

6. International Symposium „Societal Impact of Pain“ (SIP 2016)

Chronischer Schmerz fordert Gesundheitssysteme heraus

Brüssel – Nach wie vor ist die Schmerzversorgung in den einzelnen europäischen Ländern unterschiedlich und weist oft Defizite auf. Neben der enormen individuellen Beeinträchtigung der Lebensqualität bei chronischem Schmerz, ist dieser auch eines der kostenintensivsten Krankheiten in den Industriestaaten und einer der Hauptgründe für gesundheitsbedingte Abwesenheit am Arbeitsplatz und Frühverrentung.



Mehr als 220 Teilnehmer aus 28 Ländern kamen am 23. und 24. Mai in Brüssel zusammen.

„Societal Impact of Pain“ (SIP, „gesellschaftliche Auswirkungen durch Schmerz“) ist eine internationale Multi-Stakeholder Plattform, die 2010 als Kooperation der Europäischen Schmerzgesellschaft EFIC und dem Unternehmen Grünenthal mit dem Ziel gegründet wurde, Bewusstsein für die Relevanz der Auswirkungen von Schmerz auf unsere Gesellschaft sowie Gesundheits- und Wirtschaftssysteme zu schaffen.

Dieses Jahr fand bereits das 6. SIP-Symposium statt – unter dem Motto „Time for Action“ kamen mehr als 220 Teilnehmer aus 28 Ländern am 23. und 24. Mai in Brüssel zusammen. Die Vertreter aus medizinischer Forschung und Versorgung sowie Patientenorganisationen, Krankenkassen, Versicherungen, Pflegeverbänden, Gesundheits- und Aufsichtsbehörden diskutierten, wie auf Ebene der EU und der Mitgliedsstaaten der chronische Schmerz und

Time for Action

Chronischer Schmerz ist weit verbreitet – in der Europäischen Union leidet einer von fünf Bewohnern darunter. Unter dem Motto „Time for Action“ kamen auch dieses Jahr wieder mehr als 210 Repräsentanten aus 28 Ländern zum „Societal Impact of Pain“-Symposium zusammen.



Diese nahmen das Motto ernst und verabschiedeten konkrete politische Handlungsempfehlungen, die auf EU- und auf nationaler Ebene die Schmerzversorgung verbessern sollen. Denn neben den individuellen Auswirkungen sind auch die gesellschaftlichen Auswirkungen durch hohe Gesundheitskosten und Arbeitsausfälle enorm. Deshalb ist es ermutigend zu sehen, dass neben den vielen Teilnehmern aus medizinischer Forschung und Versorgung, Patientenorganisationen, Krankenkassen, Versicherungen, Pflegeverbände sowie Gesundheits- und Aufsichtsbehörden auch immer mehr Mitglieder des Europäischen Parlamentes das Ziel, eine bessere Schmerzversorgung zu erreichen, in ihre parlamentarische Arbeit aufnehmen. Denn ja, es ist allerhöchste Zeit „for action“.

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen

Norbert van Rooij

Head of Governmental Affairs & Patient Centricity Europe

Inhalt

Chronischer Schmerz fordert Gesundheitssysteme heraus	1
Auf dem richtigen Weg, aber noch viel zu tun!	2
SIP Workshops – Handlungsempfehlungen verabschiedet	4
• WS 1: Schmerz als Qualitätsindikator des Gesundheitswesens.	6
EU-Richtlinie - Schmerz kennt keine Grenzen.	7
• WS 2: Chronischer Schmerz: eine Krankheit oder ein Symptom?	8
• WS 3: Relevanz der Schmerzen in der Krebstherapie	9
Berufliche Wiedereingliederung für chronische Schmerzpatienten.	9
• WS 4: Schmerz, Rehabilitation und Wiedereingliederung von Arbeitnehmern	11
Interview: Abgeordnete wollen besseres Schmerzmanagement	13
Schmerzforschung – Was tut die EU?	15

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik - SIP-Sonderausgabe 2016

die Schmerzversorgung eine höhere Priorität in der Gesundheitspolitik erhalten können. Die Teilnehmer verabschiedeten konkrete politische Handlungsempfehlungen, die europäische und nationale Politiker/Entscheidungsträger auf-fordern sollen, die Schmerzversorgung zu verbessern.



Dr. Alberto Grua, Grü-nenthal

Dass sich in den letzten Jahren bereits einiges getan hat, belegt die steigende Zustimmung von EU-Politikern: Bereits das

1. SIP-Symposium 2010 wurde von Mitgliedern Europäischen Parlamentes unterstützt – dieses Jahr waren es insgesamt 20 EU-Parlamentarier, die ihre Zustimmung und Unterstützung, auch

als Redner und Moderatoren, kundtaten und die Verbesserung der Schmerzversorgung in der EU in ihrer täglichen Arbeit vorantreiben.

„Wir müssen uns die Zeit nehmen, die vielen verschiedenen Akteure und Interessensgruppen an einem Tisch zu versammeln und allen, insbesondere den Patienten zuzuhören. Die Mannigfaltigkeit der Präsentationen und die Qualität der Arbeitsgruppen haben mich beeindruckt, nun ist es wirklich Zeit, für Veränderungen“, sagt Dr. Alberto Grua, Grüenthal.

Wir haben in dieser Sonderausgabe des „Kompass“ für Sie die wichtigsten Ergebnisse und Vorträge des SIP 2016 zusammengefasst.



Die Teilnehmer verabschiedeten konkrete politische Handlungsempfehlungen.

Ausführliche Informationen zum Programm, die Abstracts, die Statements der EU-Parlamentarier und den verabschiedeten Handlungskatalog sowie Interviews und Impressionen finden Sie auf der Internetseite

> www.sip-platform.eu

Deklaration

Auf dem richtigen Weg, aber noch viel zu tun!

Brüssel – Im Jahr 2001 habe die EFIC eine Deklaration zum Schmerz veröffentlicht, die den chronischen Schmerz als ein bedeutendes Problem des Gesundheitssystems und als eine eigenständige Krankheit erklärte, erinnerte Prof. Chris Wells, EFIC-Präsident. Im Jahr 2010 folgte die Deklaration von Montreal der International Association for the Study of Pain (IASP), die den Zugang zur Schmerzversorgung als Menschenrecht eingestuft.

