

Medizinische Versorgungsstrukturen im Bereich HIV/AIDS

Quantitative und qualitative Entwicklungen
und Herausforderungen

Zusammenfassung



GUTACHTEN

Medizinische Versorgungsstrukturen im Bereich HIV/AIDS

Quantitative und qualitative Entwicklungen
und Herausforderungen

Zusammenfassung

IGES Institut:
Martin Albrecht
Monika Sander
Stefan Loos

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi):
Clarissa Graf
Jan Lipovsek
Mandy Schulz
Ramona Hering
Thomas Czihal

Zusammenfassung

für das Konsortium aus DAS, dagnä und DAIG

Berlin, Juli 2025

Autoren

Dr. Martin Albrecht Stationäre HIV-Versorgung
Dr. Stefan Loos Wahrgenommene Versorgungsqualität aus Sicht von Menschen mit
Dr. Monika Sander HIV – Ergebnisse einer Online-Befragung
Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Clarissa Graf Analyse der ambulanten Versorgung HIV-infizierter Patientinnen und
Jan Lipovsek Patienten sowie der Präexpositionsprophylaxe (PrEP)
Dr. Mandy Schulz Projektion der ambulanten Versorgung HIV-infizierter Patientinnen
Ramona Hering und Patienten
Thomas Czihal

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)
Salzufer 8
10587 Berlin

Medizinische Versorgungsstrukturen im Bereich HIV/AIDS

Aktuelle Versorgungssituation

HIV-Patientinnen und Patienten werden überwiegend ambulant versorgt

Die spezialisierte HIV-Versorgung findet ganz überwiegend ambulant statt: Im Jahr 2023 erhielten von den rund 84,4 Tsd. Personen mit einer HIV-Diagnose¹ ca. 68,5 Tsd. Patientinnen und Patienten (bzw. ca. 78 %) eine vertragsärztliche HIV-Schwerpunktversorgung. Dieser Anteil stieg seit dem Jahr 2014 kontinuierlich an und weist auf eine starke Einbindung des Vertragsarztbereiches bei der HIV-Schwerpunktbehandlung hin.

Einen Anteil von rd. 80 % der ambulanten HIV-Schwerpunktversorgung übernehmen hausärztliche bzw. allgemeinmedizinische Praxen. Knapp zwei Drittel von ihnen entfallen auf internistische Hausarztpraxen. Insgesamt verschiebt sich die ambulante HIV-Schwerpunktversorgung zunehmend zu größeren, kooperativen Strukturen wie MVZ und Gemeinschaftspraxen. Die Einzelpraxis bildet mit einem Anteil von 40 % jedoch nach wie vor die häufigste Praxisform.

Seit dem Jahr 2014 ist die Zahl an Schwerpunktpraxen ungefähr gleichgeblieben (knapp 200). Während sich die Zahl der Patientinnen und Patienten mit HIV-Schwerpunktversorgung im Zeitraum 2014-2023 um ca. 38 % erhöhte, ist die durchschnittliche Zahl der Ärztinnen und Ärzte pro HIV-Schwerpunktpraxis dagegen nur um rund 15 % gestiegen. Somit kam es in den letzten Jahren zu einer Verdichtung der HIV-Schwerpunktversorgung in den Praxen.

Stationäre Versorgung von HIV-Erkrankungen seltener notwendig

In Krankenhäusern werden Menschen mit HIV sowohl vollstationär als auch durch Krankenhausambulanzen versorgt. Zu letzteren liegen nur sehr eingeschränkt strukturierte Informationen vor. Insgesamt konnten 122 infektiologische und HIV-Ambulanzen an 72 Klinikstandorten in 60 Städten identifiziert werden, zu einem großen Teil an Standorten der Hochschulmedizin. Zu Patienten- und Fallzahlen dieser Ambulanzen existiert jedoch keine Übersicht.

Im Jahr 2023 gab es in der somatischen² stationären Krankenhausversorgung in Deutschland nur 714 Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20 - B24 ICD 10) als Hauptdiagnose und 6.455 Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose. Seit dem Jahr 2014 haben sich beide Fallzahlen um etwa 40 % verringert. Die Anzahl der

¹ Die Anzahl Personen mit HIV-Diagnose bezieht sich auf die Grundgesamtheit der gesetzlich Versicherten (ca. 89 % der Bevölkerung) und weicht von der Schätzung des Robert Koch Instituts (RKI) ab, im Wesentlichen aufgrund der Exklusion privat versicherter Personen.

