

HIV-Versorgungsstrukturen im Wandel der Zeit und aktuelle Herausforderungen

Robin Rüsenberg, dagnä e. V.

Will man über die Versorgung von Menschen mit HIV/Aids in Deutschland sprechen, lohnt zunächst ein Blick auf die Daten: Das Robert Koch-Institut hat Ende November 2021 anlässlich des Welt-Aids-Tages die aktuellen Zahlen zur HIV/Aids-Situation in Deutschland veröffentlicht. Demnach war die Zahl an HIV-Infizierten in Deutschland bis Ende 2020 auf 91.400 gestiegen. Erstmals werden alle drei 90-90-90-Ziele von UNAIDS zu HIV/Aids erfüllt – ein wichtiger Erfolg! Bedeutsam aus der Perspektive der Versorgungsstruktur: Bei fast allen Behandelten (96 %) lag die HI-Viruslast unter der Nachweisbarkeitsgrenze – der medizinische Goldstandard. Damit wird seit mittlerweile einigen Jahren das Ziel zur erfolgreichen Behandlung (das dritte 90-Ziel von UNAIDS) sogar übererfüllt. Ein Umstand, der nicht zuletzt auf die gut etablierte ambulante HIV-Schwerpunktversorgung in spezialisierten Praxen zurückzuführen ist. Dergestalt ist auch das verschärfte UNIADS-Ziel für das Jahr 2030 – nämlich 95-95-95 – realistisch.

QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG HIV/AIDS (QS-V HIV) ALS BASIS

Einigendes Band ist die Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids (QS-V HIV) nach § 135 SGB V, die 2009 bundesweit eingeführt wurde. Sie stellt Qualifikation und Erfahrung der deutschen HIV-Schwerpunktärzt:innen sicher, von denen

es Ende 2019 318 gab.

Die Versorgungsstruktur ist gleichwohl noch etwas heterogener: Hinzu kommen im ambulanten Setting noch ermächtigte Krankenhäuser (vor allem nach §§ 116, 116a, 116b, 117 SGB V) sowie einige wenige spezialisierte Privatpraxen. Im Großen und Ganzen herrscht Zufriedenheit. Anlässlich des Welt-Aids-Tages 2019 bilanzierte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zur QS-V HIV: „Die Behandlung von Menschen mit HIV und Aids in Deutschland zeigt exemplarisch die Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung; die Krankenkassen wiederum wissen, dass ihre Versicherten mit HIV/Aids von Experten strukturiert und qualitativ hochwertig betreut werden“. Corona traf dann ab 2020 auch die HIV-Schwerpunktversorgung – auch einer anfänglichen Phase der Unsicherheit zum Trotz war die Versorgung von HIV-Patient:innen immer sichergestellt. Keine leichte Aufgabe, da die vielfach infektiologisch ausgerichteten Schwerpunktzentren bereits früh – aufgrund der Risikoklassifizierung von Menschen mit HIV-Infektion, aber eben vor allem aufgrund ihrer infektiologischen Expertise – bzgl. Covid-19 engagiert waren und sind (mit Testung, Impfung, und in einem kleineren Teil auch der Covid-19-Behandlung in klinischen Studien, bald wahrscheinlich im Rahmen von ambulanter Covid-19-Therapie).

VERSORGUNGSSTRUKTUREN IM VERLAUF

In den 2020er Jahren ist HIV eine spezielle, aber doch chronische Erkrankung, die eines besonderen Versorgungssettings bedarf. Dies war in den 1980er und 1990er Jahren anders: Die Behandlung von HIV-Infizierten konnte damals keinerlei Versorgungsstrukturen, wie sie sich heute fest etabliert haben. Die „erste Welle“ von HIV-Behandler:innen war eher an Kliniken tätig. Dies änderte sich nach 1985 mit der Einführung des HIV-Antikörpertests: Niedergelassene Ärzt:innen, nicht wenige aus der Community, begannen sich für Versorgung und Therapie zu engagieren und Strukturen voranzutreiben. Dabei gab es frühzeitig regionale Modellprojekte, die Niedergelassene mit Krankenhäusern verzahnten. Bekannt wurde vor allem das sog. „Schöneberger Modell“: eine enge Zusammenarbeit des Auguste-Viktoria-Klinikums, niedergelassenen HIV-Schwerpunktärzt:innen sowie der Berliner Aids-Hilfe (die Kooperation nahm die heutige Rationale des § 116b SGB V – der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung – durchaus vorweg). Die Grundidee war: so wenig stationär wie nötig, so viel ambulant wie möglich. Vor allem in den Ballungszentren und Metropolen bildeten sich anschließend vergleichbare ambulante HIV-Schwerpunktpraxen heraus. Die Fachrichtungen waren dabei heterogen, vielfach hausärztlich, aber auch

AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN

Ist also alles gut? HIV-Versorgung war und ist immer auch Kind ihrer Zeit. Auch nach der Bundestagswahl im September 2021 muss die Fortführung der UNAIDS-Ziele und die Verstetigung der Erfolge in Prävention und Versorgung Thema der politischen Debatte bleiben. Ein „Downgrade“ der HIV-Infektion auf der politischen Agenda wäre fatal. Schließlich halten auch die Versorgungsstrukturen – bei allem Erreichtem – noch ausreichend Baustellen bereit. Einige seien im Folgenden genannt:

- Sorgen bereitet zum einen die unverändert hohe Zahl an sog. „Late Presentern“, bei denen die HIV-Infektion sehr spät festgestellt wird. Dabei kann eine frühzeitige Diagnose Komplikationen verhindern und eine normale Lebenserwartung für Betroffene ermöglichen. Hier sind Fortschritte überfällig. Eine Schlüsselrolle kommt hierbei den hausärztlich tätigen Ärzt:innen zu. Das Scoring-Instrument, welches in der sog. FindHIV-Studie entwickelt wurde, ist geeignet, niedrigschwellig und strukturiert bei der Entscheidung, wann ein HIV-Test angeboten werden soll, zu helfen.
- Schließlich sollte die Regulatorik nicht überdreht werden. Ein Beispiel: Für mögliche wirtschaftliche Vorteile - etwa durch die Einführung von Generikaquoten - Qualitätseinbußen in der Versorgung in Kauf zu nehmen, wäre jedenfalls ein Handeln mit Zitronen. Das Quotenpotenzial für Generika im patentfreien Bereich in der HIV-Versorgung wird jedenfalls bereits weitgehend ausgeschöpft. Dieser Umstand ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die HIV-Schwerpunktärzt:innen den Austausch durch Verzicht auf Aut-idem-Kreuze auf dem Kassenrezept unterstützen. Das steuerungspolitische Optimum ist also fast erreicht.
- Auch muss sorgsam abgewogen werden, ob etwa die Honorarsystematik Fehlanreize gibt. So ist der Beschluss des Bewertungsausschusses von September 2021, die „GKV-PrEP“ zu Januar 2023 einzubudgetieren, höchst ungeeignet, eine breite PrEP-Versorgung auch künftig anbieten zu können. Für HIV-Schwerpunktzentren, die das Rückgrat der PrEP-Versorgung bilden, ist dies vor dem Hintergrund bereits hoher Praxisauslastungen genau das falsche Signal.
- Nicht zu vergessen ist auch das Thema Behandlung für Menschen ohne Krankenversicherung. Hier sind pragmatische Lösungen gefragt, gerne im Zusammenspiel mit dem Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD).

internistisch-onkologisch, gastroenterologisch, etc. Stand am Anfang der ambulanten HIV-Versorgung die Patientenbegleitung und häufig die Vorbereitung auf den Tod im Mittelpunkt, änderte sich dies Mitte der 1990er Jahre: Die Entwicklung der antiviralen Therapien war ein echter Durchbruch. Die Häufigkeit Aids-definierender schwerer opportunistischer Infektionen ging merklich zurück. Heute in der Versorgung tätige HIV-Spezialist:innen lernen die Versorgung von Menschen mit HIV als eine zwar spezialisierte, aber eben chronische Erkrankung kennen. 2009 löste schließlich die QS-V den Flickenteppich regionaler Lösungen ab und schuf eine bundesweite Grundlage für die heute bekannten ambulanten HIV-Schwerpunkte, die die weit überwiegende Mehrheit der HIV-Infizierten in Deutschland betreuen. Die Meldung des RKI anlässlich des Welt-Aids-Tages 2021 ist eine implizite Erinnerung an den weiten Weg, den die HIV-Versorgungslandschaft in Deutschland zurückgelegt hat und welche Ergebnisse er mit sich gebracht hat.

