013; 17: 10.
- Kapfhammer HP. Somatisierung – somatoforme Störungen – Ätiopathogenetische Modelle. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 2001; 69(02): 58-77.
- Kautzky-Willer A, Tschachler E. Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts: Die weibliche und die männliche Seite der Medizin. Wien: Verlag Kremayr & Scheriau KG (Orac), 2012.
- Kerns RD, Otis J, Rosenberg R, Reid MC. Veterans' reports of pain and associations with ratings of health, health-risk behaviors, affective distress, and use of the healthcare system. *Journal of rehabilitation research and development* 2003; 40(5): 371.

- Klarić M, Francisković T, Klarić B et al. Social support and PTSD symptoms in war-traumatized women in Bosnia and Herzegovina. See comment in: *PubMed Commons below Psychiatr Danub*. 2008; 20(4): 466-73.
- Liedl A, O'Donnell M, Creamer M et al. Support for the mutual maintenance of pain and post-traumatic stress disorder symptoms. *Psychol Med*. 2010; 40(7): 1215-23.
- Liedl A, Knaevelsrud C. Chronic pain and PTSD: the Perpetual Avoidance Model and its treatment implications. *Torture* 2008; 18(2): 69-76.
- Lolk M, Byberg S, Carlsson J, Norredam M. Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression – a prospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2016; 13; 16(1): 447.
- Machleidt W, Heinz A. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier Urban & Fischer, 2011.
- Maercker A, Hecker T. Trauma- und Gewaltfolgen – psychische Auswirkungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2016; 59(1): 28-34.
- Maercker A, Horn AB. A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical psychology & psychotherapy* 2013; 20(6): 465-481.
- Merskey H. Re: Comments on DSM III: a new nomenclature for classifying patients with chronic pain. *Pain* 1984; 18(1): 103-5.
- Norman SB, Stein MB, Dimsdale JE, Hoyt DB. Pain in the aftermath of trauma is a risk factor for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 2008 Apr; 38(4): 533-42. Epub 2007 Sep 10.
- Olsen DR, Montgomery E, Bøjholm S, Foldspang A. Prevalent musculoskeletal pain as a correlate of previous exposure to torture. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006; 34: 496-503.
- Otis JD, Keane TM, Kerns RD. An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Journal of rehabilitation research and development* 2003; 40(5): 397.
- Piralic-Spitzl S, Friedrich F, Freidl M, Aigner M. (Hg). Subjektive Lebensqualität und Schmerz – der Einfluss sozialer Faktoren bei somatoformen SchmerzpatientInnen mit Migrationshintergrund. In: Golsabahi S, Stompe T, Heise T (Hg). Jeder ist weltweit ein Fremder. Beiträge zum 2. Kongress des DTPPP in Wien. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2009: 159-168.
- Pogatzki-Zahn EM, Englbrecht JS, Schug SA. Acute pain management in patients with fibromyalgia and other diffuse chronic pain syndromes. *Acute Pain* 2009; 3(11): 146.
- Poundja J, Fikretoglu D, Brune, A. The co-occurrence of posttraumatic stress disorder symptoms and pain: is depression a mediator? *J Trauma Stress* 2006; 19(5): 747-51.
- Rieder A, Lohff B. Gender Medizin: Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis: Geschlechtsspezifische Aspekte. Wien, New York: Springer, 2008.
- Schoberth O. PTSD, psychosomatische Komorbidität und Risikofaktoren bei Patienten mit akuter Unfallverletzung. (Doctoral dissertation, Bibliothek der RWTH Aachen). 2003.
- Sharp TJ, Harvey AG. Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical psychology review* 2001; 21(6): 857-877.
- Shipherd JC, Keyes M, Jovanovic T et al. Veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder: What about comorbid chronic pain? *J Rehabil Res Dev*. 2007; 44(2): 153-66.
- Sieberer M, Maksimović S, Ersöz B et al. Depressive symptoms in first- and second-generation migrants: A cross-sectional study of a multi-ethnic working population. *International Journal of Social Psychiatry* 2012; 58(6): 605-13. doi.org/10.1177/0020764011418418, Aug 29, 2011.
- Traue HC, Jerg-Bretzke L. Long-term consequences of physical and psychological trauma exposition. *MMW Fortschr Med* 2016 Feb 4; 158(2): 60-62. doi: 10.1007/s15006-016-7757-4.
- Traue HC, Jerg-Bretzke L, Hrabal V. Schmerz und Schmerztherapie nach schweren Traumatisierungen. In Standl T, Schulte am Esch J, Bardenheuer HR, Treede RD et al. (Hg.). Schmerztherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2010: 451-458.
- Van Ommeren M, Sharma B, Sharma GK et al. The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese refugee torture survivors: examination of comorbidity with anxiety and depression. *J Trauma Stress* 2002; 15(5): 415-21.
- Villano CL, Rosenblum A, Magura S, Fong C. Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder and chronic severe pain in psychiatric outpatients. *Journal of rehabilitation research and development* 2007; 44(2): 167.
- Zettl RP, Ruchholtz S, Lewan U et al. Lebensqualität ploytraumatisierter Patienten 2 Jahre nach Unfall. *Notfall Rettungsmed* 2004; 7: 547-553.

6.4.5 Transgeneratives Trauma verfolgter Volksgruppen

Klaus Peter Mihacek

Zusammenfassung

Für Menschen mit traumatischen Erfahrungen durch Verfolgung, organisierte Gewalt, Folter oder Flucht, insbesondere für komplex traumatisierte Überlebende des Nationalsozialismus, besteht nicht nur die Gefahr einer lebenslangen Chronifizierung ihres Leidens und die Entwicklung von vielfältigen Komorbiditäten, sondern darüber hinaus droht auch die transgenerative Weitergabe des Psychotraumas an die Folgegeneration(en). Aus der bio-psycho-sozialen Arbeit mit NS-Überlebenden und deren Nachkommen kennen wir das Zusammenwirken von Psychotrauma (PTBS) und den Belastungen und Einschränkungen, die sich in einem *circulus vitiosus* daraus ergeben können. Chronische und über Jahre bestehende Schmerzen stellen dabei nicht selten das Leitsymptom dar. Die individuelle Biographie der/des Einzelnen sowie die dazugehörige Familiengeschichte ist dabei immer ein wichtiger Aspekt in der psychosozialen Diagnostik und Behandlungsplanung.

Einleitung

Das psychosoziale Zentrum ESRA wurde 1994 gegründet und hat es sich seither zur Aufgabe gemacht, umfassende psychosoziale Behandlung, Betreuung und Begleitung für Überlebende der nationalsozialistischen Verfolgung (unabhängig vom Verfolgungsgrund) sowie für deren Angehörige und Folgegenerationen zu gewährleisten.

Im Zuge der jahrzehntelangen Erfahrungen konnte die gewonnene Expertise auch anderen PatientInnengruppen zugänglich gemacht werden. In der jüngsten Vergangenheit sind dies zunehmend Menschen mit Migrations- und/oder Fluchterfahrung, die größtenteils schwere Traumatisierungen erlebt haben.

Als Basis für die hierfür entwickelten Arbeitsmodelle und Behandlungskonzepte dient die sogenannte „Angewandte Psychotraumatologie“, also die bio-psycho-soziale²⁵ Arbeit mit Menschen, die aufgrund von psychischen/seelischen Verletzungen und Erkrankungen an den Folgen eines Psy-

chotraumas, d. h. an sogenannten Traumafolgeerkrankungen leiden.²⁶

Obwohl das klinische Phänomen von posttraumatischen seelischen Störungen bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts beschrieben wurde²⁷, dauerte es beinahe weitere 100 Jahre, bis dieses Krankheitsbild in den international angewandten Krankheitsklassifikationssystemen (DSM und ICD)²⁸ aufgenommen wurde (Maercker 2013b: 14). Dies ist insofern von besonderer Wichtigkeit, da diese Manuale für die Diagnostik eine grundlegende Orientierung darstellen.

25 Das bio-psycho-soziale Modell fokussiert die Wechselbeziehungen zwischen Körper und Psyche im sozialen Kontext.

26 Häufig verwendeter diagnostischer Begriff, dt.: PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung; engl.: PTSD = posttraumatic stress disorder.

27 Für einen umfassenden historischen Rückblick siehe insbesondere Fischer-Homberger 2004 sowie Sandler et al. 1988.

28 DSM, engl.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ist ein von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) herausgegebenes Klassifikationssystem von psychischen Krankheiten;

ICD, engl.: *International Classification of Diseases*, ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene internationale Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen.

Psychotrauma – Schmerz: Begriffsbeschreibungen

Was versteht man unter einem Psychotrauma bzw. einem psychischen Trauma? Nach den aktuell gültigen klinischen Definitionen wird ein Trauma als ein kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß definiert, das nahezu bei jedem Menschen tiefgreifende Verzweiflung, Ohnmacht und Kontrollverlust auslösen würde. Es handelt sich dabei um ein oder mehrere Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, mit ernsthafter Verletzung oder Gefahr für die eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten.²⁹

Wesentlich ist – neben dieser allgemeinen Beschreibung einer traumatischen Situation – die Klassifikation nach weiterführenden Gesichtspunkten. Ist es ein Trauma, das von einem anderen Menschen verursacht wurde, so spricht man von einem „*man made disaster*“. Wurde es durch einen Unfall oder eine Naturkatastrophe ausgelöst, spricht man von „*nature made disaster*“. Eine wichtige Unterscheidung ist zudem, ob es sich um ein einmaliges und/oder kurzzeitiges Ereignis (Typ I) handelt oder um ein lang- oder länger andauerndes, sich wiederholendes, traumatisches Geschehen (Typ II) (Terr 1989). Heute wissen wir, dass ein menschenverursachtes und länger andauerndes traumatisches Ereignis zu schwersten Traumatisierungen führen kann.

Hinsichtlich der Symptome von Traumafolgestörungen können wir im Überblick vier wesentliche Symptomgruppen benennen (Maercker et al. 2013a):

3. **Wiedererleben/Intrusionen:** das ungewollte Wiedererinnern und Wiedererleben von traumatischen Situationen (Flashbacks, Albträume etc.).
4. **Vermeidungsverhalten:** das Meiden von Aktivitäten, Orten und Situationen, die an das traumatische Geschehen erinnern könnten. Hierzu zählt auch das sog. „*numbing*“ (dt.: Betäubung), das von Betroffenen als eine Art

Entfremdungsgefühl anderen Menschen gegenüber beschrieben wird.

5. **Negative Kognitionen und Stimmung:** negative Überzeugungen und Erwartungen bezogen auf die eigene Person oder auf andere Menschen. Negative Gefühle wie Angst, Schrecken, Wut oder auch Scham- und Schuldgefühle. Unfähigkeit, positive Gefühle zu erleben.
6. **Übererregbarkeit** (engl.: *hyperarousal*): der Körper reagiert nicht mehr wie vor dem Trauma, Belastungen führen zu viel stärkerer Erregung, es kommt z. B. zu einer gesteigerten Schreckhaftigkeit oder zu Überempfindlichkeit gegenüber Geräuschen, Gerüchen etc.

Aus unserer täglichen Praxis kennen wir jedoch vermehrt PatientInnen, deren Beschwerden über diese Symptomgruppen hinausgehen. Hier wurde die Bezeichnung „**komplexe posttraumatische Belastungsstörung**“ eingeführt, da diese Betroffenen zusätzlich zu den oben angeführten Kernsymptomen noch weitere Beschwerden aufweisen, wie etwa anhaltende und tiefgreifende Beeinträchtigungen der Gefühlsregulation (z. B. Wutausbrüche, aggressives Verhalten) oder nachhaltige Schwierigkeiten in ihrer Beziehungsfähigkeit (Familie, PartnerInnenschaft, Arbeitsplatz, sozialer Nahraum usw.).

Zu all diesen Symptomen kommen meist noch weitere Folge- und Begleitprobleme hinzu. Man spricht daher von „Komorbiditäten“³⁰ der posttraumatischen Belastungsstörung. Die häufigsten sind Depressionen, Angststörungen, Suchtverhalten oder sogenannte „Somatisierungsstörungen“, also körperliche Beschwerden ohne fassbare organische Ursache. Hierzu zählt das Erleben von konkreten oder diffusen Schmerzen, entweder kurzzeitig oder langanhaltend, einmalig oder wiederkehrend, anhaltend/chronisch, bis hin zum Ganzkörperschmerz oder dem Fibromyalgiesyndrom (FMS)³¹.

29 Vgl. ICD-10 und DSM-IV-TR, zit. n. Maercker (2013b: 14).

30 Unter Komorbiditäten versteht man das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen, die mit einer definierten/diagnostizierten Grunderkrankung einhergehen.

31 Fibromyalgie (FMS) bedeutet übersetzt „Muskel-Faser-Schmerz“ und wird auch oft als „Weichteilrheuma“ bezeichnet. Fibromyalgie ist eine neurologische Erkrankung der Schmerzverarbeitung und Schmerzverarbeitung.

Psychotrauma – Schmerz: Transgenerative Weitergabe

Eine große Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen hat in den vergangenen Jahren den Zusammenhang von Posttraumatischem Belastungssymptom (PTBS) und chronischen Schmerzstörungen fokussiert. Aufgrund der unterschiedlichen PatientInnengruppen und Forschungsdesigns sind die jeweiligen Ergebnisse oft nicht einheitlich vergleichbar (vgl. Moeller-Bertram et al. 2012; Egle et al. 2014; Liedl & Knaevelsrud 2008: 644). Wir können jedoch davon ausgehen, dass eine PTBS das Schmerzempfinden intensiviert (Hyperalgesie³²), dass die Lebensqualität der Betroffenen durch vielfältige Beeinträchtigungen signifikant niedriger ist (insbesondere Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit, psychische und körperliche Belastbarkeit etc.) und das Psychotrauma einen Risikofaktor für die Chronifizierung von Schmerzen darstellt (vgl. Morasco et al. 2013; Egle et al. 2014).

Grundsätzlich erfüllt die Schmerzfunktion des menschlichen Körpers ein wichtiges Signal, das eine protektive, also schützende Reaktion auslöst (vgl. Liedl & Knaevelsrud 2008: 644). Wenn Schmerzen nun diese wichtige, weil warnende Wirkung verlieren, entwickeln sie sich zu einem eigenständigen Krankheitsbild. Von chronischen Schmerzen spricht man immer dann, wenn diese über einen längeren Zeitraum andauern. Dabei handelt es sich um eine weit verbreitete Störung, mit umfassenden Auswirkungen, sowohl auf die Patientin/den Patienten als auch auf das unmittelbar mitbetroffene soziale Umfeld.

Im Rahmen einer großen österreichweiten Untersuchung wurde 2011 erhoben, dass in Österreich „Schmerz“ die zweithäufigste Ursache für einen Besuch in der ärztlichen Praxis darstellt (vgl. Joanneum Research 2011; Krahulec et al. 2012). Hinzu kommen Krankenstände und Spitalsaufenthalte, deren Ursache sehr oft in chronischen Schmerzen begründet ist.

Aus unserer Arbeit mit Überlebenden des Nationalsozialismus kennen wir das Zusammenwirken von Psychotrauma (PTBS)³³ und den Belastungen

und Einschränkungen, das sich in Wechselwirkung mit den oft hinzukommenden Komorbiditäten entwickelt. Chronische und manchmal über Jahre bestehende Schmerzen stellen dabei nicht selten das Leitsymptom dar.

Im Zuge der psychosozialen Diagnostik und Behandlungsplanung ist die individuelle Biographie der/des Betroffenen immer ein wesentlicher Aspekt, und hierzu gehört vor allem auch die Familiengeschichte. Internationale Forschungsergebnisse zeigen zwar im Vergleich ein heterogenes Bild³⁴, einzelne Studien stimmen jedoch darin überein, dass Traumafolgestörungen transgenerativ, also von einer Generation zur nächsten Generation weitergegeben werden (Yehuda et al. 2016; Fossion et al. 2015; Küffer et al. 2014; Klütsch & Reich 2012; Braga et al. 2012 u. a. m.).

Was an die Folgegeneration(en) weitergegeben wird bzw. wie sich das in der Folge klinisch manifestiert, ist vielfältig. Betroffen sind dabei Bereiche wie das Selbstwertgefühl (z. B. Identitätsprobleme), kognitive Auffälligkeiten (z. B. ausgeprägter Pessimismus, katastrophisierende Erwartungen), Affektivität (z. B. Vernichtungängste) sowie interpersonelle Schwierigkeiten (z. B. Bindungsängste). Hinzukommen können auch psychosomatische Beschwerden, die Neigung zu Schuldgefühlen, Schwierigkeiten im Gefühlsausdruck, Aggressionshemmung oder Depressivität (Kellermann 2001 und Wiseman et al. 2006, beide zit. in Klütsch & Reich 2012).

Daher ist es von vorrangiger Wichtigkeit, dass wir in der Arbeit mit TraumapatientInnen immer auch versuchen, mögliche Traumaerfahrungen der Eltern und Großeltern in die Diagnostik miteinzubeziehen.

32 Unter Hyperalgesie versteht man in der Medizin eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit, sowohl auf schmerzhaft als auch auf üblicherweise nicht schmerzhaft Reize.

33 Der Begriff „Psychotrauma“ als *umbrella term* verweist auf mehrere diagnostische Begriffe. Neben der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS) können damit auch „Traumafolgestörungen“ (bzw. engl. *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*) erfasst und bezeichnet werden.

34 Übersicht zu Methoden, Populationsamples und Untersuchungsdesigns siehe Fossion et al. 2015.

Drei Generationen Fallvignette

Anhand einer Falldarstellung über drei Generationen soll nachstehend verdeutlicht werden, in welchen Kombinationen transgenerativ wirkende

Aspekte eines Psychotraumas Niederschlag finden können.

• Generation 2: Frau Angermann, Indexpatientin³⁵

Frau Angermann (geb. 1967) stammt aus dem Saarland in der Bundesrepublik Deutschland und gehört einer im Nationalsozialismus verfolgten Volksgruppe an³⁶. Im Alter von 26 Jahren lernte sie in ihrer Heimatstadt ihren Mann, einen Handelsvertreter aus Österreich, kennen und übersiedelte nach der Heirat mit ihm in eine niederösterreichische Kleinstadt. Hier bekam das Paar zwei Kinder, die 1995 und 1998 zur Welt kamen. Ihr Mann war beruflich oft im Ausland unterwegs, Frau Angermann musste sich daher alleine um die Versorgung und Erziehung der gemeinsamen Kinder kümmern. Durch die Funktion als quasi Alleinerziehende fiel es ihr – vor allem in den Anfangsjahren – sehr schwer, in Österreich soziale Kontakte außerhalb der engsten Familie ihres Mannes zu knüpfen.

Ihre Volksgruppenzugehörigkeit verschwieg sie im Alltag weitestgehend, zu groß war ihre Angst, Diskriminierung und Benachteiligung zu erfahren. Auch familiär kam es deshalb immer wieder zu Spannungen, Frau Angermann fühlte sich in der Familie ihres Mannes, der nicht ihrer Volksgruppe angehört, nicht akzeptiert und offen abgelehnt.

Sie kommt im Jahr 2005, im Alter von 38 Jahren, erstmals zu ESRA. Überwiesen wurde sie von einer psychiatrischen Ambulanz, wo sie aufgrund von massiven Angst- und Panikattacken bereits seit einiger Zeit in Behandlung stand. Inhalt ihrer Angstzustände war vorrangig die Angst, einen Herzstillstand zu bekommen. Zudem war sie bereits seit längerem bei verschiedenen praktischen ÄrztInnen in Behandlung. Diese Praxen suchte sie oft mehrmals wöchentlich auf, mit der Bitte ein EKG/eine Herzmessung zu machen, weil sie

Schmerzen in der Brustgegend verspüre. Da sie aufgrund von organisch unauffälligen Befunden immer wieder auf die Möglichkeit einer psychosomatischen Ursache hingewiesen wurde, wechselte sie häufig die jeweilige Hausärztin/den jeweiligen Hausarzt, da sie sich unverstanden und nicht ernstgenommen fühlte. Mit der Zeit kamen auch noch migräneartige Kopfschmerzen und massive Angstzustände hinzu. Diese veranlassten sie zu einer völlig unkontrollierten Einnahme verschiedenster Medikamente, die sie entweder auf ärztliche Verordnung bekam oder rezeptfrei in der Apotheke kaufen konnte.

In ESRA wurden ihr neben einer (psycho-)pharmakologischen Neuausrichtung auch eine Psychotherapie vorgeschlagen und gemeinsam wurde ein Behandlungsplan entworfen. Dieser umfasste neben neurologisch-psychiatrischer Behandlung und den wöchentlich stattfindenden Psychotherapiestunden auch regelmäßige sozialarbeiterische Kontakte. Die Anfangszeit gestaltete sich äußerst schwierig, da Frau Angermann viele Termine absagte oder ausfallen ließ und oft über lange Strecken den Kontakt nicht aufrechterhalten konnte. Immer wieder kam es zu psychosozialen Krisen. Es dauerte längere Zeit, bis Frau Angermann ihre Termine regelmäßig einhalten konnte und diese Zeit benötigte sie auch, um Vertrauen aufzubauen.

35 Unter dem Begriff „Indexpatientin“ ist hier jene Person (Symptomträgerin) aus dem Familiengefüge zu verstehen, die als erste in der Ambulanz vorstellig wurde.

36 Aus Gründen des Datenschutzes und der Anonymisierung wurden sämtliche Namen und Orte verändert. Auch auf die konkrete Volksgruppenzugehörigkeit wird daher hier nicht näher eingegangen. Die Anerkennung der verschiedenen NS-Opfergruppen ist im österreichischen Nationalfondsgesetz (N-FG) festgehalten und kann auf der Homepage des Nationalfonds der Republik Österreich für Opfer des Nationalsozialismus nachgelesen werden [<https://www.nationalfonds.org/opferanerkennung.html>].

• Generation 1: Frau Mertens, **Mutter** der Indexpatientin

Im Jahr 2009 brachte Frau Angermann erstmals ihre Mutter (Frau Mertens) zu einem Termin mit, da diese unter massiven Rückenschmerzen litt und ein Rezept für Schmerzmedikamente benötigte. Zu diesem Zeitpunkt verbrachte Frau Mertens den Großteil des Jahres bei ihrer Tochter, um ihr bei der Betreuung und Versorgung der Enkelkinder zu helfen, vor allem wenn Frau Angermann stationär im Krankenhaus war. Frau Mertens wohnte in diesen Zeiten mit der gesamten Familie in der viel zu kleinen Wohnung und teilte sich mit beiden Enkelkindern das Zimmer. Beide Geschwister hatten zu diesem Zeitpunkt bereits Probleme in der Schule. Grund hierfür waren vor allem Konzentrationsschwierigkeiten des 11-jährigen Sohnes sowie immer wieder Migräneanfälle (sog. Cluster-Kopfschmerz³⁷) der damals 14-jährigen Tochter von Frau Angermann.

Die finanzielle Lage der Familie Angermann wurde zunehmend angespannt, bedingt durch die schlechte Auftragslage in der Firma von Herrn Angermann, dem Schwiegersohn von Frau Mertens.

Im Rahmen der ersten Gespräche in ESRA stellte sich heraus, dass Frau Mertens schon seit Jahren an massiven Schmerzzuständen litt, besonders im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule, der Schultergelenke sowie an Bluthochdruck, der mit starken Schwankungen einherging. Auch sie versuchte durch Selbstmedikation ihre Schmerzen zu lindern, da sie nach eigenen Angaben versuchte, ÄrztInnen oder Spitäler grundsätzlich zu vermeiden.

Nach einer ausführlichen psychosozialen Anamnese wurden Frau Mertens zu Beginn psychoedukative Gespräche und in der Folge eine Traumatherapie/Psychotherapie angeboten, die sie anfangs eher unregelmäßig in Anspruch nahm. Für Frau Mertens war es in der Initialphase sehr schwierig, regelmäßig in eine psychosoziale Ambulanz, die für sie das Bild eines bedrohlichen Krankenhauses repräsentierte, zu kommen. Mit

der Zeit gelang es ihr jedoch, das nötige Vertrauen zu entwickeln und die anberaumten Termine auch wahrzunehmen.

Ihre Kindheit und Jugend als Angehörige einer während der NS-Zeit verfolgten Volksgruppe im Nachkriegsdeutschland waren in diesen Gesprächen sehr bald zentral. Vor allem die Tatsache, dass sie bis heute ihre Volksgruppenzugehörigkeit weitgehend verschwiegen, da sie immer wieder Benachteiligungen und Diskriminierungen erfahren hat, belastete sie sehr. Sie selbst kam wenige Monate nach Kriegsende zur Welt, ihrer Mutter gelang es, die beginnende Schwangerschaft im Konzentrationslager, wo sie interniert war, zu verbergen.

Bereits in jungen Jahren war Frau Mertens depressiv und suizidal. Im Alter von 19 Jahren kam sie deshalb zum ersten Mal stationär in eine psychiatrische Klinik in Norddeutschland. Dieser Aufenthalt war für sie von enormer Angst begleitet, da sie die Befürchtung hatte, dass man sie dort sterilisieren oder sogar umbringen würde.³⁸ Aus diesem Grund versuchte sie nach ihrer Entlassung einen neuerlichen Spitalsaufenthalt zu vermeiden und auch sonstige Arztkonsultationen vermied sie, wo sie nur konnte.

Kurz darauf (Ende der 1960er Jahre) heiratete sie und bekam zwei Kinder. Ihr Mann entwickelte sukzessive eine schwere Alkoholsucht und das Familienleben gestaltete sich zunehmend schwierig. Frau Mertens war sehr bald alleine für das Familieneinkommen zuständig, da ihr Mann aufgrund seiner Erkrankung immer wieder seine Arbeitsstelle verlor und schließlich völlig arbeitsunfähig und pflegebedürftig wurde.

Als ihre Tochter (Frau Angermann) heiratete und mit ihrem Mann nach Österreich zog, war das für Frau Mertens nach eigenen Worten ein „Riesenverlust“ und „kaum zu verkraften“. In dieser Zeit wurden ihre Rückenschmerzen erstmals so akut, dass sie sich zeitweise nur mit Hilfe von Krücken

37 Cluster-Kopfschmerz ist durch heftige, anfallsartige und konstant einseitig auftretende Kopfschmerzattacken gekennzeichnet.

38 Durch die NS-Gesetze kam es bereits während der 1930er Jahre zu rassenideologisch motivierten Körpervermessungen sowie (pseudo-)medizinischen Versuchen und gezielten Ermordungen. Flankierend erfolgten Zwangssterilisationen bei Frauen und Mädchen bestimmter Bevölkerungsgruppen. Viele der Betroffenen überlebten diese grausamen Eingriffe nicht. Für die Überlebenden führte dies in der Folge zu massiver Angst, Ablehnung und Vermeidung von ÄrztInnen, medizinischen Einrichtungen und Krankenhäusern. – Eine Angst, die sich in vielen Familien über Generationen bis in die Gegenwart fortsetzt.

fortbewegen konnte. Da sie ÄrztInnen und Krankenhäuser aus den genannten Gründen nicht aufsuchen wollte, kam es immer wieder zu unkontrollierten Einnahmen von Schmerzmedikamenten und blutdrucksenkenden Mitteln.

Für beide Frauen war die psychotherapeutische Arbeit in ESRA anfangs sehr schwierig, es kam bei Mutter und Tochter immer wieder zu Therapie-Unterbrechungen. Durch das langfristige Angebot war es für beide Frauen nach einiger Zeit jedoch möglich, von dieser innerpsychischen Arbeit zu profitieren. Frau Mertens fühlte sich durch den besonderen Umstand, in einer Einrichtung für NS-Überlebende betreut zu werden, erstmals wirklich sicher. Hier konnte sie die Verfolgungsgeschichte ihrer Volksgruppe, ihre persönliche kulturelle Identität sowie die damit verbundenen – und bis heute andauernden – Diskriminierungserfahrungen angstfrei thematisieren. Nach einiger Zeit äußerte sie den Wunsch, ihre Rückenschmer-

zen orthopädisch untersuchen zu lassen. Auch einer internistischen Untersuchung zur Abklärung ihres hohen Blutdruckes stimmte sie zu.

Die gesundheitliche Situation von Frau Angermann konnte sich mit der Zeit ebenfalls in einen überschaubaren Kontext entwickeln. Die Migräneanfälle traten seltener bzw. nicht mehr in der früheren Heftigkeit auf, und auch ihre Panikattacken und Angstzustände konnte sie im Therapieverlauf kontinuierlich besser reflektieren. Es kam jedoch immer wieder zu Rückfällen und Therapieunterbrechungen. Da es zur Symptomatik von Traumafolgestörungen zählt, dass Betroffene im Prozess des Hilfesuchens immer wieder Beziehungsabbrüche erleben und sich von ihrer Umwelt zurückziehen, bis hin zur sozialen Isolation, gilt es für die psychosoziale Arbeit umso mehr, dass jeder auch noch so kleine Entwicklungsschritt der PatientInnen als wichtiger Erfolg zu werten ist (vgl. Raab-Steiner et al. 2014).

• **Generation 3:** Jana Angermann, **Tochter** der Indexpatientin

Problematisch ist nach wie vor die Situation von Jana, der Tochter von Frau Angermann (und Enkelin von Frau Mertens). Aufgrund einer starken Migräne, die mit heftigem Erbrechen einhergeht, verlor sie mehrere Lehrstellen und konnte daher bislang keine Berufsausbildung abschließen. Nach einigen kurzfristigen Beschäftigungen als saisonale Aushilfskraft heiratete sie und übersiedelte mit ihrem Mann nach Oberösterreich zu dessen Familie. An dieser Stelle endete auch die Betreuung durch ESRA. Vor kurzem bekam das Paar eine Tochter. Die Schwangerschaft wurde von der behandelnden Gynäkologin aufgrund der bestehenden Beschwerden als Risikoschwangerschaft eingestuft und es kam vor der Entbindung zu mehreren stationären Aufenthalten.

Zusammenfassung – Erkenntnisse – Ausblick

Anhand dieser Fallvignette einer Familie wird nachvollziehbar, wie wirkmächtig ein psychisches Trauma über die Generationengrenzen hinweg sein kann und wie vielfältig diese seelischen Verletzungen dabei Ausdruck finden.

Bereits bei der Mutter der Indexpatientin, die intrauterin, also selbst noch im Mutterleib, das Konzentrationslager überlebt hat, können wir annehmen, dass sich dieser Umstand nachhaltig auf ihre psychische, physische und soziale Entwicklung ausgewirkt hat. Als Ungeborenes erlebte sie in dieser Zeit die Gefühlswelt der Mutter, die von großer Angst, Verzweiflung und Überlebenswillen geprägt war. Nicht nur musste die Mutter die Schwangerschaft vor den KZ-AufseherInnen verbergen, die ständige Bedrohung spiegelte sich auch im Lageralltag wider, der neben Mangelernährung und schwerster körperlicher Arbeit von Gewalt und Tod geprägt war.

Wir wissen aus vielen Forschungsarbeiten (Schwab 2009; Harville et al. 2010; Buss et al. 2012; Koen et al. 2016), dass derartig massive vorgeburtliche Belastungen auf die Hirnentwicklung bzw. die fetale Reifung der Hirnfunktionen (z. B. Volumen und Größe der Amygdala, Hippocampus) negativen Einfluss nehmen können. Eine solche „frühe Programmierung“ findet dann oft Ausdruck in Problemen der Gefühlsregulation (ADHS³⁹, Depressionen etc.) des betroffenen Kindes und späteren Erwachsenen. Zudem liefern epigenetische Untersuchungen laufend neue Hinweise, dass derartige Einflüsse sogar bis hin zu Genfunktionsveränderungen der Nachkommen führen können (Yehuda 2012; Palma-Gudiel et al. 2015).⁴⁰

Während ihrer ersten Lebensmonate konnte Frau Mertens nicht auf emotional stabile Bezugspersonen bauen, da in dieser Zeit die Überlebenden ihrer Familie die eigenen psychischen Verletzungen bewältigen mussten. In einem Klima überwältigender Trauer war für diese Eltern die reale phy-

sische Existenz eines Neugeborenen besonders wichtig. Die israelische Psychotherapeutin Dina Wardi, die sich mit den Auswirkungen des Holocaust in den Familien jüdischer Überlebender beschäftigt hat, beschreibt die Situation dieser Kinder, die sie „Gedenkkerzenkinder“ nennt, als eine Art Rettungsanker für die Eltern. Sie können nicht als eigenständige Individuen heranwachsen, sondern waren im Bewusstsein ihrer überlebenden Eltern immer auch ein Symbol für das Verlorene, den Verlust und den unaussprechlichen Schmerz, der sonst kaum Ausdruck finden konnte (Wardi 1997: 62). Wir können annehmen, dass eine solche emotionale Überforderung in den ersten Lebensjahren für die Patientin zum klinischen Zustandsbild einer majoren Depression mit immer wieder auftretenden suizidalen Phasen führte.

Hinzu kommt, dass die Volksgruppenzugehörigkeit für die Familie auch nach der NS-Verfolgung weiterhin Diskriminierung, Benachteiligung und Verbergen der eigenen Identität bedeutete. Hinsichtlich der Prozesshaftigkeit des innerpsychischen Geschehens entspricht dies einer weiteren Traumasequenz, wie sie Keilson 1979 beschrieben hat. Hier wird davon ausgegangen, dass auch die „Zeit danach“, also nach der konkreten Bedrohung, eine wesentliche Phase im traumatischen Ausformungsgeschehen markiert. Besonders wenn diese Zeit weiterhin durch Bedrohung, Angst und Mangel (bio-psycho-sozial) beeinträchtigt ist.

Für die Indexpatientin, die 1967 geboren wurde, ist diese Realität bis heute prägend. Erschwerend hinzu kamen die Alkoholsucht ihres Vaters sowie die kontinuierlich prekäre sozioökonomische Lage der Familie. Für die Patientin standen beide Elternteile als stabile Bezugspersonen nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Ihre Angststörung, Panikattacken sowie Vermeidungsverhalten und eine ausgeprägte Schreckhaftigkeit geben Hinweise darauf, dass sie frühkindlichen Stressoren ausgesetzt war und deren Folgen sich im Erwachsenenalter

39 ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (inkludiert u. a. Depressionen etc.).

40 Siehe dazu z. B. auch die Untersuchung von Oberlander et al. (2008): Anhand von Nabelschnurblut Neugeborener von Müttern, die im letzten Trimester der Schwangerschaft depressiver Stimmung waren, konnte aufgezeigt werden, dass auch die Säuglinge im Bereich eines bestimmten Gens, dem GR-Gen, Veränderungen (d. h. erhöhte Methylierung) zeigten und im Alter von drei Monaten eine erhöhte Cortisolreaktivität aufwiesen. (Anm: Cortisol wird in der Nebennierenrinde gebildet und gilt als wichtiges Stresshormon. Sein Wirkungsspektrum ist vielfältig, bei der Stressbewältigung arbeitet Cortisol mit vielen anderen Hormonen und neuronalen Botenstoffen/Neurotransmittern zusammen, um Stressreize verarbeiten zu können.)

neben psychischen Symptomen zusätzlich somatoform äußern (vgl. Egle 2015; McWilliams 2015).

Auch für die nachfolgende Generation haben sich einige dieser Belastungsfaktoren wiederholt. Protektive Faktoren wie etwa gute und sichere Bindungserfahrungen, stabile sozioökonomische Verhältnisse oder auch ein höherer Bildungsstand der Eltern ermöglichen es Kindern, emotional zu reifen und dabei ausreichend Copingstrategien für spätere Belastungssituationen zu entwickeln. Geschieht das nicht oder nur unzureichend, steigt das Risiko für Verhaltensprobleme (Störungen der Affektregulation), Somatisierung und – bei Exposition mit traumatischem Stress – auch das Risiko, eine Traumafolgestörung zu entwickeln (vgl. Klütsch & Reich 2012).

Aus unserer Arbeit mit Überlebenden des Nationalsozialismus wissen wir, wie wichtig es ist, neben einer grundsätzlich solidarischen Haltung mit den KlientInnen und PatientInnen, ihnen nachdrücklich und unmissverständlich die Anerkennung als Überlebende zu signalisieren. Besondere Aufmerksamkeit muss auch den Nachkommen gelten, da das Phänomen der transgenerativen Weitergabe von Traumaerfahrungen mittlerweile eine wichtige Erkenntnis vieler empirischer Forschungsergebnisse darstellt.

Die Betroffenen haben in vielen Fällen – und oft über Jahre – negative Erfahrungen mit Sozial- und Gesundheitseinrichtungen oder Behörden gemacht und/oder fühlten sich nicht (ausreichend) ernst genommen. Kommt zum jeweiligen Krankheitsbild auch noch eine Traumafolgestörung hinzu, reagieren diese PatientInnen relativ rasch mit sozialem Rückzug bis hin zum völligen Kontaktabbruch.

Besonders für SchmerzpatientInnen kann eine solche Spirale in geradezu endloses Leiden führen. Hier gilt es zu verstehen, dass es Körperbeschwerden diesen PatientInnen oft überhaupt ermöglichen, weiterleben und weiter funktionieren zu können – gerade so, als trage der Körper die Last der traumatischen Erinnerung (Sack 2004: 454).

Unsere Erfahrung hat uns zudem gezeigt, dass auf persönlicher Ebene der Zeitfaktor ein wesentlicher ist. Beeinträchtigte selbstregulatorische Kompetenzen und dysfunktionale Kognitionen vor dem

Hintergrund von Scham- und Schuldgefühlen erweisen sich im therapeutischen Prozess als äußerst hartnäckig und nur langsam veränderbar. Zeitdruck wirkt sich in diesem Zusammenhang besonders fatal aus (vgl. Schreiber et al. 2009).

Es ist darüber hinaus wichtig, auf institutioneller Ebene das Bild eines „geschützten Rahmens“ bzw. eines „sicheren Ortes“ entstehen zu lassen. Dadurch wird den Betroffenen signalisiert, dass sie hier verlässlich auf stabile Voraussetzungen bauen können, dass ein vorübergehender Rückzug nicht sanktioniert wird und es ihnen – ohne jeglichen Zeitdruck – ermöglicht wird, Vertrauen zu entwickeln und sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen.

Literatur und Datenquellen

- Braga LL et al. Transgenerational transmission of trauma and resilience: a qualitative study with Brazilian offspring of Holocaust survivors. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 134. Bio Med Central.
- Buss C et al. Maternal cortisol over the course of pregnancy and subsequent child amygdala and hippocampus volumes and affective problems. 2012. Volltext online abrufbar unter URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3356611/> [Letzter Zugriff: 28.02.2017].
- Egle UT. Bindung und Schmerz. Psychosomatische Behandlung von FMS. In: Brisch KH (Hg.). Bindung und Psychosomatik. Klett-Cotta, 2015.
- Egle UT et al. Begutachtung bei Posttraumatischer Belastungsstörung mit Leitsymptom Schmerz. *Der Schmerz* 2014; 4: 1-9. Springer.
- Fischer-Homberger E. Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Psychosozial Verlag, 2004.
- Fossion P et al. Transgenerational transmission of trauma in families of Holocaust survivors: The consequences of extreme family functioning on resilience, Sense of Coherence, anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders* 2015; 171: 48-53. Elsevier.
- Harville E et al. Disasters and Perinatal Health: A systematic Review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2010; 65(11): 713-728. Wolters Kluwer.
- Joanneum Research. Versorgungssituation bei Schmerz in Österreich. Übersichtsarbeit. Endbericht im Auftrag von Peri Consulting. Graz 2011.
- Keilson H. Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Enke, 1979.
- Kellermann NPF. Transmission of Holocaust trauma – an integrative view. *Psychiatry* 2001; 64: 256-267.
- Klütsch V, Reich G. Die mehrgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen – empirische und familiendynamische Perspektiven. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2012; 61: 564-583. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Koen N et al. Psychological trauma and posttraumatic stress disorder: risk factors and associations with birth outcomes in the Drakenstein Child Health Study. *European Journal of Psychotraumatology* 2016; (7). Taylor & Francis Online.
- Krahulec E, Schmidt LJ, Habacher W, Kratzer H. Chronischer Schmerz. Überblick über die ambulante Schmerzversorgung in Österreich. Joanneum Research. *Der Schmerz* 2012; (26): 715-720. Springer.
- Küffer A et al. Transgenerational effects of PTSD or traumatic stress: do telomeres reach across generations? *Journal of Trauma & Treatment* 2014; 03. Volltext online abrufbar unter URL: <https://www.omicsgroup.org/journals/transgenerational-effects-of-ptsd-or-traumatic-stress-do-telomeres-reach-across-the-generations-2167-1222.1000204.pdf> [Letzter Zugriff: 28.02.2017].
- Liedl A, Knaevelsrud C. PTBS und chronische Schmerzen: Entstehung, Aufrechterhaltung und Zusammenhang. *Der Schmerz* 2008; (6): 644-651. Springer.
- Maercker A et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress. Proposal for ICD-11. *World Psychiatry* 2013a; (12):198-206. WPA.
- Maercker A (Hg.). Posttraumatische Belastungsstörungen. 4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Springer, 2013b.
- McWilliams LA. Bindung und chronischer Schmerz. Neue Ansätze in Forschung und Literatur. In: Brisch KH (Hg.). Bindung und Psychosomatik. Klett-Cotta, 2015.
- Moeller-Bertram T et al. Pain and post-traumatic stress disorder – Review of clinical and experimental evidence. *Neuropharmacology* 2012; (62): 586-597. Elsevier.
- Morasco B et al. The relationship between PTSD and chronic pain: Mediating role of coping strategies and depression. *Pain* 2013; 154: 609-616. International Association for the Study of Pain, IASP. Elsevier.
- Nationalfonds der Republik Österreich für Opfer des Nationalsozialismus. Abrufbar unter: [<https://www.nationalfonds.org/opferanererkennung.html>] [Letzter Zugriff: 15.07.2017].
- Oberlander TF et al. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics* 2008; 3(2): 97-106. Landes Bioscience.
- Palma-Gudiel H et al. Maternal psychosocial stress during pregnancy alters the epigenetic signature of the glucocorticoid receptor gene promoter in their offspring: a meta-analysis. *Epigenetics* 2015; 10(10): 893-902. Taylor & Francis.
- Raab-Steiner E et al. Evaluierung der ESRA-Angebote für traumatisierte Menschen. Eine Mixed Methods-Studie. Wien: Forschungskoooperation mit KOSAR FH Campus Wien, (Endbericht, unveröffentlicht). 2014.
- Sack M. Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Nervenarzt* 2004; 75: 451-459. Springer.
- Sandler J et al. Psychisches Trauma. Ein psychoanalytisches Konzept im Theorie-Praxis-Zusammenhang; Band 5. Sigmund-Freud-Institut. 1988.
- Schreiber V, Renneberg B, Maercker A. Seeking psychosocial care after interpersonal violence: an integrative model. *Violence vict.* 2009; 24(3): 322-36.
- Schwab M. Intrauterine Programmierung von Störungen der Hirnfunktion im späteren Leben. *Gynäkologische Geburtshilfliche Rundschau* 2009; 49(1): 13-28. Karger.
- Terr LC. Treating Psychic Trauma in Children. A preliminary discussion. *Journal of Traumatic Stress* 1989; 2(1): 3-20. Springer.
- Wardi D. Siegel der Erinnerung. Das Trauma des Holocaust – Psychotherapie mit Kindern von Überlebenden. Klett-Cotta, 1997.
- Wiseman H et al. Anger, guilt, and intergenerational communication of trauma in the interpersonal narratives of second generation Holocaust survivors. *American Journal of Orthopsychiatry* 2006; 76: 176-184. Wiley.
- Yehuda R. Zur Bedeutung der Epigenetik für die Posttraumatische Belastungsstörung und ihre intergenerationale Weitergabe. In: Özkan I, Sachsse U, Streek-Fischer A (Hg.). Zeit heilt nicht alle Wunden. Kompendium zur Psychotraumatologie. Vandenhoeck & Ruprecht. 2012: 22-38.
- Yehuda R et al. Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. *Biological Psychiatry* 2016; 80(5): 372-380. Elsevier.

6.5 Gesamtresümee

Eleonore Bachinger

Weltbild, Religion und Kultur stehen in enger Wechselwirkung zueinander und prägen unsere Vorstellungen von gesellschaftlichen Werten, aber auch unser Denken, unsere Gefühle und unsere Sprache ebenso wie die Vorstellung, Bedeutung und Funktion von Körper, Krankheit und Schmerz. Die soziokulturellen Differenzen dieser unterschiedlichen Ausprägungen zeigen sich zwischen konträr orientierten Kulturkreisen, wie zum Beispiel der christlich geprägten westlichen Welt, dem islamisch-arabischen Orient oder Süd- und Südostasien, gleichermaßen wie zwischen und innerhalb von ethnischen Gruppen. Die in der Literatur vorliegenden Arbeiten und empirischen Studien zum Schmerzgeschehen in unterschiedlichen Kulturkreisen und zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen bestätigen, dass es weder universale Krankheiten noch einen universalen Schmerz oder universell gültige Annahmen über Wahrnehmung, Ausdruck, Funktion und Bedeutung von Schmerz (Schmerzverhalten) gibt. Demzufolge gibt es auch keine universell gültigen, kulturunabhängigen Therapien und „Heilmethoden“ von Schmerz.

Dieses Kapitel zeigt nicht nur die geschlechts- und kulturspezifischen Unterschiede in der Bedeutung und Wahrnehmung von Schmerz auf, sondern vor allem auch das Aufeinandertreffen konträrer Weltbilder, das häufig eine neue und oft schwer zu bewältigende Herausforderung in der Beziehung zwischen ÄrztInnen/TherapeutInnen und PatientInnen darstellt. Eine zentrale Rolle sowohl in der Kommunikation als auch in der Wahrnehmung von Schmerz spielt dabei die jeweilige Muttersprache der Behandelten ebenso wie der Behandelnden. Sprache prägt das in jeder Kultur herrschende Weltbild und ist in transkulturellen Beziehungen zwischen ÄrztInnen/TherapeutInnen und PatientInnen sehr oft die Ursache für Missverständnisse, Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen. Unverständnis und Ignoranz auf Seiten der Behandelnden, Fixierung auf ein ethnozentrisches Weltbild mit einem als universell gedachten Klassifikationssystem und Nicht-Erkennen bzw. Nicht-Anerkennen des Schmerzes berauben hilfeschuchende Menschen mit chronischen Schmerzen und schweren Traumatisierungen einer psychisch und physisch wirksamen Therapie.

Die Ursachen von chronischen Schmerzen sind häufig nicht medizinisch nachweisbar, und schwere Traumata werden von den Betroffenen meist verdrängt und können erst in einer einfühlsamen längerfristigen Therapie in einem Vertrauen fördernden Setting wiederentdeckt und schrittweise geheilt werden. Für eine effektive Versorgung dieser zunehmenden Gruppe von chronisch kranken und zum Teil schwer traumatisierten Menschen bedarf es nach übereinstimmender Meinung der AutorInnen dazu jedoch eines deutlich größeren quantitativen und qualitativen Angebots an Therapieplätzen und TherapeutInnen, die entweder selbst einen entsprechenden Hintergrund haben oder von erfahrenen ExpertInnen in Fertigkeiten des Umgangs mit Diversität in transkulturellen Beziehungen geschult wurden. In der Therapie bedarf es ganz besonders einer individuellen und genderspezifischen Differentialdiagnostik mit einem genderspezifischem Ansatz bzw. ganz allgemein eines individuell orientierten Therapieansatzes anstatt der vorherrschenden Standardmethoden. Dies setzt jedoch zuerst eine strukturelle Veränderung des Angebots voraus.

Die Folgen fehldiagnostizierter, fehlbehandelter oder nicht behandelter Schmerz- und TraumapatientInnen – sei es aufgrund von Unverständnis der Behandelnden oder Nicht-Vorhandensein freier Therapieplätze und TherapeutInnen mit einem gender- und transkulturell orientierten Ansatz und entsprechender Expertise – sind auch für die Gesellschaft letztlich hohe Kosten bedingt durch Arbeitslosigkeit, Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit, Frühpensionierung, Sozialhilfe und durch anhaltende Symptome eine langfristige Belastung für das Gesundheitssystem.

Aufgrund der großen Bandbreite und auch Tiefe der in diesem Abschnitt vorgestellten Beiträge von ExpertInnen aus der therapeutischen Praxis sollen für eine detailliertere Darstellung im Folgenden die AutorInnen mit ihren themenspezifischen Schlussfolgerungen und Anregungen selbst zu Wort kommen.

- Die immer häufiger werdenden Begegnungen mit Menschen aus anderen Ländern und Kulturkreisen ist eine Herausforderung und Bereicherung für den Alltag zugleich. Die Vielfalt der aufgezeigten Beispiele versteht sich als Anregung, sich mit Sitten, Gebräuchen, Sprache und Religion auseinanderzusetzen und dadurch eine bessere Prävention, Diagnostik und Indikation für Therapie, Rehabilitation und Reintegration ins soziale Leben zu ermöglichen.
So vielfältig und bunt wie das Leben ist, so sind auch die Themen der Migration. Das Verständnis für Gesundheit und Krankheit, richtig und falsch, normal und nicht normal ist je nach Region und Zugehörigkeit sehr verschieden und stets einer subjektiven Wahrnehmung unterworfen. Im klinischen Alltag begegnen wir Phänomenen, welche wir mit unserem Wissen aus unserer Herkunftsfamilie und Herkunftskultur nicht klären können und die vor allem mit unseren Erklärungen und Nomenklaturen nicht kompatibel sind. Die Bereitschaft und Neugier, diesen Herausforderungen zu begegnen, würde die transkulturellen Kompetenzen des medizinischen Personals fördern (*Solmaz Golsabahi-Broclawski*).
- Das Bewusstsein für geschlechtsspezifische Sichtweisen hat inzwischen Eingang gefunden in die Schmerzdiagnostik und Schmerzbehandlung. Allerdings bleiben derzeit noch viele Fragen unbeantwortet und lassen Raum für zukünftige Forschung. Weitere Konstrukte, wie Geschlechterrollenerwartungen, psychische Komorbiditäten sowie kulturelle bzw. familiäre Einflussgrößen, sollten ebenfalls in künftigen Untersuchungen Berücksichtigung finden. Die hier skizzierten Erkenntnisse können hilfreich sein für die Entwicklung passgenauer, bedürfnisgerechter und wirksamer Angebote im Bereich der multimodalen Schmerztherapie. Voraussetzung dafür ist jedoch nicht zuletzt die Stärkung interkultureller Kompetenzen im Bereich des Gesundheitssystems, um – mittels Einsatzes von kultur- und sprachkompetenten Fachpersonals – die Bereitschaft zur Inanspruchnahme auf Seiten der MigrantInnen zu erhöhen und so einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit zu leisten (*Hilde Wolf & Ekim San*).
- Aktuell wird sowohl in der wissenschaftlichen Forschung als auch unter TherapeutInnen der Zusammenhang zwischen chronischen Schmerzen und der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) intensiver thematisiert und diskutiert. Beide Störungsbilder sind durch hohe Komorbiditätsraten gekennzeichnet.
Die Therapie von multimorbiden traumatisierten Frauen, die unter einer chronischen Schmerzstörung leiden, erfordert immer interdisziplinäre und multidimensionale Behandlungspläne, die möglichst individuell auf die Patientinnen abgestimmt sein sollten. Neben psychologischer/psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung müssen weitere Aspekte wie soziale und interkulturelle Bedürfnisse Beachtung finden. Des Weiteren sollten kulturspezifische Aspekte sowohl in der Diagnostik als auch in der Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn berücksichtigt werden, um die Basis für einen erfolgreichen Behandlungsprozess zu schaffen und eine Chronifizierung der Symptomatik zu vermeiden (*Sanela Piralic-Spitzl*).
- Psychisches Trauma kann darüber hinaus über die Generationsgrenzen hinweg wirkmächtig bleiben und dabei in vielfältiger und langanhaltender Form, etwa anhand von kognitiven, affektiven, interpersonellen oder somatischen Problemen, Ausdruck finden. Am Beispiel von Überlebenden der NS-Verfolgung kann gezeigt werden, dass eine lange Latenzzeit des Schweigens die Gefahr einer transgenerativen Weitergabe der eigenen seelischen Verwundungen an ihre Nachkommen und Folgegeneration(en) bedeutet. Konstante Behandlungs- und Betreuungsbedingungen, soziale Anerkennung als Überlebende/r sowie eine solidarische Haltung gegenüber den Betroffenen sind von entscheidender Relevanz für einen gelingenden Betreuungsverlauf. Die Erfahrung macht deutlich, dass die Bewältigung und psychische Integration traumatisierender Erfahrungen, also das Wiedererlangen eines äußeren und inneren Sicherheitsempfindens, entscheidend von den Lebensbedingungen in der „Zeit danach“ abhängen (*Klaus Mihacek*).

- Abschließend sei vor allem auch der Appell an eine möglichst rasch einsetzende und den Bedarf an Einrichtungen und Therapieplätzen abdeckenden Gesundheitsversorgung angeführt. Psychotherapie für Menschen, die schwere Traumatisierungen durch Menschenrechtsverletzungen erlitten haben, ist Teil der gesundheitlichen Grundversorgung. Es bedarf in einer demokratischen Gesellschaft, die sich zu den Menschenrechten bekennt, dringend ausreichende Therapieplätze, die Rehabilitation – so weit als möglich – bereitstellen. Die Rechte auf Würde und Gesundheit können somit für die Betroffenen ein Stück weit wieder hergestellt werden und bedeuten für die gesamte Gesellschaft ein Bekenntnis zu unverbrüchlichen Werten (*Barbara Preitler*).

Dies leitet auch über zum nächsten Abschnitt – nämlich, was es bedeutet, mit chronischen Schmerzen leben zu müssen.

7

Leben mit Schmerz

Inhalt

7	Leben mit Schmerz	195
7.1	Einleitung	196
7.2	Funktionen, Auswirkungen und Bedeutung von Schmerz	198
	Einleitung	198
	Auswirkungen von Schmerz auf das Individuum und seine soziale Umwelt	198
	Resümee	202
7.3	Schmerz aus Sicht der Betroffenen: Befragungsergebnisse	203
	Schmerzstudie belegt, wo die Probleme liegen	203
	Ergebnisse der Studie	204
	Fazit	206
7.4	Selbsthilfegruppen	207
	Wesen und Bedeutung von Selbsthilfegruppen	207
	Selbsthilfelandchaft in Wien und Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien	208
	Blick in die Praxis aus Sicht einer Betroffenen	210
	Resümee	211
7.5	Gesamtresümee	212

7 Leben mit Schmerz

Eleonore Bachinger, Erika Folkes, Heidrun Rader, Katharina Schweiger

Zusammenfassung

Kaum jemand kann sich vorstellen, was es heißt, mit Schmerzen leben zu müssen. Diese Erfahrungen machen in Österreich die Mehrheit der rund 1,5 Millionen Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden. Chronische Schmerzen sind ein komplexes bio-psycho-soziales Geschehen mit vielfältigen Auswirkungen auf alle Ebenen und Lebensbereiche des betroffenen Individuums. Die Ergebnisse mehrerer österreichweit durchgeführten PatientInnenbefragungen geben Einblick in die Situation von Schmerzleidenden und zeigen die vielen **Problemfelder** auf, mit denen die Betroffenen konfrontiert sind. Hervorzuheben sind dabei die langen Zeiträume von der Schmerzentwicklung bis zur Erstellung einer Diagnose und einer, oft nicht zielführenden, Behandlung sowie die in dieser Zeit erfahrene Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen.

Die Befragungen lassen vor allem auch ein großes Potenzial für **Verbesserung der angebotenen Einrichtungen und ärztlichen Versorgung** erkennen. Ein Großteil der befragten PatientInnen war mit der erhaltenen Schmerzbehandlung nicht besonders zufrieden und fast die Hälfte ist mit den von ihrer behandelnden Ärztin/ihrem behandelnden Arzt erhaltenen Informationen nur mäßig zufrieden. Was die ärztliche Betreuung insgesamt betrifft, so sind für PatientInnen drei wesentliche Forderungen von gleich hoher Wichtigkeit: Ernst genommen zu werden, eine verständliche Erklärung über die Krankheit zu erhalten und genügend Zeit der Ärztin/des Arztes für ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten.

Schmerzleidende haben sich quer durch Österreich zu zahlreichen **Selbsthilfegruppen** zusammengeschlossen. Dem zugrunde liegt der Wunsch, sich gegenseitig zu helfen und Erfahrungen und Informationen auszutauschen. In Wien stellen Selbsthilfegruppen eine wesentliche Ergänzung zur professionellen Gesundheitsversorgung für SchmerzpatientInnen dar. In Selbsthilfegruppen kommen Menschen zusammen, die von einer gleichen Situation betroffen sind. Erfahrungsaustausch, Informationsweitergabe und gemeinsames Entwickeln von Handlungsoptionen wirken sich positiv auf das Alltagsleben mit Schmerzen, auf die Krankheitsbewältigung und die soziale Gesundheit von Betroffenen aus. Selbsthilfegruppen können durch das Einbringen von kollektivem Erfahrungswissen wesentlich zur Gestaltung einer adäquaten Gesundheitsversorgung für SchmerzpatientInnen beitragen. In Wien gibt es einige Selbsthilfegruppen speziell für SchmerzpatientInnen. In anderen Gruppen sind Schmerzen eines von vielen Themen. Die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien ist erste Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige, Interessierte und MitarbeiterInnen im Gesundheits- und Sozialwesen, die Fragen zum Angebot und zur Arbeit von Selbsthilfegruppen haben.

7.1 Einleitung

Erika Folkes

Kaum jemand kann sich vorstellen, was es bedeutet, mit Schmerzen leben zu müssen. Schmerzen beim Zubettgehen, beim Aufwachen oder manchmal die ganze Nacht hindurch. Von einer Ärztin/einem Arzt zur/zum anderen geschickt zu werden, stundenlang in Ambulanzen zu warten oder auf eigene Faust immer wieder aufs Neue ärztlichen Rat zu suchen. Um schließlich feststellen zu müssen, dass einem nicht geholfen werden kann.

Diese Erfahrungen machen in Österreich an die 1,5 Millionen Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden. Laut einer im Auftrag der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) durchgeführten Studie (ÖSG 2009) liegen Rückenschmerzen mit Abstand an erster Stelle, gefolgt von Kopf- und Nervenschmerzen.

Im Durchschnitt vergehen vom Auftreten des Schmerzes bis zur Erstellung einer Diagnose 2,5 Jahre und im Schnitt über 3 Jahre bis zu einer, oft nicht zielführenden, Behandlung. In dieser Zeit erfährt rund die Hälfte der Schmerzleidenden eine starke Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität und sieht sich körperlichen Einschränkungen sowie psychischen und finanziellen Belastungen ausgesetzt. Hinzu kommen gesellschaftliche Stigmatisierung, Depressivität und die Angst, aufgrund der Schmerzen berufsunfähig zu werden.

50 Prozent der Schmerzleidenden geben an, dass der chronische Schmerz ihr Berufsleben unmittelbar beeinträchtigt. Durchschnittlich 11 Prozent sind auf Grund ihres Zustandes arbeitsunfähig, sodass allein auf Grund von Erkrankungen des Bewegungsapparats der Wirtschaft alljährlich 660.000 Arbeitstage verloren gehen. Das sind laut Recherche des Grazer Joanneum Instituts (Krahulec et al. 2012) rund 400 Millionen Euro, zusätzlich zu dem mit rund 880 Millionen Euro bezifferten Aufwand für das Gesundheitssystem. Von den 30.000 jährlichen Anträgen auf Frühpension geht rund ein Drittel auf das Konto „Chronischer Schmerz“ (Allianz 2018; siehe dazu auch Abschnitt 9).

Der Leidensdruck der SchmerzpatientInnen ist so groß, dass sich Schmerzleidende quer durch Österreich zu zahlreichen Selbsthilfegruppen zusam-

mengeschlossen haben. Dem zugrunde liegt der Wunsch, sich gegenseitig zu helfen, indem Erfahrungen im Umgang mit spezifischen Schmerzen und mit VertreterInnen der medizinischen Berufe untereinander kommuniziert sowie erfolgversprechende Anlaufadressen ausgetauscht werden.

Auch die im Jahr 2014 von der PatientInnenplattform „Allianz chronischer Schmerz“ und Astellas Pharma initiierte und vom Gallup Institut im Zeitraum zwischen Mai und Juli 2014 durchgeführte Studie (Allianz 2014) ergab, dass die Probleme, mit denen SchmerzpatientInnen konfrontiert sind, immer noch nicht gelöst sind: die PatientInnen fühlen sich von den ÄrztInnen nicht ernst genommen, es gibt zu wenig Zeit für ein ausführliches PatientInnengespräch und daher oftmals auch keine zielführende Diagnose, noch weniger eine wirksame Therapie.

Anstatt Schmerzzentren zu errichten, in denen PatientInnen multidisziplinär untersucht und danach multimodal behandelt werden, müssen die Schmerzleidenden zusehen, wie Schmerzzambulanzen quer durch Österreich geschlossen werden oder nur wenige Stunden in der Woche geöffnet haben. Die primären Wünsche der SchmerzpatientInnen und Selbsthilfegruppen zielen daher auf mehr Verständnis bei gesundheitspolitischen Entscheidungen für die Situation von SchmerzpatientInnen ab, die mit ihren Leiden ernst genommen und für bestmögliche Therapien auch von den Kassen unterstützt werden möchten.

Literatur und Datenquellen

Allianz Chronischer Schmerz Österreich. Schmerzfakten. Online abrufbar unter: <https://www.schmerz-allianz.at/schmerz-fakten/fakten/>. (Zuletzt heruntergeladen Jänner 2018).

Allianz Chronischer Schmerz Österreich & Astellas Pharma (Initiatoren und Auftraggeber; Durchführung Gallup Institut). „Schmerzstudie 2014“. Ergebnisse publiziert von Lenhardt & Partner Kommunikationsberatung GmbH. <http://www.lenhardtpartner.at/agentur/aktuelles/detail/article/groesster-oesterreichischer-patientenbericht-chronischer-schmerz-2014/>. Siehe dazu auch Presseberichte unter „Die Presse.com“ und „Der Standard.at“. (11.09.2014).

Der Standard.at. „Schmerzpatienten: Allein mit dem Schmerz“. Artikel online abrufbar unter: <http://derstandard.at/2000029353724/Schmerzpatienten-Allein-gelassen-mit-dem-Schmerz>. (19. Januar 2016).

Der Standard.at. „Österreichs Schmerzpatienten schlecht versorgt. Umfrage unter 890 Betroffenen zeigt: zu wenige Spezialisten und Einrichtungen, Erstattungsdefizite und Milliardenkosten“. Artikel online abrufbar unter: <http://derstandard.at/2000005452782/Oesterreichs-Schmerzpatienten-schlecht-versorgt>. (11.09.2014).

Die Presse.com. „Österreichs Schmerzpatienten schlecht versorgt. Die Betroffenen irren von Arzt zu Arzt. Es gebe zu wenige Spezialisten und Einrichtungen“. Artikel online abrufbar unter: <http://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/3868614/Oesterreichs-Schmerzpatienten-schlecht-versorgt>. (11.09.2014).

Krahulec E, Schmidt LJ, Habacher W, Kratzer H. Chronischer Schmerz. Überblick über die ambulante Schmerzversorgung in Österreich. *Der Schmerz* 2012 Dec; 26(6): 715-720.

