

Schmerz 2016 · 30:118–122  
DOI 10.1007/s00482-016-0103-z  
Online publiziert: 5. Februar 2016  
© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.  
Published by Springer-Verlag  
Berlin Heidelberg -  
all rights reserved 2016



Mitteilungen der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. (vormals DGSS)

Bundesgeschäftsstelle  
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin  
Tel. 030/39409689-0 Fax 030/39409689-9  
info@dgss.org www.dgss.org

Geschäftsführer  
Thomas Isenberg, isenberg@dgss.org (V.i.S.d.P.)

President's Corner

Liebe Mitglieder, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Lassen Sie mich gleich zu Beginn mit einer Einladung starten: Der Deutsche Schmerzkongress findet in diesem Jahr vom 19.–22. Oktober 2016 in Mannheim statt. Die Mitgliederversammlung unserer Gesellschaft planen wir für den 19. Oktober 2016 ab 16:30 Uhr, ebenfalls im Mannheimer Congress Centrum Rosengarten. Hier werden wir Gelegenheit haben, einerseits die auch aus meiner Sicht äußerst positiven Entwicklungen unserer Gesellschaft der letzten Jahre zu reflektieren, andererseits aber auch die Wahlen zum Ständiger Beirat und zum Präsidium gemeinsam durchzuführen. Notieren Sie gerne schon heute den Termin und nehmen Sie teil.

Persönlich freue ich mich auf die kommenden Monate sehr. 2016, das zweite Jahr meiner

Präsidentschaft, wird auch für die Schmerzmedizin in Deutschland ein wichtiges Jahr werden, gut sind wir schon gestartet: Seit Jahresbeginn wird im Fallpauschalenkatalog 2016 die multimodale Schmerztherapie mit einem Behandlungszeitraum von mindestens 14 Tagen höher bewertet als Therapien von geringerer Dauer. Damit wird jetzt endlich die stationäre multimodale Schmerztherapie angemessener als in der Vergangenheit abgebildet. Ich danke der gemeinsamen Arbeit von Experten der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und des BVSD für diesen Erfolg und hoffe, dass dies die Umsetzung einer leitliniengerechten multimodalen Schmerztherapie für Patienten mit starken chronischen Schmerzen, für die eine ambulante Behandlung nicht ausreichend ist, verbessert. Bezüglich der Details lesen Sie

gerne auch den Beitrag unserer Experten unserer Ad-hoc-Kommission im Anschluss an diese President's Corner.

Bundespolitik

Voran schreiten auch unsere weiteren Hauptstadtkontakte in der Gesundheitspolitik:

Mit dem Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer konnten wir einen intensiven Dialog führen über die wünschenswerte Einführung einer Weiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“. Unser Ziel ist die entsprechende Beschlussfassung eines zukünftigen Bundespsychotherapeutentags. Wir hoffen, auch regional hier die notwendige Unterstützung organisieren zu können (Abb. 1).

Tagesaktuell sind wir mit unserem DERSCHMERZ-Sonder-

heft zum Thema „Cannabinoide in der Schmerztherapie“ (Ausgabe 1/2016). Inzwischen hat das Bundesgesundheitsministerium einen entsprechenden Gesetzentwurf vorgelegt, den Sie unter [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) finden können. Offiziell wurde die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. angefragt, eine detaillierte Stellungnahme abzugeben, was wir gerne gemacht haben (vgl. [www.dgss.org](http://www.dgss.org)). Wir werden den Dialog mit dem Bundesministerium, der Bundesdrogenbeauftragten, den Abgeordneten des Deutschen Bundestages und gesundheitspolitischen Akteuren weiterhin intensiv pflegen. Im Nachgang unseres Gesprächs mit dem Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bereiten wir uns zudem intensiv auf eine mögliche Ausschreibung des Innovationsfonds zum Thema Schmerz vor (Abb. 2).



Abb. 1 ▲ In der Hauptstadt aktiv – Schmerz ein Thema der AOK-Diskussionsveranstaltung



Abb. 2 ▲ Ad-hoc-Kommission Versorgungsforschung & Register erstellt Innovationsfonds-Antrag



**Abb. 3** ▲ Patiententag beim Deutschen Schmerzkongress – direkter Dialog ist wichtig

## Aktionen

Wichtig ist uns in 2016 auch, den Kontakt zu Patientinnen und Patienten bei unseren Veranstaltungen auszubauen. Wie bereits berichtet können wir hier an den erfolgreichen Arbeiten (z. B. SchmerzApp, Neuaufgabe Patientenratgeber, Faltblatt Schmerzen verstehen) des AK Patienteninformation anknüpfen.