POTENTIELLER FACHKRÄFTEMANGEL ALS HERAUSFORDERUNG

Nicht in der Nachfrage, sondern im Angebot der HIV-Versorgung schiebt sich mehr und

mehr ein grundsätzliches Problem nach vorne, welches jetzt angegangen werden muss: Fachkräftemangel. Bei den HIV-Behandler:innen steht ein Generationenwechsel bevor, der allerdings ins Leere zu Laufen droht. Dem gegenüber steht eine wachsende Nachfrage, HIV ist schließlich nicht heilbar, auch erreicht das Präventionsinstrumentarium noch längst nicht alle. Arbeitssparende Maßnahmen helfen, aber die Bürokratie in den Praxen steigt aktuell eher.

AMBULANTE INFEKTILOGIE – MODELL DER ZUKUNFT

Es gibt eine strukturelle Chance, die HIV-Medizin zukunftsfest zu machen: Der Deutsche Ärztetag hat im Mai 2021 die Einführung eines „Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie“ beschlossen. Dieser Schritt war und ist richtig, um die Versorgungsqualität im Bereich Infektiologie zu verbessern. Bislang gibt es in Deutschland keine vertiefende klinische Fach-arztkompetenz. Nötig ist sie: Infektionskrankheiten sind eine wachsende Herausforderung, etwa sexuell übertragbare Infektionen, Tbc, Hepatitiden, Immundefekte, Legionellen, systemische Infektionen

mit invasiver Behandlung, aber auch neuartige bakteriell, mykotisch bzw. viral verursachte Infektionen und ein effizienter Antibiotika-Einsatz. Auch die Corona-Pandemie zeigt die Notwendigkeit von infektiologischer Spezialisierung erneut auf. Die ambulanten Versorgungsstrukturen sind erste Anlaufstelle: als Test- und Impfzentren, aber auch zur Behandlung von Betroffenen. Künftig werden verstärkt Antikörpertherapien bei Covid-Patientinnen und -Patienten, die nicht stationär behandelt werden müssen, wichtig. Die ambulante Infektiologie hilft, gezielt die Lücke zwischen Primär- und Krankenhausversorgung zu schließen. Wenn gut gemacht, gibt der „Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie“ also nicht nur in der HIV-Medizin Impulse für die Versorgung wie auch breitere Perspektiven für den ärztlichen Nachwuchs. Die neue Facharztentität muss also in allen Landesärztekammern rasch angepackt werden. Dabei sollte bei der Ausgestaltung der Weiterbildungsordnungen auf eine sektorenübergreifende Weiterbildung gesetzt werden – also obligatorisch auch im ambulanten Bereich. Schließlich ist auch in der Infektiologie das Krankheitsspektrum mittlerweile stark

