



Tätigkeitsbericht des Bundesverbands ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. 2017

Vereinsaufbau und strukturelle Aufgaben

- Durchführung einer ordentlichen Mitgliederversammlung am 4.10.2017 in München
- Durchführung einer Satzungsänderung u.a. zur Erweiterung des Vorstands um ein drittes Vorstandsmitglied in der Funktion des geschäftsführenden Vorstands (Eintragung der Satzungsänderung in 2018)
- Aktivitäten zur Mitgliedergewinnung (z.B. persönliche Ansprache, Mailingaktionen, Flyerverteilung auf Veranstaltungen)

Mitgliederservice

- 11 Email-Newsletter für Verbandsmitglieder
- Sondernewsletter bei gravierenden Entscheidungen zur ASV (z.B. bei Inkrafttreten neuer Indikationen)
- Bereitstellung von neuen Mustern und Vorlagen, z.B. Kooperationsverträgen, Formulierungshilfen und Checklisten im Mitgliederbereich der Internetseiten
- Ausbau von FAQs zur ASV auf der Homepage
- Beantwortung von mehr als 40 Anfragen zur ASV im Diskussionsforum (FAQ) des Mitgliederbereichs der Homepage
- Ausweitung der Gegenüberstellung der Zertifizierungskriterien für Krebszentren nach Onkozeit mit den Anforderungen der ASV auf die gynäkologischen Tumoren
- Bereitstellung eines Vergleichs der Zertifizierungskriterien nach muko.zert mit den Anforderungen für die ASV Mukoviszidose
- Angebot der kostenfreien Teilnahme an allen Veranstaltungen des Bundesverbands
- Bereitstellung von Präsentationen im Rahmen von Verbandsveranstaltungen auf der Internetseite
- Bereitstellung der Onlinepublikationen IMPLICON und IMPLICON PLUS durch ein Sammelabonnement



- Einrichtung eines eigenen Supportkanals für ASV-Fragen der Mitglieder unter frage@bv-asv.de

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

- Beantwortung von mehr als 100 Einzelanfragen zur ASV
- Einführung eines mehrjährig angelegten Förderpreises „Pay for Performance“ in Kooperation mit der Universität Bayreuth und dem Aktionsbündnis Patientensicherheit und Auszeichnung der ersten wissenschaftlichen Arbeit am 23. Mai 2017
- Durchführung einer Umfrage bei den großen Anbietern von Praxisverwaltungssystemen zu den Kosten für die Freischaltung und den Betrieb des integrierten ASV-Moduls

Homepage

- Weiterer Ausbau der Verbands-Homepage www.bv-asv.de mit Informationen zur ASV und Hinweisen zur Umsetzung in der Praxis
- Aufbau der Internetseite www.asv-rheuma.de mit zielgruppenspezifischen Informationen zur ASV in der Rheumatologie (Anmerkung: Aufbau einer Präsenz www.asv-onkologie.de bereits geplant)

Veröffentlichungen

- Publikation von mehreren Artikeln und Interviews
- Versand der zweiten Ausgabe des Infobriefes Rheumatologie
- Broschüre ASV Rheumatologie für internistische Rheumatologen
- Broschüre ASV Rheumatologie für kooperierende Ärzte (Starterpaket Rheuma ASV)
- Musterpräsentation ASV Rheuma für die Gewinnung von kooperierenden Ärzten (Starterpaket Rheuma ASV)
- Broschüre ASV Mukoviszidose für die Ansprache von Schwerpunktzentren
- Vier E-Mail-Newsletter mit Informationen zur ASV für allgemeine Abonnenten
- Sondernewsletter bei gravierenden Entscheidungen zur ASV (z.B. Inkrafttreten neuer Indikationen)
- Beginn der Vorbereitung einer Patienteninformation für die ASV Rheuma



Politische Arbeit und Vernetzung

- Erreichen einer Änderung der Zulassungsverordnung Ärzte zur Klarstellung, dass die Tätigkeit in der ASV keine Verletzung der vertragsärztlichen Präsenzpflcht darstellt
- Teilnahme an einer Berufsverbandssitzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin
- Adressierung von Umsetzungsproblemen und Anpassungsbedarf in den ASV-Regelungen gegenüber den Entscheidungsträgern
- Erarbeitung eines Forderungspapiers zur ASV anlässlich der Bundestagswahl 2017
- Abfrage bei den Länder-KVen zur Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der ASV