Im Jahr 2001 habe die EFIC eine Deklaration zum Schmerz veröffentlicht, die den chronischen Schmerz als ein bedeutendes Problem des Gesundheitssystems und als eine eigenständige Krankheit erklärte, erinnerte Prof. Chris Wells, EFIC-Präsident. Im Jahr 2010 folgte die Deklaration von Montreal der International Association for the Study of Pain (IASP), die den Zugang zur Schmerzversorgung als Menschenrecht eingestuft hat). Als weiteren Meilenstein in der Schmerzversorgung nannte Prof. Chris Wells, EFIC-Präsident, die „Road Map of Action“, ein gesundheitspolitischer Aktionsplan des SIP-Symposiums 2011 mit Kernthesen, wie EU-Institutionen und Mitgliedsstaaten das

Problem der gesellschaftlichen Auswirkungen von Schmerz effektiv auf EU-Level adressieren und vorantreiben kann. Ob es bisher Fortschritte bei der Umsetzung dieses Aktionsplans gab,



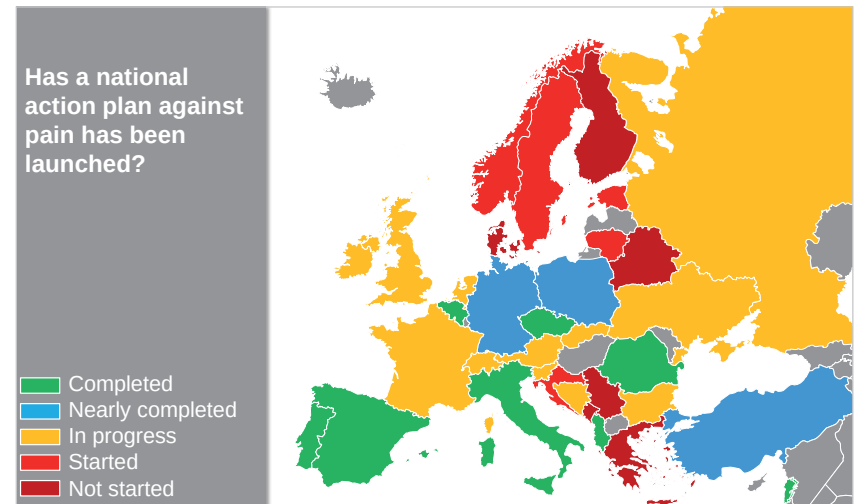
Prof. Chris Wells, EFIC-Präsident

wurde von der EFIC 2014 mit einem Fragebogen in 36 europäischen Ländern erhoben. Für Wells zeigen die Ergebnisse, dass Europa zwar auf dem richtigen Weg hin zu einem besseren Schmerzmanagement sei, es aber immer noch viele Defizite gebe. So hatten beispielsweise bis 2014 die meisten Länder einen nationalen Aktionsplan gegen chronische Schmerzen eingeführt.

Eine Akutschmerz-Versorgung in allen Krankenhäusern gab es dagegen nur in sechs Ländern und nur in Portugal wurden Daten über die Auswirkungen einer effektiven Schmerzversorgung erhoben. Auch die Einführung von Schmerz-Curricula in die medizinische Ausbildung aller Mitarbeiter des Gesundheitssystems war in vielen Ländern nur in Vorbereitung.

Eines der Hauptziele der Europäischen Schmerzgesellschaft sei es, die Schmerzversorgung auf allen Ebenen in Europa zu verbessern, sagte Wells. Dazu gehöre vor allem eine Harmonisierung und Optimierung in der Ausbildung zur Schmerztherapie. EFIC hat deshalb ein euro-

Launch of national action plans against pain progresses



päisches Curriculum und ein interdisziplinäres Diplom, das in ganz Europa anerkannt wird, erarbeitet. Die ersten Diplom-Prüfungen werden 2017 stattfinden.

Die Einführung nationaler Aktionspläne gegen Schmerz schreitet voran
© Präsentationsfolie von Chris Wells, President European Pain Federation, EFIC, „The Societal Impact of Pain – A Road Map for Action“

Fakten und Zahlen – Chronischer Schmerz in Europa

- Schmerz, der länger als drei Monate anhält, wird als chronisch definiert und präsentiert sich meist ohne eine physiologische Ursache.
- Ein Fünftel der europäischen Bevölkerung, das sind 100 Millionen Europäer, leidet unter chronischen Schmerzen.
- Chronischer Schmerz ist einer der Hauptgründe, warum Menschen zum Arzt gehen, wird aber meist nur ungenügend untersucht und berichtet.
- Mehr als 70% der Krebskranken haben Schmerzen, im fortgeschrittenen Stadium erhöht sich der Anteil auf 80%.
- Bis zu 100 Millionen Europäer leiden unter muskuloskelettalem Schmerz, der 50% der mindestens drei Tage dauernden Abwesenheit vom Arbeitsplatz und 60% der permanenten Arbeitsunfähigkeit ausmacht.
- Die direkten und indirekten Kosten der muskuloskelettalen Erkrankungen betragen laut Schätzungen 240 Milliarden Euro pro Jahr – das sind bis zu 2% des Bruttonationalproduktes der EU.
- Ein Drittel der wegen chronischem Schmerz krankgeschriebenen Arbeitnehmer sind jedes Jahr länger als 10 Tage arbeitsunfähig.
- Die Verringerung der Inzidenz von Krankheiten und Arbeitsunfähigkeit erhöht die Anzahl der aktiven Jahre der Arbeitnehmer und reduziert die öffentlichen Ausgaben.

SIP Workshops

Handlungsempfehlungen verabschiedet

Brüssel – Das Ergebnis des Symposiums SIP 2016 ist ein Handlungskatalog, der acht konkrete politische Empfehlungen enthält. Basis dieser Handlungsempfehlungen waren die Diskussionen in vier verschiedenen Workshops, die am Tag 1 parallel in den Räumen des Europäischen Parlamentes stattfanden.



Workshop 1

Schmerz als Qualitätsindikator in der Gesundheitsversorgung

Workshop 2

Chronischer Schmerz: eine Krankheit oder ein Symptom?



Workshop 3

Relevanz der Schmerzen in der Krebstherapie und -rehabilitation

Workshop 4

Schmerz, Rehabilitation und Wiedereingliederung von Arbeitnehmern

Impressionen von den Workshops

Die Diskussionen und der Austausch von „best practice“-Beispielen der einzelnen Workshops wurden am Tag 2, der in den Räumen des Concert Noble stattfand, im Plenum vorgestellt und diskutiert und mündeten in gemeinsam verabschiedete politische Handlungsempfehlungen:

1. Implementierung der Erfassung des Schmerzgrads im Artikel 8 § 5 der europäischen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung
2. Etablierung einer EU-Plattform zur gesellschaftlichen Auswirkung von Schmerz
3. Integration von chronischem Schmerz in politische EU-Strategien zu chronischen Krankheiten
4. Sicherstellung, dass die Schmerzversorgung Teil der Krebstherapie und -Rehabilitation ist
5. Initiierung von Strategien, die die Auswirkungen von Schmerz in der Arbeitswelt aufzeigen
6. Implementierung von Maßnahmen zur Berufswiedereingliederung
7. Erhöhung der Investitionen in der Schmerzforschung
8. Priorisierung von Schmerz in der Ausbildung von Mitarbeitern des Gesundheitssystems, Patienten und breiter Öffentlichkeit

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik - SIP-Sonderausgabe 2016

Handlungsempfehlungen, die auch als detaillierte Fassung vorliegen, sind an die Entscheidungsträger gerichtet und bilden die Grundlage für zukünftige Maßnahmen, die auf EU-Ebene und in den Mitgliedstaaten die Schmerzversorgung verbessern sollen. „Die Prävalenz von chronischem Schmerz, die gesellschaftlichen und ökonomischen Auswirkungen und die deutlichen Defizite in der Schmerzversorgung sollten ein Weckruf für Politiker sein“, hofft Prof. Bart Jan Morlion, gewählter EFIC-Präsident. „Zurzeit werden

in der EU 97% des erheblichen Gesundheitsbudgets für kurative Medizin ausgegeben und nur der klägliche Rest von 3% für Prävention. Dabei kann insbesondere chronischer Schmerz sowohl mit Primärprävention als auch strukturierter Sekundärprävention vermieden werden.“ Der Zeitpunkt für den Handlungskatalog ist nach den Worten von Morlion günstig, denn im Herbst 2016 steht die Halbzeitbewertung der aktuellen europäischen Gesundheitsprogramme 2014-2020 an, in der auch die Schmerzversorgung Thema sein wird.



