



Tätigkeitsbericht des Bundesverbands ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. 2016

Vereinsaufbau und strukturelle Aufgaben:

- Durchführung einer ordentlichen Mitgliederversammlung am 1.12.2016 in München
- Aktivitäten zur Mitgliedergewinnung (z.B. persönliche Ansprache, Flyerverteilung bei Veranstaltungen und in Veröffentlichungen)

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

- Leistungen im ASV-Leistungskatalog
- Veröffentlichung einer Pressemitteilung am 24.11.2016: Verband fordert: Mauern ab- und nicht aufbauen
- Veröffentlichung einer Pressemitteilung am 23.06.2016: Verband kritisiert: Veraltete
- Weiterer Ausbau der Internetseite mit Informationen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und Hinweisen zur Umsetzung in der Arztpraxis (www.bv-asv.de), insbesondere zeitnahe Aufbereitung von Beschlüssen. Zusätzliche Informationen für Fachbesucher und mit speziellen Informationsangeboten für Patienten
- Fünf Email-Newsletter mit Informationen zur ASV für Nicht-Mitglieder (offene Registrierung für den allgemeinen Newsletter ist über die Internetseite möglich)
- Sondernewsletter bei gravierenden Entscheidungen zur ASV (z.B. Inkrafttreten neuer Indikationen)
- Publikation von mehreren Artikeln und Interviews in der einschlägigen Fachpresse
- Herausgabe eines Infobriefes Rheumatologie und Versand der ersten Ausgabe
- Neuauflage der ASV-Broschüre Onkologie



Politische Arbeit und Vernetzung

- Adressierung eines vertragsarztrechtlichen Problems der an der ASV teilnehmenden Ärzte an die Entscheidungsträger; Mitwirkung bei der Formulierung einer Gesetzesänderung
- Teilnahme an den Berufsverbandssitzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin
- Durchführung bilateraler Gespräche mit Entscheidungsträgern wie Gemeinsamer Bundesausschuss oder Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Mitgliedschaft bei „Gesundheitsstadt Berlin e.V.“ sowie im „Bundesverband Managed Care e.V.“
- Formulierung von Änderungsvorschlägen zur ASV-Richtlinie bzw. den Konkretisierungen und Weiterleitung an den Gemeinsamen Bundesausschuss
- Formulierung eines Forderungspapiers zur Aufnahme chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen in die ASV und Übersendung an die Entscheidungsträger (Bundesministerium für Gesundheit, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Gemeinsamer Bundesausschuss)
- Erarbeitung eines Entwurfs einer Konkretisierung zu seltenen autoimmunen Lebererkrankungen, Abstimmung mit Fachgesellschaft und Patientenorganisationen und Übergabe an die Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Umfrage bei den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umsetzung einer Übergangsregelung zum Sprechstundenbedarf
- 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
- Ausbau eines Kooperationsnetzwerkes an Dienstleistern zur Unterstützung von Ärzten, die sich für eine Tätigkeit in der ASV interessieren.



**Veranstaltungen, z.B. Fortbildungskurse, interdisziplinäre Kolloquien, Fachkongresse
(Berichterstattungen siehe Anhang).**

- Schwerpunktsymposium zur Schmerztherapie in München am 27.04.2016 mit einem Grußwort von Frau Staatsministerin a.D. Christa Stewens mit Fachvorträgen u.a. von Herrn Peter Krase (Ressortdirektor, AOK Bayern), Herrn Prof. Dr. Thomas Tölle (Technische Universität München) oder Frau Dr. Eva Bartmann (Landessprecherin BVSD Bayern). Insgesamt über 50 Gäste.
- Schwerpunktsymposium „ASV: Eine Chance für Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen?“ am 01.06.2016 in Berlin mit Fachvorträgen u.a. von Frau Dr. Regina Klakow-Franck (Unparteiisches Mitglied Gemeinsamer Bundesausschuss), Dr. Stefan Schreiber (1. Vorstandsvorsitzender Kompetenznetzwerke Darmerkrankungen e.V.), Prof. Dr. Sibylle Koletzko (Dr. von Haunersches Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität) und über 60 Gästen.
- Veranstaltung von Regionalgesprächen zur ASV in München, Stuttgart, Hannover, Hamburg, Berlin sowie Halle (Saale) mit je ca. zehn bis zwanzig Teilnehmern