ÖSG – Österreichische Schmerzgesellschaft (Auftraggeber; Durchführung Gallup 2008). Mit Schmerzen allein gelassen. Wien, Januar 2009. Abrufbar unter: <http://www.forumgesundheit.at/portal27/forumgesundheitportal/content?contentid=10007.689330&viewmode=content&portal:componentId=gtn0657c6f9-4b09-4cc7-8639-562581a0ceb6>. (Zuletzt aktualisiert 11.03.2015).

ÖSG – Österreichische Schmerzgesellschaft. Informationsseite für PatientInnen zum Thema Schmerz. Online abrufbar unter: <http://www.oesg.at/patienteninformationen/patientenbroschuere/>.

ÖSG – Österreichische Schmerzgesellschaft. Patienteninformationsbroschüre der Österreichischen Schmerzgesellschaft: Schmerzen richtig behandeln (o.j.). <http://www.oesg.at/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=454&token=9d14dab53e68315023c27602916b831bbd2ca2b1>.

Österreichische Krebshilfe und Österreichische Schmerzgesellschaft. Schmerzbekämpfung bei Krebs. Perspektiven und Therapie. Heft 07/17. Wien 2017. Online abrufbar unter: <http://www.oesg.at/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=565&token=48e279288ae244397706c0f229b0ca18b1bd6eb8>.

7.2 Funktionen, Auswirkungen und Bedeutung von Schmerz

Eleonore Bachinger

Zusammenfassung

Chronische Schmerzen sind ein komplexes bio-psycho-soziales Geschehen mit vielfältigen Auswirkungen auf alle Ebenen und Lebensbereiche des betroffenen Individuums. Neben den zahlreichen Einzelfaktoren beinhalten diese Auswirkungen insgesamt meist eine Einschränkung der Lebensqualität, eine Verringerung der Leistungsfähigkeit, den Rückzug von sozialen und kulturellen Aktivitäten einschließlich Reduktion von Sozialkontakten sowie berufliche und existenzielle Unsicherheit. Der psychische Druck mit verschiedenen Ängsten ist meist enorm. Hinzu kommt, vor allem bei Fehlen einer eindeutigen Diagnose, die Erfahrung, sowohl von den Mitmenschen als auch von den Ärztinnen und Ärzten als „Hypochonder“ abgestempelt und nicht ernst genommen zu werden.

Einleitung

Chronische Schmerzen sind als bio-psycho-soziale Erkrankung anzusehen. Sie haben vielfältige und komplexe Auswirkungen nicht nur auf das Leben des betroffenen Individuums selbst, sondern auch auf seine soziale Umwelt sowie die Interaktion des Individuums mit seiner sozialen Umwelt. Die Folgewirkungen von Schmerz umfassen dabei alle Ebenen und Lebensbereiche der Person und reichen von den psychisch-emotionalen Auswirkungen, den Auswirkungen auf die Lebensqualität und die individuelle Lebensgestaltung bis hin zu den Auswirkungen auf das nähere soziale Umfeld (Fa-

milie, Freundeskreis), die berufliche Arbeitswelt und nicht zuletzt auf die existenzielle Sicherheit.

Chronische Schmerzen entwickeln aber auch eine jeweils spezifische Bedeutung und erfüllen bestimmte Funktionen für das betroffene Individuum. So kann der Schmerz beispielsweise zum zentralen Lebensereignis werden oder der/dem Kranken sogar einen gewissen „Krankheitsvorteil“ (sekundärer Krankheitsgewinn) verschaffen, was den Therapieerfolg beeinträchtigen kann.

Auswirkungen von Schmerz auf das Individuum und seine soziale Umwelt

Chronische Schmerzen haben einschneidende Auswirkungen auf die physischen, emotionalen und sozialen Dimensionen eines Menschen und bedeuten oftmals eine deutliche Verringerung der Lebensqualität. Diese beinhaltet sowohl eine eingeschränkte subjektive Gesundheit als auch die verminderte Leistungsfähigkeit im Alltag, im Beruf und in der Freizeit. Auf der physischen Ebene kann die Bewegungsfreiheit betroffen sein, auf der psychischen Ebene die Einschränkung der Autonomie oder Entscheidungsfreiheit und damit verbunden eine Verringerung des Selbstwertgefühls (Sewald 2015). Auf der sozialen Ebene bedeutet eine chronische Schmerzkrankheit nicht selten eine Verän-

derung der Sicherheit des Arbeitsplatzes, des bisherigen Lebensstandards, der finanziellen Sicherheit oder auch der sozialen Kontakte (Von Wachter 2012).

Chronische SchmerzpatientInnen leiden häufig an Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Angst und Depressivität, sind verzweifelt oder hoffnungslos (Von Wachter 2012; Thomm 2011). Chronische Schmerzen können den Alltag einer Person stark einschränken, was sich häufig auch auf die Arbeit und in der Folge die Existenzsicherheit auswirkt. Langanhaltende Schmerzen führen des Weiteren dazu, dass PatientInnen ihre Medikamente selbst

dosieren, häufig die Ärztin/den Arzt wechseln und sich durch erfolglose Ergebnisse hilflos und ausgeliefert fühlen. Somit wird der Schmerz zum Wegbegleiter auf allen Ebenen des Lebens: physisch, psychisch und sozial, und die/der Betroffene hat das Gefühl, in einem Teufelskreis gefangen zu sein. Beschäftigt sich die/der Betroffene ausschließlich mit ihrem/seinem unlöslichen Schmerzproblem, so kann dies zu sozialer Isolation bis hin zu einem Suizidversuch führen (Thomm 2011).

Somit können die vielfachen **Auswirkungen von chronischem Schmerz** letztlich alle Lebensbereiche des Individuums betreffen (vgl. dazu auch die

als „Yellow Flags“ angeführten Risikofaktoren in Kapitel 5.3):

- psychisch-emotionale Auswirkungen auf die betroffene Person
- Auswirkungen auf die individuelle Lebensgestaltung
- Auswirkungen auf die Lebensqualität
- Auswirkungen auf das nähere soziale Umfeld (Familie, Freundeskreis)
- Auswirkungen auf die berufliche Arbeitswelt
- ökonomische und existenzielle Auswirkungen (Einkommensverlust, Arbeitslosigkeit, vorzeitige Pensionierung, Existenzverlust bei Selbstständigen usw.).

Funktion und Bedeutung von Schmerz für das Individuum

Chronischer Schmerz hat die dem akuten Schmerz zugeschriebene Warnfunktion verloren und gilt als eigenständiges Krankheitsbild („Chronisches Schmerzsyndrom“) mit mannigfaltigen Funktionen, Bedeutungen und Auswirkungen des anhaltend oder immer wiederkehrend erlebten Schmerzes.

Chronische Schmerzen verändern Betroffene und deren Leben einschneidend und in vielerlei Hinsicht. Einstellung und Haltung gegenüber der eigenen Situation, Verhalten gegenüber der sozialen Umwelt und psychisches Erleben der Umwelt sind geprägt von der Schmerzsituation. Daraus resultierend kann es zur Entwicklung einer eigenständigen, sekundären Schmerzbahnung und Chronifizierung des Schmerzes kommen (bio-psycho-soziales Schmerzmodell) (vgl. Bonorden o. J.).

Folgen von chronischen Schmerzen auf individueller Ebene

Häufige Folgen chronischer Schmerzen für das Individuum können sein (Aufzählung nach Bernd Bonorden):

- zunehmende Einschränkung körperlicher und psychischer Belastbarkeit
- körperliches Schonverhalten
- Zustand anhaltender Anspannung und Erschöpfung
- Störungen von Schlaf und Sexualität
- abnehmende Lebensfreude, Sinn- und Selbstwertverlust
- Rückzug von sozialen und kulturellen Aktivitäten
- Rückzug aus sozialem Umfeld, Freundeskreis und Familie
- gedankliche Fokussierung auf den Schmerz

- zunehmende Verstimmung, Depressivität und Angst
- der Schmerz wird schließlich zum Leben bestimmenden Zentralereignis.

Missverhältnis zwischen erlebtem Schmerz und objektivierbaren Befunden

Nach Mc Caffery et al. (1997) ist Schmerz das, was die betroffene Person über ihre Schmerzen mitteilt, und ist vorhanden, wenn die Person mit Schmerz sagt, dass sie Schmerzen hat.

Da es sich bei chronischen Schmerzen um ein multifaktorielles Geschehen und oft vielschichtiges Phänomen handelt, dessen Ursachen und Wirkungsmechanismen meist unbekannt und schwer feststellbar sind (vgl. Kapitel 5.1), bleibt ein Großteil der chronisch Schmerzkranken trotz jahrelangen und häufigen Arztbesuchen entweder ohne Diagnose oder muss sich mit einer Sammlung von Fehldiagnosen zufriedengeben.

Das Missverhältnis zwischen Lokalisation und Stärke der Beschwerden einerseits und objektivierbaren Befunden andererseits, also das Fehlen einer nachvollziehbaren Diagnose führt zu Frustration und Selbstzweifel und hinterlässt ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

Es überrascht daher nicht, dass die Erwartungen von SchmerzpatientInnen an die medizinische Versorgung von der Suche nach einer „handfesten“ Diagnose und der Suche nach Heilung dominiert werden. Laut einer Studie von Allcock et al. sind dabei insbesondere drei Überzeugungen zu beobachten: dass die Schmerzsache festgestellt wer-

den muss; dass andere Menschen den Schmerz einer Person ohne handfeste Diagnose nicht ernst nehmen und dass Schmerzmittel nur eine Art „Ab-speisen“ darstellen (Allcock et al. 2007).

Auswirkungen auf die Lebensqualität

Selbstverständlich haben chronische Schmerzen auch mannigfaltige und tiefgreifende Auswirkungen auf die Lebensqualität von Betroffenen. Laut Ergebnis einer 2014 durchgeführten österreichischen PatientInnenbefragung (Allianz 2014) erleben mehr als 40 Prozent der von Schmerz Betroffenen eine starke Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität (vgl. Folgekapitel 7.3). Dies beinhaltet auch eine eingeschränkte subjektive Gesundheit sowie eine verminderte Leistungsfähigkeit im Alltag, im Beruf und in der Freizeit (RKI 2012). Dies wiederum hat in der Folge Auswirkungen auf der sozialen Ebene, wie etwa drohender Verlust des Arbeitsplatzes oder Bedrohung der bisherigen Einkommensmöglichkeit, geringe Chancen für eine neue Beschäftigung etc. Aber auch die Sozialkontakte können früher oder später unter der Reduktion der sozialen Aktivitäten leiden.

Mehr als 40 Prozent der von Schmerz Betroffenen erleben eine starke Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität – erwartungsgemäß am ehesten Personen, die aktuell unter starken Schmerzen leiden. Fast 40 Prozent der diesbezüglich Befragten konnten in den letzten drei Monaten mehr als 11 Tage nicht ihren üblichen Aktivitäten nachgehen, unter ihnen waren 10 Prozent, denen dies an mehr als 50 Tagen nicht möglich war. Je stärker die aktuelle Schmerzproblematik, desto höher die Anzahl der Tage, an denen übliche Aktivitäten nicht möglich waren. 72 Prozent der SchmerzpatientInnen empfinden die körperlichen Einschränkungen als belastend, gegenüber 45 Prozent, die unter finanziellen Aufwendungen stöhnen (hohe Arzthonorare, hohe Kosten für Medikamente und Therapien) (Allianz 2014).

Soziale Aspekte von Schmerz

In Zusammenhang mit chronischen Schmerzen sind insbesondere auch die „Yellow Flags“ auf sozialer Ebene hervorzuheben (vgl. dazu auch Kap. 5.3).

Rolle von Schmerzkranken in der Gesellschaft, soziale Normen, Stigmatisierung

Die Rolle von schmerzkranken Personen in der Gesellschaft ist stark geprägt von den vorherr-

Krankheitsvorteil (Zielkonflikte)

Eine mögliche Bedeutung und Funktion von Schmerz kann möglicherweise aber auch darin liegen, dass die/der Betroffene einen Vorteil in ihrer/seiner Krankheit sieht – zum Beispiel Anspruch auf Aufmerksamkeit, Rücksichtnahme, Schonung, Nichtbelastbarkeit, Arbeitsunfähigkeit usw. Talcott Parsons zeigt in seinem Konzept der **Krankenrolle**, etwa bei Vorliegen von chronischen Schmerzen ohne biologischen Marker, die damit verbundenen bestimmten Erwartungen und außergewöhnlichen Rechte auf: Die Krankenrolle bedeutet die Befreiung von sozialen Normen und die kranke Person wird für ihre Krankheit zunächst nicht verantwortlich gemacht. Allerdings muss sie sich der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt gegenüber kooperativ zeigen (*compliance*) und schnell wieder genesen. Die Krankenrolle setzt also die Verpflichtung des Kranken voraus, gesund zu werden. Akzeptiert man als Kranke/r das nicht, ist man die Krankenrolle schnell wieder los (Parsons 1951 und 1975). Hier zeigt sich das Dilemma von chronisch Schmerzkranken, insbesondere dann, wenn weder eine körperlich feststellbare Diagnose vorliegt noch, trotz jahrelanger Behandlungen, ein sichtbarer Therapieerfolg erzielt werden kann.

Liegt ein diesbezügliches, eingangs beschriebenes Glaubensmuster – bewusst oder (meist) unbewusst – vor, so entsteht ein Zielkonflikt mit dem Wunsch nach Heilung und Wiederaufnahme aller früheren Aktivitäten. Der Schmerz wurde zum zentralen Lebensereignis und zum alles dominierenden Thema in den sozialen Beziehungsmustern. Eine Veränderung der Situation wird in diesem Fall von der kranken Person als bedrohlich empfunden. Deshalb ist ein multimodaler Therapieansatz und eine psychotherapeutische Begleitung von Schmerzkranken für den Therapieerfolg von größter Wichtigkeit (vgl. auch Kap. 5.3).

schenden sozialen Normen und den jeweils kulturell geprägten und sozial akzeptierten Medizinsystemen (vgl. Kapitel 6.2).

Wie werden Kranke wahrgenommen, wie begegnet man ihnen? Wie sehr determinieren Geschlecht, Alter, soziale und kulturelle Zugehörigkeit, Stellung im Erwerbsleben usw. die Wahrnehmung? Warum

ist jemand ständig krank und keiner weiß warum? Vermutungen in Bezug auf „Hypochondrie“, „Arbeitsunwilligkeit“ und Ähnliches sind meist schneller zur Hand als die Vermutung einer möglicherweise unzureichenden oder falschen medizinischen Betreuung oder therapeutischen Behandlung. Vor allem bei Fehlen einer handfesten Diagnose fühlen sich Schmerzkranken (selbst von Ärztinnen und Ärzten) nicht ernst genommen und oft schnell als „Hypochonder“ abgestempelt bzw. stigmatisiert.

Die Frage stellt sich aber auch umgekehrt: Welche Erwartungen sind auf Seiten von Schmerzkranken an ihre Stellung in der Gesellschaft geknüpft? Wie möchte man wahrgenommen werden? Erwartet man Interesse, Anteil- und Rücksichtnahme von den Mitmenschen? Oder will man auf keinen Fall primär als schmerzkranken Person definiert oder gar bemitleidet werden? Welche Erwartungen hat man an Ärztinnen/Ärzte und TherapeutInnen, welche Erwartungen sind an Diagnosestellung, Therapie und Heilung geknüpft? (vgl. Kap. 5.3).

Fest steht, dass jeder Mensch Teil eines Systems ist, das auf jede Veränderung reagiert. Ein chronisches Schmerzleiden betrifft daher nicht nur den Schmerzleidenden selbst, sondern beeinflusst immer auch sein engeres soziales Umfeld (Familie, Freundeskreis), das darauf – in welcher Form auch immer – reagiert. In gewisser Weise handelt es sich dabei um ein Wechselspiel zwischen „Innenbetrachtung und Außenbetrachtung von Schmerzen“, was in dem folgenden Zitat von Marcus Schiltenswolf sehr gut zum Ausdruck gebracht wird:

„Schmerz ist universell, er kann jeden treffen. Es mag ein Schmerzgeplagter bitten, dass seine Umgebung gerade sein Leid verstehen möge, seinem Wunsch nach mehr Anerkennung des Leidens mehr Geltung zu gewähren. Zugleich aber

sieht er nicht, wie seine Familie, sein Freundeskreis ihre eigenen Ansprüche zurückstellen, um ihm eine neue Bedeutung, neue Stellung zu gewähren“ (Schiltenswolf 2011: 7).

Sozialer Druck, existenzielle Unsicherheit

Vor allem Schmerzkranken im Erwerbsalter sind einem enormen sozialen Druck in Bezug auf die Aufrechterhaltung ihrer Erwerbstätigkeit oder, falls dies nicht mehr möglich ist, die Absicherung ihrer Existenz ausgesetzt. Die Angst vor Kündigung, Arbeitslosigkeit und Existenzverlust lässt nicht nur nachteilige Kompromisse schließen, sondern kann sich unter Umständen selbst zu einem zusätzlichen Schmerzfaktor entwickeln.

Auf der Homepage der „Allianz chronischer Schmerz Österreich“ wird man mit den dazugehörigen Fakten konfrontiert. 1,5 Millionen Menschen sind in Österreich von chronischem Schmerz betroffen. Bei vielen beeinflusst der Schmerz auch ihre Arbeitsaussichten und Beschäftigungsverhältnisse. So geben 50 Prozent der SchmerzpatientInnen (also rund 750.000 Personen) an, dass der chronische Schmerz ihr Berufsleben unmittelbar beeinträchtigt. Durchschnittlich 11 Prozent sind auf Grund ihrer Erkrankung arbeitsunfähig. „33 Prozent der chronischen Schmerzpatient[Inn]en sind berufsunfähig und 21 Prozent werden in die Frühpension entlassen“, so der Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft, Dr. Christian Lampl. Von den 30.000 Anträgen auf Frühpension pro Jahr gehen rund ein Drittel (oder 10.000) auf das Konto von chronischen SchmerzpatientInnen (Allianz 2018).

Auch in einer Publikation des Robert Koch-Instituts gelten am Beispiel von chronischen Rückenschmerzen Arbeitsausfall sowie Frühberentung als häufige Folgen (RKI 2012).

Psychische Aspekte von Schmerz

Psychischer Druck, Ungewissheit über zukünftige Entwicklung

Schmerzkranken sind nicht nur mit ihrem eigenen Schmerz und den sozialen Auswirkungen konfrontiert, sondern stehen oft auch unter hohem psychischem Druck und sind vielerlei Ängsten ausgesetzt: Ungewissheit über die zukünftige Krankheitsentwicklung und die damit verbundenen Konsequenzen, Angst vor dem Verlust der

Partnerin/des Partners, existenzielle Ängste oder Angst vor der Zukunft ganz allgemein.

Bei langandauernden Schmerzen kann eine Art „Teufelskreis“ zwischen psychischem und emotionalem Stress einerseits und der Schmerzerfahrung andererseits entstehen (Aigner 2015).

Embodiment: Enge Verzahnung von Denken und Fühlen; Parallelität von Körper- und Seelenschmerz

Die Bedeutung von körperlichen Bedingungen, also die körperliche Konstitution oder Beschwerden wie zum Beispiel Schmerz, für das Verhalten gelten seit jeher als unbestritten. Aus der Perspektive des *Embodiment* wird zusätzlich auch die

enge Verzahnung von Denken und Fühlen mit dem Körper noch stärker akzentuiert. „Wir verhalten uns nicht nur mit unserem Körper, wir denken und fühlen auch mit ihm“, so Claas Lahmann von der TU München. Körper- und Seelenschmerz sind also parallel zueinander zu erfassen (Lahmann 2015).

Resümee

Menschen mit langandauernden oder immer wiederkehrenden Schmerzen bzw. einem chronischen Schmerzsyndrom erleben meist ein zermürbendes Dilemma: Zum einen leiden sie an den vielfältigen Folgen ihrer Erkrankung und sind vielerlei Ängsten und Unsicherheiten im Hinblick auf ihre Krankheitsentwicklung und ihre Zukunft ganz allgemein sowie hohem sozialen Druck ausgesetzt. Zum anderen machen sie, aufgrund der Schwierigkeit einer Diagnosestellung, häufigen Arztbesuchen und häufigem Arztwechsel sowie meist wenig erfolgreichen Therapien, immer wieder die Erfahrung, weder von ihren Mitmenschen noch von ihren ärztlichen oder therapeutischen BegleiterInnen ernst genommen bzw. von diesen überhaupt als „Hypochonder“ abgestempelt zu werden. Nicht selten führt dies zu verstärktem Rückzug von sozialen Kontakten bis hin zu Isolation und Depression.

SchmerzpatientInnen wollen nicht nur mit Medikamenten „abgespeist“ werden. Das Feststellen ihrer Schmerzursache stellt ein primäres Anliegen von Betroffenen dar und würde für sie eine enorme Entlastung darstellen – psychisch und sozial. Mit einer Diagnose und der Anerkennung ihres Schmerzes als eigenständige Krankheit würden sie sich von ihren Mitmenschen eher akzeptiert und mehr ernst genommen fühlen und vermutlich von ihrer Umwelt auch verständnisvoller behandelt werden.

Literatur und Datenquellen

- Aigner M. Vortrag „Schmerz und Stress: Ein Teufelskreis?“ – 12. Kremser Tage „Schmerz lass nach... Eine interdisziplinäre Herausforderung.“ 5.-6. Juni 2015, Donau-Universität Krems. Download: www.donau-uni.ac.at/psymed/kremsertage.
- Allcock N, Elkan R, Williams J. Patients referred to a pain management clinic: beliefs, expectations and priorities. *J Adv Nurs*. 2007 Nov; 60(3): 248-256.
- Allianz Chronischer Schmerz Österreich. Schmerzfragen. <https://www.schmerz-allianz.at/schmerz-fakten/fakten/>. (Zuletzt heruntergeladen Jänner 2018).

Allianz chronischer Schmerz Österreich & Astellas Pharma (Initiatoren und Auftraggeber; Durchführung Gallup Institut im Zeitraum Mai bis Juli 2014). „Schmerzstudie 2014“. Ergebnisse publiziert von Lenhardt & Partner Kommunikationsberatung GmbH. Online abrufbar unter: <http://www.lenhardtpartner.at/agentur/aktuelles/detail/article/groesster-oesterreichischer-patientenbericht-chronischer-schmerz-2014/>. (11.09.2014).

Bonorden B. Auswirkungen von Schmerz. Online abrufbar unter: http://www.freiburg-schmerztherapie.de/Chronische_Schmerzen/Auswirkungen_von_Schmerz. (Download Jan 2018).

Lahmann C. Vorträge zu „Vom körperlichen Symptom zur Psyche und wieder zurück“ und „Schmerz und seine Spuren: Die Bedeutung von Embodiment“. – 12. Kremser Tage „Schmerz lass nach... Eine interdisziplinäre Herausforderung.“ 5.-6. Juni 2015, Donau-Universität Krems. Download: www.donau-uni.ac.at/psymed/kremsertage.

Mc Caffery M, Beebe A, Lathman J, Osterbrink J. Schmerz. Handbuch für die Pflegepraxis. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1997.

Parsons T. The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 1975; 53(2): 257-278.

Parsons T. The Social System. Glencoe, IL: The Free Press, 1951.

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.). „Rückenschmerzen“. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 53. Autor: Raspe H. – Berlin, Dezember 2012.

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.). „Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen“. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7. Autoren: Diemer WD, Burchert H. – Berlin, 1. Mai 2002.

Schiltenswolf M, Herzog W (Hg.). „Die Schmerzen“. Reihe Beiträge zur medizinischen Anthropologie. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2011.

Schiltenswolf M. Vorwort in „Die Schmerzen“, hg. von Schiltenswolf M, Herzog W. Würzburg: Königshausen & Neumann 2011: 7-14.

Sewald M. Wie erleben Patienten chronische Schmerzen und welche pflegerischen Interventionen können unterstützen? Bachelorarbeit an der FH Wiener Neustadt in Kooperation mit dem Rudolfinerhaus Wien. Wien und Wiener Neustadt, 1. Juni 2015.

Thomm M. Schmerzmanagement in der Pflege. 1. Auflage. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag, 2011.

Von Wachter M. Chronische Schmerzen: Selbsthilfe und Therapiebegleitung – Orientierung für Angehörige – Konkrete Tipps und Fallbeispiele. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag, 2012.

7.3 Schmerz aus Sicht der Betroffenen: Befragungsergebnisse

Erika Folkes

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der beiden 2008 und 2014 durchgeführten österreichweiten PatientInnenbefragungen geben Einblick in die Situation von SchmerzpatientInnen und lassen ein großes Potenzial für Verbesserung der angebotenen Einrichtungen und ärztlichen Versorgung erkennen. Ein Großteil der befragten PatientInnen war mit der erhaltenen Schmerzbehandlung nicht besonders zufrieden und fast die Hälfte ist mit den von ihrer behandelnden Ärztin/ihrem behandelnden Arzt erhaltenen Informationen nur mäßig zufrieden. Was die ärztliche Betreuung insgesamt betrifft, so sind für PatientInnen drei wesentliche Forderungen von gleich hoher Wichtigkeit: Ernst genommen zu werden, eine verständliche Erklärung über die Krankheit zu erhalten und genügend Zeit der Ärztin/des Arztes für ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten.

In Bezug auf die Lebensumstände von SchmerzpatientInnen zeigen die Ergebnisse, dass mehr als 40 Prozent der von Schmerz Betroffenen eine starke Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität erleben. Ebenso werden die einschneidenden Auswirkungen einer Schmerzerkrankung in Bezug auf die Lebensgrundlage ersichtlich: Mehrheitlich musste aufgrund der Schmerzen zumindest die Arbeitszeit reduziert werden, 17 Prozent mussten sogar den Beruf aufgeben. Nur 15 Prozent beziehen eine Berufsunfähigkeitspension bzw. haben Anspruch auf Behindertenförderung.

Schmerzstudie belegt, wo die Probleme liegen

Schon im Jahr 2008 hatte eine im Auftrag der Österreichischen Schmerzgesellschaft von Gallup durchgeführte Befragung von SchmerzpatientInnen (ÖSG 2009) ergeben, dass sich nur 10 Prozent der Betroffenen gut therapiert fühlten. 40 Prozent gaben an, bereits mehr als 10 ÄrztInnen konsultiert zu haben, wobei drei Viertel der Befragten schlechte Erfahrungen machen mussten. Auch waren 65 Prozent mit den Schmerzzambulanzen in öffentlichen Spitälern unzufrieden. ÄrztInnen und PatientInnen forderten deshalb eine besser wirksame Schmerztherapie.

Sechs Jahre später beauftragte die „Allianz Chronischer Schmerz“, die Plattformorganisation von 50 Selbsthilfegruppen, unterstützt von der Pharmafirma Astellas, das Gallup-Institut, neuerlich eine PatientInnen-Studie zum chronischen Schmerz durchzuführen (Allianz 2014). Die Befragung von nahezu 1.000 SchmerzpatientInnen quer durch Österreich zeigte allerdings, dass sich an den Strukturen in unserem Gesundheitssystem

nicht nur nichts geändert, sondern sich die Situation sogar verschlimmert hat. In den vergangenen fünf Jahren wurden neun Schmerzzambulanzen geschlossen. Die noch bestehenden 40 Ambulanzen machen zwischen 3,5 und 32,5 Stunden pro Woche Dienst.

Das Ziel der PatientInnen-Befragung war es, österreichweit bei 890 PatientInnen, die seit mehr als drei Monaten an Schmerzen leiden, deren Befindlichkeiten, Bedürfnisse und Probleme zu erheben. Die Online-Befragung erfolgte anonym. Der Fokus wurde auf folgende Themen gelegt:

- Beschreibung der Schmerzproblematik
- Erfahrungswerte mit der Schmerzbehandlung
- Informationsverhalten in Zusammenhang mit der Krankheit
- Einfluss auf den Alltag

Ergebnisse der Studie

Schmerzsituation

Bei der Erhebung der Schmerzsituation gab die überwiegende Mehrheit der Befragten an, dass sie an Schmerzen im Stütz- und Bewegungsapparat leidet, wobei die Häufigkeit dieser spezifischen Schmerzproblematik mit zunehmendem Alter steigt. Die am meisten betroffenen Schmerzstellen des Körpers sind Wirbelsäule und Gelenke.

40 Prozent der Befragten leiden seit 1 bis 5 Jahren an Schmerzen, 16 Prozent bereits mehr als 15 Jahre. Hausärztin/-arzt und Fachärztin/-arzt sind die ersten Kontaktpersonen beim Auftreten der Schmerzen. Mehrheitlich hat man seit Beginn der

Schmerzproblematik zwei bis drei ÄrztInnen aufgesucht, knapp ein Viertel – unter ihnen vor allem langjährige SchmerzpatientInnen sowie Personen mit aktuell starker Schmerzsymptomatik – haben sogar mehr als fünf ÄrztInnen konsultiert.

Etwas mehr als ein Viertel der Schmerzleidenden hat aktuell geringe Schmerzen, rund 60 Prozent berichten von Schmerzen durchschnittlicher Stärke, während 13 Prozent von starken Schmerzen betroffen sind – über 60-Jährige haben vergleichsweise die stärksten Schmerzen.

Schmerzbehandlung

Was die Schmerzbehandlung betrifft waren Personen, die bereits eine Schmerzbehandlung erhalten haben, mit dieser nicht besonders zufrieden. Relativ geringe Zufriedenheit äußerten PatientInnen mit aktuell starken Schmerzen bzw. PatientInnen, die im Akutfall mehr als eine Woche auf einen Behandlungstermin warten mussten.

Knapp 30 Prozent der Betroffenen waren in den letzten drei Monaten wegen ihrer Schmerzen nie bei einer Ärztin/einem Arzt, jeweils rund ein Fünftel einmal, zweimal bzw. drei- bis fünfmal. Ein Fünftel der Betroffenen war innerhalb des letzten Jahres wegen ihrer Schmerzen in stationärer Behandlung – unter ihnen vor allem über 60-Jährige und Personen mit aktuell starker Schmerzsymptomatik.

45 Prozent der Betroffenen nehmen regelmäßig Medikamente gegen ihre Schmerzen ein bzw. bekommen Infusionsbehandlungen, insbesondere Personen mit aktuell starken Schmerzen bzw. mit bereits langjähriger Schmerzproblematik. Die PatientInnen vertrauen sehr stark auf die von der Ärztin/vom Arzt verschriebene Medikation – rund 60 Prozent nehmen ausschließlich ärztlich verschriebene Medikamente. Frauen tendieren wesentlich häufiger als Männer zu einer Kombination auch mit nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten.

Fast 80 Prozent der SchmerzpatientInnen haben – abgesehen von medikamentöser Behandlung bzw. Infusionsbehandlung – auch schon andere Behandlungsmethoden angewandt. Je länger man an der Schmerzsymptomatik leidet, desto eher war man für andere Alternativen offen. Rund drei Viertel der SchmerzpatientInnen haben bereits Physiotherapie sowie Sport- und Bewegungstherapie angewandt, auch Massagen und Bäder sind in hohem Maße ausprobiert worden, während alle anderen Behandlungsmethoden eher wenig zum Einsatz kamen.

Ein Drittel der Schmerz betroffenen wurde in Zusammenhang mit den Schmerzen bereits einmal operiert, rund ein Fünftel bereits zweimal. Die Anzahl der Operationen steigt mit zunehmender Dauer der Schmerzen bzw. zeigt auch einen deutlichen Zusammenhang mit der Intensität der aktuellen Schmerzen.

Informationsverhalten

Befragt zum Informationsverhalten gaben 85 Prozent der Schmerzleidenden die Ärztin/den Arzt als primäre Informationsquelle in Bezug auf ihre Schmerzen an. Zwei Drittel haben auch das Internet zu diesbezüglichen Informationszwecken genutzt („Dr. Google“). Nur ein Drittel hat die Fachlektüre und den Beipackzettel der Medikamente als Informationsquelle herangezogen.

46 Prozent der PatientInnen sind mit den von ihrer behandelnden Ärztin/ihrem behandelnden Arzt erhaltenen Informationen nur mäßig zufrieden.

Bewältigung des Schmerzalltags

Zentrales Thema bei der Bewältigung des Schmerzalltags ist, dass PatientInnen gelernt haben, mit den Schmerzen umzugehen – 70 Prozent bestätigen dies. Für etwas mehr als die Hälfte sind in diesem Zusammenhang Medikamente und sonstige Therapien hilfreich, da sie die Schmerzen zumindest erträglich machen.

Mehr als 40 Prozent der von Schmerz Betroffenen erleben eine starke Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität – erwartungsgemäß am ehesten Personen, die aktuell unter starken Schmerzen leiden. Fast 40 Prozent der diesbezüglich Befragten konnten in den letzten drei Monaten mehr als 11 Tage nicht ihren üblichen Aktivitäten nachgehen, unter ihnen waren 10 Prozent, denen dies an mehr als 50

Speziell Personen mit aktuell starker Schmerzsymptomatik äußern deutliche Unzufriedenheit.

Die erhobenen Detailspekte zeigen sehr deutlich, in welcher vielfältiger Weise der Informationsaspekt aus Sicht der PatientInnen als verbesserungswürdig erachtet wird, insbesondere was die Aufklärung und ausführliche Information über Therapien, Krankheitsbilder, Zusammenhänge und Ursachen betrifft sowie das Verständnis für das betroffene Individuum und die Anerkennung der Schmerzkrankheit (vgl. Kapitel 8.3.2).

Tagen nicht möglich war. Je stärker die aktuelle Schmerzproblematik, desto höher die Anzahl der Tage, an denen übliche Aktivitäten nicht möglich waren. 72 Prozent der SchmerzpatientInnen empfinden die körperlichen Einschränkungen als belastend, gegenüber 45 Prozent, die unter finanziellen Aufwendungen stöhnen (hohe Arzthonorare, hohe Kosten für Medikamente und Therapien).

Mehrheitlich musste aufgrund der Schmerzen zumindest die Arbeitszeit reduziert werden, 17 Prozent mussten sogar den Beruf aufgeben. Nur 15 Prozent beziehen jedoch eine Berufsunfähigkeitspension bzw. haben Anspruch auf Behindertenerförderung. 5 Prozent haben ein Ansuchen gestellt, dessen Verfahren noch läuft.

Wünsche an die Verantwortungsträger

Die Frage „Wenn Sie im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung Wünsche an die Verantwortlichen des Gesundheitssystems richten könnten, welche Wünsche wären das?“ beantworteten mit Abstand die meisten mit: „Patienten sollten mit ihrer Leidensgeschichte ernst genommen werden“.

Was die ärztliche Betreuung betrifft, so sind für alle PatientInnen drei wesentliche Forderungen von gleich hoher Wichtigkeit: Ernst genommen zu werden, eine verständliche Erklärung über die Krankheit zu erhalten und genügend Zeit der Ärztin/des Arztes für ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten.

Im Detail zeigt sich, dass PatientInnen vor allem **ernst genommen** werden wollen, sei es von den ÄrztInnen, den Behörden oder den Mitmenschen. Auch das Gewährleisten optimaler Therapieansätze bzw. die finanzielle Ermöglichung aller Therapievarianten durch entsprechende Kassenleistungen ist ein wesentlicher Wunsch an die Verantwortlichen des Gesundheitssystems.

Die in Kapitel 8.3.2 (Schmerzversorgung aus Sicht der Betroffenen) als Fallbeispiele zitierten Auszüge aus Briefen von PatientInnen an die Plattform der österreichischen Schmerzallianz veranschaulichen am besten, was es heißt, mit chronischen Schmerzen leben zu müssen.

Fazit

Aus den Ergebnissen der Studie lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- Die Situation von SchmerzpatientInnen ist in vielerlei Hinsicht verbesserungswürdig.
- Es zeigt sich ein deutliches Manko an effizienter Aufklärungsarbeit.
- PatientInnen äußern nur mäßige Zufriedenheit in Bezug auf ihre Schmerzbehandlung.
- Abgesehen von medikamentöser und Infusionsbehandlung zeigt sich, dass bei Behandlungsalternativen hauptsächlich Standards wie Physio- und Bewegungstherapie angewendet werden.
- Von SchmerzpatientInnen wird erwartet, dass sie trotz ihrer Krankheit volle Leistungsfähigkeit erbringen. Deshalb gehen die Wünsche eindeutig in Richtung Akzeptanz und Verständnis für die Krankheit, um mit ihrem Leiden ernst genommen zu werden. Bewusstseinsbildung ist daher auf allen Ebenen erforderlich.

Literatur und Datenquellen

ÖSG – Österreichische Schmerzgesellschaft (Auftraggeber; Durchführung Gallup 2008). „Mit Schmerzen allein gelassen“. Wien, Januar 2009. Online abrufbar unter: <http://www.forumgesundheits.at/portal27/forumgesundheitsportal/content?contentid=10007.689330&viewmode=content&portal:componentId=gtn0657c6f9-4b09-4cc7-8639-562581a0ceb6>. (Zuletzt aktualisiert 11.03.2015).

Allianz chronischer Schmerz Österreich & Astellas Pharma (Initiatoren und Auftraggeber; Durchführung Gallup Institut im Zeitraum Mai bis Juli 2014). „Schmerzstudie 2014“. Ergebnisse publiziert von Lenhardt & Partner Kommunikationsberatung GmbH. <http://www.lenhardtpartner.at/agentur/aktuelles/detail/article/groesster-oesterreichischer-patientenbericht-chronischer-schmerz-2014/>. (11.09.2014).

7.4 Selbsthilfegruppen

Heidrun Rader, Katharina Schweiger

Zusammenfassung

Selbsthilfegruppen stellen in Wien eine wesentliche Ergänzung zur professionellen Gesundheitsversorgung für SchmerzpatientInnen dar. In Selbsthilfegruppen kommen Menschen zusammen, die von einer gleichen Situation betroffen sind. Erfahrungsaustausch, Informationsweitergabe und gemeinsames Entwickeln von Handlungsoptionen wirken sich positiv auf das Alltagsleben mit Schmerzen, auf die Krankheitsbewältigung und die soziale Gesundheit von Betroffenen aus. Selbsthilfegruppen können durch das Einbringen von kollektivem Erfahrungswissen wesentlich zur Gestaltung einer adäquaten Gesundheitsversorgung für SchmerzpatientInnen beitragen. In Wien gibt es einige Selbsthilfegruppen speziell für SchmerzpatientInnen. In anderen Gruppen sind Schmerzen eines von vielen Themen. Anhand des Erfahrungsberichtes einer Betroffenen aus der Selbsthilfegruppe Kopfwegh Wien wird beschrieben, wie durch die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) und Selbstheilungskräfte gestärkt werden und wie Betroffene dadurch besser mit den zum Teil schweren psychischen Belastungen umgehen können. Die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien ist erste Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige, Interessierte und MitarbeiterInnen im Gesundheits- und Sozialwesen, die Fragen zum Angebot und zur Arbeit von Selbsthilfegruppen haben.

Wesen und Bedeutung von Selbsthilfegruppen

In Selbsthilfegruppen treffen sich Personen, die sich in ähnlichen Situationen befinden und sich daher besser verstanden fühlen. Sie tauschen sich über Situationen und Erfahrungen aus und geben Informationen in einfacher, verständlicher Sprache weiter. Viele entlastet es, sich einfach über den Schmerz und dessen Auswirkungen auszusprechen. Auf diese Art leisten Selbsthilfegruppen einen entscheidenden Beitrag zum Gesundheitssystem. Sie stärken die Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) und die Selbstheilungskräfte von SchmerzpatientInnen, vermitteln Ermutigung und Motivation und helfen, mit den zum Teil schweren psychischen Belastungen besser umgehen zu können.

In Wien stellen Selbsthilfegruppen eine wesentliche Ergänzung zur professionellen Gesundheitsversorgung für SchmerzpatientInnen dar. In Selbsthilfegruppen kommen Menschen zusammen, die von einer gleichen Situation betroffen sind. Erfahrungsaustausch, Informationsweitergabe und gemeinsames Entwickeln von Handlungsoptionen wirken sich positiv auf das Alltagsleben mit Schmerzen, auf die Krankheitsbewältigung und die soziale Gesundheit von Betroffenen aus. Selbsthilfegruppen können durch das Einbringen von kollektivem Erfahrungswissen wesentlich zur Gestaltung einer adäquaten Gesundheitsversorgung für SchmerzpatientInnen beitragen.

Selbsthilfelandchaft in Wien und Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien

Heidrun Rader

Was sind Selbsthilfegruppen?

Selbsthilfegruppen sind freiwillige **Zusammenschlüsse von Menschen**, die von der gleichen Erkrankung, Beeinträchtigung oder psychischen oder sozialen Belastung betroffen sind. Dabei wird zwischen **Betroffenen-** und **Angehörigengruppen** unterschieden. Die TeilnehmerInnen einer Selbsthilfegruppe treffen sich in meist regelmäßigen Abständen. Sie sprechen gemeinsam über ihre **Erfahrungen** bei medizinischen sowie therapeutischen Fragen und **unterstützen sich gegenseitig** bei persönlichen Herausforderungen. Sonstige Aktivitäten gestalten die Selbsthilfegruppen nach ihren Wünschen selbst. So bieten sie zum Beispiel Beratung für Betroffene, betreiben Öffentlichkeitsarbeit oder laden ExpertInnen für Fachvorträge zu ihren Gruppentreffen ein. Viele Gruppen begehen gemeinsame **Freizeitaktivitäten**, was gegen die soziale Isolation, die bei langer Krankheit droht, wirkt. Menschen in Selbsthilfegruppen unterstützen sich gegenseitig bei persönlichen, familiären und beruflichen Herausforderungen. Dadurch wird es leichter, den Alltag zu bewältigen.

Auch wenn die Strukturen und Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen stark variieren, gibt es einige **Grundsätze**, die alle Selbsthilfegruppen verbinden:

Selbsthilfegruppen

- bestehen aus Menschen, die ein ähnliches Problem haben und die sich aktiv am Gruppengeschehen beteiligen
- haben keine professionelle Leitung
- sind demokratisch organisiert
- verfolgen keine kommerziellen Interessen
- sind partei- sowie konfessionsunabhängig
- können kostenlos oder gegen geringe Unkostenbeiträge besucht werden
- sind kein Ersatz für eine notwendige medizinische/therapeutische Behandlung, können jedoch eine gute Ergänzung sein.

Wenn sich mehrere regionale Selbsthilfegruppen zu überregionalen Verbänden zusammenschließen, spricht man von Selbsthilfeorganisationen (vgl. ARGE Selbsthilfe Österreich 2012).

7

Wirkung von Selbsthilfegruppen

Durch die gleiche Betroffenheit der TeilnehmerInnen gibt es ein hohes Maß an **Verständnis** untereinander, und durch gemeinsame Aktivitäten wird **sozialer Isolation** vorgebeugt. Der gegenseitige Austausch vermittelt den TeilnehmerInnen **Wissen** und **Erfahrungen** über den Umgang mit ihrer Situation im Alltag. Selbsthilfegruppen bieten die Möglichkeit, die **Gesundheitskompetenz** der TeilnehmerInnen zu erhöhen und damit auch ihre **Selbstsicherheit** gegenüber ÄrztInnen sowie entsprechenden Behörden zu stärken. Indem sich TeilnehmerInnen von Selbsthilfegruppen untereinander unterstützen und sehen, wie andere Menschen ähnliche Herausforderungen bewältigen, schöpfen sie **Hoffnung** und **Lebenslust** für sich selbst.

Nicht zuletzt muss auch die wichtige und nicht zu unterschätzende Rolle von Selbsthilfegruppen im Gesundheitsversorgungssystem erwähnt werden. Selbsthilfegruppen entlasten das Gesundheitssystem, indem sie durch Beratung und präventive Angebote wichtige Bereiche der Gesundheitsversorgung übernehmen. Außerdem trägt das Lobbying der Selbsthilfe-Aktiven zu einer **Verbesserung der Versorgungsstrukturen und zur Qualitätsentwicklung** im Gesundheitssystem bei (vgl. Nickel et al. 2016).

Selbsthilfelandchaft in Wien

In Wien sind rund 40.000 Menschen in 260 Selbsthilfegruppen organisiert. Aktuell (Stand 01/2017) gibt es in Wien zu 147 Themen Selbsthilfegruppen, die bei der Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien registriert sind.

Mit der Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien in der Wiener Gesundheitsförderung gibt es eine zentrale Beratungs- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen. Das Medizinische Selbsthilfezentrum „Martha Frühwirt“ bietet 20 medizinischen Selbsthilfegruppen Büro- und Gruppenräumlichkeiten an.

Die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien und ihre Aufgaben

Die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien in der Wiener Gesundheitsförderung ist eine **Anlaufstelle** für Betroffene, Angehörige, Interessierte und MitarbeiterInnen im Gesundheits- und Sozialwesen, die Fragen zum Angebot und zur Arbeit von Selbsthilfegruppen haben. Sie bietet **Beratung** sowie **Unterstützung** bei der Suche nach einer passenden Selbsthilfegruppe und bei der **Gründung von neuen Selbsthilfegruppen**. Darüber hinaus organisiert und veranstaltet die SUS Wien **Weiterbildungen** sowie **Vernetzungsveranstaltungen** für Selbsthilfe-AkteurInnen und stellt **Informationsmaterialien** zum Thema Selbsthilfe bereit.

Sie arbeitet außerdem an einer **Verbesserung der Schnittstellen** zwischen Betroffenen, Selbsthilfe-

gruppen und Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen. Um die Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfegruppen zu unterstützen, wird jährlich das Verzeichnis der Wiener Selbsthilfegruppen aktualisiert und neu aufgelegt. Dieses wird wienweit in Spitälern, bei ärztlichen Praxen sowie in Apotheken und Beratungsstellen aufgelegt. Das Verzeichnis kann kostenfrei unter broschueren@wig.or.at bestellt werden. Zusätzlich werden Konferenzen und Publikumsmessen in Wien organisiert.

Die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle ist außerdem für die Vergabe **finanzieller Förderungen** für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen in Wien zuständig.

Selbsthilfegruppen und Schmerz

Chronischer Schmerz stellt eines der zahlreichen Themen von Selbsthilfegruppen dar. Vieles deutet darauf hin, dass die aktive Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe auch positive Auswirkungen auf Menschen mit chronischen Schmerzen hat. Es gibt aktuell (Stand 01/2017) keine umfassende Forschung, welche die spezielle Wirkung von Schmerz-Selbsthilfegruppen untersucht. Es ist davon auszugehen, dass die allgemeinen positiven Effekte von Selbsthilfegruppen (siehe oben) auch bei SchmerzpatientInnen wirken. Untersuchungsergebnisse weisen zum Beispiel auf konkrete positive Effekte bei Fibromyalgie-Selbsthilfegruppen (FMS) hin: So war die Mitgliedschaft in einer FMS-Selbsthilfegruppe „mit einer geringeren seelischen Symptombelastung sowie häufigerem Einsatz von aktiven Selbstmanagementstrategien assoziiert“ (Jung et al. 2013).

Aktuell sind in Wien drei Gruppen aktiv, welche in ihrem Namen auf „Schmerzen“ als Gruppenthema hinweisen. Bei weiteren 26 Gruppen ist davon auszugehen, dass Schmerzen ein wesentliches Begleitsymptom der Grunderkrankung darstellen. Damit wird deutlich, dass Schmerzen ein relevantes Thema in der täglichen Arbeit und in den Gesprächen und Beratungen von Selbsthilfegruppen sind.

Ein Beispiel aus der Praxis soll im folgenden Kapitel die positiven Auswirkungen einer Selbsthilfegruppe zum Thema Kopfschmerz aufzeigen.

Blick in die Praxis aus Sicht einer Betroffenen

Katharina Schweiger

Selbsthilfegruppe Kopfweh Wien

Die Selbsthilfegruppe Kopfweh Wien ist Teil einer österreichweiten Selbsthilfeorganisation, bei der jede regionale Gruppe individuell und selbstbestimmt organisiert ist. Sie besteht aus freien Mitgliedern, jede bzw. jeder kommt, wenn sie oder er das Bedürfnis danach hat, ohne Anmeldung, ohne Verpflichtung. Die Treffen finden ca. sechs Mal im Jahr statt und die TeilnehmerInnen nennen sich gegenseitig beim Vornamen. Jedes Mitglied bestimmt für sich selbst, was und wie viel es in die Gruppe einbringen möchte.

Willkommen sind Betroffene aller Kopfschmerzarten und deren Angehörige, aber auch Interessierte finden ihren Patz. Der Inhalt gestaltet sich aus einem Mix aus Austausch (meist gibt es thematische Schwerpunkte), medizinischen Vorträgen und gemeinsamen Aktivitäten.

Selbstverständlich herrscht innerhalb der Gruppe Schweigepflicht – Dinge, die in diesem Rahmen geteilt werden, werden von allen vertraulich behandelt und dürfen nicht nach außen getragen werden. Das ist die Grundlage für gegenseitige Offenheit und Vertrauen.

Die Gründe, warum TeilnehmerInnen zu den Treffen kommen, sind vielfältig. In erster Linie ist es aber wohl der Umstand, dass sie in der Selbsthilfegruppe auf andere Menschen treffen, die sich in ähnlichen Lebenssituationen befinden. Hier müssen sie nicht viel erklären, alle können weitgehend nachempfinden, wie es den anderen geht, weil sie den gleichen oder ähnlichen Herausforderungen begegnen. Sie können ihre Erfahrungen austauschen. Das ist auch eine wesentliche Abweichung zu einer Therapie. Fragen wie „Was machst du in so einer Situation?“, „Kennst du das auch, dass...?“ usw. sind üblich. Häufige Themen betreffen beispielsweise den Umgang mit ArbeitgeberInnen oder Herausforderungen, denen sie im Gesundheitssystem gegenüber stehen. Alle kennen die gleichen Probleme und begegnen sich auf Augenhöhe.

Dennoch kann und möchte die Selbsthilfegruppe kein Ersatz für ärztliche Konsultationen oder eine Therapie sein, sie kann diese aber gut ergänzen.

Die TeilnehmerInnen suchen Informationsaustausch in einer für alle verständlichen Sprache. Es wird weitgehend auf medizinische Fachausdrücke verzichtet, zumindest werden solche sofort erklärt. Sie wollen Neues kennenlernen und sich über Erfahrungen mit verschiedenen Therapien beraten.

Andere wiederum suchen weniger nach Informationen, da sie ohnedies von verschiedensten Seiten meist (auch ungewollte) gut gemeinte Ratschläge bekommen. Was sie suchen ist Verständnis, das sie in der Gruppe erfahren. Wenn beispielsweise von einer Migräneattacke gesprochen wird, muss nicht erst erklärt werden, dass es sich dabei nicht nur um einfache Kopfschmerzen handelt, sondern allen ist das volle Krankheitsbild bestens vertraut. Details werden nicht als unglaublich hinterfragt. Sie fühlen sich verstanden und können ein Thema aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten.

Bei den Treffen wird darauf geachtet, den Betroffenen genügend Raum zu geben, über ihre Beschwerden und die damit zusammenhängenden Herausforderungen zu sprechen. In der Gruppe muss niemand „funktionieren“, muss sich niemand verstellen. Jeder kann sich so zeigen, wie sie/er ist und wie einem gerade zumute ist. Trotzdem steht Jammern nie im Vordergrund. Ziel ist immer ein lösungsorientierter Ansatz, mit dessen Hilfe an die alltäglichen Anforderungen herangetreten wird. Wichtig sind wechselseitige Motivation, positive Beispiele, gegenseitige Hilfe, um weiter zu kämpfen, die Nutzung der Erfahrungen der anderen sowie die Erarbeitung von Alltagsstrategien und vor allem die gegenseitige Bestärkung. Allen voran steht die Erkenntnis: „Es gibt ein Leben mit Migräne, Cluster-Kopfschmerz, Spannungskopfschmerz etc. – und ich bin nicht alleine!“

Resümee

Heidrun Rader, Katharina Schweiger

Ein Leben mit häufigem oder andauerndem Schmerz zu führen, ist eine extreme Herausforderung sowohl für Betroffene als auch deren Angehörige. Der Austausch mit anderen Betroffenen und die gegenseitige Unterstützung sind Aspekte, die unser Gesundheitssystem nur schwer abdecken kann. Diese Lücke können Selbsthilfegruppen auf einzigartige Weise schließen und damit wesentlich zur psychischen Entlastung und zum Genesungsprozess von SchmerzpatientInnen beitragen.

Der unmittelbare Nutzen für die Teilnehmenden von Selbsthilfegruppen ist von unschätzbarem Wert. Gemeinschaftliche Selbsthilfe und die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe wirkt sich sehr positiv auf das Alltagsleben mit Schmerzen, auf die Krankheitsbewältigung und die soziale Gesundheit von Betroffenen aus. Der Besuch einer Selbsthilfegruppe kann eine notwendige medizinische oder therapeutische Behandlung nicht ersetzen, kann jedoch eine gewinnbringende Ergänzung sein. Menschen in Selbsthilfegruppen entwickeln gemeinsam Strategien, um besser mit ihrer Erkrankung umgehen zu können.

In Wien gibt es zahlreiche Selbsthilfegruppen rund um die Thematik Schmerz. Aktuelle Kontaktdaten sind im Wiener Selbsthilfegruppen-Verzeichnis zu finden. Wenn es für spezifische Themen noch keine Selbsthilfegruppe gibt, unterstützt die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien bei der Gründung einer neuen Selbsthilfegruppe. Dadurch können noch mehr Menschen von Selbsthilfe profitieren.

Literatur und Datenquellen

ARGE Selbsthilfe. Fachstandards für die Unterstützung von Selbsthilfegruppen 2008, aktuelle Version Oktober 2012. Online abrufbar unter: http://www.selbsthilfe-oesterreich.at/fileadmin/upload/doc/2016/Fachstandards_ARGE_SHO___2014.pdf. (Zuletzt heruntergeladen am 09.02.2017).

Jung E et al (2013): Sind Mitglieder von Fibromyalgiesyndrom-Selbsthilfegruppen „anders“? Demografische und klinische Charakteristika von Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern von Fibromyalgie Selbsthilfegruppen. *Zeitschrift für Rheumatologie* 2013 (5). Springer Verlag.

Nickel S et al. Erfolge und Wirkungen aus Sicht der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. In: Kofahl C, Schulz-Nieswandt F, Dierks M (Hg.). *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland*. LIT Verlag, 2016.

7.5 Gesamtresümee

Erika Folkes

Um den 1,5 Millionen SchmerzpatientInnen in Österreich eine starke Stimme zu geben, haben sich 50 Selbsthilfegruppen zur Plattform „Allianz Chronischer Schmerz Österreich“ zusammengeschlossen. Die eigene Website www.schmerz-allianz.at verlinkt nicht nur die Mitglieder, vermittelt Tipps und klärt über die aktuelle Entwicklung auf. Sie gibt auch SchmerzpatientInnen und jenen, die ihnen nahestehen, die Möglichkeit, mit ihrer Unterschrift zur Verbesserung des Schmerz-Versorgungssystems beizutragen. Weiters können einschlägige Gratisbroschüren wie der „Schmerzwerkzeugkoffer“ bei dieser zentralen Anlaufstelle angefordert werden.

Unter dem Motto: „Gemeinsam sind wir stark“ fordert die Schmerzallianz immer wieder die Gesundheitsverantwortlichen auf, den Forderungen jener nachzukommen, die tagtäglich unter Schmerzen leiden müssen. Die Forderungen beziehen sich insbesondere auf folgende Punkte:

- Anerkennung des chronischen Schmerzes als eigenständige Krankheit
- eine dem jeweiligen Krankheitszustand entsprechende (wirksame) Therapie für jede Schmerzpatientin /jeden Schmerzpatienten
- die Einrichtung von speziellen, multidisziplinär und multimodal besetzten Schmerzzentren nach ausländischem Vorbild, die eine schnelle Diagnose mit einer auf den jeweiligen Menschen zugeschnittenen Therapie ermöglichen
- eine bessere Ausbildung für SchmerzmedizinerInnen.

Aus den Ergebnissen der 2014 durchgeführten, von der PatientInnenplattform „Allianz Chronischer Schmerz“ und Astellas Pharma initiierten und von Gallup durchgeführten österreichweiten Befragung von 890 SchmerzpatientInnen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

Fazit der Ergebnisse der Schmerzstudie 2014

- Die Situation von SchmerzpatientInnen ist in vielerlei Hinsicht verbesserungswürdig.
- Es zeigt sich ein deutliches Manko an effizienter Aufklärungsarbeit. Ärztinnen und Ärzte sind zwar primäre Informationsquelle und erste AnsprechpartnerIn, wenn es um das Krankheitsbild geht, sie werden aber den von PatientInnen gewünschten Anforderungen diesbezüglich nur wenig gerecht.
- PatientInnen äußern nur mäßige Zufriedenheit in Bezug auf ihre Schmerzbehandlung (zahlreiche Arztbesuche, fehlende Empathie und Zeit seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, hohe finanzielle Aufwendungen und oftmals auch lange Wartezeiten auf einen Arzttermin ergeben ein wenig erfreuliches Resümee).
- Abgesehen von medikamentöser und Infusionsbehandlung zeigt sich, dass bei Behandlungsalternativen hauptsächlich Standards wie Physio- und Bewegungstherapie angewendet werden. Aufgrund fehlender Kassenleistungen ist die Inanspruchnahme alternativer bzw. individueller Therapieansätze nicht möglich, wodurch PatientInnen nicht das Repertoire an möglichen Behandlungsansätzen ausschöpfen können, um die für sie bestmöglichen Therapien zu erhalten.
- Von SchmerzpatientInnen wird erwartet, dass sie trotz ihrer Krankheit volle Leistungsfähigkeit erbringen. Deshalb gehen die Wünsche eindeutig in Richtung Akzeptanz und Verständnis für die Krankheit, um mit ihrem Leiden ernst genommen zu werden. Bewusstseinsbildung ist auf allen Ebenen erforderlich, sei es auf Seiten der ÄrztInnen, damit sie SchmerzpatientInnen nicht als „psychisch auffällig“ abstempeln, sei es auf Seiten der Bevölkerung, damit sie realisiert, was es überhaupt bedeutet, mit einer Schmerzproblematik den Alltag zu bewältigen, aber auch auf Seiten der Gesundheitsverantwortlichen, die durch entsprechende finanzielle Leistungen den PatientInnen individuell maßgeschneiderte Therapien ermöglichen könnten.

8



**Schmerztherapie und
Schmerzversorgung**



Inhalt

8	Schmerztherapie und Schmerzversorgung	216
8.1	Einleitung	218
8.2	Therapieangebote	220
8.2.1	Pharmakotherapie	221
	Einleitung	221
	Schmerzmittel (Analgetika) nach Wirkmechanismen	222
	Grundsätzliches zur medikamentösen Schmerztherapie	228
	Resümee	229
8.2.2	Invasive Therapien	230
	Einleitung	230
	Angewandte Therapien	231
	Resümee	233
8.2.3	Psychologische Behandlung und Psychotherapie	234
	Einleitung	234
	Psychologisch-psychotherapeutische Begleitung von SchmerzpatientInnen	234
	Wichtigste Ansätze der Psychotherapie zur Behandlung von chronischen Schmerzen	238
	Resümee	240
8.2.4	Multimodale integrative Schmerztherapie	242
	Einleitung und Definition	242
	Komponenten und Verfahren der Multimodalen Schmerztherapie	243
	Indikation und Assessment	243
	Ziele der Multimodalen Schmerztherapie	244
	Inhalte der Multimodalen Therapie und Schwerpunkte einzelner Professionen	245
	Behandlungsumfang und Setting	248
	Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung und Haltung	249
	Effektivität und Nachhaltigkeit Multimodaler integrativer Schmerztherapie	250
	Resümee	251
8.2.5	Physikalische Maßnahmen	252
	Einleitung	252
	Wissenschaftliche Evidenz von Leistungen der physikalischen Medizin	252
	Schlussfolgerung	254
8.2.6	Alternative Methoden	255
	Einleitung	255
	Ausgewählte Methoden	256
	Resümee	259

8.3 Schmerzversorgung in Österreich	260
<i>8.3.1 Schmerzversorgung in Wien: Eine Soll-Ist-Darstellung der Situation</i>	<i>260</i>
Soll-Darstellung	260
Ist-Darstellung	263
Fazit	265
<i>8.3.2 Schmerzversorgung in Österreich aus Sicht der SchmerzpatientInnen</i>	<i>266</i>
Einleitung	267
Studien- und Befragungsergebnisse zur Situation von SchmerzpatientInnen in Österreich	268
Erfahrungsberichte von SchmerzpatientInnen in Wien	276
Briefe von SchmerzpatientInnen an die Selbsthilfeorganisation „Allianz chronischer Schmerz Österreich“	280
Resümee	283
8.4 Gesamtresümee	285

8 Schmerztherapie und Schmerzversorgung

Eleonore Bachinger, Silvia Brandstätter, Erika Folkes, Gabriele Grögl-Aringer, Wolfgang Jaksch, Daniela Leithner, Birgit Kraft

Zusammenfassung

Schmerz als bio-psycho-soziales Gesamtphänomen hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche eines Menschen. Umso wichtiger ist eine effiziente Schmerztherapie, die die unterschiedlichen Aspekte des (vor allem chronischen) Schmerzerlebens berücksichtigt und den Menschen nicht auf ein rein bio-mechanisches Modell reduziert. Individuell abgestimmte Therapiekonzepte enthalten sowohl medikamentöse oder invasive Verfahren, psychologische Schmerztherapie, physikalische Medizin und, wenn nötig, Unterstützung durch SozialhelferInnen und andere medizinische Berufe.

Eine der wichtigsten Säulen in der Schmerztherapie stellt die **medikamentöse Therapie** dar, wofür eine Vielzahl an (rezept- und nicht rezeptpflichtigen) Medikamenten zur Verfügung steht. Ebenfalls von Bedeutung sind **physikalische Maßnahmen** zur Behandlung von chronischen Schmerzen, die standardmäßig angeboten werden, jedoch mitunter einer empirischen Grundlage entbehren. Evidenzgesicherte Ergebnisse von Studien zeigen, dass zum Beispiel bei muskuloskelettalen Beschwerden vor allem **aktive Therapien** (Bewegung) mehr Erfolg versprechend sind als passive Modalitäten.

Nach internationalen, evidenzbasierten Erkenntnissen stellen abgestufte, genau definierte Behandlungskonzepte, die immer multimodal und interdisziplinär ausgerichtet sein sollten, die Basis einer effizienten schmerzmedizinischen Versorgung dar. **Multimodale Programme** sind gekennzeichnet durch das gleichzeitige Stattfinden der einzelnen (multimodalen) Behandlungsbausteine und ein eng vernetztes interdisziplinäres Arbeiten. Die zentralen Therapiesäulen sind insbesondere körperlich aktivierende Therapiemaßnahmen, inklusive Bewegungstherapie und unterstützendes Training mit Information und Anweisungen für die PatientInnen (Edukation) sowie psychologisch-psychotherapeutische Behandlungsansätze. Vor allem die psychotherapeutische bzw. psychologische Behandlung stellt optimalerweise einen Teil eines multimodalen Behandlungspaketes dar und richtet sich neben der psychoedukativen Vermittlung schmerzrelevanter Themen inhaltlich nach den Bedürfnissen der einzelnen PatientInnen bzw. der spezifischen PatientInnengruppe.