Prof. Bart Jan Morlion, gewählter EFIC-Präsident



Unter italienischer Schirmherrschaft nahmen 28 Länder am 6. Internationalen Symposium (SIP 2016) teil.

Fakten und Zahlen – SIP 2016

- 220 Teilnehmer aus 28 Ländern
- Schirmherrschaft: italienisches Gesundheitsministerium
- Moderation der Workshops und der Plenarveranstaltung: EU-Parlamentarier Heinz K. Becker (Österreich), Nicola Caputo (Italien), José Inácio Faria (Portugal), Takis Hadjigeorgiou (Zypern), Marian Harkin (Irland), Merja Kyllönen (Finnland), Giovanni La Via (Italien), Jeroen Lenaers (Niederlande), Roberta Metsola (Malta), Soledad Cabezon Ruiz (Spanien) und Sabine Verheyen (Deutschland) - insgesamt befürworteten 20 Europa-Abgeordnete SIP 2016
- 160 Schmerzorganisationen und wissenschaftliche Verbände unterstützten das Ziel des SIP 2016
- die wissenschaftlichen Inhalte der SIP-Plattform verantwortete die europäische Schmerzgesellschaft EFIC [European Federation of the IASP Chapters (EFIC)], Kooperationspartner waren die europäischen Patientenorganisationen Pain in Europe (PAE) und Active Citizenship Network (ACN)

Workshop 1

Schmerz als Qualitätsindikator des Gesundheitswesens

Brüssel – Schmerzen, insbesondere chronische Schmerzen gehören zu den großen Gesundheitsproblemen - deshalb kann und sollte die Qualität der schmerzmedizinischen Versorgung als Qualitätsindikator des Gesundheitssystems gelten. Prof. Rolf-Detlef Trede, Universität Heidelberg, stellte die auf dem SIP 2013 diskutierten drei verschiedenen Qualitätsindikatoren vor.

1. Struktur-Indikatoren – geben Auskunft über die Infrastruktur der Schmerzversorgung, zum Beispiel Anzahl der Einwohner oder Mitarbeiter pro Schmerzzambulanz/ Schmerzspezialist, Angebote zur Aus- und Fortbildung in der Schmerztherapie von Medizinern, Psychologen und Physiotherapeuten.
2. Prozess-Indikatoren – beschreiben, welche Methoden in der schmerzmedizinischen Versorgung angewendet werden wie beispielsweise Messung des Schmerzes als fünfter Vitalparameter, Vorhandensein eines Schmerzregisters, Patienteninformation vor einer OP und Aufklärungskampagnen für Patienten.
3. Outcome-Indikatoren – stellen das Ergebnis der Schmerzversorgung dar, indem die Patienten befragt werden zur Schmerzbesesserung, Lebensqualität und Wiederaufnahme der Arbeit.

PAIN OUT – Qualitätsindikatoren funktionieren beim Akutschmerz

Struktur- und Prozess-Indikatoren seien zwar einfach zu quantifizieren, zu erheben und zu berechnen, aber sie stünden nicht immer im Zusammenhang mit dem Outcome der Patienten oder seien in der klinischen Routine nicht anwendbar, gab Prof. Winfried Meissner, Universitätsklinikum Jena, zu bedenken.

Er plädierte dafür, funktionelle Einschränkungen als Qualitätsindikatoren, also Outcome-Indikatoren für eine gute Schmerzversorgung zu verwenden, beispielsweise

ob der Schmerz an der Mobilisierung, am Schlaf, am Luftholen oder Husten hindert. „Diese können ebenso wie die Schmerzintensität mit einfachen Fragen erhoben werden, beschreiben aber die Auswirkungen des Schmerzes sehr viel besser.“ Meissner ist Projektleiter des 2009 gegründeten, internationalen Akutschmerz-Registers PAIN OUT (Improvement of postoperative PAIN Outcome), das zusammen mit dem deutschen Vorläuferprojekt QUIPS (Quality improvement of PostSurgical) mittlerweile 300.000 Datensätze zum Schmerz nach einer Operation umfasst. PAIN OUT und QUIPS verwenden den Fragebogen IPOQ (International Pain Outcomes Questionnaire, erhältlich in 18 Sprachen), mit dem die Patienten einen Tag nach der Operation funktionelle Einschränkungen, Nebenwirkungen der Schmerztherapie und ihre Zufriedenheit über die Schmerzversorgung beschreiben sollen. Dieser wird zusammen mit dem Alter und Geschlecht und der Art der Operation ausgewertet. Aktuelle Analysen ergaben überraschende Ergebnisse: So werden eine laparoskopische Appendektomie und eine Tonsillektomie von den Patienten als sehr schmerzhaft beschrieben und als Ursache der

wahrscheinlich geringere bis fehlende Einsatz schmerzstillender Medikamente bei diesen „kleinen“ Eingriffen diskutiert. Der Preis einer schlechten Versorgung des Akutschmerzes ist jedoch hoch: Schmerzen wirken sich negativ auf den Heilungsprozess aus, verursachen Leiden und verbrauchen mehr Ressourcen.



Prof. Winfried Meissner, Universitätsklinikum Jena



Logo des internationalen Akutschmerz-Registers PAIN OUT © www.pain-out.eu

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik - SIP-Sonderausgabe 2016

Meissner ist sich sicher, dass die in PAIN OUT und QUIPS verwendeten Outcome-Parameter prinzipiell auch beim chronischen Schmerz anwendbar sind. Allerdings gebe es methodische Unterschiede, da Patienten mit chronischen

Schmerzen im Vergleich zu Patienten mit postoperativen akuten Schmerzen eine sehr viel heterogenere Gruppe, oft auch sehr viel kränker und im Krankenhaus auf verschiedene Stationen verteilt sind.

EU-Richtlinie 2011/24

Schmerz kennt keine Grenzen

Brüssel – Einen Riesenschritt hin zu einer besseren medizinischen Versorgung in Europa stelle die Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 9.3.2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Patientenmobilitätsrichtlinie) dar, konstatierte Tapani Piha, Abteilung „Grenzüberschreitendes Gesundheitswesen, eHealth, Medizinische Produkte und Innovationen“ der Europäischen Kommission während des 1. Workshops.

