

dagnä

Deutsche Arbeitsgemeinschaft
niedergelassener Ärzte in der
Versorgung HIV-Infizierter e.V.

25

1990-2015
25 JAHRE
dagnä



Inhalt

- 04 **Vorwort** Knud Schewe
- 06 **„Beiträge zur hochwertigen Versorgung von Menschen mit HIV/Aids in Deutschland“** Interview mit dem dagnä-Vorstand
- 12 **Für ein solidarisches und ausgrenzungsfreies Miteinander im Umgang mit HIV-positiven Menschen** Hermann Gröhe
- 15 **25 Jahre dagnä! Selbst das Akronym kann es nicht fassen!** Georg Behrens
- 19 **25 Jahre dagnä – wir gratulieren!** Silke Klumb
- 23 **Für mehr Toleranz und Solidarität mit HIV-positiven Menschen** Martina Wenker
- 26 **Sicherstellung einer bedarfsgerechten HIV-Versorgung** Doris Pfeiffer
- 29 **„Die ambulante HIV-Versorgung braucht sich nicht zu verstecken“**
Interview mit Jürgen Wasem
- 32 **„Wer kümmert sich um die Patienten, wenn nicht wir?“** Interview mit Heribert Knechten
- 37 **30 Jahre HIV-Behandler – ein Rück- und Ausblick** Jörg Gölz
- 42 **Die Zukunft der HIV-Versorgung – eine Vision** Hans Jäger
- 46 **„Die HIV-Medizin arbeitet seit jeher interdisziplinär“** Interview mit Christoph Mayr
- 49 **„Qualitätssicherungsvereinbarung als Kronjuwel der HIV-Versorgung“**
Interview mit Armin Goetzenich
- 52 **Ein langer Weg – wir bekämpfen die Krankheit, nicht die Kranken** Rita Süßmuth
- 54 **Chronik**
- 56 **Porträt dagnä**
- 58 **Impressum**



Dr. Knud Schewe
Sprecher des Vorstandes der dagnä e.V.

Vorwort

Knud Schewe

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe dagnä-Mitglieder,

wie schnell ist viel passiert: Als im November 1990 14 Ärztinnen und Ärzte in Hamburg die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. – prägnant: dagnä – aus der Taufe hoben, war das Jahr 2015 noch weit entfernt. Es galt damals die Versorgung HIV-Infizierter zu verbessern, Qualitätsparameter zu etablieren, mit einer Stimme zu sprechen. Es waren aufgewühlte Zeiten. Sterbebegleitung war alltäglich, das Thema HIV/Aids gesellschaftlich wie auch politisch hoch aufgeladen.

Viel besser die heutige Situation: Zwar gibt es noch einige Herausforderungen in HIV-Medizin und -Versorgung – es ist gleichwohl seit 1990 gelungen, die Versorgung von Menschen mit HIV und Aids in Deutschland auf einem heute sehr hohen Niveau sicherzustellen. Immer mit dabei: Engagierte Ärztinnen und Ärzte – und die dagnä –, die sich beharrlich für Verbesserungen in Prävention und Therapie sowie, das darf nicht vergessen werden, für Menschen eingesetzt haben, die nicht überall gern gesehen sind. Denn die Worte von Rita Süßmuth sind noch aktuell: Wir bekämpfen die Krankheit, nicht die Kranken.

Wie schnell ist viel passiert: Wir freuen uns sehr, mit dem vorliegenden Sammelband das 25. Jubiläum würdig zu begehen. Noch mehr freuen wir uns, dass wir namhafte Persönlichkeiten aus Medizin, Politik, Selbstverwaltung und Selbsthilfe als Autorinnen und Autoren für den Jubiläumsband gewinnen konnten: gesundheitspolitische Entscheidungsträger, Weggefährten und enge Partner sowie, sie mögen mir diese Despektierlichkeit verzeihen, „alte Hasen“: Heribert Knechten, Jörg Götz, Hans Jäger und Christoph Mayr. Sie haben die dagnä lange Jahre als Vorstände geprägt. Ihnen gilt unser besonderer Dank!

Die dagnä – das heißt vor allem: die heute über 300 Mitglieder. Sie engagieren sich in den verschiedenen Kerngruppen – vom HIV-Community-Preis bis hin zu den MFA-Seminaren –, bringen Expertise und Engagement ein, machen die vielfältigen Aktivitäten der dagnä erst möglich.

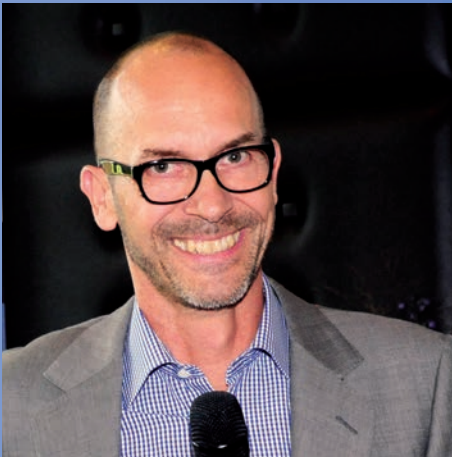
Wie schnell kann viel passieren: Auf dieses Engagement wollen wir – zusammen mit den Kolleginnen und Kollegen in der Geschäftsstelle in Berlin – auch zukünftig bauen. Es gibt keinen Grund zum Ausruhen. Denn das Ziel der dagnä bleibt: Ausbau und Erhalt einer optimalen Versorgung von an HIV und Aids erkrankten Menschen in Deutschland.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre.

„Beiträge zur hochwertigen Versorgung von Menschen mit HIV/Aids in Deutschland“

Interview mit dem dagnä-Vorstand

Im Vergleich zu 1990 scheint es 2015 um HIV/Aids unaufgeregt zuzugehen: Wo stehen wir in der Versorgung von HIV-Infizierten in Deutschland? Wo sind Herausforderungen?



Dr. Knud Schewe
dagnä-Vorstand

Knud Schewe: In Deutschland ist es gelungen im Bereich HIV/Aids eine flächendeckende und gleichzeitig qualitativ hochwertige Versorgung zu etablieren. Nahezu alle Patientinnen und Patienten werden heute leitliniengerecht behandelt, was sich auch in stark gesunkener Mortalität ausdrückt. Analysen, z. B. von UNAIDS, zeigen, dass Deutschland im westlichen Vergleich vorbildlich ist. Die meisten HIV-positiven Menschen leben dabei in den großen Balgungszentren. Die Behandlung erfolgt weit überwiegend ambulant durch spezialisierte Schwerpunktpraxen, die Knowhow und Erfahrung bündeln. Dies hat sich als sinnvoller Ansatz in der Therapie einer komplexen wie auch hochpreisigen Erkrankung erwiesen. Auf der anderen Seite verbleiben Herausforderungen: Sind die Versorgungsstrukturen auf zunehmend ältere HIV-Infizierte eingestellt? Komorbiditäten und Resistenzen bleiben Thema, leider auch die Diskriminierung von HIV-Positiven. Nicht zu vergessen Prävention und Diagnostik: Viele Betroffene sind schlicht nicht diagnostiziert. Bei vielen dieser Patienten, den „Late Presentern“, wird durch eine späte Diagnose eine erfolgreiche Behandlung deutlich erschwert.

Welchen Anteil hatte die dagnä an dieser verbesserten Versorgung – eine Optimierung der Situation war und ist ja Ziel der dagnä?



Dr. Axel Baumgarten
dagnä-Vorstand

Axel Baumgarten: Nun, ich denke, wir konnten wichtige Impulse geben. Die immensen Fortschritte in der HIV-Behandlung sind ja vor allem auf drei Faktoren zurückzuführen: einerseits Arzneimittelinnovationen und vertieftes Wissen über das Virus – andererseits auf verbesserte Versorgungsstrukturen. Seit 2009 existiert eine Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 SGB V. Für diesen Meilenstein der Versorgung – für den wir Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband dankbar sind – hatte sich die dagnä eingesetzt und mit ihrer Expertise eingebracht. Ein „Dauerbrenner“ ist die weitere Förderung der Qualität, wesentlicher Hebel die Fortbildung: Erwähnt seien z. B. Webinare oder die MFA-Seminare. Diese Instrumente sollen die Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids sinnvoll ergänzen, den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung spiegeln und natürlich praxisnah sein. Sie tragen ihren Teil zur hochwertigen Versorgung von Menschen mit HIV/Aids in Deutschland bei.

Sie erwähnten die Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids: Warum ist sie für die Arbeit der HIV-Schwerpunkteärzte so bedeutsam?

Axel Baumgarten: Menschen mit HIV/Aids brauchen eine spezielle medizinische Betreuung. Der Arzt ist als Spezialist wie als Generalist in hohem Maße gefordert, mit dem Patienten zusammen langfristig den Therapieerfolg zu sichern. Die Qualitätssicherungsvereinbarung trägt dem Rechnung. Sie gibt direkte Anreize, Schwerpunktzentren zu bilden und definiert bundesweit einheitliche Standards der Struktur- und Prozessqualität. Der regional sehr unterschiedliche „Flickenteppich“ ist damit endlich Geschichte: Die Betroffenen werden nun in ganz Deutschland nach einheitlichen hohen Qualitätsstandards versorgt, die Krankenkassen wiederum wissen, dass ihre Versicherten mit HIV/Aids von Experten betreut werden. Auch für die Schwerpunktpraxen gibt es Sicherheit, die Finanzierung über den EBM ist gewährleistet. Und die – indirekten – Ergebnisse sind positiv: Ca. 85% der Patientinnen und Patienten leben mit einer Viruslast unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze, ein sehr guter Wert.

Eignet sich die Struktur qualifizierter Schwerpunktpraxen zur Versorgung weiterer Infektionskrankheiten?



Dr. Stefan Christensen
dagnä-Vorstand

Stefan Christensen: Definitiv – die Grundidee, komplexe Krankheitsbilder in Spezialistenhand zu geben, greift auch bei „sonstigen“ Infektionskrankheiten, vor allem den chronischen Virushepatitiden. Abseits von der HIV-Medizin sind die ambulanten Versorgungsstrukturen in der Infektiologie nämlich vergleichsweise zersplittert. Das gilt für die direkte Behandlung von Patienten mit Infektionskrankheiten wie auch die Prävention von Infektionen. Weitere Schritte in den Versorgungsstrukturen und konkret auch der Ausbildung sind dringend notwendig. Handlungsbedarf besteht mitnichten nur im stationären Bereich. Dieser Herausforderung in der ambulanten Infektiologie muss sich auch die dagnä stellen. Die HIV-Behandler verfügen über das notwendige infektiologische Fachwissen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss sind wir im sog. AMNOG-Prozess Sachverständige für die gesamte Breite infektiologischer Arzneimittel. Und: 2012 haben wir die Akademie für Infektionsmedizin mitgegründet: Sie unterstützt die Therapie- und Behandlungskompetenz der Behandler angesichts der rapiden Entwicklung und Ausbreitung schwerwiegender Infektionskrankheiten.

Gesellschaftspolitisch bleibt das Thema Diskriminierung auf der Agenda: Nicht nur hier gibt es einen engen Austausch mit den Aidshilfen. Was steckt dahinter?

Susanne Usadel: Salopp gesagt: ein Auftrag der Satzung. Denn diese gibt uns die Wahrung der Interessen von HIV-Infizierten, gerade gegen Diskriminierung, sowie den Dialog mit den Aidshilfen vor. Aber es geht um mehr: Menschen mit HIV und Aids leiden auch heute noch unter Ausgrenzung – beruflich, gesellschaftlich, sogar im Gesundheitswesen ist dies immer noch ein Thema: Der Deutschen AIDS-Hilfe zufolge (DAH) wurde 2012 jeder 5. Person eine medizinische Behandlung verweigert. Wenn sich aber Menschen aus Angst vor Diskriminierung nicht outen, dann gibt es sie auch in der öffentlichen Wahrnehmung der Bevölkerung nicht: „Man“ kennt etwa keine schwangere HIV-positive Frau. Mit dem Filmprojekt „HIV positiv und schwanger“ zeichnen wir sowie DAH und Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG) ein Bild dieser Frauen. Die HIV-Schwerpunktärzte sowie die Aidshilfen stehen Betroffenen als Ansprechpartner auch bei Diskriminierungsfällen zur Verfügung.

Abseits des Engagements gegen Diskriminierung gibt es insbesondere regional einen engen Austausch zwischen Behandlern und Aidshilfen, um in lokalen Projekten Prävention und Diagnostik mit ärztlicher Expertise zu unterstützen.

Ein großer dagnä-Schwerpunkt liegt in der ärztlichen Fortbildung: Wo sind Potenziale des dagnä-Workshops, was können neue Fortbildungselemente leisten?