Betrachtet man die **Schmerzversorgung in Österreich** und auch in Wien, so ist vor dem Hintergrund der genannten Anforderungen die Versorgungssituation von SchmerzpatientInnen als wenig zufriedenstellend zu bezeichnen. Eine qualitätsgesicherte schmerzmedizinische Versorgung existiert nicht und die erforderlichen personellen, zeitlichen, räumlichen und finanziellen Strukturen und Ressourcen zur Gewährleistung einer multimodalen, interdisziplinären Schmerzmedizin sind derzeit nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Die unstrukturierte schmerzmedizinische Ausbildung, die nur postgraduell auf Freiwilligenbasis angeboten wird, ist ein weiterer Grund für mangelnde Kompetenz sowohl in Hinblick auf die schmerzmedizinische Versorgung als auch im Umgang mit den PatientInnen.

Auch **aus Sicht der SchmerzpatientInnen** und der sie vertretenden Organisationen wird hier bereits seit vielen Jahren deutliche Kritik laut. Ergebnisse von PatientInnenbefragungen ebenso wie Inhalte von Erfahrungsberichten und PatientInnenbriefen an Schmerz-Selbsthilfeorganisationen zeigen übereinstimmend, dass die Schmerzversorgung in Österreich für die PatientInnen frustrierend, unzureichend und inadäquat ist – sowohl betreffend Effektivität der angebotenen Therapien als auch betreffend Orientierung an den Bedürfnissen der PatientInnen. Die Kritik richtet sich primär gegen die Beschränkung auf medikamentöse und physikalische Therapie sowie das häufig angetroffene Unverständnis und die mangelnde Empathie der behandelnden ÄrztInnen den SchmerzpatientInnen gegenüber. Die in allen Befragungen zum Ausdruck gebrachten Anliegen von Betroffenen können in drei wesentlichen Punkten zusammengefasst werden: Die PatientInnen fühlen sich nicht ernst genommen, schlecht informiert und wünschen sich eine Verbesserung der Versorgungssituation.

8.1 Einleitung

Birgit Kraft

Schmerz ist nicht gleich Schmerz. Zur Vielfalt an zugrunde liegenden pathophysiologischen Schmerzmechanismen kommen genetische und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Schmerzverarbeitung ebenso aber auch Persönlichkeitsmerkmale, individuelle Erfahrungen (epigenetische Signaturen) und nicht zuletzt der Therapieverlauf als Faktoren, die darüber entscheiden, ob eine Schmerzchronifizierung stattfindet oder nicht.

Es mangelt vielerorts am Bewusstsein für Risikofaktoren der Schmerzchronifizierung, an einer fundierten Schmerzausbildung von ÄrztInnen, die bereits im Studium beginnen sollte, und dem Wissen über pathophysiologische Zusammenhänge. Selbst wenn die richtige Diagnose gestellt wird, fehlen in Folge Einrichtungen, die eine spezialisierte, evidenzbasierte und gegebenenfalls multiprofessionelle oder multimodale Therapie zeitnah anbieten. Rein körperorientierte Maßnahmen wie Medikamente, Infiltration, Infusionstherapie, passive physikalische Maßnahmen und bildgebende Diagnostik werden durch das bestehende Honorarsystem gefördert und stehen daher bei der Therapie im Vordergrund. Ausführliche PatientInnenaufklärung, psychologische Verfahren, Stressbewältigung und aktive Bewegungstherapie spielen hingegen nur eine untergeordnete Rolle, da diese zeitaufwendig sind und anfänglich oftmals auch auf wenig Verständnis oder gar vehemente Ablehnung bei den SchmerzpatientInnen stoßen. Nicht selten sind SchmerzpatientInnen irritiert, wenn die behandelnden ÄrztInnen ein Gespräch mit einer Psychologin/einem Psychologen vorschlagen, da sie sich nicht ernstgenommen fühlen und glauben, man halte ihre Beschwerden für Einbildung. Die gesellschaftliche und kulturelle Akzeptanz von Schmerzen gegenüber dem Stigma einer vermeintlichen psychischen Erkrankung spielt hierbei eine große Rolle. Eine gute Aufklärung und empathisch geführte Gespräche sind notwendig, um gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten einen umfassenden Therapieplan zu erstellen. In der gängigen Routineversorgung ist dies aus Zeitgründen jedoch kaum möglich. Die Zusammenarbeit von ÄrztInnen und TherapeutInnen ist meist abhängig von deren jeweiligem sozialen Netzwerk und ihrem persönlichen Engagement. So bleibt es letztlich oft

dem Zufall überlassen, ob und wie rasch SchmerzpatientInnen eine ihrem Krankheitsbild entsprechende qualifizierte Diagnostik und Therapie erhalten.

Dieser Abschnitt widmet sich daher unter anderem auch eingehend dem psychologischen Aspekt von Schmerz. Vor allem psychologisch-psychotherapeutische Interventionen sind aus heutiger Sicht bei Vorliegen chronischer Schmerzen ein unverzichtbarer Teil der Behandlung. Bei individueller Schwerpunktsetzung geht es neben psychoedukativen Maßnahmen und der Etablierung günstiger Bewältigungstechniken um die Reflexion und Veränderung schmerzrelevanter psychodynamischer Aspekte. Im optimalen Fall sind die Maßnahmen eingebettet in eine multimodale Behandlung. Diese stellt gegenwärtig die empfohlene Therapiestrategie bei chronischem Schmerz dar. Auf Basis eng vernetzter Zusammenarbeit verschiedener Professionen bilden aktives körperliches Training, Psychoedukation und psychotherapeutische Maßnahmen die zentralen Behandlungssäulen.

Klar strukturierte Behandlungspfade bzw. ein nationaler Versorgungsplan für (chronische) SchmerzpatientInnen, die in anderen europäischen Ländern (wie etwa Belgien oder Italien) Standard sind, existieren in Österreich bisher nicht. Eine wesentliche Herausforderung für das Gesundheitssystem ist daher die Implementierung von Strukturen eines abgestuften Versorgungskonzeptes, angefangen von Präventionsmaßnahmen (z. B. auf betrieblicher Ebene) über leitlinienkonforme Therapiekonzepte und Aufklärung bei niedergelassenen ÄrztInnen, bis hin zu spezialisierten Schmerzzentren oder Schmerzambulanzen, in denen multiprofessionelle Teams aufwendigere Therapieverfahren wie multimodale oder interventionelle Schmerztherapie anbieten.

Ein besonderes Anliegen dieses Berichtes ist es aber auch, in der Diskussion der aktuellen Versorgungssituation die SchmerzpatientInnen mit ihren Erfahrungen und Erwartungen selbst zu Wort kommen zu lassen. Eine Analyse der Ergebnisse sämtlicher zur Verfügung stehender PatientInnenbefragungen, ausgewählte Erfahrungsberichte so-

wie die Zurverfügungstellung von Auszügen von PatientInnenbriefen an die PatientInnenplattform „Allianz Chronischer Schmerz Österreich“ sollen aufzeigen, was aus Sicht der PatientInnen in der bisherigen Versorgungssituation als besonders unbefriedigend empfunden wird und was sie in Bezug auf Diagnose, Information und Kommunikation erwarten.

Wenngleich es in vielen Fällen nicht möglich ist, Schmerzfreiheit zu erreichen, ist eine Schmerzbehandlung, die den aktuellen Standards und Leitlinien der Schmerztherapie entspricht, jedenfalls anzustreben. Wichtigste und auch realisierbare erste Schritte sind eine gute Ausbildung der ÄrztInnen und TherapeutInnen für die Schmerzbehandlung sowie Einrichtungen, die eine strukturierte Versorgung der Bevölkerung ermöglichen.

8.2 Therapieangebote

Birgit Kraft

Das Angebot an verschiedensten Methoden zur Schmerzbehandlung ist fast unüberschaubar. Für PatientInnen und medizinische Laien ist es schwer zu unterscheiden, welche Maßnahmen tatsächlich wissenschaftlich fundiert sind und welche Methoden letztlich nur leere, zumeist aber kostspielige Versprechungen darstellen. Der Placeboeffekt derartiger Behandlungen darf nicht unterschätzt werden, Glaube kann ja bekanntlich „sogar Berge versetzen“. Moderne Magnetresonanzuntersuchungen haben bewiesen, dass allein der Glaube an die Wirksamkeit einer Therapie genau die gleichen Gehirnregionen aktiviert wie konventionelle Schmerzmittel (vgl. Schedlowski et al. 2015). Wird eine Therapie noch durch eine Medizinerin/einen Mediziner vermittelt, der von der Patientin/vom Patienten als besonders kompetent und vertrauenswürdig wahrgenommen wird, kann der Placeboeffekt noch verstärkt werden.

Doch nicht alles, was angeboten wird, ist auch hilfreich. Manche Therapien sind sogar gefährlich oder schädlich. Und immer wieder finden sich verzweifelte SchmerzpatientInnen, die sich unnötigen oder gar gefährlichen Operationen unterziehen oder bereit sind, vermeintlichen Wunderheilern große Summen für fragwürdige Therapiemethoden zu bezahlen.

Fakt ist jedoch, dass chronische SchmerzpatientInnen oft erst bei TherapeutInnen außerhalb der Regelversorgung das gewünschte (und notwendige) Maß an zeitaufwendigen Gesprächen, Zuwendung und Empathie erhalten. Negative Erfahrungen in der Regelversorgung mit verschiedenen Medikamenten (Unwirksamkeit, Nebenwirkungen), mit Diagnostik- und Behandlungskonzepten, die sich auf rein somatische Schmerzursachen beschränken, spielen dabei eine große Rolle. Eine Fokussierung auf die körperlichen Aspekte einer chronischen Schmerzerkrankung von Seiten der ÄrztInnen und der PatientInnen führen zu einem Teufelskreis. Die PatientInnen sind enttäuscht, dass die Ursache ihrer Leiden selbst durch vielfältige und wiederholte diagnostische Maßnahmen nicht gefunden wird, die verordneten Medikamente und durchgeführten Eingriffe nicht helfen – und suchen die Schuld bei der/dem jeweiligen

BehandlerIn. In Folge wenden sie sich dann neuen TherapeutInnen zu und der Kreislauf des „*Doctor-hoppings*“ beginnt. Nicht nur der Mangel an strukturierten Behandlungspfaden, sondern auch Misstrauen gegenüber der „Schulmedizin“ und der „Pharmalobby“ sind weitere Ursachen dafür, warum sich frustrierte und verzweifelte chronische SchmerzpatientInnen häufig „alternativen“ und teilweise fragwürdigen Therapien zuwenden.

Gegenwärtig gelten multimodale Programme als Therapie der Wahl bei chronischen Schmerzsyndromen. Sie sind gekennzeichnet durch das gleichzeitige Stattfinden der multimodalen Behandlungsbausteine und ein eng vernetztes interdisziplinäres Arbeiten. Überwiegend aktive körperliche Therapiemaßnahmen, psychologisch-psychotherapeutische Behandlung und Edukation durch unterschiedliche Disziplinen stellen die zentralen Therapiesäulen dar. Ziele sind die Wiederherstellung einer zufriedenstellenden körperlichen Funktionsfähigkeit und einer stabilen psychischen Situation, die Stärkung der Selbstwirksamkeit und gesundheitsbezogenen Kompetenz sowie das Erlangen einer guten körperlichen, psychischen und sozialen Teilhabe.

Literatur und Datenquellen

Schedlowski M, Enck P, Rief W, Bingel U. Neuro-Bio-Behavioral Mechanisms of Placebo and Nocebo Responses: Implications for Clinical Trials and Clinical Practice. *Pharmacol Rev.* 2015; 67(3): 697-730.

8.2.1 Pharmakotherapie

Wolfgang Jaksch

Zusammenfassung

Die Pharmakotherapie ist eine der Hauptsäulen in der Schmerztherapie. Eine breite Palette an Medikamenten steht Betroffenen zur Verfügung, die teilweise auch rezeptfrei erhältlich sind. Nach Wirkmechanismen werden Schmerzmittel (Analgetika) eingeteilt in Nichtopioid-Analgetika, Opioid-Analgetika, Co-Analgetika und adjuvante Analgetika sowie topisch applizierte Analgetika. Vor allem in der Langzeittherapie von chronischen Schmerzen muss jedoch auf das Sicherheitsprofil geachtet werden (Ausschaltung bzw. Reduktion von Nebenwirkungen auf ein Minimum, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten). Selbstmedikation mit Schmerzmitteln sollte deshalb nur kurzfristig bei akuten Schmerzen erfolgen. Bei chronischen Erkrankungen muss die Einnahme von Schmerzmitteln immer unter der Kontrolle von ÄrztInnen, am besten von SchmerzmedizinerInnen erfolgen.

Einleitung

Die Therapie mit Medikamenten ist eine der wichtigsten Säulen in der Schmerztherapie. Eine Vielzahl von Medikamenten steht für die Therapie und Linderung von Schmerzen zur Verfügung. Viele davon können PatientInnen ohne Rezept in der Apotheke erwerben. Es ist sogar auffallend, dass in kaum einem anderen Bereich der Medizin so viele „*over the counter*“-Medikamente verwendet werden wie in der Schmerzmedizin.

Durch die Kombination verschiedener Wirkmechanismen der angebotenen Medikamente können akute Schmerzen rasch therapiert und chronische Schmerzen zumindest gelindert werden. Vor allem in der Langzeittherapie von chronischen Schmerzen muss jedoch auf das Sicherheitsprofil geachtet werden. Vor Therapiebeginn festgelegte

Ziele sollten bei keinen oder bei nur minimalen Nebenwirkungen erreicht werden. Bei älteren Personen oder PatientInnen mit Begleiterkrankungen muss auch die Wechselwirkung mit den täglich eingenommenen Medikamenten berücksichtigt werden. Es liegt daher in der Verantwortung der ÄrztInnen, aber auch der ApothekerInnen, dass PatientInnen durch die Einnahme von Schmerzmitteln keinen Schaden nehmen.

Selbstmedikation mit Schmerzmitteln sollte deshalb nur kurzfristig bei akuten Schmerzen erfolgen. Bei chronischen Erkrankungen muss die Einnahme von Schmerzmitteln immer unter der Kontrolle von ÄrztInnen, am besten von SchmerzmedizinerInnen erfolgen.

Schmerzmittel (Analgetika) nach Wirkmechanismen

Die im Folgenden dargestellten Schmerzmittel werden nach Wirkmechanismen unterteilt.

Nichtopioid-Analgetika

Diese wohl am meisten verwendete Gruppe von nichtopioidhaltigen Schmerzmitteln setzt sich aus einer Vielzahl sehr heterogener Substanzen zusammen. Grob unterscheidet man die nichtsauren, antipyretisch (fiebersenkend) wirkenden Analgetika wie Paracetamol und Metamizol von der großen Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR).

Obwohl schon sehr lange in Verwendung ist der genaue Wirkungsmechanismus weder von Paracetamol noch von Metamizol bekannt. Beide Substanzen wirken sowohl im Zentralnervensystem als auch im peripheren Gewebe. Beide Substanzen haben eine mäßige schmerzlindernde und eine sehr gute fiebersenkende Wirkung.

Paracetamol wird im Allgemeinen als sichere Substanz gehandelt, bei Dosen über 4g pro Tag kann es aber zu schweren, irreversiblen Leberschäden kommen. Paracetamol ist oft Bestandteil von diversen Mischpräparaten zur Schmerztherapie, wird aber auch zur Behandlung grippaler Infekte eingesetzt.

Diese Substanz steht nun im Verdacht, im ersten Lebensjahr oder auch später im frühen Kindesalter gegeben, das Risiko für Asthma, allergischen Schnupfen und Ekzeme im Alter von sechs Jahren zu erhöhen. Bei Erwachsenen sind nach aktuellen Erkenntnissen – abhängig von der Einnahmefrequenz – kardiovaskuläre Nebenwirkungen nicht auszuschließen.

Metamizol wurde in vielen Ländern wegen des Auslösens von massiven Blutbildveränderungen vom Markt genommen. Vorteil dieser Substanz ist die krampflösende Wirkung, die bei abdominalen

Beschwerden bzw. Schmerzen im gynäkologischen oder urologischen Bereich sehr wertvoll ist. Nach klinischen Erfahrungen scheint auch eine Wirkung bei neuropathischen Schmerzen vorzuliegen. Eine längere Anwendung von Metamizol erfordert die regelmäßige Durchführung von Blutbildkontrollen. Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem sind zurzeit nicht bekannt.

Sehr gut entzündungshemmend wirkende Substanzen, die deshalb oft bei rheumatischen Beschwerden eingesetzt werden, hat man als **Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)** zusammengefasst, um sie namentlich von den Steroiden abzugrenzen, die ebenfalls bei Rheuma verwendet werden. Wichtige Vertreter dieser Gruppe sind **Acetylsalicylsäure (ASS)**¹, **Diclofenac**, **Ibuprofen**, **Naproxen** und **Mefenaminsäure**. Die analgetische (schmerzlindernde) Wirkung wird über die Hemmung der Cyclooxygenase (COX)² vermittelt, wobei jedoch entzündungshemmende, schmerzlindernde und fiebersenkende Wirkungen hauptsächlich über die Hemmung der COX 2 erfolgt. COX 1 ist für viele Körperfunktionen speziell im Bereich Magen-Darm verantwortlich. Die oben genannten Substanzen hemmen nichtselektiv beide COX-Isoenzyme.

Damit erklären sich die vielfältigen Nebenwirkungen dieser Substanzgruppe: Blutungen, Perforationen und Obstruktionen im Magen-Darm-Bereich, Nierenschäden, die Auslösung von Asthmaanfällen, nach neuen Erkenntnissen auch schwere Herz-Kreislauf-Nebenwirkungen wie Herzinfarkt, Schlaganfälle, Gefäßverschlüsse und Herzversagen.

- 1 Acetylsalicylsäure, kurz ASS, ist ein weit verbreiteter schmerzstillender, entzündungshemmender, fiebersenkender und thrombozytenaggregations-hemmender Wirkstoff, der seit 1977 auf der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der WHO steht. Der Wirkstoff wird seit Anfang des 20. Jahrhunderts unter dem Markennamen **Aspirin** von der Fa. Bayer AG hergestellt. (Wikipedia).
- 2 Cyclooxygenasen (COX) haben eine zentrale Funktion in der Regulation des Entzündungsgeschehens; sie werden durch Nichtsteroidale Antiphlogistika gehemmt. Antiphlogistika sind Schmerzmittel, die ihrer entzündungshemmenden (antiphlogistischen) Wirkung wegen symptombezogen auch zur Rheumatherapie eingesetzt werden.

Substanzen, die selektiv COX 2 hemmen (z. B. Celecoxib und Etoricoxib), haben deutliche Vorteile im Gastrointestinaltrakt. Primär wurden nur diesen Substanzen kardiovaskuläre Nebenwirkungen zugeschrieben, worauf einige dieser Präparate vom Markt genommen wurden. Neuere Metaanalysen zeigten nun, dass auch nichtselektive NSAR, speziell Diclofenac, diese Nebenwirkungen verursachen (CNT Coll. 2013). Besondere Vorsicht ist bei gleichzeitigem Einsatz mit Antihypertensiva (Blut-

hochdruck-Medikamente) geboten (ACE-Hemmer, Sartane).

Aus diesen Gründen sollten die genannten Präparate nur nach Abschätzen des individuellen Risikos möglichst in der niedrigst wirksamen Dosis und für den kürzest möglichen Zeitraum eingesetzt werden. Auch die rezeptfreie Abgabe dieser Substanzen sollte auf jeden Fall immer kritisch hinterfragt werden.

Anwendungsgebiete der nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR)

- akute und chronische Entzündung
- Entzündungen assoziiert mit muskuloskelettalen Störungen wie Osteoarthritis, Rheumatoide Arthritis, Gicht, Tendinitis, Verstauchung
- Schmerzen im Sport [Vorsicht Missbrauch]
- Spannungskopfschmerz, Migränekopfschmerz [Vorsicht chronische Einnahme]
- postoperative Schmerzen, die von Entzündungs- und Schwellungszuständen begleitet sind (z.B. nach zahnärztlichen Eingriffen)
- Hemmung der uterinen Prostaglandin-Synthese, die zu Krämpfen und verstärkter Blutung während der Menstruation führt
- schmerzhafte entzündliche Zustände im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich
- Acetylsalicylsäure hat einen plättchenfunktionshemmenden Effekt und findet daher Einsatz als Infarkt- bzw. Insultprophylaxe

Tabelle 8.1 Unterschiedliche Wirkprofile von NSAR, Paracetamol und Metamizol

Medikament	Wirkprofil		
	analgetisch ²⁾	antiphlogistisch ³⁾	antipyretisch ⁴⁾
NSAR ¹⁾	++	+++	+
Paracetamol	+	(+)	++
Metamizol	+++	(+)	+++

Erläuterungen:

1) NSAR: nicht-steroidale Antirheumatika

2) analgetisch: schmerzlindernd

3) antiphlogistisch: entzündungshemmend

4) antipyretisch: fiebersenkend

Opioide-Analgetika

Opioide, die sich vom Morphin (gewonnen aus „Opium“, deshalb der Name) ableiten, werden bei mittelstarken bis starken Schmerzen verwendet. Sie entfalten ihre starke schmerzhemmende Wirkung vor allem, jedoch nicht ausschließlich³, im Rückenmark und im Gehirn, wodurch die Schmerzweiterleitung unterdrückt wird.⁴

Opioide binden mit unterschiedlicher Affinität und Selektivität, haben eine unterschiedliche intrinsische Aktivität (Agonist⁵, Antagonist⁶, partieller Agonist) und entwickeln deshalb verschiedene Wirkstärken.

Die Opioidrezeptoren sind in vielen Geweben vorhanden, wodurch vielfältige Effekte – sowohl erwünschte Wirkungen als auch Nebenwirkungen – verursacht werden. Opioide führen zu funktionellen Veränderungen, jedoch praktisch zu keinen morphologischen Organschädigungen (was verständlich ist, da es auch endogene Opioide gibt!). Viele starke Schmerzen wären ohne Opioide nicht ausreichend zu behandeln.

Einsatzgebiete für Opioidanalgetika

- Hemmung schwerer akuter Schmerzen (Notfallmedizin, perioperativ)
- Behandlung schwerer chronischer Schmerzen (tumor- und nicht tumorbedingt)

Wirkungen der Opioide	
zentrale Wirkungen (über Rückenmark und Gehirn)	periphere Wirkungen (Tonussteigerung der glatten Muskulatur)
<ul style="list-style-type: none"> • Analgesie¹⁾ • Atemdepression • Müdigkeit, Benommenheit, Schwindel, kognitive Beeinträchtigung • Euphorie/Dysphorie • Hustenhemmung • Übelkeit, Erbrechen 	<ul style="list-style-type: none"> • verzögerte Magenentleerung • Obstipation (Verstopfung, Darmträgheit) • Harnverhaltung • Kontraktion abführender Gallenwege
Unerwünschte Wirkungen der Opioide	
bei akuter Gabe	bei chronischer Gabe
<ul style="list-style-type: none"> • Atemdepression • Kreislaufdepression • Übelkeit, Erbrechen • Sedierung²⁾, Sturzgefahr • Spasmen im Urogenitaltrakt, Harnverhaltung • Juckreiz 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstipation (Verstopfung, Darmträgheit) • Miktionsstörungen³⁾ • Sehstörungen • körperliche Abhängigkeit, eventuell Sucht • sekundärer Hypogonadismus⁴⁾ • Immunsuppression • opioidinduzierte Osteoporose • opioidinduzierte Schmerzüberempfindlichkeit

Erläuterungen:

- 1) Analgesie: Ausschalten von Schmerzen in der Schmerztherapie; Aufhebung/Unterdrückung der Schmerzempfindung
- 2) Sedierung: Dämpfung von Funktionen des zentralen Nervensystems
- 3) Miktionsstörungen: erschwerte oder unvollständige Entleerung der Harnblase, zu seltenes Harnlassen und unwillkürlicher Harnverlust (Inkontinenz)
- 4) Sekundärer Hypogonadismus: Der Hypogonadismus des Mannes ist eine endokrine Funktionsstörung und führt zu einem Testosteronmangel. Der primäre Hypogonadismus entsteht durch eine Störung der Testosteronproduktion der Hoden, die Releasinghormone sind kompensatorisch erhöht (hypergonadotroper Hypogonadismus). Der sekundäre Hypogonadismus wird durch eine Störung der hypophysären Releasinghormone verursacht (hypogonadotroper Hypogonadismus). Der tertiäre Hypogonadismus entsteht durch eine Störung des Hypothalamus (Köhn 2004).

3 Opioidanalgetika wirken auch in der Peripherie, nicht nur zentral im Rückenmark und im Gehirn, wie früher angenommen.

4 Als Angriffspunkte konnten die μ (mü), δ (delta) und κ (kappa) Opioidrezeptoren identifiziert werden. Die Aktivierung der Opioidrezeptoren bewirkt eine verstärkte Polarisation erregbarer Nervenzellen und eine Hemmung der Erregungsübertragung.

5 Ein Agonist ist in der Pharmakologie ein Molekül, das an einen zellulären Rezeptor bindet und dort eine Reaktion hervorruft.

6 Ein Antagonist ist in der Pharmakologie eine Substanz, die einen Agonisten in seiner Wirkung hemmt, ohne selbst eine pharmazeutisch bedeutsame Wirkung auszulösen. Entsprechende Agonisten können zum Beispiel Hormone oder Neurotransmitter sein. (Wikipedia).

Durch ihre vielfältigen Wirkpunkte im Körper haben Opioide eben auch Nebenwirkungen. Gegen alle *zentral* vermittelten Nebenwirkungen und Wirkungen (auch Analgesie, d. h. Unterdrückung der Schmerzempfindung) entsteht eine Toleranz. Übelkeit, Erbrechen und Müdigkeit, die zu Beginn der Einnahme von Opioiden auftreten, legen sich im Verlauf der Therapie. Gegen alle in der *Periphe-*

rie entstandenen Nebenwirkungen ist hingegen keine Toleranzentwicklung zu erwarten. Alle Opioide können als dauerhafte Nebenwirkung Verstopfung verursachen, weshalb die von der Ärztin/vom Arzt empfohlenen Abführmittel als Begleitgabe auf jeden Fall schon prophylaktisch einzunehmen sind.

Einteilung der Opioid-Analgetika	
mittelstarke Opioide	starke Opioide
<ul style="list-style-type: none"> • Dihydrocodein (auch als Antitussivum)¹⁾ • Tramadol (auch Hemmung der Noradrenalin- und Serotonin-Rückaufnahme) • Nalbuphin (partieller μ-Agonist, reiner κ-Agonist) – nur intravenös 	reine Agonisten²⁾ <ul style="list-style-type: none"> • Morphin, Hydromorphon, Oxycodon • Fentanyl, Alfentanil, Sufentanil, Remifentanil • Pethidin • Piritramid • Methadon, Levomethadon (auch NMDA-Antagonist)
	gemischte Agonisten³⁾ / Antagonisten⁴⁾ <ul style="list-style-type: none"> • Buprenorphin (partieller μ-, schwacher δ-Agonist, κ-Antagonist) • Tapentadol (μ-Agonist, κ-Antagonist, Hemmung der Noradrenalin-Rückaufnahme)

Erläuterungen:

1) Antitussivum: Medikament, das den Hustenreiz unterdrückt (Hustenblocker).

2) Ein Agonist ist in der Pharmakologie ein Molekül, das an einen zellulären Rezeptor bindet und dort eine Reaktion hervorruft.

3) Siehe Anmerkung 2.

4) Ein Antagonist ist in der Pharmakologie eine Substanz, die einen Agonisten in seiner Wirkung hemmt, ohne selbst eine pharmazeutisch bedeutsame Wirkung auszulösen. Entsprechende Agonisten können zum Beispiel Hormone oder Neurotransmitter sein.

Für **mittelstarke Schmerzen** wird von den Opioiden meist zuerst **Tramadol** eingesetzt. Bei Tramadol steht zu Beginn der Therapie vor allem die Übelkeit als Nebenwirkung im Vordergrund, alle anderen typischen Nebenwirkungen der starken Opioide treten bei dieser Substanz meist nicht so sehr in Erscheinung.

Die bei **starken Schmerzen** eingesetzten Opioide **Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Fentanyl, Buprenorphin** und **Tapentadol** rufen als häufigste Nebenwirkungen Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Müdigkeit, Benommenheit, Schwindel, Leistungsabfall und Juckreiz hervor. Ein typisches Zeichen von Opioideinnahme ist die Engstellung der Pupillen. Um einer eventuell auftretenden Abhängigkeit von Opioiden vorzubeugen, sind die Medikamente genau nach ärztlicher Anweisung einzunehmen und die Kontrolltermine einzuhalten. Starke Alkoholika und generell übermäßiger Alkoholkonsum sind während einer Opioidtherapie zu vermeiden. Tritt eine Beeinträchtigung der

Atemtätigkeit auf, so ist das Opioid bereits überdosiert.

Wechselwirkungen mit anderen sedierend (beruhigend) wirkenden Pharmaka (Alkohol, Benzodiazepine und analoge Schlafmittel, sedierende Neuroleptika und trizyklische Antidepressiva) sind zu beachten. Ebenfalls besteht die Gefahr des „Serotonin-Syndroms“ (Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Verwirrtheit, Tremor, Muskelrigidität, eventuell auch Krämpfe) in Kombination mit Monoaminoxidase-Hemmern, selektiven Serotonin-Reuptake-Hemmern (SSRI) und mit Triptanen.

Nach längerer Therapiephase müssen Opioide ausschleichend abgesetzt werden, da sonst mit Entzugerscheinungen zu rechnen ist. Opioide dürfen niemals an andere Personen weitergegeben werden.

Die transdermale Applikation der Opioide Fentanyl und Buprenorphin hat Vor- und Nachteile:

Vor- und Nachteile der transdermalen Applikation der Opiode Fentanyl und Buprenorphin

- sehr langsame Anflutung, dann aber konstanter Wirkspiegel
- nicht zur Initialbehandlung geeignet

Der Einsatz von Opioiden ist natürlich in der Therapie tumorbedingter Schmerzen unumstritten. Seit der Jahrtausendwende werden Opiode auch vermehrt bei nicht-tumorbedingten Schmerzen eingesetzt. Wenn auch für diese Indikation bis heute keinerlei Evidenz vorliegt, können bei vielen Schmerzzuständen gute Ergebnisse erzielt werden. In einigen Ländern, unter anderem in den

USA, hat aber der unkritische Einsatz zu einer extremen Zunahme an Missbrauch und leider auch zu Todesfällen durch Opioid-Überdosierungen geführt. Deshalb müssen Opiode speziell bei nicht-tumorbedingten Schmerzen nach genauen Regeln eingesetzt und PatientInnen bei Problemen frühzeitig an SpezialistInnen überwiesen werden (ÖSG 2015).

Co-Analgetika und adjuvante⁷ Analgetika

Als Co-Analgetika kommen einige Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Venlafaxin, Duloxetin, Milnacipran) und Antiepileptika/Antikonvulsiva⁸ (z. B. Gabapentin, Pregabalin, Carbamazepin) schmerztherapeutisch zur Anwendung. Sie werden bei bestimmten Schmerzsyndromen, speziell bei neuropathischen Schmerzen – hervorgerufen durch Erkrankungen oder Verletzungen des Nervensystems (z. B. diabetische Neuropathie, Phantomschmerzen) – eingesetzt.

Neuropathische Schmerzen entstehen durch pathologische Veränderungen (häufig infolge von Schädigungen) im peripheren oder zentralen Nervensystem und gehen mit Sensibilisierungsvorgängen im Bereich der Schmerzbahn einher. Dabei kann es zu vermehrter Expression von Natrium- oder Calciumkanälen kommen, was die Entstehung von spontanen Entladungen, die Weiterleitung von Nervenimpulsen bzw. die Freisetzung pronozzeptiver Transmitter begünstigt. Auf spinaler Ebene wurden komplexe Veränderungen der Empfindlichkeit von pro- und antinozzeptiven Neuronen beschrieben, die in Summe die Weiterleitung von Schmerzsignalen verstärken.

Da in der Praxis bei einer einzelnen Patientin/einem einzelnen Patienten nicht festgestellt werden kann, welcher der nozzeptiven Prozesse im Fall einer Neuropathie verstärkt ist, beruht nach wie vor die Auswahl des Medikaments auf den Emp-

fehlungen aus Ergebnissen klinischer Studien und der individuellen Verträglichkeit. Die DosisEinstellung muss individuell erfolgen, und die Dositration⁹ kann mühsam sein. Nicht selten sind auch Versuch und Irrtum nötig, um überhaupt das wirksame Pharmakon zu ermitteln.

Viele der sogenannten Co-Analgetika beeinflussen gerade jene Veränderungen besonders günstig, die die Chronifizierung von Schmerzen ausmachen. Im Falle von Depression etwa sind zur Schmerztherapie meist nur niedrigere Dosen von Antidepressiva notwendig, was den Vorteil von geringeren Nebenwirkungen hat. Dennoch sollen wegen der anticholinergen Wirkungen, die ein Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen und kognitive Einschränkungen mit sich bringen, trizyklische Antidepressiva wie Amitriptylin bei älteren PatientInnen grundsätzlich vermieden werden. Von Duloxetin werden jedoch für alle Indikationen die gleichen Dosen benötigt. Obwohl die analgetische Wirkung unabhängig von der antidepressiven zu sehen ist, ist Duloxetin naturgemäß besonders auch für PatientInnen mit komorbider Depression geeignet. Generell ist besonders eine Wirkung über Noradrenalin erwünscht. Milnacipran hat die stärkste Wirkung auf Noradrenalin und ist deshalb in den USA auch für die Therapie der Fibromyalgie zugelassen.

⁷ Adjuvante Analgetika: ergänzend, unterstützend eingesetzte Schmerzmittel.

⁸ Antikonvulsiva: Arzneimittel, die zur Behandlung und Verhinderung von epileptischen Erkrankungen bzw. Anfallserkrankungen eingesetzt werden.

⁹ Dositration: Auf- oder Abdosieren eines bestimmten Wirkstoffes bzw. Arzneimittels.

Hemmstoffe von Ionenkanälen, wie die hier besprochenen Antikonvulsiva, vermindern generell die Schmerzweiterleitung durch Reduktion hochfrequenter Entladungen und Dämpfung der Erregbarkeit von Neuronen, womit auch eine reduzierte Transmitterfreisetzung einhergeht. Während Carbamazepin alle diese Effekte durch frequenzabhängige Blockaden spannungsabhängiger Natrium-Kanäle bewirkt, hemmen die Gabapentinoide Gabapentin und Pregabalin bestimmte spannungsabhängige Calcium-Kanäle, die bei vielen Arten von neuropathischen Schmerzen vermehrt exprimiert werden. Dadurch wird in erster Linie die Transmitterfreisetzung reduziert. Pregabalin ist wegen seiner anxiolytischen Wirkung besonders auch für PatientInnen mit zusätzlichen

Angststörungen geeignet. Beiden Klassen von Antikonvulsiva ist eine sedierende Wirkkomponente eigen. Bei den Antikonvulsiva ist zur Schmerztherapie die gleiche Dosis wie bei Epilepsie notwendig. Vorsichtige Dosistitration hilft im Allgemeinen, die Nebenwirkungen geringer zu halten.

Als wichtigste Nebenwirkung von Co-Analgetika können Müdigkeit, Benommenheit, Mundtrockenheit, Gewichtszunahme, Muskelschmerzen, Sehstörungen und Herzrhythmusstörungen auftreten. Bei Carbamazepin sind zusätzlich durch die starke Enzyminduktion die zahlreichen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten zu beachten.

Topisch applizierte Analgetika

Eine relativ neue Entwicklung ist die Anwendung von topischen (lokalen) Schmerzmitteln vor allem bei umschriebenen neuropathischen Schmerzen. Große Vorteile sind die minimalen Nebenwirkungen sowie das Fehlen von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, da durch die lokale Anwendung nur minimale Plasmakonzentrationen erreicht werden. Deshalb ist diese Applikation, wenn eine entsprechende Wirksamkeit nachgewiesen ist, die ideale Therapieform für multimor-

bide PatientInnen bzw. für Personen mit Polypharmazie.

Als Pflaster stehen **Lidocain** und **Capsaicin** zur Verfügung. Beide Präparate werden bevorzugt bei Schmerzen nach Gürtelrose, aber auch bei anderen neuropathischen Schmerzen eingesetzt. Capsaicin wird in der Regel einmal alle 3 Monate appliziert, Lidocain muss täglich für 12 Stunden verwendet werden.

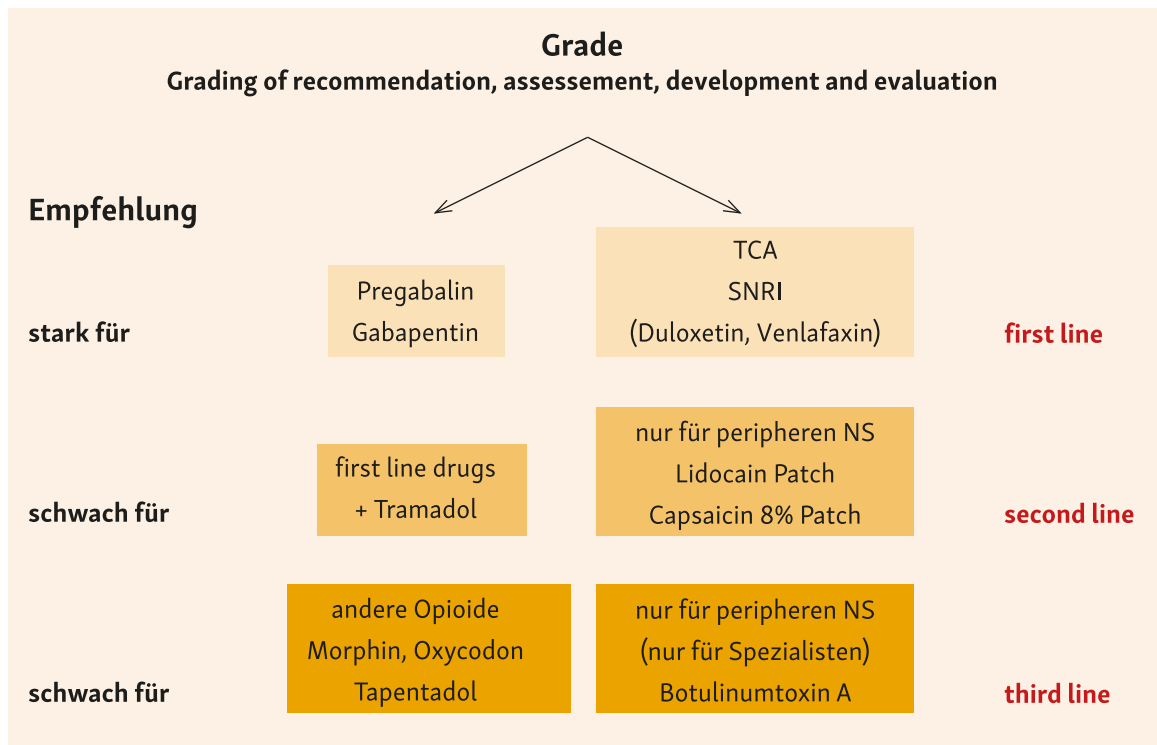
Grundsätzliches zur medikamentösen Schmerztherapie

Nichtopioid-Analgetika, Opioide und Co-Analgetika können sich in ihrer Wirkung verstärken und werden daher oft miteinander kombiniert. Derartige Kombinationen können es ermöglichen, mit niedrigeren Dosen der Einzelkomponenten und damit mit weniger Nebenwirkungen auszukommen.

Analgetika sollten primär nach dem zugrundeliegenden Mechanismus verwendet werden. Dabei ist insbesondere entscheidend, ob eine neuropathische Komponente vorliegt.

Das von der WHO 1986 publizierte Stufenschema zur Therapie tumorbedingter Schmerzen orientiert sich ausschließlich an der Schmerzstärke. Deshalb ist es zum Beispiel für die Therapie von neuropathischen Schmerzen nicht geeignet, da in dieser Indikation Nichtopioid-Analgetika keinen Stellenwert haben. Die nachstehende Abbildung zeigt die von Finnerup et al. (2015) entwickelten aktuellen Empfehlungen zur Therapie von neuropathischen Schmerzen.

Abb. 8.1 Aktuelle Empfehlungen zur Therapie neuropathischer Schmerzen



Quelle: Finnerup et al. 2015, Tab. 3, grade recommendations. Adaptiert durch den Autor.

Resümee

Bei akuten Schmerzen ist möglichst rasch eine relevante Schmerzlinderung bzw. Schmerzfreiheit anzustreben, um vor allem die Chronifizierung von Schmerzen zu verhindern.

Bei chronifizierten Schmerzzuständen kann und sollte die medikamentöse Therapie immer nur einen Teil der Schmerztherapie darstellen. Bei der Auswahl der Schmerzmittel sollte in erster Linie der zugrundeliegende Mechanismus und erst in zweiter Linie die Schmerzstärke herangezogen werden. Für die langfristige Therapie mit Schmerzmedikamenten sollte frühzeitig eine Spezialistin/ein Spezialist zu Rate gezogen werden, um schwere Folgeschäden zu vermeiden. Realistisch ist eine Schmerzlinderung um 30–50 Prozent. Dies sollte mit den PatientInnen am Beginn einer Therapie unbedingt besprochen werden. Es ist vor allem wichtig, den Respons¹⁰ von PatientInnen zu erkennen und zu dokumentieren. Ein vereinbartes Therapieziel sollte mit keinen oder mit nur minimalen Nebenwirkungen in einem bestimmten Zeitrahmen erreicht werden (PatientIn = Responder). Sollte dieser Fall nicht eintreten, so müssen neue Therapieansätze gefunden und diese Therapie verlassen werden.

Literatur und Datenquellen

- CNT – Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. Published online May 30, 2013. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60900-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60900-9).
- Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2015 Feb; 14(2): 162-73. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70251-0. Epub 2015 Jan 7.
- Köhn FM. Diagnosis and therapy of hypogonadism in adult males. *Urologe A*. 2004 Dec; 43(12): 1563-81; quiz 1582-3.
- ÖSG – Österreichische Schmerzgesellschaft. Positionspapier zum Einsatz von Opioiden bei tumor- und nichttumorbedingten Schmerzen. *Schmerz Nachrichten* 2015; 2a(1). ISSN 2076-7625. Abrufbar unter: <http://www.oesg.at/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=351&token=f85c4e4029ab9388146b8af85dd7e77501cb51a2>.

¹⁰ Respons: Reaktion auf einen Vorschlag, eine Anregung.

8.2.2 Invasive Therapien

Birgit Kraft

Zusammenfassung

Invasive Verfahren sind ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden Schmerztherapie und sollten stets im Rahmen eines Therapiekonzepts durchgeführt werden und keine isolierte Maßnahme darstellen. Das Spektrum invasiver Therapiemethoden reicht von der einfachen Infiltration mit lokalen Betäubungsmitteln bis hin zur Implantation elektronischer Stimulationsgeräte und mikroprozessorgesteuerter Medikamentenpumpen. Vor Anwendung dieser Methoden müssen stets die individuelle Situation und die Diagnosen der/des jeweiligen Patientin/Patienten genau und sorgfältig überprüft werden, um eine eindeutige Indikation stellen zu können. Bei seriösen TherapeutInnen ist die Evaluation der psychischen Schmerzkomponente vor größeren invasiven Eingriffen unumgänglich. Viele invasive Verfahren bedürfen zudem einer besonderen Expertise und werden nur in speziellen Zentren durchgeführt. In diesem Kapitel werden einige der häufigsten Verfahren beschrieben, die bei der Behandlung von SchmerzpatientInnen eingesetzt werden.

Einleitung

Seit Ende des 18. Jahrhunderts werden Verfahren, bei denen örtliche Betäubungsmittel (Lokalanästhetika) an bzw. in die Nähe von Nerven gebracht werden, zur Schmerzbehandlung und Schmerzausschaltung eingesetzt. Gezielte Nervenblockaden wurden anfänglich nur für Operationen eingesetzt, aber im Laufe der Zeit auch in zunehmendem Maße für PatientInnen mit chronischen Schmerzen. Die Entwicklungen im Bereich der bildgebenden Verfahren (Ultraschall, CT, MRT, Röntgen) und der Medizintechnik lassen

immer differenziertere Nervenblockaden und Maßnahmen zu, sodass sich die Frage stellt, ob alles, was medizinisch und technisch möglich ist, auch immer hilfreich und sinnvoll für die Patientin/den Patienten ist. Wiederholte Blockaden, Infiltrationen und Interventionen ohne Beachtung psychosozialer Schmerzfactoren können Chronifizierungsprozesse bei PatientInnen fördern und ein falsches, rein körperorientiertes Krankheitsmodell verstärken.

Angewandte Therapien

Infiltrationen

Bei Schmerzen im Bewegungsapparat werden häufig Infiltrationen bzw. sogenannte Triggerpunkt-Infiltrationen durchgeführt. Dabei werden geringe Mengen eines Lokalanästhetikums mit oder ohne Zusatz von Kortison direkt an die schmerzhaften Körperstellen (Muskeln, Sehnenansätze, Gelenke oder Nähe von Nerven) injiziert. Dadurch wird der Schmerzkreislauf (zumindest für einige Stunden) unterbrochen, eine bestehende Schonhaltung oder Verspannung der Muskulatur gelockert, sodass eine Bewegungstherapie möglich wird. Bei vielen akuten Schmerzen im Bewegungsapparat können gezielt durchgeführte Infiltrationen rasch zu einer Besserung führen. Meist genügt dabei eine Serie von ca. 8–10 Infiltrationen in Abständen von 3–7 Tagen, um die Schmerzen zum Abklingen zu bringen. Bei ernsthaften organischen Ursachen, sogenannten „Red Flags“¹¹ (Wirbelbruch, Bandscheibenvorfall), wird die Schmerzursache durch Infiltrationen nicht beseitigt, doch können Schmerzen durch reflektorisch auftretende Muskelverspannungen unter Umständen gelindert werden.

Nervenblockaden

Nervenblockaden können vor allem zum Durchbrechen des Schmerzkreislaufs beim Akutschmerz eingesetzt werden; eine Wiederholung der Blockaden kann die Wirkung noch verstärken. Um allerdings bei chronischen SchmerzpatientInnen eine nachhaltige Besserung zu erzielen, sind Blockaden alleine meist nicht ausreichend oder sogar kontraproduktiv. Hier sollten Blockaden nur als Teil eines multimodalen schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts und nach sorgfältigem Abwägen von Risiken und Nutzen durchgeführt werden.

Besondere Bedingungen gelten dagegen beim tumorbedingten Schmerz. Bei dieser Indikation sollte rasch an geeignete invasive Verfahren gedacht werden, um PatientInnen möglichst lange eine gute Lebensqualität zu erhalten. Auch sind die Risiken bei Blockaden geringer, wenn die PatientIn-

Bei chronischen Schmerzen sollten Infiltrationen eher zurückhaltend eingesetzt werden, da sie hier meist zu keiner nachhaltigen Besserung der Schmerzen führen. Beim Vorhandensein relevanter psychosozialer Schmerzfactoren oder bei einer somatoformen Schmerzstörung führen wiederholte Infiltrationen und Blockaden nicht selten zu einer Verstärkung der Schmerzchronifizierung durch den passiven Therapieansatz und die Fixierung der PatientInnen auf eine körperliche Schmerzursache (Herbert & Meißner 2017). Im Jahr 2014 wurden mehr als 1 Million Mal die Honorarpositionen „Quaddelung/Infiltration“ und „paravertebrale Infiltration“ von AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen mit der WGKK verrechnet. Diese Positionen sind nach wie vor, trotz eingeschränkter Indikation und Nachhaltigkeit bei chronischem Schmerz, die am häufigsten durchgeführten schmerztherapeutischen Maßnahmen.

nen noch in einem guten Allgemeinzustand sind. Invasive Verfahren – insbesondere Verfahren, die schmerzleitende Nervenbahnen chemisch ausschalten (neurolytische Verfahren) – können in dieser Situation dazu beitragen, Schmerzen über einen langen Zeitraum zu reduzieren und Medikamente (insbesondere Opiate) einzusparen, um deren Nebenwirkungen zu minimieren.

Moderne invasive Therapieverfahren wie zum Beispiel Neurostimulationsverfahren oder die intrathekale¹² Gabe von neuartigen Substanzen (z. B. Ziconotid) werden meist nur an spezialisierten Zentren durchgeführt, die die notwendige Erfahrung, apparative Ausstattung und die Möglichkeiten zur Überwachung und Nachbetreuung haben.

11 Während „Red Flags“ auf organische Schmerzursachen hinweisen, erfassen „Yellow Flags“ die psychosozialen Risikofaktoren für chronischen Schmerz.

12 Begriff „intrathekal“ wird meist in Zusammenhang mit Injektionen verwendet, die direkt in den Liquorraum appliziert werden - zum Beispiel im Rahmen einer Chemotherapie oder bei bestimmten Anästhesieverfahren.

Schmerzpumpen

Der Hauptgrund für implantierte Schmerzpumpensysteme sind Krebschmerzen. Unter bestimmten Umständen können sie aber auch bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen indiziert sein. Bei Nicht-Tumorschmerzen bedarf es einer sehr sorgfältigen Prüfung der Indikation (neuropathischer Schmerz, Spastik) und dem Ausschluss von schwerwiegenden psychosozialen Schmerz Faktoren oder Zielkonflikten (zum Beispiel Pensionswunsch) auf Seiten der Patientin/ des Patienten.

Bei der Implantation einer solchen Schmerzpumpe wird ein dünner Schlauch (Katheter) direkt an das Rückenmark („intrathekal“) herangeführt, unter der Haut verlegt und mit einer Medikamentenpumpe verbunden, die unter der Haut liegt und von außen befüllt werden kann. Die Medikamente werden von der Pumpe über den liegenden Katheter direkt an die Nervenstränge im Rückenmark transportiert. Diese Methode hat den Vorteil, dass weniger Tabletten geschluckt werden müssen und eine viel geringere (bei Opiaten eine 300-fach niedrigere!) Medikamentendosis bereits wirksam ist und Nebenwirkungen (wie Verstopfung und Übelkeit bei der Einnahme von Opiaten) reduziert werden.

Sollte die Pumpe aufgrund einer chronischen Schmerzerkrankung implantiert werden, muss be-

achtet werden, dass auch die Langzeitanwendung von Opiaten zu neuen gesundheitlichen Problemen für die PatientInnen führen kann. Neben Toleranz und Hyperalgesie können als Nebeneffekte Immunschwäche, bei Männern vor allem hormonelle Störungen (Testosteronmangel) mit sexueller Dysfunktion und Knochenschwund (Osteoporose) auftreten (AWMF-Leitlinie 2014; Welsch et al. 2015).

Die Gabe von neuartigen Medikamenten wie beispielsweise Ziconotid zur Behandlung neuropathischer Schmerzen bedarf aufgrund der geringen therapeutischen Breite und der Besonderheiten des Wirkstoffs einer großen Erfahrung der TherapeutInnen. Ziconotid ist ein kleines Eiweissmolekül, das ursprünglich von einer Meeresschnecke (*Conus geographicus*) stammt. Diese Substanz ist Bestandteil eines „Giftcocktails“, mit dem die Schnecke ihre Nahrung – Fische – lähmt, um diese zu verspeisen. Ziconotid blockiert eine bestimmte Art von Kalziumkanälen an Nervenzellen und kann so die Weiterleitung von Schmerzimpulsen im Rückenmark reduzieren.

Die Pumpensysteme sind zudem teuer, ein Austausch wird nach 5-8 Jahren (je nach Modell) notwendig und die Betreuung der PatientInnen ist an spezialisierte Zentren gebunden.

Neurostimulationsverfahren

Neurostimulationsverfahren wie *Spinal Cord Stimulation* (SCS), Subkutane Nerven-Stimulation (SNS) usw. sind moderne, aber auch aufwendige und teure schmerztherapeutische Verfahren, die bei verschiedenen Krankheitsbildern und Schmerzsyndromen erfolgreich eingesetzt werden können. Dabei werden Elektroden entweder in den Epiduralraum über den Hintersträngen des Rückenmarks (SCS) oder unter die Haut (SNS) platziert und an einen elektrischen Impulsgeber (etwa vergleichbar mit einem Herzschrittmacher) angeschlossen. Dieser liegt unter der Haut und kann von außen mit einer Art Fernbedienung programmiert und gesteuert werden. Nach dem Prinzip der sogenannten „Gate-Control-Theorie“ wird die Schmerzfortleitung in den Nerven durch die elektrischen Impulse des „Schrittmachers“ verhindert. Die Schrittmacherimpulse sind für die Pati-

entInnen als angenehmes Kribbeln in der vorher schmerzhaften Körperregion spürbar. Bei der Verwendung neuartiger hochfrequenter Stimulatoren bleibt sogar dieses „Kribbelgefühl“ aus.

Neurostimulationsverfahren werden vor allem an dafür spezialisierten Zentren implantiert und betreut. ÄrztInnen sollten genug Wissen über dieses Verfahren besitzen, um die PatientInnen zu erkennen, die von diesem Verfahren profitieren könnten. Infrage kommen dabei chronische SchmerzpatientInnen mit einer gleichbleibenden Schmerzlokalisierung, ohne Vorliegen relevanter psychosozialer Schmerz Faktoren oder von Zielkonflikten. Wandernde oder veränderliche Schmerzen aufgrund einer fortschreitenden Erkrankung können mit diesem Verfahren nicht behandelt werden (AWMF-Leitlinie 2013).

Operative Verfahren

Auch diverse operative Verfahren werden zur Linderung von Schmerzen im Bewegungsapparat, aber auch zur Linderung von neuropathischen Schmerzen, angeboten und durchgeführt. Bei Rückenschmerzen sollten operative Eingriffe an der Wirbelsäule nur dann stattfinden, wenn auch eine spezifische Ursache der Kreuzschmerzen nachgewiesen werden kann, wenn also zum Beispiel ein Bandscheibenvorfall vorliegt, der die Funktion von Nerven ernsthaft beeinträchtigt und zu einer Muskelschwäche im Bein führt. Degenerative Veränderungen, das heißt ganz normale Abnutzungerscheinungen an der Wirbelsäule, die ab einem bestimmten Lebensalter bei fast jedem Menschen vorliegen, sind meist kein Grund für eine Operation (Chou et al. 2011).

Auch sollte eine operative Durchtrennung von Nerven zur Schmerztherapie stets kritisch hinterfragt werden, da solche Eingriffe nicht mehr rückgängig gemacht werden können. Nicht selten führt eine solche Durchtrennung von Nerven zu einem neuen Schmerz, dem sogenannten „Deafferenzierungsschmerz“, der auf ähnlichen Mechanismen beruht wie der Phantomschmerz, aber mitunter schwieriger zu behandeln ist als das ursprüngliche Problem. Auch werden im Internet von diversen „Spezialisten“ operative Eingriffe für verschiedenste Schmerzdiagnosen – meist für teures Geld – angeboten, die keine ernsthafte wissenschaftliche Basis haben. Im Zweifel ist es daher immer sinnvoll, eine Zweitmeinung bei einer Schmerzmedizinerin/einem Schmerzmediziner einzuholen, bevor folgenschwere Entscheidungen getroffen werden.

Resümee

Invasive Verfahren sind ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden Schmerztherapie und sollten stets im Rahmen eines Therapiekonzepts durchgeführt werden und keine solitäre Maßnahme darstellen. Bei chronischen SchmerzpatientInnen bedarf es vor einem Eingriff der Klärung möglicher Zielkonflikte und einer sorgfältigen und verantwortungsvollen Nutzen-Risikoabwägung, da durch invasive Verfahren auch Chronifizierungsprozesse und eine rein somatische Krankheitsicht gefördert werden können.

Literatur und Datenquellen

- AWMF-Leitlinie zur epiduralen Stimulationstherapie: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-002k_S3_Epidurale_Rueckenmarkstimulation_2013-07_verlaengert.pdf. Verfasst 2013.
- Chou D, Samartzis D, Bellabarba C et al. Degenerative magnetic resonance imaging changes in patients with chronic low back pain: a systematic review. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011; 36(21 Suppl): 43-53. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21952189>.
- Herbert M, Meißner W (Hg.). Aktuelle Schmerzmedizin, Eco-Med Verlag, aktualisierte Version. 2017.
- Leitlinie zur Langzeitanwendung von Opioiden: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003k_S3_LONTS_2014-10.pdf. Verfasst 2014.
- Welsch P, Sommer C, Schiltenswolf M, Häuser W: Opioids in chronic non-cancer pain: Are opioids superior to non-opioid analgesics? A systematic review and meta-analysis of efficacy and harms of randomized head to head comparisons of opioids versus non-opioid analgesics in studies of at least four weeks duration. *Schmerz* 2015; 1: 1-9..

8.2.3 Psychologische Behandlung und Psychotherapie

Daniela Leithner

Zusammenfassung

Psychotherapeutische bzw. psychologische Behandlung stellt optimalerweise einen Teil eines multimodalen Behandlungspaketes dar und richtet sich neben der psychoedukativen Vermittlung schmerzrelevanter Themen inhaltlich nach den Bedürfnissen der einzelnen PatientInnen bzw. der spezifischen PatientInnengruppe. Neben schmerzbezogenem Erleben und der Schmerzbewältigung im Alltag stehen unter anderem psychische Befindlichkeit, psychosoziale und berufliche Themenstellungen, relevante Persönlichkeitsaspekte und Beziehungsgestaltung sowie Verhaltensmuster im Fokus. Basis einer Veränderung ist eine vertrauensvolle, ermutigende Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn, die Halt vermittelt und entängstigend wirkt und es der Patientin/dem Patienten durch diese Sicherheit ermöglicht, zunehmend Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung (wieder) zu stärken.

Einleitung

Psychotherapie ist als ein grundlegendes Element einer multimodalen Behandlung chronischer Schmerzen empfohlen und eine Vorgabe in der entsprechenden S3-Leitlinie (Kappesser & Hermann 2013; Schaefert 2012). Daneben stellen psychologische Methoden wertvolle Bestandteile in der Behandlung dar. In diesem Kapitel werden daher Schwerpunkte und Vorgehensweisen psychologischer und psychotherapeutischer Ansätze nä-

her vorgestellt. Wie im Folgekapitel (Kap. 8.2.4) noch genauer ausgeführt, sind psychologische und psychotherapeutische Elemente optimalerweise Bestandteile eines umfassenden interdisziplinären Behandlungsangebotes. Wichtig ist der Miteinbezug psychosozialer Faktoren in die Therapie von Anbeginn, nicht erst nach Scheitern der somatischen Behandlung.

Psychologisch-psychotherapeutische Begleitung von SchmerzpatientInnen

Die klinische Erfahrung belegt die Empfehlungen der Deutschen Schmerzgesellschaft für den Bereich der psychologisch-psychotherapeutischen Betreuung: eine Offenheit für unterschiedliche Therapieansätze. Interventionen sollen sich individuell nach den Bedürfnissen der/des jeweiligen Patientin/Patienten richten. Grundsätzlich ist also zu sagen, dass die Frage nach der Psychotherapie-richtung KEIN Entscheidungskriterium in der Behandlung der SchmerzpatientInnen ist, sondern andere Faktoren (wie die Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn oder die Haltung und Authentizität der Therapeutin/des Therapeuten) den Erfolg bestimmen (Arnold et al. 2014; Biermann-Ratjen et al. 2016; Wampold 2001). Nach Bernhard Arnold und KollegInnen soll insgesamt

„ein die theoretischen Schulen übergreifender Ansatz im Sinne einer möglichst auf chronische Schmerzpatienten zugeschnittenen problemspezifischen Behandlung angewandt werden. Das bedeutet jedoch keinesfalls eine eklektische Anhäufung einzelner Therapieelemente und -methoden, sondern ein bewusstes und reflektiertes Kombinieren von Methoden auf der Basis einer wissenschaftlich fundierten Theoriebildung und eines empirisch möglichst gut gesicherten Wissens zu psychotherapeutischen Verfahren in der Schmerztherapie“ (Arnold et al. 2014). Das therapeutische Beziehungsangebot sowie die Passung zwischen KlientIn und TherapeutIn sind dabei von besonderer Relevanz (Willutzki et al. 2013; Eckert & Biermann-Ratjen 1990). Eindrucksvoll wird dies in der

klinischen Praxis sichtbar: erfolgreiche PatientInnen nennen vordergründig das „Wahrgenommenwerden, Ernstgenommen- und Verstandenwerden“ durch die einzelnen BehandlerInnen des multidisziplinären Teams als die subjektiv empfundenen besonderen Faktoren, die eine Veränderung ermöglicht hätten.

Unabhängig von der Therapierichtung sind bestimmte Schritte bzw. Schwerpunkte in der psychologisch-psychotherapeutischen Begleitung von SchmerzpatientInnen empfehlenswert:

Wesentlich scheint, dass die einzelnen BehandlerInnen **Sicherheit** sowie ehrliche (!) **Zuversicht und Hoffnung** auf Verbesserung vermitteln und diese einer möglichen Stagnation, Resignation und geringen Änderungshoffnung auf Seiten Betroffener nach langer Krankengeschichte gegenüberstellen. Michael Pfingsten nennt „Ermutigen und Entängstigen“ als grundlegende therapeutische Aufgaben (Pfingsten 2015). Die „Sicherheit“ der Therapeutin/des Therapeuten stellt gleichermaßen ein Gegengewicht zur Angst der Patientin/des Patienten dar.

Die klinische Erfahrung zeigt, wie wesentlich für PatientInnen die „**Vertrauenswürdigkeit**“ der Behandlerin/des Behandlers ist. In besonderer Weise scheinen SchmerzpatientInnen die Person und das Beziehungsangebot der Behandlerin/des Behandlers zu überprüfen, was bei etwaigen früheren schwierigen Beziehungserfahrungen (siehe auch Kap. 5.3) und häufig erlebten negativen Behandlungserfahrungen nachvollziehbar scheint (Leithner & Finke 2016).

Zunächst ist dem Betroffenen in achtsamer Weise ein **ganzheitliches Verstehensmodell** chronischer Schmerzen anzubieten und zu vermitteln, dass bio-psycho-soziale Zusammenhänge bei längerdauernden Schmerzen „normal“ sind. Die meisten chronischen SchmerzpatientInnen sehen körperliche Faktoren als Hauptursachen für den chronischen Schmerz (somatisch orientierte subjektive Krankheitstheorie) an. Die affektive und evaluative (bewertende) Dimension von Schmerz muss den PatientInnen durch eine entsprechende Aufklärung (Schmerzedukation) meist erst vermittelt werden (Arnold et al. 2014).

Dass der Schmerz an sich – unabhängig von den Befunden – nicht abgetan wird, sondern hier **ausreichend Zeit** für eine sogenannte „**Symptomphase**“ eingeräumt wird, in der der **persönliche Leidensdruck** Platz hat (Swildens 2015), ist daher wesentlich. Auch wenn psychische Faktoren als in größerem oder kleinerem Ausmaß (mit)bestimmend für die Schmerzbeschwerden vermutet werden, scheint gerade in der Schmerztherapie wesentlich, dass die Therapeutin/der Therapeut nicht versucht ist, zu rasch psychologische Deutungen oder Lösungsvorschläge anzubieten (Leithner & Finke 2016). Explizit wird dies in personenzentrierten (Leithner & Finke 2016) und, wie im folgenden Zitat, in tiefenpsychologischen Ansätzen formuliert: „Da bei vielen der Patienten frustrane Behandlungsverläufe vorliegen, sind sie ausgesprochen misstrauisch gegenüber jeglicher Annäherung. [...] distanzierte Interpretationen oder Deutungen sind daher zu unterlassen“ (Senf & Gerlach 2011: 138). Der Fokus liegt somit zunächst noch auf der Linderung der Symptome. Nicht mehr unmittelbar symptombezogene Ziele treten erst im Therapieverlauf in den Vordergrund. Das Tempo in der Therapie ist demnach ein oftmals langsames. Psychodynamische Hintergründe können häufig erst nach einiger Zeit angesprochen und vertiefend reflektiert werden.