Alle Versicherten in der Europäischen Union können sich demnach in einem anderen EU-Mitgliedstaat behandeln lassen. Die Behandlungskosten werden anschließend von ihrer heimischen Krankenkasse bis zu der Höhe erstattet, die auch für die entsprechende Behandlung im jeweiligen Inland übernommen werden. Für deutsche Patienten gab es bereits seit 2004 die grenzüberschreitende Regelung mit Kostenübernahme ohne vorherigen An-

überschreitenden Behandlung festgelegt. Eine Umfrage in 23 Mitgliedsstaaten habe jedoch ergeben, dass bisher nur Frankreich, Irland, Italien und Slowenien die Schmerzintensität bzw. Schmerz in ihrer nationalen Umsetzung als Nachweis, dass eine medizinische Versorgung in einem anderen EU-Land erstattet werden kann, benannt und anerkannt haben. Tapani erinnerte daran, dass auf Grundlage der Richtlinie 2011/24 die EU-Mitgliedsstaaten auch verpflichtet sind, im Bereich der seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen eng in sogenannten Europäischen Referenznetzwerken zusammen zu arbeiten. Die Einrichtung eines Kompetenzzentrums der Schmerztherapie wird diskutiert.



Tapani Piha © www.laakari.fi



© jggon - Fotolia.com

trag, bei geplanten Krankenhausaufenthalten muss zuvor jedoch eine Genehmigung eingeholt werden. In vielen EU-Mitgliedsstaaten gibt es keine klare Regelung, ob und was vor Inanspruchnahme genehmigt werden muss. Im Artikel 8 §5 der Richtlinie 2011/24/EU ist laut Tapani unter anderem schwerer Schmerz als Kriterium für den Anspruch einer grenz-

Schmerz und Alter

Dr. Leonie Mallmann, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), gab zu Bedenken, „die älteren Menschen beim Thema chronischer Schmerz nicht zu vergessen, denn die Schmerzerfassung ist bei ihnen oft aufgrund physischer



Dr. Leonie Mallmann vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. © bpa

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik - SIP-Sonderausgabe 2016

oder kognitiver Beeinträchtigungen problematisch und kostet viel Zeit und Personal.“ Sie forderte, dass Schmerz auch in der Pflege als eigenständige Erkrankung und als zusätzlicher Pflegeaufwand anerkannt wird. Im Hinblick auf die immer älter werdende Bevölkerung und damit auch die steigende Anzahl demenzkranker älterer Menschen schätzt Mallmann einen zusätzlichen Personalbedarf von 300.000 Pflegekräften bis 2030.

Schmerzpatienten im Krankenhaus

Auch die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland tragen nach den Worten von Dr. Hubert Schindler, Referatsleiter Abteilung Gesundheit des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (VDEK), zu einer Verbesserung der Schmerzversorgung bei. Bei der Ausgestaltung der „Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und der Disease-Management-Programme (DMP) waren die gesetzlichen

Krankenkassen maßgeblich beteiligt. Schindler arbeitet im Auftrag des VDEK für die Deutsche Schmerzgesellschaft in der Arbeitsgruppe „Qualitätsindikatoren“ mit und wird die Ergebnisse des Workshops 1 zu den Qualitätsindikatoren sofort in einen Interviewleitfaden umsetzen und mit den teilnehmenden deutschen Experten abstimmen. Der Fragebogen ist an die Verantwortlichen in den Krankenhäusern gerichtet, um die Strukturqualität der Schmerzversorgung und einen eventuellen Entwicklungsbedarf oder eine Umstrukturierung in den einzelnen Häusern zu erfassen. Erste, anonymisierte Ergebnisse könnten bereits auf dem 3. Nationalen Schmerzforum, das am 22.9.2016 stattfindet, vorgestellt werden, hofft Schindler.



Dr. Hubert Schindler, Verband der Ersatzkassen e.V.

Workshop 2

Chronischer Schmerz: eine Krankheit oder ein Symptom?

Brüssel – Chronische Schmerzen haben ihre biologisch sinnvolle Alarmfunktion verloren und sich, auch nachdem die Ursache nicht mehr vorhanden ist, verselbstständigt. Chronische und rezidivierende Schmerzen beeinträchtigen die Lebensqualität der Patienten und können Schlafstörungen, Angstzustände, Depressionen und ein niedriges Selbstwertgefühl verursachen.

Bereits 2001 deklarierte die EFIC chronischen Schmerz zu einer eigenständigen Erkrankung. Für Prof. Dr. Thomas Tölle, Technische Universität München, muss „die Diskussion, dass der Schmerz eine eigenständige Erkrankung ist, unbedingt weitergeführt werden“.

Er führte Beispiele für neurobiologische Veränderungen im Rückenmark und Gehirn sowie der primären sensorischen Neuronen an, die belegen, dass ein akuter Schmerz in die Erkrankung chronischer Schmerz übergehen kann. Auch die Berichte der Patienten bestätigen nach den Worten von Tölle, dass anders als der akute Schmerz der chronische Schmerz für sie einen echten, eigenständigen Krankheitswert entwickelt hat.



Prof. Dr. Thomas Tölle, Technische Universität München

Workshop 3

Relevanz der Schmerzen in der Krebstherapie

Brüssel – Schmerz und Tumorerkrankungen sowie Schmerz und Palliativmedizin sind miteinander verbunden, sowohl vor und während der Behandlung, insbesondere im fortgeschrittenen Stadium, als auch nach einer erfolgreichen Krebstherapie und am Ende des Lebens.

Die Europäische Kommission startete 2014 das Projekt „European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control (kurz Cancer Control Action, CanCon), ein von der EU und den teilnehmenden Organisationen, Institutionen und Universitäten gefördertes Projekt. Das Ziel ist es, einen Leitfaden zur Verbesserung der Krebsbekämpfung für Regierungen, Politiker, Vertreter der Gesundheitssysteme und Onkologen zu erstellen. Die Förderung läuft bis 2017.

Dr. Stein Kaasa, Universität Oslo/Norwegen, berichtete, dass im Rahmen von CanCon auch versucht wird, die bisher oft vernachlässigte Schmerztherapie bei Krebspatienten zu verbessern. Bisher fehle es an Methoden, den Schmerz und Symptome der Krebspatienten systematisch auf Basis der Patientenbeschreibungen (Patient Reported Outcomes Measures, PROMs) zu beurteilen, diese PROMs in die Krebsschmerz-Klassifikation einzubeziehen und vorhandene Leitlinien zur Schmerztherapie zu berücksichtigen. Die systematische Erfassung der PROMs könnte Kaasa zufolge mit Hilfe eines Internetbasierten Eingabesystems, das die Patienten auch mit mobilen Geräten verwenden, erleichtert werden.