Knud Schewe: Da die klinische Infektiologie immer noch kein eigenes Fachgebiet ist, existiert leider auch keine systematische Weiterbildung für die HIV-Medizin. Die dagnä will deshalb die Qualität der Versorgung durch passgenaue eigene Fortbildungsangebote fördern. Hier gilt: Der dagnä-Workshop als Jahrestagung der HIV-Behandler ist wirklich ein Juwel. Er findet in diesem Jubiläumsjahr zum 25. Mal statt und ist fest im Kalender der HIV-Schwerpunktärzte und kooperierender Fachgruppen markiert. Im Mittelpunkt stehen die medizinischen Inhalte, aber es gibt mehr: berufspolitische Symposien, die Mitgliederversammlung der DAIG, Studientreffen, MFA-Fortbildungen – und last but not least: viele persönliche Gespräche der Mitglieder in angenehmer, fast familiärer Atmosphäre. Die Zeit steht aber nicht still, die medizinische Kongresslandschaft wandelt sich: Seit 2013 bieten wir zusammen mit der DAIG die „Webinare“ an – eine neue Form der Online-Fortbildung, die Ärztinnen und Ärzte nach wichtigen internationalen Kongressen auf den neuesten Stand der Forschung bringt. Wahrscheinlich wird dies die Zukunft sein: eine Mischung aus präsenz- wie auch online-basierten Angeboten. Wir bleiben am Ball!

Stichwort Qualitätsmanagement: Welche Instrumente der Qualitätssicherung sind entscheidend, um den hohen Versorgungsstandard zu halten und weiterzuentwickeln?

Stefan Christensen: Basis ist die Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids. Mit ihr steht und fällt das hohe Versorgungsniveau in Deutschland. Aber auch darüber hinaus ist Qualitätsmanagement für die Niedergelassenen inzwischen ein fester Bestandteil der täglichen Arbeit. Hier soll der „HIV QM-Lotse“ den HIV-Spezifika Rechnung tragen: Er wird regelmäßig – wie in diesem Jahr – überarbeitet und den Mitgliedern kostenfrei zur Verfügung gestellt. Eine praktische Handreichung für den Arbeitsalltag sollen die dagnä-Leitfäden geben, aktuell zu den Themen „Labor“ und „Begleiterkrankungen“. Klar ist natürlich: Die Leitfäden ersetzen keine Leitlinien. Grundsätzlich sind auch Direkt- und Selektivverträge geeignet, Versorgungsqualität voranzutreiben. Die dagnä hat für HIV wie auch die chronische Hepatitis C bereits erfolgreiche Vertragsprojekte mit gesetzlichen sowie privaten Krankenversicherern initiiert.

Oft werden die Medizinischen Fachangestellten unterschätzt: Welche Rolle spielen sie in der HIV-Versorgung? Wie kann die dagnä hier helfen?



Dr. Susanne Usadel
dagnä-Vorstand

Susanne Usadel: HIV/Aids ist etwas Besonderes – und die Arbeit in einer Schwerpunktpraxis auch. Terminvergabe, Rezepte, Tätigkeiten am Patienten: Die Medizinischen Fachangestellten (MFA) sind hier eine unverzichtbare Hilfe, gerade auch in stressigen Zeiten. Sie brauchen Organisationstalent, Wissen im Umgang mit manchmal schwierigen Patientinnen und Patienten wie auch medizinisches Knowhow. An diesem Punkt setzen unsere MFA-Seminare an. Sie vermitteln Grundwissen, beleuchten aber auch aktuelle Fragen. Sie erfreuen sich bei den MFA großer Beliebtheit.

Ein Blick in die Zukunft: Die Gründergeneration der dagnä wird sich in absehbarer Zeit zurückziehen. Wie und woher rekrutiert sich der dagnä-Nachwuchs? Was ist mit der Versorgung der „übrigen“ Infektionskrankheiten?

Stephan Klauke: In der Tat, nicht nur die Patienten, auch die Behandler werden älter: Über die Hälfte der HIV-Schwerpunktärzte war, einer Umfrage zufolge, im Jahr 2013 über 50 Jahre alt. In absehbarer Zeit wird also die Generation der „ersten Stunde“ in den Ruhestand gehen. Jüngeren Medizinern bieten sich dadurch Optionen im ambulanten Bereich, vor allem in Ballungszentren und großen Städten: Freie Sitze finden sich im Normalfall im hausärztlichen und fachinternistischen Bereich. Über die Zusatzweiterbildung Infektiologie (Landesärztekammer) sowie den Infektiologen der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) existieren Spezialisierungsmöglichkeiten, die – etwa bei HCV-Selektivträgern – vergütungsrelevant sein können. Das ändert aber nichts daran, dass jetzt Vorsorge getroffen werden muss, denn der medizinische Bedarf wird größer: Das Berufsbild des ambulant tätigen Infektiologen

muss – wie überall in Europa – gestärkt werden, einerseits um Nachwuchssorgen vorzubeugen und andererseits um die Versorgung von hochkomplexen Erkrankungen – ich denke an HIV/Aids, aber auch an die Virushepatitiden, TBC, jüngst Ebola – nachhaltig zu gewährleisten.

„Wenn ich mir was wünschen dürfte...“ – was wünscht sich der dagnä-Vorstand für die kommenden Jahre?



Dr. Stephan Klauke
dagnä-Vorstand

Stephan Klauke: Die dagnä ist mittlerweile 25 Jahre alt. Die Themen haben dabei gewechselt, aber das Ziel blieb gleich: Über die Jahre hinweg stand immer der Erhalt und der Ausbau einer optimalen Behandlung für HIV-Infizierte, für gute Versorgungsstrukturen in Deutschland im Mittelpunkt. Hier haben die dagnä und die HIV-Behandler einiges erreicht. HIV ist erfreulicherweise kein politisches „Aufregerthema“ mehr, heute kann sachlicher über gute Versorgung gesprochen werden. Das sollten wir, aber auch die anderen Akteure des Gesundheitswesens beibehalten. Wir müssen uns fragen: Wie halten wir das hohe Niveau der HIV-Versorgung in Zukunft? Wo müssen wir besser werden? Da rücken automatisch andere Infektionskrankheiten und damit die ambulante Infektiologie in den Fokus. Hier werden die dagnä-Mitglieder gefordert sein – wie auch mit ihrem ehrenamtlichen Engagement bei den vielfältigen Aktivitäten der dagnä. Jeder ist hier willkommen!



Hermann Gröhe, MdB
Bundesminister für Gesundheit

Für ein solidarisches und ausgrenzungsfreies Miteinander im Umgang mit HIV-positiven Menschen

Hermann Gröhe

Das Bild der HIV-Infektion hat sich inzwischen stark verändert. HIV/AIDS ist zwar immer noch nicht heilbar, doch sind die Folgen dank guter Medikamente und unserer nachhaltig angelegten Präventionsmaßnahmen in Deutschland heute weitestgehend beherrschbar geworden.

Seit dem Gründungsjahr der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter“ hat sich in diesem Bereich also einiges im guten Sinne verändert. Trotzdem darf uns diese erfreuliche Entwicklung nicht darüber hinwegtäuschen, dass uns das HI-Virus auch weiterhin fordern wird. Mit zeitgemäßen Aufklärungskampagnen werden wir sicherstellen, dass die Menschen auch weiterhin über Übertragungswege informiert werden und geeignete Maßnahmen zum Schutz vor der Infektion treffen. Denn die Prävention ist nach wie vor unsere zentrale Antwort im Kampf gegen das HI-Virus.

Dazu gehört auch, für ein solidarisches und ausgrenzungsfreies Miteinander im Umgang mit HIV-positiven Menschen einzutreten. Sie müssen frei von Diskriminierung und Zurückweisung leben können.

Ihr Verband hat sich die Wahrung der Interessen HIV-infizierter Patientinnen und Patienten, besonders gegenüber Diskriminierungsversuchen im privaten und beruflichen Bereich, zum Ziel gesetzt. Dazu zählt auch, bestehende Ängste und Wissensdefizite innerhalb der Ärzteschaft, aber auch beim Praxis- und Klinikpersonal abzubauen. Denn es darf nicht sein, dass HIV-positiven Menschen, die eine Arztpraxis oder eine Klinik aufsuchen, heute noch Ablehnung und Ausgrenzung begegnen.

Und mit Ihrem Anliegen stehen Sie nicht alleine da. Es freut mich, dass auch die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Deutsche AIDS-Hilfe anlässlich des Welt-Aids-Tages 2014 gemeinsam erklärt haben, dieses Thema weiter anzugehen.

Nur ein nachhaltiger Einsatz aller Beteiligten führt dazu, dass künftig kein HIV-positiver Mensch Ausgrenzung beim Arztbesuch zu spüren bekommt.

Und auch im Kampf gegen das Virus ist ein vorurteilsfreier Umgang auch von Ärztinnen und Ärzten gegenüber Betroffenen eine notwendige Voraussetzung dafür, dass Menschen das nötige Selbstbewusstsein entwickeln, um sich und andere zu schützen und schon im Verdachtsfall einer Ansteckung Untersuchungsangebote in Anspruch zu nehmen.

25 Jahre „Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter“ heißt ein Vierteljahrhundert Einsatz für Menschen, die auf unsere Solidarität angewiesen sind. Zu diesem Jubiläum gratuliere ich Ihnen von ganzem Herzen. Machen Sie so weiter und ermutigen Sie Viele, es Ihnen gleichzutun.

25 Jahre dagnä! Selbst das Akronym kann es nicht fassen!

Georg Behrens

„Jede Krankheit hat einmal klein begonnen.“ (Gerhard Kocher, schweizerischer Publizist).

Das gilt auch für die HIV-Infektion, als sie Anfang der 1980er-Jahre entdeckt wurde. Experten erkannten bald, dass die Immunschwächekrankheit Aids nicht nur homosexuelle Männer betraf und kein Problem des nordamerikanischen Kontinents bleiben würde. Schon bald bangten in Deutschland, wie überall auf der Welt, die ersten Patienten mit einer HIV-Infektion um ihr Leben. Sie suchten Hilfe für eine Krankheit, die sich stets langsamer ausbreitete, als die Angst, die sie in den Medien, in der Bevölkerung und in der Medizin verursachte. Dass sexuell übertragbare Infektionen von jeher keinen guten Ruf hatten, steht dem kompletten Erfolg der HIV-Medizin bis heute im Wege.

Die Erkrankungsmanifestationen der HIV-Patienten waren einerseits herausfordernd, andererseits aber erschreckend und verunsichernd. Partner und Familien waren – oder fühlten sich – überfordert. Belastbare ambulante Versorgungsstrukturen für die als infektiös deklarierten Patientinnen und Patienten fehlten.

Rückblickend erscheint es mir, dass erst die damalige „Notlage HIV/Aids“ den Medizinern, Pflegekräften, Mitarbeitern im Gesundheitsbereich und wenigen Politikern die erforderliche Energie für den heutigen Erfolg der HIV-Medizin abverlangt hat. Und so begann die dagnä, beileibe nicht als Krankheit, aber dennoch klein. In nur kurzer Zeit bildete sich ein Netzwerk niedergelassener Spezialisten, die den Zustand allgemeiner Ahnungslosigkeit über eine im heutigen Sprachgebrauch nicht behandelbare und tödliche „Emerging Infectious Disease“ in eine flächendeckende evidenz-basierte und lebensrettende Versorgung verwandelten. Dies gelang meist im Konsens mit den akademischen Zentren, abgesehen von lokalen Konfrontationen individueller Persönlichkeiten. Das ist wenig überraschend, kann doch seit der ersten Stunde keinem der Akteure allerlei Selbstbewusstsein, Zielstrebigkeit und Ehrgeiz abgesprochen werden. Konfliktscheue ebenso wenig.



Prof. Dr. Georg Behrens
Präsident der Deutschen AIDS-Gesellschaft e.V. (DAIG)

Die dagnä ist also im besten Sinne aus der Not geboren. Sie ist immerhin ein Jahr älter als die DAIG, trägt dafür aber die Last eines Titels, der nur im Akronym gefällt und dort sogar den Markenkern „Versorgung HIV-Infizierter“ schüchtern verschweigt. Die dagnä war immer bestrebt, neben dem Wissenstransfer eine qualitätsgesicherte Versorgung für die ambulante Betreuung aller HIV-Patienten zu schaffen, die sich auch in nachhaltigen Vergütungsstrukturen abbildet. Dieses Ziel bleibt obligat auf der Agenda und gehört heute zu unseren zahlreichen partnerschaftlichen Projekten.

Anders als in vielen Ländern, traf die HIV-Infektion in Deutschland auf keine etablierte und handlungsfähige klinische Infektiologie. Die Patienten wurden von Ärztinnen und Ärzten behandelt, die sich dazu bereit erklärten, aber keine trainierten Spezialisten waren. Was HIV-Medizin zuvorderst benötigte, waren charakterfeste Menschen an spezialisierten (Universitäts-) Kliniken in Großstädten und Ballungszentren: Internisten, Hä-mophilieexperten, Venerologen, Neurologen etc. Aber schon bald brauchten HIV-Patienten niedergelassene Hausärzte, die keine Angst vor Patienten hatten, die Drogen konsumierten, eine andere Hautfarbe hatten oder als infektiös galten. In Deutschland nennen wir diese Spezialisten heute „HIV-Schwerpunktbehandler“ – ein Begriff, für den ich international nie ein Äquivalent gefunden habe. Wenn es uns nach 25 Jahren nicht gelingt, für die zweite ärztliche Generation deutlich mehr als die Perspektive „HIV-Schwerpunktbehandler/-behandlerin“ in Aussicht zu stellen, werden wir die Erwartungen des ärztlichen Nachwuchses enttäuschen und den künftigen Anforderungen an eine moderne HIV-Medizin und Infektiologie nicht gerecht.