² Zu den Haupt- und Nebendiagnosen von stationären Krankenhausfällen liegen nur Daten der DRG-Statistik vor. Daher können keine repräsentativen Aussagen zur psychiatrischen Versorgung von Personen mit einer HIV-Krankheit getroffen werden.

stationär erbrachten hochaktiven antiretroviralen Therapien (OPS 8-548) ist in den letzten Jahren ebenfalls deutlich zurück gegangen: von 3.958 Fällen im Jahr 2014 auf 2.828 im Jahr 2023 (-29 %).

Von den 714 Fällen, die im Jahr 2023 mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnose stationär behandelt wurden, war etwa die Hälfte durch eine hohe Krankheitskomplexität gekennzeichnet mit überdurchschnittlich langen Verweildauern. Bei diesen Patientinnen und Patienten wurde die HIV-Erkrankung erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert.

Bei der stationären Behandlung von Personen mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnosen spielen die Universitätskliniken eine zentrale Rolle, ebenso bei der stationären Durchführung von hochaktiven antiretroviralen Therapien.

Versorgungskapazitäten sind regional ungleich verteilt

Die Patientendichte in der ambulanten HIV-Schwerpunktversorgung ist in den Stadtstaaten und in Nordrhein am höchsten, gefolgt von den südlichen Flächenländern. Auch in der stationären Versorgung zeigen sich deutliche regionale Unterschiede: Während bundesweit auf 1 Mio. Einwohner rund 60 Krankenhausfälle mit HIV als Nebendiagnose (nach Wohnort) kamen, lag dieser Wert in Berlin knapp dreimal so hoch, in Thüringen und Sachsen-Anhalt hingegen nur gut halb so hoch. Neben den Stadtstaaten konzentrierten sich die Krankenhausfälle in großen Städten wie Köln, München, Frankfurt, Nürnberg und Leipzig.

Bei der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten der HIV-Schwerpunktversorgung stellt sich die Situation je nach Bezugsgröße unterschiedlich dar:

- ◆ Die größten Kapazitäten in der ambulanten HIV-Schwerpunktversorgung gibt es *bevölkerungs- bzw. versichertenbezogen* in den drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen. Dort sind die meisten Ärztinnen und Ärzte der HIV-Schwerpunktversorgung je 100.000 GKV-Versicherte tätig. Es folgen – mit deutlichem Abstand – von den größeren KV-Regionen Nordrhein, Hessen und Baden-Württemberg.
- ◆ Bezieht man hingegen die ärztlichen Kapazitäten auf die regional versorgten *HIV-Patientinnen und Patienten*, liegen Bremen und das Saarland vor Berlin und Hamburg an der Spitze. Bei den Flächen-KVen schieben sich Sachsen und Bayern vor Baden-Württemberg und Hessen, Nordrheins Position verschlechtert sich.
- ◆ Betrachtet man schließlich das Verhältnis von Ärztinnen und Ärzten der HIV-Schwerpunktversorgung zu den regionalen *HIV-Schwerpunkt-Behandlungsfällen*, weisen weiterhin das Saarland und Bremen die höchsten Werte auf, Berlin und Hamburg sinken in der Rangfolge aber weiter nach unten. Berlin liegt hinter Sachsen und Niedersachsen an fünfter Stelle, Hamburg hinter Bayern und Baden-Württemberg an achter Stelle. Hierzu trägt auch die überregionale Mitversorgung durch die städtisch geprägten

KVen bei: Patientinnen und Patienten aus strukturschwächeren oder ländlichen KV-Regionen nutzen verstärkt die Versorgungsangebote in den benachbarten Metropolregionen. Insbesondere bilden Berlin und Hamburg die großen Versorgungszentren.

Gesondert zu betrachten sind alle *Regionen mit weniger als fünf Praxen bzw. Leistungserbringern*. Hierzu zählen, außer Sachsen, alle ostdeutschen Flächenländer sowie Schleswig-Holstein. Im Saarland und in Rheinland-Pfalz gibt es ebenfalls weniger als fünf Praxen, aber exakt fünf Ärztinnen/Ärzte in der HIV-Schwerpunktversorgung. Das Saarland erreicht hiermit aufgrund seiner geringen Bevölkerungszahl mit dem Spitzenreiter Bremen vergleichbare Kapazitätswerte im Verhältnis zur HIV-Population bzw. zu den HIV-Schwerpunkt-Behandlungsfällen. Unter Sicherheitsaspekten sind geringe absolute Kapazitätswerte grundsätzlich jedoch kritisch zu sehen, selbst wenn im Einzelfall bei geringer Populationsgröße hohe Verhältniswerte erreicht werden, da der Ausfall einer Einheit (Praxis, Leistungserbringer) bereits relativ starke Auswirkungen auf den Versorgungszugang haben könnte.