Mitgliedschaften

- Mitgliedschaft der Geschäftsführerin Sonja Froschauer in der Projektgruppe ASV beim Bundesverband Managed Care e.V.
- Leitung der Projektgruppe Seltene Erkrankungen beim Bundesverband Managed Care e.V. durch die Geschäftsführerin
- Mitgliedschaft des Vorstandsvorsitzenden Dr. Axel Munte im gesundheitspolitischen Beirat der ACHSE e.V.
- Mitgliedschaft bei „Gesundheitsstadt Berlin e.V.“ sowie im „Bundesverband Managed Care e.V.“

Veranstaltungen (Berichterstattungen siehe Anhang)

- Symposium „5 Jahre ASV: eine Bestandsaufnahme“ am 01.02.2017 in Berlin mit Fachvorträgen u.a. von Frau Dr. Regina Klakow-Franck (Unparteiisches Mitglied Gemeinsamer Bundesausschuss), Hans-Georg Baum (Hauptgeschäftsführer, Deutsche Krankenhausgesellschaft) und verschiedenen ASV-Teamleitern mit über 150 Teilnehmern
- Symposium „Regionalisierte Versorgung in der Schmerztherapie“ in Stuttgart am 08.03.2017 mit ca. 30 Teilnehmern
- Durchführung eines Round-Table zu seltenen Lebererkrankungen am 22.03.2017 mit Frau Dr. Regina Klakow-Franck (Unparteiisches Mitglied, Gemeinsamer Bundesausschuss) und ärztlichen Experten



- Veranstaltung von Regionalgesprächen zur ASV in Dortmund und Lübeck mit je ca. zehn bis zwanzig Teilnehmern.
- Durchführung von Starterworkshops zur ASV Rheuma in Frankfurt am Main, Düsseldorf, München und Berlin mit je ca. 25 Teilnehmern

Vortragstätigkeit

- Über 20 Vorträge bundesweit zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch den Verbandsvorstand oder andere Mandatsträger bei Kongressen oder Veranstaltungen für niedergelassene Fachärzte und Kliniken.

Studie zur ASV

- Initiierung und Begleitung einer wissenschaftlichen Studie durch die bbw Hochschule, Berlin, zur Analyse der Umsetzung der ASV. Die ersten Ergebnisse der Studie wurden im Rahmen des Symposiums am 1.2.2017 in Berlin vorgestellt sowie in Form mehrerer Artikel und Buchbeiträge publiziert.



Anhang

Symposium „Fünf Jahre ASV: Eine Bestandsaufnahme“ am 1. Februar 2017 in Berlin



Am 01.01.2012 wurde der § 116b SGB V neu gefasst und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) eingeführt – Anlass zu einer Bestandsaufnahme am 1. Februar 2017 in Berlin für unseren Verband. Der Diskussionsbedarf war groß: Über 150 Teilnehmer erschienen zum konstruktiv-kritischen Diskurs mit den zahlreichen Referenten. Dabei ging es erstmalig auch um persönliche Erfahrungen mit der ASV. „Ist das Glas halbvoll oder halbleer?“, wurde zum Leitsatz von Dr. Albrecht Kloepfer, der als Moderator durch die Veranstaltung führte.

Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands ASV e.V. (BV ASV) zeigte in seiner Begrüßung die Mängel des § 116b SGB V alter Fassung auf, die letztlich zur Einführung der ASV führten. Neben positiven Errungenschaften (z.B. der intersektoralen Versorgung in der Onkologie) streifte er auch Problemfelder (z.B. das Fehlen einer elektronischen Fallakte), auf die auch andere Referenten im weiteren Verlauf der Veranstaltung detailliert eingingen.

Erste Einblicke in die praktische Umsetzung der ASV lieferten die Ergebnisse einer Studie zur ASV, die vom BV ASV mit der bbw Hochschule Berlin und in Kooperation mit dem Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) durchgeführt wurde (www.bv-asv.de/begleitstudie-zur-asv/). Prof. Roger Jaeckel, Leiter der Projektgruppe ASV des BMC, wies besonders auf die regionale Verteilung der ASV-Teams hin und zeigte auf, dass eine bundesweit gleichmäßige Versorgung bislang nicht erreicht werden konnte. Weiter ging er auf die Bewertung der ASV durch die Teamleiter ein. Einen Zusatznutzen für ihre Patienten sahen 100% der Teamleiter bei den gastrointestinalen Tumoren und 50% der Teamleiter bei der Tuberkulose. Weitere Analysen zur Teamstruktur, zum Anzeige- und Abrechnungsverfahren sowie zur Motivation der Teamleiter wurden von Prof. Christoff Jenschke, bbw Hochschule Berlin, vorgestellt. Er erläuterte, dass 75% der befragten Teamleiter den zeitlichen Aufwand für die Erstellung der Anzeige als zu hoch betrachten. Ebenso wurde das Abrechnungsverfahren von der Mehrheit der Teamleiter als zu aufwendig betrachtet.