HIV-Medizin war von der ersten Stunde an etwas für Autodidakten, für Menschen mit Neugier und ohne Angst vor Ungewissheit. Für Ärztinnen und Ärzte mit Entscheidungsbereitschaft und politischem Geschick. Für Mediziner, die nicht etablierten Karrierewegen folgen wollten, sondern sich lieber den Patienten und ihren rätselhaften Krankheiten hingaben. Hier liegen die Gründe des Erfolges, genauso wie die Herausforderungen der Zukunft. Der ärztliche Nachwuchs interessiert sich immer seltener für mehr als nur einen Einblick in die Erkrankung und Therapien. Aufkommende Routine verbunden mit erfahrungsbasiertem Expertenwissen sowie mangelhafte Karrierewege füttern die Vorbehalte. Dennoch: Patienten mit HIV verlangen und brauchen auch künftig spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, die sich in besonderer Weise ihren komplexen Problemen widmen. Es ist und bleibt die gemeinsame Aufgabe von dagnä und DAIG, die Rahmenbedingungen für eine langfristig erfolgreiche HIV-Medizin in Deutschland zu beschreiben und zu gestalten. Eine Voraussetzung ist der richtige Einsatz moderner HIV-Therapien. Erst sie ermöglichten uns, mit der Evolution einer interdisziplinären HIV-Medizin dem großen Problem der Infektionsmedizin „Resistenzentwicklung“ effektiv zu begegnen.

Moderne HIV-Therapien sind wie ein „Kerker“ für das Virus, dass - wieder freigelassen - anpassungsfähig, ausdauernd und verlässlich tödlich ist. Es liegt zuerst in unserer Kompetenz und Verantwortung, die Gitter und Schlösser dieses Kerkers regelmäßig zu kontrollieren, zu reparieren und wenn nötig auszutauschen.

Die HIV-Medizin in Deutschland rang immer um Anerkennung. Ihr fehlt die „Disziplin“, der unumstrittene Rückhalt durch ein klassisches medizinisches Fach oder die breite Beteiligung von Persönlichkeiten in höchsten akademischen Führungspositionen. HIV-Medizin begann klein, kämpfte zuerst für Patienten, nur wenige Ressourcen standen für den Aufbau auch politisch agierender Strukturen bereit, wie die dagnä sie nun vorbildlich unterhält. Der Erfolg blieb dennoch nicht aus. Aus der HIV-Therapie hat sich heute eine HIV-Medizin entwickelt, die weltweit als Vorbild für den Umgang mit neuen (Infektions-) Krankheiten gelten kann: Sie leistet globale Pionierarbeit, ist unumstritten erfolgreich, generell evidenzbasiert und reicht bis in die Prävention. In Deutschland haben dagnä und DAIG gemeinsam dazu beigetragen, und ich wünsche uns, dass wir auch in Zukunft „getrennt marschieren, vereint schlagen“, wenn es um die klinische Forschung und medizinische Versorgung für Menschen mit HIV geht. HIV-Medikamente werden die HIV-Medizin nicht ewig mit neuen Erfolgsgeschichten antreiben können. Es liegt an uns, für alle Patienten mit einer HIV-Infektion, hochkarätige Wissenschaft, optimale Krankenversorgung, exzellentes Fachwissen und die besten Therapien bereitzuhalten. Die dagnä darf stolz darauf sein, bereits seit 25 Jahren erfolgreich einen großen Beitrag dazu zu leisten.

25 Jahre dagnä – wir gratulieren!

Silke Klumb

Strukturen schaffen, Standards setzen, Ansprechpartner bieten, Interessen vertreten: Mit diesen Zielen hat die Deutsche AIDS-Hilfe sich 1983 gegründet. Sieben Jahre später gingen diesen Weg niedergelassene Ärzte in der HIV-Versorgung. Während 1983 noch Angst und Unsicherheit auch über die Übertragungswege dominierten, gab es 1990 bereits ein festes Konzept für die Prävention. Im Gründungsjahr der dagnä stand das erste antiretrovirale Medikament zu Verfügung, weitere folgten in den 1990er-Jahren. Die Basis für eine ambulante medizinische Versorgung war gelegt, mit der Gründung der dagnä folgte eine zentrale Organisation der HIV-Schwerpunktärzte, die gemeinsam mit den Aidshilfen in den vergangenen 25 Jahren wichtige Impulse für Versorgung und Prävention geben konnten.

(GEMEINSAME) MEILENSTEINE

Bundesweite Qualitätssicherungsvereinbarung

Die auf Bundesebene vielleicht bedeutsamste Zusammenarbeit von dagnä und DAH erfolgte bei der Konzepterstellung für die bundesweite Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids (Vereinbarung von Qualitäts-sicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatte eine „Vertragswerkstatt“ gegründet, um Ärzte- und Patientenvertreter zu neuen Konzepten in der Versorgung zusammenzubringen. Der HIV-Vertrag war die Premiere der Vertragswerkstatt. Aus Sicht der Deutschen AIDS-Hilfe war wichtig, dass in der Vereinbarung nicht nur Struktur- und Prozessqualität festgeschrieben wurden, sondern auch präventiv bedeutsame Qualitätsindikatoren der Versorgung, so z. B. Prophylaxemaßnahmen, Hepatitis-A- und B-Impfungen sowie Krebs-Früherkennungsuntersuchungen. 2009 löste der bundesweite Vertrag den bis dahin bestehenden „Flickenteppich“ länderspezifischer Vereinbarungen ab.



Silke Klumb
Geschäftsführerin der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH)

Über Sexualität sprechen

Zur Jahrtausendwende wäre das noch undenkbar gewesen: Unter Federführung der Deutschen AIDS-Hilfe entsteht 2006 mit dagnä, Deutscher AIDS-Gesellschaft (DAIG), der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Kompetenznetz HIV/AIDS ein Projekt, in dem Ärztinnen und Ärzte in Seminaren lernen und üben, offen über Sexualität mit ihren Patienten zu sprechen. Ein solches Konstrukt kann man in der Gesundheitsversorgung lange suchen: Die Präventions- und Selbsthilfeorganisation Deutsche AIDS-Hilfe koordiniert und leitet das Projekt. Dabei geht es ohne das Engagement der Ärztinnen und Ärzte, v. a. von dagnä und DAIG, nicht, die sich in der Konzeption beteiligt haben und als Referenten in den Seminaren tätig sind. Zielgruppe der Fortbildung sind vor allem Ärztinnen und Ärzte aus anderen Facharztgebieten, z. B. der Gynäkologie und Urologie, aber auch Hausärztinnen und Hausärzte. Mittlerweile wurden über 1.000 Ärztinnen und Ärzte geschult.

Gegen Diskriminierung und Stigmatisierung

Diskriminierung und Stigmatisierung sind noch immer Barrieren für den Zugang zu HIV-Test, Therapie und Versorgung, und es gibt sie nach wie vor insbesondere im Gesundheitswesen. Nach wie vor gibt es Ärztinnen und Ärzte, die z. B. eine Behandlung von HIV-Positiven ablehnen oder mit unnötigen Hygienemaßnahmen und Aktenkennzeichnung arbeiten. Von der Zahnmedizin über die Gynäkologie bis zur Orthopädie: Kein Indikationsgebiet ist frei davon. Selbstverständlich setzen sich dagnä und DAH gemeinsam für eine diskriminierungsfreie Versorgung von Menschen mit HIV ein – zuletzt im „Gemeinsamen Appell gegen Diskriminierung und Stigmatisierung im Gesundheitswesen“ von dagnä, DAIG und DAH anlässlich des Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongresses 2015. Es gibt noch viel zu tun: Patientinnen und Patienten brauchen ihre HIV-Schwerpunktärzte als Unterstützung bei erlebter Diskriminierung, Fortbildungen sind notwendig, um Wissen zu vermitteln und Reflexion von Haltungen zu ermöglichen, und manchmal hilft ein kollegiales Gespräch, um Veränderungsprozesse in Gang zu setzen.

Strafbarkeit der HIV-Übertragung

Die Kriminalisierung der (versuchten) HIV-Übertragung schadet der Prävention und stellt für Menschen mit HIV eine ständige Bedrohung dar. Selbst wenn HIV-Positive die Infektion gar nicht mehr weitergeben können, weil ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, droht ihnen Strafverfolgung und Verurteilung. Beim Sex –

so die Position von dagnä, DAIG und DAH – haben beide Partner Verantwortung, unabhängig vom eigenen Serostatus.

Innovation soll belohnt werden – der HIV-Community-Preis

2013 haben dagnä und Deutsche AIDS-Hilfe gemeinsam mit der DAIG und der Firma Janssen den HIV-Community-Preis ins Leben gerufen. Mit dem Preis werden alle zwei Jahre wegweisende Projekte ausgezeichnet, die direkt vor Ort die persönlichen Lebensumstände von Menschen mit HIV verbessern. Ein besonderer Dank an die dagnä, die das Preisgeld in Höhe von 12.000 € und 2.000 € für den Publikumspreis gemeinsam mit der Firma Janssen zur Verfügung stellt. In diesem Jahr konnten zwei Projekte von Migranten und ein Kontaktladen für Drogengebraucher ausgezeichnet werden.

EIN BLICK IN DIE (GEMEINSAME) ZUKUNFT

Prävention und Therapie rücken näher zusammen. Eine erfolgreiche Therapie, das wissen wir seit Jahren, verhindert HIV-Infektionen. Darüber gilt es in Arztpraxen und in den Beratungen der Aidshilfen einheitlich aufzuklären. In Zukunft kommt mit der Präexpositionsprophylaxe (PrEP) noch eine Methode hinzu, die bei hoher Therapietreue sicher vor einer HIV-Infektion schützt. Allerdings stellt die Therapietreue – wie auch in anderen Feldern von Prävention und Behandlung – die Achillesferse dar. Hier wird der Informations- und Beratungsbedarf nur gemeinsam zu decken sein. Der Ausbau der Test- und Beratungsprojekte von Aidshilfen zu Checkpoints – in einigen Jahren vielleicht auch inklusive Behandlung – ist ein wichtiger Schritt zu einem niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung. Und damit alle gut versorgt sind, brauchen wir Ärztinnen und Ärzte für die Substitution. Privatpatienten kann jede_r, die dagnä kann mehr. Wir zählen auf die Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte.

WAS MACHT DIE dagnä UND IHRE MITGLIEDER AUS?

Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten – nicht moralisch bewertend, nicht verurteilend, Menschen zentriert und lebensweisenakzeptierend. Darum sind Sie für Menschen mit HIV – und für die Deutsche AIDS-Hilfe – wichtige Partner. Bitte bleiben Sie, wer Sie sind. Wir gratulieren!

Für mehr Toleranz und Solidarität mit HIV-positiven Menschen

Martina Wenker

WIR LEBEN SEIT NUNMEHR 34 JAHREN MIT AIDS

1981 war ein Jahr im Zeichen der Friedensbewegung, Prinz Charles und Lady Diana heirateten, und das erste Retortenbaby kam zur Welt.

1981 wurden in den Vereinigten Staaten die ersten Fälle einer bis dahin unbekanntes Krankheit beobachtet, die bald den Namen Aids erhielt. Die Welt war geschockt als sie im Jahr 1985 erfuhr, dass Rock Hudson, der große Hollywood-Star, an den Folgen einer Aids-Erkrankung verstorben war und sich kurz vor seinem Tod zu seiner Homosexualität bekannt hatte. Ähnlich war es bei dem Tod von Freddy Mercury, dem Sänger der Rockband Queen.

Nach dem Aids-Schock der 1980er- und 1990er-Jahre war es zu einem deutlichen Rückgang der Erkrankung in der westlichen Welt gekommen. Seit Beginn des neuen Jahrtausends wird jedoch wieder eine deutliche Erhöhung der Infektionszahlen verzeichnet.

Dennoch geraten die einst so erfolgreichen Präventionsmaßnahmen mehr und mehr in Vergessenheit und müssen vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung dringend wieder verstärkt angegangen werden.

Die Wissenschaft hat in den vergangenen drei Jahrzehnten viel geleistet: Heute ist bekannt, wie die Ansteckung mit dem HIV-Virus wirksam vermieden werden kann. Aids-Patienten können länger und in besserer körperlicher Verfassung mit der Krankheit leben – dank einer qualitativ guten ärztlichen Behandlung. Das nimmt der Krankheit ihren Schrecken, sollte uns Ärzte aber nicht von der Pflicht entbinden weiterhin intensiv über Infektionswege und -risiken der HIV-Erkrankung aufzuklären.