Höhere Krankheitslast der HIV-Patientengruppe trifft auf starke Alterungseffekte

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung konzentriert sich die Altersverteilung der HIV-Schwerpunktpatientinnen und -patienten deutlich stärker auf die mittleren Altersgruppen. Die kontinuierlich steigende HIV-Prävalenz ist maßgeblich auf die Alterung der HIV-Patientinnen und -Patienten – bei gleichbleibender bzw. zuletzt wieder leicht zunehmender Inzidenz – zurückzuführen.

Bereits heute ist die Patientengruppe mit HIV-Schwerpunktversorgung durch komplexere Morbidität und Behandlungsanlässe gekennzeichnet, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung treten häufiger chronische Infektionen, Stoffwechselstörungen und psychiatrische Erkrankungen auf. Im Zuge der starken Alterung der Patientengruppe dürften sich diese Unterschiede erwartungsgemäß verstärken. Die mit dem Alter steigenden Leistungsansprüchen der HIV-Schwerpunktpatientinnen und -patienten weisen ebenfalls auf komplexer werdende Versorgungsbedarfe hin.

HIV-Prävention durch PrEP: starker Zuwachs, Zugang aber regional konzentriert

Knapp 51.600 Patientinnen und Patienten erhielten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2023 PrEP-Leistungen. Die zeitliche Entwicklung ist seit Beginn im Jahr 2019 durch starke Dynamik mit sehr hohen Zuwachsraten gekennzeichnet.

Die Praxen und Leistungserbringer, die PrEP-Leistungen anbieten, konzentrieren sich ebenfalls stark auf die Großstadtregionen mit Berlin und Hamburg als große Versorgungszentren. In mehreren KV-Regionen erfolgt ein großer Teil der Versorgung außerhalb der Wohnort-KV, etwa Brandenburg (88,3 % der Fälle in Berlin), Schleswig-Holstein (53,8 % in Hamburg), Mecklenburg-Vorpommern (43,5 % in Berlin) und Thüringen (30,9 % in Sachsen). Besonders in ostdeutschen Flächenländern zeigt sich damit eine Versorgung außerhalb der Wohnregion.

Hohe Zufriedenheit der HIV-Patientinnen und -Patienten mit Versorgung vor allem in Großstädten

Die Ergebnisse der im Rahmen der Studie durchgeführten Befragung, an der sich knapp 700 Personen mit HIV beteiligten, zeigen eine hohe Zufriedenheit von HIV-Patientinnen und -Patienten mit der Versorgung: So stimmten der Aussage, sich insgesamt gut versorgt zu fühlen, 62 % voll und ganz sowie 32 % eher zu. Bezogen auf die ambulante Versorgung in HIV-Schwerpunktpraxen bzw. -Ambulanzen waren mehr als 95 % der Befragten mit Behandlungsqualität und ärztlicher Fachkenntnis sehr bzw. eher zufrieden³, 87 % auch mit der Erreichbarkeit ihrer HIV-Schwerpunktpraxis bzw. -Ambulanz.

Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit nach Wohnortgröße der Befragten: Während von den Befragten aus Millionen- und Großstädten mehr als 90 % mit der Erreichbarkeit zufrieden waren, lag der entsprechende Anteil in ländlichen Gemeinden bei 76 %. Unterschiede gibt es nach Wohnortgröße auch im Hinblick auf die Anfahrtszeiten zu HIV-Schwerpunktpraxen bzw. Ambulanzen: Knapp die Hälfte der Befragten in ländlichen Regionen hat nach eigenen Angaben einen Anfahrtsweg über einer Stunde; in Millionenstädten bzw. Großstädten ist es dagegen rund jede/jeder Zehnte.

Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen Männern und Frauen

Frauen äußern sich – auf einem insgesamt hohen Zufriedenheitsniveau – in Bezug auf die verschiedenen Aspekte der Versorgung etwas weniger zufrieden als Männer. Deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen Männern und Frauen gibt es insbesondere in Bezug auf die Wartezeiten auf einen Termin, das Einfühlungsvermögen der Ärztinnen und Ärzte, die Einbindung in Entscheidungen sowie die Kommunikation und das Informationsangebot rund um die HIV-Infektion und Behandlung.

Einfacher Zugang zur Versorgung: HIV-Patientinnen und -Patienten sehen Handlungsbedarf

Für ein knappes Drittel der befragten Menschen mit HIV war die Zahl der HIV-Schwerpunktpraxen bzw. -Ambulanzen in ihrer Region nicht ausreichend. Dieser Anteil war in den Kleinstädten und ländlichen Gemeinden mit rd. 57 % deutlich höher als in Millionenstädten (8 %) bzw. Großstädten (25 %). Zudem sahen insgesamt 46 % der Befragten Handlungsbedarf mit Blick auf den Erhalt eines einfachen Zugangs zu HIV-Versorgungsangeboten (Wohnortnähe, Terminvergabe). Perspektivisch ist zu erwarten, dass sich die Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktversorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten in ländlichen Regionen im Zuge der Alterung der HIV-Population und Einschränkungen der individuellen Mobilität noch ungünstiger darstellt. Dies träfe dann auch Patientinnen und Patienten, die aus

³ Die Zufriedenheitswerte für die kleinere Patientengruppe mit Krankenhausaufenthalt fielen niedriger aus, lagen jedoch auch und teilweise deutlich über 50 %.

Gründen der Anonymität prinzipiell ein weiter entferntes Versorgungsangebot in größeren Städten präferieren.

Handlungsbedarf wird von den Menschen mit HIV zudem im Hinblick auf das Engagement der Politik für die HIV-Versorgung sowie die Stärkung psychosozialer Aspekte (Selbsthilfe-Angebote, Beratung) gesehen. Insbesondere in Kleinstädten und ländlichen Gemeinden wünschen sich die Menschen mit HIV, von den Ärztinnen und Ärzten ohne Vorurteile behandelt zu werden.

Projektion der zukünftigen Versorgungssituation

Für die Studie wurde im Rahmen von Projektionen aufgezeigt, wie sich Bedarf und Angebot in der ambulanten HIV-Schwerpunktversorgung zukünftig entwickeln könnten, wenn sich bisherige Trends fortsetzen.

Versorgungsbedarf steigt stärker als ärztliche Kapazitäten

Sollte die Zahl der Neuinfektionen weitgehend unverändert bleiben, könnte sich die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen HIV-Schwerpunktversorgung in den nächsten zehn Jahren (bis 2035) um 44 % gegenüber dem Jahr 2023 erhöhen. Dies ginge mit einem Anstieg der HIV-Prävalenz von 114,5 je 100.000 Versicherte im Jahr 2023 auf 151,5 im Jahr 2035 einher und bedeutete einen Anstieg der Menschen mit HIV in vertragsärztliche Versorgung um ca. 28.000 im Jahr 2035 gegenüber dem Jahr 2023.

Auch bei vorsichtiger Schätzung ist hingegen mit einer Zunahme der Ärztezahl in der HIV-Schwerpunktversorgung um 10 % bis zum Jahr 2035 zu rechnen (von aktuell 338 auf 371). Diese Schätzung geht davon aus, dass es keine Veränderung der gegenwärtigen Qualitäts- und Vergütungsstrukturen gibt.

Setzt sich der Trend eines steigenden Anteils angestellter Ärztinnen und Ärzte und eines reduzierten Umfangs der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auch in der HIV-Schwerpunktversorgung durch, würde jedoch eine um 49 % höhere Ärztezahl im Jahr 2035 benötigt, um der projizierten Steigerung der Inanspruchnahme zu entsprechen.

Drohende Versorgungslücken

Je nach Entwicklung des ärztlichen Nachwuchses könnten dann 60, im ungünstigen Fall sogar rd. 130 ärztliche HIV-Spezialistinnen und -Spezialisten im Jahr 2035 fehlen. Dies entspräche etwa 12 %, im ungünstigen Fall ca. 26 % der benötigten Gesamtzahl an ärztlichen HIV-Spezialistinnen und -Spezialisten.