Frau **Anna Maria Raskop**, Kassenärztliche Bundesvereinigung, erläuterte aus Sicht der niedergelassenen Ärzte die vorhandenen Ängste und die Demotivation der Ärzteschaft. So gäbe es neben der ASV bereits sehr gute strukturschaffende Regelungen, wie z.B. die Onkologie-Vereinbarung, so dass eine Teilnahme für niedergelassene Onkologen nur bedingt interessant sei. Eine weitere Hürde sehe sie in der komplizierten übergangsweisen Vergütung anhand des EBM und der noch nicht absehbaren Schaffung einer eigenen ASV-DRG. Trotz negativer Aspekte zog Frau Raskop ein positives Fazit: „Die Strukturen



wurden geschaffen, die Routine setzt ein, aber es hat lange gedauert. Ärzte und Kliniken sollte die Chance für einen fairen Wettbewerb nutzen!“.

Kaum Positives ließ Herr **Georg Baum**, Hauptgeschäftsführer der Deutsche Krankenhausgesellschaft, an der ASV. Für die Krankenhausärzte sei es wenig reizvoll, in die ASV einzusteigen. So sei z.B. das Vorhalten aller im Appendix der Konkretisierungen enthaltenen Leistungen nicht immer gerechtfertigt. Die Nachweispflicht der Krankenhausärzte bei den Erweiterten Landesausschüssen (ELA) sei schlichtweg lächerlich, monierte Baum. Ebenso hielt er eine namentliche Nennung der Teammitglieder im Anzeigeverfahren für unangebracht, da dies nur zu unnützem bürokratischen Aufwand führe. Baum forderte einen dauerhaften Bestandsschutz der Krankenhäuser mit Zulassung nach § 116b alter Fassung: Für die Tausenden an Patienten, die bisher im Rahmen der ambulanten Versorgung am Krankenhaus behandelt wurden, sei die ASV mit ihren bürokratischen Hürden unverantwortlich.



Humorvoll brachte Herr **Dr. Wulf-Dietrich Leber** vom GKV Spitzenverband die Problemkinder der ASV aus Sicht der Krankenkassen auf den Punkt. Er war sehr spontan für den erkrankten Franz Knieps vom BKK-Dachverband e.V. eingesprungen. Mindestmengen, augenscheinlich willkürlich entstanden, und Uneinigkeiten der Bänke beim Facharztstandard bzw. -status seien nur zwei von zahlreichen Konfliktfeldern in den Diskussionen der Gremien. Tagesaktuelle Gemein-

gelagen spielten dabei durchaus eine Rolle bei der Festlegung wichtiger Punkte wie der Besetzung der interdisziplinären Teams. Besonders die (zu hohen) Mindestmengen wurden im Verlauf der Veranstaltung wiederholt thematisiert. „Die Fallzahlen passen nicht zu den Angaben in den Konkretisierungen“ echauffierte sich Dr. Abenhardt, Stellvertretender Vorsitzender des BV ASV. Trotz Lebers kritischer Vorbehalte gegenüber der ASV, die er zynisch als „KBV-Ausdeckelungsstrategie“ bezeichnete, gelang es ihm, das Publikum mit seinem trockenen Humor gekonnt in seinen Bann zu ziehen.

Nicht nur die Vertreter der drei Bänke beäugten die ASV mehr als kritisch. Auch Frau **Renate Pfeiffer**, Sprecherin der Patientenvertretung im Unterausschuss ASV des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und Vorstandsvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE, thematisierte Problemfelder. Patienten fehle der Zugang zu adäquaten Informationen, bislang sei noch keine Neuaufnahme von Erkrankungen jenseits der Krankheitsbilder im § 116b erfolgt und die Anpassungen der Konkretisierungen nehmen zu viel Zeit in Anspruch.



