

## **Internet-Suchen nach Schulter-, Bauch-, Kopf-, Brust- und Zahnschmerzen nahmen während der COVID-Pandemie zu**

*Interview mit Ao.Univ.-Prof. Dr. Andreas Sandner-Kiesling, Klin. Abteilung für Spezielle Anästhesiologie, Schmerz- und Intensivmedizin, Medizinische Universität Graz*

### **COVID 19 ist zu Jahresanfang 2020 in Europa angekommen. Was hat sich in Bezug auf Schmerzen primär geändert?**

Eine im Jahr 2021 publizierte Studie [\[1\]](#) des Grazer Schmerzteams konnte anhand einer Auswertung von europäischen, asiatischen und amerikanischen Google-Trends Daten über einen Zeitraum der letzten drei Jahre zeigen, dass weltweit im Internet vermehrt nach den Begriffen Schulterschmerzen, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Brustschmerzen und Zahnschmerzen gesucht wurde. Das Ergebnis dieser infodemiologischen Studie kann als Zunahme dieser Beschwerden während der Pandemie in stark besiedelten Regionen weltweit interpretiert werden, trotz der naturgemäß teilweise heterogenen Ergebnisse.

### **Welche Schmerzen beschreiben COVID-Patient\*innen im Rahmen Ihres Infektes?**

Eine ebenfalls 2021 publizierte Studie beantwortet diese Frage. Mit einer Wahrscheinlichkeit von häufiger als 50 Prozent treten bei den Betroffenen primär Erschöpfung (Fatigue), gefolgt von Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerz, danach von trockenem Husten, Brustschmerz, Geruchs- und Geschmacksverlust sowie Rachenschmerzen im Rahmen der Entzündung auf [\[2\]](#).

### **Die COVID-Infektion ist überstanden, wie häufig ist das Post-COVID-Syndrom und mit welchen Beschwerden sind die Betroffenen dann konfrontiert?**

Wir rechnen heute mit einer 10- bis 15-prozentigen Wahrscheinlichkeit, dass Menschen nach einer COVID-Infektion länger anhaltende Beschwerden entwickeln. Das Profil dieser Beschwerden differiert jedoch stark von jenen eines akuten Infektes: Mehr als die Hälfte der Betroffenen klagt über Gelenkschmerzen, circa 40 Prozent über Kopf- und Muskelschmerzen beziehungsweise Durchfälle. Ein Erschöpfungssyndrom tritt nur bei circa einem Drittel auf.

Ganz entscheidend ist es jedoch in diesem Zusammenhang, Beschwerden eines Post-COVID-Syndroms von anderen Beschwerden zu unterscheiden. Nicht alles, was nach einem COVID-Infekt sicht- und spürbar wird, ist ein Post-COVID-Syndrom. Oft war der Infekt nur ein Katalysator, nicht der Auslöser, durch den unterschwellig vorbestehende Beschwerden plötzlich erkennbar wurden, zum Beispiel Bronchialasthma oder rheumatologische Beschwerden.

Einem vermeintlichen Erschöpfungssyndrom kann eine vorbestehende psychische Belastung oder Traumatisierung zugrunde liegen, es sich also in Wirklichkeit um eine somatoforme Schmerzstörung handeln, d.h. ein chronisches Schmerzsyndrom mit körperlichen und relevanten psychischen schon vorbestehenden Faktoren. Gerade letztere benötigen eine intensive Begleitung durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam, um primär ein gemeinsames Verständnis über diese Zusammenhänge, ihre Einflüsse auf den chronischen Schmerz und letztlich mittel- bis langfristig eine gleichzeitige Behandlung auf allen betroffenen Ebenen zu ermöglichen.

## **Die Pandemie beeinflusst leider auch Patient\*innen mit vorbestehenden Schmerzen (chronische Schmerzpatient\*innen), unabhängig von einer COVID-Infektion. In welcher Art und Weise?**

Einerseits ändert sich bei diesen Patient\*innen die eigene Körperwahrnehmung. Eine Studie zum neuropathischen Schmerz [\[3\]](#) während der Pandemie beschreibt eine Abnahme der Schmerzintensität und des Leidensdrucks durch die Schmerzen, vermutlich durch die Verlagerung des eigenen Fokus auf andere „Bedrohungen“ wie die Vermeidung einer COVID-Infektion oder andere Belastungen in diesem Zusammenhang.

Gleichzeitig wurden die Lockdowns für die Betroffenen negativ spürbar. Aus der eigenen Angst oder Verunsicherung heraus bleiben die Betroffenen den behandelnden Institutionen und Therapeut\*innen fern, die Schmerzen nehmen zu. Der eigene Bewegungsradius sinkt, weniger Bewegung bedeutet wieder mehr Schmerz gerade bei Beschwerden im Bewegungsapparat. Die Pandemie drückt aufs Gemüt, depressive Verstimmungen und Ängste nehmen zu, auch Panikattacken. Dadurch werden die psychosozialen Schmerzverstärker (Yellow Flags) stärker und klinisch relevanter: Die Beschwerden nehmen wieder zu.