Dass chronischer Schmerz bei Krebspatienten

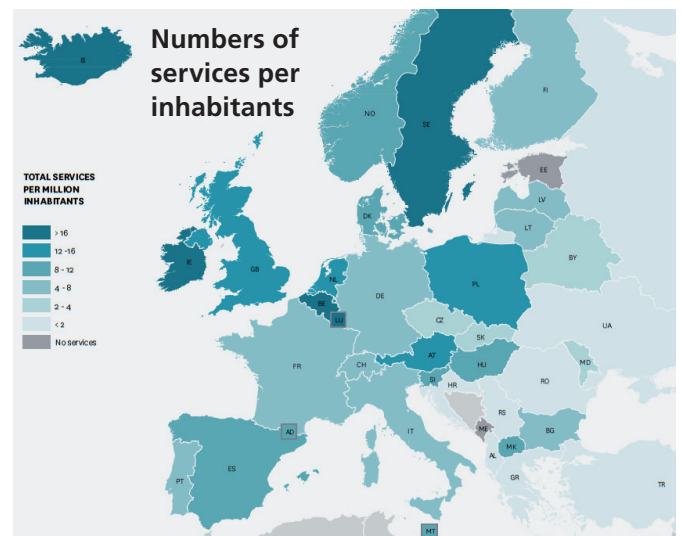
hervorge-rufen durch Operationen und Radio- und Chemo-therapie ein lange ver-nachlässigtes Thema ist, betätigte Priv.-Doz.

Stefan Wirz, Bad Honaf.

Um den Pa-tienten eine adäquate

Schmerz-

versorgung zu ermöglichen, müssten in der Krebstherapie beispielsweise möglichst früh-zeitig Schmerzspezialisten mit einbezogen, der Bedarf an Schmerztherapie je nach Stadium der Krebserkrankung und palliativer Situation ange-passt, Aus- und Fortbildungs-Programme an-geboten und die Epidemiologie, Diagnose und Therapie des chronischen Schmerzes evaluiert werden, so die Forderungen von Wirz.



Numbers of services per inhabitants
© Vortragsfolie von Univ.-Prof. Dr. med. Roman Rolke, Medizinische Fakultät der RWTH Aachen, „When pain meets palliative care“

Multimodale Schmerztherapie

Berufliche Wiedereingliederung für chronische Schmerzpatienten

Brüssel – Im Rahmen des 3. Workshops wurden gezielt Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung von Patienten mit Langzeitschmerz erleben zur Diskussion gestellt. Dazu präsentierte Luis Filipe Azevedo (CIDES, Portugal) in seinem Vortrag zunächst die ökonomischen Auswirkungen dieses Erkrankungsbildes.

Eine Studie kann zumindest für Portugal zeigen, dass die indirekten Kosten mit ca. 57% gemessen an den Gesamtkosten den direkten Anteil

übertreffen. Den größten Posten stellt in diesem Zusammenhang die frühe Berentung der Betroffenen dar. Zudem präziserte Azevedo in seiner

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik - SIP-Sonderausgabe 2016

Untersuchung, dass weder Schmerzintensität noch Dauer der Erkrankung für die Kostenentwicklung verantwortlich seien, sondern vielmehr sozioökonomische Faktoren wie Alter, Bildungsniveau und Art des Beschäftigungsverhältnisses. Zudem ließe sich eine stetige Kostensteigerung nicht wegdiskutieren. Weiterhin führte er an, dass die Konsequenz, die aus diesen Ergebnissen gezogen werde, nicht in einer Sparpolitik resultieren dürfe, sondern die Förderung effektiver Präventionsmaßnahmen und Schmerzmanagement in Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern gefordert seien. Dazu sei es wichtig, die richtigen Anreize für Patient und Unternehmen zur Wiederaufnahme der Arbeit anstelle einer vorschnellen Frühberentung zu setzen. Es sei zu betonen, dass sogar zum Teil Haltungen und verinnerlichte Therapiekonzepte von Patient und Behandler einer beruflichen Reintegration im Wege stünden. Die Form der sozialen Absicherung bei Berufsunfähigkeit, nach der ein schwererer Behinderungs- oder Krankheitsgrad mit einer höheren finanziellen Zuwendung einhergehe, setze ethisch und ökonomisch fragwürdige Akzente. Die Vermutung liegt nahe, dass sich in anderen europäischen Staaten zumindest ähnliche Entwicklungen und Kostenrelationen abbilden lassen.

Konsequenterweise – die Einigung aller Akteure auf das wissenschaftliche Entstehungsmodell einer bio-psycho-sozialen Ätiologie der chronischen Schmerz Erkrankung vorausgesetzt – müssten sich folglich alle drei Komponenten in sämtlichen Therapiekonzepten widerspiegeln. Diese multifaktorielle Perspektive unterstreicht die Bedeutung der beruflichen Rehabilitation für eine ganzheitliche Genesung des Patienten. Die Entwicklung geeigneter Reintegrationskonzepte kann nicht allein auf die Arbeitgeber oder einen der Sozialversicherer „abgewälzt“ werden. Gerade klein- und mittelständische Unternehmen müssen durch z.B. intersektorell ausgerichtete Instanzen Unterstützung erfahren. Die Debatte im Workshop ging aber sogar noch eine Ebene tiefer. Um die Annäherung von Arbeitswelt und medizinischem Versorgungssystem weiter zu befördern, müsse schon in der Aus- und Weiterbildung aller Beteiligten angesetzt werden.

Eine generelle Haltung, dass Reintegration von erkrankten Arbeitnehmern zu einem ganzheitlichen Therapieziel (nicht nur) bei chronischem Schmerz gehöre, solle in Zukunft Bestandteil der relevanten Ausbildungen werden. Es wurde von einem notwendigen Paradigmenwechsel auf beiden Seiten gesprochen, bei dem auf der Ebene der Werte als Handlungsmotivatoren angesetzt werden müsse. Stephan Bevan vom Institute for Employment Studies in Großbritannien stellte in seinem Beitrag eine skandinavische Studie vor, die durch ein strukturiertes Programm den Fokus auf bestehende Kompetenzen der erkrankten Arbeitnehmer lege. Arbeitsmarktstellen würden zusammen mit den Unternehmen den Fähigkeiten des Betroffenen in Art und Umfang angepasst. Welchen Erfolg diese Studie verzeichnen und ob „personalisierte Jobs“ zukünftig als Benchmark dienen können, bleibt abzuwarten.

Eine gravierende Problematik in der Integration der beruflichen Wiedereingliederung in ein ganzheitliches Therapiekonzept besteht jedoch europaweit darin, dass diese Maßnahme größtenteils durch einen vom Gesundheitssektor getrennten Wirtschaftsbereich übernommen wird. Der Austausch zwischen den Akteuren stellt sich bisher im europäischen Vergleich als unzureichend dar; wohlgerne, die Bedeutung der Zusammenarbeit über Sektorgrenzen hinweg in ihrer – auch ökonomischen – Dimension gilt als Priorität der „Policy recommendations“, die im Workshop zum Thema erarbeitet und der europäischen Kommission als Handlungsempfehlung vorgelegt wurden. Auch auf nationaler Ebene



Heinz K. Becker, EU-Parlamentarier und Moderator der Workshops und der Plenarveranstaltung:

„Chronischer Schmerz ist eine enorme Belastung für den Einzelnen und darüber hinaus ein wesentlicher Kostenfaktor für die europäischen Gesundheitssysteme ebenso wie für Wirtschaft, Arbeitsmarkt und die Gesellschaft im Allgemeinen.“

wird dieser Aspekt in den zukünftigen Maßnahmenkatalogen betont. Bestenfalls würde die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssektor und Unternehmen frühzeitig ansetzen, indem speziell auf chronischen Schmerz ausgerichtete Präventivmaßnahmen gemeinsam etabliert werden. Prävention als Investment in das Humankapital und nicht vorrangig als Kostenfaktor zu bewerten – dafür plädierte Stephan Bevan in seinem Vortrag deutlich und betonte damit das ganzheitliche und Nachhaltigkeitsdenken. Einigkeit der am Workshop Teilnehmenden herrschte zudem in dem Punkt, dass sich alle Akteure gemeinsam zu diesem Thema verantwortlich zeigen und diesen Punkt zukünftig vorantreiben müssten. Darüber hinaus gerät aufgrund fraktionierter Verantwortlichkeit der eigentliche Patientennutzen in den Hintergrund. Daher wäre zusätzlich eine vermehrte Einbeziehung der Patientenperspektive, die den alleinigen Blick auf den gesamten, in sich geschlossenen Versorgungs- und Behandlungsverlauf bietet, nicht nur sinnvoll, sondern überaus notwendig. Daraus können nicht nur intangible, sondern auch monetäre Vorteile auf allen Ebenen der Akteure entstehen.

Offensichtlich scheint die Zeit zur Formulierung von Standards in Bezug auf Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation für chronische Schmerzpatienten noch nicht reif zu sein. Aber eines wurde auf diesem Kongress spürbar und erfuhren sogar rege Unterstützung der anwesenden Parlamentarier – es existiert Raum für innovative Ansätze. Die Experten müssen sich daher weiterhin Gedanken zur Finanzierung dieser noch sehr stark national individuellen Lösungen machen. Das betrifft vor allem die Art der Vergütung und Honorarverteilung an die an der Versorgung beteiligten Personen. Inwieweit können Anreize über den Hebel der Vergütung gesetzt werden, um integrative Modelle zu befördern? Welche nationalen und internationalen Finanzierungsquellen stehen dafür zur Verfügung? Die Zukunft wird noch weitere Fragen dieser Art aufwerfen. Im Bewusstsein dieser Hürden bleibt die Community aber im Grundsatz optimistisch und zeigt sich gegenseitig beeindruckt von den vielen wertvollen Beiträgen der einzelnen Länder und der steten Fortschritte. Es ginge sichtbar voran, wurde am Ende gemeinschaftlich konstatiert. In diesem Sinne – actions speak louder than words.

Workshop 4

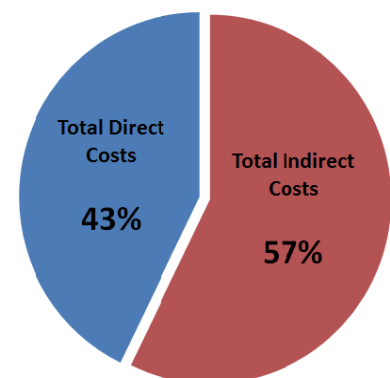
Schmerz, Rehabilitation und Wiedereingliederung von Arbeitnehmern

Brüssel – Portugal ist eines der wenigen europäischen Länder, aus dem die ökonomischen Auswirkungen von chronischen Schmerzen als jährliche direkte und indirekte Kosten bekannt sind. Prof. Luis Azevedo, Universität Porto/Portugal, stellte die Auswertung der Daten einer repräsentativen portugiesischen Stichprobe von 5.094 Erwachsenen vor, von denen 562 an chronischem Schmerz litten.

Demnach kommen auf jeden Patienten mit chronischem Schmerz pro Jahr Kosten von € 1.883. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung sind das € 4,6 Mrd., das entspricht 2,7% des Bruttoinlandproduktes Portugals im Jahr 2010.

Dass nur sozioökonomische Parameter und nicht der Schweregrad des Schmerzes die Kosten beeinflussten, führte Azevedo auf

eine Ungleichheit bei der Gesundheitsversorgung zurück. Insgesamt 57% der Kosten waren indirekte Kosten, deshalb müsse die Qualität der Schmerzversorgung und -Prävention erhöht werden, um die Kosten zu senken.



Annualised costs

€1,977.04 million [95 % CI (1,823.08–2,190.63)] direct costs
 €2,645.90 million [95 % CI (2,007.95–3,347.41)] indirect costs
 €4,611.69 million [95 % CI (3,930.20–5,362.71)] total costs

These estimates correspond to 1.16, 1.55, and **2.71 % of the Portuguese annual GDP in 2010**, respectively.

© Vortragsfolie von Luis Filipe Ribeiro de Azevedo, Faculdade De Medicina Universidade do Porto: The Economic Impact of Chronic Pain in Portugal

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik - SIP-Sonderausgabe 2016

AOK Nordost – KopfschmerzSpezial und RückenschmerzSpezial

Die AOK Nordost hat nach Identifizierung eines Handlungsbedarfs zwei Versorgungsprogramme aufgelegt – KopfschmerzSpezial und RückenSpezial. Ergeben deren Evaluation positive Ergebnisse, solle das in eine möglichst flächendeckende Versorgung münden, sagte Harald Möhlmann, Berater des Vorstandes der AOK Nordost.

KopfschmerzSpezial

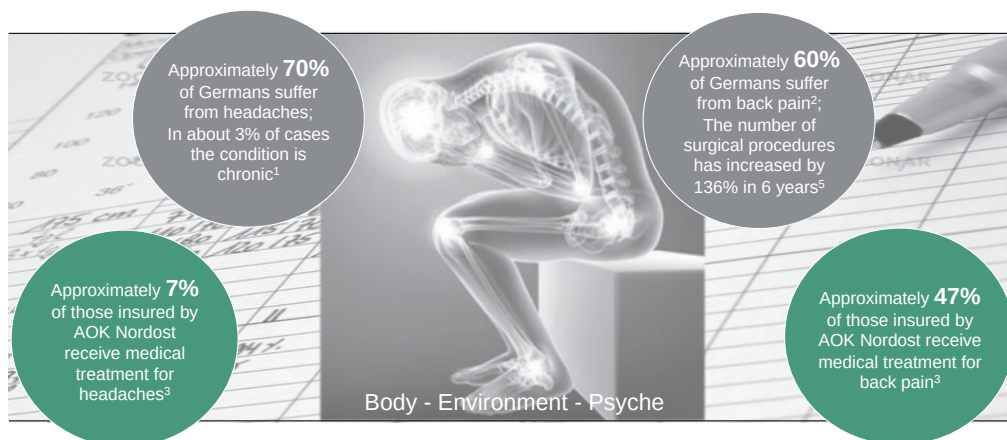
In Deutschland leiden zirka 70% der Einwohner in den vergangenen zwölf Monaten an Kopfschmerzen und bei 3% von ihnen hat sich ein chronischer Spannungskopfschmerz manifestiert. In der AOK Nordost werden 7% der Versicherten wegen ihrer Kopfschmerzen medikamentös behandelt. KopfschmerzSpezial ist ein Pilotprojekt mit der Charité-Universitätsmedizin Berlin, in der die Patienten mit langbestehenden, bisher nicht ausreichend behandelten chronischen Kopfschmerzen in einem multimodalen Ansatz inkl. stationärem Aufenthalt behandelt werden. Erste Erfahrungen zeigen, dass es möglich ist, die Chronifizierung des Schmerzes zu durchbrechen und den Patienten neue Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Die Leistungsaspekte seien in Verträgen verankert, auch die Kooperation mit den Hausärzten, die eine we-

sentliche Herausforderung des gegliedertes Gesundheitssystems sei, da in den Sektoren nicht unbedingt immer optimal zusammen gearbeitet werde, so Möhlmann.