Zuvor ist es erforderlich, über weiterführende **psychoedukative Maßnahmen** und schmerzbezogene Interventionen weitere Schritte zu setzen. Die Patientin/der Patient muss Wissen über das Wesen der chronischen Schmerzerkrankung erhalten. PsychologInnen/PsychotherapeutInnen leisten in Koordination mit den anderen Berufsgruppen einen wesentlichen Beitrag zur Psychoedukation, die letztlich folgende Inhalte vermitteln soll:

- Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz
- grundlegende Mechanismen der Schmerzentstehung und -verarbeitung
- bio-psycho-soziales Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerz sowie bio-psycho-soziale Auswirkungen
- Kreislauf zwischen Schmerzen, Gefühlen, Gedanken und Verhalten
- Schmerzbewältigungsstrategien
- Einfluss von Schlafqualität auf Schmerzen, Schlafedukation

Über die Psychoedukation und die Vermittlung aktiver Schmerzbewältigungstechniken (siehe weiter unten) hinaus wäre der nächste Schritt, eine Distanzierung vom Schmerz herzustellen, und zwar in der Weise, dass die Patientin/der Patient eingeladen wird, ihren/seinen Blick zu erweitern, die Bedeutung des Schmerzes für ihr/sein Leben zu erfassen und andere Aspekte der eigenen Person wieder zu beachten (Leithner 2013; Leithner & Finke 2016). Die Therapeutin/der Therapeut sollte damit rechnen, dass viele SchmerzpatientInnen Schwierigkeiten haben, ihr schmerzunabhängiges Erleben und ihre Gefühle differenziert wahrzunehmen.

Parallel ist diese Einschränkung häufig auf körperlicher Ebene sichtbar: andere Körperregionen bzw. andere Empfindungen als Schmerz können oftmals nur erschwert, manchmal zunächst gar nicht gespürt werden (Leithner 2013). Zielführend sind diesbezüglich konkrete Techniken zur Achtsamkeit und Aufmerksamkeitslenkung sowie Übungen zur Schulung der Körperwahrnehmung (körperbezogenes Erleben) (Geiser 2010) oder *Focusing* (Müller & Feuerstein 2000; Hinterkopf 2010). Näheres dazu siehe weiter unten: Humanistische Ansätze – Personzentrierte Psychotherapie.

Auch im Rahmen der Hypnose (symptomorientierte Behandlung) kann eine Patientin/ein Patient den körperlichen Schmerz verändert wahrnehmen, unter Umständen sogar Schmerzfreiheit erleben (siehe unten: Hypnotherapie). Alternative körperliche Aspekte wahrzunehmen, angenehme oder entspannende Körpererfahrungen zu machen, den Blick wegzulenken vom Schmerzgeschehen – dies alles kann das Feld der Aufmerksamkeit sowie auch den Bezug zur eigenen Person erweitern und ein erstes Empfinden von Kontrolle zurückgeben. Entspannungstechniken (Atementspannung, Progressive Muskelentspannung, Körperreisen, imaginative Methoden) ergänzen das körperliche Repertoire an aktiven Schmerzbewältigungstechniken.

Insgesamt gilt es, problematische Verhaltensmuster (wie zum Beispiel andauernde Schonhaltung oder andauernde Überforderung) zu thematisieren und zu verändern und stattdessen ein achtsames Umgehen mit sich und seinem Körper im Alltag zu fördern (Arnold et al. 2014). Reflektiert werden müssen auch etwaige dysfunktionale Muster der Schmerzbewältigung, wie Hilflosigkeit, Ka-

tastrophisieren, Angst-Vermeidungs-Verhalten (vgl. Kap. 5.3). Entgegenzuwirken ist der Tendenz zu sozialem Rückzug. In der klinischen Praxis zeigt sich, dass zusätzlich zum Wegfall der sozialen Teilhabe im weiteren Umfeld bei Verlust der Rollenfunktion, innerfamiliär Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit und der Druck wieder zu „funktionieren“, die Genesung erschweren. Psychotherapeutische Intervention ist ebenso gefragt, wenn umgekehrt zu hohe Fürsorge der Umgebung eine Regression der Patientin/des Patienten fördert und eigenständiges Aktivwerden verhindert (siehe „Yellow Flags“, Kap. 5.3). Im gegenwärtigen Lebenskontext mitbetrachtet werden müssen auch etwaige Stressbelastung oder Unzufriedenheit am Arbeitsplatz. In jeweils ihrer Weise greifen unterschiedliche Therapieschulen diese Themen auf (siehe weiter unten).

Der für eine grundlegende Verbesserung bedeutendste Teil des psychotherapeutischen Arbeitens, insbesondere bei länger chronifizierten Schmerzen (der jedoch in stationären Settings aufgrund der begrenzten Therapiedauer leider zu kurz kommt), fokussiert die psychodynamischen Aspekte der Schmerzproblematik. Es geht darum, schmerzrelevante psychische Faktoren zu bearbeiten, die im Lebenskontext der Patientin/des Patienten vorliegen. Neben aktuellen Faktoren müssen lebensgeschichtliche Zusammenhänge im Kontext der Schmerzverarbeitung und Schmerzentwicklung Beachtung finden (vgl. Kap. 5.3). Dazu gehören frühe Erfahrungen mit Schmerzen (und anderen chronischen Erkrankungen), auch im familiären Kontext sowie belastende Lebensereignisse (Arnold et al. 2014).

Wesentlich ist, eine vertiefte Auseinandersetzung mit Gefühlen und unvereinbaren Bedürfnissen anzuregen und in einem gemeinsamen therapeutischen Prozess aufzudecken, wo Schmerz Ausdruck eines darunterliegenden psychischen „Konflikts“ ist und diesen in weiterer Folge aufzulösen.

Zu betrachten sind immer auch frühere (und gegenwärtige) Beziehungserfahrungen. Es ist bekannt, dass dysfunktionale Beziehungsgestaltungen als wesentliche ätiologische Faktoren betrachtet werden können (siehe Kap. 5.3). Hier sehen Arnold et al. (2014) den Hauptteil des psychotherapeutischen Anteils im Rahmen einer multimodalen Schmerzbehandlung.

Eine Störung der Stressverarbeitung und Beziehungsgestaltung ist insbesondere bei der PatientInnengruppe mit somatoformen Störungen gegeben. Häufig ist in der Vorgeschichte eine komplexe Traumatisierung vorzufinden. Daher sind in der Behandlung Grundzüge der Therapie von traumatisierten PatientInnen zu beachten, um eine Retraumatisierung zu vermeiden (Arnold et al. 2014).

Zumindest als Komorbidität liegt in den meisten Fällen eine affektive psychische Beeinträchtigung in Form erhöhter Ängstlichkeit oder Depressivität vor. Auch posttraumatische Belastungsstörungen sind relativ häufig (Arnold et al. 2014). Zu Beispielen für Traumafolgestörungen und posttraumatische Belastungsstörungen siehe Kap. 6.4.3, 6.4.4 und 6.4.5 dieses Berichtes. Psychotherapeutische Begleitung bildet hier einen Teil längerfristig erforderlicher Therapiemaßnahmen.

Inhalte und Ziele der psychotherapeutischen Behandlung

Zusammengefasst sind die Inhalte und Ziele der psychotherapeutischen Behandlung:

- Herstellen einer sicheren Beziehung
- Ernstnehmen der Symptome, Akzeptanz der subjektiven Realität der Patientin/des Patienten
- Bedeutung der Schmerzproblematik für die Patientin/den Patienten im Kontext ihrer/seiner Lebenssituation
- Sensibilisierung für ein bio-psycho-soziales Modell
- Psychoedukation rund um chronischen Schmerz
- erlebnisaktivierende Techniken zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und Ermöglichen positiver Körpererfahrungen
- Erkennen und Bearbeiten der Themen hinter dem Schmerzgeschehen

Ziele und Methoden psychologischer Schmerzbehandlung

Teils überlappend, teils psychoedukativ ergänzend tragen psychologische Maßnahmen zur Schmerztherapie bei:

- Etablieren einer stimmigen Schmerztheorie unter Miteinbezug psychosozialer Aspekte
- Verbesserung der Selbstbeobachtung
- Erlernen von Entspannungstechniken zur Anwendung für Schmerz- und Stressreduktion
- Optimierung der Balance zwischen Aktivität und Erholung
- Erkennen eigener Risikofaktoren („Yellow Flags“) und schmerzfördernder Bedingungen
- Erkennen und Fördern eigener Ressourcen
- Etablieren günstiger kognitiver Strategien zur Schmerzbewältigung
- Abbau von angstbedingter Vermeidung und Unterstützung beim Aufbau von Aktivitäten
- Integration von Genuss und lustbetonten Aktivitäten
- Verbesserung der schmerzbezogenen Kommunikation und Interaktion
- Erlernen konkreter Schmerzbewältigungstechniken (Aufmerksamkeitslenkung, achtsamkeitsbasierte Übungen, Selbsthypnose, günstige Suggestionen)
- Stärkung der Autonomie und Selbstverantwortung
- Entwicklung realistischer Zukunftsperspektiven

Empfehlungen für alle psychologisch-psychotherapeutischen Ansätze in der Schmerzbehandlung

Die genannten Themenbereiche und Ziele sollen das Spektrum möglicher Behandlungspunkte in der psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung darstellen. Die konkreten Erfordernisse und Gewichtungen bestimmt der Einzelfall. Orientiert an der individuellen Patientin/am indivi-

duellen Patienten bzw. ihrer/seiner spezifischen Situation ist es sinnhaft und wesentlich, psychoedukative Maßnahmen einzusetzen und konkrete Techniken anzubieten. Die Vorgabe sollte jedoch nicht schematisch, sondern in Abstimmung mit den Bedürfnissen der einzelnen Patientin/des

einzelnen Patienten bzw. der jeweiligen Gruppe erfolgen. Spezifisch auch für die Betreuung chronischer SchmerzpatientInnen hat sich gezeigt: nicht die Techniken oder vorgegebene Manuale bringen die Verbesserung (Willutzki et al. 2013),

sondern die gute TherapeutIn-KlientIn-Beziehung und die Authentizität der Therapeutin/des Therapeuten bilden die wichtigste Wirksamkeitskomponente (Wampold 2001).

Wichtigste Ansätze der Psychotherapie zur Behandlung von chronischen Schmerzen

Wie eingangs erläutert, gilt hinsichtlich Psychotherapie eine schulenoffene bzw. schulenübergreifende Haltung als gegenwärtige Empfehlung für die psychotherapeutische Behandlung von chronischen SchmerzpatientInnen. Zum besseren Verständnis, welche Herangehensweise einzelne psy-

chotherapeutische Ansätze wählen und welche Qualitäten sie in die Gesamtbehandlung einbringen können, werden im Folgenden exemplarisch etablierte Konzepte aus den vier großen psychotherapeutischen Strömungen angeführt.

Tiefenpsychologisch-psychodynamische Ansätze

Gegenwärtige Modelle **tiefenpsychologisch-psychodynamischer Therapien** verstehen aktuelle Beschwerden vor dem Hintergrund von Konflikten und problematischen Beziehungen. Lebensgeschichte und zwischenmenschliche Beziehungen werden als relevant für die gegenwärtige körperliche Situation angesehen. Beeinträchtigende, nicht angemessen zu integrierende, d. h. maladaptive frühe Erfahrungen, die die körperliche Ebene betreffen, führen zu „Körperbeziehungsstörungen“. Vom Individuum werden auf diese Weise mangelnde, übermäßige oder traumatisch gestörte körperliche Aktivierungen, Deprivation oder Gewalterfahrungen übernommen. Diese ungünstigen Erfahrungen führen in weiterer Folge zu einer erhöhten Vulnerabilität (Verletzlichkeit) auf körperlicher Ebene (Senf & Gerlach 2011). Psychodynamische Entstehungswege von Schmerz werden bei diesem Ansatz beispielsweise folgendermaßen verstanden:

- Umwandlung von Affekten in körperliche Spannungszustände
- Konfliktentlastung durch körpersprachlich ausgedrückte Symbolisierung
- psychische Substitution

Die Bindungstheorie und Auswirkungen dissoziierter Traumafolgen sind dabei stets miteinzubeziehen.

Tiefenpsychologisch fundierte Therapien setzen den Schwerpunkt der Behandlung bei Schmerzproblemen auf ein **konfliktzentriertes** Vorgehen. Anhand der Lebensgeschichte und wichtiger Beziehungen gilt es zu verstehen, wie es zur aktuellen Problematik kommen konnte. Themen der tiefenpsychologisch fundierten Therapie sind also psychische Konflikte sowie Verarbeitung von biografisch fassbaren Belastungen und deren Auswirkungen (Senf & Gerlach 2011). Die Psychotherapie zielt darauf ab, dass PatientInnen selbst ein Verständnis ihrer Konflikte, Beziehungsmuster und Verwundbarkeiten bekommen. Im Laufe der Therapie können so innere Änderungen stattfinden, welche die aktuelle Problematik auflösen bzw. Rückfälle unwahrscheinlicher machen.

Störungstheorien und Therapieprinzipien bei somatoformen (Schmerz-)Störungen wurden zum Beispiel vom Arbeitskreis für psychodynamisch-interpersonelle Therapie publiziert und im Rahmen einer Studie überprüft (Arbeitskreis PISO 2011). Ebenso liegen von den Fachrichtungen **Integrative Bewegungstherapie** und **Konzentrierte Bewegungstherapie** konzeptuelle sowie therapeutische Überlegungen zum Thema chronischer Schmerz vor (Janson 2009; Breitenborn 2006).

Auch **Hypnosepsychotherapie** hat sich als hilfreicher Ansatz bei chronischen Schmerzerkrankungen bewährt (Scholz 2013; Revenstorf 2008; *Zeit-*

schrift für Hypnose und Hypnotherapie 2005). Hypnose wird bei chronischem Schmerz angewandt, um Zugang zu sensorischen, affektiven oder kognitiven Prozessen zu erhalten, die als Ressourcen für die therapeutische Veränderung dienen können. Eine Reihe von Techniken zielt dabei auf die Veränderung des Schmerzes (symptombezogene Anwendung) oder die Lösung zugrundeliegender Probleme (problembezogene Verwendung) ab. Be-

handlungsziel ist jeweils das veränderte Erleben, beispielsweise der problematischen Erfahrungen und assoziierter Gefühle oder aber verändertes Erleben der Beschwerden während der Hypnose, das sekundär zu einer veränderten Haltung dem Schmerz gegenüber führt. Hoppe (2009) und Jensen (2015) weisen in diesem Zusammenhang auf positive Nachhaltigkeitsergebnisse hin.

Humanistische Ansätze

Humanistische Psychotherapierichtungen sind geprägt von einem Menschenbild, das der Person ein innewohnendes Potenzial zur Entfaltung zuschreibt und Beziehungserfahrungen als zentral betrachtet. Ungünstige Entwicklungsumstände können zu inneren Konflikten und in der Folge zu maladaptiven Entwicklungen führen. Im therapeutischen Kontext wird die Beziehung im Hier und Jetzt stark in den Fokus gestellt. Eine Grundhaltung von Empathie und bedingungsfreier Wertschätzung stellt das Fundament für differenzierte Wege der Heilung und Förderung dar. Methoden sind vordergründig das Gespräch, aber auch kreative, gestaltende und körperbezogene Techniken.

Gemäß dem Krankheitsmodell der **Personenzentrierten Psychotherapie** beispielsweise können Symptome auf körperlicher Ebene als Folge von Inkongruenz entstehen: aus unterschiedlichen Motiven bzw. Hintergründen dürfen bestimmte Gefühle oder Erfahrungen dem Bewusstsein nicht zugänglich werden, sondern werden abgespalten oder gelangen in verzerrter Form ins Selbstkonzept. Die Entwicklung von Schmerzen wäre als Kompensationsversuch des Organismus zu verstehen. Durch das bedingungsfrei wertschätzende Beziehungsangebot in der Therapie soll eine förderliche Veränderung initiiert werden. Im therapeutischen Prozess gelingt es zunehmend, die Erfahrungen bzw. inneres Erleben korrekt und unverzerrt wahrzunehmen, sodass maladaptive Lösungsversuche des Organismus immer weniger erforderlich sind.

In der Praxis der Schmerztherapie hat sich der Personenzentrierte Ansatz aufgrund der besonderen Form des Wahrgenommen-, Ernstgenommen- und Verstandenwerdens als äußerst förderlich erwiesen. Dadurch wird den KlientInnen ermöglicht, rasch

eine Offenheit für die Reflexion psychosozialer Aspekte zuzulassen. Der Zugang über das Erleben und das Selbstverständnis der Klientin/des Klienten hin zu einem erweiterten Verstehensmodell der eigenen Problematik stößt auf hohe Akzeptanz auf KlientInnenseite. Die therapeutische Haltung ist insbesondere auch wertvoll für Personen, die im früheren oder späteren Leben Grenzverletzungen erlebt haben oder sich (etwa aufgrund mangelnder oder verletzender) Erfahrungen schwertun, eigene Grenzen angemessen wahrzunehmen. Mehrere wissenschaftliche Arbeiten beschreiben das konkrete Vorgehen des Personenzentrierten Ansatzes (siehe z.B. Leithner & Finke 2016; Geiser 2010); erste Wirksamkeitsstudien bestätigen die positiven Effekte und die nachhaltige Wirksamkeit (Leithner 2013).

Eine spezielle Methode, die in den Personenzentrierten Ansatz integriert ist, ist das sogenannte **Focusing** (Gendlin 2004; Wiltschko & Gendlin 2004). In Focusingprozessen wendet sich die Person ganz bewusst und ohne Vorannahmen über einen körperbezogenen Zugang dem eigenen Erleben zu. Achtsamkeit und Bewusstheit für innere Erlebensprozesse werden geschaffen bzw. vertieft. Im Therapieprozess gelingt es zunehmend, auch bisher nicht bewusste Gefühle, neues Erleben wahrzunehmen, die unter Umständen auch im Zusammenhang mit dem Schmerzgeschehen stehen können. Die focusingorientierte Vorgehensweise bei chronischem Schmerz ist in verschiedenen Publikationen beschrieben (vgl. Müller und Feuerstein 2000; Kopp 2008; Hinterkopf 2010).

In der **Gestalttherapie** wurde bereits vor vielen Jahren wertvolle Vorarbeit zur Symptomatik chronischer Schmerzbeschwerden geleistet (Heinl 2004).

Systemischer Ansatz

Maßgeblich ist bei diesem Ansatz der erweiterte Blick auf das die Patientin/den Patienten umgebende Umfeld, die spezifische Betrachtung des gesamten sozialen Systems. Beziehungserfahrungen, Umgang mit Gefühlen oder Rollenübernahme im familiären und sozialen Kontext können eine essenzielle Rolle hinter einer körperlichen Schmerzsymptomatik spielen. Über den lösungsorientierten Zugang werden etwaige vorhandene

„Hindernisse“ einer Entwicklung sichtbar, vor allem wird die Patientin/der Patient zur Auseinandersetzung mit der Zukunft und zu aktiven Veränderungsschritten eingeladen.

Eine besondere Qualität bietet hier die systemische Betrachtungsweise, indem sie die Dynamik im Behandlungssetting und innerhalb des betreuenden Teams gezielt mitbeachtet.

Verhaltenstherapeutischer Ansatz

Die Verhaltenstherapie wird oft als wertvolle Methode in der Schmerzbehandlung zitiert. Die verwendeten Techniken, wie Psychoedukation, achtsamkeitsbasiertes Training, kognitive Umstrukturierung, Entspannungstraining und Aufmerksamkeitslenkung, stellen wertvolle Bewältigungsstrategien für Betroffene dar. Ziel ist, den PatientInnen konkrete Strategien zu vermitteln, um Schmerzen zu lindern, dysfunktionale Kognitionen zu modifizieren und so den Umgang mit den Beschwerden zu erleichtern. Zunehmend forciert wird die Veränderung ungünstiger Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Verringerung des Schon- und Vermeidungsverhaltens (Frettlöh & Hermann 2011).

Psychodynamische Hintergründe werden in der Verhaltenstherapie jedoch nicht in der Weise wie in den bereits beschriebenen Ansätzen behandelt. Verhaltenstherapeutische Techniken sind als Teil der Behandlung häufig sinnvoll. In frühen Chronifizierungsstadien können damit direkt oder indirekt möglicherweise ausreichende Strategien zur Schmerzbewältigung erworben werden. Insbesondere bei längerer Chronifizierung erscheint jedoch die Betrachtung der psychodynamischen Genese und eine tiefere Auseinandersetzung mit relevanten psychischen und psychosozialen Themen essenziell für eine Veränderung des Schmerzgeschehens.

In den letzten Jahren werden achtsamkeits- und akzeptanzbezogene Interventionen vermehrt berücksichtigt. Auf Hayes et al. (2004) geht die sogenannte **Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)** zurück, die auch für die Behandlung chronischer SchmerzpatientInnen konkretisiert wurde (Dahl et al. 2005).

Insofern muss dem häufig geäußerten Glauben, Verhaltenstherapie wäre die einzig indizierte Psychotherapiemethode bei chronischem Schmerz, klar widersprochen werden. Vielmehr sind verhaltenstherapeutische Interventionen in individuell sinnhafter Weise in eine Behandlung zu integrieren und, wie beschrieben, durch eine weiterführende konfliktzentrierte psychotherapeutische Behandlung zu ergänzen.

Resümee

Die an den Bedürfnissen der einzelnen PatientInnen oder spezifischer PatientInnengruppen orientierte psychotherapeutische bzw. psychologische Behandlung stellt optimalerweise einen Teil eines multimodalen Behandlungsaspektes dar. Im Rahmen der psychotherapeutischen bzw. psychologischen Behandlung finden je nach Bedarf psychoedukative Maßnahmen statt. Gezielt können als

konkrete Bewältigungsstrategien und zur Veränderung von schmerzbezogenen Gefühlen und Gedanken Techniken wie Entspannung, Achtsamkeitsbasiertes Training oder körperorientierte Übungen angeboten werden. Insbesondere bei längerer Chronifizierung scheint eine tiefer führende Auseinandersetzung mit relevanten psychischen und psychosozialen Faktoren bzw. mit der

Psychodynamik hinter dem Schmerzgeschehen wesentlich, um eine Verbesserung von Stimmungslage und Beschwerdesituation zu erreichen. Viele psychotherapeutische Methoden liefern hier wertvolle Herangehensweisen (vor allem psychodynamische und personenzentrierte Ansätze). Ein schulenübergreifender Therapieansatz bzw. eine Offenheit für sämtliche Psychotherapieansätze, die sich für die Schmerzbehandlung als zielführend erwiesen haben, wird klar empfohlen.

Literatur und Datenquellen

- Arbeitskreis PISO (Hg.). Somatoforme Störungen: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie (PISO). Göttingen: Hogrefe-Verlag, 2011.
- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. *Schmerz* 2014; 28: 459–472.
- Biermann-Ratjen E, Eckert H, Schwartz HJ. Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen. 10. Auflage. Kohlhammer-Verlag, 2016.
- Breitenborn C. Chronischer Schmerz. In: Schmidt E (Hg.). Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie. Stuttgart: Schattauer, 2006: 179–195.
- Dahl J, Wilson KG, Luciano C. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Reno: Context Press, 2005.
- Eckert J, Biermann-Ratjen EM. Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie des Therapeuten“. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hg.). Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin: Springer, 1990: 272–287.
- Frettlöh J, Hermann C. Kognitiv-behaviorale Therapie. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.). Schmerzpsychotherapie. Berlin: Springer Verlag, 2011.
- Geiser Ch. Moments of Movement: Carrying Forward Structure-Bound Processes in Work with Clients Suffering from Chronic Pain. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies PCEP Journal* 2010; 9(2): 95–106. <http://christianegeiser.ch/texte/fachtexte/aktuelle-artikel> (Januar 2013).
- Gendlin ET. Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode. (Junek T, Trans.). 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta, 2004.
- Hayes SC, Strosal KD, Wilson KG. Akzeptanz und Commitment Therapie. München: CIP-Medien, 2004.
- Heinl H. Körperschmerz – Seelenschmerz: Die Psychosomatik des Bewegungssystems. Ein Leitfaden. 6. Auflage. Kösel-Verlag, 2004.
- Hinterkopf E. An integrated approach to processing aging and pain. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy* 2010; 22(1): 130–138.
- Hoppe F. Chronischer Schmerz. In: Revenstorff P (Hg.). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. 2. Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag, 2009.
- Janson EE. Chronische Rückenschmerzen. In: Waibel MJ, Jacob-Krieger C (Hg.). Integrative Bewegungstherapie: Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer, 2009: 203–214.
- Jensen MP. Hypnose bei chronischem Schmerz. 2. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer, 2015.
- Kappesser J, Hermann Ch. Entstehung und Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen. *Psychotherapeut* 2013; 58(5): 503–517.
- Kopp D. Der Einfluß von Focusing auf das Schmerzerleben von chronischen Schmerzpatienten: Eine Evaluationsstudie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Focusing Gesellschaft und der AOK Gesundheitskasse. Diplomarbeit: Grin Verlag, 2008.
- Leithner D, Finke J. Personenzentrierte Therapie von Schmerzsyndromen. *Person* 2016; 29(1): 1–13.
- Leithner, D. Körperorientierte Gruppentherapie – ein klientenzentrierter Therapieansatz bei chronischem Schmerz. Preliminary Study. *Person* 2013; 17(1): 1–17.
- Müller D, Feuerstein HJ. Chronische körperliche Schmerzen: dein Körper weiß die Antwort? In: Feuerstein HJ, Müller D, Weiser Cornell A (Hg.). Focusing im Prozess. Köln: GwG-Verlag, 2000.
- Pfingsten M. Vortrag, Schmerzcurriculum. 2015.
- Reventorff D. Hypnotherapie bei körperlichen Symptomen. *Psychotherapie im Dialog* 2008; 9(3). Thieme Verlag. Verfügbar unter: <http://www.meg-tuebingen.de/downloads/2010-07%20Hypnotherapie%20bei%20Psychosomatik.pdf>.
- Schaefert R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J et al. Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. Klinische Leitlinie. *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109(47): 803–813.
- Scholz OB. Hypnotherapie bei chronischen Schmerzerkrankungen. Von der Planung zur Durchführung. 2. überarb. Auflage. Bern: Huber, 2013.
- Senf W, Gerlach G. Psychodynamische Konzepte: Schmerz, Chronifizierung und Interaktion. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.). Schmerzpsychotherapie. Berlin: Springer Verlag, 2011.
- Swildens H. Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Köln: GwG, 2015.
- Wampold B. The great psychotherapy debate. London: Erlbaum, 2001.
- Willutzki U, Reinke-Kappenstein B, Hermer M. Ohne Heiler geht es nicht. Bedeutung von Psychotherapeuten für Therapieprozess und –ergebnis. *Psychotherapeut* 2013; 58(5): 427–437.
- Wiltshcko J, Gendlin ET. Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. 2. Auflage. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2004.
- Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie* Oktober 2005; 0(1+2). Verfügbar unter: <http://www.meg-stiftung.de/index.php/de/publikationen/6-hypnose-zhh/14-schmerz-und-hypnose>.

8.2.4 Multimodale integrative Schmerztherapie

Daniela Leithner

Zusammenfassung

Bei chronischen Schmerzen ist eine umfassende Behandlung, die der Multidimensionalität des Schmerzsyndroms gerecht wird, indiziert. Die Multimodale Therapie definiert sich als umfassendes Behandlungskonzept auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells der Schmerzerkrankung und der zeitlich und inhaltlich eng aufeinander abgestimmten Behandlung durch ein gleichberechtigt agierendes, multiprofessionelles Team aus ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen/PsychologInnen und SozialarbeiterInnen. Ziele sind das Etablieren einer funktionalen Schmerzverarbeitung, die Verbesserung des Funktionsniveaus sowie eine körperliche, psychische und soziale (Re-)Aktivierung der Patientin/des Patienten und die Erhöhung der Teilhabe.

Einleitung und Definition

Chronische Schmerzen sind das Ergebnis des Zusammenwirkens multipler ätiologischer Faktoren. Sie haben eine sensorische, affektive, kognitive und funktionelle Dimension und entwickeln sich im Kontext der Beziehungen und des Verhaltens im sozialen Feld der Patientin/des Patienten (Arnold et al. 2014). So müssen sie auch im Gesamtgefüge, das heißt auch im psychischen und sozialen Kontext der Patientin/des Patienten gesehen und behandelt werden (Kaiser et al. 2015): „Es ist evident, dass ein Schmerzsyndrom nicht dadurch kurierbar ist, indem ausschließlich auf der physiologisch-organischen Ebene interveniert wird. Die einfache Annahme, dass nur der Schmerz in seiner Intensität gemildert werden müsse [...] und sich als Folge sämtliche andere Probleme quasi automatisch erledigen, ist eine Illusion der traditionellen Schmerztherapie. Gefordert sind Behandlungsansätze, die der Multidimensionalität des Schmerzsyndroms gerecht werden.“ Eine effektive Behandlung muss also an allen Dimensionen ansetzen und ist daher integrativ-interdisziplinär (Arnold et al. 2014; Arnold et al. 2009). Von der *International Association for the Study of Pain* (IASP) wird für Behandlungszentren „die Multidisziplinarität in Diagnostik und Therapie als Selbstverständlichkeit gefordert“ (Kröner-Herwig & Frettlöh 2011).

Die Multimodale Therapie definiert sich als umfassendes Behandlungskonzept auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells der Schmerzerkrankung

und der zeitlich und inhaltlich eng aufeinander abgestimmten Einbindung verschiedener medizinischer Disziplinen und Berufsgruppen. Im Unterschied zur interdisziplinären Behandlung sind beim multimodalen Konzept die zeitliche und inhaltliche Abstimmung der Therapieinhalte und deren Vermittlung durch ein gleichberechtigt agierendes multiprofessionelles Team aus ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen/PsychologInnen und SozialarbeiterInnen entscheidend. Alle Teammitglieder sollten im Bereich der Behandlung chronischer Schmerzen spezifisch fort- und weitergebildet sein. Innerhalb des TherapeutInnenteams tragen die ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen in interdisziplinärer Absprache die medizinische und rechtliche Verantwortung für die Patientin/den Patienten in Bezug auf Diagnostik, deren Bewertung, Behandlungsindikation und Risikoaufklärung. Im Behandlungsteam sind jedoch – anders als bei den gewohnten hierarchischen Strukturen – alle Teammitglieder, ärztliche und nicht-ärztliche Berufsgruppen, gleichberechtigt und arbeiten miteinander auf Augenhöhe.

Komponenten und Verfahren der Multimodalen Schmerztherapie

Die entsprechende Kommission der Deutschen Schmerzgesellschaft verlangt für die Multimodale Integrative Schmerztherapie, dass „verschiedene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenen Therapieziel eingebunden sind“ (Kaiser et al. 2015; Sabatowski & Kaiser 2012; Arnold et al. 2009).

Nach einem multidisziplinären Aufnahmeverfahren findet die weitere Therapieplanung im Team im Rahmen zeitnaher interdisziplinärer Besprechungen statt. Teambesprechungen sind fixer Bestandteil multimodaler Programme. Körperliche, soziale und psychische Faktoren werden von allen Berufsgruppen parallel berücksichtigt (Wachter 2012). Das konkrete Behandlungsvorgehen ist im optimalen Fall individualisiert und richtet sich dabei nach den jeweiligen Ursachen, verstärkenden Faktoren und psychosozialen Folgen der Schmerzproblematik.

Psychotherapie als ein Element dieser multimodalen Behandlung chronischer Schmerzen ist in den entsprechenden Leitlinien zwingend empfohlen (Schaefer et al. 2012). PsychologInnen/PsychotherapeutInnen haben letztlich die Aufgabe, relevante psychodynamische Themen hinter dem Schmerzgeschehen zu erkennen und mit der Patientin/dem Patienten zu bearbeiten. Zunächst fördern sie mit den anderen Berufsgruppen die Etablierung eines bio-psycho-sozialen Modells, ei-

nes konstruktiven Zugangs zum Körper und neuer Schmerzbewältigungsstrategien. Die Rolle der Psychologie/Psychotherapie wird ausführlich in den Kapiteln 5.3 und 8.2.3 beschrieben.

Invasive Verfahren sind ebenso wie regulative Verfahren (z. B. Akupunktur, Neuraltherapie) kein regelhafter Bestandteil multimodaler Therapie. Das Risiko der somatischen Fixierung durch diese Verfahren ist höher zu bewerten als kurzfristige Effekte der Interventionen. Das Behandlungskonzept bedarf einer gemeinsamen „Philosophie“ der Therapie chronischer Schmerzen mit dem Ziel einer funktionalen Schmerzverarbeitung und der körperlichen, psychischen und sozialen (Re-)Aktivierung der Patientin/des Patienten (Arnold et al. 2014).

Die zeitlich parallele und inhaltlich aufeinander abgestimmte Behandlung auf medizinischer und psychologischer Ebene ist wesentlich effektiver als das alleinige Vorgehen jeder einzelnen Disziplin. Zudem sprechen – infolge der erhaltenen intensiven Beachtung sowie psychologischer Interventionen – erhöhte Compliance, Zugewinn an Eigenständigkeit und Selbstverantwortung auf Seiten der PatientInnen ganz klar für den integrativen Ansatz. Auch unter dem ökonomischen Aspekt ist zu erkennen, dass sich bereits ein Jahr nach Absolvierung einer Multimodalen Therapie eine Kostensenkung ergibt (Kröner-Herwig & Frettlöh 2016).

Indikation und Assessment

Bereits die Auswahl der PatientInnen für ein multimodales Programm erfolgt im Rahmen eines interdisziplinären Assessments. Ein solches wird in der Nationalen Versorgungsleitlinie empfohlen, wenn Schmerzen sechs Wochen andauern und alltagseinschränkende Faktoren sowie „*Yellow Flags*“ (vgl. Kap. 5.3) gegeben sind. Ab zwölf Wochen Schmerzdauer sollte in jedem Fall ein Assessment durch ein multidisziplinäres Team eingeleitet werden. Dieses kann im Rahmen einer gemeinsamen PatientInnenvorstellung stattfinden oder aber zunächst getrennt bei Ärztin/Arzt, Physiotherapeu-

tin, PsychotherapeutIn oder Psychologin/Psychologe. Jede der beteiligten Disziplinen evaluiert dabei ihre berufsspezifischen Begutachtungsschwerpunkte.

Zentral ist das anschließende Zusammenführen der Einschätzungen und Empfehlungen im Rahmen einer Teambesprechung, auf Basis derer ein gemeinsamer Behandlungsvorschlag gebildet und eine Entscheidung getroffen wird, inwieweit eine Teilnahme an einem Multimodalen Therapieprogramm für die Patientin/den Patienten möglich ist.

(Andernfalls werden Empfehlungen für externe BehandlerInnen mitgegeben.) Vorteilhaft ist, dass die Patientin/der Patient schon im Rahmen dieser Voruntersuchung das ganzheitliche Vorgehen und die Bedeutung aller Bereiche erlebt. Mittlerweile gilt als gesichert, dass bereits das interdisziplinä-

re Assessment durch die ausführliche und umfassende Beachtung der Beschwerde- und Lebenssituation der Patientin/des Patienten an sich schon einen ersten Behandlungsschritt darstellt, der positive Veränderung auf Seiten der Patientin/des Patienten bewirkt.

Ziele der Multimodalen Schmerztherapie

Das Ziel der Multimodalen integrativen Schmerztherapie geht weit über die Linderung von Schmerzsymptomen hinaus. Es schließt den gesamten Menschen in die Behandlung ein und setzt therapeutisch auf verschiedenen Ebenen an. Primäre Ziele stellen dabei insbesondere die Verbesserung der objektiven und subjektiven Funktions-

fähigkeit, die Motivation zu einem selbstverantwortlichen Krankheitsmanagement und letztlich die Steigerung der Lebensqualität von SchmerzpatientInnen dar. Die nachstehende Box zeigt eine detailliertere Übersicht der wichtigsten Komponenten dieser umfassenden Form von Schmerztherapie.

Multimodale Schmerztherapie: Ziele und Komponenten

- Schmerzlinderung und Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses
- Verbesserung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit („*functional restoration*“)
- physische und psychische (Re-)Aktivierung (Reduktion von Schonhaltung und sozialem Rückzug)
- Motivation zu einem selbstverantwortlichen Krankheitsmanagement
- Reduktion dysfunktionaler Muster der Schmerzbewältigung
- Erkennen schmerzverstärkender bzw. schmerzvermindernder Faktoren unter Einschluss des zwischenmenschlichen Erlebens und Verhaltens
- Förderung einer positiven Körperwahrnehmung
- Herstellung einer besseren Balance von Anspannung und Entspannung sowie von Be- und Entlastung (Belastungsdosierung)
- Vermeidung von Überforderung durch verbesserte Wahrnehmung von Leistungsgrenzen, Umgang mit Stress
- Harmonisierung vegetativer Dysfunktionen (Schlaf, biologische Rhythmen)
- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit in den Bereichen Koordination, Beweglichkeit, Kraft und Ausdauer
- Förderung des Erkennens und das Stärken eigener Ressourcen (somatisch, intrapsychisch, zwischenmenschlich, sozial)
- Beachten lebensgeschichtlicher Ereignisse (vor allem Traumatisierungen) und relevanter aktueller psychodynamischer Faktoren.

Inhalte der Multimodalen Therapie und Schwerpunkte einzelner Professionen

Die Beiträge der einzelnen Teammitglieder vermitteln der Patientin/dem Patienten über die gesamte Therapiedauer eine bio-psycho-soziale Gesamt-sicht ihrer/seiner Schmerzerkrankung sowie realistische Hoffnung auf Besserung der Beschwerden und der Beeinträchtigung im Lebenskontext.

Grundlegende edukative Maßnahmen sind zum Verständnis der PatientInnen für die gesetzten (vorwiegend aktiven!) Therapiemaßnahmen wesentlich. Die Wissensvermittlung durch ärztliche, physiotherapeutische, psychologisch-psychothe-

rapeutische, wenn möglich auch diätologische und ergotherapeutische Disziplinen sollen einander ergänzen und inhaltlich konsistent sein. Zunächst geht es von Seiten aller Berufsgruppen um die Sensibilisierung für ein bio-psycho-soziales Verstehensmodell, auf Basis dessen die weiteren Schritte gesetzt werden. Ziel ist die Motivierung der Patientin/des Patienten für eine langfristige und selbstverantwortliche Veränderung der Schmerz- und Lebenssituation (Schütze et al. 2009; Leithner & Finke 2016). Die Vorgehensweise ist ressourcenorientiert (Arnold et al. 2009).

Psychologische und psychotherapeutische Intervention

In Kapitel 8.2.3 wird auf psychologische und psychotherapeutische Interventionen ausführlich eingegangen. Neben psychoedukativen Maßnahmen und Erlernen konkreter Schmerzbewältigungstechniken sind die Verbesserung der Körperwahrnehmung und Selbstbeobachtung sowie die Stärkung der Selbstwirksamkeit wichtige psychologische Behandlungsanliegen. Das Zutrauen in die körperlichen Fähigkeiten soll über die psychologische Therapie gestärkt, bewegungsbezogene Ängste sollen reduziert werden.

Aus psychotherapeutischer Sicht nimmt vor allem das Erkennen individueller biografischer und gegenwärtiger symptomfördernder Bedingungen und ungünstiger Beziehungsmuster eine zentrale Position ein. Wie in Kapitel 8.2.3 beschrieben, ist bei einem (großen) Teil der PatientInnen das Be-

achten lebensgeschichtlicher Ereignisse und Entwicklungen für die Klärung der Schmerzgenese und das Etablieren einer zielführenden Schmerzbewältigung wesentlich. Ungünstige innere Bewertungen, ungünstige Faktoren in der Lebensgeschichte, verdrängte Gefühle und Bedürfnisse können hier beispielsweise eine Rolle spielen. Bei Vorliegen von Traumatisierungen sind diese im Rahmen der psychotherapeutischen Betreuung zu bearbeiten. Die Vermeidung einer Retraumatisierung ist jedoch Aufgabe des gesamten Behandlungsteams (Arnold et al. 2014). Auch hier zeigt sich die Relevanz einer engmaschigen Zusammenarbeit. Eine ausführliche Übersicht über psychologisch-psychotherapeutische Therapieziele und konkrete Maßnahmen findet sich auch bei Arnold et al. (2014).

Ärztliche Intervention

Ärztliche Betreuungsmaßnahmen sind in vielen anderen Kapiteln dieses Berichtes beschrieben. Im Rahmen des interdisziplinären Schmerzprogramms sollte die ärztliche Tätigkeit – neben dem Blick auf das Vorliegen etwaiger „Red Flags“ und der Optimierung der medikamentösen Unterstützung – auf Förderung der aktiven Therapiemaßnahmen und auf Edukation fokussiert sein. Die Ärztin/der Arzt hat eine ganz spezifische Sicherheit und Halt vermittelnde Funktion und kann in Bezug auf die Schmerzproblematik im Besonderen „entängsti-

gend“ auf die Patientin/den Patienten einwirken. „Nur wenn auch der Arzt in seiner Haltung konsequent das bio-psycho-soziale Modell vertritt, werden PatientInnen ausreichend motiviert für diesen Ansatz sein.“ (Arnold et al. 2014).

Im Vordergrund der ärztlichen Betreuung steht das Gespräch. Dabei nimmt die Ärztin/der Arzt teils die Rolle eines „Übersetzers“ ein, der bisherige medizinische Befunde und Informationen erläutert und in ihrer Bedeutsamkeit einordnet. Ausreichend

Zeitressourcen und das Herstellen einer authentischen und wertschätzenden Beziehung bilden auch hier die Basis. Erst wenn es der Patientin/dem Patienten möglich ist, wieder Vertrauen aufzubauen, ist eine Verbesserung der Schmerzbewältigung möglich. Im Rahmen der Therapiemaßnahmen kann eine etwaige Schmerzmittelreduktion eingeleitet und begleitet werden. Weitere diagnostische

Maßnahmen sind mit großer Sorgfalt zu überlegen. Grundsätzlich sollte die somatische Diagnostik zu Beginn des multimodalen Programms abgeschlossen sein, damit nicht erneut ein rein somatisches Konzept forciert wird. Nach Arnold et al. (2014) sollten folgende Inhalte Themen der ärztlichen Edukation sein:

Themen der ärztlichen Edukation

- Unterscheidung akuter – chronischer Schmerz
- Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell
- Physiologie des Schmerzes
- Bedeutung des vegetativen Nervensystems und von Stress für die Schmerzerkrankung
- Medikamente in der Schmerztherapie
- Rolle der Krankheits- und Bewegungsängste bei der Schmerzchronifizierung
- Aufklärung über individuelle Belastbarkeit und Beweglichkeit
- Aufklärung über häufige Komorbiditäten (z. B. Depression)
- Ziel der PatientInnenautonomie

Optimalerweise hält die betreuende Ärztin/der betreuende Arzt Kontakt mit externen BehandlerInnen, mit dem Ziel, eine übereinstimmende Be-

handlungsstrategie zu etablieren. Von einer derartigen Vernetzung profitieren PatientInnen deutlich.

Physiotherapeutische Intervention

Eine Therapiesäule stellt die körperliche Aktivierung im Rahmen einer ganzheitlich orientierten Physiotherapie dar. Bewegungstherapeutische Disziplinen, wie Physiotherapie, Ergotherapie, auch Mototherapie oder Sporttherapie, bringen körperliche Therapieangebote in einer großen Breite und Vielfalt in das multimodale Programm ein. Zum Einsatz kommen vorwiegend aktive bzw. aktivierende Therapien mit einer individuell angepassten Belastungsdosierung, um die Grundvoraussetzung für Bewegung und Belastbarkeit mit Steigerung von Kraft, Koordination, Beweglichkeit und Ausdauer zu schaffen.

Zunächst geht es jedoch darum, wieder einen angstfreien Zugang zu Bewegung herzustellen, körperlich angenehme Erfahrungen im Training zu machen sowie Bewegung und Aktivität als sichere und wohltuende Möglichkeit zu erleben. Die Übungen sind daher zu Beginn oftmals einfach und mit geringer Belastungsintensität. Sinnvoll ist, gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten Ausgangsbelastungen zu finden, in denen sich die Patientin/der Patient sicher fühlt. Erst im nächsten Schritt

geht es um Belastungssteigerungen. Das Training kann – insbesondere bei länger chronifizierten PatientInnen, die wenig körperlich aktiv waren – daher als ein „Hinführen“ zu einem wirklichen Kraft- und Ausdauertraining verstanden werden.

Ebenso ist es bei PatientInnen, die eher zur Überforderung neigen, wichtig, unterstützt durch Wissensvermittlung, ein niedrig dosiertes Training zu etablieren und beim Einhalten von zielführenden Grenzen zu unterstützen. Der bewegungstherapeutische Beitrag zur Edukation vermittelt Wissen über anatomische Grundlagen, körperliche Funktionen und Grenzen der körperlichen Aktivität.

Fixer Bestandteil des körperlichen Angebots sind Übungen zur Koordination. Durch spielerische Aktivität erleben manche PatientInnen mit großer Überraschung ihren körperlichen Handlungsspielraum und können dadurch beginnen, ihr Selbstkonzept zu reflektieren. Im gesamten Training finden stets spezifische Defizite und muskuläre Dysbalancen Berücksichtigung.

Weitere körperbezogene Interventionen und interdisziplinäre Kooperation

Neben der Psychotherapie sollen die anderen Disziplinen durch ihre Beiträge die Umsetzung des aktiven körperlichen Trainings unterstützen, indem sie aus ihrer Profession passende Wissens Elemente und Strategien vermitteln, vor allem aber ermutigend und Sicherheit vermittelnd wirken. So geschieht zum Beispiel eine Regulation eines ausgeprägten Vermeidungs- oder Überforderungsverhaltens durch die gemeinsame Unterstützung aller Berufsgruppen.

In spezialisierten Kliniken ist zudem ein besonderes **alltags- und berufsspezifisches Training („work hardening“)** integraler Bestandteil der Therapie. Hier werden körperliche Anforderungen in Beruf und Alltag durch Übungsaufgaben simuliert und so die körperliche Umsetzung spezifisch trainiert. Wichtiger Aspekt sind der Aufbau von Vertrauen in die eigene körperliche Leistungsfähigkeit und der Erwerb von Selbsthilfestrategien bei unangenehmen Körperempfindungen.

Neben dem konkreten körperlichen Training ist vor allem die **Förderung der Körperwahrnehmung** ein grundlegendes Element. Oftmals zeigt sich bei den PatientInnen eine stark eingeschränkte und wenig differenzierte Wahrnehmung körperlicher Aspekte und ein korrektes Ansteuern von Bewegungen erweist sich oftmals als schwierig. Gearbeitet werden kann hier mit unterschiedlichen Materialien, im Einzel-, Paar- und Gruppen setting. Ziele sind ein verbesserter Zugang zum eigenen Körper, das Spüren bisher unbekannter körperlicher Empfindungen, der Erwerb neuer Kontrollmöglichkeiten sowie zentral auch das Erleben angenehmer körperlicher Zustände. Unterstützung durch die psychotherapeutische Berufsgruppe ist hier äußerst wertvoll, um die konkrete Erfahrung und allfällige Bezüge zum Alltag zu reflektieren.

Das physiotherapeutische Vorgehen erfolgt in Abstimmung mit den übrigen beteiligten Disziplinen, um der Vielschichtigkeit der Probleme chroni-

scher SchmerzpatientInnen gerecht zu werden. Dies stellt nach Arnold et al. (2014) zusätzliche Anforderungen an die TherapeutInnen dar, die dafür eine spezielle Qualifikation im Umgang mit SchmerzpatientInnen ebenso wie die Fähigkeit zur Teamintegration benötigen. Die **bewegungstherapeutische Behandlung** in einem multidisziplinären integrativen Konzept unterscheidet sich von anderen physiotherapeutischen bzw. körperorientierten Behandlungen eben durch die enge Kooperation und wechselseitige Ergänzung mit den weiteren beteiligten Professionen. Das generelle bewegungstherapeutische Therapieziel ist die möglichst weitgehende Wiederherstellung körperlicher Funktionsfähigkeit, Aktivität und Teilhabe. Die konkrete Zielsetzung wird gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten erarbeitet und umfasst kurz-, mittel- und langfristige Ziele.

Unterstützt wird dies durch die bereits genannten **psychologisch-psychotherapeutischen Maßnahmen zur „psychischen Aktivierung“** (vgl. Kap. 8.2.3). Ziele sind Wiedererlangen von Selbstwirksamkeit, Verbesserung der Stimmungslage, psychische Bereitschaft für die Wiederaufnahme körperlicher und sozialer Aktivitäten und Rückkehr in eine adäquate Rollenfunktion. Vermittelt wird auch, wie aktive Bewegung und Sport zur Regulation von Stress und Spannung sowie zur Beeinflussung bzw. Stabilisierung der psychischen Befindlichkeit genutzt werden können. Ergänzend werden Entspannungstechniken und achtsamkeitsbasierte Methoden vermittelt.

Im Einzelfall können auch **passive physiotherapeutische Maßnahmen** zeitlich begrenzt hilfreich sein (Arnold et al. 2014). Dies zeigt sich auch in der klinischen Erfahrung sehr stark. Besonders zu Beginn scheint für einen Teil der PatientInnen eine individuelle Unterstützung im Rahmen einer Einzelphysiotherapie wesentlich. Passive Behandlungsmaßnahmen sind demnach wohlüberlegt, je nach individueller Situation, bei Bedarf zeitbegrenzt unterstützend hinzuzufügen.

Weitere Disziplinen und Interventionen

Bereichernd hat sich in der Multimodalen Schmerztherapie der Miteinbezug von **DiätologInnen** erwiesen. Diese Berufsgruppe wirkt unterstützend durch die Vermittlung von anatomischen und phy-

siologischen Zusammenhängen sowie die Bedeutung von Ernährungsverhalten und Verdauungssituation für Schmerzen, insbesondere im LWS (Lendenwirbelsäulen)-Bereich. Forciert werden

sollen Genuss und Achtsamkeit auch im Kontext der Ernährung. Individuell zielführend ist Information über Auswirkungen bestimmter Schmerzmittel auf den Magen-Darm-Trakt und Unterstützung bei Auftreten allfälliger Beschwerden.

Die **Pflege-** und **medizinischen Assistenzberufe** sind je nach therapeutischem Setting mit unterschiedlichen Themenstellungen in das Programm eingebunden. Auch die Rolle der Pflege orientiert sich an grundsätzlichen Zielen der Aktivierung und funktionellen Wiederherstellung (Arnold et al. 2014).

Aufgrund häufiger sozialrechtlicher und existenzieller Frage- und Problemstellungen wäre auch die Verfügbarkeit der **Sozialarbeit** wichtig. Die Sicherung der Existenz ist erforderlich, damit kör-

perliche und psychische Regeneration erfolgreich stattfinden können.

Kein regelhafter Bestandteil Multimodaler Therapieprogramme sind hingegen interventionelle und regulative (zum Beispiel Akupunktur, Neuraltherapie) Verfahren. Diese sollen nur im Ausnahmefall bei sorgfältiger Indikationsstellung und Berücksichtigung des Gesamtkonzepts durchgeführt werden. Die Gefahr einer somatischen Fixierung überwiegt nach gegenwärtigem Wissensstand die Effekte der Interventionen (Arnold et al. 2014).

Die gesamte Behandlung bedarf jedenfalls einer **gemeinsamen Philosophie** und Grundhaltung zur Thematik „Chronischer Schmerz“ und zielt auf eine funktionelle Verbesserung und eine (Re-)Aktivierung der Patientin/des Patienten auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene ab.

Behandlungsumfang und Setting

Therapieintensität

Die Therapieintensität stellt nach bisherigem Stand der Forschung ein wichtiges Kriterium für den Erfolg der Behandlung dar. Ein Mindestumfang von 100 Stunden an Therapieeinheiten ist in den entsprechenden Leitlinien empfohlen (Kaiser

et al. 2015; Schütze et al. 2009). Gefordert sind regelmäßige Teambesprechungen im Ausmaß von mindestens wöchentlichen Teamsitzungen, zusätzlich zu behandlingstäglichen Teamabsprachen (Arnold et al. 2014).

8

Setting

Laut Definition von ExpertInnen sollte die Therapie immer in Kleingruppen mit maximal acht TeilnehmerInnen angeboten werden (Arnold et al. 2009). Bemerkenswert in der klinischen Erfahrung ist, dass auch relativ heterogene Gruppen von dieser Art von Programmen profitieren können (Schütze et al. 2009) und das Gruppensetting an sich Vorteile bringt (Leithner 2013). Laut Kröner-Herwig (2016) sind aufgrund der bisherigen Datelage jedoch noch keine eindeutigen Schlüsse zu ziehen, ob ein Einzel- oder Gruppensetting effektiver ist. Jedoch zeigt sich, dass bei einer produktiven Gruppenatmosphäre und gruppenspezifischen Kompetenzen der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten ein langfristig positiver Effekt hinsichtlich Schmerzbewältigung erreicht werden

kann. Keinesfalls ist die „Tiefe“ der Bearbeitung geringer, sondern es stellt umgekehrt das Erleben, mit der Problematik und dem resultierenden Leidensdruck nicht allein zu sein, für viele Betroffene eine bedeutsame Entlastung dar und formt ein Fundament für das Gefühl des Verstandenwerdens. Ressourcen, aber auch kritische Blicke auf das Schmerzverhalten und relevante psychische Aspekte werden innerhalb der Gruppe auf sehr wirksame Weise geteilt. Psychodynamische Hintergründe des Schmerzgeschehens und ungünstiges Beziehungsverhalten sind durch Gruppenmitglieder oft direkt ansprechbar und für den jeweiligen Betroffenen beginnend reflektierbar (Leithner 2013).

Neben stationären Angeboten bieten auch **ambulante Settings** wertvolle Vorteile, wie Verbleib in gewohnter Umgebung mit realistischen Alltagsbelastungen und den individuellen Anforderungen im privaten Lebenskontext. Die Fortschritte der PatientInnen zeigen sich in ersten Arbeiten auch für das ambulante Setting (Schütze et al. 2009; Leithner 2013). Laut Kröner-Herwig (2016) sollte der ambulante Therapie aus den genannten Gründen daher der Vorzug gegeben werden. Der Transfer des Erworbenen in den Alltag gelingt leichter, die Umsetzung bzw. etwaige Schwierigkeiten können noch im Rahmen der Therapie besprochen werden. Speziell zu erwähnen sind Konzepte mit **tagesklinischer Struktur**. Insgesamt fordert ein ambulantes

Setting bereits einige Eigenaktivität der Patientin/des Patienten – einerseits in der Organisation von Therapie und Alltag, aber auch in der Rolle einer Person, der eine gewisse „Gesundheit und Belastbarkeit“ zugeschrieben wird.

Ein Vorteil des **stationären Settings** hingegen läge in der Möglichkeit zur umfassenderen Beobachtung und leichterem Einflussnahme auf das Krankheitsverhalten der Patientin/des Patienten. Dies kann günstig sein, wenn gravierende Veränderungen nützlich scheinen oder eine Herauslösung aus einem schmerzverstärkenden Milieu erforderlich scheint.

Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung und Haltung

Die therapeutische Beziehung wurde als einer der wirksamsten Faktoren in der Therapie identifiziert (siehe Kap. 8.2.3). Dieses Faktum ist von allen beteiligten Berufsgruppen zu berücksichtigen. Basis für eine Veränderung ist eine tragfähige Beziehung, in der sich die Patientin/der Patient als Person individuell wahrgenommen und sicher fühlt. Die

professionelle, wertschätzende, empathische und ressourcenorientierte therapeutische Haltung aller Teammitglieder ist zentrales Fundament aller gesetzten Maßnahmen (Biermann-Ratjen et al. 2016; Leithner & Finke 2016; Arnold et al. 2014; Grawe et al. 2001; Lambert & Barley 2002).

Ziele der Multimodalen Therapie

Zentrale Behandlungsziele orientieren sich im Sinne eines bio-psycho-sozialen Modells an der Teilhabe und liegen auf der Wiederherstellung der objektiven und subjektiven körperlichen Funktionsfähigkeit („*functional restoration*“) sowie der Steigerung des subjektiven Selbstwirksamkeitserlebens, der Kontrollfähigkeit und des Kompetenzgefühls der Betroffenen (Kaiser et al. 2015; Arnold et al. 2014; Arnold et al. 2009).

Geschaffen bzw. wieder aufgebaut werden soll ein positiver Zugang zu körperlicher Aktivität. Ziel ist das Wiederherstellen einer vertrauensvollen, freien und freudvollen Bewegung bei angemessener Belastbarkeit, d. h. das Zutrauen in die eigenen körperlichen Fähigkeiten, das Wissen, dass Bewegung förderlich ist, wie auch das Einhalten adäquater Grenzen. Dies wird durch eine Rekonditionierung eines dekonditionierten Bewegungsapparats mit Verbesserung von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination sowie Steigerung der Funktions- und

Leistungsfähigkeit erreicht. Voraussetzungen sind das Erkennen von Belastungsgrenzen durch Verbesserung der Körperwahrnehmung und Anpassen der Leistungsziele. Im Gegenzug gilt es, Schlaf und Regenerationsfähigkeit zu optimieren.

Auf psychischer und psychosozialer Ebene soll ein stabiles und positives psychisches Zustandsbild etabliert werden. Schmerzverstärkende Faktoren sollen reflektiert, Alternativen und Ressourcen zumindest elementar bekannt sein. Ziel ist, dass die Patientin/der Patient eine selbstverantwortliche Haltung einnimmt.

Effektivität und Nachhaltigkeit Multimodaler integrativer Schmerztherapie

Effektivität

Trotz Heterogenität vorliegender Studien und Programme wird mittlerweile von einer klaren Überlegenheit multimodaler Ansätze ausgegangen (vgl. Kaiser et al. 2015; Kröner-Herwig 2016). Verschiedene Studien und Metaanalysen zeigen die kurz- und auch langfristige Wirksamkeit Multimodaler Therapieprogramme, insbesondere gilt dies für chronischen Rückenschmerz (Schütze et al. 2009). Für andere chronische Schmerzbeschwerden liegen noch wenige Untersuchungen vor, doch auch hier gibt es Hinweise und erste Ergebnisse für eine gute und auch längerfristige Wirksamkeit (Pöhlmann et al. 2008). Dabei ist es auch möglich, die Therapie in Kleingruppen von PatientInnen mit unterschiedlichen bewegungsapparatbezogenen chronischen Schmerzen anzubieten (Schütze et al. 2009).

Der Effekt ist zunehmend auch für hohe Chronifizierung belegt (Hüppe et al. 2011), wobei die Überlegenheit von Therapieprogrammen mit mindestens 100 Stunden und dem Ziel der funktionellen Herstellung erwiesen ist und die erzielten Effekte

deutlich wirksamer als bei weniger intensiven Behandlungen sind (Arnold et al. 2009).

Über multimodale Ansätze können Verbesserungen in der körperlichen Funktionsfähigkeit und (in geringerem Ausmaß) eine Schmerzreduktion erreicht werden (Huge et al. 2006). Es verbessern sich sowohl Wissen und Haltung zum Schmerz als auch persönliche Kontrollmöglichkeiten (Kaiser et al. 2015). Weiters kann eine signifikante Reduktion von destruktiven Gedanken, Angst und Depressivität gezeigt werden. Schmerzbezogene Belastungen nehmen ab, gleichzeitig erhöht sich die Lebensqualität und die Vitalität der PatientInnen nimmt zu (Schütze et al. 2009; Leithner 2013).

Die Wirksamkeit multimodaler Angebote kann auch für ambulante Therapien nachgewiesen werden. Da hier oftmals nur ein begrenztes Spektrum an medizinischen Interventionen stattfindet, kann von einer eindeutigen Wirksamkeit der psychosozialen Interventionen und der körperlichen Rekonditionierungsmaßnahmen ausgegangen werden (Kröner-Herwig & Frettlöh 2011).

Nachhaltigkeit

Trotz der hohen methodischen Schwierigkeiten im Nachweis lassen die Daten unterschiedlicher Studien erkennen, dass in der Regel der Erfolg der Therapie bei einem großen Teil der PatientInnen erhalten bleibt (Kröner-Herwig & Frettlöh 2011). „Länger anhaltende Effekte im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sind jedoch nur für multimodale

interdisziplinäre Behandlungsmaßnahmen nachgewiesen“ (Arnold et al. 2009).

Im ambulanten Setting zeigt sich ebenfalls die signifikante Verbesserung der gemessenen Parameter (Schmerzintensität, Beeinträchtigung, Angst, Depressivität, Lebensqualität, Handlungskompetenz) sechs Monate bzw. ein Jahr nach Therapieende (Schütze et al. 2009; Leithner et al. 2016).

Resümee

Gegenwärtig gelten multimodale Programme als Therapie der Wahl bei chronischen Schmerzsyndromen. Sie sind gekennzeichnet durch das gleichzeitige Stattfinden der multimodalen Behandlungsbausteine und ein eng vernetztes interdisziplinäres Arbeiten. Überwiegend aktive körperliche Therapiemaßnahmen, psychologisch-psychotherapeutische Behandlung und Edukation durch unterschiedliche Disziplinen stellen die zentralen Therapiesäulen dar. Ziele sind die Wiederherstellung einer zufriedenstellenden körperlichen Funktionsfähigkeit und einer stabilen psychischen Situation, die Stärkung der Selbstwirksamkeit und der gesundheitsbezogenen Kompetenz sowie das Erlangen einer guten körperlichen, psychischen und sozialen Teilhabe.

Bei ausreichender Therapieintensität (mindestens 100 Einheiten) können positive Effekte nachgewiesen werden. Die Maßnahmen können großteils im Gruppensetting stattfinden. Das ambulante Setting ist – mit unterschiedlichen Vorteilen zum stationären Kontext – ebenso wirksam.