## **Die Opioidkrise in den Vereinigten Staaten von Amerika lenkte unser Bewusstsein auf diese Medikamentengruppe. Welchen Einfluss hatte COVID auf Schmerzpatient\*innen mit einer Langzeiteinnahme von Opioiden?**

Opioide sind unbestritten wichtige und wertvolle Medikamente in der Behandlung von starken Schmerzen, jedoch mit starken Einschränkungen. Opioide werden in der Bevölkerung als die stärksten Schmerzmittel wahrgenommen, die vermeintlich dosisabhängig jeden Schmerz lindern sollen. Das stimmt leider nicht. Vergleichbar mit dem falschen Motoröl in einem modernen Motor, können sie bei der falschen Indikation im schlimmsten Fall sogar schaden.

Die moderne Schmerzmedizin baut heute auf langwirksame Präparate bei zurückhaltender Verordnung bei sorgfältig ausgewählten Patient\*innen. Das Ziel der Therapie ist eine Verbesserung der Patient\*innenfunktionalität, nicht primär der Schmerzen. Trotzdem, viele Patient\*innen wurden und werden langfristig auf eine Opioidtherapie eingestellt.

Leider besitzen diese Patient\*innen im Zusammenhang mit einer COVID-Infektion erhöhte, teilweise wirklich relevante Risiken, wie eine ebenfalls 2021 publizierte Studie beobachtete: Es verdoppeln sich die Risiken, eine Notfalleinrichtung aufsuchen zu müssen. Es verdreifacht sich das Risiko einer stationären Aufnahme. In letzterem Falle verdrei- bis vierfacht sich das Risiko einer Aufnahme auf einer Intensivstation bzw. einer maschinellen Beatmung, und es verdoppelt sich das Risiko, binnen 30 Tagen zu versterben. Das Risiko für einen schweren Infektionsverlauf verdoppelt bis verdreifacht sich [\[4\]](#).

## **Welchen Einfluss hat die Pandemie auf Schmerzambulanzen als Anlaufstelle für die Behandlung komplexer Schmerzpatienten?**

Die Planung und Durchführung einer effektiven Schmerztherapie gehört ja zu den Grundaufgaben klinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte, unabhängig von der fachlichen Ausbildung. Erst wenn diese Kolleginnen und Kollegen an ihre fachlichen Grenzen gelangen, sollen Patient\*innen an eine Schmerzambulanz überwiesen werden. Das verstehen wir als mittel- bis hochschwelliger Zugang. Schmerzambulanzen sind daher keine Institutionen der Basisversorgung, sondern bleiben komplexen Schmerzpatient\*innen vorbehalten.

Im Jahr 2015 publizierte das Grazer Schmerzteam eine Erhebung der schmerztherapeutischen Versorgung in Österreich. Dabei zeigte sich, dass im Vergleich zu den letzten 3 bis 5 Jahren circa 20 Prozent der österreichischen Schmerzambulanzen geschlossen und weitere 20 Prozent ihren Betrieb um circa 50 Prozent reduziert haben, primär aus Zeit-, aber überwiegend aus Personalgründen [\[5\]](#).

Eine aktuelle Umfrage fehlt, doch lassen Gespräche mit den Leiter\*innen diverser österreichischer Schmerzambulanzen ahnen, dass weiterhin Ambulanzen ihre Angebote zumindest eingeschränkt haben. Einer der beiden Akutschmerzdienste, die es 2015 noch an österreichischen Universitäten gab, wurde inzwischen gestrichen. Wenn Krankenstände auftreten – unter COVID gut nachvollziehbar mit Spitzen während der COVID-Wellen – hat der Betrieb eines OPs Vorrang gegenüber dem Betrieb einer Ambulanz. Dort wird das Personal abgezogen.

Gerade in Zeiten, in denen, wie beschrieben, unsere Patient\*innen vermehrt über Schmerzen klagen, aus ihrer Verunsicherung heraus später zu Therapeut\*innen kommen, sie dann mit fortgeschrittenen und komplexen Beschwerden erscheinen, wo mit Long- und Post-COVID-Syndromen neu komplexe Beschwerden gehäuft auftreten, kann diese Reduktion des Betriebes der Schmerzambulanzen gesundheitsökonomisch als hochbedenklich beurteilt werden. Dies führt zu einer Unterversorgung chronisch-komplexer Schmerzpatient\*innen mit einem vermeidbaren Anstieg direkter und indirekter Gesundheitskosten.

**Letzte Frage: Wie stehen Sie als Schmerzmediziner zum Sterbeverfügungsgesetz? Betrifft dies ausschließlich die Palliativmedizin?**

Bedauerlicherweise nein. Ich befürchte, wir haben hier schlafende Hunde geweckt. Primär wurde dieses Gesetz zumindest in unseren Köpfen für Personen entwickelt, die an einer unheilbaren zum Tod führenden Erkrankung leiden. Jedoch werden auch Menschen inkludiert, die an einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leiden, deren Folgen die Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen.