Die Versorgungslücke wäre dabei im Südwesten Deutschlands deutlich größer als im Nordosten: Während im Gebiet der Bundesländer NRW, Rheinland-Pfalz, Saarland, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern die benötigten Kapazitäten im ungünstigen Fall im Jahr 2035 um rund 38 % unterschritten würden, wären es im übrigen Gebiet (Nordost) lediglich knapp 14 %. Allerdings zählen zu letzterem mit ostdeutschen Flächenländern auch solche Regionen, in denen sich die Versorgungskapazitäten überwiegend auf einem bereits geringen absoluten Niveau

befinden und damit die Sicherstellungsrisiken schon heute relativ hoch sind (s. o.). Insbesondere sind dort ländliche, bevölkerungsschwache Gebiete aufgrund einer sehr geringen Zahl von Schwerpunktpraxen von Unterversorgung bedroht.

Die drohenden Versorgungslücken würden zu spürbaren Einschränkungen beim Zugang zur HIV-Schwerpunktversorgung führen. Für Patientinnen und Patienten mit HIV würden sich diese in Form verlängerter Wege- und (Termin-)Wartezeiten niederschlagen, die in einzelnen Regionen ein erhebliches Ausmaß erreichen könnten. Die versorgungspolitisch erwünschte Zunahme des Anteils der HIV-Patientinnen und -Patienten mit spezialisierter HIV-Versorgung würde sich unter diesen Umständen kaum fortsetzen lassen – eher wäre von gegenteiligen Tendenzen auszugehen.

Erschwerend hinzu kommt, dass die Projektion drohender Versorgungslücken die zunehmende Komplexität der Behandlung von HIV-Patientinnen und Patienten aufgrund von alterungsbedingt häufiger auftretenden Komorbiditäten aus methodischen Gründen nicht abbildet. Somit stellt die Projektion ein noch relativ konservatives Szenario dar. Infolge der Alterung der HIV-Population ist nämlich zu erwarten, dass sowohl die Behandlungsintensität in der HIV-Schwerpunktversorgung zunimmt als auch die Zahl der Behandlungsfälle je Patientin bzw. Patient unter Einbeziehung weiterer fachärztlicher Spezialdisziplinen.

Handlungsbedarf

...in der ambulanten HIV-Versorgung

Mit den vorhandenen vertragsärztlichen Strukturen ist es in den vergangenen Jahren gelungen, dass eine kontinuierlich steigende Zahl von HIV-Patientinnen und -Patienten eine spezialisierte Versorgung erhielt und dabei aktuell eine hohe Patientenzufriedenheit erreicht wird. Die Versorgung findet ganz überwiegend ambulant statt, mit starker Beteiligung vor allem internistisch-hausärztlicher, aber auch allgemeinmedizinischer Praxen. Die zukünftige Sicherstellung des gegenwärtigen Versorgungsniveaus trifft aber auf eine Reihe von Herausforderungen, für die bereits heute Vorkehrungen getroffen werden sollten.

Die kontinuierlich steigende HIV-Prävalenz ist vor allem auf die Alterung der HIV-Patientinnen und -Patienten zurückzuführen. Infolge der im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung abweichenden Altersstruktur wird die Krankheitslast durch komplexe und chronische Begleiterkrankungen in den nächsten Jahren überproportional stark zunehmen. Die Nachfrage nach HIV-Spezialversorgung könnte bereits in zehn Jahren um mehr als 40 % steigen. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte erhöht sich zwar weiterhin, auch in der HIV-Spezialversorgung, aber erstens setzt dies den Fortbestand der gegebenen Qualitäts- und Vergütungsstrukturen voraus, zweitens besteht ein hohes Risiko, dass dies nicht ausreicht, um dem zusätzlichen Versorgungsbedarf zu entsprechen, vor allem, wenn bisherige Trends zu geringeren Arbeitszeiten auch in der HIV-Versorgung Wirkung zeigen. Es gilt, eine drohende Lücke von bis zu rd. 130 ärztlichen HIV-Spezialistinnen und -Spezialisten in den nächsten zehn Jahren zu verhindern.

Hinzu kommt, dass sich hierdurch die bereits bestehenden regionalen Ungleichgewichte im Zugang zur HIV-Schwerpunktversorgung verstärken würden. Bereits heute gibt es in zahlreichen Regionen eine nur geringe absolute Zahl von HIV-Schwerpunktpraxen. Die absehbare starke Alterung der HIV-Patientengruppe wird hingegen mit Einschränkungen der individuellen Mobilität einhergehen und den Bedarf an wohnortnahem Zugang zur Versorgung erhöhen.