Melden Sie sich gerne auch wieder an zur Mitwirkung am „Aktionstag gegen den Schmerz“, der in 2016 am 7. Juni stattfindet! Mit großer Freude kann ich berichten, dass erstmalig in diesem Jahr die bundesweite Selbsthilfeorganisation SchmerzLOS e. V. am Aktionstag mitwirkt.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. hat SchmerzLOS e. V. zudem als „korrespondierendes Mitglied“ offiziell in unserer Gesellschaft aufgenommen, auf unserer Homepage finden Sie jetzt auch deren regionale Ansprechpartner. Sofern Sie SchmerzLOS e. V. bei deren Bemühen des Aufbaus weiterer regionaler Selbsthilfegruppen unterstützen möchten, nehmen Sie gerne Kontakt auf oder sprechen Sie uns an und wir helfen weiter. Und: Auch in 2016 werden wir im Rahmen des

Deutschen Schmerzkongresses wieder einen Patiententag am 22. Oktober 2016 organisieren. Unser Dank an dieser Stelle an die vielen Aktiven, die bereits im letzten Jahr hier zum Erfolg beigetragen haben (■ **Abb. 3**).

## Service

Hinweisen möchte ich Sie noch auf einen weiteren Service: „Gelenkschmerzen“ sind das Thema des diesjährigen „Global Year Against Pain“ (<http://www.iasp-pain.org/GlobalYear/JointPain>). Detaillierte „Fact Sheets“, die Sie gerne in Ihrer Arbeit einsetzen können, finden Sie unter dem zuvor genannten Link. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. hat hier durch die deutsche Übersetzung an der Erstellung mitgewirkt, auf unserer Homepage <http://www.dgss.org/die-gesellschaft/iasp-efic> sind die Arbeitspapiere ebenfalls für Sie hinterlegt bzw. verlinkt.

Ich wünsche Ihnen ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2016.

Ihr

Prof. Dr. Michael Schäfer  
-Präsident-

# Neue DRG-Logik sichert die wirtschaftliche Zukunftsfähigkeit der länger dauernden therapieintensiven vollstationären multimodalen Schmerztherapie

Dr. med. M. Schenk<sup>1,3</sup>, Dr. med. B. Arnold<sup>1,4</sup>, Dr. med. A. Böger<sup>1,5</sup>, Dr. med. R. Thoma<sup>2,6</sup>

<sup>1</sup>Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V.

<sup>2</sup>Ad-hoc-Kommission Versorgungsfragen der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

<sup>3</sup>Zentrum für Integrative Schmerzmedizin, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Kladower Damm 221, 14089 Berlin

<sup>4</sup>Abteilung für Multimodale Schmerztherapie, Helios Amper Klinikum Dachau, Krankenhausstr. 15, 85221 Dachau

<sup>5</sup>Klinik für Schmerzmedizin, Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel, Hansteinstraße 29, 34121 Kassel

<sup>6</sup>Algesiologikum-Zentren für Schmerzmedizin, Heßstr. 22, 80799 München

Der Fallpauschalenkatalog 2016, der seit 1.1.2016 gilt, bringt für die vollstationäre multimodale Schmerztherapie (MMST) (OPS 8-918.\*) deutliche Änderungen der DRG-Logik. Damit werden die Grundlagen dafür geschaffen, MMST ökonomisch adäquat abgebildet über einen längeren und somit medizinisch angemessenen Zeitraum durchführen zu können als bisher.

Dieses gelang durch die Splittung der bisherigen DRG's I42Z (MMST bei Krankheiten und Störungen an Muskelskelett-System und Bindegewebe) und B47Z (MMST bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems) in einen Schweregrad A (mehr als 13 Behandlungstage) und einen Schweregrad B (7 bis 13 Behandlungstage). Der Schweregrad B wird also durch die OPS-Kodes 8-918.00, 8-918.01 und 8-918.02, der Schweregrad A durch die OPS-Kodes 8-918.1\* und 8-918.2\* getriggert.