„Von den Theoretikern zu den Pragmatikern“ – diesen Eindruck zogen viele Teilnehmer im zweiten Teil der Veranstaltung. Denn einen deutlich positiveren Eindruck hinterließen die Teamleiter bereits bestehender ASV-Teams. So zeigte das Team um Herrn **Dr. Jens Ino Kirchner** aus dem Krankenhaus Walsrode, wie die ASV zur Lösung bestehender Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen beitragen kann. Das flächenmäßig ausgedehnte ASV-Team löse ein regionales Versorgungsproblem und nutze – so Kirchner – moderne Technologien wie eine Online-Tumorkonferenz zur Überwindung der Entfernungen in einem Flächenland. Für eine einheitliche Dokumentation verwende das Team bereits eine standardisierte Ambulanzkarte mit sehr guten Erfahrungen. Herr Dr. Kirchner ist Leiter eines ASV Teams zur Indikation gastrointestinale Tumoren.

Das Team um Herrn **Dr. Alexander Stein**, Teamleiter für gastrointestinale Tumoren des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, wird seine ersten ASV-Patienten voraussichtlich im April 2017 behandeln. Im Gegensatz zu Herrn Dr. Kirchner, der durchweg positiv von der Zusammenarbeit mit dem ELA berichtete, bemängelte Herr Dr. Stein die aufwendige und langwierige Anzeigeprozedur. Wie auch sein Kollege betonte er jedoch die optimale intersektorale Vernetzung als Dreh- und Angelpunkt der ASV.

Für die ASV Teams im Bereich Tuberkulose ist die intersektorale Zusammenarbeit per gesetzlicher Vorgabe nicht verpflichtend – ein Defizit, fand Herr **Dr. Frank Heimann**, Teamleiter des Tuberkulose-Teams Ambulante Pneumologie mit Allergiezentrum Stuttgart. Er bemängelte die umfassenden Vorgaben des GBA und plädierte für verschlankte Organisations-Anforderungen, z.B. Flexibilität bei den Hinzuzuziehenden Ärzten. Grundsätzlich bewertete Heimann die ASV als sinnvolle Versorgungsform, sah jedoch andere Lungenerkrankungen wie die Sarkoidose als sinnvoller an als die Tuberkulose.



Im Dezember 2016 hatte der GBA die Rheumatologie als nächste Indikation im Bereich der „komplexen“ Erkrankungen beschlossen. Herr **Dr. Ludwig Kalthoff**, Vorsitzender des Bundesvorstands Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V., stellte Details der Konkretisierung vor (derzeit noch nicht in Kraft) und verbreitete Optimismus, dass die ASV dazu beitrage, die „Ressource Rheumatologe“ besser zu nutzen.

Der ASV eile der Ruf des bürokratischen Monsters voraus, v.a. aufgrund des aufwändigen Anzeigeverfahrens – Herr **Norbert Lettau** vom ELA Hamburg veranschaulichte dies mit Praxisbeispielen. Derzeit gäbe es 17 ELAs, alle jedoch mit unterschiedlicher Verwaltungspraxis. Die neuartigen gesetzlichen Vorgaben – leider nicht vollständig durchdekliniert – führten zu einer Fülle verfahrensrechtlicher Schwierigkeiten, die noch nicht gänzlich gelöst seien.



Abschließend knüpfte Frau **Dr. Regina Klakow-Franck** als unparteiisches Mitglied des GBA an die Worte Munte an: Aus Patientensicht sei die alte Fassung § 116b aufgrund der immensen regionalen Unterschiede inakzeptabel gewesen. Ein Bestandschutz der Krankenhäuser mit Alt-Zulassung sei daher auch nicht sinnvoll. Klakow-Franck stellte den aktuellen Beschlussstand des GBAs vor: Die bestehende Priorisierungsliste wurde abgeändert, so dass nun im Bereich der Erkrankungen mit komplexem Krankheitsverlauf die urologischen Tumoren anstelle der Herzinsuffizienz konkretisiert würden. Von einer en-bloc Bearbeitung der onkologischen Erkrankungen erhoffe sie sich Synergieeffekte. Im Laufe der Veranstaltung wurde des Öfteren die Forderung nach Aufnahme weiterer Erkrankungen (z.B. chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen) in den ASV-Katalog laut. Frau Dr. Klakow-Franck bedauerte, dass sich der GBA mit seiner veralteten Verfahrensordnung hier noch selbst im Wege stehe. Nach einer Überholung dieser Regularien könne und werde der GBA sich dieser Fragen widmen.



Als Fazit nach fünf Jahren ASV lässt sich nach lebhaften Diskussionen festhalten: Die Grundzüge der ASV sind zukunftsweisend; anhand ständiger Vorgabenänderungen fehlt es jedoch an Glaubwürdigkeit, was zu verhältnismäßig geringen Umsetzungszahlen führt. Positive Berichte bereits bestehender ASV-Teams zeigen jedoch: Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg. Auf die Frage von Herrn Munte an das Publikum: Wer ist hier eigentlich Optimist oder Realist, antwortete die

Mehrheit: Optimist!

