

Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen

Goldstandard: Vernetzung und Interdisziplinarität

B. Schönbach¹, G. Gossrau¹, R. Scharnagel^{1,2},
R. Sabatowski^{1,2}

Zusammenfassung

Chronische Schmerzen beruhen auf komplexen biopsychosozialen Zusammenhängen und sollten möglichst frühzeitig interdisziplinär diagnostiziert und behandelt werden.

Steigende Prävalenzen chronischer Schmerzen, eine sich ändernde Altersstruktur der Bevölkerung und gesundheitspolitische Entwicklungen erfordern eine zunehmend komplexe Versorgungsstruktur. Diese sollte an individuelle Bedürfnisse der verschiedenen Interessensgruppen, in erster Linie der Patientinnen und Patienten, der medizinischen Einrichtungen und Krankenversicherungen angepasst sein. Dies kann insbesondere mit vernetzten und interdisziplinär ausgerichteten Einrichtungen gewährleistet werden. Am Beispiel des UniversitätsSchmerzCentrums am Universitätsklinikum Dresden wird eine solche interdisziplinäre Struktur exemplarisch dargestellt. Hier bündeln sich stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgungsangebote. Mit spezialisierten Angeboten wird den individuellen Bedürfnissen der verschiedenen Patientengruppen Rechnung getragen.

¹ UniversitätsSchmerzCentrum, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“, Technische Universität Dresden

² Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“, Technische Universität Dresden

Einleitung

Anhand der Struktur des Universitäts-SchmerzCentrums (USC) am Universitätsklinikum Dresden soll dargestellt werden, wie auf den zunehmenden Diagnostik- und Therapiebedarf von Patientinnen und Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen reagiert werden kann und wie interdisziplinäre Belange in dieser Struktur implementiert werden.

Chronische Schmerzen:

Häufigkeit und Behandlung

Chronische Schmerzen, also Schmerzen, die über drei bis sechs Monate bestehen, zeigen hohe Prävalenzen. Repräsentative Erhebungen in Deutschland kommen auf Angaben von bis zu 30 Prozent Betroffener von chronischen, nicht-tumorbedingten, Schmerzen. Etwa drei Prozent der deutschen Bevölkerung leiden unter einer sogenannten Schmerzkrankheit, wobei von erheblichen körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen ausgegangen wird [1, 2]. Daten von Krankenkassen verweisen darüber hinaus auf eine stetige Zunahme der Diagnoseszahlen [3].

Längst werden chronische Schmerzen als eigenständige Krankheit und komplexes Syndrom verstanden. Das biopsychosoziale Modell bietet hier zur Erklärung und Behandlung eine grundlegende Perspektive [4, 5]. Schmerzen sind demzufolge das Ergebnis der Wechselwirkung physiologischer, psychologischer und sozialer Einflüsse (siehe Abb. 1).



Abb. 1: Biopsychosoziales Modell

Chronifizierung von Schmerzen

Zeichen und Mechanismen der Chronifizierung sind vielgestaltig und verstärken teufelskreislaufartig Schmerzen. Im Verhalten der Betroffenen kann sich ein ausgeprägtes Schonen oder Durchhalten ausdrücken, wobei sich Fehlbelastungen körperlich und psychisch als Dekonditionierung, muskuläre Dysbalancen oder Depressivität darstellen können. Erkennbar sind irrationale Überzeugungen, die zu Ängsten und einer erhöhten Wahrnehmung von Schmerzen führen. Nicht selten führen dauerhafte Belastungen im beruflichen und privaten Alltag zu einer Überlastung. Im Behandlungsvorgehen ist nach wie vor eine Überdiagnostik auf somatischer Ebene beobachtbar, während psychosoziale Aspekte der Schmerzen kaum berücksichtigt werden [6]. Auch besteht nicht zwangsläufig eine Korrelation von zum Beispiel bildgebenden Befunden und dem Vorhandensein von (chronischen) Schmerzen bei den Betroffenen [7–9].