Ärzten kommt beim Kampf gegen Aids eine Schlüsselfunktion zu. Sie behandeln HIV-Erkrankte langfristig und begleiten die Patienten und ihre Zugehörigen durch verschiedene Lebensphasen. Sie können aber auch über die Erkrankung informieren und damit Verharmlosung und zugleich Stigmatisierung entgegenwirken.



Dr. Martina Wenker
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

WAS HAT SICH IN DEN VERGANGENEN MEHR ALS 30 JAHREN GETAN?

Im Vordergrund stand zunächst die flächendeckende bedarfsgerechte Betreuung und Behandlung der Betroffenen. Dazu gehörte auch die Erkenntnis, dass diese nur durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit effektiv gestaltet werden konnten. So konnten arbeitsteilige Netzwerke für die Versorgung von HIV-Patienten etabliert werden. Was alle einte, war ein überdurchschnittliches Engagement und die Bereitschaft mit anderen Berufen und der Selbsthilfe zusammenzuarbeiten. Erwähnt seien hier insbesondere die Arbeit und das Engagement der Mitglieder der dagnä.

Die Behandlung von HIV-Patienten fand Eingang in die Weiterbildung der Ärzte. Es wurden bundesweit umfangreiche Fortbildungsmaßnahmen durchgeführt für alle an der Versorgung von HIV-Patienten Beteiligten, z. B. in Form von Vorträgen, Veröffentlichungen, curricularen Fortbildungskursen und Qualitätszirkeln; zuletzt noch im Jahr 2014, im Rahmen des Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer, der zentralen Fortbildungsveranstaltung für Fortbildungsbeauftragte der Landesärztekammern.

Der Deutsche Ärztetag, das Ärzte-Parlament, befasste sich wiederholt mit der Problematik, zuletzt im Jahr 2012 und appellierte, mit den Bemühungen für eine HIV/Aids-Prävention nicht nachzulassen, sondern sie zu intensivieren und zielgruppenspezifisch weiterzuentwickeln.

Auch der Weltärztebund hat dazu klare Positionen und Maßgaben verfasst, z. B. im „Handbuch der ärztlichen Ethik“ von 2005 oder in der Erklärung „HIV/Aids und die Ärzteschaft“ von 2006 und sprach sich dabei gegen die Diskriminierung und für eine angemessene, kompetente medizinische Versorgung von HIV/Aids-Patienten aus.

Auch wenn die HIV-Erkrankung im Lauf der Jahrzehnte an Schrecken verloren hat und nun eher als eine komplexe chronische Erkrankung angesehen wird, die zunehmend besser und mit weniger Nebenwirkungen verbunden behandelt werden kann, bleibt noch viel zu tun. Dazu gehört auch der Ausgrenzung und Diskriminierung von HIV-Patienten entgegenzuwirken, eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der den Ärzten eine wesentliche Rolle zukommt.

Sicherstellung einer bedarfsgerechten HIV-Versorgung

Doris Pfeiffer

Dank der Verfügbarkeit von hochwirksamen antiretroviralen Therapien (ART) nimmt die Zahl der Menschen, die mit einer HIV-Infektion leben können, kontinuierlich zu. Es versterben jährlich deutlich weniger Menschen mit oder an einer HIV-Infektion, als sich neu mit HIV infizieren. Dies unterstreicht die Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung im deutschen Gesundheitssystem. HIV hat sich durch die Zunahme der absoluten Zahl an Infizierten und die guten Behandlungsmöglichkeiten zu einer chronischen Erkrankung entwickelt.

WORUM GEHT ES BEI DER HIV-THERAPIE?

Die ART-Behandlung hat das Ziel, die Vermehrung des Virus und damit die Zerstörung von Helferzellen dauerhaft zu blockieren. Mit der Einführung der ART in den 1990er-Jahren hat sich der Verlauf von HIV-Infektionen daher deutlich geändert. Die Vermehrung der Viren wird unterdrückt und die Entstehung von Aids deutlich verzögert. Damit einher geht eine deutliche Absenkung von Letalität und Morbidität. Allerdings müssen die Wirkstoffe kontinuierlich und in ausreichender Menge eingenommen werden, da die Medikamente das Virus nicht aus dem Körper entfernen können. Fortschritte in Therapie und Prävention, nicht zuletzt durch das Engagement der dagnä-Mitglieder, haben den Verlauf der HIV-Epidemie somit entscheidend verlangsamt. Aber: HIV ist nicht heilbar. Und: Unbehandelt ist HIV immer noch eine schwere, tödlich verlaufende Infektionskrankheit.

DIE ARZNEIMITTEL-VERSORGUNGSQUALITÄT

Der Arzneimittelmarkt im HIV-Bereich besteht gegenwärtig aus ca. 35 Präparaten. Die Arzneimittelumsätze zu Lasten der GKV betragen im Jahr 2012 802 Mio. € und im Jahr 2013 862 Mio. € (das entspricht einem Anstieg um 7,6%) in der HIV-Versorgung (Quelle: Arzneimittelatlas 2014). Grundsätzlich ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Arzneimittelversorgung im HIV-Bereich vorbildlich. Betroffene bekommen alle Therapien – in einem extrem hochpreisigen Segment – zur Verfügung gestellt.



Dr. Doris Pfeiffer
Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes

Dies ist auch im Rahmen des Nutzenbewertungsprozesses nach dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) und durch die anschließenden Verhandlungen zum Erstattungsbetrag zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und dem GKV-Spitzenverband sichergestellt. Insgesamt betrachtet ist das AMNOG eine Erfolgsgeschichte – ungeachtet eines etwaigen Anpassungsbedarfs im Detail.

Die Bilanz der Nutzenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Stand April 2015 beträgt: 98 bewertete Arzneimittel, davon 38 Arzneimittel ohne Zusatznutzen und 60 mit Zusatznutzen. Im HIV-Bereich gibt es für fünf Wirkstoffe Erstattungsbeträge; eine weitere Wirkstoffkombination befindet sich in Verhandlung.

ANFORDERUNGEN AN DIE VERSORGUNGSSTRUKTUREN

HIV-Patientinnen und -Patienten finden sich vermehrt, aber nicht ausschließlich, in Ballungsräumen. Dies ist bei der zu organisierenden Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Darüber hinaus bedarf das Betreuungs-Setting einer spezialisierten HIV-Expertise sowie – angesichts der hohen Komorbiditäten – einer fundierten breiten ärztlichen Ausbildung. Zu diesem Zweck sind vielerorts HIV-Schwerpunktpraxen zur Betreuung HIV-Infizierter etabliert. Ziel ist dabei eine vertrauensvolle Beziehung von Ärztinnen und Ärzten zu ihren Patientinnen und Patienten, kombiniert mit kompetenter Beratung und Betreuung in medizinischen, psychischen und sozialen Aspekten. Dies ist auch deshalb wichtig, da eine erfolgreiche antiretrovirale Therapie essenziell von der Mitwirkung der Patientinnen und Patienten abhängig ist.

Um eine dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechende leitliniengerechte Behandlung und Betreuung von HIV-Patientinnen und -Patienten in allen Krankheitsstadien sicherzustellen, gibt es seit Juli 2009 eine Qualitätssicherungsvereinbarung für den vertragsärztlichen Sektor. 2013 nahmen annähernd alle Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen der Vereinbarung an der Versorgung von HIV-Infizierten beteiligt waren, an jährlichen Fortbildungen im Umfang von mindestens 30 Punkten teil. Die Vereinbarung sieht darüber hinaus u. a. vor, dass die für die Behandlung von HIV-Infizierten geschaffenen zusätzlichen Gebührenordnungspositionen nur von Ärztinnen und Ärzten abgerechnet werden dürfen, die durchschnittlich mindestens 25 Patientinnen und Patienten pro Quartal betreuen. Diese Vorgabe wurde im Jahr 2013 von über 84% der Medizinerinnen und Mediziner eingehalten.

Die GKV hat damit die Rahmenbedingungen geschaffen, um eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und fortschrittliche HIV-Versorgung sicherzustellen. Dem Engagement der dagnä-Mitglieder ist hierbei für die Entwicklung und Umsetzung der HIV-Therapie zu danken.

„Die ambulante HIV-Versorgung braucht sich nicht zu verstecken“

Interview mit Jürgen Wasem

Herr Professor Wasem, HIV/Aids stand wiederholt im Fokus der Gesundheitsökonomie: Was macht das Krankheitsbild für den Wissenschaftler so spannend?

Grundsätzliches Thema der Gesundheitsökonomie ist die optimale Verwendung von knappen Ressourcen zum Zwecke einer effizienten Gesundheitsversorgung. Die HIV-Infektion hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einer chronischen Erkrankung entwickelt, die zwar behandelbar, aber eben auch sehr kostenintensiv ist. Bei Allokationsproblemen kann die Gesundheitsökonomie Instrumente zur Entscheidungsfindung liefern. Dazu zählen beispielsweise Fragen der Krankheitskosten oder der Kosteneffektivität, aber auch des Wettbewerbs: So zeigt sich etwa, dass bei Versicherten mit HIV-Infektion bei den Krankenkassen Sorgen vor sog. „schlechten Risiken“ bestehen. Eine Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich bleibt also notwendig.

Stichwort Versorgungsforschung: Die dagnä betreibt mit der Universität Duisburg-Essen HIV-Versorgungsforschung. Was sind Kernerkenntnisse?

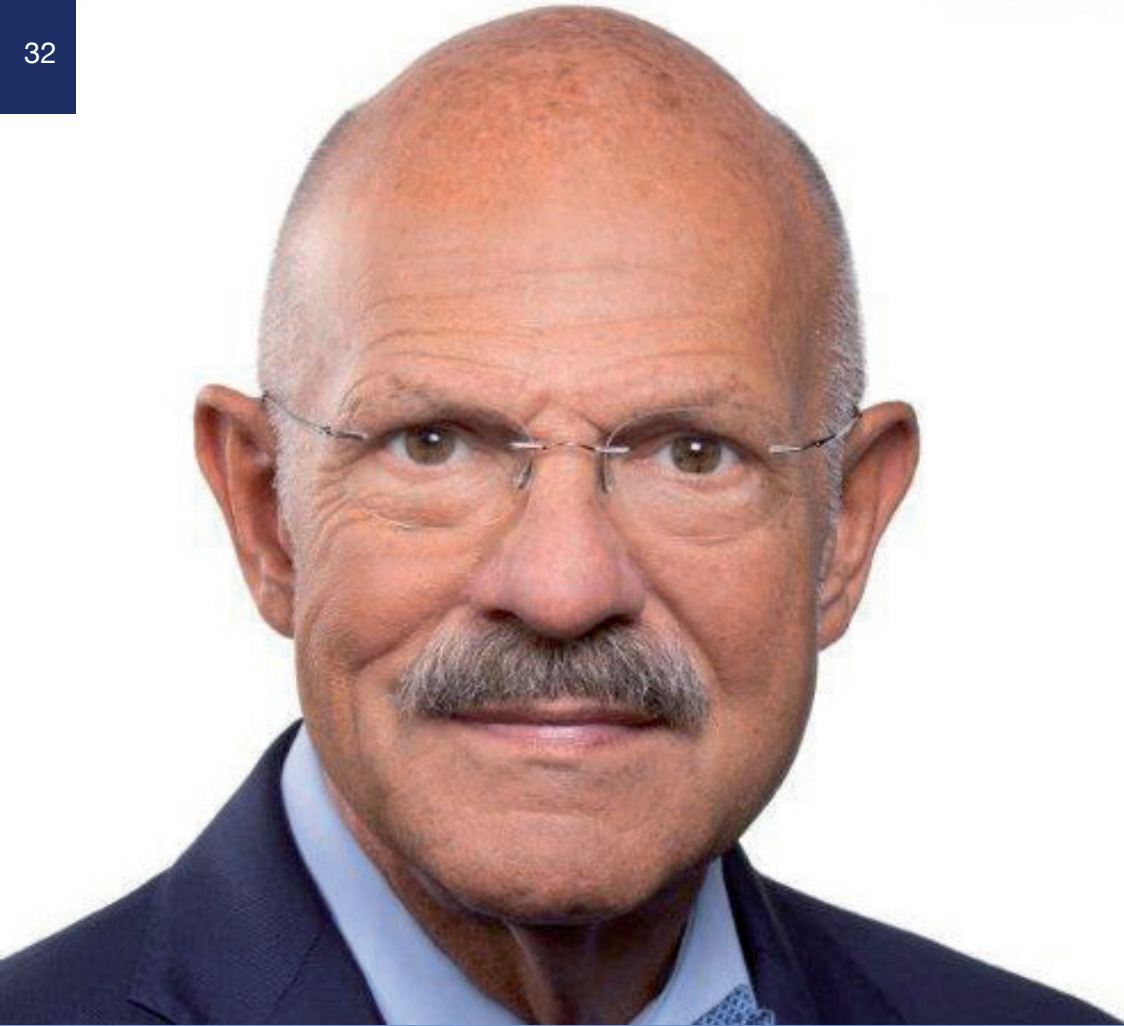
Die Kooperation der dagnä und der Universität Duisburg-Essen ist mittlerweile erprobt und eingespielt. Ziel der Studie „Krankheitskosten-Kohortenanalyse (K3A)“ war es, die Kostenwirkungen des Krankheitsbildes zu erfassen. Dabei zeigte sich, dass die durchschnittlichen Gesamtkosten aus Kostenträger-Perspektive knapp unter 20.000 € im Jahr betragen. Der absolute Löwenanteil von ca. 90% der Kosten entfiel dabei auf die verordneten Arzneimittel. In einer ganz aktuellen Untersuchung – der „Prophet“-Studie – wollen wir einen repräsentativen Vergleich über den Erfolg verschiedener HIV-Primärtherapiestrategien abbilden. Wichtige Faktoren sind dabei der Therapieerfolg, aber auch patientenrelevante Endpunkte wie körperliches und seelisches Wohlbefinden sowie Lebensqualität.