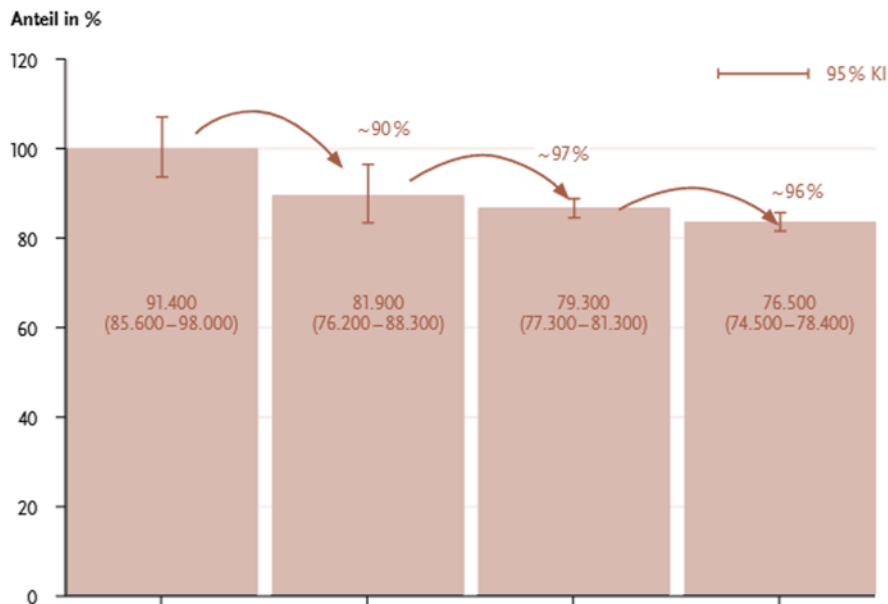


Abbildung 1: Anteile der Menschen, die mit HIV in Deutschland leben, die diagnostiziert, behandelt und erfolgreich behandelt werden (*Continuum of Care*) im Jahr 2020. Angaben ohne Berücksichtigung noch nicht diagnostizierter Auslandsinfektionen. Die antiretrovirale Therapie (ART) gilt als erfolgreich, wenn im Blut weniger als 200 Viruskopien pro ml nachweisbar sind.

KI: Konfidenzintervall

Quelle: Epidemiologisches Bulletin 47/2021 vom 25.11.2021

[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/47_21.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/47_21.pdf?blob=publicationFile)

ambulant geprägt. Dabei bietet sich ein gemeinsames Curriculum mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst an, um Synergieeffekte zu nutzen und ein breites wie auch stimmiges Weiterbildungsangebot gestalten zu können. Um die aktuell geringe Zahl ausgebildeter Infektiolog:innen kurzfristig zu erhöhen, können diejenigen, die bereits heute eine Zusatzweiterbildung Infektiologie besitzen, einen Nukleus für den neuen Schwerpunkt bilden. Hinzu müssen sachgerechte Regeln zur Qualitätssicherung, Bedarfsplanung und Vergütung kommen.

POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Regionalisierung und Digitalisierung

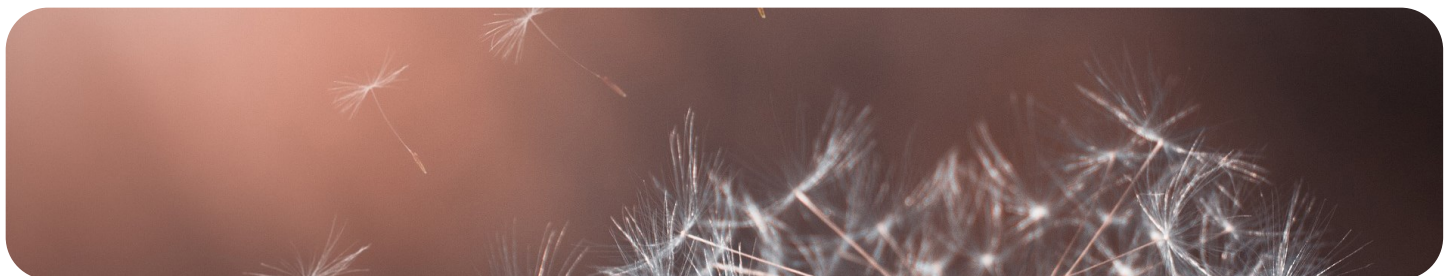
Insgesamt müssen sich die Versorgungsstrukturen von Menschen mit HIV allerdings nicht nur vor den Besonderheiten der HIV-Medizin und des gesellschaftlichen Umfelds

bewähren (das Thema Stigmatisierung bzw. Diskriminierung sei hier nur am Rande erwähnt). Die HIV-Versorgung der Zukunft muss sich ebenfalls in die versorgungspolitischen Trends einordnen. Der „Ampel“-Koalitionsvertrag von November 2021 gibt hier zwei gewichtige Stichpunkte vor: Einerseits eine regionalisierte interdisziplinäre (Primär-) Versorgung, andererseits eine digital transformierte Versorgungslandschaft. Letztere kombiniert sich absehbar zwischen dem Smartphone als „Point of Care“, sensorgestützten „Wearables“ zur Früherkennung, Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) und cloudbasierten Versorgungsplattformen, die Schnittstellen zu allen relevanten Versorgungselementen aufweisen, zzgl. Informations- und Serviceangebote. Ein virtueller Assistent und/oder eine KI kann den Patient:innen beim Versorgungsprozess behilflich sein. Zugleich werden die anfallenden Daten, die etwa in der elektro-