Die Folgen der Chronifizierung sind jedoch ein deutliches Beeinträchtigungserleben und ein erheblicher Verlust der Lebensqualität. Gesellschaftlich anfallende Kosten infolge ausführlicher Diagnostik, dem großen therapeutischen Aufwand, Arbeitszeitausfällen und Frühberentungen sind immens [10, 11].

Das Erkennen von Chronifizierungsmechanismen gelingt oftmals aufgrund zeitlicher Begrenzungen und fehlender Spezialisierung nicht ausreichend. Die Behandlungsrealität von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen ist sehr häufig gekennzeichnet durch den Einsatz einseitiger Methoden wie ausschließlich medikamentöser oder physiotherapeutischer Ansätze. Im ambulanten Behandlungsvorgehen kommt es nicht selten zu frustrierten Verläufen, da diese sogenannten unimodalen Ansätze oftmals nicht zu einer ausreichenden Beschwerdelinderung führen und in vielen Wechseln der Behandlerinnen und Behandler resultieren. Eine Begrenzung in der ambulanten Versorgungsstruktur liegt zu-

dem darin, dass notwendige Vernetzungen verschiedener Fachbereiche flächendeckend kaum abgebildet werden können.

Eine frühzeitige Erkennung und adäquate Versorgung chronischer Schmerzen gelingt in spezialisierten Schmerzzentren. Diese finden sich wiederum in unterschiedlichen Strukturen, sei es in Krankenhäusern, medizinischen Versorgungszentren oder – viel seltener – im Bereich niedergelassener Praxen. Dabei gilt eine interdisziplinäre multimodale Therapie als Goldstandard der Behandlung chronischer Schmerzen [12].

Behandlungsschwerpunkte/ -struktur im USC

Eine mögliche Antwort auf die Problematik der Unter- oder Fehlversorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen besteht in der Vernetzung innerhalb bestehender Strukturen, wie sie zum Beispiel am UniversitätsSchmerzCentrum in Dresden seit mehr als 20 Jahren angeboten und sukzessive weiterentwickelt wird [13, 14].

Zu den weiteren Therapieangeboten am Universitätsklinikum Dresden, in denen in Kooperation mit dem Schmerzzentrum Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen behandelt werden, zählen die Ambulanz und Tagesklinik für somatoforme Störungen sowie die Ambulanz für chronischen Unterleibsschmerz der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik. Auch besteht eine enge Kooperation mit der Palliativstation sowie dem SAPV-Team des UniversitätsPalliativCentrums. Kooperationen mit medizinischen Einrichtungen in der Niederlassung bestehen, können aber in diesem Diagramm nicht dargestellt werden.

Die Versorgungsstruktur umfasst folgende Schwerpunkte (siehe Abb. 2):

Akutschmerz- und Konsildienst

Die Behandlung der Patientinnen und Patienten kann schon während ihrer stationären Behandlungszeit beginnen. Ein pflegerisch und ärztlich besetzter Akutschmerzdienst (24/7) betreut alle