...in der stationären HIV-Versorgung

Aufgrund der verbesserten HIV-Prävention, der guten Überlebensaussichten von Personen mit HIV-Infektionen und ihrem zunehmend höheren mittleren Lebensalter ist davon auszugehen, dass dieses Patientenkontingent und damit auch die Rolle kleinerer Kliniken künftig an Bedeutung gewinnen werden.

Die Anforderungen an die Krankenhäuser werden sich daher künftig teilweise wandeln: Neben der Behandlung von hochakuten, komplexen Fällen mit einer HIV-Krankheit werden künftig vermehrt Personen behandelt, bei denen die HIV-Krankheit nicht mehr im Vordergrund steht, diese aber bei der Therapie anderer, stationär behandlungsbedürftiger Erkrankungen dennoch vielfach eine bedeutende Rolle spielt. Das bedeutet, dass sich auch Kliniken, die bislang wenig Erfahrung in der HIV-Versorgung haben, vermehrt auf Patientinnen und Patienten mit einer HIV-Erkrankung einstellen müssen.

Im Hinblick auf die zukünftige Versorgung von hochakuten, komplexen Fällen mit HIV-Krankheit ist sicherzustellen, dass die notwendige fachärztliche Expertise auch bei rückläufigen und geringen absoluten Fallzahlen zumindest an größeren (universitären) Kliniken vorgehalten werden. Auch die stationäre Betreuung von Schwangeren und Kindern mit HIV durch gynäkologische und pädiatrische fachärztliche Expertise stellt vor diesem Hintergrund eine Herausforderung dar.

Handlungsempfehlungen

Ärztlichen Nachwuchs in der HIV-Schwerpunktversorgung fördern

Ein sich zukünftig verschärfender Mangel an hausärztlichen Behandlungskapazitäten betrifft – aufgrund deren starker Beteiligung – substantiell auch die HIV-Spezialversorgung. So hat sich die Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte mit vollem Versorgungsauftrag in den hausärztlichen Fachgruppen im Zeitraum 2009 bis 2024 um knapp ein Viertel verringert, ihr Anteil ist von knapp 95 % auf unter 70 % gesunken. Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Behandlungskapazitäten kommen daher prinzipiell auch der HIV-Spezialversorgung zugute. Hervorzuheben sind hier die vielfältigen Maßnahmen zur Nachwuchsförderung in der hausärztlichen Versorgung, insbesondere im Bereich der Weiterbildung, z. B. in Form der Verbundweiterbildung in der Allgemeinmedizin.

Die unterschiedlichen Förderformen sollten aber systematisch das Ziel einer Teilnahme an der HIV-Schwerpunktversorgung einbeziehen. Ergänzungsbedürftig sind die bestehenden Förderprogramme und Netzwerke zudem im Hinblick auf den hohen Anteil hausärztlich tätiger Internistinnen und Internisten in der HIV-

Schwerpunktversorgung. Auch diese sollten – gekoppelt an das Ziel einer Teilnahme an der HIV-Schwerpunktversorgung – in die bestehenden allgemeinmedizinischen Förderprogramme einbezogen werden. Dies sollte analog für die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis gelten: Internistischen HIV-Schwerpunktpraxen sollte es ermöglicht werden, einzelne allgemeinmedizinische Anforderungskriterien ggf. auch in Kooperation mit anderen Praxen zu erfüllen, um die Weiterbildungsbefugnis zu erhalten.

Ärztinnen und Ärzte bei Teilnahme an HIV-Schwerpunktversorgung unterstützen

Angesichts drohender Versorgungslücken ist eine Sicherung und zukünftige Stärkung der Teilnahme vertragsärztlicher Praxen an der HIV-Spezialversorgung erforderlich. Eine zentrale Maßnahme hierfür ist die Unterstützung teilnahmebereiter Ärztinnen und Ärzte, die fachliche Befähigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/AIDS zu erreichen bzw. zu erhalten sowie in den Praxen die organisatorischen und ausstattungsbezogenen Anforderungen zu erfüllen.

Zu diesem Zweck sollten die Bedingungen zum Erreichen der geforderten Mindestbehandlungszahlen insofern regional flexibilisiert werden, als die Option geschaffen wird, die hiermit verbundene Tätigkeit der selbständigen Betreuung von HIV-Patientinnen und -Patienten sektoren- und einrichtungsübergreifend zu organisieren. Konkrete Unterstützung könnte darüber hinaus auch die Erstattung von (zeitlichem) Aufwand umfassen, der mit der Erfüllung der Anforderungen verbunden ist.