nischen Patientenakte (ePA) zusammenlaufen, kontinuierlich ausgewertet. Eingebettet in einen digital gestützten Versorgungsrahmen kann der „hidden champion“ HIV-Medizin zur Blaupause werden für einen ambulanten infektiologischen Schwerpunkt, der einerseits niedrigschwellig erreichbar ist, andererseits mit Konsilen und Visiten mittels Telemedizin fehlendes Spezialwissen in der Fläche schnell ausgleicht und Expertise zwischen Krankenhaus und Primärversorgung anbietet.

Eine Sache bleibt allerdings: In ihrem Kern wird die HIV-Schwerpunktversorgung auch künftig – bei allen sinnvollen Rationalisierungsschritten – eine anwendungsorientierte Medizin sein, die ein angemessenes Maß an spezialisierter medizinischer Expertise mit engmaschiger Arzt-Patienten-Beziehung braucht.

Keine Interessenkonflikte





Autor dieser Ausgabe

Robin Rösenberg, Dipl. Pol.
dagnä e. V.
Nürnberger Str. 16
10789 Berlin

abbvie



Chemsex-Beratung: Dr. med. Martin Viehweger **Datenmanagement:** Dr. med. Stefan Preis **Dermatologie:** Dr. med. Robert Jablonka **Diabetologie/Endokrinologie:** Dr. med. Sebastian Noe **Genetik:** Dr. rer. nat. Dipl. Biol. Eckart Schnakenberg **Gynäkologie:** PD Dr. med. Andrea Gingelmaier **Hepatology:** Prof. Dr. med. Markus Cornberg, Dr. med. Patrick Ingiliz, PD Dr. med. Johannes Vermehren, PD Dr. med. Christian Wasmuth **Immunologie:** Dr. med. Hans Heiken **Infektiologie:** Dr. med. Silke Heldwein, Dr. med. Tim Kümmerle, Dr. med. Anja Meurer, Prof. Dr. med. Jürgen Rockstroh, PD Dr. med. Christoph Wyen, PD Dr. med. Christoph D. Spinner **Kardiologie:** Dr. med. Jost Stalke **Klinische Forschung:** Dr. Eva Wolf, MPH **Lipidologie:** Prof. Dr. med. Werner Richter **Nephrologie:** Dr. med. Ansgar Rieke **Neurologie:** Prof. Dr. med. Gabriele Arendt **Onkologie:** PD Dr. med. Christian Hoffmann, Dr. med. Jan Siehl **Pädiatrie:** Dr. med. Cornelia Feiterna-Sperling **Pharmazie:** Nikola Hanhoff – Pharm., Leonie Meemken – Pharm. **Pneumologie:** Dr. med. Meike Probst **Psychiatrie:** Dr. med. Christian Perro **Suchtmedizin:** Dr. med. Uwe Naumann, Dr. med. Nazifa Qurishi **Virologie:** Patrick Braun - Dipl.biол., PD Dr. med. Jens Verheyen **Arzt- und Medizinrecht:** Christoph Klein – Rechtsanwalt

Die Inhalte dieses Newsletters wurden unabhängig erstellt und unterliegen keiner Beeinflussung von Seiten der Sponsoren. Durch die fortschreitende Forschung auf dem Gebiet HIV/Hepatitis kann keine Verantwortung und Haftung für die Vollständigkeit oder Richtigkeit der Newsletter-Inhalte von Seiten InXfo übernommen werden.

Herausgeber: InXfo GmbH, Lutterothstraße 73, 20255 Hamburg

Logistik-Team: Patrick Braun, Leonie Meemken, Eva Wolf

Technischer Support: Stefan Preis, Clinovate