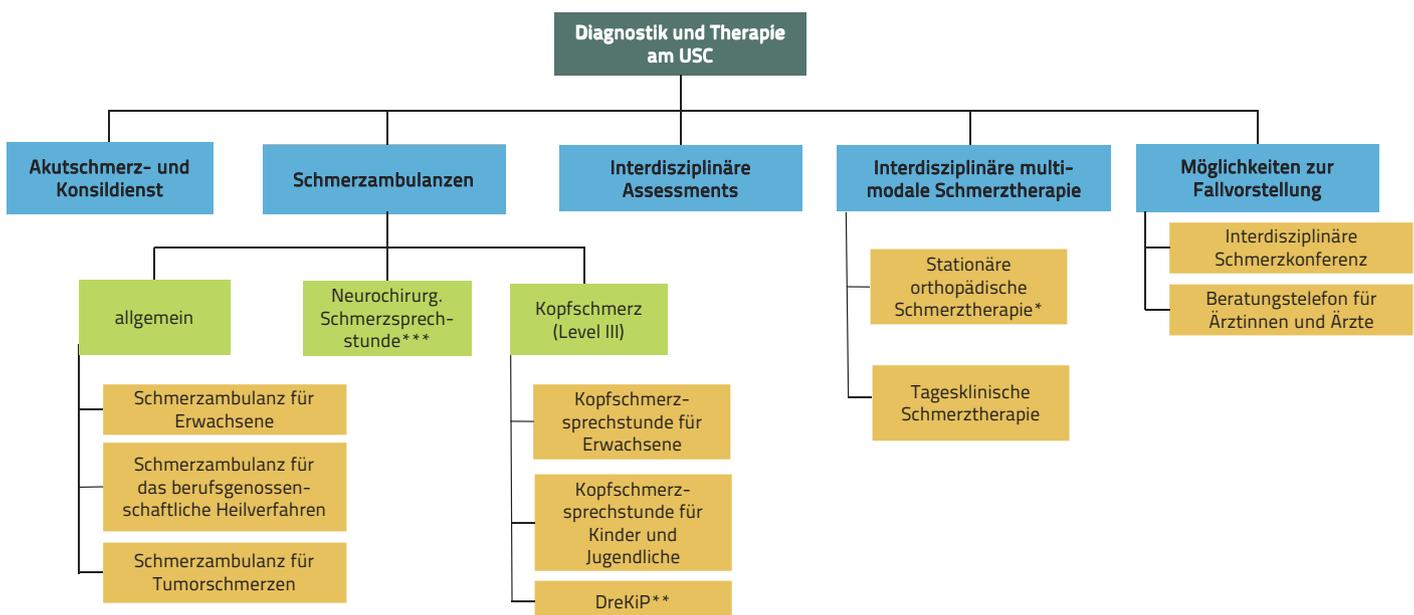


Abb. 2: Vernetzte Versorgungsstruktur am UniversitätsSchmerzCentrum Dresden

* Therapie findet im UniversitätsCentrum für Orthopädie, Unfall- & Plastische Chirurgie

(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Schaser; Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther) statt

** Dresdner Kinder- und Jugendkopfschmerzprogramm

*** Therapie findet in der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie (Direktor: Prof. Dr. med. habil. Ilker Eyüpoglu) statt

zu Behandelnden nach in der Regel größeren operativen Eingriffen, um so deren postoperative Schmerzen zu reduzieren und damit auch einen wichtigen Risikofaktor in der Entwicklung chronischer postoperativer Schmerzen zu minimieren. Darüber hinaus werden in Kooperation mit anderen klinischen Bereichen Patientinnen und Patienten mit akuten/chronischen Schmerzen gemeinsam diagnostiziert und gegebenenfalls therapiert. So können am Universitätsklinikum Dresden circa 1.000 Menschen pro Jahr konsiliarisch mitbetreut werden. Die Zahl der Kontakte im Rahmen des Akutschmerzdienstes nach Operationen beträgt pro Jahr über 20.000. Die Betreuung dieser Personen beinhaltet auch schmerzmedizinische Empfehlungen für die Zeit nach der Entlassung aus der stationären Therapie, sodass im besten Fall eine nahtlose Weiterversorgung gewährleistet werden kann.

Ambulanzen

Die überwiegende Zahl der Patientinnen und Patienten mit Schmerzen werden in der Schmerzambulanz behandelt. Spezialambulanzen stehen unter anderem bei Tumorschmerzen (inklusive palliativmedizinischer Grundversorgung), Kopfschmerzen und im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren zu Verfügung.