Literatur und Datenquellen

- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. *Schmerz* 2014; 28: 459–472.
- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. Multimodale Schmerztherapie – Konzepte und Indikation. *Schmerz* 2009; 23: 112–120.
- Biermann-Ratjen E, Eckert H, Schwartz HJ. Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen. 10. Auflage. Kohlhammer-Verlag, 2016.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 5. Auflage. Göttingen: Hogrefe, 2001.
- Huge V, Schloderer U, Steinberger M et al. Impact of a Functional Restoration Program on Pain and Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Low Back Pain. *Pain Med* 2006; 7(6): 501–508.
- Hüppe M, Maier C, Gockel H et al. Behandlungserfolg auch bei höherer Schmerzchronifizierung? Eine Auswertung des Mainzer Stadienmodells auf Basis der QUASt-Analysestichprobe. *Der Schmerz* 2011; 25.
- Kaiser U, Sabatowski R, Azad SC. Multimodale Schmerztherapie. Eine Standortbestimmung. *Schmerz* 2015; 25(5): 550–556.
- Kröner-Herwig B, Frettlöh J. Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen interdisziplinären Therapieansatz. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.). *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung*. 8. Auflage. Berlin: Springer Verlag, 2011.
- Kröner-Herwig B, Frettlöh J. Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen interdisziplinären Therapieansatz. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.). *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung*. 8. Auflage. Berlin: Springer Verlag, 2016.
- Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press, 2002: 17–32.
- Leithner D, Dörrscheid W, Marko Ch. Multimodale Schmerztherapie – Rehabilitationsprogramm bei chronischem Schmerz im Zentrum für Ambulante Rehabilitation Wien: Pensionsversicherungsanstalt, interner Bericht, 2016.
- Leithner D, Finke J. Personenzentrierte Therapie von Schmerzsyndromen. *Person* 2016; 29(1): 1–13.
- Leithner D. Körperorientierte Gruppentherapie – ein klientenzentrierter Therapieansatz bei chronischem Schmerz. Preliminary Study. *Person* 2013; 17(1): 1–17.
- Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. 2. Auflage 03/2017. Abrufbar unter: <http://www.leitlinien.de/nvl/kreuzschmerz>.
- Pöhlmann K, Tonhauser T, Joraschky P, Arnold B. Die Multimodale Schmerztherapie Dachau (MSD) – Daten zur Wirksamkeit eines diagnoseunabhängigen multimodalen Therapieprogramms bei Rückenschmerzen und anderen Schmerzen. *Schmerz* 2008; 23: 40–46.
- Sabatowski R, Kaiser U. Multimodale Schmerztherapie – Ein etabliertes Verfahren? *Schmerz* 2012; 26: 644–646.
- Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J et al. Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. Klinische Leitlinie. *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109(47): 803–813.
- Schütze A, Kaiser U, Ettrich U et al. Evaluation einer multimodalen Schmerztherapie am Universitäts-SchmerzCentrum Dresden. *Schmerz* 2009; 23(6): 609–617.
- Wachter M. Chronische Schmerzen. Berlin: Springer, 2012.

8.2.5 Physikalische Maßnahmen

Silvia Brandstätter

Zusammenfassung

Evidenzgesicherte Ergebnisse von Studien zeigen, dass bei muskuloskelettalen Beschwerden vor allem aktive Therapien (Bewegung) mehr Erfolg versprechend sind als passive Modalitäten. Bei chronischen Schmerzen sind körperlich aktivierende Maßnahmen, inklusive Bewegungstherapie und medizinischem Training sowie zusätzliche Maßnahmen der psychologischen Schmerztherapie mit psychotherapeutischen Ansätzen in einem multimodalen Behandlungskonzept indiziert.

Einleitung

Die Wirksamkeit der im Leistungskatalog für physikalische Medizin angeführten Maßnahmen zur Behandlung von chronischen Schmerzen entbehrt mitunter einer empirischen Grundlage. Die im Folgenden genannten physikalischen Leistungen

für SchmerzpatientInnen wurden in einer Metaanalyse verschiedener wissenschaftlicher Studien auf ihre Wirksamkeit und wissenschaftliche Evidenz geprüft. Die daraus gewonnenen Ergebnisse werden in diesem Kapitel kurz vorgestellt.

Wissenschaftliche Evidenz von Leistungen der physikalischen Medizin

Bewegungstherapie (Physiotherapie)

Aus den Leistungsbereichen der Physikalischen Medizin und Rehabilitation ist die positive Wirkung der Bewegungstherapie (Physiotherapie) bei chronischen und subakuten Kreuzschmerzen sowie beim Fibromyalgie-Syndrom aus systematischen Übersichtsartikeln und randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)¹³ belegt.

Bei Kreuzschmerzen werden Schmerz- und Funktionsverbesserung durch Aerobic, allgemeines Kräftigungstraining, Stretching, „graded activity“¹⁴, Training der Rückenmuskulatur und Koordinationstraining erreicht.

Auch die postoperative Bewegungstherapie nach Bandscheibenoperation bringt Schmerz- und Funktionsverbesserung durch Bewegungstherapie unter Anleitung. Weiters sind nach Hüft- und Kniegelenkersatz Vorteile durch die Physiotherapie belegt.

Für die Wirkung von Traktion, d. h. das gezielte, therapeutisch motivierte „Ziehen“ an einem Körperteil, zeigen sich für die Wirkung bei Wirbelsäulen- oder Schulterbeschwerden maximal widersprüchliche Ergebnisse.

¹³ RCTs = Randomized Controlled Trials.

¹⁴ Graded Activity: eine Methode zur Bewältigung von chronischen Schmerzen. Ein „Behandlungsansatz der in den Niederlanden in der Physiotherapie angewandt wird und aus der kognitiven Verhaltenstherapie kommt. Im Vordergrund steht dabei das Erlernen von Strategien zur Schmerzbewältigung und nicht die Anwendung direkter Maßnahmen zur Schmerzlinderung, denn chronischer Schmerz ist häufig – so die Vorstellung von GA – das Ergebnis von körperlichen, seelischen und sozialen Belastungen“ (Portal für Physiotherapeuten: <https://physiotherapeuten.de/graded-activity/#.WXdZ8dKwe70>).

Manipulation und Mobilisation (manuelle Therapie)

Für die Wirksamkeit der manuellen Therapie bei muskuloskelettalen Beschwerden gibt es insgesamt keine belastbaren Nachweise aus validen Metaanalysen für einen klinisch relevanten Nutzen. Dies gilt für alle gängigen Behandlungsver-

fahren. Lediglich aus einzelnen kontrollierten Studien lässt sich ein möglicher Nutzen bei Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Kreuzschmerzen und Fersenschmerzen ableiten.

Massage

Für Massage gibt es geringe positive Wirksamkeitsnachweise bei chronischen und subakuten Kreuzschmerzen in Zusammenhang mit Bewegungsübungen und PatientInnenbildung (d. h. Schulung der PatientInnen im Hinblick auf ihre Erkrankung mittels Information, Beratung, Anlei-

tung und Moderation)¹⁵. Eine widersprüchliche Studienlage oder nicht besser als Placebo findet man für chronische Schmerzen und Fibromyalgie. Keine nachweisliche Wirkung zeigt sich bei Nackenschmerzen (keine Studien mit Empfehlung von Massage gegen Nackenschmerzen).

TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation)

Für die Behandlung mit niederfrequenter Elektrophysiotherapie existieren positive Ergebnisse für Kopfschmerz ebenso für die Anwendung von TENS (eine Form von Reizstromtherapie) bei rheumatoider Arthritis der Hand, chronischen Schmerzen, myofaszialem Schmerzsyndrom¹⁶ und Nackenschmerzen. Keine Empfehlung für TENS gibt es hingegen für die Anwendung bei chronischen Rück-

enschmerzen, Schulterschmerzen nach Schlaganfall, Gonarthrose und akuten Schmerzen. Keine Rückschlüsse auf die Wirksamkeit von TENS bestehen bei Krebs-assoziierten Schmerzen oder Amputationsschmerzen. Eine genauere Beschreibung dieser Methode und ihres Wirkungsspektrums findet sich im Folgekapitel zu alternativen Methoden der Schmerztherapie.

Magnetfeldtherapie

Hier existieren maximal widersprüchliche, mehrheitlich deskriptiv berichtete Ergebnisse bei Fibro-

myalgie und Osteoarthritis. Mehr dazu siehe Folgekapitel 8.2.6.

Kurzweile

Für Kurzweile existieren widersprüchliche Ergebnisse bei Nackenschmerzen, Osteoarthritis, myofaszialem Schmerzsyndrom und degenerativen, rheumatischen Erkrankungen.

15 Unter PatientInnenbildung versteht man „alle pädagogischen/psychologischen Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und des Kohärenzgefühls des Patienten oder Pflegebedürftigen – die Familie ist immer einbezogen. Unter dem Aspekt der Pflege ist Alltagskompetenz die wesentliche Zielgröße. Außer Patienten sind auch andere Klienten des Gesundheits-Pflegefeldes gemeint. Patientenedukation umfasst vier Hauptstrategien: Information, Beratung, Schulung und Moderation“ (Netzwerk Patienten- und Familienbildung in der Pflege: <http://patientenedukation.de/themen/patientenedukation>).

16 Myofaszielles Schmerzsyndrom (MSS) ist ein Krankheitsbild, das durch Schmerzen im Bewegungsapparat gekennzeichnet ist, welche nicht von Gelenken, Muskel- oder anderen neurologischen Erkrankungen ausgehen (Wikipedia: https://de.wikipedia.org/wiki/Myofaszielles_Schmerzsyndrom).

Ultraschall

Für Ultraschall existieren zwar einzelne, statistisch signifikante, jedoch klinisch wenig relevante Ergebnisse.

Wärme/Kälte

Für die Anwendung von Eismassage bei Gonarthrose existieren Daten, welche eine Funktionsverbesserung (Kniebeugung, verlängerte Gehzeit) zeigen. Die Eisanwendung bei Osteoarthritis zeigt jedoch widersprüchliche Ergebnisse.

Für die Behandlung mit Wärmeanwendungen ergeben die vorhandenen Daten Schmerzverbesserungen geringen Ausmaßes, jedoch zeigt sich kein nachhaltiger Effektnachweis.

Schlussfolgerung

Die Wirksamkeit der im Leistungskatalog für physikalische Medizin angeführten Maßnahmen zur Behandlung von chronischen Schmerzen entbehrt mitunter einer empirischen Grundlage. Nachweislich gute Wirksamkeit zeigen umfangreiche Daten für aktive Bewegungstherapie, inklusive allgemeinem Kräftigungstraining, Stretching, Koordinations- und Rückenmuskeltraining bei chronischen, muskuloskelettalen Schmerzzuständen. Eine eingeschränkte Wirksamkeit zeigt sich für mechanische Bewegungsunterstützung mittels Traktion.

Manuelle Therapien zeigen hingegen wenig belastbare Beweise zur Wirksamkeit. Für TENS (eine Form von Reizstromtherapie) existieren positive Wirksamkeitsnachweise bei einigen mit Schmerz verbundenen Indikationen. Zur Mittel- und Hochfrequenztherapie sind die Studienergebnisse widersprüchlich. Thermisch wirksame Therapieanwendungen zeigen nur einen sehr geringen Erfolg.

Zusammenfassend lässt sich aus den evidenzgesicherten Ergebnissen von Studien zeigen, dass bei muskuloskelettalen Beschwerden aktive Therapien (Bewegung) mehr Erfolg versprechend sind als passive Modalitäten (vgl. NVL 2017). Bei chronischen Schmerzen sind körperlich aktivierende Maßnahmen, inklusive Bewegungstherapie und medizinischem Training sowie zusätzliche Maß-

Munari

Das Fehlen wissenschaftlicher Arbeiten zu Munari-Packungen lässt keine valide Bewertung der Effekte zu.

Hydrotherapie und Bäder

Positive Daten nach Anwendung durch Hydrotherapie und Bäder bei Kreuzschmerzen, Arthrose, Morbus Bechterew und Fibromyalgie ergeben sich als Anwendung innerhalb einer intensivierten Kur.

nahmen der psychologischen Schmerztherapie mit psychotherapeutischen Ansätzen in einem multimodalen Behandlungskonzept indiziert (vgl. Brandstätter 2009).

Für eine nachhaltige Reduzierung von Beschwerden ist es daher wesentlich, nach standardisiertem ärztlichem Assessment und Diagnosestellung evidenzbasierte Therapien und PatientInnenschulungen (vgl. Brandstätter 2011) anzubieten.

Literatur und Datenquellen

Brandstätter S. Patientenedukation. In: Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule: Interdisziplinäres Praxisbuch - entsprechend der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz. Hildebrandt J, Pflingsten M (Hg.). München: Elsevier, Urban & Fischer, 2011.

Brandstätter S. Rückenleiden. Serie „Gesund werden. Gesund bleiben.“ des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien: Holzhausen GmbH, 2009.

Wilbacher I, Brandstätter S, Kruzic N et al. Österreichischer Muster-Leistungskatalog Physikalische Medizin – empirische Grundlagen zur Wirksamkeit der Inhalte. <http://www.egms.de/static/en/journals/hta/2013-9/hta000110.shtml>.

Nationale Versorgungs Leitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2. Auflage 03/2017. <http://www.leitlinien.de/nvl/kreuzschmerz>.

8.2.6 Alternative Methoden

Birgit Kraft

Zusammenfassung

Zu den sogenannten „alternativen Therapiemethoden“ zählen verschiedenste Behandlungsformen wie z. B. Akupunktur, Biofeedback, Magnetfeld, Transkutane Elektrische Nervenstimulation (TENS), Kinesiotapes oder manualmedizinische Techniken. Über die meisten der aufgezählten Therapiemethoden liegen entweder zu wenige oder inkonsistente Studienergebnisse vor, so dass deren Wirksamkeit oder Überlegenheit gegenüber einer Placebo-Behandlung nicht immer ausreichend beurteilt werden kann und in aktuellen Leitlinien oftmals keine positiven Empfehlungen abgegeben werden. Somit ist auch eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherungsträger in den meisten Fällen nicht möglich.

Einleitung

Der Begriff „alternative Therapiemethoden“ ist an sich irreführend. Besser wäre es, von Komplementärmedizin zu sprechen. Ist für eine Therapiemethode die Wirksamkeit nachgewiesen, handelt es sich um eine anerkannte Form der Behandlung und keine „alternative“ Behandlungsform. Als logische Konsequenz würden wir somit unter „alternativen Methoden“ nur solche Therapien zusammenfassen, für die es keinen ausreichenden Wirknachweis gibt. Komplementärmedizin hingegen bezeichnet ein ergänzendes Verfahren zusätzlich zur „Schulmedizin“, nicht aber den Ersatz (=„Alternative“). Demgegenüber steht die Tatsache, dass das Fehlen einer Evidenz nicht automatisch bedeutet, dass ein Therapieverfahren unwirksam ist; es kann durchaus möglich sein, dass noch keine aussagekräftigen Studienergebnisse vorliegen. VertreterInnen der meist auf das einzelne Individuum fokussierten „Alternativmedizin“ führen jedoch ins Treffen, dass die Wirksamkeit und Sicherheit ihrer Konzepte mit Methoden der evidenzbasierten Medizin (z. B. randomisierte, placebokontrollierte, klinische Doppelblindstudien) nicht nachweisbar wären und argumentieren stattdessen mit Fallberichten. Kommen derartige neue Therapien auf den Markt, müssen „SchulmedizinerInnen“ dann oft belegen, dass das neue Heilverfahren nicht funktioniert. Insofern ist die Bewertung von „alternativen“ Methoden für Laien nicht leicht.

Im folgenden Text werden die häufigsten „alternativen“ Verfahren in der Schmerzmedizin kurz beschrieben. Für viele Methoden können jedoch keine abschließenden Bewertungen zu ihrer Wirksamkeit getroffen werden.

Zu den sogenannten „alternativen Therapiemethoden“ zählen verschiedenste Behandlungsformen wie zum Beispiel Akupunktur, Biofeedback, Magnetfeld, Transkutane Elektrische Nervenstimulation (TENS), Kinesiotapes oder manualmedizinische Techniken, um nur einige davon aufzuzählen. Über die meisten der aufgezählten Therapiemethoden liegen entweder zu wenige oder inkonsistente Studienergebnisse vor, sodass deren Wirksamkeit oder Überlegenheit gegenüber einer Placebobehandlung nicht immer ausreichend beurteilt werden kann (vgl. Kap. 8.2.5) und in aktuellen Leitlinien oftmals keine positiven Empfehlungen abgegeben werden. Somit ist auch eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherungsträger in den meisten Fällen nicht möglich.

Ausgewählte Methoden

Akupunktur

Die Akupunktur ist Bestandteil der *Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)* und geht von einem ganzheitlichen Konzept aus. Ziel ist es stets, nicht nur die aktuellen Beschwerden vordergründig zu behandeln, sondern das Gleichgewicht im ganzen Organismus wieder herzustellen. Grundsätzlich gilt: Akupunktur kann heilen, was gestört ist, sie kann aber nicht „reparieren“, was bereits zerstört ist.

Bei der Akupunktur werden feine Einmalnadeln in bestimmte Hautpunkte gestochen und verbleiben dort etwa 20 bis 30 Minuten. Nach dem Verständnis der chinesischen Medizin wird durch den Nadelreiz der Energie- (Qi-) Fluss im Organismus angeregt und reguliert, und vorhandene Blockaden und Störungen lösen sich auf. Die meisten Patien-

Innen empfinden die Akupunktur oft als angenehm und geben eine rasche Schmerzlinderung an. Neben der Körperakupunktur werden auch Laser- und Elektroakupunktur, Ohrakupunktur, Schädelakupunktur nach Yamamoto und Triggerpunkt-Akupunktur angeboten. Aus naturwissenschaftlicher Sicht geht man davon aus, dass durch den Nadelreiz im Gehirn eine vermehrte Ausschüttung schmerzlindernder und stimmungsaufhellender Substanzen ausgelöst wird (z. B. Endorphine oder Serotonin), was auch durch funktionelle Kernspintomografie bestätigt werden konnte. Als Indikationen gelten u. a. Kopfschmerzen, Migräne, Rücken-, Nacken- und Gelenkschmerzen, Sehnen- und Gelenkerkrankungen, Menstruationsschmerzen und verschiedene neuropathische Schmerzsyndrome.

Biofeedback

Biofeedback ist die Rückmeldung (*Feedback*) körperlicher Signale (*Bio-*), die normalerweise nicht bewusst wahrgenommen und vom vegetativen Nervensystem reguliert werden. Ziel ist es, Körperfunktionen wahrnehmbar zu machen, über die wir normalerweise keine bewusste Kontrolle haben. So können z. B. Atemfrequenz, Herzfrequenz, Blutdruck, Hautwiderstand, Körpertemperatur und Muskelspannung mit Sensoren auf der Haut gemessen und mit Bildsignalen sichtbar gemacht werden. PatientInnen können dadurch die Reak-

tionen ihres Körpers erkennen und lernen, diese bewusst zu beeinflussen. Die Indikationen für Biofeedback sind vielfältig. Bei SchmerzpatientInnen sind zum Beispiel Nacken- und Rückenschmerzen sowie Kopfschmerzen und Migräne relativ gut untersucht. Bei Migräne lässt sich durch Biofeedback beispielsweise eine Reduktion der Migränehäufigkeit um 35 bis 45 Prozent erreichen (Andrasik 2010; Nestoriuc & Martin 2007) und ist vergleichbar wirksam wie eine medikamentöse Prophylaxe mit dem Beta-Blocker Propranolol.

Transkutane Elektrische Nervenstimulation (TENS)

Die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) ist eine Behandlungsmethode, bei der elektrische Impulse mittels aufgeklebter Hautelektroden auf das Nervensystem bzw. auf die schmerzhafteste Körperstelle übertragen werden. Die schmerzstillende Wirkung der elektrischen Impulse wird einerseits mit der Freisetzung von Endorphinen (ähnlich der Akupunktur) und mit der sogenannten „Gate-Control“-Theorie erklärt: Durch die Stromimpulse werden die Aβ-Nervenfasern (Berührungsfasern) in der Haut aktiviert. Durch Verschaltungen (Interneurone) im

Nervensystem wird durch Aktivierung der Aβ-Fasern die Signalfortleitung in den Schmerzfasern (Aδ- und C-Fasern) gehemmt und somit die Schmerzen gelindert. Die meisten Menschen kennen das Prinzip der „Gate-Control-Theorie“ bereits aus eigener (leidvoller) Erfahrung: Stößt man mit dem Ellbogen an die Tischkante, löst dies (durch dort oberflächlich verlaufende Nerven) einen heftigen Schmerz aus. Fast reflektorisch greift man mit der anderen Hand an die schmerzende Stelle und beginnt dort zu reiben.

Viele Untersuchungen bescheinigen die Wirksamkeit von TENS, jedoch erfüllen die meisten Studien nicht die erforderlichen Qualitätskriterien und sind aufgrund unterschiedlicher Designs kaum vergleichbar. Die wissenschaftliche Evidenz für das Verfahren ist daher gering (vgl. Kap. 8.2.5). Dennoch wird TENS häufig verwendet, die Gerä-

te sind einfach zu bedienen, die Kosten sind eher gering und werden auch teilweise von den Sozialversicherungsträgern ersetzt. TENS gilt allgemein als wenig gefährliche und nebenwirkungsarme Methode. Einschränkungen gelten nur für PatientInnen mit Herzschrittmachern, Epilepsie und Hauterkrankungen.

Magnetfeld-Therapie

Viele Menschen sind überzeugt davon, dass Magnetfelder heilen und Schmerzen lindern können. Folglich gibt es auch zahllose Angebote für Magnetfeldtherapie in Ordinationen und verschiedene Hersteller bieten Magnetfeldmatten, Polster, Schuheinlagen etc. für den Hausgebrauch an. Die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von Magnetfeldern in der Schmerztherapie ist jedoch nach wie vor gering und die Ergebnisse unabhängiger klinischer Studien sind widersprüchlich (vgl. vorangehendes Kapitel 8.2.5 zur wissenschaftlichen Evidenz von Leistungen der physikalischen

Medizin). Es lässt sich somit nicht beurteilen, ob es sich bei der Magnetfeldtherapie nur um ein (teures) Placebo handelt oder um eine echte therapeutische Maßnahme.

Die Magnetfeldtherapie wird derzeit meist bei Gelenksabnützungen, Hüftkopfnekrosen, Lockerungen von Implantaten und Arthrosen eingesetzt. Am besten ist derzeit die Wirkung von Magnetfeldern bei der Therapie von (schlecht heilenden) Knochenbrüchen durch Studien belegt.

Manuelle Medizin

Als Manuelle Medizin bezeichnet man die Untersuchung und Behandlung von Funktionsstörungen im Bewegungsapparat mit der Hand (lat. *manus* = Hand). Damit grenzt sich die Manuelle Medizin von der invasiven und der medikamentösen Medizin ab. Der Begriff „Manuelle Medizin“ wird im Sprachgebrauch fälschlich oft gleichgesetzt mit Manualtherapie, Chirotherapie, Chiropraktik und Osteopathie.

Mit den Methoden der Manuellen Medizin können Funktionsstörungen von Gelenken, der Muskulatur, des Bindegewebes, der Aufhängungen innerer Organe, der Nervengleitfähigkeit sowie der Bewegungs- und Haltungssteuerung diagnostiziert und behandelt werden, die weit über das „Lösen von Blockierungen“ hinausgehen.

Die nachhaltige Wirkung der Manuellen Medizin ist bei akuten und chronischen Schmerzen wissenschaftlich nachgewiesen worden. Vorsicht ist jedoch bei wiederholten und in kurzen Zeitabschnitten durchgeführten Manipulationen geboten: Liegen muskuläre Defizite vor, kann es zur Instabilität der Gelenke und/oder Wirbelsäulensegmente kommen. Daher sollten Manipulationsbehandlungen nicht regelmäßig durchgeführt werden, sondern bei wiederholten Blockierungen nach den zugrundeliegenden Ursachen gesucht werden. Bei chronischen Schmerzen ist die Behandlung durch manualtherapeutische Verfahren alleine meist nicht ausreichend, sondern sollte mit anderen Methoden im Sinne einer multimodalen Therapie kombiniert werden.

Neuraltherapie

Neuraltherapie versteht sich als ganzheitliche Regulationstherapie mit dem Ziel, „gestörte Regelsysteme“ im Organismus wieder ins Gleichgewicht zu bringen (siehe dazu auch Kap. 5.1.2). Dabei wer-

den kleine Mengen von Lokalanästhetika, wie z. B. Lidocain, mit sehr feinen Nadeln injiziert, um verursachende Faktoren, wie etwa von Narben (Herd-Störfeldgeschehen), auszuschalten, und so

den Organismus regulierend zu unterstützen. Neuraltherapie kann, ähnlich wie die Akupunktur,

als Regulationstherapie nur Störungen beeinflussen, nicht aber Zerstörtes reparieren.

Pflanzliche und alternative Schmerzmittel

Als Alternative zu den herkömmlichen Pharmaka werden von vielen PatientInnen auch pflanzliche Präparate eingenommen, in der Hoffnung, diese seien natürlicher und weniger schädlich für den Körper. Man muss sich jedoch darüber im Klaren sein, dass bei allen Substanzen – unabhängig von ihrer Herkunft, ob „pflanzlich“ oder „aus dem Labor“ – erwünschte und potenziell unerwünschte Wirkungen stets untrennbar miteinander verbunden sind. Pflanzliche Präparate haben mitunter kaum kalkulierbare Risiken, da sie oftmals als „Nahrungsergänzungsmittel“ auf den Markt gebracht werden, die weitaus weniger strengen Kontrollen und Auflagen unterliegen als echte Arzneimittel. Sie können häufig auch die Wirksamkeit anderer Medikamente (wie. z. B. der Pille) abschwächen oder verstärken. Auf jeden Fall sollte die Einnahme pflanzlicher Wirkstoffe mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, um gesundheitliche Probleme zu vermeiden.

Cannabinoide und Cannabis

Unter Cannabis versteht man Zubereitungen aus Drogenhanf, die auch als Haschisch (getrocknetes Blütenharz der Pflanze) oder als Marihuana (getrocknetes Pflanzenmaterial) bezeichnet werden und eine Vielzahl von verschiedenen Cannabinoid-Substanzen und anderen sekundären Pflanzenstoffen enthalten. In Österreich ist – anders als in einigen anderen europäischen Ländern – auch der medizinische Einsatz von Cannabisprodukten grundsätzlich illegal. Für den medizinischen Einsatz sind jedoch Einzelsubstanzen wie der psychotrope Hauptinhaltsstoff der Pflanze, das Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC, Dronabinol), und das synthetische Derivat Nabilone (Canemes®) rezeptierbar. Seit Ende 2012 ist auch Sativex® verfügbar, ein Sublingualspray, das eine Mischung aus THC und dem nicht-psychoaktiven Cannabinoid Cannabidiol (CBD) enthält. Auch wenn in verschiedensten Studien die analgetische Wirkung von Cannabinoiden bei Tieren so stark wie die von Opiaten war, sind die Effekte beim Menschen weit aus geringer. Ein Therapieversuch kann bei verschiedenen Indikationen gerechtfertigt sein, auf-

grund von Datenlage und Evidenz der klinischen Untersuchungen werden Cannabinoide in den meisten Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften jedoch meist nur als Zweit- oder Drittlinietherapie geführt – das heißt sie werden nur dann eingesetzt, wenn konventionelle Medikamente nicht wirken.

Mögliche Indikationen:

- Multiple Sklerose und Querschnittlähmung mit Spastik und spastik-assoziierten Schmerzen
- Symptomkontrolle und Ko-analgetische Wirkungen bei KrebspatientInnen
- Add-on bei chronischen neuropathischen Schmerzen
- Chronische Schmerzen im Allgemeinen, z. B. chronisch unspezifischer Rückenschmerz, Fibromyalgie, verschiedene Kopfschmerzformen (Cluster, Migräne)

Nebenwirkungen, wie Müdigkeit, Schwindel, Herzrasen und niedriger Blutdruck, können auftreten. Cannabinoide dürfen nicht eingesetzt werden, wenn bereits schwerwiegende psychische Erkrankungen (psychotische Episoden, Schizophrenie, Angststörungen, Panikattacken) bei PatientInnen aufgetreten sind oder eine Herzerkrankung bekannt ist. Bei Kindern und Jugendlichen können auch bleibende Störungen der Gehirnentwicklung auftreten. Im Hinblick auf die Evidenzlage sollte vor Therapiebeginn stets eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Abwägung getroffen und die PatientInnen informiert und aufgeklärt werden. Auch Probleme bezüglich Fahrtauglichkeit, eventuell positiven Drogentests (Patientenpass) oder (Fern-)Reisen sollten angesprochen werden (Kraft 2017; Stevens & Higgins 2017; Lynch 2016).

Weidenrinde

Aus Extrakten der Weidenrinde gewonnene Substanzen waren die Basis für die Entwicklung der Acetylsalicylsäure (ASS, z. B. Aspirin®). Heute sind wieder Präparate aus Weidenrinde als pflanzliche Schmerzmittel auf dem Markt. Ein 2014 veröffentlichter Cochrane Review konnte eine Wirksamkeit

von 240 mg Weidenrinde bei chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen und kurzzeitiger Anwendung zeigen (Oltean et al. 2014). Weidenrinde wurde daher von der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA zur kurzzeitigen Linderung von Kreuzschmerzen zugelassen. Da die Wirkung auf dem gleichen Mechanismus wie der von ASS und nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) beruht, sind Nebenwirkungen und Gegenanzeigen identisch (European Medicines Agency 2009).

Teufelskralle

Bei der Europäischen Zulassungsbehörde EMA ist die Teufelskralle als traditionelles Arzneimittel

aufgrund vorliegender Untersuchungen zur Unbedenklichkeit sowie aufgrund langjähriger Tradition, jedoch ohne Nachweis der Wirksamkeit, zur kurzzeitigen Anwendung bei geringfügigen Gelenkschmerzen und Verdauungsbeschwerden registriert. Eine Registrierung oder spezielle Zulassung für die Indikation Kreuzschmerzen liegt nicht vor. Bekannte unerwünschte Wirkungen sind gastrointestinale Symptome, Kopfschmerzen, Schwindel und allergische Hautreaktionen (European Medicines Agency 2008).

Resümee

Die Wirksamkeit vieler „alternativer“ Methoden ist meistens (noch) nicht ausreichend durch Studien gesichert (sonst wären es ja „etablierte“ Therapieverfahren, die auch von den Sozialversicherungsträgern erstattet werden). Das Fehlen wissenschaftlicher Evidenz, das heißt des gesicherten Beweises einer Wirksamkeit, bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass die Methode oder das Medikament unwirksam ist.

Dennoch sollte man sich im Klaren sein, dass auch Risiken und Nebenwirkungen alternativer Therapien möglicherweise noch nicht ausreichend bekannt sind. Daher gilt – für ÄrztInnen und PatientInnen gleichermaßen – ein vorsichtiger und verantwortungsvoller Umgang mit „alternativen“ Therapieformen. Heilsversprechen und Angebote von vermeintlichen Wundermitteln sollten immer mit dem gesunden Hausverstand und etwas Skepsis hinterfragt werden und gegebenenfalls eine Zweitmeinung eingeholt werden, bevor man viel Geld investiert oder gar gesundheitliche Schäden riskiert.

Literatur und Datenquellen

- Andrasik F. Biofeedback in headache: an overview of approaches and evidence. *Cleve Clin J Med*. 2010 Jul; 77(Suppl 3): 72-76. doi: 10.3949/cjcm.77.s3.13.
- European Medicines Agency (EMA). Assessment report on Salicis Cortex (Willow Bark) and Herbal Preparation(S) thereof with well-established use and traditional use. 2009. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_HMPC_assessment_report/2009/12/WC500018258.pdf.
- European Medicines Agency (EMA). Assessment report on Harpagophytum Procumbens Dc. and/or Harpagophytum Zeyheri Decne, Radix. 2008. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_HMPC_assessment_report/2010/01/WC500059019.pdf.
- Kraft B. Cannabinoide in der Schmerzmedizin – ein Überblick. *Suchtmedizin* 2017; 19(1): 1-7.
- Lynch ME. Cannabinoids in the management of chronic pain: a front line clinical perspective. *J Basic Clin Physiol Pharmacol*. 2016; 27(3): 189-91.
- Nestoriuc Y, Martin A. Efficacy of biofeedback for migraine: a meta-analysis. *Pain*. 2007 Mar; 128(1-2): 111-27. Epub 2006 Nov 2.
- Oltean H, Robbins C, van Tulder MW et al. Herbal medicine for low-back pain. *Cochrane Database. Syst Rev* 2014; 12: CD004504. DOI: 10.1002/14651858.CD004504.pub4.
- Stevens AJ, Higgins MD. A systematic review of the analgesic efficacy of cannabinoid medications in the management of acute pain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2017; 61(3): 268–280.

8.3 Schmerzversorgung in Österreich

8.3.1 Schmerzversorgung in Wien: Eine Soll-Ist-Darstellung der Situation

Gabriele Grögl

Zusammenfassung

Die Gegenüberstellung der Soll-Ist-Situation zeigt deutlich, dass die Schmerzversorgung auch in Wien noch Verbesserungsbedarf hat. Dabei fehlt es sowohl an der Diagnostik als auch an abgestuften Versorgungsplänen mit den jeweiligen qualitätsgesicherten Behandlungsangeboten für die einzelnen Stufen. Wenngleich punktuell sehr hohe Expertise vorhanden ist, bestehen in der Breitenversorgung deutliche Versorgungsmängel basierend auf fehlenden Strukturen und fehlenden personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen. Auch sollte die schmerzmedizinische Kompetenz der Gesundheitsberufe gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft ausgeweitet werden. Frühe und richtige Diagnose ist dabei ebenso wichtig wie die Überleitung auf die entsprechende Behandlungsebene. Angesichts der hohen Prävalenz von Schmerzerkrankungen wäre eine Integration der Schmerzmedizin in die universitäre humanmedizinische Ausbildung ein wichtiger Schritt.

Soll-Darstellung

Abgestufte, genau definierte Behandlungskonzepte stellen die Basis einer effizienten schmerzmedizinischen Versorgung dar. Dabei erfolgt die

schmerztherapeutische Versorgung auf verschiedenen Versorgungsebenen und ist immer modal und interdisziplinär aufgebaut.

8

• Stufe 1

Die erste Stufe dieser Versorgungsebenen repräsentiert der extramurale niedergelassene Bereich, wobei die primäre schmerzmedizinische Versorgung niederschwellig bei Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin erfolgen soll. Hier sollten in kurzer Zeit Entscheidungen über die erforderliche Primärdiagnostik, die medikamentöse und nicht-medikamentöse schmerzmedizinische Primärtherapie sowie über die Notwendigkeit des Einholens einer weiteren fachärztlichen Expertise oder einer sofortigen stationären Einweisung getroffen werden. Ebenso sollten PatientInnen mit einem Chronifizierungsrisiko erkannt und so rasch wie möglich einer psychologisch-psychiatrischen Begutachtung und Therapie zugeführt werden. Effektivität und Effizienz der Leistungen im niedergelassenen Bereich sind von einer, in der Ausbildung erworbenen schmerzmedizinischen

Kompetenz und ihrer Vertiefung durch konsequente Weiterbildung abhängig. Konsensuell erarbeitete schmerztherapeutische Behandlungsalgorithmen stellen die Grundlage einer qualitativ hochwertigen schmerzmedizinischen Basisversorgung dar. In diesen Behandlungskonzepten sollen die Kriterien für die Erstdiagnostik und Erstbehandlung beschrieben werden sowie die Kriterien der zeitgerechten Weiterleitung in die nächste Versorgungsebene bei ausbleibendem Behandlungserfolg. Sie sollen helfen, das Wesen der vorliegenden Symptomatik möglichst früh und gut diagnostisch zu erfassen, eine zielgerichtete Behandlung durchzuführen, andere Therapeuten rechtzeitig einzubeziehen oder, dem Krankheitsverlauf entsprechend, die am besten geeignete Versorgungsstufe auszuwählen.

Zur Gewährleistung einer extramuralen, multimodalen und interdisziplinären schmerzmedizinischen Versorgung müssen entsprechend strukturierte Netzwerke zwischen HausärztInnen, FachärztInnen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen wie beispielsweise PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, PsychologInnen, Psychothe-

rapeutInnen und diplomiertem Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Die Kostenfrage muss geklärt sein. Schmerzmedizinische Leistungen sollten deziert im Versorgungsauftrag der Primärversorgung angeführt und dem Aufwand entsprechend abgegolten werden.

• Stufe 2

Die zweite schmerzmedizinische Versorgungsstufe wird von Schmerzambulanzen und -ambulatorien übernommen. Hier erfolgt die Behandlung von PatientInnen, die entweder schon primär für die erste Versorgungsebene nicht geeignet sind oder die innerhalb eines definierten Zeitfensters auf Versorgungsstufe 1 nicht zufriedenstellend therapiert werden können. Dem Ambulanzteam sind ausreichend personelle, zeitliche und räumliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um eine qualitätsgesicherte multimodale, interdisziplinäre Schmerzmedizin sicherstellen zu können. Zum Kernteam einer interdisziplinären fachärztlichen Schmerzeinheit gehören mindestens zwei FachärztInnen verschiedener Fachrichtungen mit dem

ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerzmedizin“ und mindestens eine Fachärztin/ein Facharzt für Psychiatrie oder eine klinische Psychologin/ein klinischer Psychologe oder eine/ein PsychotherapeutIn mit besonderen Kenntnissen in der Schmerztherapie. Weitere Mitglieder des Kernteams sind wenigstens eine/ein PhysiotherapeutIn und eine Diplomkrankenschwester bzw. ein Diplomkrankenschwester mit Fertigkeiten in der Pflege von SchmerzpatientInnen sowie zwei MitarbeiterInnen für administrative Tätigkeiten. Schmerzmedizinische Gruppenpraxen, die dem Qualitätsstandard von Schmerzambulanzen entsprechen, sind alternativ zu diesen als Versorgungsstufe 2 anzusehen.

• Stufe 3

Spezielle interdisziplinäre Schmerzzentren zur langfristigen Behandlung verkörpern die dritte Versorgungsebene. Sie bieten multimodale Programme, in Form von evidenzbasierter strukturierter Einzel- und Gruppentherapie zur Behandlung von chronischen SchmerzpatientInnen an. Individuell abgestimmt erfolgt die Therapie tagesklinisch oder stationär. Adaptiert an das Behandlungsergebnis erhalten die PatientInnen bei Entlassung Empfehlungen über weiterzuführende

Therapien, wobei deren Umsetzbarkeit gewährleistet sein muss. Dazu sollte ein extramurales Netzwerk von Behandlungspartnern verschiedener Fachrichtungen in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, damit eine Versorgungskontinuität gewährleistet ist. Das Therapieergebnis wird in definierten Zeitabständen durch das Schmerzzentrum überprüft, um gegebenenfalls rechtzeitig eine Änderung des Therapieregimes einleiten zu können.

Abgestufte multimodale, interdisziplinäre Schmerzmedizin

Innerhalb dieser Versorgungsebenen übernimmt die/der erstbehandelnde Ärztin/Arzt die Lotsenfunktion für die Patientin/den Patienten und koordiniert die einzelnen Therapieschritte. Dazu sollten die Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Behandlungspartnern festgelegt und der Informationsaustausch innerhalb des Behandlungsteams gesichert sein. Die jeweiligen Angebote soll-

ten jedenfalls verbindlich, qualitätsgesichert und standardisiert angeboten werden.

Ziele sind einerseits die Lebensqualität und die funktionelle Unabhängigkeit der PatientInnen zu erhalten bzw. wiederherzustellen und andererseits die Erhaltung bzw. das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit bei PatientInnen im berufsfähigen

Alter. Ein weiteres Ziel ist die Prävention chronischer Schmerzen mit allen Folgeerscheinungen.

Erfahrungen aus Ländern, die eine abgestufte multimodale, interdisziplinäre Schmerzmedizin auf verschiedenen Versorgungsebenen anbieten, belegen die positiven betriebs- und volkswirtschaftlichen Aspekte dieser schmerzmedizinischen

Versorgungsform. Die Senkung der Ausgaben für Medikamente, Untersuchungen, Arztbesuche, Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte sowie die Reduktion von Krankenständen und Frühpensionierungen führen zu einer deutlichen Abnahme der direkten, indirekten und intangiblen Kosten im Gesundheitsbereich (vgl. Kapitel 8.2.4).

Stationärer Bereich

Im stationären Bereich sind vor allem PatientInnen mit Schmerzen nach operativen Eingriffen und Verletzungen oder mit Schmerzen, die im Rahmen von Tumorerkrankungen, internistischen und neurologischen Erkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates auftreten, schmerzmedizinisch zu versorgen. Die Behandlung dieser PatientInnen erfolgt primär durch den Akutschmerzdienst, dessen Kernteam Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen mit dem ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerzmedizin“ und *Pain Nurses* bilden.

Postoperative schmerzmedizinische Visiten sind täglich durchzuführen, um die Effizienz der medikamentösen Schmerztherapie zu überprüfen und auftretende Nebenwirkungen zeitgerecht zu erfassen.

Nerven- und rückenmarksnahe, zur Schmerzlinderung gelegte Katheter sollten mindestens einmal täglich zur Überprüfung des Therapieerfolges und zum frühzeitigen Erkennen möglicherweise auftretender Komplikationen kontrolliert werden.

Die Dokumentation der Schmerzintensität und deren Veränderung im Rahmen der medikamen-

tösen Schmerztherapie sollten regelmäßig und schriftlich erfolgen ebenso wie Anmerkungen über aufgetretene medikamenteninduzierte Nebenwirkungen.

Ein effektives stationäres Schmerzmanagement basiert auf im Team erarbeiteten Behandlungskonzepten, die multimodal und interdisziplinär aufgebaut sind und sowohl medikamentöse als auch nichtmedikamentöse Maßnahmen beinhalten. Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche der involvierten Berufsgruppen müssen klar definiert sein. In regelmäßigen Abständen sind interdisziplinäre Konferenzen abzuhalten, um die Inhalte der Behandlungskonzepte zu überprüfen und zu adaptieren.

Im perioperativen Setting beugt eine effektive schmerzmedizinische Versorgung der Chronifizierung postoperativer Schmerzen vor. Sie beschleunigt die Mobilisation, verbessert den Heilungsverlauf und die Lebensqualität und kann den Krankenhausaufenthalt verkürzen, woraus wieder eine Senkung der Gesundheitsausgaben resultiert.

Ist-Darstellung

In Artikel 7 (1) der Patientencharta¹⁷ (Recht auf Behandlung und Pflege) ist folgendes zu lesen:

„Diagnostik, Behandlung und Pflege haben entsprechend dem jeweiligen Stand der Wissenschaften bzw. nach anerkannten Methoden zu erfolgen. Dabei ist auch der Gesichtspunkt der bestmöglichen Schmerztherapie besonders zu beachten“ (BMGF 2015).

Dieses Ziel der von der Patientencharta geforderten bestmöglichen Schmerztherapie, die dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entspricht und nach anerkannten Methoden erfolgen soll, ist in Wien noch nicht erreicht. Im sektoral gegliederten Gesundheitssystem teilt sich die Zuständigkeit für

SchmerzpatientInnen zwischen niedergelassenem und intramuralem Bereich sowie der Rehabilitation auf. Deshalb fehlen auch einheitliche politische Top-down-Lösungen zur Sicherstellung einer gemeinsamen, erstklassigen und qualitätsgesicherten schmerzmedizinischen Versorgung. Erforderliche personelle, zeitliche, räumliche und finanzielle Strukturen und Ressourcen zur Gewährleistung einer, den internationalen Standards entsprechenden multimodalen, interdisziplinären Schmerzmedizin sollten über die Sektorengrenzen hinweg aufgebaut werden. Parallel zum Aufbau des Angebots sollte auch der strukturierte Aufbau der schmerzmedizinischen Ausbildung für alle betroffenen medizinischen Fächer, aber auch für andere Berufsgruppen umgesetzt werden.

Schmerzmedizinische Ausbildung

An keiner medizinischen Universität in Österreich wird Schmerzmedizin nach dem Vorbild Deutschlands als Querschnittsfach unterrichtet. Die Konsequenz ist, dass Ärztinnen/Ärzte nach der universitären Ausbildung kaum Kenntnisse über die schmerzmedizinische Versorgung aufweisen, was umso besorgniserregender ist, da sie mit Sicherheit bereits in den ersten Wochen ihrer praktischen Tätigkeit mit dieser Fragestellung konfrontiert sind.

Eine schmerzmedizinische Ausbildung wird erst postgraduell auf freiwilliger Basis in Form des ÖÄK-Diploms „Spezielle Schmerztherapie“ angeboten. Der Anreiz zum Erwerb des Diploms ist jedoch gering. Zum einen sind schmerzmedizinische Leistungen im Honorarkatalog für AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen de facto kaum abgebildet. Diagnostik und Therapie sind zeitlich aufwendig und werden nicht adäquat honoriert. Zum anderen machen die zeitlich hohen Anforderungen (das Diplom umfasst 120 Stunden theoretische Ausbildung sowie ein Praktikum von 80 Stunden in einer Schmerzambulanz) eine

parallele Ausbildung neben dem normalen Ordinationsbetrieb unmöglich.

Es überrascht daher nicht, dass das Angebot an ausgebildeten SchmerzmedizinerInnen hierzulande gering ist. Spezielle Schmerztherapie wird in Wien und in ganz Österreich außerhalb der Spitalsambulanzen meist nur durch WahlärztInnen angeboten. In Wien besitzen von ca. 1600 niedergelassenen Fach- und AllgemeinmedizinerInnen mit Kassenvertrag laut „Praxisplan“ der Ärztekammer lediglich 225 das österreichische Schmerzdiplom. In Niederösterreich kommen über 22.000 EinwohnerInnen auf eine/einen AllgemeinmedizinerIn mit Schmerzdiplom (n=179, Stand November 2014; vgl. Dusch et al. 2013 und ÖÄK & Akademie der Ärzte 2018).

17 Patientencharta und Rechtsgrundlagen: „Grundlegende Patientenrechte sind in der Patientencharta ausführlich beschrieben. Die Patientencharta ist eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, die zwischen Bund und Ländern abgeschlossen wurde. Darin verpflichten sich die Vertragspartner, die Patientenrechte in Gesetzgebung und Vollziehung sicherzustellen. Die Patientenrechte selbst sind in zahlreichen Bundes- und Landesgesetzen verankert. Diese stellen die eigentlichen Rechtsgrundlagen dar. Die vier wichtigsten Eckpfeiler der Patientencharta sind: Patientenwürde, Selbstbestimmung, Information und Unterstützung der Patientinnen/Patienten.“ (BMGF 2015).

Schmerzmedizin im niedergelassenen Bereich

In der schmerzmedizinischen Versorgungspyramide stellt der extramurale niedergelassene Bereich, vertreten durch AllgemeinmedizinerInnen und Fachärztinnen/Fachärzte die erste, oft für den weiteren Behandlungsverlauf entscheidende Versorgungsebene dar. Diverse strukturelle Hürden erschweren es jedoch den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, dieser Aufgabe nachzukommen. Die Hürden beginnen mit der bereits beschriebenen fehlenden schmerzmedizinischen universitären Ausbildung. Nur ein kleiner Teil der Wiener AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen ist aus zeitlichen und finanziellen Gründen in der Lage, die zeitintensive Ausbildung für das ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ neben einer Ordination zu absolvieren. Die Konsequenz ist eine mangelhafte schmerzmedizinische Kompetenz, die für

eine effiziente Schmerztherapie und für die Prävention chronischer Schmerzen Voraussetzung ist. Ebenso fehlen Behandlungsalgorithmen für die verschiedenen schmerzbezogenen Krankheitsbilder. Eine extramurale, multimodale und interdisziplinäre schmerzmedizinische Versorgung ist nahezu unmöglich, da die dafür erforderlichen Netzwerke und Kooperationsmöglichkeiten zwischen Hausärztinnen/Hausärzten, Fachärztinnen/Fachärzten und nichtärztlichen Berufen nicht zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus scheint der größte Teil der oftmals sehr zeitintensiven schmerzmedizinischen Leistungen noch immer nicht in den Honorarkatalogen auf und kann daher nicht abgerechnet werden.

Schmerzambulanzen

Schmerzambulanzen in Krankenanstalten sind aufgrund ihrer Rolle im Gesundheitssystem, mangelhafter personeller und zeitlicher Ressourcen und der Finanzierungsstruktur nicht in der Lage, längerfristige multimodale Therapien anzubieten. Während österreichweit mehr als zehn Schmerzambulanzen in den letzten Jahren geschlossen wurden, hat Wien die Infrastruktur nahezu aufrecht gehalten. Steigender Bedarf und Personalmangel haben jedoch auch hier die Situation zugespitzt. Die schlechte schmerzmedizinische Versorgungs-

situation in den angrenzenden Bundesländern führt zu einer weiteren Aggravierung der Situation, da PatientInnen aus Niederösterreich und Burgenland medizinische Hilfe in Wien suchen.

Wichtig wäre deshalb, extramural entsprechende Strukturen aufzubauen, die, in enger Kooperation mit dem intramuralen Bereich, die erforderliche Versorgung und langfristige Therapie anbieten können.

Schmerzzentren

In Wien stehen derzeit chronischen RückenschmerzpatientInnen bei der Pensionsversicherungsanstalt im Zentrum für Ambulante Rehabilitation (ZAR) und im Gesundheitszentrum Andreasgasse der WGKK einige von der Sozialversicherung finanzierte Therapieplätze mit multi-

modaler Schmerztherapie zur Verfügung. Dieses Angebot deckt jedoch in keiner Weise den Bedarf an tagesklinischen oder stationären Behandlungseinrichtungen zur Therapie von Patientinnen und Patienten mit Schmerzkrankheit.

Fazit

Nach internationalen, evidenzbasierten Erkenntnissen stellen abgestufte, genau definierte und multimodal und interdisziplinär ausgerichtete Behandlungskonzepte die Basis einer effizienten schmerzmedizinischen Versorgung dar.

Punktuell bestehen in Österreich multimodale, interdisziplinäre schmerzmedizinische Behandlungsangebote. Die Anforderungen einer modernen Schmerzversorgung zeigen jedoch deutlich die Mängel unseres segregierten Systems. Zur Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgungssituation in Österreich sollte, nach internationalem Vorbild, ein Versorgungsauftrag für den intra- und extramuralen Bereich erteilt werden. Bedarfsorientiert sind flächendeckend abgestufte schmerzmedizinische Einrichtungen nach genau definierten Qualitäts- und Strukturkriterien zu etablieren. Eine schmerzmedizinische Basisausbildung muss für alle Ärztinnen und Ärzte gewährleistet sein. Schmerzmedizin muss daher als Querschnittsfach fixer Bestandteil der universitären humanmedizinischen Ausbildung werden.

Angesichts des steigenden Bedarfs wäre es wichtig, entsprechende extramurale Therapiezentren, die neben der Expertise auch längerfristige multimodale Therapien bieten, für chronische SchmerzpatientInnen und deren Einbindung in abgestufte, standardisierte Versorgungskonzepte zu etablieren.

Literatur und Datenquellen

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Patientencharta & Rechtsgrundlagen. Abrufbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/patientenrechte/patientencharta>. (Zuletzt aktualisiert 02.03.2015).

Dusch M, Benrath J, Fischer J et al. Querschnittsbereich 14 Schmerzmedizin – Umsetzung des Kerncurriculums der Deutschen Schmerzgesellschaft im Modellstudiengang MaReCuM. *Der Schmerz* 2013 Aug; 27(4): 387-394.

ÖÄK – Österreichische Ärztekammer, Akademie der Ärzte GmbH. Bericht 2017: Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Österreich. Wien 2018.

8.3.2 Schmerzversorgung in Österreich aus Sicht der SchmerzpatientInnen

Eleonore Bachinger, Erika Folkes

Zusammenfassung

Die Ergebnisse von PatientInnenbefragungen ebenso wie die Erfahrungsberichte von SchmerzpatientInnen und die Inhalte von PatientInnenbriefen an Schmerz-Selbsthilfeorganisationen zeigen übereinstimmend, dass die Schmerzversorgung in Österreich unzureichend und inadäquat ist – sowohl was die Effektivität der angebotenen Therapien als auch was die Orientierung an den Bedürfnissen der PatientInnen betrifft. Die Kritik richtet sich primär gegen die Beschränkung auf medikamentöse und physikalische Therapie sowie das häufig angetroffene Unverständnis und die mangelnde Empathie der behandelnden ÄrztInnen den SchmerzpatientInnen gegenüber. Die Befragungsergebnisse und Fallbeispiele zeigen eindrucksvoll, was es heißt, mit chronischen Schmerzen leben zu müssen und mit einer in jeder Hinsicht unzulänglichen Versorgungslandschaft konfrontiert zu sein. Sowohl der Einfluss von chronischen Schmerzen auf die psychische Befindlichkeit und die gesamte Lebensführung als auch die Verzweiflung und Ratlosigkeit der langjährigen SchmerzpatientInnen aufgrund falscher Diagnosen, fehlender oder falscher Therapien sowie das häufig vorgefundene Unverständnis von ÄrztInnen, nicht zuletzt auch die finanzielle Belastung geben ein ernüchterndes Bild zur aktuellen Schmerzversorgung in Österreich wieder. Die in allen Ergebnissen zum Ausdruck gebrachten Anliegen von Betroffenen können in drei wesentlichen Punkten zusammengefasst werden: Die PatientInnen fühlen sich nicht ernst genommen, schlecht informiert und wünschen sich eine Verbesserung der Versorgungssituation.

Einleitung

Eleonore Bachinger

In diesem Kapitel sollen die SchmerzpatientInnen nun selbst zu Wort kommen und aufzeigen, wo aus ihrer Sicht die größten Problemfelder in der aktuellen Schmerzversorgung liegen und in welche Richtung eine effizientere, vor allem patientInnen-orientiertere Schmerzversorgung zu entwickeln wäre.

Die Zahl der chronisch schmerzkranken Menschen in Österreich wurde 2008 auf mehr als 300.000 geschätzt, mit Tendenz steigend (Forum Gesundheit 2009). Heute geht man bereits von mindestens 500.000 bis 600.000 Personen aus, die an chronischen Schmerzen mit wesentlicher Beeinträchtigung der Lebensqualität leiden und der Notwendigkeit einer spezialisierten ärztlichen Versorgung bedürfen (siehe Abschnitt 4).

Ergebnisse von Untersuchungen zur Situation von SchmerzpatientInnen und zur Versorgungssituation liegen in Österreich bereits seit zehn Jahren vor. Auf internationaler Ebene gibt es aufgrund einschlägiger Studien schon länger entsprechende Ergebnisse und auch Empfehlungen. In den vorgefundenen Befragungen von österreichischen SchmerzpatientInnen zeigt sich nach wie vor ein durchwegs einhelliges Bild, in dem ihre Frustration und Unzufriedenheit mit der angebotenen Versorgung und vor allem auch mit der ärztlichen Betreuung zum Ausdruck kommen.

Die Kritik richtet sich primär gegen die Beschränkung auf medikamentöse und physikalische Therapie, das häufig angetroffene Unverständnis der behandelnden ÄrztInnen, die aus Ratlosigkeit und Desinteresse bzw. fehlender Empathie nur immer stärkere Medikamente verschreiben und den PatientInnen häufig das Gefühl geben, nicht ernst genommen und als Hypochonder abgestempelt zu werden. Die aus Zeitmangel erfolgende Abfertigung und Behandlung der PatientInnen als Nummer wird ebenfalls sehr häufig als Belastung genannt. Viele PatientInnen berichten von einer Aneinanderreihung von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen, die zu häufigem Arztwechsel führten – mit dem Ergebnis, dass die befragten PatientInnen zum Teil noch immer (selbst nach 35 Jahren) nicht nur an den ursprünglichen Schmerzen, son-

dern mittlerweile auch an den Folgen der massiven und weitreichenden Nebenwirkungen der starken Medikamente und Fehlbehandlungen leiden, die alle Lebensbereiche, insbesondere auch die psychische Befindlichkeit, umfassen. So ergibt sich ein Teufelskreislauf, der mit den bestehenden Angeboten schwer bis unmöglich zu durchbrechen ist.

Werden alternative Therapien in Anspruch genommen, die bessere Erfolge bringen, so sind diese teuer und nicht für alle PatientInnen leistbar. Hinzu kommt insbesondere auch hier das Fehlen von Information und Aufklärung, was sowohl die Eigenkompetenz von PatientInnen fördern als auch den eigenen Umgang mit Schmerz erleichtern würde.

Physikalische Therapie bringt nach Erfahrung chronischer SchmerzpatientInnen bestenfalls vorübergehende Erleichterung bzw. Linderung von Schmerzen, kann aber sowohl mit den kassenärztlich angebotenen Methoden als auch mit der kurzen Behandlungsdauer chronischem Schmerzleiden nicht gerecht werden.

Im Folgenden werden die Hauptergebnisse von verschiedenen Befragungen, Studien und Berichten zum Thema Schmerz und Schmerzversorgung aus Sicht der befragten PatientInnen, ergänzt durch Erfahrungsberichte von interviewten SchmerzpatientInnen sowie Auszügen aus Briefen von SchmerzpatientInnen an die Plattform der „Allianz chronischer Schmerz Österreich“ vorgestellt. Aus dem vorhandenen Datenmaterial wird vor allen Dingen auch das hohe Handlungs- bzw. Optimierungspotenzial für die Schmerzversorgung in Österreich ersichtlich.

Studien- und Befragungsergebnisse zur Situation von SchmerzpatientInnen in Österreich

Eleonore Bachinger

Österreichische Befragungen von SchmerzpatientInnen im Hinblick auf ihre Schmerzgeschichte und ihre Erfahrungen mit der ärztlichen und therapeutischen Versorgung zeigen alles andere als zufriedenstellende Ergebnisse. Die im Folgenden zitierten Befragungen und Untersuchungen geben

nicht nur die aus Sicht der SchmerzpatientInnen gewonnenen Ergebnisse wieder, sondern lassen auch das gravierende Versorgungsdefizit, sowohl quantitativ als auch qualitativ, und den gesundheitspolitischen Handlungsbedarf erkennen.

Österreichweite PatientInnenbefragungen: Erwartungen von österreichischen SchmerzpatientInnen an die ärztliche Versorgung (Ergebnisse 2008–2014)

PatientInnenbefragung 2008

Die anlässlich der achten Schmerzwochen der Österreichischen Schmerzgesellschaft von der Selbsthilfegruppe „Schmerz“ in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Schmerzgesellschaft und dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend in Auftrag gegebene und von Gallup zwischen April und August 2008 durchgeführte Befragung ergab, dass sich die PatientInnen nicht ernst genommen und schlecht informiert fühlen und sich eine Verbesserung der Versorgungssituation wünschen (B&K 2008). Die Befragung zeigt klar, dass sich PatientInnen sehr häufig mit ihren Schmerzen allein gelassen fühlen. Erschütternd ist vor allem der hohe Anteil von Befragten, die bereits mehr als zehn ÄrztInnen wegen ihrer Schmerzen konsultiert haben und überwiegend schlechte Erfahrungen machen mussten. Fast zwei Drittel der Befragten waren mit den Schmerzzambulanzen in den öffentlichen Krankenhäusern unzufrieden (Forum Gesundheit 2009). Nur zehn Prozent der Befragten fühlten sich „sehr gut“ therapiert (B&K 2008).

Bereits 2008 wurde darauf hingewiesen, dass sich die PatientInnen mehr Informationen wünschen, dass Schmerz den Lebensstandard senkt, dass Schmerz ohnmächtig macht, dass Schmerzen

ernst genommen werden sollen und dass Schmerz auch für die Gesellschaft teuer ist.

Die in allen Befragungen wiederkehrenden Kritikpunkte der Befragten betreffen in erster Linie das **Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen** und den häufig angetroffenen Umstand, dass ihre **Schmerzen nicht ernst genommen** werden. Die PatientInnen vermissen oft das Verständnis der behandelnden ÄrztInnen und empfinden die Kommunikation aus vielerlei Gründen nicht zufriedenstellend und unzureichend. Laut Ergebnis der Befragung gaben rund 35 Prozent der Betroffenen an, dass sie von ihrer Ärztin/ihrem Arzt „weder über Ursachen ihrer Schmerzen noch über optimale Therapien oder Medikamente beziehungsweise deren Nebenwirkungen aufgeklärt wurden. 45 Prozent gaben an, nicht zu wissen, welche Medikamente gegen ihre Schmerzen wirksam sind“. Und weiter: „Diese fehlende Kommunikation führt dazu, dass 31 Prozent selbständig die Dosis ihres Medikaments nach Eigenempfinden erhöhen, 23 Prozent sie reduzieren und 28 Prozent ihre Medikation selbständig ohne Rücksprache mit ihrem Arzt absetzen“ (Forum Gesundheit 2009), so Susanne Fiala von der Selbsthilfegruppe „Schmerz“ bei der Pressekonferenz.

Die nachfolgende Box zeigt die zentralen Ergebnisse der Befragung sowie die daraus abgeleiteten Forderungen aus Sicht der Selbsthilfegruppen.

Die zentralen Ergebnisse der österreichischen PatientInnenbefragung 2008

- 90 Prozent der Befragten halten eine Verbesserung der Information über Diagnosen und Therapien für sehr wichtig.
- Rund 50 Prozent leiden bereits **seit 20 bis 30 Jahren** unter Schmerzen.
- 75 Prozent der Befragten haben **ständig Schmerzen**, obwohl fast alle **regelmäßig in Behandlung** sind und auch Schmerzmedikamente einnehmen.
- 70 Prozent gaben an, dass es ihnen zum Zeitpunkt der Befragung schlecht bis sehr schlecht gegangen sei.
- 40 Prozent der Befragten haben bereits **mehr als zehn Ärztinnen/Ärzte** wegen ihrer Schmerzen konsultiert, wobei 73 Prozent **schlechte Erfahrungen** dabei machen mussten. Mit den **Schmerzambulanzen in den öffentlichen Krankenhäusern** waren **65 Prozent der Befragten unzufrieden**.

Daraus abgeleitete Forderungen aus Sicht der Selbsthilfegruppen (B&K 2008)

1. Mehr Informationen darüber, dass es Möglichkeiten gibt, Schmerzen zu behandeln und man sie nicht als „Schicksal“ hinnehmen muss. Chronischer Schmerz ist häufig zu verhindern! Nicht zuletzt kommt hier auch den Medien eine wichtige Multiplikatorenrolle zu.
2. Appell an die **Ärztinnen und Ärzte**, PatientInnen ernst zu nehmen und die Schmerzen nicht zu bagatellisieren, sondern zu behandeln! Ein alarmierendes Signal der PatientInnenbefragung: **Nur zehn Prozent fühlen sich gut therapiert**.
3. Aufforderung an die **Sozialversicherungsträger**, die Kosten für eine adäquate Schmerztherapie zu übernehmen, um damit höhere Kosten, die Langzeittherapien und Krankenstände verursachen, zu verhindern. Auch **Schmerzambulanzen in öffentlichen Krankenhäusern** mit entsprechend ausgebildeten ÄrztInnen beziehungsweise interdisziplinäre Einrichtungen sind in größerer Anzahl notwendig.

PatientInnenbefragung 2014 – österreichweite Schmerzstudie

Im Jahr 2014 berichteten die Medien über die Ergebnisse einer österreichweiten online PatientInnen-Umfrage zum Thema Schmerz. In dieser bislang größten österreichischen PatientInnenstudie (Allianz 2014)¹⁸ sollte die Lebensqualität von 890 Betroffenen, die an chronischen Schmerzen leiden bzw. aufgrund von chronischen Schmerzen in Behandlung sind, untersucht werden. Erfragt wurden verschiedene Aspekte des Schmerzes, wie zum Beispiel Art und Intensität des Schmerzes, Diagnose chronischer Schmerzen, Behandlungs- und Betreuungsangebot in Österreich, sozialrechtliche Situation von Betroffenen sowie das Wohlbefinden von SchmerzpatientInnen ganz allgemein. Als Ergebnis dieser Studie erwartete sich die Allianz Chronischer Schmerz wichtige Rückschlüsse auf die Behandlung und die Nachsorge von chronischen SchmerzpatientInnen. Ziel war vor allem auch das Erkennen von Verbesserungsbedarf in der Versorgung von SchmerzpatientInnen und in der Folge die Anregung von entsprechenden Maßnahmen (Lenhardt & Partner 2014a).

Die Ergebnisse der Befragung „decken eklatante Mängel in der Betreuung und Behandlung von chronischen SchmerzpatientInnen auf“ und lassen ganz eindeutig die schlechte Versorgung österreichischer SchmerzpatientInnen und deren

„langen Weg zur richtigen Therapie“ erkennen (Lenhardt & Partner 2014b). In Bezug auf die Ergebnisse der sechs Jahre zuvor durchgeführten PatientInnenumfrage konnte festgestellt werden, dass sich die Situation seit 2008 nicht verbessert habe: Die Betroffenen irren von Arzt zu Arzt und es mangelt an SchmerzspezialistInnen und entsprechenden Einrichtungen, so die Medienberichte (siehe derStandard.at 2014 und DiePresse.com 2014 sowie Abschnitt 7).