RückenSpezial

Laut einer TNS-Infratest-Umfrage leiden mehr 60% der deutschen Bevölkerung an Rückenschmerzen und in den letzten sechs Jahren nahm die Anzahl der Rückenoperationen um 136% zu. Bei RückenSpezial geht es darum, über Zweitmeinungen vor operativen Eingriffen, eine bessere Sicherheit für die Patienten herzustellen. Das Programm ist darauf ausgerichtet, das in acht ausgewählten Zentren die Patienten mit einer Zweitmeinung beraten werden können. Interdisziplinär wird eine umfassende Diagnose gestellt und eine multimodale Therapie eingeleitet. Erste Ergebnisse zeigen, dass zunächst mehr als 80% der geplanten Wirbelsäulen-Operationen durch die konservative und multimodale Therapie vermieden werden konnten. Wenn es gelinge, dass wir Operationen vermeiden, ist das für den Umsatz der Krankenhäuser zwar nicht erfreulich, aber die Menschen können unter Umständen wieder schneller arbeiten und haben die Chance, mit einem gezielten Programm, auch ohne Operation die chronischen Rückenschmerzen in den Griff zu bekommen, so Möhlmann.

Tormenting many people: pain as a product of complex interactions



© Vortragsfolie von Harald Möhlmann, AOK Nordost, „Improving the care of patients with headaches and back pain“

1 Gesundheitsberichterstattung (GBE) Bund [health reporting federation]

2 Statista 2011 TNS Healthcare (Types of pain from which men and women in Germany suffer)

3 AOK Nordost (Number of insured individuals with coded ICD in min. 2 quarters of 2014)

4 univita.com

5 Number of cases according to the hospital report WiDo

Interview mit Dr. Kirstin Kieselbach

Abgeordnete wollen besseres Schmerzmanagement

Brüssel – Chronische Schmerzen sind in vielen Gesundheitssystemen in Europa unbeachtet. Das ist der Antrieb für die European Federation of IASP Chapters (EFIC). Sie will den Politikern in Europa aufzeigen, dass chronische Schmerzen ökonomische Bedeutung für die Gesundheitssysteme haben und eine Behandlung besser ist als nichts zu tun. Kompass sprach mit Dr. Kirstin Kieselbach über Probleme und Fortschritte.

Seit sechs Jahren fordern Ärzte, Patienten und Politiker auf dem SIP-Symposium fundamentale Verbesserungen in der Schmerzversorgung. Was will man auf europäischer Ebene erreichen?

Kieselbach: Ich habe bei dem diesjährigen „societal impact of pain“ (SIP) an der zweiten von vier Arbeitsgruppen teilgenommen. Unser Thema war: „Empfehlungen für chronischen Schmerz, eine Erkrankung oder ein Symptom?“. Das ist definitiv eine sehr wichtige Frage. Die Ziele des SIP sind nicht unbedingt deckungsgleich mit den Zielen in Deutschland. Ich habe mitgenommen, dass die Umsetzung der verschiedenen Empfehlungen an das Europäische Parlament von dort „top down“ verstärkt werden können. Die Wahrnehmung des Versorgungsproblems bei chronischen Schmerzen soll geschärft und der Druck auf die nationalen Parlamente erhöht werden. So kann über das Europäische Parlament Einfluss auf die nationalen Parlamente genommen werden. Dies geschieht nicht im Sinne einer Legislative, sondern mit klaren Empfehlungen an die nationalen Regierungen. Mich hat es beeindruckt, dass viele Europaabgeordnete, die vor dem Plenum des SIP gesprochen haben, die Bedeutung chronischer Schmerzen mittlerweile klar erkannt haben. Sie haben versichert, dass sie das Bewusstsein dafür steigern wollen, indem neue Strategien für ein verbessertes Schmerzmanagement europaweit und national entwickelt werden.

Und wie sieht die Situation verglichen mit anderen europäischen Staaten hierzulande aus?

Kieselbach: Man kann sagen, dass die Versorgungssituation in Deutschland doch sehr weit entwickelt ist. Auswertungen auf europäischer Ebene bestätigen das. Wir sind in guter Gesellschaft mit anderen europäischen Ländern.

Was waren die herausragenden Themen in Ihrer Arbeitsgruppe?

Kieselbach: Da würde ich gern zwei Punkte herausgreifen. In einem Vortrag wurden wichtige Zusammenhänge zu den Kosten, die durch chronische Schmerzen verursacht werden, dargestellt. Im europäischen wie auch in den nationalen Gesundheitswesen ist durch verschiedene Faktoren, wie zum Beispiel durch die Demografie, aber auch durch die Zunahme der Multimorbidität bei chronischen Erkrankungen allgemein ein enormer Kostendruck entstanden. Die Ausgaben werden durch die Versorgung chronischer Schmerzerkrankungen aber noch einmal deutlich erhöht. In Relation zu den Gesundheitskosten spielt chronischer Schmerz einfach noch nicht die Rolle in den Diskussionen, die er spielen müsste. Darauf gilt es immer wieder hinzuweisen: Schmerz muss als Katalysator, als entscheidender Faktor für Reformen im Gesundheitswesen erkannt und einbezogen werden. Wir brauchen dazu aber auch mehr empirische Daten.



Dr. Kirstin Kieselbach, Ärztliche Leiterin des Interdisziplinären Schmerzzentrums des Universitätsklinikums Freiburg © privat

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik - SIP-Sonderausgabe 2016

Und das zweite Thema?

Kieselbach: Das ist das Thema Schmerz als eigenständige Erkrankung. Wenn man chronischen Schmerz unter bestimmten Voraussetzungen als eigenständige Krankheit anerkennt – und das haben ja bereits viele Organisationen, wie zum Beispiel die Europäische Schmerzgesellschaft, getan – dann muss gelten „wer A sagt, muss auch B sagen“. Das bedeutet, dann braucht es Prävention, es braucht eine spezifische Diagnostik und eine umfassende, eine individuelle Behandlung und interprofessionelle, patientenzentrierte Versorgungsstrategien mit Qualitätsrichtlinien.