Interdisziplinäre Assessments

Sogenannte interdisziplinäre multimodale Assessments gewinnen im Rahmen der (frühzeitigen) Schmerzdiagnostik, insbesondere im Hinblick auf individuelle Chronifizierungsmechanismen, einen zunehmenden Stellenwert [15]. Im Rahmen des ersten Kontakts mit den Patientinnen und Patienten erfolgt innerhalb eines Tages eine interdisziplinäre Untersuchung, welche ärztlich, psychologisch und physiotherapeutisch vorgenommen wird. Im Anschluss werden im Rahmen einer

Teambesprechung die dabei erhobenen Befunde vorgestellt, diskutiert und in ein individuelles Schmerzmodell integriert. Dieser Teambesprechung folgt ein Auswertungsgespräch mit den Patientinnen und Patienten. Hier werden die Befunde erläutert und Behandlungsempfehlungen ausgesprochen. Ein Assessment wird immer ergebnisoffen durchgeführt. Das heißt, Anpassungen der bisherigen Therapie im Bereich der ambulanten Vorbehandlungen können empfohlen werden, aber auch intensivere Behandlungsansätze, wie Operationen oder tagesklinische beziehungsweise stationäre Schmerzbehandlungen oder Reha-Maßnahmen. Das Assessment bietet darüber hinaus auch eine Möglichkeit, Chronifizierungsmechanismen frühzeitig zu identifizieren und Interventionen vorzubereiten, um eine Verschlechterung des Zustands zu verhindern.

TÜV-zertifiziertes Kopfschmerzzentrum Level III

Die Krankheitslast-Studie BURDEN 2020 zeigte, dass bei Frauen und Männern in Deutschland unspezifischer Rückenschmerz und Kopfschmerzen die Erkrankungen sind, die am meisten verlorene Lebensjahre durch gesundheitliche Einschränkungen verursachen [16]. Dabei sind Migräne bei 14,8 Prozent der Frauen und 6,0 Prozent der Männer sowie Spannungskopfschmerzen bei 10,3 Prozent der Frauen und 6,5 Prozent der Männer die häufigsten Kopfschmerzerkrankungen, die auch verstärkt im erwerbsfähigen Alter auftreten [17]. Diese Erkrankungen treten häufig mit Begleiterkrankungen, wie Depression und Angststörungen, aber auch weiteren Schmerzerkrankungen auf. Leider ist der Versorgungsgrad für Kopfschmerzen nach wie vor gering.

Um dieser Unterversorgung entgegenzuwirken, wurden die Angebote der Kopfschmerzambulanz ausgebaut und seit 2022 gibt es am Universitätsklinikum

Dresden ein TÜV-zertifiziertes Kopfschmerzzentrum der höchsten Stufe (Level III). Hier werden erwachsene Patientinnen und Patienten versorgt, Möglichkeiten zur Teilnahme an Therapiestudien bestehen. Ebenso können die Patienten am deutschlandweiten Kopfschmerzregister der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) teilnehmen. Positive Behandlungsergebnisse im Sinne einer Reduktion der Kopfschmerztag und der Einnahmefrequenz von Analgetika konnten in verschiedenen interdisziplinären Settings nachgewiesen werden [18, 19].

Die Zunahme von behandlungsbedürftigen Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter wurde durch die Etablierung der Kinder-/Jugendkopfschmerzambulanz bereits 2015 berücksichtigt [20]. Kopfschmerzen bilden die häufigste Schmerzerkrankung bei Kindern und Jugendlichen [21]. Bei etwa fünf Prozent der Betroffenen kommt es zu schweren Einschränkungen des Schulalltages bis hin zum Verlust von Bildungsmöglichkeiten und dem Schulabbruch [22]. Insbesondere sind Kinder und Jugendliche mit Migräne betroffen. Diese Gruppe zeigt auch ein erhöhtes Auftreten körperlicher und psychischer Komorbiditäten [23]. In enger Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin und der Abteilung für Neuropädiatrie des Universitätsklinikums Dresden erfolgt die spezialisierte ambulante Versorgung der jungen Patientinnen und Patienten. Hier konnte seit 2016 das Dresdener Kinder- und Jugendkopfschmerzprogramm (DreKiP) etabliert werden [24–27].