Die DRG U42Z blieb als eine krankenhausespezifische Leistung im DRG-

Katalog bestehen. Die DRG Z44Z wurde gelöscht.

Die bisherigen DRG's I42Z und B47Z sowie U42Z und Z44Z hatten zwar eine Mindestverweildauer von 7 Behandlungstagen vorgegeben, triggerten jedoch bei längerem Aufenthalt keinen Mehrerlös.

Um dieses zu erreichen, wurde Anfang 2015 beim InEK (Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus) ein Antrag im Rahmen der Verfahrens zur Weiterentwicklung des Deutschen Fallpauschalensystems gestellt, dem stattgegeben wurde.

## Kooperation

Dieses umfangreiche Projekt wurde in erfolgreicher und intensiver Kooperation der Ad-hoc-Kommission Versorgungsfragen der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und des BVSD (Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V.) zu einem erfolgreichen Ab-

schluss gebracht. Unterstützt wurde der Antrag von Dr. Holger Bunzemeier und Dr. Wolfgang Fiori von der DRG-Research Group der Universität Münster.

### Fehlversorgung von Schmerzpatienten

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellte im Jahr 2000 fest, dass es eine *eklatante Fehlversorgung von Schmerzpatienten* (z. B. durch eine Überversorgung mit operativen Eingriffen) gäbe, eine problemangemessene Behandlung wurde gefordert [1].

### Bedeutung der multimodalen Schmerztherapie

Als Goldstandard für die Therapie hochgradig chronifizierter Schmerzpatienten wird die MMST angesehen [2]. Deren Effektivität hängt von der Behandlungsintensität ab, welche durch die Zahl der Behandlungseinheiten [3, 4] und durch die Behandlungsqualität bestimmt wird. Beide hängen von der Aufenthaltsdauer ab.

Ein aktueller Review von Kamper zeigt ebenfalls grundsätzlich positive Effekte der MMST gegenüber anderen Behandlungsformen, auch wenn wegen der Inhomogenität der eingeschlossenen Studien eine Aussage zur erforderlichen Therapieintensität nicht möglich ist [5].

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. hat über ihre Ad-Hoc-Kommission MMST die Konzepte und Indikationen [6, 7] sowie die Prozess- und Strukturqualität festgelegt [8].

### MMST im DRG-Abrechnungssystem

Die Abrechnung der stationären multimodalen Schmerztherapie

erfolgt seit 2005 über Fallpauschalen im G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups). Die Kodierung der Prozedur, bzw. Leistung erfolgt über die OPS-Kodes der Klasse 8-918 „MMST“. Die Zuordnung zu einer DRG erfolgt auf Grundlage der Hauptdiagnose in unterschiedlichen MDC's (Major Diagnostic Categories oder Hauptdiagnosegruppen). In den meisten Fällen erfolgt die Abbildung in einer für die Schmerztherapie spezifischen DRG (B47Z, I42Z, U42Z und Z44Z). Die relativ hohe Bewertung der schmerztherapeutischen DRGs resultiert aus den verhältnismäßig langen Verweildauern und nicht so sehr aus hohen Behandlungskosten pro Tag.

### Abrechnungsproblematik

In den letzten Jahren war die Durchführung der stationären multimodalen Schmerztherapie durch eine Abwärtsspirale aus Verringerung der Aufenthaltsdauer und nachfolgender Reduktion der Fallgewichte (Erlöse) und folgende Verringerung der Aufenthaltsdauer zunehmend gefährdet gewesen - teilweise ein hausgemachtes Problem!

Diese Gefährdung resultierte aus einem *grundsätzlichen Systemfehler* im Abrechnungssystem der Fallpauschalen (DRG's), der einen wirtschaftlichen Fehlanreiz dadurch setzte, dass eine Verkürzung der Behandlungsdauer und eine Verringerung der Therapieintensität belohnt wurden.