Die HIV-Therapie ist weltweit ein Thema: Wo steht Deutschland im internationalen Vergleich?

Die HIV-Versorgung in den Industriestaaten gestaltet sich unterschiedlich: In Deutschland überwiegend an ambulanten Schwerpunktzentren, in Großbritannien an Klinikambulanzen, in den USA mit einer recht geringen Kontaktfrequenz. Die ambulant orientierte Versorgungsstruktur hierzulande braucht sich aber nicht zu verstecken, ganz im Gegenteil: Die Anzahl der HIV-positiven Patienten in Therapie wie auch unter der Nachweisbarkeitsgrenze ist hoch. Das macht sich etwa in gesunkener Hospitalisierung und geringer Arbeitsunfähigkeit sowie Frühverrentung bemerkbar. Allerdings – das zeigt die „K3A“-Studie – sind die Kosten ebenfalls vergleichsweise hoch. Grund ist die HIV-Medikation. Es bleibt abzuwarten, wie sich hier die Nutzenbewertung im sog. AMNOG-Prozess langfristig auswirkt. Aus Sicht des Gesundheitsökonomen sollten Kosten-Nutzen-Bewertungen eine stärkere Rolle spielen.



Prof. Dr. Jürgen Wasem
Professor für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen



Dr. Heribert Knechten
dagnä-Vorstand (1990-2009)

„Wer kümmert sich um die Patienten, wenn nicht wir?“

Interview mit Heribert Knechten

Herr Dr. Knechten, Sie haben die dagnä 1990 mitgegründet, waren anschließend langjähriges Vorstandsmitglied: Was war der entscheidende Impuls zur Gründung?

Die Behandlung von HIV-Infizierten kannte damals keinerlei Versorgungsstrukturen, wie sie sich heute fest etabliert haben. Eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen war somit das Ziel. Ein wichtiger erster Schritt war der Austausch derjenigen Ärztinnen und Ärzte untereinander, die sich überhaupt um das Krankheitsbild HIV/Aids kümmerten. Wir orientierten uns dabei in Nordrhein zunächst am Vorbild der Onkologen. Die Konsequenz, uns überregional zu organisieren, war ein zweiter Schritt: Es gab bereits weitere regionale Zusammenschlüsse, etwa in Berlin und München – die dagnä als überregionale Vereinigung wurde dann schließlich 1990 in Hamburg auf den Weg gebracht. Zur „Gründungsgeneration“ zählten damals 14 Ärztinnen und Ärzte. Fortbildung und das Setzen von Qualitätsstandards – das waren und sind entscheidende Themen. Hinzu kam die Notwendigkeit, sich zu organisieren, um überhaupt gehört zu werden.

Wie war die Reaktion der anderen gesundheitspolitischen Akteure?

In der Anfangszeit sicherlich, sagen wir, zurückhaltend. Für Nordrhein steht fest: Wir hatten sehr viel Unterstützung von Seiten der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung war deutlich abwartender. Das hat sich dann später, als erste regionale HIV-Verträge geschlossen werden konnten, geändert. Durch die Gründung der dagnä, durch die gesellschaftspolitische Bedeutung, die die Versorgung von HIV-Patienten bekommen hat, hat sich auch das Verhältnis der HIV-Behandler zu den sonstigen Akteuren des Gesundheitswesens gewandelt. Mittlerweile ist es ja gelungen, bundesweite Versorgungsstrukturen durch eine Qualitätssicherungsvereinbarung zu schaffen. Dennoch war dies ein mühseliger Prozess: Der Abschluss des ersten Modellvertrages in Nordrhein hat sieben Jahre gedauert.

HIV/Aids war unmittelbar auch ein Thema für die Niedergelassenen?

Die „erste Welle“ von HIV-Behandlern war in der Tat eher an Kliniken tätig. Nachdem aber 1985 der HIV-Antikörpertest eingeführt wurde, wurden vermehrt niedergelassene Kolleginnen und Kollegen mit HIV/Aids konfrontiert. Hinzu kam, dass die Kliniken – von Ausnahmen abgesehen – sich auch nicht, salopp gesagt, um die Patienten „gerissen“ haben. Es entwickelte sich also eine neue Herausforderung, die wir als engagierte HIV-Behandler angenommen haben: Viele von uns kamen aus der Community, kannten sich in ihr aus. Meine Argumentation war immer: Wer kümmert sich um diese Patienten, wenn nicht wir?

In der Historie der dagnä spiegeln sich auch die Fortschritte in Versorgung und Therapie. Wie sah die damalige Behandlungsrealität aus?

Vom Anfang der ambulanten HIV-Versorgung bis 1996 stand die Patientenbegleitung, die Vorbereitung auf den Tod im Mittelpunkt. 1996 war der Durchbruch: Es gab die Möglichkeit, mit Medikamenten effektiv zu behandeln. Da hatten wir erstmals das Phänomen, dass die Betroffenen wirklich schwer krank waren, sich ihr Gesundheitszustand aber im Endeffekt wieder besserte. Das hatten wir vorher nie gesehen. Das Spektrum erweiterte sich, Interaktionen und Toxizitäten wurden wichtiger. Heute sehen wir Patienten, die älter werden, die auch entsprechende altersbedingte Krankheiten entwickeln. Ich denke, in Zukunft wird sich noch einiges ändern, auch wenn HIV eine komplexe Erkrankung bleibt. Leider bleibt das Thema offene oder versteckte Diskriminierung von Patienten: Zahnärzte tun sich immer noch schwer, auch andere Arztgruppen. Erfreulicherweise gibt es heute seltener Probleme in der Chirurgie – das war in den 1980er-Jahren noch ganz anders.

Vom Todesurteil zur komplexen, aber behandelbaren Erkrankung: Welchen Anteil hatten die HIV-Schwerpunkt-ärzte daran?

Die ärztliche Leistung wird bei der Würdigung der Fortschritte in der HIV-Therapie in der Tat vielleicht manchmal vergessen. Es gibt ja keine HIV-Behandlung „von der Stange“! Es geht um eine individualisierte, auf den Patienten zugeschnittene Therapie. Mit dem Patienten muss gemeinsam definiert werden: Wo steht er, wo will er hin, was kann er leisten? Leider kommen nach wie vor Patienten mit der Therapie nicht klar. Es gibt Therapieversagen, Resistenzen, Komorbiditäten, etc. – auch Adhärenz bleibt ein kontinuierliches Thema. Wenn sich also auch die ärztlichen Herausforderungen wandeln, waren doch über die Jahre gesehen, ich erwähnte es bereits, Fortbildung und Qualitätsstandards durch die dagnä von zentraler Bedeutung.

Ein Beispiel: Wir haben die Jahrestagungen der dagnä in Köln organisiert, wo sie heute noch aus Tradition stattfinden. Ziel war dabei der Wissenstransfer innerhalb der HIV-Medizin, der sich nicht nur auf englischsprachige Kongresse beschränken darf. Begonnen haben wir mit ca. 30 bis 50 Teilnehmern. Die Leute sollten wie bei einem Workshop mitmachen – daher der Name –, sollten aktiv gestaltend Wissen erwerben, um es in der täglichen Arbeit einzusetzen. Dieser Anspruch ist gleich geblieben, aber im Laufe der Zeit haben sich das Format und die Größe des dagnä-Workshops angepasst, auch etwas in Richtung einer „normalen“ Jahrestagung. Die Entwicklungen in der Therapie und der Behandlungsmöglichkeiten sollen sich ja im Programm widerspiegeln. Wichtig ist, dass der gleichzeitig fast familiäre Charakter erhalten bleibt – gerade in den Anfangsjahren mit vielen an Aids versterbenden Patientinnen und Patienten war das für viele Behandler eine ganz wichtige Stütze in einer emotional aufreibenden Zeit.

Stichwort „Gründungsgeneration“: Wir stehen vor einem Generationswechsel. Was wird dieser für Auswirkungen haben?

Die „Fossilien“ sterben wohl aus! Das heißt: Die Behandler werden weniger, die die Masse an Aids-definierenden Krankheiten noch selbst erlebt haben. Heute haben wir sehr viele Kolleginnen und Kollegen, die die HIV-Infektion erst einmal aus dem Blick der chronischen Krankheiten kennenlernen. Eine größere Zahl an Patientinnen und Patienten sind ja auch chronisch Kranke, die versorgt werden. Ein geringerer Anteil sind Aids-Patienten. Die jüngeren Kollegen, die mit HIV oder Aids zu tun haben, auch im ambulanten Bereich, haben nicht mehr das breite Spektrum, etwa bei der Sterbebegleitung. Ich denke dabei an Kollegen wie Jörg Gölz oder Hans Jäger – wir haben noch eine andere Prägung. Deswegen wird die kommende Generation eine andere sein. Dies ist aber weder Vor- noch Nachteil. HIV wird immer ein komplexes Krankheitsbild sein. Ein hoher Bedarf an ärztlicher Expertise in der HIV-Medizin wie auch bei anderen Infektionskrankheiten bleibt, wenn auch im Jahr 2015 in anderer Form als 1990.

Ein Blick in die Zukunft: HIV/Aids als komplexe, aber chronische Erkrankung. Braucht es weiterhin ambulante Schwerpunktzentren?

HIV/Aids ist und bleibt etwas Besonderes! Das sind medizinische Aspekte, das sind gesellschaftspolitische Aspekte: Die Idee indikationsbezogener Schwerpunktpraxen hat sich ja auch bei anderen Indikationen bewährt – z. B. in der Onkologie. Sie benötigen Fachleute, die sich mit bestimmten Erkrankungen sehr gut

auskennen und die die Probleme in kürzester Zeit verstehen, analysieren und dann rasch in den Behandlungsplan einbauen. Zweiter Punkt: Solange wir Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV-Patienten haben, konkret: Solange wir keinen „normalen“ Umgang mit der HIV-Infektion haben, brauchen wir Ärztinnen und Ärzte, die diesen normalen Umgang leisten können. Auch eine Organisation der HIV-Behandler wie die dagnä braucht es, um über eine Stärkung der Rahmenbedingungen Versorgung zu verbessern und aktiv gestalten zu können. Prävention, Diagnostik und Behandlung der HIV-Infektion, die Komorbiditäten – das sind ja bleibende Herausforderungen.

30 Jahre HIV-Behandler – ein Rück- und Ausblick

Jörg Gölz

RÜCKBLICK

Zu Beginn der Aids-Epidemie herrschte noch Unklarheit darüber, wie die Erkrankung entstand. Wilde Theorien dominierten die Diskussion: Sie sei durch einen Bio-Kampfstoff aus den CIA-Laboren entstanden, sie stamme aus dem Dschungel von Haiti, sie stamme von einem Kometen aus dem Weltall oder sei eine Bestrafung Gottes für sittenloses Verhalten. 1984 war dann ein Virus als Ursache entdeckt. In der Bevölkerung und im ärztlichen Bereich herrschten Panik und Angst vor dem Kontakt mit Erkrankten. Die Todesraten waren erschreckend. Von 1985 bis 1990 kamen 270 neue HIV-Infizierte in meine Praxis. 148 von ihnen starben in diesen fünf Jahren. Sterbebegleitung war zur ärztlichen Routine des HIV-Behandlers geworden.

Die Diskriminierung der Patienten war eine doppelte: Neben der HIV-Infektion gehörte der überwiegende Teil zu verachteten Menschengruppen – Homosexuelle, Bisexuelle, Drogenkonsumenten, Prostituierte, Strichjungen und Migranten. Auch eine amtliche Seite kam hinzu: Die einzige Voraussetzung zur Therapie für HIV-infizierte Drogenkonsumenten war die Methadonsubstitution. Dafür wurde dem Arzt aber der Verlust der Approbation von der Bundesopiumstelle angedroht. Die erste Generation der HIV-Behandler wurde ebenfalls in die Diskriminierung einbezogen: Der Vermieter meiner Praxisräume hätte mit mir keinen Mietvertrag unterschrieben, wenn er gewusst hätte welche Patienten ich behandle. In der Vertreterversammlung der KV Berlin fragte mich ein Kollege, ob es mir denn wirtschaftlich so schlecht gehe, dass ich auch solche Patienten behandeln müsste.