Ausweitung regionaler Lücken im Zugang zur HIV-Versorgung entgegenwirken

Eine weitere Herausforderung ist die zunehmende Konzentration der HIV-Spezialversorgung in größeren Praxen. Dadurch erhöht sich die Abhängigkeit von wenigen Standorten. Gleichzeitig steigt – infolge von alterungsbedingten Einschränkungen der individuellen Mobilität – der Bedarf an einem wohnortnahen Zugang zur spezialisierten HIV-Versorgung. Um eine Ausweitung regionaler Lücken zu verhindern, sollten frühzeitig telemedizinische Verbundstrukturen mit Konsiliarmöglichkeiten gefördert werden, so dass flächendeckend eine Anbindung an die HIV-Spezialversorgung gewährleistet werden kann. Die dafür notwendigen Qualitäts- und Vergütungsstrukturen sollten durch den Bewertungsausschuss festgelegt werden.

Als ergänzende Maßnahme bietet sich zudem die Schaffung bzw. Finanzierung von Transportmöglichkeiten in strukturschwachen Regionen an, die dort auch für viele weitere Versorgungsbereiche und Patientengruppen eine wesentliche Sicherstellungsoption darstellen wird.

Verbreitung der PrEP als Präventionsmethode weiter unterstützen

Bei der PrEP als hochwirksame Präventionsmethode zeigen die Leistungsdaten der letzten Jahre rückläufige, aber weiterhin zweistellige Zuwachsraten bei der Inanspruchnahme. Solange sich die Steigerungen der Nachfrage fortsetzen – auch durch Ausweitung auf bislang nicht oder nur unzureichend erreichte Zielgruppen

–, sollten PrEP-Leistungen weiterhin extrabudgetär vergütet werden und nicht den Beschränkungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen.

Geriatrische und psychosoziale Versorgung für HIV-Patientinnen und -Patienten ausbauen

Infolge der im Vergleich zur Gesamtbevölkerung starken Alterung der HIV-Patientengruppe werden für sie zukünftig vermehrt geriatrische Versorgungsangebote benötigt. Daher sollten die strukturellen Voraussetzungen für eine Vernetzung von Praxen/Ambulanzen mit HIV-Schwerpunktversorgung mit geriatrischen Versorgungseinrichtungen geschaffen werden (z. B. in Form von Konsilien, gemeinsamen Qualitätszirkeln). Auch in der Langzeitpflege wird HIV als Grund- oder Begleiterkrankung häufiger auftreten. Zukünftig sollte daher der Umgang mit an HIV erkrankten Pflegebedürftigen verstärkt in der Ausbildung von Pflegefachkräften verankert werden.

Zur Stärkung psychosozialer Aspekte – ein Handlungsbedarf aus Sicht der Menschen mit HIV – sind verschiedene Maßnahmen denkbar. Zum einen sollten psychosoziale Fachkräfte durch intensivere Kooperationen stärker in die Arbeit der HIV-Schwerpunktpraxen bzw. -Ambulanzen integriert werden. Zum anderen könnten auch im Hinblick auf psychosoziale Beratungsangebote im ländlichen Raum telemedizinische Angebote etabliert werden.

Künftige Rolle von Krankenhäusern in der HIV-Versorgung bestimmen

Angesichts der Vielzahl an infektiologischen und HIV-Ambulanzen an Krankenhäusern sollte vollständige Transparenz darüber hergestellt werden, welchen Versorgungsanteil diese quantitativ und qualitativ an der ambulanten Versorgung übernehmen und welche Funktion an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Hierfür müsste eine geeignete Datengrundlage geschaffen werden.

Zum anderen sollte die zunehmende Bedeutung kleinerer und nicht universitärer Kliniken bei der Versorgung von Personen mit einer HIV-Erkrankung (als Nebendiagnose) in Versorgungsleitlinien aufgegriffen werden. Dabei wäre insbesondere zu spezifizieren, inwieweit und in welcher Form diese Kliniken dafür eine besondere, auch infektiologische Kompetenz benötigen.

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

**Zentralinstitut für die kassenärztliche
Versorgung in Deutschland (Zi)**

Salzufer 8
10587 Berlin

www.zi.de