Solche Menschen finden wir leider vielfach unter unseren chronischen und wirklich komplexen Langzeit-Schmerzpatient\*innen. Diese wenden sich vertrauensvoll an uns Therapeut\*innen, scheitern dann an den Wartezeiten, an den zunehmend reduzierten Angeboten einer hochwertigen Schmerzbehandlung, speziell einer multimodalen Therapie. Generell fehlen in Österreich die dafür notwendigen, auf diese komplexen Schmerzpatient\*innen spezialisierten stationären Einrichtungen. Die psychosomatischen Kliniken können nur einen Teil der multimodalen Behandlung anbieten, meist fehlt der intensive somatische Behandlungsanteil zum psychosozialen Angebot dieser Spezialeinrichtungen. Es fehlen ebenfalls Anschlussangebote wie Boosterbehandlungen, zum Beispiel ein Jahr nach der ersten stationären Behandlung, um die nachhaltige Wirkung zu sichern. Die Schmerzambulanzen können hier vieles abdecken, aber nie die kurzfristige Behandlungsdichte anbieten, die diese Hilfe suchenden Menschen benötigen.

So wie nicht jeder Schlüssel in jedes Schloss passt, passt nicht jede Schmerzambulanz für jede Patientin und jeden Patienten. So kann es passieren, dass Patient\*innen mehrere Schmerzambulanzen konsultieren müssen, bis sie das Behandlungsteam ihres Vertrauens gefunden haben. Ohne Vertrauen auf beiden Seiten können selbst die bestgeplanten Behandlungskonzepte nicht konsequent und erfolgreich durchgeführt werden. Mit dem Schwund an Schmerzambulanzen reduziert sich für die Hilfesuchenden die Wahrscheinlichkeit, so ein Team zu finden. Damit steigt die Verzweiflung. Und mit der Verzweiflung kommen Hoffnungslosigkeit und Todeswunsch.

Vor Jahren war ich selbst in einen erfolgreichen Suizid eines meiner Patienten involviert. In seinem letzten Brief fand sich mein Name, dass auch ich ihm nicht helfen konnte. Mein eigener Schock saß tief. Nur mit professioneller Begleitung kam ich aus meiner eigenen Betroffenheit heraus und konnte dies verarbeiten. Mit dieser Erfahrung: Was macht eine Hilfeleistung im Rahmen eines durch das Sterbeverfügungsgesetzes durchgeführten Todeswunsches mit dem Hilfestellenden? Ist das wirklich die Erlösung und Erleichterung? Wenn ja, wovon?

Ich befürchte, dass durch dieses Gesetz auch chronische Schmerzpatient\*innen ihrem Todeswunsch nachgehen werden. Vermeidbar wäre dies gleich wie im Palliativbereich durch einen Ausbau an Schmerzzambulanzen und bettenführenden Schmerzkliniken. Ohne die dazugehörigen notwendigen begleitenden Maßnahmen wie dem Ausbau der beschriebenen Behandlungsangebote, um dem Todeswunsch dieser Menschen entgegenzuwirken, wird es schwierig diesen Menschen wieder Hoffnung zu geben.

Eine der Schlüsselaufgaben der Palliativmedizin ist eine effektive Schmerztherapie. Daher: Wir sitzen im selben Boot mit denselben Problemen.

Mit freundlicher Unterstützung von:



(Die inhaltliche Verantwortung für alle Presstexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.)

[1] Szilagyi, I., Ullrich, T., Lang-Ilievich, K., Klivinyi, C., Schittek, G., Simonis, H., Bornemann-Cimenti, H. (2021), Google Trends for Pain Search Terms in the World's Most Populated Regions Before and After the First Recorded COVID-19 Case: Infodemiological Study, *J Med Internet Res* 2021;23(4):e27214, URL: <https://www.jmir.org/2021/4/e27214>, DOI: 10.2196/27214

[2] Meyer-Frießem, C. H., Gierthmühlen, J., Baron, R., Sommer, C., Üçeyler, N., Enax-Krumova, E. K. (2021), Pain during and after COVID-19 in Germany and worldwide: a narrative review of current knowledge. *Pain reports*, 6(1), e893. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000893>

[3] Attal, N., Martinez, V., Bouhassira, D. (2021), Potential for increased prevalence of neuropathic pain after the COVID-19 pandemic. *Pain reports*, 6(1), e884. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000884>

[4] Tuan, W. J., Spotts, H., Zgierska, A. E., Lennon, R. P. (2021). COVID-19 outcomes among adult patients treated with long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain in the USA: a retrospective cohort study. *BMJ open*, 11(11), e056436. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056436>

[5] Szilagyi, I. S., Bornemann-Cimenti, H., Messerer, B., Vittinghoff, M., Sandner-Kiesling, A. (2015), Schmerztherapeutische Versorgung österreichischer Gesundheitszentren: Fragebogenstudie zum Istzustand österreichischer Schmerzzambulanzen [Pain care in Austrian health care centers: Questionnaire study on the current status of Austrian pain clinics]. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 29(6), 616–624. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0045-x>