Die Kodierung der Leistung erfolgt über die OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) 8-918 „Multimodale Schmerztherapie“, die zusammen mit der Schmerz-Hauptdiagnose eine DRG auslöst. Die DRG hat ein Fallgewicht (Case Weight), welches vom InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)

aufgrund der betriebswirtschaftlichen Daten der Kalkulationskrankenhäuser kalkuliert wird. Das Fallgewicht multipliziert mit dem Landesbasisfallwert bestimmt den Erlös. Im Gegensatz zu ansonsten typischen Krankenhausleistungen ist der Therapieaufwand der MMST und der damit verbundene Ressourcenverbrauch täglich konstant hoch. Deshalb sinken bei Reduktion der Verweildauer der Aufwand und damit die Kosten. Dies führt im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zur Abwertung der schmerztherapeutischen Fallpauschalen im Folgejahr.

Genau diese Situation war in den letzten Jahren leider eingetreten. Durch Reduktion der Behandlungsdauer und der Therapieintensitäten wurden die Kosten reduziert und das betriebswirtschaftliche Ergebnis verbessert. Die untere Grenze der Behandlungsdauer ist in der OPS 8-918 auf 7 Tage begrenzt.

Wenn sich die Behandlungsdauer bei hoch chronifizierten Patienten immer mehr diesen 7 Tagen annähert, wird ein wirklicher Patientennutzen sehr fraglich. Folge wäre vielmehr schlechtere Therapieergebnisse und ein Drehtüreffekt durch mehrfache MMST, oft auch in mehreren Kliniken.

Zuletzt konnten Patienten nicht mehr länger als 12–14 Tage stationär behandelt werden, ohne die behandelnde Abteilung in einen wirtschaftlich defizitären Bereich zu bringen. Diese Situation war bedrohlich und gefährdete die Zukunft eines sehr gut evaluierten, sinnvollen und erfolgreichen Therapiekonzeptes. Der Fehlanreiz im DRG-System führte zu einem Konflikt zwischen der wirtschaftlichen Notwendigkeit und dem Patientennutzen einer nachhaltigen Schmerztherapie.

Eine Fortsetzung der Entwicklung der letzten Jahre im Bereich der fest bepreisten Fallpauschalen B47Z, I42Z und Z44Z hätte für eine MMST angemessenen und somit sinnvollen Behandlungszeiten im vollstationären Setting das Aus bedeutet.

### Lösung des Problems

Zur Lösung dieses drängenden Problems wurde beim InEK (Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus) gemeinsam in enger Kooperation von der Ad-hoc-Kommission Versorgungsfragen der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und vom BVSD (Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V.) ein Anpassungs-Vorschlag zur Prozedur OPS 8-918 „Multimodale Schmerztherapie“ eingereicht.

Begleitend fanden politische Gespräche mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus statt, um die an der DRG-Weiterentwicklung beteiligten Partner für das Thema zu sensibilisieren. Zusätzlich konnte die DRG Research Group der Universität Münster für eine Beratung und Unterstützung gewonnen werden.

Eine Behandlungsdauer von wenigstens 14 Behandlungstagen erschien für chronifizierte Schmerzpatienten als Minimum erforderlich.

Der Vorschlag sah eine zeitliche Splittung der bisher bestehenden DRG's I42Z und B47Z in einen längeren Zeitraum von  $\geq 14$  Tagen und einen kürzeren Zeitraum von 7 bis 13 Tagen vor.

Dabei lehnte er sich an die bereits bestehende Prozedur „8-918.1\* Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis

**Tab. 1** Fallgewichte der DRG's I42Z und B47Z ab dem 1.1.2016 im Vergleich zu vorher

DRG	Bezeichnung	CW	Mittlere VWD	Obere GVWD
I42	MMST bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe			
I42 *Alt	Z MMST bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1,182	13,1	21
I42 **Neu	A Neu**: MMST bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, <b>mindestens 14 Tage</b>	1,381	16,6	21
I42** Neu	B Neu**: MMST bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, <b>weniger als 14 Tage</b>	1,063	10,7	16
B47	MMST bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems			
B47 *Alt	Z MMST bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	1,256	13,0	20
B47 **Neu	A MMST bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, <b>mindestens 14 Behandlungstage</b>	1,557	16,4	22
B47 **Neu	B MMST bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, <b>weniger als 14 Behandlungstage</b>	1,132	10,8	16

CW Case Weight (Kostengewicht), VWD Verweildauer, GVWD Grenzverweildauer  
 \*bis 31.12.2015  
 \*\*ab 1.1.2016