Ebenso ist eine Zunahme von Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, zu registrieren. So machen in Österreich den Umfrageergebnissen zufolge jeder/m Fünften chronische Schmerzen zu schaffen. Die häufigsten Lokalisationen für chronischen Schmerz werden im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates genannt, gefolgt von Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen und Nervenschmerzen. Eines der zentralsten Anliegen von Betroffenen richtet sich an die Beziehung zur Ärztin/zum Arzt: man wünscht sich insbesondere mehr Aufklärung und genügend Zeit für ein ausführliches Gespräch (Feffer-Holik 2014).

Die daraus abgeleiteten Forderungen der Allianz Chronischer Schmerz fokussieren auf folgende vier Punkte (Lenhardt & Partner 2014a):

„Schmerzenswünsche“ der PatientInnenorganisation „Allianz Chronischer Schmerz“ (2014)

- Anerkennung des chronischen Schmerzes als eigene Krankheit.
- Gewährleistung einer schnellen Diagnose und effizienten Therapie.
- Verbesserung der Kommunikation zwischen PatientIn und ÄrztInnen.
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz der PatientInnen.

¹⁸ Auftraggeber der Umfrage waren die Allianz Chronischer Schmerz Österreich mit Unterstützung von Astellas Pharma Österreich. Auswertung der Ergebnisse durch das Gallup Institut.

Österreichische Gesundheitsbefragung 2014

Bereits 2015 wurde die im europäischen Vergleich in Österreich nur mittelmäßige Versorgung chronischer SchmerzpatientInnen von heimischen ExpertInnen beklagt (vgl. derStandard.at 2015). Anlässlich der 15. Österreichischen Schmerzwoche in Wien im Jänner 2016 legte die Österreichische Schmerzgesellschaft auf Basis neuerlicher Befragungsergebnisse (Statistik Austria 2015) daher ei-

nen umfangreichen Defizitkatalog zur Versorgung von SchmerzpatientInnen vor, der medial mit folgenden Schlagzeilen charakterisiert wurde: „Mehr Informationen sind gefordert, Schmerz senkt den Lebensstandard, Schmerz macht ohnmächtig, Schmerzen werden oft nicht ernst genommen, Schmerz ist teuer, die Gesundheitspolitik ist gefordert“ (derStandard.at 2016).

Österreichische Patientenberichte (2009, 2014)

Auch die Ergebnisse des Österreichischen Patientenberichtes aus dem Jahr 2009 berichten von der Situation österreichischer SchmerzpatientInnen und ihren Erwartungen an die ärztliche Versorgung. Aufgrund nationaler und internationaler Daten wird insbesondere der entsprechende

Handlungsbedarf im Hinblick auf Aufklärung der PatientInnen sowie auf die Forderung nach einem integrierten Versorgungskonzept und einer interdisziplinären Schmerzpraxis/-ambulanz/-klinik aufgezeigt (Stein et al. 2010).

Handlungsbedarf in Österreich aufgrund nationaler und internationaler Daten

- Auftrag an AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen, ihre PatientInnen mit chronischen Schmerzen über Therapien und Schulungsmöglichkeiten **aufzuklären** und sie beim Management ihrer Krankheit **aktiv zu unterstützen**.
- Forderung nach guter **Kooperation zwischen den Disziplinen** → Konzept der integrierten Versorgung und der interdisziplinären Schmerzpraxis/-ambulanz/-klinik.

Ergebnisse von Befragungen in zwei österreichischen Diplomarbeiten zum Thema Schmerz (2006, 2013)

Schmerzen ernst nehmen: Untersuchung am Beispiel Rückenschmerzen

Die 2013 von Anita Reingruber eingereichte Diplomarbeit an der Universität Wien zum Thema Rückenschmerzen, die ebenfalls eine Befragung von Betroffenen inkludiert, stellt fest, dass Schmerzen von den betreuenden ÄrztInnen oft nicht ernst genommen werden und daher von den PatientInnen allgemein häufig Kritik an ÄrztInnen bzw. die ärztliche Behandlung geübt wird (Reingruber 2013).

Die in dieser Untersuchung herausgearbeiteten größten Einflussfaktoren auf den Umgang mit Schmerzen setzen auf verschiedenen Ebenen an und umfassen sowohl persönliche Einstellungen und die Bedeutung der Familie als auch die medizinische Versorgung bzw. den Umgang der behandelnden ÄrztInnen mit der Patientin/dem Patienten. Auch hier zeigt sich die Wichtigkeit einer angepassten Schmerztherapie.

Größte Einflussfaktoren auf den Umgang mit Schmerzen (Reingruber 2013)

- **Lebenseinstellung:** Einstellungen, persönliche Werte, Überzeugungen, frühere Lebenserfahrungen und gegenwärtig belastende Lebensereignisse wirken verändernd auf Handlungsweisen, Entscheidungen und Reaktionen im Hinblick auf ihre Krankheit.
- **Gesundheitsbezogene Überzeugung** ist ausschlaggebend für das Aufsuchen einer Ärztin/eines Arztes, die Entscheidung über Art der Therapie und Einnahme von Medikamenten. Ebenso Entscheidungen über Übernahme von Eigenverantwortung (aktive Mitarbeit oder passiver Konsum von Therapien). Vor allem der persönliche individuelle Umgang mit dem Phänomen Schmerz prägt den nachfolgenden Versorgungsweg. Und: Individuelle Schmerzerfahrung hängt davon ab, wie Schmerz bewertet und bewältigt wird.
- **Bedeutung der Familie** (im Unterschied zum sozialen Umfeld, das häufig eher eine Belastung für die Betroffenen darstellt) als große Ressource. Auswirkungen von chronischen Schmerzen nicht nur auf die Betroffenen selbst, sondern Beeinträchtigung und Belastung für die ganze Familie.
- **Auswirkungen auf das Leben** der Kranken. Einen besonders belastenden Aspekt stellt die **Abklärung der Schmerzursache** und die **Suche nach einer wirkungsvollen Behandlung** dar. PatientInnen fühlen sich oft mit ihren Schmerzen alleine gelassen.
- **Kritik an ÄrztInnen** bzw. an **ärztlicher Behandlung**. Häufig genannt werden: Fehlende Empathie, fehlendes Interesse und fehlendes Verständnis/Wissen, fehlende oder unbefriedigende Kommunikation, mangelnder Respekt, zu wenig Zeit, Ungeduld, nicht als Person, sondern nur als Nummer wahrgenommen zu werden, Fließbandabfertigung, ausschließliche Behandlung mit (immer stärkeren) Schmerzmitteln und Injektionen und vor allem: sich nicht ernst genommen fühlen (letzteres gilt v. a. für Frauen und Angehörige bestimmter Berufsgruppen).
- Schmerzen gehen oft mit **psychischen Belastungen und Ängsten** einher.
- Durch **Therapien** wird Linderung und Beruhigung erfahren. Therapien werden von vielen als ein **Weg der Bewältigung** gesehen.
- **Finanzieller Aspekt** bei Inanspruchnahme von alternativen Behandlungen.
- Die **medizinische Versorgung** hat großen Einfluss auf den Prozess der Behandlung und Schmerzbewältigung von Menschen mit Rückenschmerzen. SchmerzpatientInnen sind auf eine vertrauensvolle und empathische Arzt-Patienten-Beziehung angewiesen. Wenn das Gefühl auftritt, dass einem nicht geglaubt wird oder die Schmerzen nicht ernst genommen werden, treten Empfindungen wie Hilflosigkeit, Wut und Verlassenheit in den Mittelpunkt.

Die Hauptergebnisse dieser Untersuchung dokumentieren wichtige Aspekte des Schmerzgeschehens und der Schmerzversorgung und können wie folgt zusammengefasst werden:

Hauptergebnis der Untersuchung und Handlungspotenzial (Reingruber 2013)

- Problem: **Unsichtbarkeit von Rückenschmerzen**. Keine einheitliche Diagnose, Sammelbegriff für Störungen mit unterschiedlichen bio-psycho-sozialen Ursachen, unterschiedlicher Symptomatik und unterschiedlichen Behandlungsanforderungen.
- Die meisten Betroffenen verfügen über spezifisches Wissen, welche Faktoren positive oder negative Auswirkungen auf ihren Schmerz haben, bzw. welches die wirksamsten Bewältigungsstrategien sind. Dieses Wissen wird häufig nicht in die Behandlung miteinbezogen. Es wäre daher besonders wichtig, **SchmerzpatientInnen als ExpertInnen** anzusehen (nicht als bevormundete MedikamentenempfängerInnen).
- SchmerzpatientInnen vermissen vor allem eine **vertrauensvolle und empathische Beziehung** zu den Beteiligten des Gesundheitssystems. Als Folge entstehen Misstrauen, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit, die es den Betroffenen schwer machen, an eine Linderung zu glauben.
- Laut Erfahrungen der Betroffenen werden in der **medizinischen Versorgung** individuelle Krankheitsbilder, unterschiedliche Verläufe und die individuelle Schmerzwahrnehmung kaum beachtet. Häufig wird der Mensch auf die körperliche Komponente reduziert und man geht davon aus, dass es einen Zusammenhang zwischen Befund und Befinden gibt (vgl. McCaffery et al. 1997 sowie Kap. 7.2).
- Jeder Mensch mit chronischen Rückenschmerzen verfügt über **unterschiedliche Strategien** seine Schmerzen zu verarbeiten.

Lebenslagen chronisch kranker SchmerzpatientInnen

Die 2006 von Andrea Haslinger als Diplomarbeit an der Universität Linz eingereichte qualitative Untersuchung befasst sich mit den Lebenslagen chronisch kranker SchmerzpatientInnen und berichtet über Ergebnisse aus Sicht der SchmerzpatientInnen (Haslinger 2006):

Hauptergebnisse der Untersuchung und Handlungsbedarf (Haslinger 2006)

- Hoher Stellenwert von Beruf und Arbeit.
- Tendenz zur Verheimlichung des Schmerzes, Verstecken des Schmerzes vor der Öffentlichkeit (Arbeit etc.).
- Kaum jemand rechnet mit Heilung oder einem zukünftigen Leben ohne Schmerz.
- Mehr **Aufklärung** in Bezug auf Krankheiten bzw. Krankheitsbilder.
- Mehr **Offenlegung von Therapiemöglichkeiten** (auch weniger bekannter Methoden).
- Mehr **Informationen** von Seiten der ÄrztInnen, Behörden, Ämter, Krankenhäuser.
- Größere Propagierung von psychologischen Betreuungsmöglichkeiten.
- **Psychotherapeutische Hilfe** für manche zu teuer (nicht leistbar oder Wertigkeit?).
- **Übernahme der Kosten** von physiotherapeutischen Maßnahmen/Behandlungen und Massagen.

Internationale Ergebnisse

Erwartungen von PatientInnen an die Behandlung von Rückenschmerzen

Ein systematischer Review aus dem Jahr 2004 untersucht die Aspekte, die von Rückenschmerz-PatientInnen von der Behandlung erwartet werden oder mit welchen sie unzufrieden sind.

Die Hauptergebnisse dieses Reviews (Verbeek et al. 2004) wurden von den AutorInnen wie folgt zusammengefasst:

Erwartungen von PatientInnen an die Behandlung von Rückenschmerzen (Verbeek et al. 2004)

PatientInnen wollen

- eine **klare Diagnose** über die Ursache ihres Schmerzes,
- **Information** und Instruktionen,
- **Schmerzerleichterung** und
- eine **körperliche Untersuchung**.

Weitere Erwartungen umfassen

- ein **größeres Angebot an Tests/Untersuchungen**,
- ein **größeres Angebot an Therapien** oder
- die Überweisung an **SpezialistInnen** sowie
- die **Zertifizierung ihrer Krankheit**. Sie erwarten von ihrer Ärztin/ihrem Arzt die Bestätigung, dass ihr Schmerz real ist.

Wie andere PatientInnen auch, möchten sie

- eine **vertrauensvolle Beziehung**, die Verständnis, Zuhören, Respekt und Miteinbeziehung in den Entscheidungsprozess beinhaltet.

Der Review kommt zu folgenden **Schlussfolgerungen**, wodurch eine zukünftige patientInnenorientierte

Versorgung sowohl auf System- als auch auf Beziehungsebene gekennzeichnet sein sollte:

Merkmale einer zukünftigen Schmerzversorgung (Verbeek et al. 2004)

- PatientInnen haben explizite Erwartungen in Bezug auf Diagnose, Anweisungen und interpersönliches Management.
- Es müssen **neue Strategien** entwickelt werden, um diese Erwartungen besser erfüllen zu können.
- Entsprechende **Praxis-Guidelines** sollten mehr Aufmerksamkeit auf die Diskussion der Ursachen und der Diagnose mit der Patientin/dem Patienten richten und diese/n in den Entscheidungsprozess miteinbeziehen.
- Es geht also nicht primär um die quantitative Zunahme bestehender Angebote, sondern um einen **qualitativen Paradigmenwechsel** des gesamten Versorgungskonzeptes.
- Die neue Sichtweise umfasst dabei die Struktur des Versorgungssystems ebenso wie die **Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient**. Diese sollte geprägt sein von Kommunikation, Information und Miteinbeziehung der Patientin/des Patienten. Indem aktive Mitarbeit und die Übernahme von Eigenverantwortung angeregt und gefördert wird, kann sich ein neues Verständnis und eine neue Rolle der Patientin/des Patienten entwickeln.

Ergebnisse aus Deutschland: Zufriedenheit von Schmerzkranken mit der Schmerzbehandlung

Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in Untersuchungen aus Deutschland. Eine 2014 von Häuser et al. publizierte Studie zur Zufriedenheit von Schmerzkranken mit der Schmerztherapie in Deutschland zeigt, dass ein Drittel der Befragten mit chronischen, beeinträchtigenden, nichttumorbedingten Schmerzen, die zum Untersuchungszeitpunkt von einer/einem SchmerztherapeutIn behandelt wurden, mit der aktuellen Schmerztherapie (sehr) unzufrieden waren. Weiters war eine Behandlung durch eine Schmerztherapeutin/einen Schmerztherapeuten mit einer höheren Inanspruchnahme anderer ärztlicher Leistungen und einer geringeren Behandlungszufriedenheit assoziiert. Die deutsche Studie führte zu dem Schluss, dass in der Versorgung von Menschen mit chroni-

schen, beeinträchtigenden Schmerzen ein Optimierungsbedarf besteht. Ob jedoch eine spezialisierte Schmerzbehandlung (kosten)effektiv ist, muss erst durch Längsschnittstudien überprüft werden (Häuser et al. 2014).

Die Deutsche Schmerzliga, eine Selbsthilfeorganisation für Menschen mit chronischen Schmerzen, berichtet, dass es Untersuchungen zufolge im Schnitt zehn Jahre dauert, bis SchmerzpatientInnen „in die richtigen Hände“ kommen. In dieser Zeit kommt es zu Chronifizierungsprozessen, „die durch eine frühzeitige Schmerzbehandlung vermeidbar gewesen wären“ (Deutsche Schmerzliga 2013).

Erfahrungsberichte von SchmerzpatientInnen in Wien

Eleonore Bachinger

Nachdem in diesem Beitrag vor allem den Hauptbetroffenen, nämlich den Schmerzleidenden selbst, eine Stimme gegeben werden soll, dürfen die von den PatientInnen gemachten Erfahrungen mit dem Wiener Schmerzversorgungssystem ebenso wie ihre Erwartungen und Wünsche hier nicht fehlen. Gemeinsam mit den im Anschluss auszugsweise bereitgestellten PatientInnenbriefen sollen auch die beispielhaft wiedergegebenen Erfahrungsberichte von zwei Wiener Schmerzpatientinnen diesen Beitrag abrunden. Sämtliche der in diesem Kapitel

verwendeten Quellen (Befragungsdaten, Erfahrungsberichte von interviewten SchmerzpatientInnen sowie PatientInnenbriefe an die Selbsthilfeorganisation „Allianz chronischer Schmerz“) stimmen im Wesentlichen in den aufgezeigten Problemfeldern überein und weisen ganz klar die Richtung, in die eine effizientere und insbesondere patientInnenorientiertere Versorgung gehen sollte. Die ausgewählten und ausführlichen Erfahrungsberichte sprechen inhaltlich für sich und werden deshalb unkommentiert wiedergegeben.¹⁹

• Erfahrungsbericht 1: Letztlich ist man auf sich allein gestellt

Frau S. (70) ist seit eineinhalb Jahren Krebspatientin und in einem großen Wiener Spital in Behandlung. Im Zuge ihrer Chemotherapie entwickelte sie eine äußerst schmerzhaft Polyneuropathie. Da ihre Schmerzerkrankung eng mit ihrer Krebstherapie zusammenhängt, sind ihre Erfahrungen mit der Behandlung der Schmerzen nicht immer klar von ihren Erfahrungen mit der Krebstherapie zu trennen.

„Meine Schmerzen sind eine Folge der Chemotherapie und die Behandlung der Schmerzen erfolgt im Zuge meiner Krebstherapie. Ich bin jede Woche, manchmal alle zwei Wochen im Krankenhaus für meine Chemo. [...] Ein Grundproblem der Versorgung ist ressourcenbedingt. In der Tagesklinik zum Beispiel stehen zu vielen Patienten immer zu wenig Betten zur Verfügung, wodurch jedes Mal unzumutbar lange Wartezeiten entstehen. Nicht nur, dass es einem ohnehin schon schlecht geht und man vor Schmerzen oft kaum sitzen kann, muss man dort auch viele Stunden warten und hat den Eindruck, dass sich niemand um einen kümmert. Man soll um 8 Uhr dort sein und manchmal bekommt man erst zu Mittag oder am Nachmittag ein Bett. Obwohl das Personal größtenteils sehr engagiert und kompetent ist, worüber man in dieser Situation wirklich dankbar ist, bleibt die überfüllte Tagesklinik ein Massenbetrieb mit Routineabfertigung, wo auf die Befindlichkeiten und Bedürfnisse einzelner Patienten schwer Rücksicht genommen werden kann.

Ich habe oft den Eindruck, dass ich mit meinen Schmerzen nicht ernst genommen werde. Obwohl die Schwestern, Pfleger und auch die Ärzte bei der Chemo durchwegs sehr bemüht sind, das muss ich schon sagen. Manchmal genügt es, dass jemand nur richtig reagiert und einen zur richtigen Stelle schickt oder eine andere Methode ausprobiert. Es gehört aber nicht zum Standard. Meistens fühlt man sich wie eine Nummer, die routinemäßig abgefertigt wird.

Bei meiner ersten Chemo, wo es mir sehr schlecht ging (ich hatte Schmerzen von meiner Operation und fühlte mich total geschwächt), bin ich in der Ambulanz nach ein paar Stunden ohnmächtig geworden, da hat man mich dann in eines der Notfallbetten gelegt. Das heißt, auf Schmerzen wird eigentlich nirgendwo Rücksicht genommen.

Einmal wurde ich in die Schmerzambulanz geschickt. Dort wurde ich zuerst befragt und dann musste ich einen langen Fragebogen über psychische Befindlichkeit und ich weiß nicht was sonst noch allem ausfüllen. Ich kann mich nicht mehr genau erinnern, außer, dass mir das damals alles zu viel war und zu lange dauerte. Ich hatte Schmerzen, war erschöpft und konnte mich kaum noch aufrecht halten. Ich wollte nur mehr nach Hause ins Bett. Jedenfalls, passiert ist dann eigentlich nichts danach. Ein Arzt hat mir letztens einmal gesagt, ich solle nach der Chemo auf Reha gehen und mit Physio könne man einiges machen, aber erst nach der Beendigung der Chemo. Das hilft mir im Moment aber auch nichts. Genauso wenig wie die Erfahrung, dass es anderen nicht besser geht.

¹⁹ Die Interviews wurden von der Autorin Anfang Februar 2018 durchgeführt und als Fallbeispiele für dieses Kapitel ausgewählt.

Mein ganzer Körper tut mir weh und die geringste Berührung schmerzt. Ich habe oft wahnsinnige Schmerzen, zum Beispiel die stechenden Schmerzen an den Narben der Operation und die entzündeten Venen, so etwas kann sich niemand vorstellen. Ich spüre auch einen wahnsinnigen Druck in mir. Ich schlafe kaum mehr und bin nervlich oft am Ende. Manchmal ist mir auch schon alles egal und ich will nicht mehr leben. Wenn das nicht besser wird – das ist kein Leben so. Nur Schmerzen, egal wie man liegt oder sitzt, es tut einfach alles weh. Es sind sowohl Tumorschmerzen als auch Schmerzen infolge der Chemotherapie.

Gegen meine Schmerzen wurde mir Novalgin gegeben, weil das angeblich am besten verträglich ist. Ich könne davon ruhig mehr nehmen, 3 mal 2 Tabletten täglich oder nach Bedarf. Ich bekomme aber schon nach einer Tablette Magenschmerzen, trotz Magenschoner. Und die Nebenwirkungen sind enorm. Außerdem dauert es längere Zeit, bis die Wirkung einsetzt, und danach hält die Wirkung auch nur ein, zwei Stunden an. Letztes Mal hat man mir dann als zweites Medikament Tramal verschrieben und, gegen die damit verbundene Übelkeit, Paspertin. Als ich die möglichen Nebenwirkungen las, wurde mir gleich ganz anders. Mir ist jetzt schon übel, ich habe Magenschmerzen, erfahre kognitive Aussetzer und kämpfe mit den enormen Auswirkungen der Chemo.

Insgesamt kann ich meine Erfahrungen so zusammenfassen: Man geht voller Vertrauen in eine solche Behandlung, weil man beim Erstgespräch viel Sicherheit vermittelt bekommt. Irgendwann stellt man dann aber fest, dass man in falscher Sicherheit gewogen wird, weil einem niemand helfen kann und weil die Ärzte im Grunde selber ratlos sind. Letztlich ist man auf sich allein gestellt. Mit meinen Schmerzen fühle ich mich jedenfalls völlig allein gelassen. Die Medikamente wirken oft nicht in gewünschtem Maße, die Nebenwirkungen sind enorm. Der Schmerz raubt einem den Schlaf und in der Früh, wenn man zur Chemo gehen soll, ist man völlig fertig. Und dann sitzt man, wie gesagt, dort auch oft noch mehrere Stunden und wartet auf ein freies Bett.

Man muss sich selber um alles kümmern, selber Vorschläge einbringen, selber aktiv sein. Das ist manchmal schwierig, wenn es einem schlecht geht. Insgesamt gibt es einfach zu viele Patienten und das Personal ist überfordert. Es ist ja irgendwie verständlich, dass die Ärzte dann oberflächlicher sind. Ich habe zum Teil auch den Eindruck, dass die Ärzte selber nicht wissen, was sie tun sollen, wenn z. B. ein Medikament nicht wirkt. Es sagt auch jeder was anderes und richtig reden kann man mit keinem. Am Anfang zum Beispiel hat mir einer der Ärzte (auf meine Frage, ob es da nicht eine andere Lösung gäbe) ein Schmerzmittel gemeinsam mit der Chemo intravenös verabreicht, da hatte ich längere Zeit keine Schmerzen. Ich weiß nicht, warum das jetzt nicht mehr gemacht wird. Eigentlich sollte das doch irgendwo im Akt vermerkt sein, oder? Aber man muss das jedes Mal explizit sagen, dass man Schmerzmittel möchte. Ich bin da auch erst später draufgekommen. Wie schon gesagt, man muss irgendwie immer selber an alles denken und oft ist man dazu nicht in der Lage. Meistens ist man nach dem langen Warten einfach nur froh, dass man endlich in einem Bett liegt und den Rest lässt man über sich ergehen. Man glaubt immer, die Ärzte würden schon wissen, was notwendig ist. Außerdem will man ja auch nicht lästig fallen.“

Nachtrag:

Zwei Wochen nach dem Interview wurden bei Frau S. Metastasen an der Lunge sowie an den Einstichstellen der Haut diagnostiziert. Daraufhin bekam sie Hydal retard Kapseln 2mg und 1mg, ein morphinhaltiges Opioid, das ihre Schmerzen zumindest linderte und sie erstmals seit langem wieder schlafen ließ. Eine neuerliche Chemotherapie (die dritte innerhalb von etwas mehr als einem Jahr) wurde vorgeschlagen. Im Zuge eines mehrtägigen Spitalsaufenthaltes erhielt sie schließlich von einem der diensthabenden Ärzte ein Medikament, das ihr erstmals die seit Monaten andauernden stechenden Schmerzen an den Operationsnarben nahm und bei Frau S. unter anderem auch zu einer großen Erleichterung und inneren Entspannung führte. Auch diese Maßnahme war jedoch kein Teil eines medizinischen oder therapeutischen Standards, sondern eine von vielen Meinungen und „Versuchen“.

• Erfahrungsbericht 2: Nicht nur mit Tabletten niedergebügelt werden

Frau B. (56, seit zwei Jahren Bezieherin der Invaliditätspension) leidet seit einem LWS-Bandscheibenvorfall vor acht Jahren unter starken Rückenschmerzen sowie Schmerzen im linken Bein und linken Fuß. Hinzu kommt eine ältere und chronisch schmerzhaft Knieverletzung am rechten Bein, die das Gehen nun noch schwieriger macht. Sie konnte lange Zeit weder länger sitzen noch stehen noch gehen. Selbst im Liegen hatte sie Schmerzen. Sie erzählt, dass die Schmerzen zwei Jahre lang konservativ behandelt wurden – mit Medikamenten, physikalischer Therapie und Infiltrationen. Danach hieß es, der Bandscheibenvorfall wäre so massiv, dass er doch operiert werden müsse. Drei Jahre später erfolgten dann zwei Operationen. Nach der ersten OP war Frau B. eine Woche lang schmerzfrei. Als dann mit der Mobilisation begonnen wurde, ist die Bandscheibe sofort nachgerutscht. Aufgrund der großen Schmerzen folgte sechs Wochen später die zweite OP. Frau B. hatte nach wie vor Schmerzen, lange Zeit mehr als vor der ersten OP. Es folgten zwei CT-gezielte Infiltrationen, eine Kur und wie üblich Medikamente und physikalische Therapie.

Im selben Jahr suchte Frau B. erstmals eine Schmerzambulanz auf. *„Ich musste drei Monate auf einen Termin warten und war dann genau drei Mal dort. Bei jedem Besuch wurde ich von einem anderen Arzt behandelt und jedes Mal wurden die Medikamente geändert. Ich war vollgepumpt mit Medikamenten, die erstens nichts gegen die Schmerzen geholfen haben, zweitens sind die Nebenwirkungen immer stärker geworden. Mein Zustand war ärger als zuvor und ich bin einmal komplett neben mir gestanden, hab mich nicht mehr ausgekannt. Als ob ich einen Vollrausch hätte oder wie ein Drogensüchtiger. Ja, ich hatte richtige Entzugserscheinungen. Ich habe das also nach drei Mal beendet und nehme seither keine neuen Medikamente mehr.*

Dann begann eine Ärzte-Odyssee: 2 Chiropraktiker, 9 Orthopäden, 1 Neurologe. Ich kann mich gar nicht mehr an alle erinnern. Der eine Chiropraktiker (Kassa) hat kaum mit mir geredet, hat nur die Röntgenbilder angeschaut, mich eingerenkt und mir eine Spritze verpasst und das wars. Bei dem anderen Chiropraktiker (privat) war ich danach jedes Mal zumindest ein paar Stunden schmerzfrei. Ich habe dann aber aufgehört, weil mir gesagt wurde, dass man das Einrenken nicht ständig machen soll. Die neun Orthopäden (alle Kassa) haben mich ausnahmslos einfach weiter überwiesen auf ein physikalisches Institut und natürlich wieder Medikamente verschrieben. Der Neurologe (Kassa) hat mir Antidepressiva verordnet. Habe es kurz probiert, war dann aber ziemlich benebelt und hatte das Gefühl, neben mir zu stehen. Das konnte ich nicht brauchen, ich musste ja auch mit dem Auto zu den diversen Arztterminen und Therapien fahren. Außerdem reichten mir die Nebenwirkungen der anderen Tabletten, die ich nahm.

Ich versuchte es auch bei drei Osteopathen. Die haben aber gar nichts gebracht, zumindest bei mir nicht. Auch die insgesamt drei Kuraufenthalte resultierten in keinerlei Veränderung meiner Schmerzen. Nach einer hatte ich eine Weile sogar mehr Schmerzen als zuvor.

Zwei Jahre später versuchte ich es erneut bei einer anderen Schmerzambulanz. Mir sind heute noch die langen Wartezeiten dort in Erinnerung. Es wurde vorgeschlagen, einen mit Ozon angereicherten Sauerstoff in die Bandscheiben zu injizieren. Sie würden sich telefonisch wegen eines Termins bei mir melden. Es hat sich aber bis heute niemand gemeldet.

Obwohl ich ehrlich gesagt nicht viel von so alternativen Methoden halte, habe ich dann in meiner Verzweiflung doch ein paar Sachen ausprobiert. Ich bin ein sehr bodenständiger Mensch und manches ist mir zu fremd und zu abgehoben, damit kann ich nichts anfangen. Aber es gab doch auch einige Therapien, die mir gut taten. Zumindest fühlte ich mich erstmals als Mensch wahrgenommen und individuell betreut. Manchmal hatte ich nach der Behandlung immerhin 1, 2 oder 3 Tage lang weniger Schmerzen und auch der Blutdruck war deutlich niedriger. Ich schlief besser und es ging mir auch psychisch besser. Es war eine Art Durchatmen für mich. Das allein war schon eine Erleichterung. Am besten half mir dann 2016 die Grinberg-Methode, da ging es mir eine Zeitlang wirklich besser. Dieser Therapeut hat mir das Zusammengekrampfte in meiner Brust genommen. Ich konnte erstmals wieder Dinge tun, die ich zuvor schon lange nicht mehr machen konnte (z. B. länger sitzen, länger gehen, mich mit Freunden treffen ...). Die Neuraltherapie war jedoch am besten für mich, allerdings ist der Therapeut in Oberösterreich und das ist mir in meinem jetzigen Zustand zu weit, ich kann nicht so lange im Auto sitzen. Ich habe nun eine neue Therapeutin, die neben der

Grinberg-Methode auch holistische Körpertherapie macht. Ich hatte zwar anfangs keine Ahnung, was das genau ist, aber ich war ein paar Mal dort und es tut mir gut. Das Ganze ist halt ein ewiges Auf und Ab. Einmal geht es mir nach einer Behandlung super und ich habe ein paar Tage Ruhe, ein anderes Mal tut mir wieder alles weh ...

Ich werde es jedenfalls weiter versuchen und hoffe, dass meine Schmerzen zumindest soweit gelindert werden, dass ich wieder Freunde treffen und in ein Theater gehen kann. Als sehr gesellige und lebenslustige Person macht mir die soziale Isolation sehr zu schaffen. Aus ärztlicher Sicht besteht offenbar die einzige Lösung darin, immer stärkere Medikamente zu verschreiben. Ich will aber nicht mehr „niedergelulvert“ werden, weil die Nebenwirkungen bei weitem größer sind als die Wirkungen. Im Grunde bin ich selber ratlos. Von den Ärzten und den angebotenen Therapien bin ich enttäuscht, und im alternativen Bereich ist es halt ein Herumprobieren, bis man etwas findet, das einem hilft. Aber ich fühle mich so wenigstens besser betreut und vor allem ernst genommen. Schmerzen habe ich zwar nach wie vor, aber es ist zumindest zeitweise besser und insgesamt auf jeden Fall besser als zuvor. Ich versuche, mich mit Tabletten zurückzuhalten, ich nehme sie nur mehr wenn notwendig. Von allen Medikamenten, die ich genommen habe, sind Voltaren, Novalgin und Seractil übriggeblieben. Daneben gehe ich immer wieder zur physikalischen Therapie (Massage, Schwellstrom und Heilgymnastik). Es ist angenehm, aber recht viel mehr auch nicht.

Meine Erfahrungen mit der Schmerzversorgung in Wien kann ich mit wenigen Worten zusammenfassen: Als Patientin fühle ich mich unbehandelt, unverstanden und schlichtweg veräppelt. Es gibt kein System dahinter, es ist schlecht organisiert und die Ärzte erweisen sich nicht immer als kompetent, dafür sehr oft als desinteressiert – und zwar schwerstens desinteressiert. Es redet nicht einmal einer mit dir, wahrscheinlich halten sie dich für einen Hypochonder. In meinen Augen haben die meisten der Ärzte, denen ich begegnet bin, ihren Beruf verfehlt. Außer natürlich die Privatärzte, die nehmen sich schon etwas mehr Zeit. Meine Wünsche? Eingehen auf mich als Patientin und nicht nur mit Tabletten in Hülle und Fülle niedergebügelt zu werden.“

Gemeinsam ist auch diesen Erfahrungsberichten die Enttäuschung über die erhaltene Schmerzversorgung. Im ersten Bericht richtet sich die Kritik primär auf das Versorgungssystem mit seinen mangelnden Ressourcen und fehlenden Standards: Massenbetrieb und Routineabfertigung, persönliche Betreuung kommt zu kurz bzw. erfolgt nicht im erwünschten Ausmaß; mangelnde Routine und fehlende Standards in der Betreuung von Schmerzkranken; lange Wartezeiten ohne Rücksicht auf Schmerzkranken. Im zweiten Bericht schlägt einem darüber hinaus auch die Frustration über die ärztliche Versorgung entgegen, in erster Linie über das angetroffene Unverständnis, die mangelnde Empathie, oft auch den Eindruck mangelnder Kompetenz, die Abfertigung als Nummer, und vor allem: den Fokus auf ein hemmungsloses „Niederbügeln“ der Schmerzen mit starken Medi-

kamenten samt deren enormer Nebenwirkungen. Die physikalischen Behandlungen werden (zumindest im Fall von chronischen Schmerzen) eher als kleine Wellness-Behandlung empfunden, mit wenig bis keinem Erfolg.

Die Wünsche und Erwartungen an eine Verbesserung der Schmerzversorgung richten sich im Wesentlichen auf das persönliche Wahrgenommenwerden und das Eingehen auf die individuelle Situation der Patientin/des Patienten. Zum anderen erfahren die SchmerzpatientInnen am eigenen Leib, dass die klassischen Diagnose- und Therapiemethoden zu kurz greifen und offenbar primär der Befriedigung von Standesinteressen dienen. Hier wäre eine Erweiterung des Angebots wünschenswert.

Briefe von SchmerzpatientInnen an die Selbsthilfeorganisation „Allianz chronischer Schmerz Österreich“

Erika Folkes

Seit es die Plattform „Allianz Chronischer Schmerz Österreich“ www.schmerz-allianz.at gibt, kommen immer wieder Briefe von PatientInnen herein, die für Nichtbetroffene vielleicht am besten aufzeigen, was es heißt, mit chronischen Schmerzen leben zu müssen – und vor allem, was es be-

deutet, jahrelang durch eine in jeder Hinsicht unzulänglichen und nicht an den Bedürfnissen der PatientInnen orientierten Versorgungslandschaft zu wandern. In diesem Kapitel sollen daher anhand ausgewählter Fallbeispiele einige dieser Briefe in Auszügen vorgestellt werden.

PatientInnenbriefe

Das erste Beispiel beschreibt die Erfahrungen einer seit 35 Jahren an starken chronischen Schmerzen leidenden Frau und ihrer Odyssee durch die Versorgungslandschaft. Der Brief gibt auch einen

nüchternen Einblick in das Leben einer einst aktiven und sportlichen Frau, die nun mit Depressionen, bedrückenden Zukunftsperspektiven und Hoffnungslosigkeit konfrontiert ist.

• Fallbeispiel 1: Der Schneeballeffekt

Eine Patientin, Jahrgang 1950, leidet seit 35 Jahren an einem Halswirbelsyndrom, Migräne und Bandscheibenvorfall. Bis zu einer lindernden Schmerztherapie vergingen 14 Jahre. In dieser Zeit wurden 4 AllgemeinmedizinerInnen, 3 OrthopädInnen, 2 Neurologinnen, 4 PhysiotherapeutInnen und 2 PsychologInnen konsultiert sowie diverse Schmerzzambulanzen aufgesucht. Sie schreibt:

„Ich habe jede Menge Therapien ausprobiert: physikalische Medizin, TENS, diverse Strombehandlungen, Moorpackungen, Unterwassermassagen, Fußreflexzonenmassagen, Akupunktur und Lymphdrainagen, cranio-sacrale Therapie, Biofeedback, autogenes Training, Jacobson-Entspannungsübungen, Homöopathie, Grinberg-Methode, Bewegungstherapie nach Feldenkrais, Gesprächstherapie beim Psychologen. Dazu zweimal wöchentliche Infiltrationen, mindestens einmal jährlich mehrwöchige Krankenhausaufenthalte. Trotzdem keine Schmerzreduktion und auch keine sichere Diagnose.“

Früher war ich sportlich aktiv, hatte viele Freunde, machte Ski-Urlaube, ging ins Kino und ins Theater. Seit 30 Jahren lebe ich mit ständigen starken Schmerzen. Von den früheren Aktivitäten ist fast nichts mehr möglich und das verursacht Depressionen – vor allem auch deshalb, weil die Zukunftsperspektiven nicht positiv sind. Durch die Probleme im Halswirbelbereich habe ich plötzlich auftretende starke Schwindelanfälle, die Blackouts verursachen, die wiederum zu Stürzen geführt haben. Die Folgen davon waren doppelter Knöchelbruch, Bruch des Mittelfußknochens, Schulterbruch, Rotatorenmanschetten-Ruptur, Bruch des Radius-Köpfchens ... – Selbstmord? Für mich ein möglicher Ausweg, wenn gar nichts mehr geht“.

Rückenschmerzen gelten heute als Volkskrankheit. Dennoch kann vielen Menschen mit chronischen Rückenschmerzen immer noch nicht geholfen

werden. Wie jenem Mann, der sich an die Schmerzallianz wandte:

• Fallbeispiel 2: Suche empathischen Kassenarzt

„Seit Jahren leide ich an chronischen Rückenschmerzen und bekomme jede Menge Medikamente. Leider werden die Schmerzen immer intensiver und ich habe das Gefühl, dass der Schmerz schon in den ganzen Körper ausstrahlt. Die Nächte sind ein Horror, da ich trotz Tramal 100, Tramal 50, Voltaren Dispers und Mogadon (muss ich alles auf einmal abends nehmen) kaum mehr als 4-5 Stunden schlafe.

Nun habe ich im Internet entdeckt, dass mein Krankheitsbild dem von Fibromyalgie entspricht. Ich wage es jedoch nicht, einen Facharzt darauf anzusprechen, da mich zuletzt ein Orthopäde wie einen Hypochonder behandelt hat. Meine Frage: Gibt es in Wien einen Kassenarzt, bei dem man nicht sofort als Hypochonder abgestempelt wird und der Erfahrung mit meinem Krankheitsbild hat?

Aus meinen Schmerzen hat sich im Laufe der Zeit noch eine Depression mit Panikattacken entwickelt. An wen kann ich mich Ihrer Meinung nach wenden?“

Oder ein besorgter Mann, dessen Frau seit fünf Jahren rund um die Uhr Schmerzen hat, ohne dass eine Ursache dafür gefunden wurde. Schon allein die Erlangung von Gewissheit, wo die Ursache(n)

für die wahnsinnigen Schmerzen der Frau zu suchen ist/sind, wäre eine große Erleichterung, damit mit einer geeigneten Therapie begonnen werden kann.

• Fallbeispiel 3: Suche nach Gewissheit und geeigneter Schmerztherapie

„Meine Frau leidet seit ca. 5 Jahren an Schmerzen im unteren rechten Kinnbereich. Wir waren bereits bei vielen verschiedenen Ärzten – Dentisten, Neurologen, Orthopäden, Schmerzambulanzen, aber leider hat man bis heute keine Ursache gefunden. Es wird angenommen, dass es sich um ein Problem des Trigeminus handelt oder um Probleme der Halswirbelsäule. Meiner Frau wurden Tabletten verschrieben, die sie vor dem Schlafengehen einnimmt, damit sie wenigstens einigermaßen schlafen kann. Wenn sie arbeitet, also sich bewegt, sind die Schmerzen »auszuhalten«, aber in der Ruhestellung sind sie manchmal unerträglich. Obwohl meine Frau eine sehr hohe Schmerzgrenze hat, beeinträchtigen diese Schmerzen ihr Leben natürlich stark.

Wir wissen nicht mehr, was wir noch unternehmen bzw. an wen wir uns wenden können, um endlich Gewissheit zu bekommen und eine Schmerztherapie beginnen zu können, die wirklich hilft.“

Aber selbst wenn die Diagnose feststeht, wie bei jener Anfangsvierzigerin, die seit 23 Jahren an Migräne leidet, ist kein Ende der Schmerzen in Sicht. Sie schreibt:

• Fallbeispiel 4: Große finanzielle Belastung, fehlende Unterstützung durch Krankenkasse

„Ich nehme täglich durchschnittlich 2 Tabletten gegen Migräne (Triptane – Relpax), von denen man monatlich nicht mehr als 9 Stück nehmen sollte. Der Arzt darf diese Anzahl aber nicht einfach so verschreiben, ich muss es mir jedes Mal chefärztlich bewilligen lassen. Zeitweise wird auch abgelehnt, doch bei entsprechendem Nachhaken geht es dann doch. Ich habe jedes Mal wirklich Angst, dass sie es sich überlegen und es einmal nicht klappt. Das wäre für mich eine Katastrophe. Allein für die Rezeptgebühren verbrauche ich monatlich ca. 60-70 Euro.

Das Medikament gibt es auch als Injektion (Pen) zum Selbstspritzen. Zwei Injektionen kosten ca. 80 Euro. [Finanzielle Unterstützung...] wäre hilfreich, aber die Kasse hat trotz zweimaligem Nachhaken abgelehnt – also selbst bezahlt.

Letztes Jahr habe ich im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes eine neue Prophylaxe begonnen. Ich wollte dieses Medikament dann in der Apotheke beziehen. Es war leider nicht erhältlich, da es kontingentiert ist. Ich habe es aus Deutschland bestellen lassen und die Mehrkosten natürlich selbst bezahlt.

Ich habe zahlreiche Therapien versucht, darunter Homöopathie, Hypnose, Akupunktur, Massagen, Lymphdrainagen, Physiotherapie, Osteopathie, Cranio-Sacral-Therapie ganzheitlich, Biofeedback, Entspannungstechniken, Feldenkrais, Energetiker, Magnesium, Mutterkraut, andere Supplements ...

Selbstverständlich ist das alles selbst zu bezahlen, mit Ausnahme von 10-15 Massagen zu 10 Minuten im Jahr und 10 Sitzungen Physiotherapie! Was mir wirklich hilft, zumindest kurzfristig, sind Lymphdrainagen im Gesicht, aber das wird von der Kasse gar nicht erst übernommen.

Als chronische Schmerzpatientin fehlt einem oft auch einfach die Kraft, bei der GKK weiter zu kämpfen. Ich brauche meine Energie, um meinen Alltag zu bewältigen. Ich arbeite in Vollzeit, anders könnte ich das alles auch nicht finanzieren“.

Resümee

Eleonore Bachinger, Erika Folkes

Sämtliche Befragungen von chronischen SchmerzpatientInnen weisen einhellig auf die eklatanten Mängel in der österreichischen Versorgungslandschaft und das äußerst unbefriedigende Verhältnis zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt hin. Die Anliegen von Betroffenen, PatientInnenorganisationen und Selbsthilfegruppen gleichermaßen richten sich insbesondere auf mehr Information zu Möglichkeiten der Schmerzbehandlung, den Wunsch, von den ÄrztInnen ernst genommen zu werden, die Übernahme der Kosten für eine adäquate Schmerztherapie durch die Sozialversicherungsträger und auf ein größeres Angebot an Schmerzambulanzen mit entsprechend ausgebildeten ÄrztInnen (vgl. Folkes 2015). Die Beschränkung auf die medikamentöse und physikalische Standardtherapie wird als höchst unbefriedigend empfunden, von Heilung ist dabei keine Rede. Im Sinne der PatientInnen wäre eine effektive Schmerztherapie zum einen von einem größeren Therapieangebot und einer erweiterten Refundierung durch die Kassen, zum anderen durch eine bessere Schulung der ÄrztInnen gekennzeichnet.

Die aktuelle Versorgungssituation von SchmerzpatientInnen ist jedenfalls geprägt von einer tiefen Kluft zwischen dem Versorgungsangebot und den AkteurInnen auf Versorgungsebene auf der einen Seite und den Erwartungen und Bedürfnissen der PatientInnen auf der anderen Seite. Versorgungsstruktur und Versorgungsangebot werden als quantitativ und, noch mehr, qualitativ unzureichend empfunden. Ebenso wird die Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient von den SchmerzpatientInnen durchwegs als äußerst unbefriedigend wahrgenommen. Es mangelt insbesondere an Kommunikation, Information und aktiver Miteinbeziehung der Patientin/des Patienten.

In Anknüpfung an die Schlussfolgerungen des Reviews von Verbeek et al. (2004) und basierend auf den Ergebnissen der verschiedenen PatientInnenbefragungen können die Erwartungen an ein zukünftiges, outcome- und patientInnenorientiertes Versorgungssystem in den wesentlichen Merkmalen wie folgt zusammengefasst werden:

PatientInnen haben explizite Erwartungen in Bezug auf Diagnose, Anweisungen und interpersönliches Management (Ärztin/Arzt-PatientIn-Beziehung). Hier müssen jedoch neue Strategien entwickelt werden, um diese Erwartungen besser erfüllen zu können. Dies würde aber auf jeden Fall einen **qualitativen Paradigmenwechsel** bedeuten, vor allem im Hinblick auf Kommunikation, Information und Miteinbeziehung der Patientin/des Patienten, auch unter Förderung von aktiver Mitarbeit und Übernahme von Eigenverantwortung. Des Weiteren heißt das aber auch: weg von der rein medikamentösen und passiv-physikalischen Schmerzversorgung, Erweiterung des Angebots und Aufzeigen von individuell abgestimmten Alternativen, respektvolle Begegnung „auf Augenhöhe“ zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient. Statt bisheriger Massenabfertigung mit hohem Frustrationspotenzial für die Betroffenen stärkerer Fokus auf das Individuum und die möglichen Schmerzursachen. Die zentrale Bedeutung der Diagnose sowohl für die Betroffenen selbst als auch für den Erfolg der angewandten Therapie muss erkannt werden. Dazu wäre, im Sinne der Patientin/des Patienten, eine Erweiterung der Diagnosemethoden und vor allem auch eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig und zielführend.

Literatur und Datenquellen

- Allianz chronischer Schmerz Österreich & Astellas Pharma (Initiatoren und Auftraggeber; Durchführung Gallup Institut im Zeitraum Mai bis Juli 2014). „Schmerzstudie 2014“. Ergebnisse publiziert von Lenhardt & Partner Kommunikationsberatung GmbH. Abrufbar unter: <http://www.lenhardtpartner.at/agentur/aktuelles/detail/article/groesster-oesterreichischer-patientenbericht-chronischer-schmerz-2014/>. (11.09.2014).
- B&K – Bettschart & Kofler Medien- und Kommunikationsberatungs GmbH. Presseaussendung zu den 8. Österreichischen Schmerzwochen der ÖSG. „Patientenbefragung: Schmerz-Patienten wünschen sich mehr Aufklärung und Information, wirksame Schmerztherapie und Akzeptanz durch die Umwelt“. Wien, 3. November 2008. <http://www.bkkommunikation.com/de/journalistenservice/archiv/artikel/article/1805/>. (03.11.2008).
- derStandard.at. „Schmerzpatienten: Allein mit dem Schmerz“. Artikel online abrufbar unter: <http://derstandard.at/200002935724/Schmerzpatienten-Allein-gelassen-mit-dem-Schmerz>. (19.01.2016).
- derStandard.at. „Schmerzpatienten in Österreich unterversorgt“. Artikel online abrufbar unter: <https://derstandard.at/2000021631487/Oesterreichs-Schmerzpatienten-unterversorgt>. (02.09. 2015).
- derStandard.at. „Österreichs Schmerzpatienten schlecht versorgt. Umfrage unter 890 Betroffenen zeigt: zu wenige Spezialisten und Einrichtungen, Erstattungsdefizite und Milliardenkosten“. Artikel online abrufbar unter: <http://derstandard.at/2000005452782/Oesterreichs-Schmerzpatienten-schlecht-versorgt>. (11.09.2014).
- Deutsche Schmerzliga. „Chronischer Schmerz: Daten, Fakten, Hintergründe. Ein Dossier der Deutschen Schmerzliga e.V.“. Stand: Januar 2013.
- DiePresse.com. „Österreichs Schmerzpatienten schlecht versorgt. Die Betroffenen irren von Arzt zu Arzt. Es gebe zu wenige Spezialisten und Einrichtungen“. Abrufbar unter: <http://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/3868614/Oesterreichs-Schmerzpatienten-schlecht-versorgt->. (11.09.2014).
- Feffer-Holik S. Chronische Schmerzen nehmen zu. Österreichischer Patientenbericht Chronischer Schmerz 2014. Pressekonferenz „Österreichischer Patientenbericht Chronischer Schmerz 2014“. Auftraggeber Patientenplattform „Allianz Chronischer Schmerz“ und Astellas Pharma, durchgeführt von Gallup Institut. Abrufbar unter: <http://www.gesund.at/a/haeufige-chronische-schmerzen>. (12.09.2014).
- Folkles E. „Was sich Patient/innen in der Schmerzversorgung wünschen“. Interview vom 30.07.2015. Abrufbar unter: <https://medonline.at/2015/chronischer-schmerz/>.
- Forum Gesundheit (Hartl T). Mit Schmerzen allein gelassen. Wien, Januar 2009. <http://www.forumgesundheit.at/portal27/forumgesundheitportal/content?contentid=10007.689330&viewmode=content&portal:componentId=gtn0657c6f9-4b09-4cc7-8639-562581a0ceb6>. (Zuletzt aktualisiert 11.03.2015).
- Haslinger A. Lebenslagen chronisch kranker SchmerzpatientInnen. Eine exemplarische qualitative Untersuchung. Diplomarbeit an der Universität Linz, 2006.
- Häuser W, Schmutzer G, Hinningsen P, Brähler E. Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Zeitschrift *Schmerz* 2014, 28:483-492. DOI 10.1007/s00482-014-1438-y.
- Lenhardt & Partner. „Allianz Chronischer Schmerz & Astellas initiieren österreichweite Schmerzstudie. Österreichische Patientenumfrage zum Thema Chronischen Schmerz“. 5. Juni 2014(a). https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20140605_OTS0005/allianz-chronischer-schmerz-astellas-initiieren-oesterreichweite-schmerzstudie. (Download September 2017).
- Lenhardt & Partner. Patientenstudie „Chronischer Schmerz – Der lange Weg zur richtigen Therapie“. Sept. 2014(b). https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20140908_OTS0050/einladung-zur-studienpraesentation-chronischer-schmerz-der-lange-weg-zur-richtigen-therapie. (Download September 2017).
- McCaffery M, Beebe A, Lathman J, Osterbrink J. Schmerz. Handbuch für die Pflegepraxis. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1997.
- ÖPB – Österreichischer Patientenbericht Chronischer Schmerz 2009. Wünsche und Anregungen der Betroffenen. Auftraggeber: Peri Consulting GmbH im Auftrag von Mundipharma GmbH.
- Reingruber A. Schmerzen ernst nehmen. Eine qualitative Untersuchung über die Erfahrungen von Menschen mit chronischen Rückenschmerzen. Diplomarbeit an der Universität Wien, 2013.
- Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Autorinnen: Klimont J, Baldaszti E. Wien, 2015.
- Stein KV, Dorner TE, Ilias W, Rieder A. Schmerzpatienten und ihre Erwartungen an die ärztliche Versorgung. Ergebnisse aus dem Österreichischen Patientenbericht. *Der Schmerz* 2010; 24(5): 468-473. DOI 10.1007/s00482-010-0962-7.
- Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004 Oct 15; 29(20): 2309-18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15480147>.

8.4 Gesamtresümee

Birgit Kraft

Laut Österreichischem Gesundheitsbericht 2014 (Statistik Austria 2014) sind etwa 1,8 Mio. Österreicherinnen und Österreicher von chronischen Schmerzen betroffen, was einer Schmerzprävalenz von ca. 25 Prozent entspricht und im internationalen Durchschnitt liegt. Frauen sind dabei häufiger von chronischen Schmerzen betroffen als Männer.

Für PatientInnen mit chronischen Schmerzen gibt es weder auf Bundes- noch auf Landesebene standardisierte Versorgungsprozesse mit klaren Zuständigkeiten (z. B. Krankenbehandlung vs. Rehabilitationsmaßnahme) oder Qualitätskennzahlen für schmerzmedizinische Einrichtungen. In Krankenhäusern vorhandene Schmerzambulanzen basieren meist auf dem persönlichen Engagement Einzelner und bieten auch keine standardisierten Behandlungsangebote. Aufgrund fehlender Versorgungsaufträge und Finanzierungskonzepte liegt es somit in der Entscheidung des jeweiligen Krankenhausträgers, eine zeit- und personalintensive Schmerzambulanz zu betreiben.

Derzeit gibt es weniger als 40 Schmerzambulanzen in Österreich, die ganz unterschiedlich über die verschiedenen Bundesländer verteilt sind. So gibt es beispielsweise im Burgenland und in Vorarlberg nur jeweils eine einzige Schmerzambulanz für das gesamte Bundesland. In Niederösterreich stehen den 1,6 Mio. EinwohnerInnen nur ca. 64 Ambulanzstunden/Woche in 4 Spitälern zur Verfügung. Die Öffnungszeiten von Schmerzambulanzen variieren zwischen 3 und 32,5 Wochenstunden. Rechnet man die verfügbaren Ambulanzstunden in ganz Österreich auf einen 40-Stunden-Betrieb um, so steht den 1,8 Mio. österreichischen SchmerzpatientInnen ein Äquivalent von 17,5 Schmerzambulanzen zur Verfügung. Um jedoch eine adäquate Versorgung sicherzustellen, wären etwa 50 vollzeitbetriebene Schmerzambulanzen oder ähnliche Betreuungsstrukturen zusätzlich notwendig (vgl. Jaksch et al. 2017).

Vergleicht man Versorgungsstruktur und -qualität in Österreich mit anderen europäischen Ländern wie z. B. Deutschland, Belgien oder auch Italien, ist die Situation für chronische SchmerzpatientInnen hierzulande mehr als unbefriedigend. Im Vergleich

der einzelnen Bundesländer schneidet Wien relativ gut ab: Immerhin verfügen 8 Wiener Spitäler über Schmerzambulanzen, 4 dieser Zentren bieten an jedem Wochentag umfassende Therapieangebote mit invasiven Verfahren, psychologischer und/oder multidisziplinärer Schmerzmedizin an.

Trotzdem müssen PatientInnen nicht selten Wartezeiten bis zu drei Monaten für einen Erstvorstellungstermin in einer Ambulanz in Kauf nehmen – nicht zuletzt deshalb, weil auch PatientInnen aus den angrenzenden Bundesländern mitversorgt werden müssen und die Versorgung aus verschiedenen Gründen nicht ausreichend durch KassenärztInnen im niedergelassenen Bereich abgedeckt werden kann.

Angebote für multimodale Schmerztherapie, die in anderen Ländern bereits seit mehr als zehn Jahren etabliert sind, findet man in Österreich kaum. In Klagenfurt wird ein multimodales Schmerzzentrum seit 2012 im Rahmen eines Modellprojekts betrieben; in Wien stehen chronischen RückenschmerzpatientInnen bei der Pensionsversicherungsanstalt im Zentrum für Ambulante Rehabilitation (ZAR) und im Gesundheitszentrum Andreasgasse der WGKK einige von der Sozialversicherung finanzierte Therapieplätze mit multimodaler Schmerztherapie zur Verfügung. Diese wenigen Therapieplätze können aber den Bedarf bei weitem nicht decken und sind zudem nur wenig bekannt.

Schmerzmedizin als Querschnittsfach nach dem Vorbild Deutschlands wird an keiner medizinischen Universität in Österreich unterrichtet. Nachdem schmerzmedizinische Leistungen im Honorarkatalog für AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen de facto kaum abgebildet sind sowie Diagnostik und Therapie zeitlich aufwendig und nicht adäquat honoriert werden, ist der Anreiz zum Erwerb des Ärztekammerdiploms „Spezielle Schmerztherapie“ nicht sehr hoch. Auch die zeitlich hohen Anforderungen machen eine parallele Ausbildung neben dem normalen Ordinationsbetrieb unmöglich. In Wien besitzen von ca. 1.600 niedergelassenen Fach- und AllgemeinmedizinerInnen mit Kassenvertrag laut „Praxisplan“ der Ärztekammer lediglich 15 das österreichische

Schmerzdiplom. Spezielle Schmerztherapie wird in Wien und in ganz Österreich außerhalb der Spitalsambulanzen deshalb meist nur durch WahlärztInnen angeboten.

Viele MedizinerInnen (und PatientInnen) unterschätzen oftmals die Komplexität einer chronischen Schmerzerkrankung. Ebenso ist festzustellen, dass sowohl das Wissen als auch die Möglichkeit der Umsetzung einer leitlinienkonformen, differenzierten Schmerztherapie unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Schmerzmodells häufig fehlen. Mitverursacht werden diese Mängel bereits durch Ausbildungsdefizite im Studium, nachdem an keiner medizinischen Universität in Österreich Schmerzmedizin nach dem Vorbild Deutschlands als Querschnittsfach unterrichtet wird (Jaksch 2015; Kopf et al. 2014).

Laut einer Umfrage des Gallup-Instituts im Auftrag der Selbsthilfegruppenorganisation „Allianz Chronischer Schmerz Österreich“ (Allianz 2014) wenden sich 80 Prozent der österreichischen SchmerzpatientInnen zuerst an ihre Haus- oder an FachärztInnen, nur 2 Prozent suchen gleich eine Schmerzambulanz auf. Das zeigt die entscheidende Bedeutung der niedergelassenen ÄrztInnen als „Gate-Keeper“ auf. Hier wäre neben der Implementierung leitlinienkonformer abgestufter Behandlungspfade die Einrichtung spezialisierter Zentren mit zum Beispiel dem Angebot multimodaler Schmerztherapie notwendig. Die niedergelassenen Ordinationen können die Engpässe, die durch strukturelle Defizite entstehen, letztlich nicht kompensieren.

Schmerzambulanzen und schmerztherapeutische Einrichtungen wiederum sollten eng mit den HausärztInnen kooperieren, sodass die PatientInnen rasch eine wirksame Therapie erhalten und eine weitere Schmerzchronifizierung mit all ihren Kosten und Folgen verhindert werden kann.

Auch aus Sicht der SchmerzpatientInnen ist die Versorgungssituation in Österreich dringend optimierungsbedürftig. Sämtliche Befragungen von chronischen SchmerzpatientInnen weisen einhellig auf die eklatanten Mängel in der österreichischen Versorgungslandschaft und das äußerst unbefriedigende Verhältnis zwischen PatientIn/Patientin und ÄrztIn/Ärztin hin. PatientInnen haben explizite Erwartungen in Bezug auf Diagnose, An-

weisungen und interpersönliches Management (ÄrztIn/Arzt-PatientIn-Beziehung). Um diese Erwartungen besser erfüllen zu können, müssen neue Strategien entwickelt werden. Dies würde jedoch einen qualitativen Paradigmenwechsel bedeuten, vor allem im Hinblick auf Kommunikation, Information und Miteinbeziehung der PatientIn/des Patienten, welche auch die Förderung von aktiver Mitarbeit und Übernahme von Eigenverantwortung beinhaltet.

Fazit: Wien verfügt im Vergleich zu anderen Bundesländern über eine höhere Anzahl von Schmerzambulanzen in Krankenhäusern. Extramural fehlen jedoch Versorgungsstrukturen, klar definierte Behandlungspfade und qualitätssichernde Maßnahmen für eine koordinierte Behandlung („best point of service“) chronischer SchmerzpatientInnen. Ebenso wie in allen anderen Bundesländern bleibt auch in Wien die Situation aufgrund fehlender Gesamtkonzepte für eine strukturierte Versorgung von SchmerzpatientInnen sowie der Unklarheiten in Bezug auf Zuständigkeiten und Finanzierung insgesamt unsicher.

Dies leitet auch über zum nächsten Abschnitt, den sozioökonomischen Konsequenzen von chronischem Schmerz und den volkswirtschaftlichen Auswirkungen einer inadäquaten Schmerzversorgung.

Literatur und Datenquellen

Allianz chronischer Schmerz Österreich & Astellas Pharma (Initiatoren und Auftraggeber; Durchführung Gallup Institut im Zeitraum Mai bis Juli 2014). „Schmerzstudie 2014“. Ergebnisse publiziert von Lenhardt & Partner Kommunikationsberatung GmbH. Download unter: <http://www.lenhardtpartner.at/agentur/aktuelles/detail/article/groesster-oesterreichischer-patientenbericht-chronischer-schmerz-2014/>. (11.09.2014).

derStandard.at. „Schmerzpatienten in Österreich unterversorgt“. Standard, 2. September 2015. Artikel online abrufbar unter: <https://derstandard.at/2000021631487/Oesterreichs-Schmerzpatienten-unterversorgt>.

Dusch M et al. Querschnittsbereich 14 Schmerzmedizin – Umsetzung des Kerncurriculums der Deutschen Schmerzgesellschaft im Modellstudiengang MaReCuM. *Schmerz* 2013; 27: 387–94.

Jaksch W et al. Qualitätssicherung der schmerzmedizinischen Versorgung in Österreich. *Wiener Med Wochenschr.* 2017; 167(15-16): 349–358.

Jaksch W. Schmerztherapeutische Defizite in Österreich. *Schmerz* 2015; 29(6): 593–4.

Kopf A et al. Das Querschnittsfach „Schmerzmedizin“, Chance für die Allgemeine Schmerzmedizin. *Schmerz* 2014; 28: 405–13.

Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien, 2014.