Was ist davon in Deutschland umgesetzt worden?

Kieselbach: Die Wahrnehmung für das Thema Schmerz in der Öffentlichkeit ist gestiegen. Aber wie wir alle wissen, ist vor allem die Palliativversorgung in den letzten Jahren sehr hoch gehängt worden. Das ist ohne Zweifel sehr wichtig, aber die Versorgung chronischer - nicht tumorbedingter - Schmerzen müsste ebenfalls mehr Beachtung finden und nun stärker in den Mittelpunkt gerückt werden. Vieles hat sich aber auch schon getan. Die Gesundheitsministerkonferenz 2015 will Qualitätsstandards etablieren und die multimodalen Therapien ausbauen. Sektorenübergreifende Vernetzung und mehr Forschung sind andere Schlagworte. Es gibt viele Punkte, die in die richtige Richtung weisen. Wir haben in diesem Jahr das 3. Nationale Schmerzforum der Deutschen Schmerzgesellschaft, den Aktionstag gegen den Schmerz und vieles mehr. Der Deutsche Ärztetag hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und sogar im Koalitionsvertrag sind Formulierungen für eine bessere Schmerzversorgung eingegangen.

Warum wissen Ärzte vergleichsweise wenig über chronische Schmerzen?

Kieselbach: Es ist in vielen Fachgruppen immer noch nicht bekannt, welche Brisanz chronischer Schmerz hat, wie chronischer Schmerz entsteht und wie man ihn richtig behandelt. Das Ursachen-Beseitigungs-Prinzip ist fest verankert

in den Köpfen vieler Ärzte und auch Patienten, auch in der Bevölkerung allgemein. Die Behandlung chronischer Schmerzen ist immer noch sehr an die Akutschmerztherapie angelehnt. Ein Beispiel: Man operiert den schmerzenden Rücken und denkt, dann muss doch der Schmerz weggehen. Oft ist der chronische Schmerz aber extrem komplex, multifaktoriell bedingt. Schmerz ist etwas sehr Kompliziertes, eine adäquate Schmerztherapie ebenfalls. Lange Zeit wurde das auch in der studentischen Ausbildung leider nicht berücksichtigt.

Krankenkassen - wie jüngst die Barmer GEK - fordern dringend verbindliche Qualitätskriterien für alle Einrichtungen, die multimodale Schmerztherapie anbieten. Welche müssten das Ihrer Meinung nach sein?

Kieselbach: Es gibt neue Strukturkriterien, die sind m.E. auch sehr sinnvoll. Darüber hinaus gibt es aber inhaltliche Kriterien, z.B. für multimodale Therapie und die Behandlung chronischer Schmerzen. Die greifen viel weiter und sind in der Literatur beschrieben. Ein biopsychosoziales Konzept ist sicherlich richtig, aber alles steht und fällt mit Vernetzung und Kommunikation und dann wäre da noch der Faktor Zeit. Schmerztherapie geht nicht im Ruck-Zuck-Verfahren.

Schmerz ist eine komplexe medizinische Herausforderung, aber hat nicht den Status einer eigenen Krankheit. Es gibt infolgedessen auch keinen Facharzt für Schmerz. Wäre das nicht sachgerecht?

Kieselbach: Ich persönlich halte ihn für notwendig und plädiere für eine Facharztausbildung. Ich bin Schmerzmedizinerin und Neurochirurgin und leite das Schmerzzentrum hier an der Uniklinik in Freiburg als eigenständige zentrale Einrichtung. Eine solche Einrichtung halte ich in vielerlei Hinsicht für essentiell. So betrachtet handelt es sich bei der Frage eines Facharztes für Schmerz um eine konsequente Weiterführung von spezifischer Diagnostik und Therapie von chronischen Schmerzen bzw. der chronischen Schmerzerkrankung. Das spiegelt

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik - SIP-Sonderausgabe 2016

sich auch in der Notwendigkeit einer eigenständigen Lehre wider.

Schmerzfreiheit wünscht sich jeder. Ist dieses Ziel überhaupt erreichbar noch dazu in einer alternden Gesellschaft?

Kieselbach: Bei chronischen Schmerzen geht es oft nicht in erster Linie um Schmerzfremheit, es geht vor allem um Schmerzlinderung, um Funktion und Beweglichkeit, es geht um Zufriedenheit und Lebensqualität. Das sind unsere hohen Ziele.

Schmerzforschung

Was tut die EU?

Brüssel – Von 2003 bis 2013 habe die EU mit 95 Millionen Euro die Schmerzforschung, die Projekte umfassten verschiedene Schmerzformen, Pathophysiologie, Biomarker, Prävention, Epidemiologie Früherkennung und Palliativmedizin gefördert, berichtete Dr. Vidal Ragout von der Gesundheitsdirektion der Europäischen Kommission.

Zu den geförderten Projekten gehörte zum Beispiel die „European Palliative Care Research Collaborative“ (EPCRC), die europäische, evidenzbasierte Leitlinien auch zum Schmerz entwickelte. Diese führten beispielsweise zu einer Überarbeitung der englischen Leitlinien zum Gebrauch von Opioiden bei Krebschmerzen.

liche Auswirkungen stehen laut Ragout 7,5 Milliarden Euro zur Verfügung. Davon wurden 2014-2015 alleine für die Schmerzforschung 64 Millionen Euro ausgeben.



Horizont 2020

Die aktuelle Forschungsförderung – Horizont 2020 – läuft unter dem Motto „Gesundheit, demographischer Wandel und Wohlbefinden“. Für das Thema Gesundheit und gesellschaft-

liche Auswirkungen stehen laut Ragout 7,5 Milliarden Euro zur Verfügung. Davon wurden 2014-2015 alleine für die Schmerzforschung 64 Millionen Euro ausgeben.

Die wichtigsten geförderten Schmerzprojekte bzw. Projekte mit integrierter Schmerzforschung sind:

- DOLORisk: Pathophysiologie und Risikofaktoren für neuropathischen Schmerz
- SC1-PM-02-2017: neue Konzepte der Patientenstratifizierung
- SC1-PM-10-2017: Vergleich der Wirksamkeit der bisherigen Therapiestrategien
- IMI (innovative medicines initiative): Entwicklung neuer Medikamente zur Therapie von Rückenschmerzen, pathologische Neuron-Glia-Interaktionen beim neuropathischen Schmerz
- CanCon: Schmerzmanagement bei Krebschmerzen
- CHRODIS (Addressing chronic diseases and healthy ageing across the life cycle): „Wissensplattform“ für den Austausch über chronische Erkrankungen

Bildnachweis

Sämtliche Fotos, wenn nicht anders im Bild angegeben: © 2016 - Isabelle Pateer / Otherweyes

Impressum

Herausgeber: Grünenthal GmbH
Kontakt: Uta Hoff (v.i.S.d.P.),
uta.hoff@grunenthal.com
T.: 0241-569-2820, F.: 0241-569-3151

Umlauf-Nr.: 2016MAHP017