- Bendix AF, Bendix T, Lund C, Kirkbak S, Ostenfeld S (1997) Comparison of three intensive programs for chronic low back pain patients: a prospective, randomized, observer-blinded study with one-year follow-up. *Scand J Rehabil Med* 29:81–89
- Härkäpää K, Mellin G, Järvikoski A, Hurri H (1990) A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain. Part III. Long-term follow-up of pain, disability, and compliance. *Scand J Rehabil Med* 22:181–188
- Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW (2015) Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 350:h444. doi:10.1136/bmj.h444
- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR, Gralow I, Irnich D, Klimczyk K, Müller G, Nagel B, Pflingsten M, Schiltenswolf M, Sittl R, Söllner W (2009) Multimodal pain therapy: principles and indications. *Schmerz* 23:112–120
- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser H-R, Diezemann A, Gralow W, Irnich D, Kaiser U, Klasen B, Klimczyk K, Lutz J, Nagel B, Pflingsten M, Sabatowski R, Schesser R, Schiltenswolf M, Seeger D, Söllner W (2014) Multimodal pain therapy for treatment of chronic pain syndrome. Consensus paper of the ad hoc commission on multimodal interdisciplinary pain management of the German Pain Society on treatment contents. *Schmerz* 28:459–472
- Nagel B, Pflingsten M, Brinkschmidt T, Casser HR, Gralow I, Irnich D, Klimczyk K, Sabatowski R, Schiltenswolf M, Sittl R, Söllner W, Arnold B (2012) Ad-hoc-Kommission Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft. Structure and process quality of multimodal pain therapy. Results of a survey of pain therapy clinics. *Schmerz* 26:661–669

höchstens 20 Behandlungstage“ an. Die Idee der Konzeption einer komplett neuen Prozedur wurde als nicht erfolgversprechend angesehen.

## Ergebnis

Nach Analyse der vorhandenen Kostendaten wurde dem Antrag stattzugeben.

Seit dem 1.1.2016 gibt es nun für die DRGs B47 und I42 jeweils die 2 Schweregrade A und B. Die Kostengewichte, die mittlere Verweildauer und die obere Grenzverweildauer sind in **Tab. 1** dargestellt.

## Zusammenfassung

Die Splittung DRG's I42 und B47 in die Schweregrade A und mit

den zugehörigen kalkulierten Fallgewichten ermöglicht es, eine vollstationäre MMST über 14 bis 16 Tagen ökonomisch angemessen abzubilden. Ob dadurch ein positiver Deckungsbeitrag möglich ist, hängt von der Ausgaben- bzw. der Kostenstruktur der jeweiligen Einrichtung ab. Für Patienten mit einem niedrigeren Therapiebedarf mit einer Behandlungsdauer von 7 bis 13 Tagen bieten sich die weniger intensiven DRG's I42B und B47B an.

Auch nach Splittung der „Schmerz-DRGs“ besteht noch ein Anreiz, kürzer dauernde MMST mit weniger Therapieintensität durchzuführen. Für die nachhaltige Kostendeckung der höher intensiven MMST mit einer Therapiedauer über

13 Tagen ist es äußerst wichtig, dass die realen Kosten in den Kalkulationsdaten der Krankenhäuser in den nächsten Jahren dargestellt werden. Dazu muss die länger dauernde MMST von vielen Einrichtungen mit einer adäquaten Therapieintensität angewandt werden.

## Literatur

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Band III, 11. Rückenleiden. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=168>
- Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K et al (2002) Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* (1):CD000963

**Forschungspreise der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.**

---

**Nachwuchsförderpreis Schmerz**

Der Nachwuchsförderpreis Schmerz wendet sich explizit an junge Wissenschaftler an deutschen Forschungseinrichtungen, die sich mit dem Thema Schmerz in der patientenbezogenen Forschung befassen. Ausgezeichnet werden innovative Arbeiten, die einen wesentlichen Beitrag zur Therapie chronischer Schmerzen erwarten lassen. Ziel des Preises ist, Nachwuchswissenschaftler und ihre ausgezeichneten Arbeiten durch die Preisverleihung in den Fokus von Forschungseinrichtungen zu rücken und damit die Chancen auf weitere Förderung zu erhöhen.

Der Preis wird jährlich von der Deutschen Schmerzgesellschaft in Kooperation mit der Janssen-Cilag GmbH ausgeschrieben und im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses der Deutschen Schmerzgesellschaft verliehen.