9



Sozioökonomische Konsequenzen



Inhalt

9 Sozioökonomische Konsequenzen und gesundheitspolitische Herausforderungen 289

Einleitung: Allgemeine Überlegungen	289
9.1 Prävalenz des chronischen Schmerzes	290
9.2 Auswirkungen des chronischen Schmerzes	293
9.2.1 <i>Wirkungen im Gesundheitssystem</i>	293
9.2.2 <i>Wirkungen im Sozialsystem</i>	298
9.2.3 <i>Wirkungen in der Arbeitswelt und im Wirtschaftssystem</i>	300
9.3 Ökonomische Bewertungen des chronischen Schmerzes und seiner Folgen	303
9.3.1 <i>Direkte Kosten</i>	303
9.3.2 <i>Indirekte Kosten</i>	304
9.4 Konsequenzen für das alltägliche Leben	305
9.5 Resümee	309

9 Sozioökonomische Konsequenzen und gesundheitspolitische Herausforderungen

Felix Hofmann

Zusammenfassung

Chronischer Schmerz ist sowohl international als auch national weit verbreitet. In Österreich stellten Gesundheitsbefragungen eine Prävalenz von circa einem Fünftel der erwachsenen Bevölkerung fest, das unter chronischen Schmerzen leidet. Zudem belegen internationale Studien und österreichspezifische Auswertungen die vielfältigen sozialen und ökonomischen Auswirkungen von chronischem Schmerz. So nutzen Betroffene das Gesundheitssystem intensiver: sie werden öfter in Spitälern und Ambulanzen versorgt, konsultieren öfter medizinisches Fachpersonal und verbrauchen größere Mengen an Heilmitteln. Personen mit chronischen Schmerzen sind außerdem überdurchschnittlich oft erwerbslos, werden früher pensioniert und gehen häufiger und länger in Krankenstand als ihre KollegInnen. Aber auch das Nachgehen beruflicher Tätigkeit trotz Gesundheitsproblemen ist bei ihnen weiter verbreitet als bei Personen mit anderen Erkrankungen. Bedeutsam sind zudem die ökonomischen Auswirkungen von chronischem Schmerz. Insgesamt reichen die Schätzungen aller durch chronischen Schmerz verursachten volkswirtschaftlichen Kosten, je nach Land und verwendeter Methodik, bis zu 4 Prozent des BIP, wobei indirekte Kosten (z. B. Produktivitätsausfälle, Kosten von Frühverrentungen etc.) gegenüber direkten Behandlungskosten ein etwas höheres Ausmaß annehmen. Abgesehen davon hat chronischer Schmerz viele negative Konsequenzen für das Alltagsleben der Betroffenen, die von einer geringen Schlafqualität bis zur Beeinträchtigung sozialer Beziehungen reichen. Zudem führen wiederholte ineffektive Behandlungsversuche oft zu Frustration bei den Betroffenen. Abhilfe könnte durch eine verbesserte frühzeitige Einschätzung des Chronifizierungsrisikos und den Ausbau multimodaler Therapieangebote geschaffen werden.

Einleitung: Allgemeine Überlegungen

Das Phänomen „chronischer Schmerz“ ist wegen seiner vielfältigen Auswirkungen nicht nur für die individuell Betroffenen, sondern auch für die gesamte Wirtschaft und Gesellschaft von Bedeutung. Daher ist es erforderlich, dass sich die Gesundheitspolitik in Zusammenarbeit mit der Wirtschafts-, Arbeits-, Sozial- und Bildungspolitik dieser Thematik annimmt. Chronischer Schmerz betrifft nämlich jedes dieser Politikfelder, etwa wenn er im Sozialsystem oder im Wirtschaftsleben zusätzliche Kosten verursacht. Dies alles verdeut-

licht die Relevanz des Prinzips *health in all policies*, im Sinne des Erfordernisses Gesundheitsaspekte bei allen politischen Entscheidungen mitzubedenken. Erfolgen sollte dies auf Basis der vielen empirischen Forschungsergebnisse aus verschiedenen Disziplinen, die es dazu gibt. Der vorliegende Abschnitt enthält eine Zusammenschau dieser Ergebnisse.

9.1 Prävalenz des chronischen Schmerzes

Wie bereits in Abschnitt 3 und anderen Kapiteln ausgeführt, sind Definition und Diagnose von chronischem Schmerz mit Unschärfe und Problemen verbunden. Aufgrund der vielfältigen Ursachen und Krankengeschichten, die zu chronischem Schmerz führen, erfolgt auch seine Dokumentation (noch) nicht als eigenständige Krankheit unter einem einheitlichen ICD-Code. Zur Abgrenzung der von chronischem Schmerz Betroffenen von allen anderen Kranken bleiben den zu diesem Thema Forschenden zwei mögliche Alternativen: Eine Möglichkeit besteht darin, eine Auswahl an Personen zu ihren Schmerzerfahrungen zu befragen. Die zweite Option erfordert vorab die Eingrenzung von Diagnosen und Inanspruchnahmen, die als typisch für chronische SchmerzpatientInnen angesehen werden, um unter Anwendung dieser Kriterien relevante Fälle aus medizinischen Registern zu selektieren.

Die meisten Erhebungen zur Prävalenz von chronischen Schmerzen fanden in Form von Befragungen statt, die sich jedoch methodisch ebenfalls voneinander unterscheiden. Teils aufgrund dieser Unterschiede schwanken die Angaben zur Verbreitung (Prävalenz) des chronischen Schmerzes stark. Die Schätzungen reichen laut Harker et al. (2012) von 2 bis maximal 55 Prozent der Bevölkerung, die unter chronischen Schmerzen leiden. Zumeist bewegen sie sich jedoch zwischen 10 und 30 Prozent.

Internationale Erhebungen

Ein großer Teil dieser Heterogenität ist aber auch auf originäre Länderunterschiede zurückzuführen. In diversen Studien und systematischen Reviews wurde daher versucht, die international bisher durchgeführten Erhebungen zur Verbreitung des chronischen Schmerzes in der Bevölkerung zu erfassen, zu bewerten und überblicksartig darzustellen. Eine zeitlich aktuelle und geografisch nahe Schätzung bieten beispielsweise Häuser et al. (2014). Sie geben die Prävalenz nicht-maligner chronischer Schmerzen für die deutsche Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren mit 26,9 Prozent [KI¹: 25,2–28,6%] an. Die Erhebung erfolgte im Jahr 2013 und bezog auch Schmerzen von niedriger Intensität mit ein.

¹ KI = Konfidenzintervall.

Eine im Jahr 2006 publizierte europaweite Studie enthielt auch Ergebnisse aus Österreich, die auf einer im Vergleich zur deutschen Studie etwas engeren Definition chronischer Schmerzen basierten. Diese umfasste eine zumindest sechsmonatige Dauer, ein zweimaliges Schmerzerleben pro Woche und zumindest „moderate“ Intensität (Breivik et al. 2006). Demnach lag der Anteil der Betroffenen in Österreich mit 21 Prozent leicht über dem Durchschnitt aller 15 teilnehmenden Länder von 19 Prozent (ebda; Krahulec et al. 2013). Für weitere Vergleiche sind möglichst aktuelle Prävalenzen aus anderen Ländern und verschiedenen Erhebungen in Tabelle 9.1 dargestellt.

Tabelle 9.1 Prävalenz des chronischen Schmerzes. Überblick über internationale Studienergebnisse

Land	Prävalenz	Quelle	Erhebungsmerkmale
Australien	19,2% [KI ¹ :17,4-21,0]; 14,4% ² [KI: -]	Henderson et al. 2013	Arzt-PatientInnen-Interviews; alle AG ³ ; jede & hohe ² Intensität; tägl. für 3 Monate.
China	35,9% [KI: -]	Chen et al. 2016	Fragebogen; Bev. 18-65; jede Intensität
Deutschland	24,9% [KI: -] 16,4% [KI: -]	Ohayon & Stingl 2012	telefonisch, Bev. 15+; jede bzw. mittlere bis starke Intensität; mind. 3x wöchentlich
Großbritannien	43,5% [KI: 38,4-48,6] 10,4% bis 14,3%	Fayaz et al. 2016	systematischer Review; Bev. 18+; jede bzw. starke & einschränkende Intensität
Japan	39,3% [KI: -] 17,4% [KI: -]	Inoue et al. 2015	postalisch; Bev. 20+; jede bzw. mittlere bis starke Intensität
Kanada	35,1 [KI: 33,1-37,1] 18,9% [KI: 17,8-20,0]	Schopflocher et al. 2011	telefonisch; Bev. 18+; jede bzw. mittlere bis starke Intensität
Neuseeland	16,9% [KI:16,1-17,8]; 10,8% [KI: 10,1-11,4]	Dominick et al. 2011	Fragebogen; Bev. 15+; jede bzw. mittlere bis starke Intensität; fast tägl. in 6 Mo.
Norwegen	31,0% [KI: -] 29,5% [KI: -]	Landmark et al. 2013 Nielsen 2013	Panel 2006-08; Bev. 20+; mittlere bis starke Intensität; bei 3 der 5 Surveys/Jahr telefonisch, Fragebogen & Registerdaten; Bev. 26-64; jede Intensität
Portugal	29,6% [KI: 28,2-30,9] 14,3% [KI: -]	Azevedo et al. 2012	telefonisch; Bev. 18+; jede bzw. mittlere bis starke Intensität; mehrmals pro Mo.
Spanien	16,6% [KI: 14,9-18,3] 15,3% [KI: -]	Dueñas et al. 2015	telefonisch; Bev. 18+; jede bzw. mittlere bis starke Intensität; 4x je Wo. in 3 Mo.
USA	30,7% [KI: 29,8-31,7] 21,8% [KI: 20,9-22,8]	Johannes et al. 2010	online; Bev. 18+; jede bzw. mittlere bis starke Intensität; ≥6 Mo. wiederkehrend
LMIC ⁴	33% [KI: 26,0-40,0]	Jackson et al. 2015	systematischer Review inkl. Studien aus 28 Ländern; Bev. 18+; jede Intensität

Erläuterungen:

1) KI = Konfidenzintervall

2) Der zweite Wert je Zitat bezieht sich immer auf eingegrenzte Intensitäten (z. B. „mittel bis stark“).

3) AG: Altersgruppen.

4) LMIC: Low & Medium Income Countries (WHO Definition).

Bei der Interpretation der angeführten Prävalenzen sind jedenfalls die erhebungstechnischen Unterschiede mitzubedenken. Die in der vierten Tabellenspalte angeführten Informationen geben Aufschluss über diese Unterschiede, wobei etwaige Eingrenzungen hinsichtlich der *Intensität* und der *Regelmäßigkeit* chronischer Schmerzen die Schätzungen offenbar besonders beeinflussen. Die meisten neueren Studien weisen daher zwei zentrale Prävalenzwerte aus, nämlich einen, der Schmerzen jeder Intensität umfasst und einen, der (wie bei Breivik et al. 2006) „milde“ Schmerzzintensitäten ausschließt. Doch selbst nach der engen Definition hat die Prävalenz chronischer Schmer-

zen in allen untersuchten Ländern ernst zu nehmende Ausmaße. Dennoch existiert eine relativ große Bandbreite: generell scheinen in Ozeanien (NZL: 10,8%; AUS: 14,4%) und Südeuropa (PT: 14,3%; ES: 15,3%) besonders wenige Menschen an mittelmäßigen bis starken chronischen Schmerzen zu leiden, in Norwegen (ca. 30%) und den USA (ca. 22%) jedoch vergleichsweise viele.

Die Werte ohne Intensitätseinschränkung liegen noch weiter auseinander (16,6% in Spanien; 43,5% in Großbritannien). Dies erklärt sich teilweise damit, dass einige Studien zur Qualifizierung von Schmerz als „chronisch“ ein wöchentliches oder

gar tägliches Auftreten voraussetzen, während andere (aus China, den LMIC², Japan, Kanada und Großbritannien) dies nicht tun. Jedenfalls scheint zwischen ärmeren Ländern (LMIC ~33%) bzw. China (~36%) und sehr reichen Staaten wie Kanada (35,1%) und Japan (39,3%) kein systematischer Unterschied zu bestehen.

Erhebungen in Österreich/Wien

Für Österreich und Wien wurden auf Basis öffentlich verfügbarer Daten aus der **österreichischen Gesundheitsbefragung** (ATHIS 2014) eigene Berechnungen zur Schmerzprävalenz angestellt. Zwar enthält der offizielle Bericht zum aktuellen Survey auch Ergebnisse zu chronischen Schmerzen (Statistik Austria 2015: 76ff), schlüsselt diese aber nach ausgewählten Körperregionen auf, in denen die Befragten ihre Schmerzen verorten mussten. In den letzten 12 Monaten hatten demnach 24,4 Prozent der Befragten in Österreich Kreuz-, 18,5 Prozent Nacken- und 6,7 Prozent chronische Kopfschmerzen aller Intensitäten. An den Gelenken hatten außerdem 12 Prozent Arthrose.

Um die Prävalenz nach einer Definition schätzen zu können, die – was *Dauer* und *Intensität* des Schmerzes betrifft – international vergleichbar ist und Mehrfachnennungen ausschließt, erfolgte die Auswertung der Frage nach der Schmerzlokalisation kombiniert mit anderen Items aus dem ATHIS. Die Prävalenz für mittelmäßigen bis starken chronischen Schmerz liegt demnach bei knapp einem Fünftel (Wien: 19,9%; Ö: 19,6%³). Dieser Anteil umfasst Personen, die

- zum Erhebungszeitpunkt mindestens 15 Jahre alt waren,
- von zumindest „mäßigen“ Schmerzen in den letzten vier Wochen berichteten, und
- entweder angaben, an einer „chronischen Krankheit bzw. einem Gesundheitsproblem zu leiden, das (bereits oder voraussichtlich) länger als 6 Monate dauert“ oder
- die zumindest in einem abgefragten Körperteil (Kopf, Rücken, Nacken und Hals) im letzten Jahr chronische Schmerzen hatten.

Inkludiert man auch jene Personen, deren chronische Schmerzen in den letzten vier Wochen lediglich „leichte“ oder „sehr leichte“ Intensität erreichten, erhöht sich der Anteil der Betroffenen an der Bevölkerung auf rund 36 Prozent (Wien: 35,7%, Ö: 36,3%). Ein Vergleich mit den internationalen Beispielen in Tabelle 9.1 zeigt, dass diese Niveaus offenbar im oberen Mittelfeld liegen. Einschränkend ist aber auch hier zu beachten, dass mehrere Studien eine Mindestfrequenz pro Woche vorausgesetzt haben, was bei der hier verwendeten Definition nicht der Fall ist.

Abgesehen von den Daten aus dem ATHIS lagen auf der **Wiener Ebene**, wie in Abschnitt 3 erläutert, auch Auszüge aus den **Dokumentationsdaten** der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) vor. Die damit identifizierten 51.649 chronischen SchmerzpatientInnen im Alter von über 15 Jahren machen lediglich 3,4 Prozent der Wiener Wohnbevölkerung 2014 aus. Der Wert kann jedoch nicht als Prävalenz betrachtet werden, da die Ziehung der Stichprobe nicht zum Zweck erfolgte, eine solche zu erheben. Vielmehr ging es darum, auf indirektem Weg mittels strenger Kriterien den Personenkreis auf sicher Betroffene einzuschränken, um sie dann mit einer Kontrollgruppe zu vergleichen. Einige potenziell ebenfalls betroffene Bevölkerungsteile blieben bei diesem Prozess unberücksichtigt, darunter: Nicht-WGKK-Versicherte, KrebspatientInnen und Menschen, die chronischen Schmerz empfinden, aber nicht im geforderten Maß entsprechende bzw. überhaupt keine entsprechenden Leistungen im öffentlichen Gesundheitswesen beansprucht haben oder ausschließlich in Nicht-KAV-Spitälern behandelt wurden.

² LMIC: Low and Middle-Income Countries (WHO Definition).

³ Dorner et al. (2018) kommen in einer neuen Publikation, die jedoch auf alten Daten aus dem ATHIS 2006 basiert, auf eine Prävalenz von 24,9 Prozent für Österreich. Der Unterschied zum hier präsentierten Ergebnis ist vermutlich weniger auf einen Rückgang chronischer Schmerzen zwischen den beiden Surveys als vielmehr auf Umstellungen am Erhebungsinstrument zurückzuführen. So kam es zu Änderungen an der Fragestellung, an der Liste wählbarer Schmerzlokalisationen und an der für eine Chronifizierung als notwendig erachteten Mindestschmerzdauer (sechs statt zuvor drei Monate).

9.2 Auswirkungen des chronischen Schmerzes

Abgesehen von der Prävalenz liegen international auch etliche Studien vor, die sich mit den vielfältigen Auswirkungen chronischer Schmerzen auf diverse gesellschaftliche Bereiche beschäftigen. Die drei wichtigsten davon werden im Folgenden jeweils gesondert behandelt. Es sind dies das *Gesundheits- bzw. Krankenbehandlungssystem*,

das *Sozialsystem* sowie die *Wirtschafts- und Arbeitswelt*. Angeführt werden zahlreiche in den jeweiligen Bereich fallende Indikatoren, auf die ein Einfluss des chronischen Schmerzes nachgewiesen wurde. Soweit möglich wurden diese Ergebnisse auf Basis der verfügbaren Daten auch für Wien (und Österreich) repliziert.

9.2.1 Wirkungen im Gesundheitssystem

Spitalsaufnahmen

Die im Gesundheitssystem spürbaren Effekte lassen sich z. B. anhand der Spitalsaufnahmen darstellen. Laut der Studie von Häuser et al. (2014) erhöht die Präsenz chronischer Schmerzen in Deutschland die Wahrscheinlichkeit einer/s Betroffenen, über Nacht ins Krankenhaus aufgenommen zu werden, auf das 1,5-Fache [KI: 1,3-1,6], wenn der Schmerz *ohne* funktionale Beeinträchtigung bleibt, und auf das 5-Fache [KI: 4,5-5,5], wenn eine solche vorhanden ist.

Ältere Studien aus diversen Ländern kamen, trotz leicht unterschiedlicher Methodik, zu ähnlichen Ergebnissen. Einer weiteren deutschen Studie zufolge erhöhten sich bei Vorhandensein eines chronischen, funktional einschränkenden „Schmerzsyndroms“ die im Spital verbrachten Tage im Vergleich zum Durchschnitt um das 1,9-Fache [KI: 1,3-2,8] (Fröhlich et al. 2006). Auch die australische Studie von Blyth et al. (2004) differenzierte zwischen chronischen Schmerzen allgemein, die die Anzahl der Spitalsübernachtungen um das 1,6-Fache [KI: 1,4-1,8] erhöhten, und funktional beeinträchtigenden Schmerzen, die sie um das 2,2-Fache steigen ließen. Die entsprechenden Risiken von Aufnahmen in die Notfallambulanz stiegen noch stärker, nämlich um das 2,5- bzw. 4,8-Fache [KI: 1,7-3,8 bzw. 2,5-9,2]. In einer Studie aus Dänemark schließlich betrug der Anteil der in den letzten drei Monaten Hospitalisierten in einer Gruppe von Personen mit chronischen Schmer-

zen ca. 7 Prozent, in einer Vergleichsgruppe jedoch nur ca. 2 Prozent (Eriksen et al. 2003).

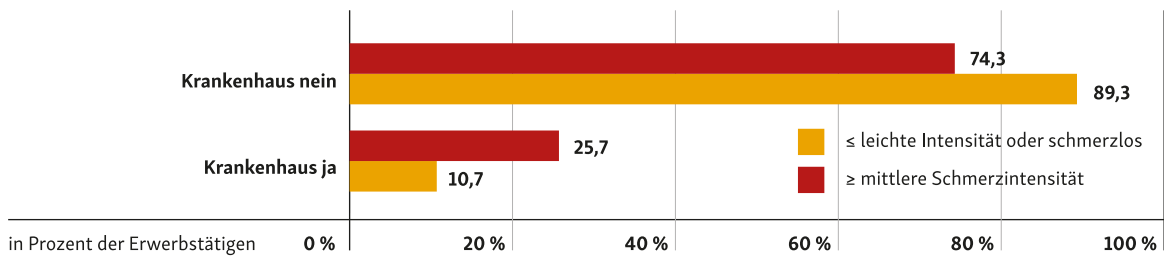
Berechnungen für Wien

Bezüglich des Wiener Spitalswesens konnten auf Basis des ATHIS und der Dokumentationsdaten des KAV *eigene* Auswertungen vorgenommen werden. Letztere sind aufgrund angeführter Gründe⁴ nur beschränkt auf die Wiener Bevölkerung bzw. alle in Wien von chronischem Schmerz Betroffenen zu verallgemeinern. Aus der Analyse dieser Daten lässt sich jedoch ein guter Eindruck von der Bedeutung gewinnen, die der chronische Schmerz für das Wiener Gesundheitssystem besitzt.

Im Rahmen des **ATHIS 2014** wurde eine repräsentative Stichprobe von WienerInnen unter anderem dazu befragt, ob es in den vergangenen 12 Monaten zu einem Krankenhausaufenthalt gekommen ist. Von jenen, die an chronischen Schmerzen litten, bejahten dies mit 25,7 Prozent deutlich mehr als in der Vergleichsgruppe, wo der Anteil nur 10,7 Prozent betrug (siehe Abb. 9.1).

⁴ Z. B. keine Zufallsauswahl; siehe auch Ausführungen weiter oben unter Punkt 9.2 sowie Abschnitt 3 (Statist. Datenquellen, Dokumentationsdaten).

Abb. 9.1 Krankenhausaufenthalt/e in den letzten 12 Monaten

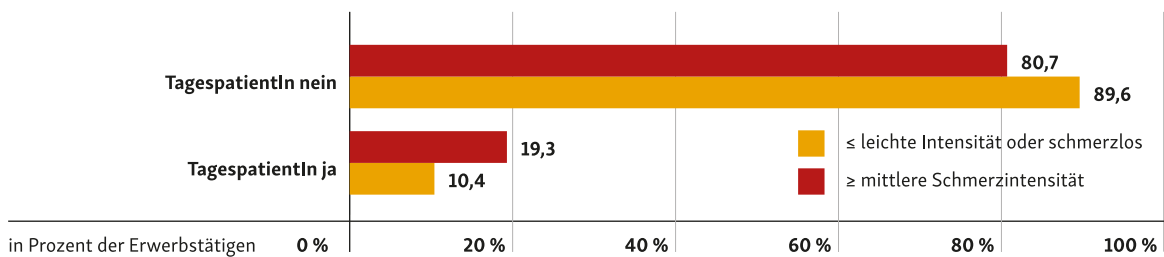


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Knapp ein Fünftel (19,3%) der Betroffenen gab zudem an, als TagespatientIn ins Spital aufgenommen worden zu sein. In der Vergleichsgruppe wa-

ren es mit 10,4 Prozent beinahe um die Hälfte weniger (siehe Abb. 9.2).

Abb. 9.2 Krankenhaus-TagespatientIn in den letzten 12 Monaten



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Zum Thema Spitalskontakte ließen sich auch anhand der **Daten von WGKK und KAV** relevante Auswertungen vornehmen, wobei die Ergebnisse jenen auf Basis des ATHIS ähneln: bei den 52.055 identifizierten chronischen SchmerzpatientInnen betrug der Anteil jener, die 2014 in *stationärer Behandlung* waren, 24,7 Prozent (n=12.832). In der Vergleichsgruppe aus statistischen Zwillingen lag dieser Anteil hingegen nur bei 12,7 Prozent (n=6.598). Auch bezüglich der *Aufnahmen in Notfallambulanzen* wurden die beiden Gruppen miteinander verglichen. Hier war der Unterschied geringer: während 15 Prozent der chronischen SchmerzpatientInnen (n=7.720) im Jahr 2014 mindestens einmal eine Ambulanz aufgesucht haben, waren es bei den Nicht-Betroffenen 13 Prozent (n=6.600). Deutlicher wird der Unterschied, wenn man beide Gruppen anhand der durchschnittlichen Anzahl von *Ambulanzkontakten* vergleicht. So weisen die chronischen SchmerzpatientInnen

hier einen Durchschnittswert von 0,91 Besuchen im Jahr 2014 auf, in der Vergleichsgruppe ist dieser mit 0,49 Kontakten pro Person fast um die Hälfte niedriger. Ein ähnliches Bild ergibt sich hier übrigens auch in puncto stationärer Aufnahmen: die Anzahl der Aufnahmefälle pro Person lag 2014 bei 0,53 (SchmerzpatientInnen) zu 0,24 (Vergleichsgruppe).

Von den 12.832 Personen, die 2014 in stationärer Behandlung waren, wurden 3.325 bereits anhand (vorangehender) Inanspruchnahmen bei WGKK-VertragspartnerInnen als chronische SchmerzpatientInnen identifiziert (der Rest über die Daten der Dokumentation des KAV). Über sie lagen weiterführende Informationen zu ihren Spitalsaufenthalten vor, unter anderem zum Aspekt der *Tagesaufnahmen*. Auch hierzu ähneln die Ergebnisse jenen der ATHIS-Auswertungen. 613 (18,4%) dieser 3.325 im Spital aufgenommenen SchmerzpatientInnen

hatten dabei zumindest einmal den Status einer TagespatientIn, wurden also am selben Tag wieder entlassen. Davon wiederum waren 182 Personen *mehrmals* TagespatientInnen, weswegen diese kleine Gruppe von chronischen SchmerzpatientInnen (5,5% von 3.325) für einen vergleichsweise sehr großen Anteil (nämlich 21,5%) *aller* Tagesaufnahmen verantwortlich ist. Im Rahmen solcher Tagesaufnahmen werden selten (in weniger als 10 Prozent

der Fälle) auch medizinische Einzelleistungen abgerechnet. In vielen Fällen, vor allem bei der Diagnose unspezifischer Rückenschmerz, erfolgen also Behandlungen (z. B. Infusionen), die auch außerhalb eines Krankenhauses erbracht werden könnten. Für weitere Auswertungen auf Basis des „eingeschränkten Samples“ (von n=3.325) sei auf die Geschlechtervergleiche in Kapitel 6.3 verwiesen.

Konsultationen medizinischen Fachpersonals

Weitere für das Gesundheitssystem relevante Effekte betreffen Konsultationen medizinischen Fachpersonals, die Personen *mit* chronischem Schmerz ebenfalls deutlich öfter in Anspruch nehmen. Bei ihnen ist laut der erwähnten Studie von Häuser et al. (2014) die Wahrscheinlichkeit, eine Ärztin bzw. einen Arzt aufzusuchen, um das 1,7-fache [KI: 1,6–1,8] erhöht. Betroffene mit funktioneller Beeinträchtigung gehen sogar 2,6-mal häufiger

zur Ärztin bzw. zum Arzt [KI: 2,4–2,7]. Derartige Effekte sind nach einer Studie von Ohayon und Stingl (2012) auch bei Betroffenen mit neuropathischen Schmerzen überdurchschnittlich stark (ebda: 449). Zudem beschreiben auch einige der oben (bei den Spitalsaufnahmen) erwähnten Studien solche Effekte und kommen zu ähnlichen Ergebnissen (vgl. Tab. 9.2).

Tabelle 9.2 Effekte des chronischen Schmerzes auf Kontakte mit ÄrztInnen

Land	Indikatoren	Effektstärke(n) ³⁾	Quelle(n)	Merkmale
Australien	AllgemeinmedizinerIn	IRR: 1,2 [KI: 1,1-1,3] ²⁾ IRR: 1,5 [KI: 1,4-1,6] IRR: 1,4 [KI: 1,2-1,6] IRR: 2,0 [KI: 1,8-2,2]	Blyth 2004	Kontakt in den letzten 2 Wochen letzte 12 Monate beeinträchtigt / 2 Wo. beeinträchtigt / 12 Mo.
Dänemark	Med. Fachkräfte	OR ³⁾ : ~2	Eriksen 2003	letzte 3 Mo.
Deutschland	AllgemeinmedizinerIn FachärztIn	OR: 1,5 [KI: 1,2-1,75] OR: 1,8 [KI: 1,6-2,2]	Fröhlich et al. 2006	über vs. unter MW über vs. unter MW

1) Zur Darstellung der Stärke von Effekten wird in allen diesen Studien eine Form des Quotenverhältnisses (OR, RR, IRR) angegeben. Lesebeispiel: „Die Wahrscheinlichkeit, eine/n FachärztIn zu konsultieren, ist bei chronischen SchmerzpatientInnen um das 1,8-fache erhöht“. Zur Interpretation von Effektstärken siehe weiterführend Posch & Rosenkranz (2016).

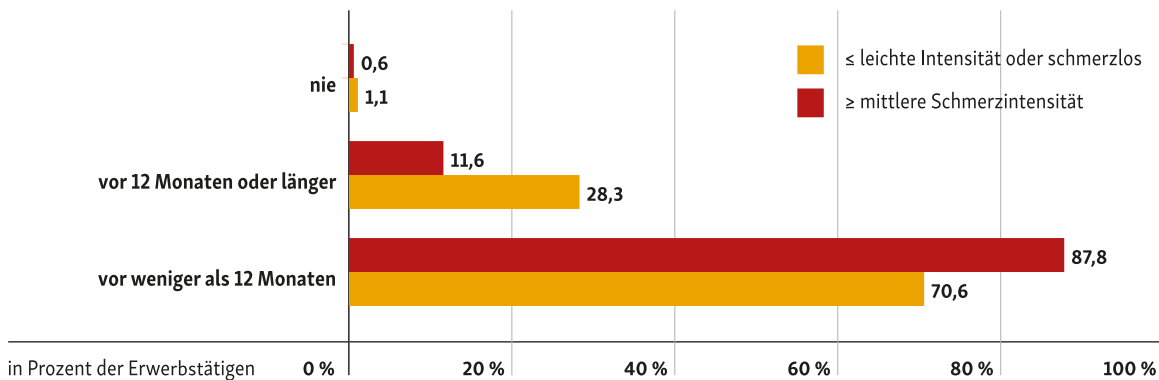
2) IRR = Incidence Rate Ratio; KI = Konfidenzintervall.

3) OR = Odds Ratio: Quotenverhältnis oder Risikoverhältnis. Statistische Maßzahl zur Aussage der Stärke eines Zusammenhanges von zwei Merkmalen.

Eriksen et al. (2003) z. B. kamen zum Schluss, dass Personen mit chronischen Schmerzen in etwa doppelt so oft Gesundheitsfachkräfte kontaktierten. Aufgeschlüsselt nach Allgemein- und FachmedizinerInnen wurden erstere (in den letzten *drei* Monaten) von ca. 56 Prozent der Befragten *mit* chronischem Schmerz aufgesucht und von 35 Prozent jener *ohne* chronischen Schmerz. Bei letzteren beträgt dieses Verhältnis 16% zu 6% (ebda: 226).

Im Unterschied dazu betrug der Referenzzeitraum im **ATHIS 2014** *zwölf* Monate. Von den **Wiener** Teilnehmenden *mit* chronischen Schmerzen gaben 87,8 Prozent an, in den zwölf Monaten vor der Befragung eine/n praktische/n ÄrztIn aufgesucht zu haben. In der Vergleichsgruppe waren es mit 70,6 Prozent deutlich weniger. Bei einem entsprechend größeren Teil dieser Gruppe lag der letzte Arztbesuch schon länger zurück (Abb. 9.3).

Abb. 9.3 Besuche bei AllgemeinmedizinerIn in den letzten 12 Monaten

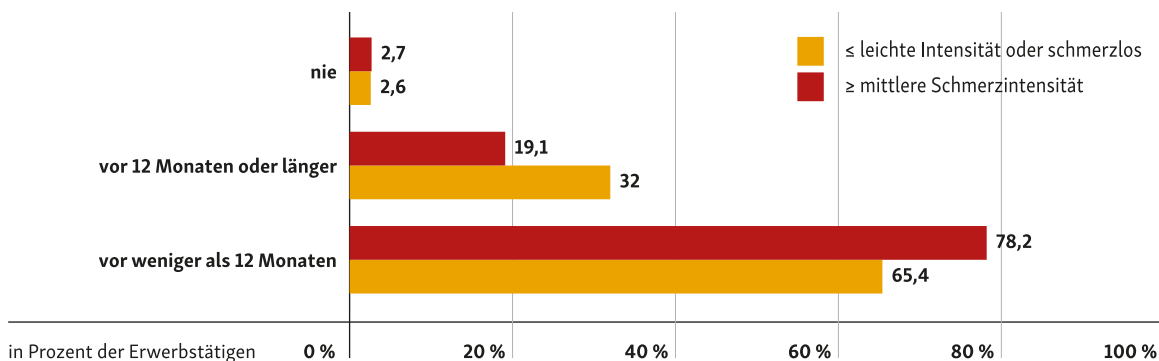


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Mit Besuchen bei FachmedizinerInnen verhält es sich ähnlich, wiewohl hier die Unterschiede zwischen PatientInnen *mit* und *ohne* chronische Schmerzen etwas geringer sind. Erstere gaben zu 78,2 Prozent an, in den letzten 12 Monaten eine/n FachärztIn besucht zu haben, bei letzteren betrug

dieser Anteil nur 65,4 Prozent (siehe Abb. 9.4). Wie bei der Frage zum Besuch bei AllgemeinmedizinerInnen gaben auch bei der Frage, die die Besuche bei FachmedizinerInnen betraf, nur sehr wenige Interviewte an, *noch nie* eine/n ÄrztIn aufgesucht zu haben.

Abb. 9.4 Besuche bei FachärztInnen in den letzten 12 Monaten



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Im Rahmen der internen Auswertung der Dokumentationsdaten von **KAV und WGKK** wurde das Sample der 52.055 identifizierten SchmerzpatientInnen mit der Vergleichsgruppe auch hinsichtlich der Arztkonsultationen im niedergelassenen Bereich verglichen. Da ihre Identifizierung im Jahr 2013 großteils auf Basis solcher Kontakte erfolgte, überrascht es nicht, dass beide Gruppen auch 2014 zu einem Anteil von 94 bzw. 93 Prozent AllgemeinmedizinerInnen oder FachärztInnen besuchten. Größere Unterschiede gab es jedoch im *Ausmaß*,

in dem dies geschah: während ein/e chronische/r SchmerzpatientIn durchschnittlich 36 Leistungen von ÄrztInnen in Anspruch nahm, waren es bei den Vergleichspersonen nur 20.

Medikamentenverbrauch

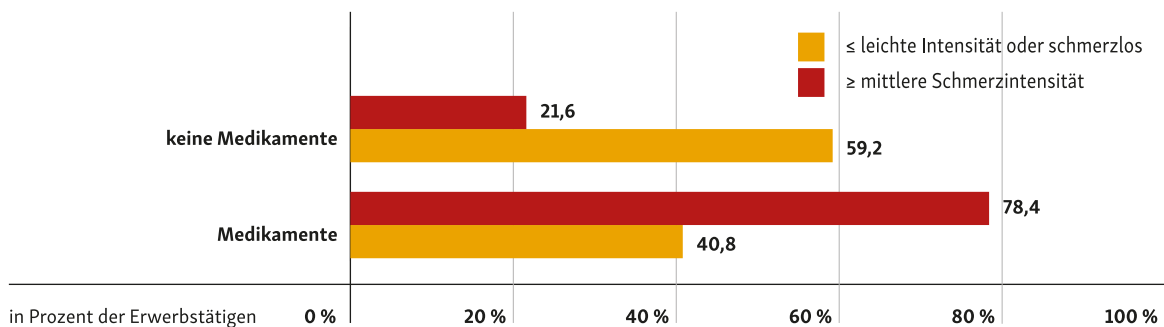
Es ist davon auszugehen, dass die Verbreitung chronischer Schmerzen auch das Niveau des Medikamentenverbrauchs in einer Population erhöht. Einige empirische Hinweise dafür liefert wieder die Studie von Eriksen et al. (2003). Für eine dänische Population stellte sie fest, dass Betroffene chronischer Schmerzen [jeglicher Intensität, Anm.] zu 30 Prozent regelmäßig Analgetika einnahmen, während Nicht-Betroffene dies nur zu 4 Prozent taten.

Für **Wien** zeigen sich hierzu anhand der Daten aus dem **ATHIS 2014** ebenfalls deutliche Unterschie-

de, zumindest was die Einnahme *verschreibungspflichtiger* Medikamente betrifft. Solche werden von 78,4 Prozent der WienerInnen, die an mäßigen bis starken chronischen Schmerzen leiden, eingenommen. In der Vergleichsgruppe sind es „nur“ 40,8 Prozent (Abb. 9.5).

Die Frage im ATHIS bezieht sich auf *alle* (nicht nur die schmerzspezifischen) Medikamente, was – zusammen mit der engeren Eingrenzung der Schmerzgruppe – einen Teil des generellen Niveauunterschiedes zur dänischen Studie erklärt.

Abb. 9.5 Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente in den letzten zwei Wochen

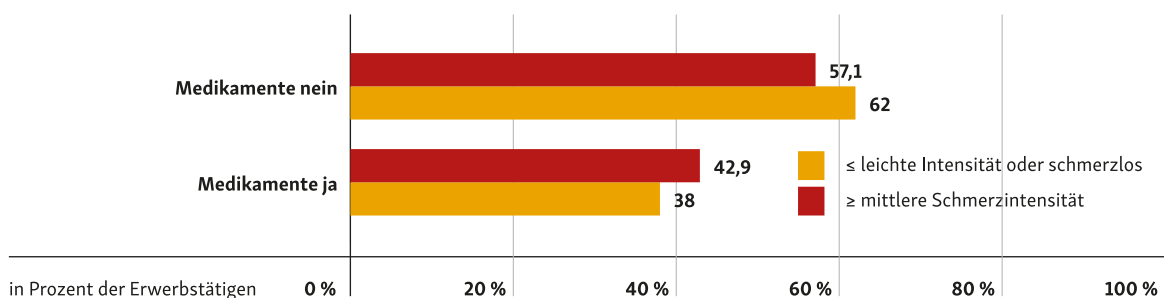


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Dasselbe gilt auch für *nicht verschreibungspflichtige* Medikamente. Ein insgesamt recht hoher Anteil von durchschnittlich 40 Prozent der WienerInnen gibt an, solche in den letzten beiden Wochen

konsumiert zu haben. Wiewohl signifikant, ist der Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen bei diesem Indikator jedoch relativ gering (43 vs. 38 Prozent; vgl. Abb. 9.6).

Abb. 9.6 Einnahme nicht verschreibungspflichtiger Medikamente in den letzten zwei Wochen



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Auch in den Daten von **KAV und WGKK** zeigen sich diesbezüglich Unterschiede zwischen chronischen SchmerzpatientInnen und Nicht-Betroffenen (jeweils n=52.055): Während erstere im Jahr

2014 durchschnittlich 68 verschreibungspflichtige Heilmittel pro Person in Anspruch nahmen, waren es bei letzteren nur 27 Heilmittel pro Person.

9.2.2 Wirkungen im Sozialsystem

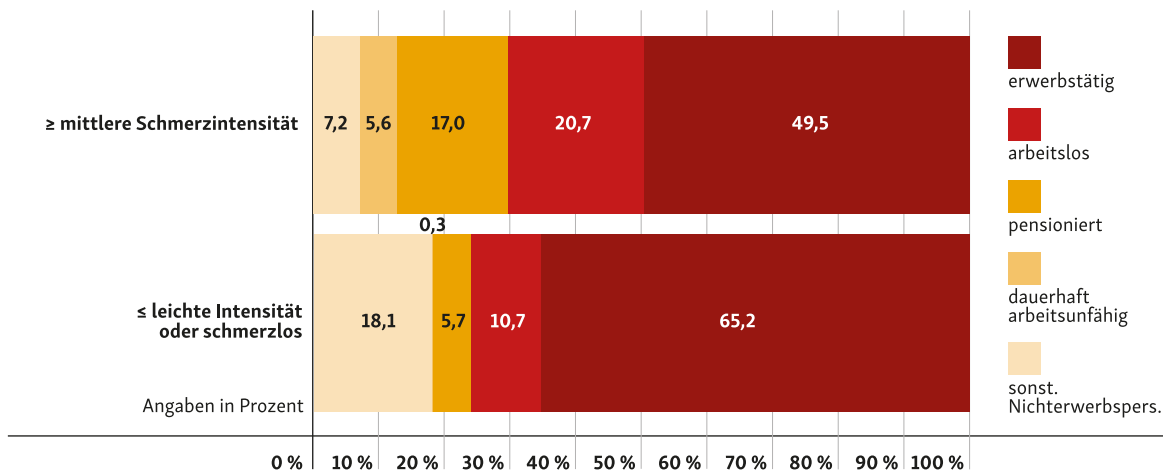
Inanspruchnahme von Sozialleistungen: Krankengeld, Arbeitslosengeld, Invaliditätspension, Mindestsicherung

In der internationalen Literatur findet sich recht wenig zum Effekt chronischer Schmerzen auf die Inanspruchnahme von Sozialleistungen. In einem Review von Harker et al. (2012) werden diverse Studienergebnisse aus Dänemark und Schweden angeführt. Diese berichteten unter anderem davon, dass Opioid-KonsumentInnen eine 2-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, Invaliditätspension zu beziehen. Weitere inkludierte Studien stellten fest, dass 69 Prozent der Personen mit chronischen Schmerzen Krankengeld bezogen und 26 Prozent Invaliditätspension in Anspruch nahmen. Morgan et al. (2011) stellten im Rahmen einer britischen Untersuchung fest, dass 41 Prozent der Betroffenen wegen ihrer starken Schmerzen irgendeine Form staatlicher Unterstützungsleistungen bezogen. Versuche zur Schätzung der monetären Folgen derartiger Effekte und Prävalenzen für das Sozialsystem wurden im Rahmen einiger ökonomischer Studien unternommen, die weiter unten (Kap. 9.4) noch näher behandelt werden.

Bezüglich vieler staatlicher Sozialleistungen (Invaliditätspensionen, Arbeitslosengeld, Mindestsicherung) ermöglichen weder die Daten des **ATHIS** noch jene von **WGKK** und **KAV** die direkte Beantwortung der Frage, ob bzw. inwieweit diese öfter von an chronischen Schmerzen leidenden WienerInnen in Anspruch genommen werden. Ein Blick auf die strukturelle Zusammensetzung dieser Personengruppe lässt darüber aber gewisse Rückschlüsse zu.

Wie Abbildung 9.7 zeigt, bezeichneten sich im Rahmen des **ATHIS 2014** die Befragten mit chronischen Schmerzen wesentlich weniger häufig als „erwerbstätig“ als jene ohne chronische Schmerzen. Im Unterschied dazu gab es unter Betroffenen wesentlich mehr Befragte, die sich selbst als „arbeitslos“, „dauerhaft arbeitsunfähig“ oder „pensioniert“ bezeichneten.

Abb. 9.7 Erwerbsstruktur der Personen mit und ohne chronische Schmerzen, Alter 20 bis 65 Jahre



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

So ist der Anteil an Erwerbstätigen in der „Schmerzgruppe“ um 15,7 Prozentpunkte geringer als in der Vergleichsgruppe. Unter den an Schmerz Leidenden gibt es fast doppelt so viele Arbeitslose, und dreimal so viele Personen mit chronischen Schmerzen sind (im „erwerbsfähigen“ Alter bis 65 Jahre) bereits pensioniert. „Dauerhafte Arbeitsunfähigkeit“ (Invalidität) scheint überhaupt ein Phänomen zu sein, das fast völlig an chronische Schmerzen geknüpft ist: während der entsprechende Anteil unter den Betroffenen 5,6 Prozent beträgt, liegt er in der Vergleichsgruppe bei nur 0,3 Prozent. Der dort ausgewiesene hohe Anteil „sonstiger Erwerbspersonen“ (18,1%) kommt dadurch zustande, dass viele StudentInnen und Präsenzdiener in diese Kategorie fallen. Diese Gruppen sind noch jung und daher weniger von chronischem Schmerz betroffen.

Die Anteilswerte, die auf Basis der Dokumentationsdaten von **WGKK und KAV** zur „Versichertenkategorie“ der identifizierten SchmerzpatientInnen und ihrer statistischen Zwillinge berechnet wurden, weichen von den obigen etwas ab. Zurückzuführen ist dies auf die erwähnten Unterschiede zwischen den beiden Datensätzen hinsichtlich Stichprobenziehung und Operationalisierung der Kategorie „chronische/r SchmerzpatientIn“.

Jedenfalls zeigen sich auch hier zwischen der „Schmerzgruppe“ und der Vergleichsgruppe große Unterschiede, die beim Vergleich der Patien-

tInnen mit Rückenschmerzen im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 65 (n=10.982 von 52.055) und ihrer statistischen Zwillinge besonders deutlich werden: eine überwiegende Mehrheit der ersteren ist nicht erwerbstätig (darunter 33,7% Pensionierte; 29,4% Arbeitslose; 6,3% Angehörige und 8,3% Sonstige), nur 22,3 Prozent sind erwerbstätig. In der Vergleichsgruppe waren im Jahr 2013 immerhin fast die Hälfte der Befragten (49,3%) erwerbstätig. Auch waren in dieser Gruppe nur 25,6 Prozent pensioniert und nur 14,2 Prozent arbeitslos. 6,4 Prozent waren Angehörige und 4,4 Prozent hatten einen sonstigen Versicherungsstatus.

9.2.3 Wirkungen in der Arbeitswelt und im Wirtschaftssystem

INTERNATIONALE STUDIEN

Krankenstandstage

Im Arbeits- und Wirtschaftsleben zeigen sich bei Menschen mit chronischen Schmerzen ebenfalls recht deutliche Effekte. In Deutschland wiesen Personen mit chronischem Schmerz eine um das

1,8-Fache [KI: 1,7-1,9] erhöhte Anzahl an Krankenstandstagen auf (Häuser et al. 2014). Funktional beeinträchtigende Intensität verstärkte diesen Effekt auf das 6,8-Fache [KI: 6,5-7,1].

Krankenstandstage und Arbeitslosigkeit

Für die Gruppe der Betroffenen war auch das Risiko, arbeitslos zu werden, um das 3,3-Fache [KI: 1,8-6,2] höher als für die Gruppe der schmerzfreien Personen; bei nicht funktional beeinträchtigten Betroffenen war dieses Risiko jedoch nicht signifikant erhöht (Häuser et al. 2014). Damit wiesen funktional beeinträchtigte chronische SchmerzpatientInnen das gleiche Risiko für Arbeitslosigkeit auf wie Personen *ohne weiterführende Bildung*, bei denen dieses Risiko ebenso 3,3-fach [KI: 1,7-6,3] erhöht war. Dies verdeutlicht die ökonomische Relevanz des Themas.

das Muster, dass die Wahrscheinlichkeit überdurchschnittlich viele Krankenstandstage in Anspruch zu nehmen, durch chronischen Schmerz auf circa das Doppelte steigt (Harker et al. 2012; Eriksen et al. 2003; Saastamoinen et al. 2009).

Die Wahrscheinlichkeit einer Aufgabe des Arbeitsplatzes, sei es in Folge von Jobwechsel, Arbeitslosigkeit oder Invalidität, erhöht sich dadurch allerdings um einiges stärker (Eriksen et al. 2003; Saastamoinen et al. 2012; Nielsen 2013; Morgan et al. 2011). Die detaillierteren Ergebnisse sind überblicksartig in Tab. 9.3 dargestellt.

Andere internationale Studien kommen auch hier wieder zu ähnlichen Ergebnissen und bestätigen

Tabelle 9.3 Effekte chronischer Schmerzen auf Indikatoren zu Arbeit und Wirtschaft

Land	Indikatoren	Effektstärken ¹⁾	Quelle(n)	Merkmale
Dänemark	Arbeitswechsel oder Rückzug Krankenstandstage	OR: 7,3 [KI: 6,2 - 8,6] OR: 2,0 [KI: 1,6 - 2,4]	Eriksen et al. 2003	Daten aus 2000; Cut-Off 6 Monate
Finnland	Krankenstand 4-14 T	RR: 1,5 [KI: 1,4 - 1,7]; w. RR: 1,7 [KI: 1,4 - 2,1]; m.	Saastamoinen et al. 2009	Kontrollvariablen SES & Arbeitsumfeld (2009) & vorhandene Diagnosen (2012); jede Intensität; Stadtbedienstete Helsinki
	Krankenstand >14 T	RR: 2,3 [KI: 2,0 - 2,6]; w. RR: 1,9 [KI: 1,5 - 2,6]; m.		
	Invaliditätspension [HR1,2: ohne und mit langer Krankheit]	HR ₁ : 2,4 [KI: 1,8 - 3,1]; HR ₂ : 3,7 [KI: 2,8 - 4,7];	Saastamoinen et al. 2012	
Norwegen	Arbeitsunfähigkeit (Krankenstand, Invaliditätspension oder Arbeitslosigkeit)	OR: 4,3 [KI: 3,2-6,2]	Nielsen (2013)	Kontrollvariablen: Bildung & psych. Gesundheit; 26-64-Jährige; alle Intensitäten

1) Zur Darstellung der Stärke von Effekten wird in allen diesen Studien eine Form des Quotenverhältnisses (OR=Odds Ratio, RR=Risk Ratio, HR=Hazard Ratio) angegeben. Lesebeispiel: „Das Risiko arbeitsunfähig zu werden, ist bei chronischen SchmerzpatientInnen um das 4,3-Fache erhöht.“

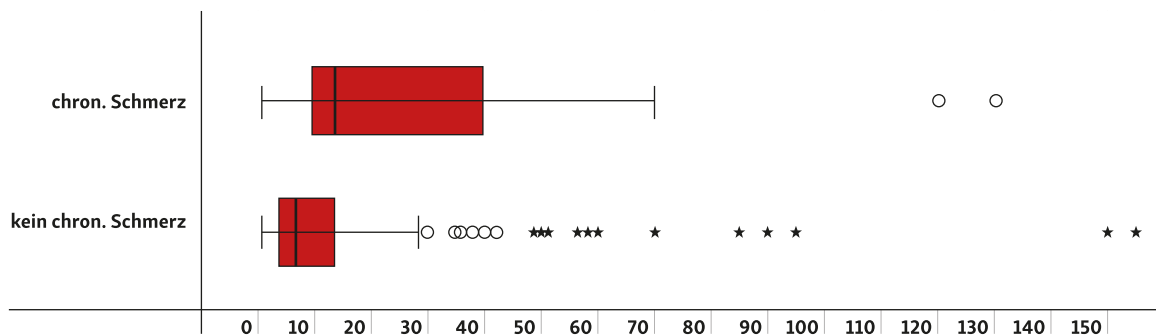
ÖSTERREICHISCHE STUDIEN

Krankenstandstage

Mit dem Effekt chronischer Schmerzen auf Krankenstandstage beschäftigt sich auch eine österreichische Studie (Gustorff et al. 2008). Allerdings verzichtet diese auf eine Kontrollgruppe und fokussiert auf Personen mit neuropathischem Schmerz. Für diese Gruppe – geschätzte 3,3 Prozent der österreichischen Bevölkerung – wird die durchschnittliche Anzahl an Tagen im Krankenstand im vorangegangenen Jahr mit 29 angegeben. Damit scheint neuropathischer Schmerz öfter mit krankheitsbedingter Abwesenheit vom Arbeitsplatz einherzugehen als andere chronische Schmerzformen.

Auch im Zuge der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS) wurden Informationen zu den Krankenstandstagen erhoben. Wie ein Blick auf die entsprechenden Daten für Wien (in Abb. 9.8 als Boxplot dargestellt) zeigt, waren die Befragten mit chronischem Schmerz im Median an 14 Tagen im vorhergehenden Jahr im Krankenstand, während der gleiche Durchschnittswert bei Personen ohne (zumindest mittelmäßige) chronische Schmerzen 7 Tage beträgt. Bei dem Vergleich fällt auf, dass die Werte ersterer viel stärker nach oben streuen und es offenbar etliche Betroffene gibt, die außerordentlich lange in Krankenstand waren.

Abb. 9.8 Krankenstandsdauer in den letzten 12 Monaten, Verteilung mit Ausreißern bis 150 Tage



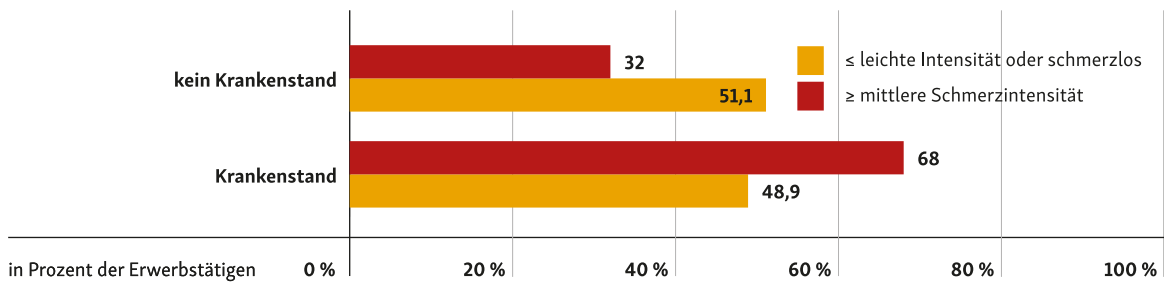
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Häufigkeit von Krankenständen

Was die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Krankenstand an sich betrifft, so gaben mit 48,9 Prozent etwas weniger als die Hälfte der Befragten *ohne* chronische Schmerzen an, dass sie im vergangenen Jahr Krankenstand in Anspruch genommen hätten. Bei den Befragten *mit* chronischen

Schmerzen waren es hingegen mit 68 Prozent mehr als zwei Drittel (siehe Abb. 9.9).

Abb. 9.9 Krankenstand in den letzten 12 Monaten



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Krankenstandsdauer und Krankengeld

Aus den internen Auswertungen der Daten von WGKK und KAV ist darüber hinaus bekannt, dass die Gruppe der chronischen SchmerzpatientInnen im Jahr 2014 das von der WGKK ab einer Krankenstandsdauer von sechs bis zwölf Wochen ausbezahlte *Krankengeld* im Durchschnitt um 8 Tage länger in Anspruch genommen hat als die Grup-

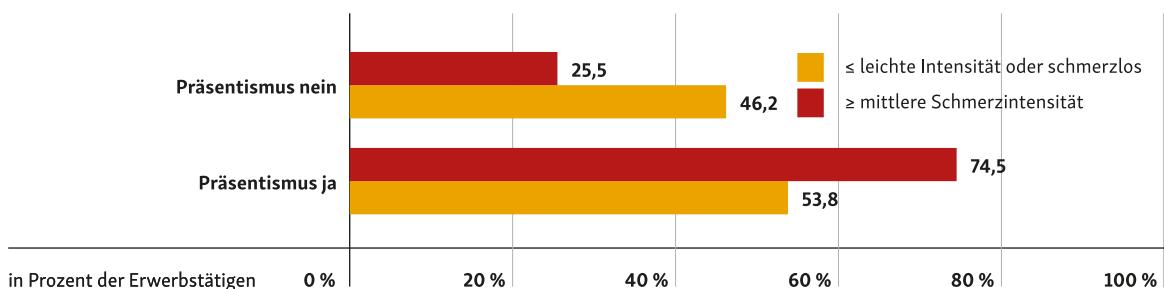
pe der nicht betroffenen WGKK-Versicherten (11 vs. 3 Tage pro Person). In der Teilstichprobe der RückenschmerzpatientInnen (n=10.982) war dieser Unterschied mit einer Durchschnittsdauer von 19 Tagen Krankengeldbezug sogar noch wesentlich größer.

Präsentismus

Ein weiteres, die Arbeitswelt betreffendes Phänomen ist der sogenannte *Präsentismus*, also das Nachgehen einer beruflichen Betätigung *trotz* eines Gesundheitsproblems. Auch dieses Verhalten

ist laut den ATHIS-Daten bei Personen mit chronischen Schmerzen deutlich weiter verbreitet als bei jenen ohne chronische Schmerzen (siehe Abb. 9.10).

Abb. 9.10 Trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Wie ersichtlich, geben fast drei Viertel der an chronischen Schmerzen Leidenden an, im vergangenen Jahr *trotz* (vermutlich mit dem Schmerz in Verbindung stehender) gesundheitlicher Probleme an, in die Arbeit gegangen zu sein. Dieser An-

teil ist damit noch deutlich höher als bei jenen, die nicht unter chronischen Schmerzen leiden, wo er 53,8 Prozent beträgt.

9.3 Ökonomische Bewertungen des chronischen Schmerzes und seiner Folgen

Von Seiten der Gesundheitsökonomie wird immer wieder versucht, die monetären Kosten, die durch die in Kap. 9.3 beschriebenen Auswirkungen des chronischen Schmerzes für die Gesellschaft entstehen, zu quantifizieren. In diesbezüglichen Forschungsarbeiten werden diese Kosten oft in zwei grobe Kategorien unterteilt, nämlich:

- *Direkte Kosten:* sie entstehen durch Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.
- *Indirekte Kosten:* sie ergeben sich einerseits aus den sozialrechtlichen Ansprüchen der Erkrankten auf Unterstützungsleistungen, andererseits fallen darunter auch Produktivitäts-

verluste durch den Entfall bzw. die ineffektive Nutzung von Arbeitszeit.

Der vorliegende Abschnitt liefert eine kurze Zusammenschau von nationalen und internationalen Forschungsergebnissen, die diese beiden Kostenkategorien betreffen. Fast alle relevanten Studien dazu wurden im Ausland verfasst. Eine Ausnahme bildet der Bericht zur „Versorgungssituation bei Schmerz in Österreich“ (Joanneum 2011), welcher unter anderem ökonomische Einschätzungen zu einigen direkten Kosten sowie zu Krankenständen und vorzeitigen Pensionierungen bei RückenschmerzpatientInnen enthält.

9.3.1 Direkte Kosten

In Österreich belaufen sich die direkten Kosten der medizinischen Versorgung chronischer Schmerzen laut den aktuellsten verfügbaren Schätzungen auf ca. 1,4 bis 1,8 Mrd. € (Joanneum 2011; Krahulec et al. 2013). In der Erhebungsperiode der Daten, dem Jahr 2008, entsprach dies einem Anteil von ca. 6 bis 8 Prozent der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben, die ihrerseits wiederum 8,2 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) ausmachten (Joanneum 2011: 73). Der Anteil jener Kosten, die nur durch medizinische Behandlungen allein entstanden, lag somit bei 0,5 bis 0,6 Prozent des BIP 2009.

Diese Werte gelten übrigens für Schmerzen ungeachtet ihrer Art und Lokalisation. Der größte Teil davon entfällt mit ca. 880 Mio. € auf die breite Gruppe der **Rückenleiden (Dorsopathien)**, wovon wiederum 174 Mio. € dem „chronischen unspezifischen Rückenschmerz“ zuzurechnen sind. Was die Kostenaufteilung auf verschiedene Versorgungskomponenten betrifft, lässt sich zumindest für die letztgenannte Schmerzart sagen, dass hier die Kosten der therapeutischen und stationären Versorgung eine bedeutendere Rolle spielen als jene für Arztbesuche und Medikamente, die beim akuten Schmerz noch dominieren (Joanneum Research 2011: 81).

Insofern decken sich die österreichischen Schätzungen auch mit internationalen Ergebnissen. Denn laut einem Review von Breivik et al. (2013) stellen die größten Ausgabenposten innerhalb der direkten Kosten für chronischen Schmerz die **Hospitalisierungen** dar (ebda: 4). Moore et al. (2014) nehmen in einem weiteren Review einen Vergleich der Gesundheitsleistungen für PatientInnen mit und ohne chronische Schmerzen vor und kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass chronischer Schmerz die Kosten für stationäre wie ambulante Spitalskontakte stärker erhöht als die Kosten für die **Konsultation praktischer ÄrztInnen** (ebda: 89). Insgesamt seien die Kosten von Inanspruchnahmen bei SchmerzpatientInnen – je nach Durchführungsort und Design der Erhebung – um zumindest das 2,6-Fache erhöht (ebda: 85).

Was das Gesamtvolumen der auf chronischen Schmerz zurückzuführenden *direkten* Gesundheitsausgaben bzw. deren relative Bedeutung für die gesamte Volkswirtschaft betrifft, weichen die internationalen Studien jedoch etwas voneinander ab. Der relative Anteil der direkten Kosten wird gegenüber den indirekten meist als niedriger eingeschätzt (vgl. Phillips 2009: 3). Die angegebenen Prozentwerte unterscheiden sich allerdings von Studie zu Studie sehr stark und reichen von rund 10 Prozent (Phillips 2009; Joanneum 2011; Persson

et al. 2015) bis über 40 Prozent (Azevedo et al. 2016; Wieser et al. 2011; Gustavsson et al. 2012; Gannon et al. 2013; Raftery et al. 2012; Gaskin & Richard 2012). Neben Länderunterschieden hat dies vor allem mit unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen, z. B. der Definition chronischer Schmerzen oder der Berücksichtigung und Kategorisierung bestimmter Teilausgaben zu tun. Dies wirkt sich natürlich auch auf die Berechnungen des Anteils direkter medizinischer Kosten an der Wirtschaftsleistung aus.

Die portugiesische Studie von Azevedo et al. (2016) beispielsweise gab die direkten Kosten mit 42,7 Prozent der auf 4,61 Mrd. € (2,7% des BIP) ge-

schätzten, chronischem Schmerz geschuldeten Gesamtausgaben, an. Damit machten die direkten Kosten der medizinischen Schmerzversorgung rund 1,97 Mrd. € oder 1,16 Prozent des BIP 2010 aus. In der Schweizer Studie von Wieser et al. (2011) lagen die direkten Kosten bei 38,6 Prozent der geschätzten 6,7 Mrd. € Gesamtkosten (2,3% des BIP) und kamen damit allein auf ca. 0,9 Prozent des Schweizer BIP 2005. Die österreichische Schätzung (0,6% des BIP) liegt zwar etwas unter diesen Werten, vermittelt aber zusammen mit den genannten Ergebnissen eine konsistente Vorstellung von der volkswirtschaftlichen Größenordnung der direkten Kosten des chronischen Schmerzes in europäischen Ländern.

9.3.2 Indirekte Kosten

Hinsichtlich der durch chronischen Schmerz indirekt verursachten Kosten beschränkt sich der österreichbezogene Bericht von Joanneum Research (2011) auf jene, die dem Sozialsystem aufgrund **vermehrter Krankenstände und frühzeitiger Pensionszuerkennungen** zusätzlich entstanden sind. Eine weitere Einschränkung besteht in der Fokussierung auf die bedeutendste Schmerzkategorie, nämlich dem **chronischen „nicht-spezifischen Rückenschmerz“**. Hierfür beliefen sich die den Krankenständen zugerechneten Mehrkosten auf 410 Mio. € im Jahr 2008 und die den Pensionen zugerechneten auf 107 Mio. € im Jahr 2010 (Joanneum 2011: 75). Zusammen betragen die indirekten Kosten also 517 Mio. €, wobei die Kosten der **Produktivitätsausfälle** im Falle ihrer Berücksichtigung hier noch hinzugekommen wären. Dies ist deutlich mehr als die den chronischen RückenschmerzpatientInnen zugerechneten direkten Kosten, die 174 Mio. € betragen. Da jedoch die Kosten der Produktivitätsverluste wie auch Schätzungen für die anderen Schmerzkategorien nicht vorliegen, ist es nicht möglich, die indirekten Kosten als Anteil an der Wirtschaftsleistung anzuführen.

Sehr wohl berücksichtigt wurde beides jedoch in diversen internationalen Studien, wenn auch, wie im Falle des Produktivitätsverlustes, unter Verwendung verschiedener Schätzmethode, von denen der **„Humankapitalansatz“** die am weitesten verbreitete darstellt. Hierbei erfolgt die Bewertung des durch chronischen Schmerz verursachten

Entfalls an Arbeitszeit anhand der Gehaltssumme, die für diese bezahlt wurde (bzw. „worden wäre“). Auch die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Schätzungen nach diesem Ansatz.

Laut Phillips (2009) ist chronischer Schmerz die *wichtigste* Ursache für volkswirtschaftliche Verluste aus gesundheitlichen Gründen (ebda: 2). Sie entstehen sowohl durch Abwesenheit *von* der Arbeit als auch durch reduzierte Leistungsfähigkeit *bei* der Arbeit. Chronische Schmerzen im Muskel- und Skelettsystem seien neben psychischen Erkrankungen überdies der *häufigste* Grund für die Zuerkennung von Invaliditätspension (ebda: 3).

Zusammen mit anderen Sozialleistungen, die üblicherweise Berücksichtigung finden (z. B. *sickness benefits, unemployment benefits, disability allowance*), sich aber naturgemäß nach Land und Gesetzeslage unterscheiden, machen in einschlägigen Studien die **indirekten Kosten meist über 50 Prozent aller Kosten** aus. Eine interessante Ausnahme bildet eine Studie aus Irland (Raftery et al. 2012), die mit 47,8 Prozent der 5,34 Mrd. € Gesamtkosten für chronischen Schmerz (2,86% des BIP 2008) die indirekten Kosten leicht niedriger ansetzt. Allein hätten sie demnach 2,55 Mrd. € oder 1,36 Prozent des irischen BIP betragen. Die Studie schätzt bestimmte Sozialleistungen (Arbeitslosengeld) etwas konservativer und bezieht auch Menschen mit sehr leichtem Schmerz mit ein, die weniger Produktionsausfälle aufweisen. Hingegen

fokussierte eine weitere Studie aus Irland auf Personen mit starkem Schmerz und kam in ihrer Bewertung wieder auf einen deutlichen Überhang der indirekten Kosten (Gannon et al. 2013). Eine Bewertung des volkswirtschaftlichen Schadens durch *funktional einschränkende* Schmerzen für

die USA schließlich schätzte den Anteil der indirekten Kosten auf ca. 53 Prozent aller Kosten, wobei sich die indirekten auf 2,1 bis 2,3 Prozent und die direkten auf 1,7 bis 2 Prozent des BIP beliefen (Gaskin & Richard 2012).

9.4 Konsequenzen für das alltägliche Leben

Die bisher dargestellten und beschriebenen Wirkungen sowie ihre monetären Bewertungen können als Informationsbasis zur Beurteilung und effektiven Gestaltung öffentlicher Leistungen sowie zur Eindämmung negativer wirtschaftlicher Folgen dienen. Gesellschaftlich relevant sind, abgesehen davon, jedoch insbesondere auch jene Konsequenzen chronischer Schmerzen, die die individuellen Lebenssituationen und die sozialen Beziehungen der Menschen betreffen.

Tatsächlich stellte die internationale Forschung immer wieder Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein chronischer Schmerzen und der **Lebensqualität** bzw. **Lebenszufriedenheit** der Betroffenen fest, von denen auch ihr soziales Umfeld nicht unbeeinflusst bleibt. Als Gründe dafür wurden unter anderem die Frustration und Verzweiflung chronischer SchmerzpatientInnen genannt, die sich im Zuge wiederholter Erfahrungen mit ineffektiven Behandlungsversuchen und -methoden entwickeln (Phillips 2009: 3f). Solche Erfahrungen spielen auch in Österreich eine bedeutende Rolle, wie eine Umfrage unter SchmerzpatientInnen bestätigte. Die Ergebnisse zeigen die große Unzufriedenheit unter einem Großteil der Befragten, da sich trotz der Konsultation einer Vielzahl von ÄrztInnen und ständiger Behandlung oft jahrelang nichts an ihren Leiden ändert (Forum Gesundheit 2009).⁵

Empfundene Lebensqualität: Schlaf, soziale Beziehungen, Alltagsaktivitäten

Überdies zeigte bereits Anfang/Mitte der 2000er Jahre eine viel zitierte europaweite Studie vielfältige Einflüsse chronischer Schmerzen auf das tägliche Leben der Betroffenen auf (Breivik et al. 2006). Damals gaben 65 Prozent der Betroffenen an, dass der dauernde Schmerz ihren Schlaf negativ beeinflusste; 61 Prozent hielt der Schmerz davon ab oder schränkte sie darin ein, sozialen Aktivitäten beizuwohnen, wobei für 27 Prozent dadurch sogar die Beziehung zu Freunden und Bekannten beeinträchtigt war. Auch bei alltäglichen Betätigungen wie Sport treiben (73%), Hausarbeiten durchführen (54%) und Spazieren gehen (47%) empfand sich damals ein großer Teil der von chronischen Schmerzen Betroffenen als eingeschränkt.

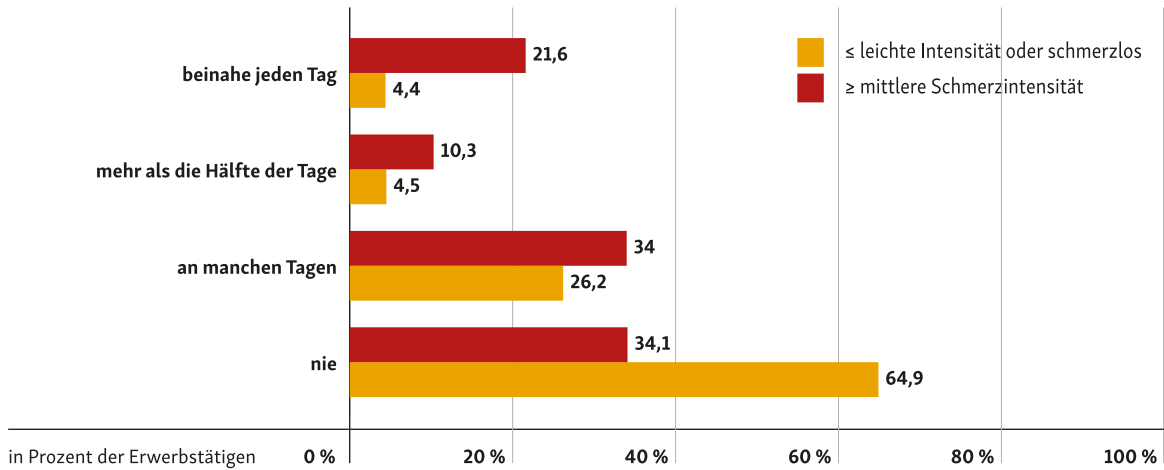
⁵ Siehe dazu die Ausführungen in Abschnitt 6 zu Gender- und Kulturaspekten von Schmerz; Abschnitt 7 zu Leben mit Schmerz und Abschnitt 8 zu Schmerztherapie und Schmerzversorgung (insbes. Kap. 8.3).

Schlafqualität

Die österreichische Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS) enthielt ähnliche Fragen und auch die Auswertung der Daten führte zu ähnlichen Ergeb-

nissen wie die oben angeführten von Breivik et al. (2006), etwa hinsichtlich des Themas „Schlafprobleme“ (siehe Abb. 9.11).

Abb. 9.11 Beeinträchtigung der Schlafqualität



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

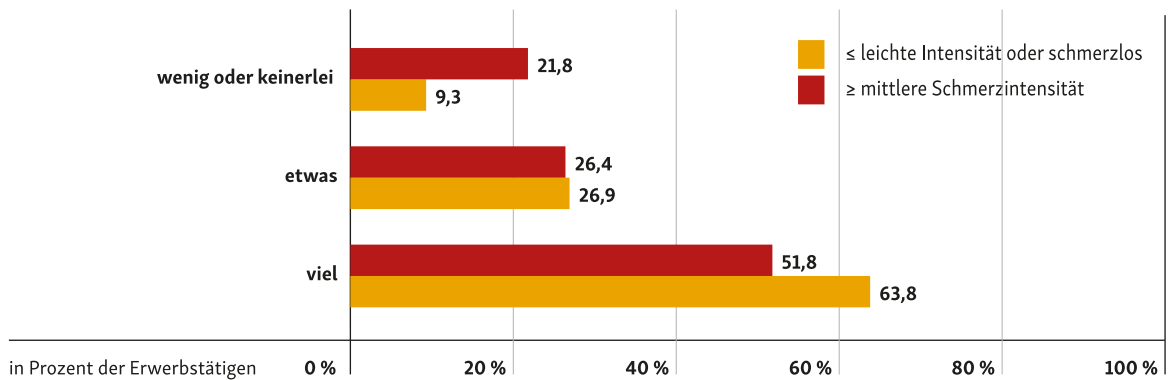
So gaben auch im ATHIS beinahe zwei Drittel (65,9%) der Betroffenen an, unter Einschränkungen der Schlafqualität zu leiden. Wie aus Abbildung 9.11 ersichtlich, ist dieser Anteil bei ihnen damit beträchtlich höher als in der Vergleichsgruppe der Nicht-Betroffenen. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei jenen Befragten, die angeben, an den meisten oder an beinahe allen Tagen Schlafschwierigkeiten zu haben. Bei jenen ohne nennenswerte chronische Schmerzen betragen die betreffenden Anteile jeweils etwa 4,5 Prozent, während sie in der „Schmerzgruppe“ 10,3 bzw. 21,6 Prozent betragen (vgl. Abb. 9.11).

Qualität sozialer Beziehungen

Die Qualität sozialer Beziehungen wurde im ATHIS 2014 unter anderem mit Hilfe der Frage erhoben, wieviel Interesse und Anteilnahme den Be-

fragten vonseiten anderer Menschen entgegengebracht wird (vgl. Abb. 9.12).

Abb. 9.12 Interesse und Anteilnahme durch andere Menschen



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

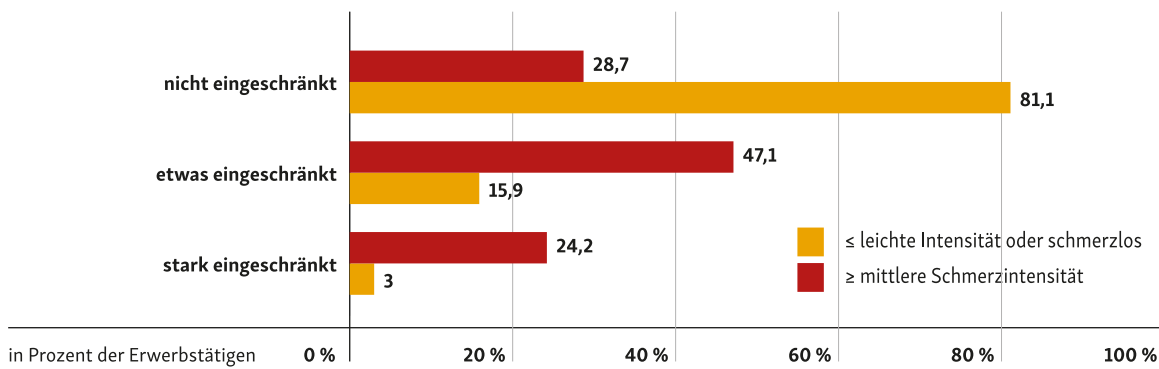
Auch hier ist der Anteil derer, denen „wenig oder keinerlei Interesse und Anteilnahme“ entgegengebracht wird, bei Personen mit chronischem Schmerz merkbar erhöht, wobei nicht sicher ist, ob dies eine Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen *aufgrund* des chronischen Schmerzes oder ob der Schmerz unter Umständen eine Folge der beeinträchtigten sozialen Beziehungen darstellt.

Beeinträchtigungen bei Alltagsaktivitäten

Des Weiteren berichten ganze 71,3 Prozent der Befragten im ATHIS 2014 davon, dass sie sich bei „normalen Tätigkeiten des Alltags“ (die Sport, Hausarbeit usw. umfassen) beeinträchtigt fühlen. Auch diese Werte sind konsistent mit den europaweiten Befragungsergebnissen aus dem Jahr 2006. Anhand der aktuelleren österreichischen Ergebnisse lässt sich überdies feststellen, dass bei diesem Indikator der Unterschied zwischen Personen

mit und ohne bedeutende chronische Schmerzen am größten ist. In der Vergleichsgruppe beläuft sich der Anteil jener, die sich bei einer Alltagsaktivität momentan etwas oder stark beeinträchtigt fühlen, lediglich auf knapp 19 Prozent (vs. 71 Prozent). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen beträgt damit ganze 52,3 Prozentpunkte (vgl. Abb. 9.13).

Abb. 9.13 Einschränkungen bei normalen Tätigkeiten des Alltags



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Berechnung und Darstellung MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Globale Maße: Lebenszufriedenheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität

Vergleiche zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen sind auch in international publizierten Forschungsarbeiten üblich. Behandelt werden neben spezifischen Aspekten der Lebensqualität oder Lebenszufriedenheit (wie den gerade dargestellten) vor allem sogenannte „globale“ Maße, die mehrere solcher Dimensionen zu einer einzigen Skala zusammenfassen.

McNamee und Mendolia (2014) beispielsweise untersuchten basierend auf den Daten eines australischen Haushaltspanels den Effekt chronischer Schmerzen auf einer 10-stufigen Skala der *Lebenszufriedenheit*. Der „starke negative Effekt“, den sie feststellten, reduzierte sich im Laufe der Jahre bei Frauen etwas, während er sich bei Männern erhöhte. Erstere schafften es offenbar besser, sich auf ein Leben mit Schmerz einzustellen.

Daneben gibt es noch Querschnittsstudien wie jene von Boonstra et al. (2013), die – bezogen auf

die Niederlande – herausfanden, dass Personen *ohne* chronische Schmerzen mit 2,4-fach erhöhter Wahrscheinlichkeit [KI: 1,9-3,0] eine (sehr) hohe Lebenszufriedenheit aufwiesen. Auch Studien aus Irland (Raftery et al. 2011) und Japan (Inoue et al. 2015) zeigen auf den einschlägigen Skalen der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* einen deutlich negativen Einfluss des chronischen Schmerzes. Die getrennte Auswertung der Dimensionen „physische“ und „mentale“ Lebensqualität ergab bei Raftery et al. (2011), dass erstere durch chronische Schmerzen stärker beeinflusst wird als letztere. In dieser Studie wurden auch eigene Daten zur Erfassung „depressiver Symptome“ erhoben: die Prävalenz betrug bei den Personen *mit* chronischen Schmerzen 15 Prozent und in der Vergleichsgruppe nur 2,8 Prozent. Weiters fanden Smith & Torrance (2012) in einem Review mit Fokus auf neuropathischem Schmerz heraus, dass dieser die Lebensqualität offenbar stärker beeinflusst als andere Formen chronischer Schmerzen.

Wie sich aus all diesen Untersuchungen und den Wiener ATHIS-Auswertungen schließen lässt, bestünde also ein enormes Potenzial, das individu-

elle Alltagsleben der Menschen und ihre sozialen Beziehungen durch effektivere Strategien des Umgangs mit chronischen Schmerzen zu verbessern.

9.5 Resümee

In diesem Abschnitt wurde durch eigene Datenauswertungen und die Darstellung der Ergebnisse relevanter nationaler und internationaler Studien die Bedeutung chronischer Schmerzen für unsere Gesellschaft deutlich gemacht. Ihre Auswirkungen auf verschiedene gesellschaftliche Teilbereiche sowie das individuelle Leben und die sozialen Beziehungen der Betroffenen wurden beschrieben.

Abgesehen vom individuellen Leid und den Schwierigkeiten, die dauerhafte Schmerzen für das Leben der Betroffenen bedeuten, verursachen sie auf verschiedenen Wegen auch volkswirtschaftliche Kosten. Diese liegen, wie aufgezeigt wurde, in wirtschaftlich entwickelten Ländern mit meist gut ausgebauten Gesundheits- und Sozialsystemen im Bereich von 2 bis 4 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Die direkten Kosten betragen dabei meist um die 1 Prozent, die indirekten meist um die 1,5 Prozent des BIP und manchmal sogar mehr als 2 Prozent. Die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben Österreichs lagen 2016, zum Vergleich, bei ca. 7,7 Prozent des BIP (bzw. 10,3 Prozent inklusive privater Ausgaben) (vgl. Statistik Austria 2017).

Das komplexe psychische und somatische Geschehen, welches letztendlich zu chronischen Schmerzen führt, lässt sich auch für MedizinerInnen oft schwer nachverfolgen. Die Folge sind mitunter nicht adäquate Diagnosen und Behandlungsketten sowie frustrierende Erfahrungen chronischer SchmerzpatientInnen im Gesundheitssystem. Dadurch werden die erwähnten finanziellen Aufwendungen hochgehalten, ohne dass sich dadurch irgendetwas an der Lebenssituation der Betroffenen verbessert.

Die Herausforderung im Umgang mit chronischen Schmerzen bestünde also darin, vorhandene Ressourcen sinnvoller einzusetzen. Dafür existieren verschiedene Ansätze. Einer besteht im Ausbau interdisziplinärer bzw. multimodaler Therapiean-

sätze. Weitere Maßnahmen werden von den AutorInnen des erwähnten Berichts von Joanneum Research (2011: 82ff) empfohlen. Sie zielen vor allem auf die rechtzeitige Verhinderung einer Chronifizierung ab. Demnach wären etwa die frühzeitige Risikoidentifikation und das Erkennen von Warnsignalen wichtig, damit die Patientin/der Patient im Rahmen einer abgestuften Behandlung rechtzeitig an eine geeignetere Stelle weiterverwiesen werden kann. Erleichtern würde dies eine standardisierte Dokumentation, eine leitlinienbasierte Vorgehensweise, mehr und bessere schmerzspezifische Ausbildung im niedergelassenen Bereich sowie intensivere Kommunikation zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Schmerzambulanzen.

Literatur und Datenquellen

- Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L et al. The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *The European Journal of Health Economics* 2016; 17(1): 87-98.
- Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L et al. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The journal of pain* 2012; 13(8): 773-783.
- Becker A. Health economics of interdisciplinary rehabilitation for chronic pain: does it support or invalidate the outcomes research of these programs? *Current pain and headache reports* 2012; 16(2): 127-132.
- Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain* 2004; 111(1): 51-58.
- Boonstra AM, Reneman MF, Stewart RE et al. Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Quality of life research* 2013; 22(1): 93-101.
- Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health* 2013; 13(1): 1.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain* 2006; 10(4): 287-287.
- Chen B, Li L, Donovan C et al. Prevalence and characteristics of chronic body pain in China: a national study. *SpringerPlus* 2016; 5(1): 938.
- Clark TS. Interdisciplinary treatment for chronic pain: is it worth the money?. In: *Baylor University Medical Center. Proceedings 2000 (July)*; 13(3): 240. Baylor University Medical Center.
- Dominick C, Blyth F, Nicholas M. Patterns of chronic pain in the New Zealand population. *The New Zealand Medical Journal (Online)* 2011; 124(1337).
- Dorner TE, Stein KV, Hahne J et al. How are socio-demographic and psycho-social factors associated with the prevalence and chronicity of severe pain in 14 different body sites? A cross-sectional population-based survey. *Wiener klinische Wochenschrift* 2018 Jan; 130(1-2): 14-22.
- Du Bois M, Donceel P. Guiding low back claimants to work: a randomized controlled trial. *Spine* 2012; 37(17): 1425-1431.
- Dueñas M, Salazar A, Ojeda B et al. A nationwide study of chronic pain prevalence in the general Spanish population: identifying clinical subgroups through cluster analysis. *Pain Medicine* 2015; 16(4): 811-822.
- Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003; 106(3): 221-228.
- Forum Gesundheit (2009). „Mit Schmerzen allein gelassen“, verfügbar unter: <http://www.forumgesundheit.at/portal27/forumgesundheitportal/content?contentid=10007.689330&viewmode=content&portal:componentId=gtnf31c0198-d101-4c31-86ab-ddf93697ae02>. (Zuletzt aufgerufen am 13.03.2017).
- Fröhlich C, Jacobi F, Wittchen HU. DSM-IV pain disorder in the general population. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2006; 256(3): 187-196.
- Fayaz A, Croft P, Langford RM et al. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ open* 2016; 6(6): e010364.
- Gannon B, Finn DP, O'gorman D et al. The cost of chronic pain: an analysis of a regional pain management service in Ireland. *Pain Medicine* 2013; 14(10): 1518-1528.
- Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. *The Journal of Pain* 2012; 13(8): 715-724.
- Gustavsson A, Bjorkman J, Ljungcrantz C A et al. Socioeconomic burden of patients with a diagnosis related to chronic pain – Register data of 840,000 Swedish patients. *European journal of pain* 2012; 16(2): 289-299.
- Gustorff B, Dorner T, Likar R et al. Prevalence of self-reported neuropathic pain and impact on quality of life: a prospective representative survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2008; 52(1): 132-136.
- Harker J, Reid KJ, Bekkering GE et al. Epidemiology of chronic pain in Denmark and Sweden. *Pain research and treatment* 2012 May; Article ID 371248.
- Häuser W, Wolfe F, Henningsen P et al. Untying chronic pain: prevalence and societal burden of chronic pain stages in the general population – a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2014; 14(1):1.
- Henderson JV, Harrison CM, Britt HC et al. Prevalence, causes, severity, impact, and management of chronic pain in Australian general practice patients. *Pain Medicine* 2013; 14(9): 1346-1361.
- Holmner EP, Fahlström M, Nordström A. The effects of interdisciplinary team assessment and a rehabilitation program for patients with chronic pain. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2013; 92(1): 77-83.
- Inoue S, Kobayashi F, Nishihara M et al. Chronic pain in the Japanese community—prevalence, characteristics and impact on quality of life. *PLOS ONE* 2015; 10(6): e0129262.
- Jackson T, Thomas S, Stabile V et al. Prevalence of chronic pain in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2015; 385: 10.
- Jensen C, Jensen OK, Nielsen CV. Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC musculoskeletal disorders* 2012; 13(1): 1.
- Jensen C, Jensen OK, Christiansen DH, Nielsen CV. One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *Spine* 2011; 36(15): 1180-1189.
- Joanneum Research. Versorgungssituation bei Schmerz in Österreich. Endbericht im Auftrag von Peri Consulting. Graz 2011.
- Johannes CB, Le TK, Zhou X et al. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *The Journal of Pain* 2010; 11(11): 1230-1239.
- Krahulec E, Schmidt LJ, Kratzer H, Habacher W. Schätzung der ökonomischen Kosten von chronischen Schmerzen in Österreich. Vortrag am 12. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 23.-25.10.2013. Berlin.
- Landmark T, Romundstad P, Dale O et al. Chronic pain: one year prevalence and associated characteristics (the HUNT pain study). *Scandinavian Journal of Pain* 2013; 4(4): 182-187.
- McNamee P, Mendolia S. The effect of chronic pain on life satisfaction: Evidence from Australian data. *Social Science & Medicine* 2014; 121: 65-73.
- Moore RA, Derry S, Taylor RS et al. The Costs and Consequences of Adequately Managed Chronic Non-Cancer Pain and Chronic Neuropathic Pain. *Pain Practice* 2014; 14(1): 79-94.
- Morgan CL, Conway P, Currie CJ. The relationship between self-reported severe pain and measures of socio-economic disadvantage. *European Journal of Pain* 2011; 15(10): 1107-1111.

- Nielsen CS. Chronic pain is strongly associated with work disability. *Scandinavian Journal of Pain* 2013; 4(4): 180-181.
- Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2009; 41(3): 115-121.
- Ohayon MM, Stangl JC. Prevalence and comorbidity of chronic pain in the German general population. *Journal of psychiatric research* 2012; 46(4): 444-450.
- Persson J, Bernfort L, Wählin C et al. Costs of production loss and primary health care interventions for return-to-work of sick-listed workers in Sweden. *Disability and rehabilitation* 2015; 37(9): 771-776.
- Phillips CJ. The cost and burden of chronic pain. *Reviews in pain* 2009; 3(1): 2-5.
- Posch M, Rosenkranz G. Interpretation von Effektgrößen in klinischen Studien. *Pharmainformation* 2016; 31(2): 4-6.
- Rafferty MN, Sarma K, Murphy AW et al. Chronic pain in the Republic of Ireland—community prevalence, psychosocial profile and predictors of pain-related disability: results from the Prevalence, Impact and Cost of Chronic Pain (PRIME) study, part 1. *Pain* 2011; 152(5): 1096-1103.
- Rafferty MN, Ryan P, Normand C et al. The economic cost of chronic noncancer pain in Ireland: results from the PRIME study, part 2. *The Journal of Pain* 2012; 13(2): 139-145.
- Saastamoinen P, Laaksonen M, Kääriä SM et al. Pain and disability retirement: a prospective cohort study. *Pain* 2012; 153(3): 526-531.
- Saastamoinen P, Laaksonen M, Lahelma E, Leino-Arjas P. The effect of pain on sickness absence among middle-aged municipal employees. *Occupational and environmental medicine* 2009; 66(2): 131-136.
- Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology* 2008; 47(5): 670-678.
- Schopflocher D, Taenzer P, Jovey R. The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain research and management* 2011; 16(6): 445-450.
- Smith BH, Torrance N. Epidemiology of neuropathic pain and its impact on quality of life. *Current pain and headache reports* 2012; 16(3): 191-198.
- Statistik Austria. Gesundheitsausgaben. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html. (Letzte Änderung 28.09.2017).
- Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien 2015.
- van der Hulst M, Vollenbroek-Hutten MM, Ijzerman MJ. A systematic review of sociodemographic, physical, and psychological predictors of multidisciplinary rehabilitation—or, back school treatment outcome in patients with chronic low back pain. *Spine* 2005; 30(7): 813-825.
- Wieser S, Horisberger B, Schmidhauser S et al. Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *The European Journal of Health Economics* 2011; 12(5): 455-467.

10

Schlussbetrachtung und Ausblick

Inhalt

10 **Schlussbetrachtung und Ausblick**

315

10 Schlussbetrachtung und Ausblick

Susanne Guld

Im vorliegenden Bericht wird Schmerz als Erkrankung in seiner ganzen Komplexität aus verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet. Von der Definition zur Diagnose, von den Risikofaktoren zur Epidemiologie, von der Bewältigung zur Versorgung und von den ökonomischen Auswirkungen zu den Potenzialen multidisziplinärer Angebote. ExpertInnen aus den unterschiedlichen Bereichen haben sich eingebracht, um die verschiedenen Aspekte in einem eigenen Schmerzbericht für Wien zusammenzuführen. Diese breite Kontextualisierung ist ein Novum und trägt wesentlich zur Qualität des ersten Wiener Schmerzberichts bei.

Die komprimierte Darstellung der einzelnen Aspekte zeigt die großen Herausforderungen, mit denen PatientInnen, ÄrztInnen und TherapeutInnen bei der Schmerzversorgung konfrontiert sind. Fehlendes Wissen und auch Bewusstsein, aber auch ein Mangel an Ressourcen und/oder deren Fehlallokationen sowie mangelnde Abstimmung zwischen Sektoren und Gesundheitsberufen führen zu langen und frustrierenden PatientInnenkarrieren und in der Folge auch zu hoher Inanspruchnahme im Gesundheitssystem.

Der Bericht zeigt jedoch auch die großen Möglichkeiten in der Schmerztherapie auf. Nationale und internationale Erfahrungen zeigen, dass es durch strukturierte Schmerztherapie möglich ist, SchmerzpatientInnen dauerhaft zu heilen oder sie zumindest mit Werkzeugen auszustatten, um ihr Schmerzmanagement erfolgreich in den Alltag zu integrieren und ihre Lebensqualität und Teilhabe am sozialen Leben deutlich zu verbessern. Ein großes Potenzial liegt hier bei den Angehörigen aller Berufsgruppen, die sich bereits jetzt mit hohem persönlichen Engagement um SchmerzpatientInnen bemühen. Viele haben sich die erforderliche Expertise angeeignet, sich national und international quer über Fächer- und Berufsgruppengrenzen vernetzt und informelle Kooperationen für ihre PatientInnen aufgebaut. PatientInnenvertretungen und Selbsthilfegruppen sind in diese Kooperationen selbstverständlich eingebunden. Nicht zuletzt bestand die Intention dieses Berichtes

deshalb auch darin, die Potenziale der derzeitigen Versorgungssituation darzustellen, um die relevanten Kriterien und Stellschrauben für eine weitere Optimierung der Wiener Schmerzversorgung zu definieren.

Bei Betrachtung der Risikofaktoren liegt in der Prävention von Schmerz Erkrankungen ein vorrangiger Aspekt in der Förderung von Bewegung. Stärkung der Muskulatur, Verhinderung von Übergewicht und frühzeitigem Erkennen psychischer Alarm-signale, die als relevante Maßnahmen zur Risikoreduktion gelten. Alle Präventionsmaßnahmen, die in den unterschiedlichsten Settings, vom Kindergarten bis zum Arbeitsplatz, darauf abzielen, Bewegung und einen allgemeinen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu unterstützen, gelten auch als schmerzpräventiv. Angesichts der erhöhten Krankenstandstage von SchmerzpatientInnen rentiert sich jede diesbezügliche Investition der ArbeitgeberInnen. Aber auch die Bildungspolitik ist gefordert, das Setting Schule bewegungsförderlicher zu gestalten. Darüber hinaus ist die postoperative Schmerzversorgung in den Krankenanstalten qualitätsgesichert zu optimieren. So können Chronifizierungen verhindert und ein weiterer relevanter Risikofaktor reduziert werden.

SchmerzpatientInnen sind sowohl im persönlichen und beruflichen als auch im Versorgungsumfeld mit viel Unverständnis konfrontiert. Auch Angehörige von Gesundheitsberufen wissen oftmals nicht, dass Schmerz ein eigenes, komplexes Krankheitsbild ist, dessen Ursachen sehr unterschiedlich sein können. Eine insuffiziente postoperative Schmerzversorgung, Bewegungsmangel, Fehlhaltungen bis hin zu psychischen Traumata, die sich sogar generationenübergreifend auswirken können, sind Beispiele möglicher Ursachen für chronische Schmerz Erkrankungen. Empathische und ganzheitliche Auseinandersetzung mit den PatientInnen und ihrem Umfeld ist daher der erste Schritt in der Exploration des Schmerzgeschehens. Dafür braucht es eine starke und sensibilisierte Primärversorgung als erste Anlaufstelle, die zwischen chronischen und akuten Schmerzen

differenzieren kann und um die psychischen Komponenten der Schmerzerkrankung weiß. Die Primärversorgung soll Risikofaktoren, sogenannte „Yellow Flags“ und „Red Flags“ erkennen, entsprechende therapeutische Maßnahmen setzen und deren Wirkung evaluieren. Diese Leistungen müssen jedoch auch durch entsprechende Honorarmodelle abgegolten werden, sodass für die Auseinandersetzung mit den PatientInnen mehr Anreiz als für die einfache Symptombekämpfung besteht. Dafür müssen die MedizinerInnen aber erst entsprechend ausgebildet werden. Derzeit wird an keiner österreichischen Universität Schmerzmedizin als Querschnittsfach unterrichtet. Da ein steigender Bedarf an Schmerzkompetenz absehbar ist, sollte diesem bei der Reform der Ausbildungspläne jedenfalls Rechnung getragen werden.

Gerade für so komplexe psychisch und physisch beeinflusste Krankheitsbilder wie dem Schmerz ist das Zusammenwirken mehrerer ärztlicher und therapeutischer Disziplinen, Anästhesie, Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie, Allgemeinmedizin, physikalische Medizin und Physiotherapie, Psychologie und Psychotherapie ebenso unerlässlich wie die schmerzspezifische Zusatzausbildung aller Berufsgruppen. Nicht zuletzt ist bei der Erfahrung, Diagnose und Therapie von Schmerz auch noch der kultursensible Aspekt zu berücksichtigen – gerade in Wien, wo nicht nur viele Menschen mit Migrationshintergrund leben, sondern viele davon auch traumatische Fluchterlebnisse bewältigen müssen.

Um das Zusammenwirken der einzelnen Berufsgruppen, Versorgungsstufen und Kompetenzen qualitätsgesichert organisieren zu können, bedarf es anerkannter Leitlinien und klar strukturierter Behandlungspfade. Diese gibt es in Österreich, im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, bisher nicht. Derzeit sind Therapieerfolg und Heilungschance der PatientInnen davon abhängig, wo sie ins Gesundheitssystem eintreten. Erhalten sie frühzeitig einen Termin in einer hochspezialisierten Spitalsambulanz, sind die Prognosen, eine Chronifizierung zu verhindern oder aufzuhalten, deutlich besser als bei langandauernder Symptombekämpfung durch Schmerzmittel und passiver Physiotherapie. Über diese langen und frustrierenden PatientInnenkarrieren berichten nicht nur die Ergebnisse von PatientInnenbefragungen und die Beiträge der SelbsthilferepresentantenInnen,

sondern auch die Auswertungen zur Inanspruchnahme der klassischen Therapiemethoden. So führt die Versorgung der SchmerzpatientInnen derzeit zu sehr hohen direkten und indirekten Kosten. Auswertungen direkter Kosten zeigen, dass SchmerzpatientInnen das Gesundheitssystem deutlich intensiver nutzen. Sie werden öfter in Spitälern und Ambulanzen versorgt, konsultieren öfter medizinisches Fachpersonal und verbrauchen größere Mengen an Heilmitteln. Auch die indirekten Kosten sind bei Personen mit chronischen Schmerzen deutlich höher, sie sind öfter und länger im Krankenstand, häufiger erwerbslos und gehen früher in Pension. Abgesehen vom vermeidbaren persönlichen Leidensweg der zahlreichen Betroffenen legt auch die ökonomische Betrachtung nahe, dass durch eine Reallokation der Ressourcen und eine Reform des Versorgungsangebotes eine höhere Kosteneffizienz erzielt werden könnte.

Darüber hinaus zeigen die Anforderungen einer modernen Schmerzversorgung deutlich die Mängel unseres segregierten Systems. Während in der Versorgung chronischer Schmerzen abgestufte Konzepte mit verbindlichen Versorgungsaufträgen und interprofessioneller Zusammenarbeit die meisten Erfolge versprechen, gehen in Österreich viele PatientInnen an den Nahtstellen zwischen extra- und intramuralem System sowie zwischen Fachdisziplinen und Berufsgruppen verloren.

Dort, wo sehr hoch entwickelte und ausgereifte Angebote in der Schmerzmedizin bestehen, wie in den Wiener Schmerzambulanzen, im Zentrum für ambulante Rehabilitation der PVA und im Zentrum für Physikalische Medizin und Rehabilitation der WGKK, arbeiten bereits äußerst engagierte ExpertInnen unterschiedlicher ärztlicher und therapeutischer Fachrichtungen zusammen. Diese Zentren eignen sich ideal als Ausgangspunkt zum Aufbau weiterer, neuer Angebotsformen.

Solche neue Versorgungsformen, die auf komplexe Krankheitsbilder spezialisiert sind, können Spitalsambulanzen ergänzen und ersetzen und darüber hinaus als Kompetenzzentren und Wissensdrehscheiben fungieren. Diese Zentren sollen zum Beispiel multimodale und interdisziplinäre Therapien für SchmerzpatientInnen bieten und gemeinsam mit den bestehenden ärztlichen und therapeutischen Angeboten abgestufte Versor-

gungnetzwerke aufbauen. Dazu ist eine genaue Klärung der Behandlungsqualität sowie die Steuerung der PatientInnen entlang einem definierten Behandlungspfad erforderlich. So könnte mit wenig zusätzlichem Aufwand eine suffiziente Verbesserung der Schmerzversorgung erfolgen.

Dabei sind alle Sparten der Sozialversicherung gefordert, gemäß ihrem Versorgungsauftrag Modelle zur Honorierung und Qualitätssicherung zu entwickeln, die richtige Anreize für eine solche Reorientierung der Gesundheitsdiensteanbieter setzt. Durch strukturelle Entlastung frei gewordene Ressourcen im Spitalsbereich könnten zur Unterstützung der neuen Versorgungsangebote extramural verwendet werden.

Eine Reform der Schmerzversorgung unter Einbeziehung aller betroffenen Systempartner müsste also bereits bei der Ausbildung, bei der medizinischen Behandlung und Therapie und bei der Rehabilitation ansetzen. Vor allem sind jedoch in dieser Diskussion auch VertreterInnen von Risikogruppen und chronischen SchmerzpatientInnen einzubeziehen, damit diese in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt werden können.

A

→ **AutorInnenverzeichnis** ■

Inhalt

Autorinnen und Autoren

321

BACHINGER Eleonore
BRANDSTÄTTER Silvia
FOLKES Erika
GRÖGL-ARINGER Gabriele
GULD Susanne
GOLSABAHI-BROCLAWSKI Solmaz
HOFMANN Felix
JAKSCH Wolfgang
KRAFT Birgit
LEITHNER Daniela
MIHACEK Klaus Peter
PIRALIC-SPITZL Sanela
PREITLER Barbara
RADER Heidrun
SAN Ekim
SCHWEIGER Katharina
SCHWEITZER Ekkehard
WOLF Hilde

Autorinnen und Autoren

Insgesamt 18 AutorInnen und ExpertInnen auf ihrem Fachgebiet haben ihre Erfahrungen und ihre fachliche Expertise aus unterschiedlicher Perspektive in den zahlreichen Beiträgen dieses Berichts eingebracht. Die Namen der Autorinnen und Au-

toren werden im Folgenden in alphabetischer Reihenfolge angeführt, ergänzt durch entsprechende Hintergrundinformationen zu ihrer Person, beruflichen Stellung und fachlichen Expertise.

B

Mag.^a Dr.ⁱⁿ phil. Dr.PH. Eleonore Bachinger, MSc

Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin

Magistrat der Stadt Wien, MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung, Gesundheitsberichterstattung

Studien in Soziologie, Humanbiologie sowie Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien. Postgraduale Abschlüsse in *Epidemiology & Population Health* (MSc) und *Public Health* (DrPH) an der *London School of Hygiene & Tropical Medicine*.

Von 1997 bis 2008 Aufbau und Leitung der Wiener Gesundheitsberichterstattung. Autorinnenschaft, Projektleitung von und wissenschaftliche Mitarbeit bei zahlreichen gesundheitsbezogenen Berichten und Publikationen auf internationaler, nationaler und regionaler Ebene. Konferenzpräsentationen und Fachbeiträge in internationalen Publikationen zu Inhalt, Aufgaben und Ziele der Gesundheitsberichterstattung sowie zu Auswahl und Aussagekraft von Gesundheitsindikatoren. Wissenschaftliche Publikationen im Bereich Public Health. Verschiedene Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte inkludierten unter anderem die Epidemiologie chronischer Krankheiten und die Entwicklung von Präventionsstrategien.

Beiträge in diesem Bericht:

- Kap. 5.1 Risikofaktoren der Chronifizierung von Schmerzen und Ursache-Wirkungsmechanismen (Überblick)
- Kap. 6.1 Einleitung Gender- und Kulturaspekte von Schmerz
- Kap. 6.2 Die kulturelle Konstruktion von Körper, Krankheit und Schmerz
- Kap. 6.5 Gesamtresümee Gender- und Kulturaspekte von Schmerz
- Kap. 7.2 Funktionen, Auswirkungen und Bedeutung von Schmerz
- Kap. 8.3.2 Schmerzversorgung in Österreich aus Sicht der SchmerzpatientInnen

Kontakt: post@ma24.wien.gv.at

Prim.^a Dr.ⁱⁿ med. Silvia Brandstätter

Fachärztin für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation, Additivfach für Geriatrie
Diplome für Manuelle Medizin, Akupunktur, Sportmedizin
Vorständin des Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation im Hanusch-Krankenhaus Wien (WGKK – Wiener Gebietskrankenkasse) sowie
Vorständin des Physiko-Verbundes der WGKK

Silvia Brandstätter ist Vorständin des Institutes für Physikalische Medizin und Rehabilitation im Hanusch-Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse und des Physiko-Verbundes (WGKK), mit den Instituten für Physikalische Medizin und Rehabilitation im Gesundheitszentrum Andreasgasse (1070 Wien) und im Gesundheitszentrum Süd (1100 Wien). Das Gesundheitszentrum Andreasgasse der WGKK ist auch eine von der Österreichischen Ärztekammer anerkannte Praktikumsstelle zum Erwerb des Österreichischen Schmerzdiploms und bietet mit der „Multimodalen Schmerztherapie“ ein spezielles Therapieangebot bei chronischen Schmerzen/Rückenschmerzen an.

Mitarbeit von Frau Dr.ⁱⁿ Brandstätter in diversen Arbeitskreisen des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungen (z. B. Kassensanierungskonzept, Überarbeitung des Musterkatalogs Physikalische Medizin). Publikationen zum Thema Rückenschmerz und Patientenedukation.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 8.2.5 Physikalische Maßnahmen

Kontakt: silvia.brandstaetter@wgkk.at

F

Dkfm. Erika Folkes

Vorstandsmitglied der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG)
Sprecherin der „Allianz chronischer Schmerz Österreich“ (www.schmerz-allianz.at)
Geschäftsführerin der EURAG Österreich (www.eurag.at)
Mitglied des Vorstands der EURAG Europe
Gründungsmitglied der *Pain Alliance Europe (PAE)*

Nach ihrem Studium an der Wiener Hochschule für Welthandel (Diplom) und Auslandsaufenthalten in den USA und Kanada erfuhr Erika Folkes eine Public Relations Ausbildung bei der Computerfirma IBM, bevor sie 19 Jahre lang für das Wirtschaftsmagazin *trend* tätig war und dort das Ressort „Steuern“ betreute. Nach einigen Jahren im Vorstand der Pharmafirma Merck, Sharp & Dohme (MSD) sowie der Agrarmarkt Austria (AMA) nahm sie sich der EURAG, der europäischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Lebensqualität älterer Menschen an, deren Österreich-Plattform sie immer noch leitet. Nachdem sie an der Gründung der *Pain Alliance Europe (PAE)* maßgeblich beteiligt war, rief sie vor vier Jahren die „Allianz Chronischer Schmerz Österreich“ ins Leben – eine Plattform für derzeit 56 Selbsthilfegruppen, die sich eine bessere Versorgung von SchmerzpatientInnen zum Ziel gesetzt hat.

Ihr Know-how als ausgebildete PR-Fachfrau und Journalistin setzt Erika Folkes in einschlägigen Veranstaltungen (EURAG Gesundheitscercle) und Beiträgen in Print- und elektronischen Medien ein.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 7.1 Einleitung Leben mit Schmerz

Kap. 7.3 Schmerz aus Sicht der Betroffenen:
Befragungsergebnisse

Kap. 7.5 Gesamtresümee Leben mit Schmerz

Kap. 8.3.2 Schmerzversorgung in Österreich aus Sicht der SchmerzpatientInnen:
PatientInnenbriefe und Resümee

Kontakt: eurag@eurag.at
info@schmerz-allianz.at

G

Dr.ⁱⁿ med. Solmaz Golsabahi-Broclawski

Ärztin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
 Ärztliche Leitung Medizinisches Institut für transkulturelle Kompetenz – Bielefeld, Deutschland
 Mitglied des Sektionsvorstandes der Ärztekammer Westfalen-Lippe /Bereich Psychiatrie und Psychotherapie
 Referentin für Psychiatrie, Integration und Migration in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen –
 Düsseldorf, Deutschland
 Gutachterin des Sozialgerichtes Nordrhein-Westfalen
 Gutachterin der Deutschen Rentenversicherung (Bund und Westfalen-Lippe)
 Vorsitzende des Dachverbandes der Transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im
 deutschsprachigen Raum (DTPPP) e.V.

Solmaz Golsabahi-Broclawski ist eine deutsche Expertin und international anerkannte Referentin an verschiedenen deutschen Ärztekammern (Nordrhein-Westfalen-Lippe, Niedersachsen, Bayern u. a.) sowie an der Österreichischen Schmerzakademie und an der *World Psychiatric Association – transcultural section (WPA-tcs)*. Klinische Erfahrung in der Akutpsychiatrie und im Reha-Bereich (Schwerpunkt: Psychosomatik, Traumatherapie und Sucht) sowie damit verbundener gutachterlicher Tätigkeit vorwiegend in den Bereichen sozialmedizinischer Fragestellungen und Zivilrecht.

Transkultureller Wirkungsschwerpunkt: Zentralasien (Iran, Irak, Afghanistan, arabische Halbinsel, Türkei) mit Fokus auf den kurdischen Kulturkreis sowie kaukasische und arabische Kulturen. Weiters Ansprechpartnerin für medizinisch-religiöse Fragestellungen insbesondere für Personen aus den islamischen, Bahai, koptischen, zoroastrischen und sephardischen Religionsgemeinschaften.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 6.4.2 Schmerz aus kultureller Sicht: Der orientalische Schmerz

Kontakt: s.golsabahi-broclawski@mitk.eu

OÄⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Gabriele Grögl-Aringer

Ärztin für Allgemeinmedizin und Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin
 Leitung der Schmerzambulanz und des Schmerzmanagements der Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien (KAV – Wiener Krankenanstaltenverbund)
 Notarztdiplom der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK)
 Diplom für Akupunktur der ÖÄK
 Diplom für Neuraltherapie der ÖÄK
 Diplom für Spezielle Schmerzmedizin der ÖÄK
 Präsidentin der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG)

Gabriele Grögl zählt zu den führenden SchmerzmedizinerInnen in Wien. Neben der Mitarbeit und Leitung von Projekten des Wiener Krankenanstaltenverbundes zum Thema Schmerz publizierte sie mehrere schmerzmedizinische Fachartikel. Darüber hinaus Vortragstätigkeit im In- und Ausland, Leitung von Schmerzseminaren sowie Lehrtätigkeit an der medizinischen Universität Graz. Seit 2017 steht sie der Österreichischen Schmerzgesellschaft, deren Ziele die Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung und der schmerzmedizinischen Ausbildung sowie der Förderung der Schmerzforschung sind, als Präsidentin vor.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 5.4 Ursachenforschung und Auswirkungen auf die Therapie

Kap. 5.5 Gesamtresümee Ursachen und Risikofaktoren für chronischen Schmerz

Kap. 8.3.1 Schmerzversorgung in Wien: Eine Soll-Ist-Darstellung der Situation

Kontakt: gabi.groegl@a1.net

Mag.^a rer.nat. Susanne Guld, MBA

Humanbiologin und Gesundheitsmanagerin

Magistrat der Stadt Wien, MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung, Gruppenleiterin Zielsteuerung und Gesundheitsplanung

Dem Studium der Humanbiologie, wissenschaftlicher Tätigkeit und mehrjähriger Erfahrung in der Sozialpädagogik folgte der Eintritt in den sozial- und gesundheitspolitischen Bereich der Stadt Wien. Susanne Guld entwickelt und betreut seit 2009 in der MA 24 Projekte an der Schnittstelle zwischen extra- und intramuraler Versorgung im Sozial- und Gesundheitsbereich. Nach Abschluss des MBA *Health Care Management* hat sie 2014 die Leitung der Gruppe Zielsteuerung und Gesundheitsplanung in der MA 24 übernommen. Relevante Themen in der Umsetzung der Gesundheitsreform

sind dabei zum Beispiel die Weiterentwicklung der Primärversorgung, die Attraktivierung von Allgemeinmedizin und Kindermedizin, Projekte der integrierten Versorgung sowie Gesundheitsökonomie und Systemsteuerung.

Beiträge in diesem Bericht:

- Kap. 1 Einleitung
- Kap. 10 Schlussbetrachtung und Ausblick

Kontakt: susanne.guld@wien.gv.at

H

Mag. rer.soc.oec. Felix Hofmann

Sozioökonom

Magistrat der Stadt Wien, MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung, Gruppe Zielsteuerung und Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung

Nach Abschluss des Studiums der Wirtschaftswissenschaften, Studienzweig Sozioökonomie an der WU Wien, sammelte Felix Hofmann profunde Kenntnisse und jahrelange Erfahrung in der außeruniversitären Forschung. Er war unter anderem als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Ludwig Boltzmann Institut *Health Promotion Research* tätig, wo er auch an der Durchführung und Auswertung der internationalen Jugendgesundheitsstudie *Health and Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* beteiligt war und sich mit der Synthese wissenschaftlicher Ergebnisse zur Wirksamkeit gesundheitsfördernder und gesundheitspolitischer Maßnahmen beschäftigte. Sein spezielles Interesse gilt der Verknüpfung sozialwissenschaftlicher und ökonomischer Fragestellungen mit Public

Health-Themen. Autor und Ko-Autor diverser empirischer und methodischer Publikationen aus diesem Bereich.

Beiträge in diesem Bericht:

- Kap. 3 Datenquellen und Methoden
- Kap. 6.3 Gesundheitsstatistische Aspekte zu Geschlecht und Kultur
- Kap. 9 Sozioökonomische Konsequenzen und gesundheitspolitische Herausforderungen

Kontakt: felix.hofmann@wien.gv.at

J

OA Dr. med. Wolfgang Jaksch, DEAA

Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Schmerzmedizin im Wilhelminenspital Wien (KAV – Wiener Krankenanstaltenverbund), Leitender Oberarzt des Schmerzkonsiliardienstes

Österreichisches Schmerzdiplom

Europäisches Diplom für Anästhesie und Intensivmedizin (DEAA)

Past-Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG)

Mitglied der Sektion Schmerz der Österreichischen Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)

Wolfgang Jaksch ist ein national und international anerkannter Experte in der Schmerztherapie. Er ist verantwortlich für den Aufbau der Schmerzambulanz und des Schmerzkonsiliardienstes im Wilhelminenspital Wien und leitet diese seit 2003. Zwischen 2015 und 2017 war er Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), deren primäre Ziele die Verbesserung und Optimierung der schmerzmedizinischen Versorgung und schmerzmedizinischen Ausbildung sowie der Förderung der Schmerzforschung sind. Er ist Mitglied der Sektion Schmerz der Österreichischen Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), deren Ziele die Vertretung der Interessen schmerztherapeutisch tätiger AnaesthesistInnen in der ÖGARI und die Verbreitung von anästhesiologisch-schmerztherapeutischer Kompetenz in der medizinischen Landschaft Österreichs sind.

Dr. Jaksch ist seit vielen Jahren Organisator und Vortragender bei den Salzburger Schmerzkursen, die eine fundierte Ausbildung für ÄrztInnen zur Erlangung des Diploms „Spezielle Schmerztherapie“ der Österreichischen Ärztekammer anbieten. Neben ausgedehnter nationaler und internationaler Vortragstätigkeit erschienen zahlreiche nationale und internationale Publikationen zum Thema Schmerz unter seiner Autorenschaft.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 5.2 Physische (somatische) Ursachen

Kap. 8.2.1 Pharmakotherapie

Kontakt: wolfgang.jaksch@chello.at

K

Dr.ⁱⁿ med. Birgit Kraft

WGKK – Wiener Gebietskrankenkasse, Abteilung für Gesundheitservice und Prävention (GSP)
Approbierete Ärztin und Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin
Bis 2015 Oberärztin der Abteilung für spezielle Anästhesie und Schmerztherapie am Allgemeinen Krankenhaus (AKH) Wien
Österreichisches Schmerzdiplom
Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), Sektion Schmerz
Mitglied der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG)
Mitglied der *European Malignant Hyperthermia Group (EMHG)* bis 2015

Birgit Kraft ist eine führende österreichische Expertin auf den Gebieten spezielle Schmerztherapie und schmerzmedizinische Ausbildung. Ihr Forschungsfokus liegt auf dem Einsatz von Cannabinoiden in der Schmerztherapie, zu welchem Thema bereits zahlreiche wissenschaftliche Publikationen von ihr vorliegen. Weitere Forschungsgebiete betreffen Maligne Hyperthermie und Quantitativ Sensorische Testung (QST). Sie ist seit vielen Jahren Referentin bei den Salzburger Diplomschmerzkursen und den Diplomschmerzkursen der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin. Intensive Vortragstätigkeit auf zahlreichen nationalen und internationalen Kongressen.

Beiträge in diesem Bericht

- Kap. 2 Definition und Klassifikation
- Kap. 8.1 Einleitung Schmerztherapie und Schmerzversorgung
- Kap. 8.2 Therapieangebote
- Kap. 8.2.2 Invasive Therapien
- Kap. 8.2.6 Alternative Methoden
- Kap. 8.4 Gesamtresümee Schmerztherapie und Schmerzversorgung

Kontakt: birgit.kraft@wgkk.at

L

Mag.^a phil. Daniela Leithner, MSc

Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Personenzentrierte Psychotherapie)
Pensionsversicherungsanstalt Wien, Zentrum für Ambulante Rehabilitation für Herz-Kreislauf-, Atemwegs-, Stütz- und Bewegungserkrankungen, Bereich Medizin

Daniela Leithner ist seit Absolvierung ihrer Ausbildung zur Klinischen Psychologin im institutionellen klinischen Kontext (Akutspital, Rehabilitation) tätig. Ihre Ausbildung zur Psychotherapeutin (Personenzentrierte Psychotherapie) absolvierte sie im Rahmen eines Masterstudiums. Nach mehrjährigem psychoonkologischem Schwerpunkt im Erwachsenen- sowie pädiatrischen Bereich arbeitet sie nun mit chronisch erkrankten Menschen in einer Rehabilitationseinrichtung der Pensionsversicherung.

Das Zentrum für Ambulante Rehabilitation bietet als eine der Rehabilitationseinrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt neben Rehabilitationsangeboten für kardiologische und pulmonologische PatientInnen auch unterschiedliche Rehabilitationsprogramme für orthopädische PatientInnen an. Für chronische SchmerzpatientInnen wurden zwei multimodale Therapieprogramme mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen etabliert.

Daniela Leithner war an der Entwicklung und am Aufbau dieser multimodalen Schmerzrehabilitationsprogramme maßgeblich beteiligt. Neben der klinischen Tätigkeit im Bereich der Schmerztherapie im Rehabilitationszentrum arbeitet sie in freier Praxis, leitet fachspezifische Fortbildungen und publiziert zum Thema psychotherapeutische und multimodale Behandlung chronischer SchmerzpatientInnen.

Beiträge in diesem Bericht:

- Kap. 5.3 Psychosoziale Risikofaktoren und psychologische Mechanismen in der Entstehung und Chronifizierung von Schmerzen
- Kap. 8.2.3 Psychologische Behandlung und Psychotherapie
- Kap. 8.2.4 Multimodale integrative Schmerztherapie

Kontakt: daniela.leithner@pensionsversicherung.at

M

Prim. Dr. med. Klaus Peter Mihacek

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut, zertifizierter Traumatherapeut
Psychosoziales Zentrum ESRA Wien, Leiter der psychosozialen Ambulanz ESRA

Postgraduales Studium an der *Cornell Medical University New York* bei Prof. Otto Kernberg (spezialisiert auf Persönlichkeitsstörungen). Ab 1996 Anstellung im psychosozialen Zentrum ESRA als Psychiater, Psychotherapeut; stv. ärztlicher Leiter der Ambulanz bis Juni 2011. Seit Juli 2011 ärztlicher Leiter der Ambulanz ESRA. Wahlarztpraxis. Zertifizierter Traumatherapeut. Gründungsmitglied und Vorstand im Verein LOK, Leben ohne Krankenhaus.

ESRA ist ein interdisziplinäres, multiprofessionelles psychosoziales Zentrum in Wien, welches 1994 für NS-Überlebende, jüdische Migrantinnen und Migranten und für die jüdische Bevölkerung Wiens eingerichtet wurde. Das Psychosoziale Zentrum ESRA bietet Menschen, die durch Verfolgung, Folter, Migration, Misshandlung, Katastrophen oder andere schwerwiegende Ereignisse traumatisiert wurden, umfassende professionelle Hilfe an. ESRA entwickelte sich, auf Grund der jahrelangen Exper-

tise mit NS-Überlebenden, zu einem Traumakompetenzzentrum für Menschen mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. Zusätzlich arbeitet ESRA in vielen Kooperationen (z. B. He-Mayat, ASPIS) und betreut diverse Flüchtlingseinrichtungen mit einem psychiatrischen Consiliar-Liaison-Dienst.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 6.4.5 Transgeneratives Trauma verfolgter
Volksgruppen

Kontakt: k.mihacek@esra.at
<http://www.esra.at/>

P

Mag.^a phil. Dr.ⁱⁿ scient.med. Sanela Piralic-Spitzl, MSc

Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie und Traumatherapie)
 Univ.-Lektorin an der Medizinischen Universität Wien: Transkulturelle Medizin und Diversity Care
 Mitglied der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
 Mitglied des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP)
 Mitglied des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP)
 Mitglied des Dachverbandes der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum (DTPPP e.V.)
 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Klinische Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerztherapie

Sanela Piralic-Spitzl ist seit 2014 an der Schmerzambulanz der Universitätsklinik Wien, Klinische Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerztherapie (AKH), als klinische Psychologin tätig. Zuvor war sie ab 2001 als klinische Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in der Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen beschäftigt.

Ihre Erfahrungen aufgrund ihres eigenen Migrationshintergrundes sowie ihre aus jahrelanger wissenschaftlicher Forschung auf den Gebieten chronischer Schmerz, somatoforme Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, genderspezifische Therapie gewonnenen Erkenntnisse, nicht zuletzt aber auch ihre mit großem persönlichen Engagement und Empathie erfolgende Arbeit mit und Betreuung von schwer traumatisierten Menschen vor allem aus ehemaligen Kriegsgebieten machen Sanela Piralic-Spitzl zu einer der erfahrensten europäischen ExpertInnen auf dem Gebiet der Trau-

maforschung in Zusammenhang mit Gender, Migration und Schmerzstörungen.

Auszeichnungen ihrer Forschungsarbeiten zu transkulturellen Phänomenen der Schmerzwahrnehmung und Effektivität der multimodalen Schmerztherapie bei PatientInnen mit Migrationshintergrund und somatoformen Schmerzstörungen. 2017 wurde sie für ihre Arbeiten vom Klinisch-psychologischen Fachgremium der Medizinischen Universität Wien/AKH mit dem Elisabeth-Knoll-Preis als „Psychological Clinician of the Year 2015/2016“ ausgezeichnet.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 6.4.4 Krieg – Migration – Schmerz – Trauma:
 Chronischer Schmerz mit komplexen
 Traumafolgestörungen bei MigrantInnen
 aus dem ehemaligen Jugoslawien

Kontakt: sanela.piralic.spitzl@akhwien.at

Mag.^a Dr.ⁱⁿ phil. Barbara Preitler

Psychotherapeutin, Psychologin, Supervisorin
HEMAYAT – Zentrum für dolmetschgestützte medizinische, psychologische und psychotherapeutische Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden in Wien

Barbara Preitler ist Gründungsmitglied des 1995 in Wien etablierten Betreuungszentrums für Folter- und Kriegsüberlebende (Hemayat) sowie des Netzwerks für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumaerfahrung (NIPE). Weiters Host der Arbeitsgruppe „Trauma Surviving“ bei *Act Now*.

Die breit gefächerte berufliche Tätigkeit von Barbara Preitler zeugt von ihrer tiefgehenden Expertise mit schwer traumatisierten Menschen und umfasst Psychotherapie im Rahmen von Hemayat und in freier Praxis sowie Supervision. Lehrtätigkeit an verschiedenen Universitäten, Fachhochschulen und Pädagogischen Hochschulen. Vortragstätigkeiten für Haupt- und Ehrenamtliche auf nationaler und internationaler Ebene. Einschlägige aktuelle Publikationen zu den Themen Trauer und Ver-

schwindenlassen sowie psychosoziale Begleitung von traumatisierten Flüchtlingen.

Hemayat betreut seit 1995 Folter- und Kriegsüberlebende medizinisch, psychologisch und psychotherapeutisch. Ergänzt wird das Angebot durch Kunsttherapie, Sportgruppen, Therapiegruppen für Kinder und Shiatsu. Bei Bedarf wird dolmetschgestützt kommuniziert.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 6.4.3 Flucht und Schmerz: Menschenrechtsverletzungen verursachen Schmerz – Wege der Anerkennung und Behandlung

Kontakt: barbara.preitler@hemayat.org
<http://www.hemayat.org/>

R

Mag.^a (FH) Heidrun Rader

Gesundheitsreferentin und fachliche Leitung der Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien, Wiener Gesundheitsförderung – WiG.

Die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien in der Wiener Gesundheitsförderung (WiG) unterstützt die Arbeit der Wiener Selbsthilfegruppen durch Vernetzung, Information, Öffentlichkeitsarbeit und finanzielle Förderungen. Sie ist eine Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige und Interessierte, die Fragen zur Arbeit und zum Angebot von Wiener Selbsthilfegruppen haben.

Heidrun Rader ist seit 2016 fachliche Leiterin der Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien. Sie hat jahrelang in der Beratung und Begleitung von Selbsthilfegruppen gearbeitet. Ihre aktuellen Arbeitsschwerpunkte liegen in der Qualitätssiche-

rung der Arbeit von Selbsthilfegruppen sowie in der Gesundheitsförderung von Menschen mit Behinderungen.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 7.4 Selbsthilfegruppen: Selbsthilfelandschaft in Wien und Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien

Kontakt: heidrun.rader@wig.or.at

S

Mag.^a rer.nat. Dr.ⁱⁿ scient.med. Ekim San

Klinische und Gesundheitspsychologin
FEM-Süd – Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen, Wien

Ekim San ist seit 2006 im Frauengesundheitszentrum FEM Süd als klinisch-psychologische Beraterin, Projektmanagerin/-leiterin und Fortbildnerin tätig. Ihre Expertise liegt in den Bereichen Migration, Gender und Gesundheit. In ihrer Dissertation befasste sich Ekim San eingehend mit der weiblichen Seite der Migration, insbesondere mit Akkulturation und psychischer Belastung bei türkeistämmigen Frauen.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 6.4.1 Gendered Pain: Schmerz und genderspezifische Prägungen

Kontakt: ekim.san@wienkav.at

Katharina Schweiger, MA

Wirtschafts- und Organisationspsychologin
Selbsthilfegruppe Kopfweg Wien

Katharina Schweiger arbeitet im Qualitäts-, Umwelt- und Gesundheitsmanagement. Seit 2015 leitet sie die Selbsthilfegruppe Kopfweg Wien. Sie ist seit 25 Jahren selbst Migränapatientin.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 7.4 Selbsthilfegruppen: Blick in die Praxis

Kontakt: shg.kopfweg.wien@gmail.com

OA Dr. med. Ekkehard Schweitzer, DEAA

Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Spezielle Schmerztherapie
Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV), Krankenhaus Hietzing, Klinische Abt. für Anästhesie und Intensivmedizin, Leiter der interdisziplinären Schmerzambulanz

Ekkehard Schweitzer ist Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin und Arzt für Allgemeinmedizin, mit Schwerpunkten in psychosozialer Medizin, psychosomatischer Medizin, manueller Medizin und spezieller Schmerztherapie. Er war am Aufbau der Interdisziplinären Schmerzambulanz im Wiener Krankenhaus Hietzing maßgeblich beteiligt.

Darüber hinaus besteht enge fachliche Zusammenarbeit mit der Radiologie, mit der Psychiatrie (Sozialpsychiatrische Konsiliarambulanz) und mit der Palliativstation (Onkologie). Die Schmerzambulanz deckt damit fachlich ein sehr breites Spektrum ab und ist im besten Sinn des Wortes interdisziplinär.

Seit 2006 ist er Leiter der Interdisziplinären Schmerzambulanz und betreut ein 11-köpfiges Team bestehend aus vier AnästhesistInnen, zwei NeurologInnen, drei FachärztInnen für Physikalische Medizin, einem Facharzt für Strahlentherapie sowie einer Psychologin und Psychotherapeutin.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 4 Epidemiologie chronischer Schmerzen

Kontakt: ekkehard.schweitzer@gmail.com

W

Mag.^a rer.nat. Hilde Wolf, MBA

Klinische und Gesundheitspsychologin, Arbeitspsychologin
Leitung des FEM-Süd – Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen, Wien

Hilde Wolf ist Klinische und Gesundheitspsychologin sowie Arbeitspsychologin und verfügt über einen MBA-Abschluss in Sozialmanagement. Sie war als wissenschaftliche Mitarbeiterin des Ludwig Boltzmann Instituts für Frauengesundheitsforschung tätig und am Aufbau des Frauengesundheitszentrums FEM Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital (SMZ Süd) beteiligt. Sie leitet FEM Süd seit 1999, das sich als Kompetenzzentrum einer gender- und kultursensiblen psychischen Versorgung und Gesundheitsförderung etabliert hat.

Beiträge in diesem Bericht:

Kap. 6.4.1 Gendered Pain: Schmerz und genderspezifische Prägungen

Kontakt: hilde.wolf@wienkav.at



Herausgeberin:
Magistrat der Stadt Wien
MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung
Brigittenauer Lände 50-54/2/5 · A-1200 Wien
Telefon: +43 (0)1 4000-84200
E-Mail: post@maz4.wien.gv.at
Download: www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html