Vortragstätigkeit

- Über 10 Vorträge bundesweit zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch den Vorstand oder andere Mandatsträger bei Kongressen oder Veranstaltungen für niedergelassene Fachärzte und Kliniken.
- Darstellung der Chancen von Qualitätssicherung, Qualitätsdarstellung und Mengensteuerung im Rahmen von mehreren Vorträgen durch den Vorstand und andere Amtsträger



Mitgliederservice

- 13 Email-Newsletter mit Informationen zur spezialisierten medizinischen Versorgung für Verbandsmitglieder
- Sondernewsletter bei gravierenden Entscheidungen zur ASV (z.B. bei Inkrafttreten neuer Indikationen)
- Bereitstellung der Onlinepublikationen IMPLICON und IMPLICON PLUS durch Sammelabonnement
- Bereitstellung von Präsentationen auf der Internetseite der durchgeführten Veranstaltungen des Verbands
- Beantwortung von Einzelanfragen zur ASV
- Bereitstellung von Mustern und Vorlagen, z.B. Kooperationsverträgen und Checklisten im Mitgliederbereich der Internetseite
- Technische Umsetzung eines Diskussionsforums im Mitgliederbereich der Homepage zur interaktiven Diskussion und Vernetzung zwischen Vereinsmitgliedern
- Bereitstellung von Mustern und Checklisten für die Kooperationsgestaltung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für die Mitglieder
- Kostenfreie Teilnahme an allen Veranstaltungen des Bundesverbands

Studie zur ASV

- Durchführung einer wissenschaftlichen Studie durch die bbw Hochschule, Berlin zur Analyse der Umsetzung der ASV. Für den ersten Teil der Studie, die Befragung der bereits berechtigten ASV-Teams, wurde der Bundesverband Managed Care e.V. als Kooperationspartner gewonnen



Anhang

Symposium: „ASV: Eine Chance für Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen?“ am 1. Juni 2016 in Berlin



Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) sind derzeit im Gesetz noch nicht für eine Umsetzung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) vorgesehen. Ob eine Aufnahme der CED als neue ASV Indikation durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sinnvoll wäre und inwieweit Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa davon

profitieren könnten, darüber wurde in unserem Schwerpunktsymposium am 1.6.2016 in Berlin diskutiert. Dr. Axel Munte, Vorstand des Bundesverbands ASV, begrüßte das Publikum in der Hörsaalruine der Berliner Charité mit einigen allgemeinen Worten zur ASV und erläuterte die Gründe für die teils reservierte Haltung der Ärzte zu dieser neuen Versorgungsform. Er sehe die ASV jedoch trotz der Anfangsschwierigkeiten als Chance und freue sich auf die Gelegenheit, mit den Referenten und Zuhörern zu diskutieren, ob CED nicht ein geeigneter Indikationsbereich für die ASV sein könne.

Die rechtlichen Grundlagen zur Aufnahme von CED in den ASV-Indikationskatalog wurde von Frau Dr. Regina Klakow-Franck als Vertreterin des G-BA dargestellt. Prinzipiell habe der G-BA die Möglichkeit, den gesetzlich vorgegebenen Katalog der ASV-Erkrankungen zu ergänzen. Derzeit läge die Priorität jedoch in der Überführung der bestehenden Anlagen zur Richtlinie zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus in ASV-Konkretisierungen. Eine Aufnahme neuer Krankheitsbilder war per G-BA Beschluss im März 2013 zunächst zurückgestellt worden. Diese Beschlusslage müsste also revidiert werden. Weiter sei die aktuelle Rechtslage zur ASV noch nicht in der Verfahrensordnung des G-BA abgebildet, so dass faktisch eine entsprechende Antragstellung und -bewertung formal nicht möglich sei. Sowohl von Seiten des G-BA als auch von Seiten der Zuhörerschaft und Referenten wurde hier die begründete Kritik angebracht, dass die aktuellen Formulierungen der Verfahrensordnung die Aufnahme von CED behinderten und dringend aktualisiert werden sollten. Frau Dr. Klakow-Franck hob hervor, dass sie persönlich durchaus eine Veränderung der Priorisierung unterstütze und dem offen gegenüberstehe.