Die zwei besten Arbeiten werden mit 7.000 Euro und 3.000 Euro prämiert. Über die Zuerkennung des Preises entscheidet eine Jury, die sich aus Hochschullehrern deutscher Universitäten zusammensetzt. Die Jury kann die Verleihung des Preises aussetzen, wenn keine preiswürdige Arbeit vorliegt. Die Entscheidung der Jury ist für alle Beteiligten verbindlich und gerichtlich nicht anfechtbar. Die Bekanntgabe der Preisträger erfolgt in der deutschsprachigen medizinischen Fachpresse. Die Preisträger werden schriftlich informiert.

Ausgezeichnet werden Projekte, die im Bereich der Schmerzforschung angesiedelt und zukunftsweisend sind, das heißt zum Beispiel neue Methoden einsetzen oder etablierte Methoden auf neue Art und Weise kombinieren. Die Projekte sollten noch nicht anderweitig gefördert sein, können aber Spin-offs von bereits anderweitig geförderten Projekten sein.

Details finden Sie auf unserer Homepage unter folgendem Link: <http://www.dgss.org/forschung-und-foerderung/forschungsprojekte/nachwuchsförderpreis-schmerz/>

Bewerbungsschluss: 31. Mai 2016

**Max-von-Frey-Preis**

Mit diesem Preis werden wissenschaftliche Projektideen oder Forschungsvorhaben auf dem Gebiet des neuropathischen Schmerzes prämiert. Der Preis richtet sich an alle jungen Wissenschaftler, die sich an deutschen Forschungseinrichtungen mit Forschung im Bereich des neuropathischen Schmerzes befassen. Ausgezeichnet werden innovative Forschungsvorhaben, die einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis, zur Diagnose oder Therapie des neuropathischen Schmerzes erwarten lassen. Ziel des Preises ist es, Nachwuchswissenschaftler und ihre Projekte zu unterstützen und einem größeren Publikum vorzustellen, um damit auch das Interesse anderer Forschungseinrichtungen an diesem Forschungsgebiet zu wecken. Das Preisgeld soll zur Realisierung des Forschungsvorhabens verwendet werden, ggf. auch zur Unterstützung eines Teilprojektes eines bereits anderweitig geförderten Forschungsantrags. Das Preisgeld beträgt 10.000 Euro.

Wir bedanken uns für die entsprechende freundliche Unterstützung der Firma ASTELLAS Pharma GmbH als Sponsor des Preises.

Details finden Sie auf unserer Homepage unter folgendem Link: <http://www.dgss.org/forschung-und-foerderung/forschungsprojekte/max-von-frey-preis/>

Bewerbungsschluss: 31. Mai 2016

**Förderpreis für Schmerzforschung**

Mit diesem Preis werden Arbeiten im Bereich der anwendungsbezogenen Forschung und umgesetzten Grundlagenforschung gefördert, die einen wesentlichen Beitrag zur interdisziplinären praxisbezogenen Therapie akuter und chronischer Schmerzen geleistet haben. Der Preis richtet sich vorzugsweise an den wissenschaftlichen Nachwuchs aus den Fachgebieten Medizin, Psychologie und Naturwissenschaften.

Bewerbungen können für Projekte aus einer der beiden folgenden Kategorien eingereicht werden:

Kategorie 1: Klinische Forschung: Arbeiten, die klinische medizinische und/oder psychologische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie von Schmerzpatienten zum Gegenstand haben.

Kategorie 2: Grundlagenforschung: Experimentelle Arbeiten, die auf Probleme der Pathogenese und/oder der pharmakologischen Forschung bei der Ätiologie, Diagnostik und Therapie von Schmerzen zentriert sind.

Das Preisgeld beträgt je Kategorie 7.000 Euro für den ersten Platz sowie 3.500 Euro für den zweiten Platz. Der seit 1987 von der Firma Grünenthal GmbH aus Aachen gestiftete Preis wird jährlich von der Deutschen Schmerzgesellschaft vergeben.

Details finden Sie auf unserer Homepage unter folgendem Link: <http://www.dgss.org/forschung-und-foerderung/forschungsprojekte/foerderpreis-fuer-schmerzforschung/>

Bewerbungsschluss: 31. Mai 2016

---