Ärztliche Entscheidungen in diesem menschlichen Chaos waren ebenfalls den Umständen angemessen: Ein 42-jähriger wollte nach fünf opportunistischen Infektionen vor seinem bevorstehenden Tod noch einmal mit seinem Freund in die Toskana reisen. Alle Medikamente wurden abgesetzt, und er fuhr medikamentös nur ausgestattet mit Opiaten und einem Aufputschmittel nach Süden. Eine Woche nach der Reise starb er mit erfülltem letzten Wunsch.



Dr. Jörg Gözl
dagnä-Vorstand (1996-2008)

IM SPIEGEL DER GENERATIONEN: HIV-BEHANDLER ...

Die HIV-Schwerpunktbehandler sind eine bunte Mischung: Einer Umfrage der dagnä aus dem Jahr 2013 zufolge sind mehr als 90% entweder Allgemeinmediziner oder Internisten, also sowohl haus- wie fachärztlich niedergelassen. Sie arbeiten oft interdisziplinär und kooperativ, zumeist in einer Berufsausübungsgemeinschaft, Ambulanz oder einem MVZ und betreuen im Schnitt über 200 Patienten im Quartal. Wichtiger noch: 51% der HIV-Behandler waren im Jahr 2013 zwischen 50 und 70 Jahre alt, nur 3% sind im Alter von 31-40 Jahren. In den nächsten 10 Jahren wird also die Hälfte aller Behandler durch jüngere Kolleginnen und Kollegen ersetzt, die nicht mehr die Probleme des Anfangs der Epidemie erlebt haben und von stark veränderten gesellschaftlichen Bedingungen geprägt sind. Dies muss kein Nachteil sein. Umso wichtiger aber wird es, das Berufsbild des Infektiologen in der Ausbildung zu stärken, um Nachwuchssorgen vorzubeugen und die Versorgung von hochkomplexen Erkrankungen – von HIV/Aids, aber auch den Virushepatitiden, TBC und anderen – nachhaltig zu gewährleisten. Den Handlungsbedarf hat jüngst Ebola wieder aufgezeigt.

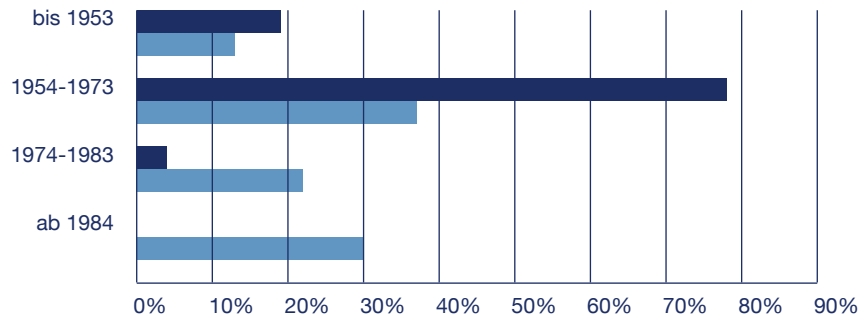
Ca. 20% der Behandler gehören der 68er-Generation an, aufgewachsen mit revolutionären – z. T. marxistischen – Idealen und starker sozialpolitischer Orientierung. Eine gleich große Gruppe gehört zur Generation der Baby-Boomer, aufgewachsen im ersten wirtschaftlichen Aufschwung nach dem Krieg: Sie sind geprägt durch Arbeit, Aufstieg, Konsum und haben politisch die Friedens- und Umweltbewegung ins Leben gerufen. Ein großer Teil der Behandler im mittleren Alter gehört der Generation X an. Ratlosigkeit durch die Komplexität der modernen Welt und die Uferlosigkeit des Internets prägten diese Generation, pragmatische Organisation des Privat- und Arbeitslebens charakterisieren sie. Ein kleiner Teil der Behandler gehört zur Generation Y: Internet, mobile Kommunikation, der Wunsch nach Freizeit und glücklichen Lebensvollzug unter häufig wechselnden Voraussetzungen sind ihr Charakteristikum. Auch die Stellung zum ärztlichen Beruf hat sich in den Generationen der Ärzte verändert. Die älteren Ärzte waren es gewohnt bis zu 30 Überstunden pro Woche zu leisten, das private Leben wurde immer der Berufstätigkeit untergeordnet, der Stil zwischen Chefärzten, Oberärzten und Assistenten war streng hierarchisch geregelt. Die jüngeren Generationen achten auf eine Work-Life-Balance, möchten einen Nine-to-Five-Job und von Vorgesetzten keinen autoritären, sondern einen coachenden Lehrstil.

Insgesamt zeichnet HIV-Behandler aller Generationen ein überdurchschnittliches sozialpolitisches Engagement aus, sie arbeiten vorurteilsfrei mit Menschen aus diskriminierten Gruppen, sind überdurchschnittlich infektiologisch fortgebildet, zeigen eine enge Verbindung zur Lebenswelt ihrer Patienten und kooperieren eng mit den einschlägigen Selbsthilfegruppen.

Generationszugehörigkeit: HIV-Behandler und Patienten

Quelle: dagnä-Befragung 2013,
Praxiszentrum Kaiserdamm
n=1.632 Patienten

■ Behandler
■ Patienten



... UND IHRE PATIENTEN

Auch bei den Patienten zeigen sich verschiedene Generationen: Die Gruppe aus der 68er-Generation ist klein: Sie sind überwiegend in den Anfangsjahren der Epidemie gestorben. Die größte Gruppe der Patienten gehört zur Generation der Baby-Boomer und den frühen Jahrgängen der Generation X. Sie profitierten davon, dass mit der antiretroviralen Dreifachtherapie ein dauerhaftes Überleben möglich geworden ist. Über den Zeitraum von 1982 bis 2014 hat sich der Verlauf der HIV-Infektion dramatisch verändert: Bis 1990 eine tödliche Erkrankung, von 1991 bis 1996 eine Verlängerung des Überlebens mit Zweifachtherapien, seit 1997 eine immer besser und nebenwirkungsärmer zu behandelnde, aber immer noch spezielle und beratungsintensive chronische Erkrankung. Vielleicht wird in absehbarer Zeit sogar eine Heilung möglich sein. Es gibt zumindest Hoffnung.

Die neue Generation der HIV-Patienten lebt nicht mehr im Schrecken der ersten Jahre der Epidemie. Sie erwartet eine gut behandelbare chronische Erkrankung ohne opportunistische Infektionen und Tumore. Komorbiditäten und Resistenzen nehmen jedoch zu. Wenig ist bisher bekannt über die Lebensbedingungen älterer HIV-infizierter Menschen. Hier werden in Zukunft angepasste Behandlungsstrategien notwendig sein. Gut ist, dass zum Welt-Aids-Tag 2014 ein Zeichen gegen Diskriminierung gesetzt wurde. Denn Ausgrenzung und Stigmatisierung sind nach wie vor nicht selten.

Die übergroße Mehrheit der Patienten verhält sich verantwortungsbewusst. Leider sehen wir aber auch, dass Prävention bei einer bestimmten Klientel an Stellenwert verloren hat: Sex-Partys, Sex-Kontakte über das Internet, der Konsum von sexuell stimulierenden Drogen wie Crystal-Meth und GHB nimmt zu. Entsprechend wächst seit 2008 in Europa wieder die Zahl der sexuell übertragbaren Erkrankungen: Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien, HIV, HCV.

AUSBLICK

Parallel dazu verändert sich durch das Internet sowohl das allgemeine wie auch das sexuelle Kontaktverhalten: Digitale Kontakte ersetzen allmählich den direkten Kontakt mit einem realen Gegenüber. Dies ist sicherlich ein Grund für den Anstieg des Konsums entaktogener Drogen, die das Gefühl für sich selbst intensivieren und eine bessere Einfühlung in ein Gegenüber vortäuschen. Auch sexuelle Kontakte werden zunehmend über das Internet gefunden. So entstehen in Deutschland schon jede dritte Beziehung und jede sechste Ehe aus Anbahnungen über das Internet. Daneben gibt es 155 Millionen Pornoseiten im Internet, das bedeutet 35% des gesamten Seitenangebots. Die Verabredung zu Sex-Partys oder die Verabredung zu einem „One-Night-Stand“ sind massenhaft frequentierte Angebote des Internets. Selbst Fortpflanzung ist leicht kontaktfrei zu erhalten. Eine fundamentale Umbewertung des Sexuellen ist im Gange.

Als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen hat das Angebot des Internets inzwischen eine überragende Rolle eingenommen. 80% der Patienten informieren sich über ihre Erkrankung im Internet, nur 58% noch bei ihrem Arzt. Es gibt 576.000 IT-Seiten auf denen die HIV-Infektion behandelt wird, darunter auch 72.000 Seiten in denen die „Aids-Lüge“ dargestellt wird. Eine Orientierung ist für den einzelnen Patienten kaum noch möglich. Die neue Aufgabe des Arztes ist es, dem IT-informierten Patienten wieder einen Überblick über die Daten und Hinweise auf verlässliche IT-Seiten zum Thema zu geben. Der Arzt sollte hierbei keine Angst vor seinem Bedeutungsverlust als Experte haben, sondern als Moderator, Supervisor und Coach für die IT-Informationen seiner Patienten fungieren.

Die Welt verändert sich rasend schnell. Gegenwärtig sind die Endstationen der Veränderung gar nicht abschätzbar. Zur Paradoxie der ärztlichen Ethik gehört weiterhin, so zu handeln, als ob eine bessere Menschheit eines Tages Wirklichkeit werde.



Dr. Hans Jäger
dagnä-Vorstand (1990-2012)

Die Zukunft der HIV-Versorgung – eine Vision

Hans Jäger

Bei keiner anderen schweren vergleichbaren Erkrankung hat es in den letzten 30 Jahren ähnlich große, auch direkt für die Patienten spürbare Verbesserungen der Therapiemöglichkeiten gegeben wie bei HIV/Aids. Im Gegensatz zur Impfstoffprüfung (über 100 Studien, keine bisher sichtbaren, klinisch nutzbaren Erfolge) ist die Therapieforschung eine Erfolgsgeschichte. Den Patientinnen und Patienten geht es heute besser als in früheren Jahren – bezogen auf HIV. Nicht wenige nehmen seit Jahren eine Tablette am Tag, die sie gut vertragen.

Opportunistische Infektionen, Gesichtslipoatrophien, Kaposi-Sarkome, Lebensqualität einschränkende Durchfälle, Übelkeit, Erbrechen, Wasting und neurologische Ausfälle sind hierzulande verblasste Mythen einer bis vor wenigen Jahren noch als lebensbedrohlich geltenden Virusinfektion. Wie immer in der Medizin gibt es Ausnahmen: „Late Presenter“, Niereninsuffizienzen, manchmal sinkende Leistungsfähigkeit und so manchen Patienten, der es nicht schafft seine, wenngleich geringe, Tablettenmenge regelmäßig zu schlucken.

Von HIV-Experten wird heute nicht mehr in erster Linie die genaue Kenntnis der Resistenzentwicklung und nicht die Verhinderung der HIV-Demenz erwartet. Diese Aufgaben gehören zur Routine.

Welcher Koagulationshemmer ist gut für meinen Patienten mit Vorhofflimmern? Wie kann ich dem bisexuell verängstigten neuen Patienten am besten helfen, seine sozialen Ängste zu verkleinern? Was ist mit dem türkischen jungen Mann mit väterlichem deutschen Freund, für den seine Familie eine Braut bereit hält (acht Stunden von Ankara mit dem Bus)? Und immer wieder wie ein vielköpfiger Drache: Die Diskriminierung im Medizinsystem selbst, oft „nur gut gemeint“, aber in der psychologischen Konsequenz die kleine Pflanze des gerade gestärkten Selbstbewusstseins zertretend.

LÄNGER LEBEN?

Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 2 und Metformin-Einnahme haben in vielen Fällen eine längere Lebenserwartung als eine gesunde Vergleichsgruppe.

Länger leben mit oder aufgrund einer Krankheit? Geht das?

Die große dagnä-Studie „50/2010“, die in drei Gruppen das Altern mit HIV untersucht hat, kommt nicht zu dem Schluss, dass Patienten mit HIV, wenn sie gut und intensiv betreut sind, schneller oder intensiver altern, schneller sterben. Die eventuelle Ausnahme: Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

In Deutschland sind ca. 80% der HIV-infizierten Männer – eine Gruppe, die für gewöhnlich nicht gerade für vorsorgliches Arzt-Aufsuch-Verhalten bekannt ist.

Die regelmäßigen Besuche könnten dazu führen, dass bedrohliche Chronifizierungen früher erkannt werden, lebensbedrohliche Diagnosen früher gestellt werden, Ängste und Depressionen qualifizierter bekämpft werden und das Gesundheitsbewusstsein an der „männlichen Rolle“ vorbei gefördert und gestärkt wird.

Meine These dazu lautet: Wir werden in den kommenden 20 Jahren sehen, dass HIV-Patienten oder zumindest eine nennenswerte Gruppe der männlichen HIV-Patienten länger leben wird als eine zum Vergleich geeignete Kontrollgruppe.