DreKiP besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil durchlaufen die Kinder und Jugendlichen mit Kopfschmerzen ein interdisziplinäres Assessment, bestehend aus einer ärztlichen und einer psychologischen Untersuchung und Einschät-

zung. Patientinnen und Patienten mit primären Kopfschmerzen können bei entsprechender Eignung und Motivation an einem interdisziplinären multimodalen Programm teilnehmen. Dieses wird ambulant und schulbegleitend über einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten in Kleingruppen durchgeführt. Dabei kommen verschiedene, sich ergänzende Therapiemodule zum Einsatz (unter anderem Psycho- und Kopfschmerzedukation, Entspannungstechniken, Stressmanagement, körperliche Aktivierung, Selbstwirksamkeit). Ambulante Nachsorgetermine der Therapiegruppe finden sechs und zwölf Monate später statt. Das sehr erfolgreiche Programm wird gegenwärtig auf andere Standorte innerhalb Sachsens ausgeweitet, um so eine wohnortnahe Versorgung dieser Patientengruppe zu gewährleisten. 2024 fand die erste DreKiP-Therapiegruppe am Städtischen Klinikum Görlitz statt.

Interdisziplinäre Schmerztagesklinik

Als Goldstandard in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Schmerzchronifizierung hat sich mittlerweile die sogenannte interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie erwiesen [28–31]. Diese Behandlungsform kann aktuell sowohl in teilstationärer als auch vollstationärer Form angeboten werden. Die komplexen Rahmenbedingungen, die sowohl die Behandlungsintensität, deren Inhalte und Ziele als auch die strukturellen Vorgaben beinhalten, orientieren sich an den Vorgaben des aktuellen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) sowie den Empfehlungen einer Ad-hoc-Kommission der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. [28, 29, 32]. Die Therapieform wird am USC seit nunmehr 20 Jahren kontinuierlich angeboten. Vor der Therapie erfolgt ein umfassendes interdisziplinäres Assessment zur Indikationsprüfung und Vorbereitung [15]. Eingeschlossen

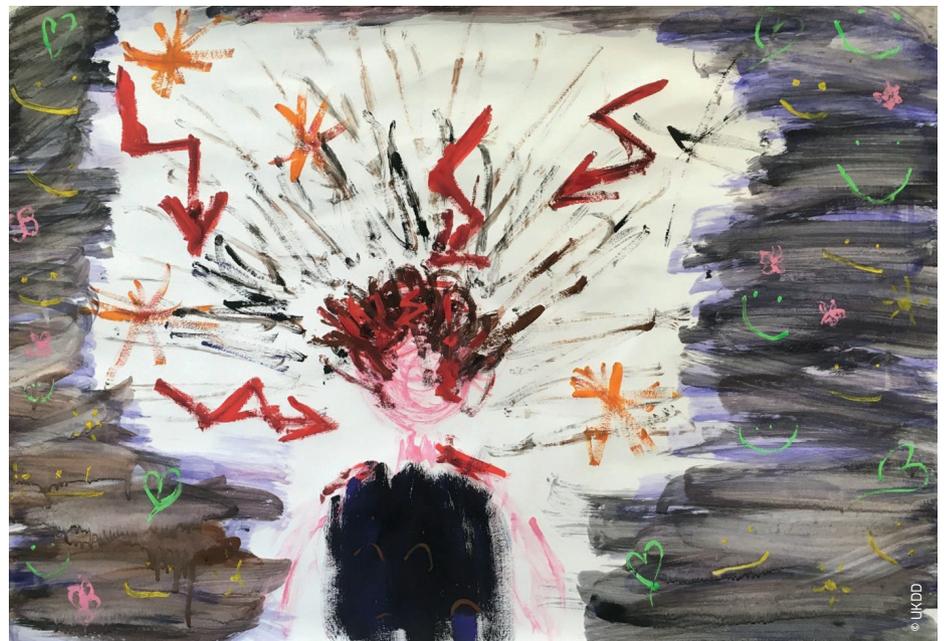


Abb. 3: Schmerzbild in der Kunsttherapie von Frau K., 27 Jahre. Diagnosen: Episodische Migräne ohne Aura, lokales cervikales myofasciales Schmerzsyndrom, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

werden können alle Patientinnen und Patienten mit chronischen, nicht-tumorbedingten Schmerzsyndromen, welche ausreichend körperlich und psychisch belastbar sind. Ausschlusskriterien sind ausgeprägte Komorbiditäten, die einer körperlichen oder psychischen Belastbarkeit entgegenstehen, aktive Abhängigkeitserkrankungen und eine fehlende Veränderungsmotivation. Während der vierwöchigen teamintegrierten Behandlung arbeitet ärztliches, psycho-, physio- und kunsttherapeutisches Personal sowie die Pflege eng zusammen. Übergeordnete Ziele sind neben der Schmerzlinderung vor allem die Verbesserung der subjektiven und objektiven Funktionsfähigkeit und die Erweiterung des Krankheitsmodells. In der Therapie, welche in kleinen Gruppen mit jeweils acht Personen umgesetzt wird, lernen Patientinnen und Patienten einen möglichst selbstwirksamen Umgang mit ihrem Beschwerdebild [33]. Es werden vielfältige Informationen zum Krankheitsbild gegeben und medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsoptionen vermittelt. Dabei spielen Ansatzpunkte aktiver physio-

therapeutischer Strategien eine wesentliche Rolle, bei denen die Patienten oft wieder Zutrauen in ihren Körper gewinnen und ihre Körperwahrnehmung verbessern. Psychotherapeutisch werden Möglichkeiten einer veränderten Stress- und Emotionsregulation gemeinsam mit den Betroffenen erarbeitet. Kunsttherapeutische Methoden bieten zudem einen nonverbalen Zugang zur Auseinandersetzung (siehe Abb. 3). Nicht zuletzt profitieren Patientinnen und Patienten in aller Regel vom Austausch untereinander. Nach einem Abstand von zehn Wochen findet im Rahmen einer sogenannten Boosterwoche eine Bilanzierung des Verlaufs statt. Doch neben der Bilanzierung stehen auch die Aufrechterhaltung und der Ausbau der bisher erreichten (Therapie-)Ziele sowie eine Rezidivprophylaxe im Vordergrund dieser Behandlungseinheit [34]. Diese Form der Komplexbehandlung vermittelt den Betroffenen eine biopsychosoziale Sichtweise mit einer Erweiterung ihres individuellen Krankheitskonzeptes und eine Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung.

Seit Gründung des Zentrums wurden in der Schmerztagesklinik mehr als 2.600 Personen mit chronischen Schmerzen behandelt. Dabei handelte es sich vorwiegend um Frauen (70 Prozent). Zu den häufigsten Behandlungsdiagnosen zählten Rückenschmerzen (51 Prozent) gefolgt von Kopfschmerzen (19 Prozent) und sonstige Schmerzen (28 Prozent). Oftmals werden Patientinnen und Patienten mit mehreren Schmerzbereichen/-diagnosen behandelt. Eine erste Evaluation aus 2009 zeigte positive Effekte, die auch über einen langen Zeitraum nach der Behandlung stabil blieben [35]. Dieses Ergebnis reiht sich in vergleichbare Untersuchungsansätze des Therapieverfahrens ein [18, 36–41].

Unter Berücksichtigung einer geringeren Erkrankungsschwere kann diese Therapieform zukünftig sicher auch im ambulanten Setting umgesetzt werden. Hierzu bedarf es allerdings einer hinreichenden Struktur- und Prozessqualität, die den oben genannten hohen Anforderungen genügt [29]. Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen kann diese Versorgungsform im ambulanten Sektor von wenigen Modellprojekten

abgesehen daher regelversorgungsba- siert nicht flächendeckend angeboten werden.

Interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen und Beratungstelefon

Eine weitere Möglichkeit schmerzmedi- zinischer Angebote, ist die Durchfüh- rung von interdisziplinären Schmerzkonzferenzen, wie sie auch im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung ge- fordert werden. Monatlich können (auch von extern) Fälle besprochen und entsprechende Patientinnen und Pati- enten in einer interdisziplinären Runde aus Therapeuten verschiedener Fach- disziplinen vorgestellt werden. Die Zu- weisenden stellen den Krankheitsver- lauf und die relevanten Vorbefunde dar, die Patienten können von den Konfe- renzteilnehmenden befragt werden und im Anschluss werden das weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen gemeinsam (auch kontro- vers) diskutiert. Dieses Tool bietet viel- fältige Möglichkeiten, nicht nur Hilfe im konkreten Behandlungsfall zu erlangen, sondern fördert auch die Vernetzung untereinander und unterstützt das

vertrauensvolle Miteinander auch über verschiedene Disziplinen hinweg. Ein noch niederschwelligeres Angebot zur Unterstützung bei allgemeinen aber auch speziellen Fragestellungen stellt das Beratungstelefon dar. Hier können zu vorgegebenen Zeiten Ärztinnen und Ärzte ihre Fragen mit in der Schmerz- medizin spezialisierten Kolleginnen und Kollegen besprechen. Bei entsprechen- der Infrastruktur, Akzeptanz aber auch rechtlicher Sicherheit sind sicherlich auch Kontaktmöglichkeiten via Teleme- dizin denkbar, um die Behandlung fern- ab von etablierten Zentren zu ermögli- chen.

Aktuell können Behandlungs- bezie- hungsweise Beratungsanfragen telefo- nisch und per E-Mail an das USC und die assoziierten Einrichtungen gerich- tet werden (siehe Tab.).

Weiterbildungsermächtigung und Lehre

Schmerzmedizinische Weiter- und Fort- bildung beginnt nicht erst nach Ab- schluss des Medizin- oder Psychologie- studiums. Schmerzmedizin hat seit ei- nigen Jahren auch einen festen Platz in der studentischen Lehre. Im Studium

Kontaktmöglichkeiten

Einrichtung	Telefon	E-Mail	Besonderheiten
Interdisziplinäre Schmerzambulanz/ Kopfschmerzambulanz	0351-458 3354	schmerzambulanz@ukdd.de	
Schmerztagesklinik	0351-458 4593	usc-tagesklinik@ukdd.de	
Kopfschmerzprechstunde für Kinder u. Jugendliche/DreKiP	0351-458 2082	kinderkopfschmerzambulanz@ukdd.de (Ambulanz) kopfschmerz.ambulanz@ukdd.de (DreKiP)	Kinderärztliche Überweisung erforderlich!
Stationäre orthopädische Schmerztherapie	0351-458 2615	ouc-klinikaufnahme@ukdd.de	
Tagesklinik und Ambulanz für somatoforme Schmerzstörungen	0351-458 7084 (Tagesklinik) 0351-458 2070 (Ambulanz)	psa.a2@ukdd.de	
Neurochirurgische Schmerzprechstunde	0351-458 3157	nch-schmerzambulanz@ukdd.de	
Kostenfreie Telefonsprechstunde für Ärztinnen/Ärzte	0351-458 13059		Jeden Mittwoch von 13 bis 16 Uhr

der Humanmedizin ist dieses Gebiet in Form von Vorlesungen und Seminaren Teil des Curriculums, welches von einer Kommission der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. (Kerncurriculum Schmerzmedizin für die Lehre) erarbeitet wurde und dessen Kernelemente in das Europäische Curriculum eingeflossen sind [42]. Weiterhin finden am Zentrum studentische Praktika und Famulaturen statt. Die Weiterbildungsermächtigung Schmerztherapie liegt für ein Jahr vor. Eine Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin konnte begonnen werden, um angehenden Allgemeinärztinnen und -ärzten im Rahmen der Ausbildungsrotation für einen Zeitraum von drei Monaten praktische Einblicke in die Diagnostik und Therapie dieser hochprävalenten Erkrankungen zu ermöglichen.