Frau Prof. Dr. Britta Siegmund, Vorstandsmitglied des Kompetenznetzwerk Darmerkrankungen e.V., stellte dar, dass Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Multiorganerkrankungen sind, die



letztlich die Betreuung durch ein interdisziplinäres Team nötig machen. Dies entspräche genau der Teamstruktur der ASV. Siegmund präsentierte bereits einen konkreten Vorschlag für die Fachgruppenezusammenstellung und ging auch auf nötige weitere Kompetenzen und Strukturen ein. Als weiteres Argument für eine Aufnahme der CED führte sie die Entwicklung im Bereich der medikamentösen CED-Therapie an. Hier seien in den nächsten Jahren etliche Neueinführungen zu erwarten, die mit teils starken Nebenwirkungen verbunden seien und daher eine strenge Beobachtung von qualifizierten Ärzten erforderten. Eine Zentrenbildung sei somit unbedingt zu fördern.

Herr PD Dr. Bernd Bokemeyer, 1. Vorstandsvorsitzender des Kompetenznetzwerk Darmerkrankungen e.V., schloss sich in vielen Punkten seiner Vorrednerin an. Er thematisierte das aktuelle Problem der mangelnden Refinanzierung von CED Zentren und wies darauf hin, dass gerade in der vertragsärztlichen Versorgung über die Kassenärztlichen Vereinigung letztlich nur eine Umverteilung von Geldern innerhalb der betroffenen Arztgruppen vorgenommen würde. Außerdem vertrat er die Meinung, dass eine Aufnahme von CED in die ASV, aufgrund des häufigen Vorkommens und der teils schwerwiegenden Verläufen, von der breiten Gesellschaft eher eine Rückendeckung bekomme, als es z.B. bei einigen seltenen Erkrankungen der Fall ist.



Frau Prof. Dr. Sibylle Koletzko, Abteilungsleiterin der Gastroenterologie im Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU, stellte die besonderen Versorgungsbedürfnisse von Kindern mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sehr anschaulich dar. Bei einem Auftreten der Erkrankung im Kindesalter nähme diese oft einen aggressiven Verlauf. Umso kritischer sei daher, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen den Weg in spezialisierte Zentren oft sehr spät oder gar nicht fänden. Denn gerade im Kindesalter zähle eine rasche Einleitung und stetige Anpassung der richtigen Therapie. Für die Versorgung ist ein multidisziplinäres Team aus Kindergastroenterologe/in, Diätfachkraft, Psychologen und anderen medizinischen Subdisziplinen notwendig. Die ambulante Versorgung ist z.Zt. weitgehend an Klinik- und Hochschulambulanzen gebunden und zum Teil unterfinanziert.

Kritischer betrachtete Herr Tobias Hillmer als Vertreter der Patienten (Referent Sozialrecht und Politik, Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung e.V.) die Aufnahme der CED in die ASV. Aufgrund der durch den G-BA beschlossenen Priorisierung der Indikationen hielt er eine zeitnahe Umsetzung der ASV für CED für kaum umsetzbar. Des Weiteren könnten unklare Formulierungen in der ASV-Richtlinie, die u.a. den Tätigkeitsort und die Erreichbarkeit des Kernteams betreffen, eine erfolgreiche Umsetzung in der Praxis verhindern. Als Vertreter der



Patienten wies er auf die Notwendigkeit einer Evaluation und einer Qualitätssicherung hin um den Nutzen für die betroffenen Patienten beurteilen zu können. Trotzdem sieht auch er in der ASV eine geeignete Möglichkeit zu Verbesserung der Versorgungssituation von CED Patienten.



Dr. Jan Helfrich, Abteilungsleiter Ambulante Leistungen Vertragsmanagement der DAK Gesundheit, sah grundsätzlich keine Notwendigkeit für eine Aufnahme in die ASV. Er vertrat die Meinung, dass es die Strukturen für eine optimale Versorgung (vom Hausarzt über den Facharzt zu Versorgungszentren) bereits gäbe, nur mangle es an der Vernetzung. Ob die ASV diese Vernetzung schaffe, bezweifelte er aufgrund der derzeit sehr komplexen Umsetzung. Des Weiteren gäbe es im deutschen Gesundheitswesen bereits einen

bunten Blumenstrauß an Versorgungswegen die die sektoriellen Grenzen überbrücken sollen. Generell vertrat er die Meinung (die durchweg von allen Referenten geteilt wurde), dass die größte Herausforderung in der CED-Versorgung nicht die Sektorengrenzen an sich, sondern die mangelnde Kommunikation unter den Akteuren sei. Hoffnung für eine bessere und wirtschaftliche Versorgung sehe er mehr in einem optimierten Innovationsmanagement und dem Wissensaufbau, z.B. durch Behandlungen im Studiendesign.