Die auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andere Komorbiditäten – auch wegen der trotz erfolgreicher Therapie noch zu registrierenden Immunaktivierung – besonders scharf eingestellten Sensoren der Behandler tragen in gleicher Weise diesem Trend Rechnung. Häufige kardiologische Kontrollen, Aspirin, Statine, stete Ermahnung zum Nicht-Rauchen und der in positiver Hinsicht „aggressivere“ Umgang mit den sonst manchmal etwas nihilistisch angenommenen „Volkskrankheiten“ (z. B. Übergewicht, Bluthochdruck) sind neben den sicher konsequenter durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sowie Motivierung zum Sport weitere Bausteine zu der Hypothese.

LONG ACTING – THINK BIG!

In derzeit laufenden Studien werden Substanzen erprobt, die möglicherweise einmal alle zwei oder drei Monate verabreicht werden können. Bisherige sehr frühe Ergebnisse deuten an, dass das geht.

Was spricht aber dagegen, darüber nachzudenken, ob es nicht auch, wie bei der Osteoporosebehandlung – ja ich weiß, das ist was ganz anderes – mit einer Infusion pro Jahr gehen könnte?

HEILUNG

Aus der Onkologie, wo der Begriff Heilung/Remission oft als fünf- oder zehnjährige symptomfreie Abwesenheit von der ursprünglichen Grunderkrankung verstanden wird – die Medikamentenfreiheit ist dabei keine Grundbedingung –, könnten wir lernen oder folgern, dass viele unserer Patienten, denen es mit oft einer Tablette am Tag gut geht, ja bereits „geheilt“ sind.

Das Verständnis von HIV-Heilung ist aber anders, differenzierter, feinziseliertes. „Kein Virus mehr nachweisbar und keine Medikamente mehr erforderlich“ sind die Bestandteile des heiligen Grals Heilung. Und dieser Zustand, so müssen wir es ehrlich sehen, konnte bisher nur bei ganz wenigen Einzelpersonen erreicht werden.

Mancher sehr lang, evtl. auch früh behandelte Patient könnte eventuell seine Medikamente weglassen. Die New-Era-Studie – jetzt im sechsten Jahr – untersucht, ob das geht. Wenn es klappt, wird das für eher wenige Patienten, wahrscheinlich aber nicht nur für die in der akuten Situation Behandelten ein Weg sein.

Ethisch ist zu fragen, ob, wenn jemand mit einer Tablette pro Tag gut und subjektiv gesund leben kann, eine heilungsexperimentelle, möglicherweise nebenwirkungsreiche zusätzliche Therapie mit schwer einzuschätzenden Folgen für die Zukunft überhaupt ein tragfähiges Prinzip darstellt. Niemand würde an der Remission einer Brustkrebspatientin sechs Jahre nach der Erstbehandlung zweifeln, nur weil sie weiter eine Tablette einnehmen soll.

Dürfen wir optimistisch sein? Wenn wir die Erfahrungen aus der HIV-Therapieforschung in die Zukunft extrapolieren, werden wir vermutlich irgendwann, vielleicht ja schon in den nächsten Jahren, Heilung/Remission, zumindest für einige Patienten, erreichen.

WARUM?

Andere Hypothesen werden neue Blickwinkel schaffen. Mauern wir doch die Viren in den latent infizierten Zellen ein, so dass sie nicht mehr raus können. Lassen wir doch ein wenig doktrinäres Denken zu, das die heutigen Stolpersteine zur Heilung in einigen Jahren als Geschichte der Medizin ebenso einstufen wird, wie wir heute den früheren Streit um die Zweifach- und Dreifachtherapie ja auch unter neuen Gesichtspunkten sehen können.



Dr. Christoph Mayr
dagnä-Vorstand (2008-2014)

„Die HIV-Medizin arbeitet seit jeher interdisziplinär“

Interview mit Christoph Mayr

Herr Dr. Mayr, Sie sind seit 15 Jahren niedergelassener HIV-Schwerpunktarzt in Berlin, dem deutschen Balanzszentrum mit den meisten HIV-positiven Menschen, zugleich finden sich abseits der Großstädte weniger HIV-Spezialisten. Was bedeutet das für die Versorgung?

Die Großstädte haben in der Tat die höchste HIV-Prävalenz in Deutschland, allerdings gibt es starke Mitversorgereffekte in den ländlichen Raum. Beispiel Berlin-Brandenburg: Wir versorgen neben Berliner Patienten auch etliche aus anderen Bundesländern, v. a. aus Brandenburg. Dort gibt es eine einzige Ambulanz am Klinikum in Potsdam. Leider berichten Menschen mit HIV immer wieder über z. T. entwürdigende Situationen im Medizinsystem, wenn sie sich mit HIV vorstellen. In unserem Zentrum behandeln wir etliche Patienten, die bis zu 3 Stunden Anfahrt haben. Ihnen ist lieber, nach Berlin zu kommen. Längere Anfahrtswege zum HIV-Spezialisten sind sicherlich heute zumutbar, dennoch darf die Bedeutung der HIV-Schwerpunktärzte für die haus- wie fachärztliche Grundversorgung nicht unterschätzt werden: Viele Patienten sind dort ebenfalls in der ärztlichen Primärversorgung. Die Qualitätssicherungsvereinbarung berücksichtigt erfreulicherweise ggf. besonderen Bedarf in der Fläche. Wichtig ist, dass sie bundesweit gültige Standards setzt.

Stichwort „Schöneberger Modell“: Wie funktioniert die Zusammenarbeit an der Schnittstelle ambulant/stationär?

Berlin hatte sicher früh sehr großen Handlungsdruck, musste sich gute Versorgungsmodelle überlegen. Die Grundidee war: so wenig stationär wie nötig, soviel ambulant wie möglich. So entstand das „Schöneberger Modell“ – eine enge Zusammenarbeit des Auguste-Viktoria-Klinikums, der niedergelassenen HIV-Schwerpunktärzte sowie der Berliner Aids-Hilfe. Es existiert heute noch. Interessant ist die gegenwärtig diskutierte Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV), die bestimmte hochspezialisierte Erkrankungen – darunter HIV/Aids – an der Schnittstelle ambulant/stationär neu organisiert. History repeating – schließlich arbeitet die HIV-Medizin schon interdisziplinär!

Klar ist jedoch: Nur HIV-Infizierte, die an einer noch durch den G-BA zu definierenden schweren Verlaufsform leiden, betrifft die ASV. Qualitätssicherungsvereinbarung und EBM müssen für die hochwertige Versorgung HIV-Infizierter, wie wir sie heute haben, also unbedingt beibehalten werden!

Thema ist und bleibt die Stärkung der Patientinnen und Patienten – welche Rolle kann die dagnä spielen?

Die dagnä war, ist und bleibt aufgerufen, berechtigte Forderungen der Patientinnen und Patienten zu unterstützen. HIV-Spezialisten waren schon früh involviert, Patientenrechte mit zu vertreten, ja zu erkämpfen – alleine schon, damit jeder HIV-Positive auch eine adäquate fachärztliche Behandlung bekommt. Das war in den 1980er- und den frühen 1990er-Jahren keine Selbstverständlichkeit. Heute gibt es eine langjährige gute und vertrauenswürdige Zusammenarbeit mit den Aidshilfen, ebenso mit der Deutschen Aids-Hilfe (DAH). Einige weitere Beispiele: Das Projekt „Gesundheitstraining HIV“ wurde ebenso wie das Präventionsprojekt „Let’s talk about Sex“ zu HIV und STD in der ärztlichen Praxis wesentlich von HIV-Schwerpunktärzten initiiert und aktiv begleitet. Heute wird es durch PKV und BZgA unterstützt. Der HIV-Community-Preis zeichnet Projekte aus, die direkt vor Ort die persönlichen Lebensumstände von Menschen mit HIV verbessern. Das Thema Diskriminierung bei HIV ist heute noch in Deutschland ein hochaktuelles Thema, auch wenn die Formen der Stigmatisierung subtiler geworden sind. Wir sind im wohlverstandenen Sinne auch „Sozial-Anwalt“ unserer Patientinnen und Patienten.

„Qualitätssicherungsvereinbarung als Kronjuwel der HIV-Versorgung“

Interview mit Armin Goetzenich

Herr Goetzenich, Sie waren mehr als 15 Jahre für die dagnä aktiv – zuletzt als stellvertretender Geschäftsführer. Wie lautet Ihr Resümee?

Es war eine schöne und intensive Zeit. Ich glaube, die dagnä hat mich vielleicht genauso geprägt wie ich einige Impulse setzen konnte. Als ich bei der dagnä erst als Stipendiat, dann als Referent gearbeitet habe, war der Gestaltungsspielraum genauso groß wie die Herausforderung. Es gab noch keine effektive antiretrovirale Therapie, es gab keine Fortbildung und Forschung von und für niedergelassene Schwerpunktpraxen, es gab keine Abbildung des Engagements der HIV-Behandler im Leistungskatalog der KVen. Ich bin dem damaligen Vorstand um Dr. Hans Jäger, Dr. Eugen Baranowski, später dann Dr. Jörg Gölz und insbesondere Herrn Dr. Knechten dankbar, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde zusammen mit dem Vorstand all dies erfolgreich auf den Weg zu bringen.

Ein Blick aus der Sicht der niedergelassenen Onkologen und Hämatologen: Wo steht die dagnä als Organisation der HIV-Schwerpunktärzte? Wo gibt es gemeinsame Themen und Herausforderungen?

Wesentlichen Anteil am Neuaufbau nach dem Umzug nach Berlin hat Dr. Christoph Mayr. Der aktuelle Vorstand hat meines Erachtens den festen Platz der dagnä als die unique Organisation für HIV-Schwerpunktärzte gefestigt und ausgebaut. Eine wesentliche Aufgabe für die dagnä als Verein ist sowohl die zu definierende Trennschärfe als auch das gemeinsame Aufgabenfeld für die verschiedenen Arztgruppen wie hausärztliche und fachärztliche Kollegen in der dagnä. Gemeinsame Themen mit dem BNHO gibt es viele: Die Ambulantisierung der Medizin schreitet fort, und mit dem aktuellen Gesetz (VSG) scheinen die Risiken für niedergelassene Schwerpunktpraxen immer größer zu werden. Sich als relativ kleine Gruppe, mit weniger als 1% der Ärzteschaft, im gesundheitspolitischen Rahmen so weit oben bewegen zu können ist eine permanente Herausforderung und funktioniert am besten im Schulterschluss mit anderen.



Armin Goetzenich
Geschäftsführer des Berufsverbandes der Niedergelassenen
Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)

Stichwort Onkologievereinbarung bzw. Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids: Wie wichtig sind Strukturfragen bei der Versorgung von komplexen, chronischen Erkrankungen?

Die Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids ist das Kronjuwel der HIV-Versorgung. Es hat etliche Jahre gedauert diese Vereinbarung zu realisieren – ähnlich wie die Onkologievereinbarung. Die aktuelle gesundheitspolitische Konfliktlinie läuft nicht mehr zwischen Haus- und Facharzt, sondern zwischen fachärztlicher Grundversorgung und spezialfachärztlicher Versorgung. Die medizinische Entwicklung bei HIV ist weiterhin enorm und erfordert eine differenzierte Antwort. Die HIV-Versorgung hat all diese Facetten: hausärztliche und fachärztliche Betreuung genauso wie spezialfachärztliche Expertise. An diesem Spagat muss sich die Qualitätssicherungsvereinbarung orientieren und ihren neuen Platz finden – das hat sie mehr als verdient.



Prof. Dr. Rita Süßmuth
Bundestagspräsidentin a. D.

Ein langer Weg – wir bekämpfen die Krankheit, nicht die Kranken

Rita Süßmuth

Als ich 1985 das Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit übernahm, wusste man wenig über HIV, man stand noch am Anfang der medizinischen Erforschung dieser Infektionskrankheit. Das betraf Diagnose und Therapie.

Die Angst, Aids werde sich wie eine Seuche massenhaft ausbreiten, war allgegenwärtig und steckte in jedem Bürger. Aids wurde zudem in erster Linie als eine „Krankheit der Homosexuellen“, der Prostituierten und Drogenabhängigen wahrgenommen, in bestimmten Kreisen als Strafe für eine sündhafte Lebensweise interpretiert.

Angesichts des zunächst geringen Kenntnisstandes steigerte sich die Gefahr einer nicht beherrschbaren Seuche. Es folgten Forderungen aus Politik und Gesellschaft, die Betroffenen durch Serientests zu identifizieren und zu isolieren.

Wie konnte es angesichts des geringen medizinischen Kenntnisstandes gelingen, zugleich die Infizierten und Kranken wie auch die breite Bevölkerung zu schützen und das ohne Ausgrenzung und Isolationsmaßnahmen? Wir wollten die Krankheit bekämpfen, nicht die Kranken. Es ist innerhalb eines guten halben Jahres von Februar bis Oktober 1987 gelungen, mit hohem Einsatz vieler Unterstützerinnen und Unterstützer aus der Zivilgesellschaft (Aidshilfen, Medizinern, Musik- und Theaterleuten, Seelsorgern und Sozialwesen bis hin zu Einzelpersonen) und einer breiten Aufklärungskampagne – mit Schwächen und Stärken – Einstellungen und Verhalten positiv zu verändern.