Ausblick

Die vielfältigen Behandlungsangebote des USC wurden im Laufe der Zeit gemeinsam in einer interdisziplinären Teamstruktur entwickelt und umgesetzt. Dies bedeutete, dass nicht nur die einzelnen Angebotsstrukturen interdisziplinär ausgestattet werden mussten, auch die Planung neuer Therapieangebote bedurfte einer sorgfältigen Vorbereitung unter Einbeziehung der verschiedensten Fachgebiete. Nur so konnte und kann es gelingen, möglichst gut abgestimmte Diagnostik- und Therapieoptionen für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen zu etablieren.

Dennoch bestehen noch weitere Anforderungen an eine optimierte Versorgung. In den letzten Jahren erfolgte zwar im medizinischen Bereich und auch gesamtgesellschaftlich eine Sensibilisierung für chronische Schmerzen als biopsychosoziale Erkrankung, dennoch werden Schmerzsyndrome immer noch häufig zu spät erkannt und oft einseitig (das heißt unimodal) behan-

delt. In der Zukunft kann neben einer verbesserten berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Vernetzung sowie dem Ausbau der studentischen Lehre auch eine weitere Aufklärung im Rahmen einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit dazu beitragen, dass sich Betroffene schneller als solche identifizieren und eigenständig einen Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten suchen und niederschwellig auch finden. Zudem sollten Möglichkeiten der frühen Detektion von Chronifizierungskreisläufen entwickelt werden. Bestehende Verfahren, wie das interdisziplinäre multimodale Schmerzassessment, sind bisher nicht ausreichend bekannt und ferner nicht Teil einer flächendeckenden Regelversorgung außerhalb selektivvertraglicher Vereinbarungen. Mit der Einführung von DreKiP als komplexes Therapieangebot für Kinder und Jugendliche wurde exemplarisch ein erster Schritt von einem monozentrischen Behandlungsangebot zu einem (beginnend) flächendeckenden Angebot für Sachsen etabliert.

Die hier dargestellten Strukturen, wie sie am Universitätsklinikum Dresden durch das USC angeboten werden, stellen eine mögliche Antwort auf die Komplexität von Schmerzkrankungen dar. Es sind sicherlich auch andere Modelle und Organisationsformen denkbar. Jedoch erscheint eine Rahmenbedingung für alle Therapieangebote zur Behandlung chronischer Schmerzen unabdingbar zu sein: Ohne Interdisziplinarität und Netzwerkstrukturen sind erfolgreiche Therapiemaßnahmen kaum denkbar. Auch müssen diese im Rahmen eines dynamischen Prozesses gedacht werden. Demografische Veränderungen und Änderungen gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen sowie neue diagnostische und therapeutische Erkenntnisse werden auch in Zukunft kontinuierlich weitere Anpassungen erforderlich machen.

Danksagung

Die Autoren danken dem gesamten Team des UniversitätsSchmerzCentrums Dresden für ihre kontinuierliche medizinische Betreuung unserer Patientinnen und Patienten und die Unterstützung in der Weiterentwicklung des Zentrums. ■

Literatur unter www.slaek.de → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Interessenskonflikte:

R. Sabatowski: Sprecher der Adhoc-Kommission „Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.
R. Scharnagel, G. Goßrau, B. Schönbach: keine

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. med. Rainer Sabatowski
UniversitätsSchmerzCentrum
Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum
„Carl Gustav Carus“,
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: rainer.sabatowski@ukdd.de

Aufruf zur Publikation von Beiträgen

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärztinnen und Ärzte, praxisbezogene, klinisch relevante, medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen einzureichen. Gem. § 10 Fortbildungsordnung erhalten Autorinnen und Autoren 5 Punkte pro wissenschaftlicher Veröffentlichung. (maximal 50 Punkte in fünf Jahren).

Ebenso können gern berufs- und gesundheitspolitische sowie medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ eingereicht werden (E-Mail: redaktion@slaek.de).

Unter www.slaek.de → Über uns → Presse → Ärzteblatt sind die Autorenhinweise nachzulesen.