Das Symposium fand mit freundlicher Unterstützung der Roche Pharma AG, der Novartis Pharma GmbH sowie der Bristol-Myers Squibb GmbH & Co.KgA statt.



Symposium

„Regionalisierte Versorgung in der Schmerztherapie in Baden-Württemberg“ am 8. März 2017 in Stuttgart



Nach Vorbild des Schmerzsymposiums vergangenes Jahr in München, fand am 08.03.2017 eine weitere regionale Veranstaltung in Stuttgart statt. Zum strukturierten Austausch kamen etwa 30 Teilnehmer im Haus der Wirtschaft zusammen, die angeregt unter der versierten Moderation von **Dr. Albrecht Kloepfer** den Status quo der Schmerzversorgung in Baden-Württemberg diskutierten.

Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands ASV e.V. (BV ASV) wies in seiner Begrüßung auf die unzureichende Verankerung der Schmerztherapie in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) hin. So gebe es zwar vereinzelt abrechenbare Leistungen, ein spezialisierter Schmerztherapeut sei bisher jedoch in keiner ASV-Konkretisierung verpflichtend vorzuweisen (im Gegensatz zu den Palliativmedizinern.) Munte appellierte an die Zuhörer, sich gemeinsam für eine ASV-Aufnahme stark zu machen, denn in der ASV sei eine extrabudgetäre Vergütung für betreuungsintensive Patienten gewährleistet, allerdings übergangsweise nach dem EBM.

Dass es in Baden-Württemberg bereits eine gute Grundstruktur der Schmerzversorgung gebe, zeigte **Dr. Jürgen Wuthe** mit der Darstellung des seit dem Jahr 2000 bestehenden Schmerzforums Baden-Württembergs und dem Gesundheitsleitbild des Landes. Dieses basiert auf den Schlagworten „regional, vernetzt und partizipativ“. Auf Landesebene werden jährlich 2 Mio. Euro für kommunale Gesundheitskonferenzen in die Hand genommen. Des Weiteren wird versucht, nicht nur ambulant und stationär zu vernetzen, sondern Schmerzen bereits durch Prävention und Gesundheitsförderung zu verhindern. Durch Fachforen und Öffentlichkeitsarbeit werden sämtliche Beteiligte zum gemeinsamen Austausch eingeladen.



Prof. Hubert Bardenheuer gewährte tiefere Einblicke in die baden-württembergische Schmerzlandschaft. So seien die vier überregionalen Zentren sehr unterschiedlich ausgerichtet. Während das Freiburger Zentrum überwiegend Patienten mit Rückenschmerzen behandelt, haben es die Heidelberger zu 50% mit Tumorpatienten zu tun. Die Zentren in Ulm und Tübingen weisen hingegen ein recht ausgeglichenes Spektrum an Patienten mit Kopf-, Ischämischen, Neuropathischen, Rücken-, Visceral- und Tumorschmerzen auf. Für die Zukunft forderte er mehr Planungssicherheit für regionale Schmerzzentren. So sei eine Aufrechterhaltung der mühsam erarbeiteten Strukturen nur durch eine dauerhafte Ermächtigung qualifizierter Zentren zu gewährleisten.



Die Arbeit aus Sicht des überregionalen Schmerzzentrums in Freiburg stellte **Dr. Kristin Kieselbach** vor. Zum interdisziplinären Schmerzzentrum zählen neben tagesklinischen und stationären Angeboten auch der Austausch mit Kooperationspartnern wie anderen Haus- oder Fachärzten und Reha-Kliniken. Die überregionalen und regionalen Schmerzzentren werden anhand der gemeinsam von Sozialministerium und baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft erarbeiteten Kriterien zertifiziert. So muss neben der fallbezogenen Kooperation und Sicherstellung der interdisziplinären Diagnostik und Behandlung auch eine verbindliche Kooperation mit internen und externen Einrichtungen nachgewiesen werden. Genau diese Verbindlichkeit wird bisher noch nicht ausreichend gelebt. Ein Handschlag reiche hier nicht aus.