Zum Schluss der Veranstaltung wurde in einer Podiumsdiskussion der Referenten u.a. die Frage der Selbstverwaltung der Ärzte kontrovers diskutiert. Während Herr Dr. Helfrich an die Ärzteschaft appellierte, sich um eine bessere Vergütungssystematik zu bemühen, vertrat Dr. Axel Munte die Meinung, dass der Druck von außen, also die Einführung der ASV für CED, für die Ärzteschaft notwendig sei. Seiner Meinung nach sollten gute Netzwerke, wie sie zum Teil schon existieren, auch bundesweit verfügbar sein. Aus der Diskussion ergab sich das Fazit der Veranstaltung, welches von Dr. Albrecht Kloepper, Moderator der Veranstaltung, zusammengefasst wurde. Patientenvertreter, engagierte Vertreter der Ärzteschaft und der Bundesverband ASV könnten einen ausformulierten Vorschlag für eine Neuaufnahme der CED in den ASV Katalog an den G-BA richten. Besonders die Patientenvertretung hätte großen Einfluss auf die Beschlüsse des G-BA, kommentierte Frau Dr. Klakow-Franck. Das Schlusswort der Veranstaltung wurde von Herrn Dr. Munte treffend formuliert: Was wir brauchen ist Revolution und Resolution!





Die Veranstaltung fand mit freundlicher Unterstützung von mundipharma, MSD und Medtronic statt.

Regionalsymposium „Handlungsbedarf bei der vernetzten Schmerzversorgung“ am 27. April 2016 in München

Eine flächendeckende vernetzte schmerzmedizinische Versorgung ist derzeit noch mehr Wunsch als Wirklichkeit – so das ernüchternde Fazit unseres ASV-Symposiums am 27. April 2016, das wir mit Unterstützung von Grünenthal in München durchgeführt haben. Patienten, Schmerzexperten, Vertreter von Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Politik sowie ein interessiertes Publikum diskutierten unter der versierten Moderation von Dr. Albrecht Kloepper intensiv über dieses Thema.

Dr. Wolfgang Abenhardt, Onkologe und stellvertretender Vorstand des Bundesverbandes ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. (BV ASV) führte in das Thema ein und gab einen kurzen Überblick über die ASV. In ihrem Grußwort lobte die bayerische Staatsministerin a.D. Christa Stewens die guten Initiativen in der Schmerzmedizin vor allem in Bayern. Jedoch seien diese nur Inselösungen und stellten kein flächendeckendes Versorgungsangebot dar. In Bayern gäbe es derzeit 26 Schmerztageskliniken mit 234 Plätzen – damit könnten etwa 900 Patienten pro Jahr behandelt werden. Bei bundesweit 23 Millionen chronischen Schmerzpatienten, von denen 2,8 Millionen einer speziellen Schmerztherapie bedürfen, sei das aber bei weitem nicht genug. Obwohl bereits seit Jahrzehnten gesetzlich gefordert, zeigten die Zahlen, dass eine vernetzte Schmerzversorgung nicht realisiert sei.

Jochen Maurer, Referatsleiter der [Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns](#) wies auf die bestehenden Versorgungsunterschiede innerhalb Bayerns in der Schmerztherapie hin. Dass die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung herausfordernd ist, zeige der Umstand, dass selbst bis zu 90.000€ Niederlassungsförderung nicht dazu geführt habe, den Versorgungsbedarf für Hals-Nasen-Ohren- und Hautärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater zu beheben. Für die Sicherstellung eines flächendeckenden Versorgungsangebotes sah Maurer vor allem die Definition des Bedarfs als kritisch. Denn dieser Bedarf wurde 1995 festgelegt und seitdem lediglich demografisch fortgeschrieben, aber nicht an neue Strukturen angepasst. Ob daher die isolierte Aufnahme der Zusatzbezeichnung Schmerztherapie in die Bedarfsplanung zu einer Verbesserung der Versorgung führe, sah Maurer daher kritisch.