Wir erlebten ein hohes Maß an Eigenverantwortung, an vorbeugenden Schutzmaßnahmen und solidarischer Hilfe. Es gab sie, die Ausgrenzung bei Wohnen, Arbeit, auch bei Pflege. Doch entscheidender war die Erfahrung, dass Menschen gerade in diesen belastenden Risikosituationen, verantwortlich handelten und sich mitmenschlich verhielten. Es kam nicht zum gesellschaftlichen Crash. Deutschland wurde und blieb ein nachahmenswertes Beispiel für andere Länder. Es kam zu einer breiten Präventionsbewegung.

Ärztlicherseits verlagerte sich die Versorgung HIV-infizierter Patienten mit der Entwicklung von medikamentösen Behandlungen zunehmend in den ambulanten Bereich und wurde hier vor allem von den Ärztinnen und Ärzten der DgA geleistet. In Deutschland ist damit eine integrierte niedrigschwellige und dabei qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten gelungen.

1983 Entdeckung des HI-Virus durch Luc Montagnier und Robert Gallo

1985 Erste Welt-Aids-Konferenz in Atlanta, Einführung HIV-Antikörpertest

1987 Zulassung der ersten antiretroviralen Arznei

1988 Erster Welt-Aids-Tag am 1. Dezember

1995 Zulassung der hochwirksamen antiretroviralen Therapien (HAART)

1996 Gründung von UNAIDS durch die Vereinten Nationen zum Kampf gegen Aids

1985

1990

1995

2

Ende der 1980er-Jahre Regionale Zusammenschlüsse von HIV-Behandlern

1990 Gründung der dagnä am 24. November in Hamburg, erster dagnä-Workshop

Mitte der 1990er-Jahre
Regionale GKV-Vereinbarungen zu HIV, z. B. in Berlin und Nordrhein

1996 Konsensusbeschluss von dagnä, DAIG, KAAD und DAH für die ambulante und klinische Versorgung von HIV-Infizierten

Gründungsmitglieder am 24.11.1990 (alphabetisch): Dr. Eugen Baranowski (Berlin), Dr. Gerd Bauer (Berlin), Dr. Werner Becker (München), Dr. Frank Bergmann (Aachen), Dr. Klaus Enderer (Köln), Dr. Manfred Graab (Wuppertal), Dr. Hermann Holzhüter (Bremen), Dr. Eva Jägel-Guedes (München), Dr. Hans Jäger (München), Dr. Heribert Knechten (Aachen), Dr. Christian Leischik (Köln), Dr. Juliane Sacher (Frankfurt/M.), Dr. Kurt Schultze (Düsseldorf), Dr. Albrecht Ulmer (Stuttgart)

2000 Millenniumsziel der Vereinten Nationen, bis 2015 die Ausbreitung von HIV/Aids zu stoppen

2007 Novellierung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung

2008 Verleihung des Medizin-Nobelpreises an Françoise Barré-Sinoussi und Luc Montagnier für die Entdeckung von HIV

2014 20. Welt-Aids-Konferenz in Melbourne bekräftigt Ziel, die Aids-Epidemie bis 2030 zu beenden

2000 2005 2010 2015

2001 Teilnahme am HIV-Sondergipfel der Vereinten Nationen in New York

2005 Studien „Ac-DAG“ und „Prime-DAG“ zur Behandlung der akuten Primärinfektion

2009 Einrichtung bundesweite Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids nach § 135 SGB V

2011 Studien „50/2010“ über ältere HIV-Infizierte und „K3A über HIV-Krankheitskosten

2012 Gründung der Akademie für Infektionsmedizin

2014 Regionale GKV-Vereinbarungen zu HCV, z. B. in Nordrhein und Berlin

2013 Erstes Webinar zur IAS-Konferenz in Malaysia, Initiierung des HIV-Community-Preises

Vorstände der dagnä 1990-2015 (alphabetisch): Dr. Eugen Baranowski (1990-1996), Dr. Axel Baumgarten (seit 2014), Dr. Stefan Christensen (seit 2012), Dr. Jörg Gölz (1996-2008), Dr. Hans Jäger (1990-2012), Dr. Stephan Klauke (seit 2008), Dr. Heribert Knechten (1990-2009), Dr. Christoph Mayr (2008-2014), Dr. Knud Schewe (seit 2008), Dr. Susanne Usadel (seit 2009).



agnä e.V.

Profil

Gegründet 1990, ist die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (agnä) die zentrale Vertretung niedergelassener HIV-Therapeuten. Sie vertritt nahezu alle hausärztlich und fachärztlich niedergelassenen HIV-Schwerpunktbehandler sowie eine Vielzahl der Mitbehandler. Zentrale Themen sind die Prävention, Diagnostik und Behandlung der HIV-Infektion und ihrer Folgen sowie entsprechender Komorbiditäten, insbesondere von Hepatitis-Erkrankungen.

Ziele

- Optimierung einer qualitätsgesicherten Versorgung HIV-infizierter Menschen in Deutschland
- Förderung der Zusammenarbeit und Vernetzung der unterschiedlichen medizinischen, die HIV-Infektion betreffenden Fachgebiete
- Anerkennung der Arbeit von HIV-Schwerpunktbehandlern in Deutschland
- Bekämpfung der Diskriminierung HIV-Infizierter

Aktivitäten

- Fortbildung: Angebote für Ärzte und Medizinische Fachangestellte
- Qualitätsmanagement: (Mit-) Entwicklung von Therapieleitlinien und Instrumenten der Qualitätssicherung
- Versorgungsmanagement: Abschluss von Selektiv- und Direktverträgen mit Kostenträgern
- Versorgungsforschung: Wissenschaftliche Studien und Evaluationen der HIV-Behandlungsrealität in Deutschland
- Veranstaltungen: Seminare, Kongresse, v. a. der jährliche agnä-Workshop
- Kooperation: Dialog mit Fachgesellschaften und Selbsthilfegruppen
- Gesundheitspolitik: Ansprechpartner für Politik und Selbstverwaltung

Kontakt zur Geschäftsstelle

agnä e.V.

Nürnberger Straße 16, 10789 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 3980193-0

Telefax: +49 (0) 30 3980193-20

E-Mail: verein@dagnae.de

Protokoll

November 1990. 18.15 Uhr. erschienen in Hamburg, Internationales Congresszentrum, Clubraum des Restaurants Kranzler, die aus der beigefügten Anwesenheitsliste ersichtlichen Cafed 14 Personen zur Beschlußfassung über die Gründung eines Vereins für niedergelassene Ärzte, die in der Versorgung HIV-Infizierter Patienten engagiert sind.

Herr Dr. Knechten und Herr Dr. Baranowski begrüßten die Anwesenden und erläuterten den Zweck der Versammlung. Durch Zuruf wurde Herr Dr. Knechten zum Versammlungsleiter gewählt. Herr Dr. Knechten nahm die Wahl an.

Danach wurde auf Vorschlag von Herrn Dr. Knechten Herr Bahnen von den Anwesenden gebeten, ein schriftliches Protokoll der Versammlung anzufertigen. Herr Bahnen erklärte sich damit einverstanden.

Danach schlug Dr. Knechten folgende Tagesordnung vor:

- Beschlußfassung darüber, ob ein ins Vereinsregister eingetragener Verein mit den im (den Anwesenden vorliegenden) Satzungsentwurf beschriebenen Zielen gegründet werden sollte.
- Beratung und Feststellung der Vereinssatzung
- Wahl des Vorstandes
- Verschiedenes

Dagegen wurde kein Widerspruch erhoben.

Alle Anwesenden erklärten ihre ausdrückliche Einsicht in die Notwendigkeit und Zustimmung zur Gründung eines Vereins mit den allen durch den vorliegenden Satzungsentwurf bekannten Zielen.

Herr Knechten las nun den jedem schriftlich vorliegenden Satzungsentwurf Abschnitt für Abschnitt vor und bat um Fragen zu den verlesenen Passagen. Verschiedene Punkte wurden von den Versammelten diskutiert.

Der anliegenden Fassung der Satzung stimmten alle Anwesenden durch Handzeichen zu. Herr Dr. Knechten stellte daraufhin fest, daß damit der Verein "Deutsche Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter" gegründet sei.

Alle Anwesenden bestätigten ihren Beitritt zum Verein durch Unterzeichnung der Satzung.

Am 24. November anwesende Gründung

- Dr. med. Gerd Bauer, Kaiserdamm 24
- Dr. med. Eugen Baranowski, Turmstr.
- Dr. med. Albrecht Ulmer, Schwabstr.
- Dr. med. Hermann Holzhüter, Dobber
- Dr. med. Manfred Grabb, Weerth 51,
- Dr. med. Christian Leischik, Auf d
- Dr. med. Frank Bergmann, Theaterpl
- Dr. med. Kurt Schultze, Duisburger
- Dr. med. Heribert Knechten, Adalbe
- Dr. med. Klaus Enderer, Mittelstr.
- Dr. med. Juliane Sacher, Große Fri
- Dr. med. Werner Becker, Isartorpla
- Dr. med. Eva Jägel-Guedes, Karlspl
- Dr. med. Hans Jäger, Conollplatz 2

Aus dem Kreis der Versammelten wurden nun Herr Dr. Gr Herr Dr. Jäger, Herr Dr. Bauer und Herr Dr. Knechten als vorgeschlagen.

Auf Zuruf wurde Herr Dr. Knechten als 1. Vorsitzender v gleichzeitig mit der Führung der Geschäfte beauftragt w Vorsitzenden erfolgte daraufhin durch Handzeichen. Dr. Knechten wurde einstimmig zum 1. Vorsitzenden gewä

Es wurde daraufhin vorgeschlagen, die Wahl der übrigen wie folgt durchzuführen: alle Gründungsmitglieder schreib Kandidaten auf einen Stimmzettel. Die beiden Kandidaten seien dann gewählt. So wurde verfahren. Abgegeben wurden 13 Stimmzettel (D Versammlung inzwischen aus dringenden terminlichen Grün

Es entfielen:
Auf Dr. Baranowski 9 Stimmen.
Auf Dr. Jäger 8 Stimmen.
Auf Dr. Graab 7 Stimmen.
Auf Dr. Bauer (abwesend) 2 Stimmen.
Keine Stimmenthaltung, keine ungültige Stimme.

Somit waren Herr Dr. Baranowski zum 2. Vorsitzenden, Her Vorsitzenden gewählt.

Unterschriften des gewählten Gründungsvorstandes:

[Handwritten signatures]

 Dr. Eugen Baranowski, Berlin

 Dr. med. Heribert Knechten

 Dr. med. Klaus Jäger, München

Hamburg, 24. November 1990.

[Handwritten signature]

Dr. med. Heribert Knechten (1. Vorsitzender und Versammlu

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener
Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V.
(dagnä)
Nürnberger Str. 16
10789 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 3980193-0
Telefax: +49 (0) 30 3980193-20
E-Mail: verein@dagnae.de
Internet: www.dagnae.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Vorstand dagnä e.V.

Redaktion:

dagnä e.V. – Geschäftsstelle
Redaktionsschluss: 31. Juli 2015

Gestaltung:

diepixelhasen Werbeagentur
Vetschauer Allee 75
12527 Berlin

Druck:

SAXOPRINT GmbH
Enderstr. 92 c
01277 Dresden

Auflage:

2.000 Exemplare

Fotos:

dagnä-Vorstand, Knud Schewe, Bild Seite 58: dagnä;
Georg Behrens: MHH;
Armin Goetzenich: BNHO;
Jörg Gölz, Hans Jäger, Christoph Mayr: privat;
Hermann Gröhe: Bundesregierung/Steffen Kugler;
Silke Klumb: Johannes Berger;
Heribert Knechten: Fotostudio Jünger;
Doris Pfeiffer: GKV-Spitzenverband/Tom Maelsa;
Rita Süßmuth: Jan Voth;
Jürgen Wasem: UDE/Frank Preuß;
Martina Wenker: ÄKN;
Bild Seite 56: Irene Pade

Der Beitrag von Jörg Gölz „30 Jahre HIV-Behand-
ler – ein Rück- und Ausblick“ erschien im Original
im Sonderdruck connexi 2014-6. Wir danken dem
Wissenschaftsverlag The Paideia Group GmbH für
die Möglichkeit der Wiedergabe.

In der Publikation wird keine durchgängig geschlech-
tergerechte Sprache verwendet. Falls von „Ärzten“,
„Patienten“ u. a. die Rede ist, sind immer Frauen und
Männer gemeint.

dagnä e.V.

Nürnberger Straße 16
10789 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 3980193-0
Telefax: +49 (0) 30 3980193-20
E-Mail: verein@dagnae.de

www.dagnae.de