Dr. Michael Viapiano präsentierte den ordnungspolitischen Rahmen. So gilt in der Qualitätssicherung Schmerztherapie die 150-Fälle-Regelung (im Quartal müssen mind. 150 chronisch schmerzkrank Patienten behandelt werden) und die 75%-Regelung (Anteil schmerztherapeutisch betreuter Patienten, gemessen an der Gesamtzahl aller Patienten, muss 75% betragen), andernfalls wird die Abrechnungsgenehmigung entzogen. Für Baden-Württemberg konnten Sondervereinbarungen getroffen werden. So wurde der Wegfall der Richtgrößenprüfung und die Stärkung der Regionalität begrüßt und der Einstieg in eine qualitäts- und zielorientierte Betrachtung entsprechend des medizinischen Versorgungsbedarfs geschaffen. Der flächendeckende Ansatz der ASV könnte die Schmerztherapie unterstützen. Allerdings sind derzeit nur spezielle Indikationen vorgesehen, bei denen die Schmerztherapie eher eine untergeordnete Rolle spielt.



Das hohe persönliche Engagement veranschaulichte **Dr. Fritjof Bock**. Er treffe sich mit motivierten Mitstreitern jeden Montag um 20:30 Uhr zur Schmerzkonzferenz. Unmut generiere seiner Meinung nach die unterschiedliche Honorierung aus den Fachtöpfen. So erhalte z.B. der Anästhesist für die gleiche Leistung fast doppelt so viel, wie der Orthopäde. Auch die oben genannte 75%-Regelung konterkariere die gute Schmerzversorgung in der Region. Kapazität hätte er für weitere Schmerzpatienten, jedoch werde die Behandlung dieser nicht vergütet. Er forderte, dass jeder der Verbündeten einen Brief an den eigenen Verbandsvorstand schreibe, mit der Bitte sich gemeinsam um das nationale Schmerzforum zu kümmern.



Für die kurzfristig erkrankte **Dipl. Psych. Marianne Lüking** stellten **Dr. Kristin Kieselbach** und **Dr. Roland Straub** Auszüge aus deren Vortrag vor. So wiesen sie auf den Strategiewechsel in der Psychotherapie hin. Nach einer kategorischen Ablehnung von Spezialisierungen, habe man sich nun für eine moderate Spezialisierung, zumindest für die Bereiche Diabetes, Schmerztherapie und Kardiologie, entschieden. Schwierigkeiten sehen sie vor allem im ländlichen Raum. Die sonst gut angenommenen Gruppentherapien sind hier aufgrund der Entfernungen kaum praktikabel.



Dr. Regina Wolf, engagierte Ärztin am Krankenhaus Karlsruhe erklärte, wie sie mit Konferenzen, Tagungen, Patientenbroschüren und weiteren Maßnahmen die Standards in die Fläche bringen wollen. Doch auch sie stehen als Ermächtigungsambulanz alle zwei Jahre vor den immer wiederkehrenden Unsicherheiten, ob die Genehmigung aufrecht erhalten bleibt.

Dr. Hubert Schindler betont die guten regionalen Ansätze, kritisiert allerdings den vorherrschenden „Flickenteppich“. Auch in der ASV sei die Schmerztherapie nur bei einzelnen Leistungen enthalten. So appelliert er ebenfalls an die Teilnehmer, sich gemeinsam und strukturiert für die Schmerztherapie einzusetzen.

Am Ende kristallisierte sich heraus, dass es in Baden-Württemberg bereits viele gute punktuelle Ansätze gibt, meist durch das hohe Engagement von Einzelnen. Eine flächendeckende, nachhaltige Struktur und Planungssicherheit sei allerdings noch Wunschdenken. Für die Schmerztherapie wird die ASV mit ihrer kollektiv-vertraglichen Wirkung und dem sektorenverbindenden Ansatz erst interessant, wenn es eine eigene Indikation „Versorgung von Schmerzpatienten“ gibt. Kurzfristig wäre den aktiven Schmerzpatienten jedoch mit einer Sicherung der Versorgungsgrundlage (z.B. durch Ermächtigung oder Schmerzbetten) und der verbindlichen Anerkennung der zertifizierten Schmerzzentren sowie deren Finanzierung geholfen. Langfristig werden die Schmerztherapeuten nur gemeinsam eine Anerkennung für eine qualitativ hochwertige Schmerzversorgung erreichen können. Grundstein hierfür wäre nicht nur die Schaffung verbindlicher sektorenübergreifender Kooperationen, sondern bereits eine Zusammenarbeit der verschiedenen Schmerzvereine und -gesellschaften.

Das Symposium fand mit freundlicher Unterstützung der GRÜNENTHAL GmbH statt.