Hier verwiesen Dr. Britta Lambers, Lehrbeauftragte der Hochschule Fresenius und Mitwirkende bei der [Patienteninitiative Schmerzlos e.V.](#), Dr. Eva Bartmann, niedergelassene



Schmerztherapeutin und Landessprecherin des [BVSD Bayern](#), sowie Dr. Axel Munte, Vorsitzender des BV ASV auf eine Initiative in Schleswig-Holstein: Dort werde die Kassenarztbesetzung zukünftig an die Zusatzbezeichnung Schmerztherapie geknüpft, nicht mehr an die Fachdisziplin. Ein großes Problem in der Schmerzversorgung stellten die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dar. So kritisierte Dr. Britta Lambers die mangelnde Adhärenz der beteiligten Ärzte. Ein Schmerzpatient höre von jedem konsultierten Arzt andere Empfehlungen.

Die hohen qualitativen Anforderungen an die Schmerzmedizin stellte Dr. Eva Bartmann dar. Die Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) setze eine zwölfmonatige ganztägige Tätigkeit in einer Schmerzpraxis voraus, die nach Abschluss der Ausbildung kaum nachzuholen sei. Zudem erfordere die hohe Qualität einen enormen Aufwand, z.B. den Einsatz standardisierter Fragebögen und ein Erstgespräch mit mindestens sechzig Minuten. Dies führe dazu, dass die Patientenzahl im Rahmen der QSV auf maximal 300 pro Quartal beschränkt sei. Nicht alle der ca. 1400 Teilnehmer an der QSV erreichen jedoch diese Zahl, manche versorgen nur 100 Patienten. Bartmann forderte daher mehr Anreize für die Ärzte, die bereits im System sind, mehr Schmerzpatienten zu behandeln. Einig waren sich Prof. Dr. Thomas Tölle, [TU München](#), Peter Krase, Ressortdirektor der [AOK Bayern](#), Dr. Reinhard Thoma, [Algesiologikum München](#), sowie Dr. Eva Bartmann, dass das derzeitige System falsche Anreize für die Schmerzmedizin insbesondere im stationären Bereich setzt: es werden vor allem kurze Verweildauern gefördert, obwohl dem Patienten mit einem längeren Aufenthalt ggf. mehr geholfen wäre.

Für Dr. Reinhard Thoma und Peter Krase ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nicht der primäre Weg eine umfassende Schmerzmedizin zu verankern. Sie sahen in Verträgen zur Integrierten Versorgung, Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) oder Disease Management Programmen (DMPs) derzeit größere Chancen für eine flächendeckende Versorgung von Schmerzpatienten. Dr. Axel Munte konnte die teilweise herrschende Ernüchterung seiner Vorredner nachvollziehen. Die ASV komme seit ihrer Einführung 2012 nur sehr langsam voran. Munte sah die ASV jedoch als einen möglichen Schritt für die flächendeckende Schmerzversorgung für Deutschland. Gerade die interdisziplinäre und in der Onkologie auch sektorenübergreifende Kooperationsverpflichtung im Team bilde einen guten Rahmen für eine multimodale Schmerztherapie – außerhalb des Hemmschuhs des Budgets.

In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass durchaus Geld für Schmerzmedizin im System vorhanden wäre, das derzeit allerdings oft an falscher Stelle ausgegeben wird – z.B. für mehrfache operative Eingriffe. Es mangle also primär an einer konsequenten Steuerung. Christa Stewens und Dr. Munte forderten in Sachen ASV noch stärker Druck zu machen, um nicht nur gute Insellösungen, sondern auch eine flächendeckende gute Schmerzversorgung zu erreichen.



**Bundesverband
ambulante
spezialfachärztliche
Versorgung e.V.**

Sie appellierten an die Fachgesellschaften verstärkt bei der Politik ihr Anliegen mit einer Stimme vorzubringen. Damit eine vernetzte Schmerzversorgung nicht mehr Wunsch bleibt, sondern in naher Zukunft Wirklichkeit in Deutschland ist.

Die Veranstaltung wurde ermöglicht von:

