Medizinische Versorgungsstrukturen im Bereich HIV/AIDS

Quantitative und qualitative Entwicklungen und Herausforderungen



GUTACHTEN

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

© Alle Rechte vorbehalten

Medizinische Versorgungsstrukturen im Bereich HIV/AIDS

Quantitative und qualitative Entwicklungen und Herausforderungen

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

Ergebnisbericht

für das Konsortium aus DAS, dagnä und DAIG

Berlin, Juli 2025

Redaktioneller Hinweis:
Dies ist die 3. Auflage des Ergebnisberichtes mit Stand Oktober 2026.
Sie enthält korrigierte Zahlenwerte in den Abschnitten 2.3.9.2 und 2.3.9.3.

Autoren

Kapitel 1 Hintergrund und Ziele der Studie
Kapitel 4 Stationäre HIV-Versorgung
Kapitel 5 Wahrgenommene Versorgungsqualität aus Sicht von Menschen mit HIV – Ergebnisse einer Online-Befragung
Kapitel 6 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Dr. Martin Albrecht
Dr. Stefan Loos
Dr. Monika Sander

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Kapitel 2 Analyse der ambulanten Versorgung HIV-infizierter Patientinnen und Patienten sowie der Präexpositionsprophylaxe (PrEP)
Kapitel 3 Projektion der ambulanten Versorgung HIV-infizierter Patientinnen und Patienten
Kapitel 7 Anhang

Clarissa Graf
Jan Lipovsek
Dr. Mandy Schulz
Ramona Hering
Thomas Czihal

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

© Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

1. Hintergrund und Ziele der Studie 20

2. Analyse der ambulanten Versorgung HIV-infizierter Patientinnen und Patienten sowie der Präexpositionsprophylaxe (PrEP) 22

2.1 Einleitung 22

2.2 Methode 22

2.2.1 Datengrundlage 22

2.2.2 Nachfrageseite: Patientenebene 23

2.2.3 Auswertungsstrategie – Angebots- und Nachfrageseite 25

2.3 Ergebnisse: Nachfrageseite 27

2.3.1 Patienten- und Fallzahlen im Zeitverlauf 27

2.3.2 Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient im Zeitverlauf 33

2.3.3 Verteilung der Arzt- und Behandlungsfälle 2023 35

2.3.4 Demografische Merkmale 41

2.3.5 Räumliche Verteilung 48

2.3.6 Fachgruppenanalyse 59

2.3.7 Patientenströme 64

2.3.8 Behandlungsanlässe/Komorbiditäten 87

2.3.9 Vergleich der Patientinnen und Patienten in der HIV-Schwerpunktversorgung zur Allgemeinbevölkerung 100

2.3.10 Leistungsbedarfe der Patientinnen und Patienten mit HIV-Schwerpunktversorgung 108

2.4 Ergebnisse: Angebotsseite 114

2.4.1 Überblick über die Anzahl der Praxen und Versorgenden im Zeitverlauf (2014–2023) 114

2.4.2 Praxismerkmale (Größe, Praxistyp) 118

2.4.3 PrEP-Praxen mit HIV-Schwerpunktbehandlung 122

2.4.4 Teilnahmestatus und -umfang der Leistungserbringenden 123

2.4.5 Regionale Versorgenden- und Praxisdichte 123

2.5 Zusammenfassung 133

2.5.1 Nachfrageseite 133

2.5.2 Angebotsseite 136

2.6 Fazit 137

3. Projektion der ambulanten Versorgung HIV-infizierter Patientinnen und Patienten 139

3.1 Einleitung Projektion 139

3.2 Status Quo als Ausgangspunkt für die Projektion 140

3.2.1 Status Quo Nachfragestruktur 141

3.2.2 Status Quo Angebotsstruktur 145

3.3 Projektion der zukünftigen Versorgungssituation 151

3.3.1 Projektion der zukünftigen Inanspruchnahme (Nachfragestruktur) 152

3.3.2 Projektion der zukünftigen Arbeitszeit der Leistungserbringenden (Angebotsstruktur) 158
3.3.3 Projektion der zukünftigen Anzahl der Leistungserbringenden (Angebotsstruktur) 162
3.3.4 Zusammenführung von Angebot und Nachfrage - Gesamtrechnung 164
3.4 Diskussion der Projektion 166
3.4.1 Kommentare zu den Szenarien 166
3.4.2 Hinweise zur Methodik und Limitationen 167
3.4.3 Zusammenfassung 168
3.5 Fazit 170

4. Stationäre HIV-Versorgung 172
4.1 Stationäre HIV-Versorgung im Spiegel der Daten der strukturierten Qualitätsberichte 173
4.1.1 Fälle mit HIV-spezifischen Diagnosen 173
4.1.2 Leistungshäufigkeit der antiretroviralen Therapien 175
4.1.3 Infektiologische und HIV-Ambulanzen 177
4.2 Stationäre HIV-Versorgung im Spiegel der Daten der DRG-Statistik 179
4.2.1 Fälle mit einer HIV-DRG 179
4.2.2 Fälle mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnose 187
4.2.3 Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose 196
4.2.4 Fälle mit asymptomatischer HIV-Infektion (Z21) als Nebendiagnose 210
4.3 Fazit 218

5. Wahrgenommene Versorgungsqualität aus Sicht von Menschen mit HIV – Ergebnisse einer Online-Befragung 221
5.1 Methodisches Vorgehen 221
5.1.1 Zielgruppe der Befragung 221
5.1.2 Zugang zur Zielgruppe 221
5.1.3 Inhalte des Fragebogens 222
5.1.4 Durchführung der Befragung 222
5.1.5 Teilnahme an der Befragung 222
5.2 Ergebnisse der Befragung 223
5.2.1 Beschreibung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer 223
5.2.2 Ambulante Gesundheitsversorgung 235
5.2.3 Krankenhausaufenthalte 249
5.2.4 Generelle Einschätzung der Versorgungsqualität 254
5.3 Fazit 259

6. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen 262
6.1 Aktuelle Versorgungssituation 262
6.2 Projektion der zukünftigen Versorgungssituation 266
6.3 Handlungsbedarf 267
6.4 Handlungsempfehlungen 268

7. Anhang 271
A1 Angebot/Nachfrage: Gruppe C 272
A2 Angebot/Nachfrage: Gruppe Z 290
A3 Projektion 308

Literaturverzeichnis 311

Abbildungen 4
Tabellen 13
Abkürzungsverzeichnis 18

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Bericht die Formulierung „Patientinnen und Patienten“ verwendet. Diese Bezeichnung schließt explizit alle Geschlechtsidentitäten ein, insbesondere auch Personen, die sich als divers, nichtbinär oder intergeschlechtlich identifizieren.

Abbildungen

Abbildung 1:	Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr, Gruppe A	27
Abbildung 2:	Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe A	28
Abbildung 3:	Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr, Gruppe B	29
Abbildung 4:	Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe B	29
Abbildung 5:	Anzahl/Anteil Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnosen in Schwerpunktversorgung pro Jahr, Gruppe C	30
Abbildung 6:	Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe C	31
Abbildung 7:	Anzahl PrEP-Nutzende pro Jahr, Gruppe D	32
Abbildung 8:	Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe D	32
Abbildung 9:	Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient und Jahr, Gruppe A	33
Abbildung 10:	Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient und Jahr, Gruppe B	34
Abbildung 11:	Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient und Jahr, Gruppe D	35
Abbildung 12:	Verteilung der Arztfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe A	36
Abbildung 13:	Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe A	37
Abbildung 14:	Verteilung der Arztfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe B	38
Abbildung 15:	Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe B	39
Abbildung 16:	Verteilung der Arztfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe D	40
Abbildung 17:	Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe D	41
Abbildung 18:	Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Geschlecht, Gruppe A	42
Abbildung 19:	Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Altersgruppe, Gruppe A	43
Abbildung 20:	Anzahl Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahresvergleich 2014 vs. 2023, Gruppe A	44
Abbildung 21:	Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Geschlecht, Gruppe B	45
Abbildung 22:	Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Altersgruppe, Gruppe B	46

Abbildung 23: Anzahl Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahresvergleich 2014 vs. 2023, Gruppe B 46

Abbildung 24: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Geschlecht, Gruppe D 47

Abbildung 25: Anzahl Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahresvergleich 2020 vs. 2023, Gruppe D 48

Abbildung 26: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2023, Gruppe A 49

Abbildung 27: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2014, Gruppe A 50

Abbildung 28: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2023, Gruppe A 51

Abbildung 29: Anzahl der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2014, Gruppe A 52

Abbildung 30: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2023, Gruppe A 52

Abbildung 31: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B 53

Abbildung 32: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2014, Gruppe B 54

Abbildung 33: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2023, Gruppe B 55

Abbildung 34: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2014, Gruppe B 55

Abbildung 35: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2023, Gruppe B 56

Abbildung 36: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2023, Gruppe D 57

Abbildung 37: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2023, Gruppe D 58

Abbildung 38: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2023, Gruppe D 58

Abbildung 39: Verteilung der Arztfälle nach Versorgungsbereich 2014-2023, Gruppe A 59

Abbildung 40: Anteil der Arztfälle nach Fachgruppe im Jahr 2023, Gruppe A 60

Abbildung 41: Verteilung der Arztfälle nach Versorgungsbereich 2014-2023, Gruppe B 61

Abbildung 42: Anteil der Arztfälle nach Fachgruppe im Jahr 2023, Gruppe B 62

Abbildung 43: Verteilung der Arztfälle nach Versorgungsbereich 2019-2023, Gruppe D 63

Abbildung 44:	Anteil der Arztfälle nach Fachgruppe im Jahr 2023, Gruppe D	64
Abbildung 45:	Patientenströme, Anteil der Fälle im Jahr 2023, Gruppe A	65
Abbildung 46:	TOP 15 Patientenabströme im Jahr 2023, Gruppe A	67
Abbildung 47:	TOP 15 Patientenzuströme im Jahr 2023, Gruppe A	70
Abbildung 48:	Anteil der Behandlungsfälle mit identischer Wohnort- und Abrechnungs-KV, Gruppe A, 2023	72
Abbildung 49:	Patientenströme, Anteil der Fälle im Jahr 2023, Gruppe B	73
Abbildung 50:	Top 15 Patientenabströme im Jahr 2023, Gruppe B	75
Abbildung 51:	Top 15 Patientenzuströme im Jahr 2023, Gruppe B	78
Abbildung 52:	Anteil der Behandlungsfälle mit identischer Wohnort- und Abrechnungs-KV im Jahr 2023, Gruppe B	80
Abbildung 53:	Patientenströme, Anteil der Fälle im Jahr 2023, Gruppe D	81
Abbildung 54:	Top 15 Patientenabströme im Jahr 2023, Gruppe D	83
Abbildung 55:	Top 15 Patientenzuströme im Jahr 2023, Gruppe D	85
Abbildung 56:	Anteil der Behandlungsfälle mit identischer Wohnort- und Abrechnungs-KV im Jahr 2023, Gruppe D	87
Abbildung 57:	Alters- und Geschlechtsverteilung Allgemeinbevölkerung vs. Gruppe B im Jahr 2023 (Anteile in %)	101
Abbildung 58:	TOP 20 Behandlungsdiagnosen Gruppe B (Anteil der Fälle mit Diagnose in %) und Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (roh und standardisiert), 2023	103
Abbildung 59:	TOP 20 Behandlungsdiagnosen Gruppe D (Anteil der Fälle mit Diagnose in %) und Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (roh und standardisiert), 2023	106
Abbildung 60:	Leistungsbedarf in Euro je Behandlungsfall (nur spezialisierte HIV-Versorgung) im Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B	109
Abbildung 61:	Leistungsbedarf in Euro je Behandlungsfall (nur spezialisierte HIV-Versorgung) im Jahresvergleich zwischen 2014 und 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B	110
Abbildung 62:	Leistungsbedarf in Euro je Patientin bzw. Patient (nur spezialisierte HIV-Versorgung) im Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B	111
Abbildung 63:	Leistungsbedarf in Euro je Patientin bzw. Patient im Jahresvergleich zwischen 2014 und 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B	112

Abbildung 64: Leistungsbedarf in Euro je Fall (alle Behandlungsfälle) im Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B 113

Abbildung 65: Leistungsbedarf in Euro je Patientin bzw. Patient (alle Behandlungsfälle) im Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B 114

Abbildung 66: Anzahl Schwerpunktpraxen und Leistungserbringende im Jahresverlauf (2014 bis 2023), Gruppe B 115

Abbildung 67: Durchschnittliche Anzahl Leistungserbringende je Schwerpunktpraxis im Zeitverlauf (2014 bis 2023), Gruppe B 116

Abbildung 68: Anzahl PrEP-Praxen und Leistungserbringende im Zeitverlauf (2019-2023), Gruppe D 117

Abbildung 69: Anzahl Ärztinnen und Ärzte je Praxis mit PrEP-Leistungen im Zeitverlauf (2019 bis 2023), Gruppe D 118

Abbildung 70: Anzahl Patientinnen und Patienten je Praxis im Zeitverlauf (2014-2023), Gruppe B, n=Anzahl Praxen 119

Abbildung 71: Verteilung der Praxistypen im Zeitverlauf (2014-2023), Gruppe B 120

Abbildung 72: Anzahl Patientinnen und Patienten je Praxis im Zeitverlauf (2019-2023), Gruppe D 121

Abbildung 73: Verteilung der Praxistypen im Zeitverlauf (2019-2023), Gruppe D 122

Abbildung 74: Anteil PrEP-Praxen mit und ohne HIV-Schwerpunktversorgung (ohne Laborgemeinschaften) im Zeitverlauf (2019-2023) 123

Abbildung 75: Anzahl Leistungserbringende mit HIV-Schwerpunktversorgung je 100.000 Versicherte (KM6-Statistik) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B 124

Abbildung 76: Anzahl Schwerpunktpraxen je 100.000 Versicherte (KM6-Statistik) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B 125

Abbildung 77: Anzahl Leistungserbringende mit PrEP-Leistungen je 100.000 Versicherte (KM6-Statistik) nach KV im Jahr 2023, Gruppe D 131

Abbildung 78: Anzahl Praxen mit PrEP-Leistungen je 100.000 Versicherte (KM6-Statistik) nach KV im Jahr 2023, Gruppe D 132

Abbildung 79: Relative Änderung der Anzahl Behandlungsfälle in der spezialisierten HIV-Versorgung 2014-2023 141

Abbildung 80: Fallzahlen im Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht 142

Abbildung 81: Fallzahlen im Jahr 2023 nach Kreistyp und Geschlecht 143

Abbildung 82: Relative Änderung der Fallzahlen nach Altersgruppe, 2014-2013 144
Abbildung 83: Relative Änderung der Fallzahlen nach Kreistyp, 2014-2023 145
Abbildung 84: Anteil angestellter Leistungserbringender, 2014 bis 2023 147
Abbildung 85: Anzahl angestellter und zugelassener Leistungserbringender („Köpfe“) Nordost, 2014 bis 2023 148
Abbildung 86: Anzahl angestellter und zugelassener Leistungserbringender („Köpfe“) Südwest, 2014 bis 2023 149
Abbildung 87: Durchschnittlicher Teilnahmeumfang angestellter Leistungserbringender („Köpfe“) nach Region, 2014 bis 2023 150
Abbildung 88: Anzahl Leistungserbringender (Vollzeitäquivalente) nach Region, 2014 bis 2023 151
Abbildung 89: Bevölkerungsentwicklung nach Alter und Geschlecht bzw. Kreistyp und Geschlecht 153
Abbildung 90: Inanspruchnahme der spezialisierten HIV-Versorgung für Männer in Großstädten nach Altersgruppen 2014 bis 2023 155
Abbildung 91: Fortschreibung des Anteils angestellter Leistungserbringender 160
Abbildung 92: Anzahl im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts kodierte hochaktive antiretrovirale Therapien (OPS 8-548) in Deutschland, 2006-2023 177
Abbildung 93: Standorte infektiologischer und HIV-Ambulanzen 178
Abbildung 94: Vollstationär versorgte Fälle mit HIV-DRGs (MDC 18A) nach PCCL, 2023 180
Abbildung 95: Anzahl vollstationäre Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A) in Deutschland, 2005-2023 181
Abbildung 96: Anzahl vollstationär versorgter Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A) nach Bundesland, 2023 182
Abbildung 97: MDC 18A vollstationär nach Altersgruppen, 2023 183
Abbildung 98: MDC 18A vollstationär nach Altersgruppen, 2005-2023 183
Abbildung 99: Vollstationär versorgte Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A) nach Krankenhaus-Bettengrößenklassen, 2023 185
Abbildung 100: Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose, 2000-2023 188
Abbildung 101: Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose nach Altersgruppen, 2023 189

Abbildung 102: Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose nach Altersgruppen, 2005-2023 189

Abbildung 103: Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose nach PCCL, 2023 191

Abbildung 104: Anzahl vollstationäre Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Hauptdiagnose nach Bettengrößenklassen, 2023 195

Abbildung 105: Altersstruktur der Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose, 2023 197

Abbildung 106: Altersstruktur der vollstationären Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose, 2005-2023 198

Abbildung 107: Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach Kreisen, 2023 201

Abbildung 108: Vollstationäre Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach PCCL, 2023 202

Abbildung 109: Anzahl vollstationäre Fälle mit HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach Bettengrößenklassen, 2023 208

Abbildung 110: Anzahl teilstationäre Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach Bettengrößenklassen, 2023 210

Abbildung 111: Altersstruktur der vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose, 2023 211

Abbildung 112: Anzahl der vollstationär versorgten Fälle mit asymptomatischer HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose, 2005-2023 212

Abbildung 113: Altersstruktur der vollstationär versorgten Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose, 2005-2023 212

Abbildung 114: Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach PCCL, 2023 213

Abbildung 115: Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach Bettengrößenklassen, 2023 218

Abbildung 116: Geschlecht der befragten Menschen mit HIV (in %) 223

Abbildung 117: Altersgruppen der befragten Menschen mit HIV (in %) 224

Abbildung 118: Altersverteilung der befragten Menschen mit HIV nach Geschlecht (in %) 224

Abbildung 119: Art der Krankenversicherung der befragten Menschen mit HIV (in %) 225

Abbildung 120: Art der Krankenversicherung nach Altersgruppen der befragten Menschen mit HIV (in %) 226

Abbildung 121: Bundesland des Hauptwohnsitzes der befragten Menschen mit HIV (in %) 227

Abbildung 122: Größe des Wohnortes der befragten Menschen mit HIV (in %) 228

Abbildung 123: Größe des Wohnortes nach Geschlecht der befragten Menschen mit HIV (in %) 229

Abbildung 124: Geburtsort der befragten Menschen mit HIV (in %) 229

Abbildung 125: Geburtsort nach Altersgruppen der befragten Menschen mit HIV (in %) 230

Abbildung 126: Infektionswege der befragten Menschen mit HIV (in %) 231

Abbildung 127: Infektionswege der befragten Menschen mit HIV nach Geschlecht (in %) 232

Abbildung 128: Zeitdauer seit Infektion der befragten Menschen mit HIV (in %) 233

Abbildung 129: Infektionsland der Menschen mit HIV (in %) 234

Abbildung 130: Inanspruchnahme einer ambulanten Gesundheitseinrichtung der befragten Menschen mit HIV (in %) 235

Abbildung 131: Häufigkeit der Besuche in einer HIV-Schwerpunktpraxis und/oder einer HIV-Ambulanz (in %) 236

Abbildung 132: Anfahrtszeit zur HIV-Schwerpunktpraxis bzw. zur HIV-Ambulanz der befragten Menschen mit HIV (in %) 237

Abbildung 133: Anfahrtszeit zur HIV-Schwerpunktpraxis bzw. zur HIV-Ambulanz der befragten Menschen mit HIV nach Wohnortgröße (in %) 238

Abbildung 134: Anfahrtszeit zur HIV-Schwerpunktpraxis bzw. zur HIV-Ambulanz der befragten Menschen mit HIV nach Wohnortgröße und nach Geschlecht (in %) 239

Abbildung 135: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV mit der Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxis bzw. HIV-Ambulanz (in %) 240

Abbildung 136: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV mit der Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxis bzw. HIV-Ambulanz nach Wohnortgröße (in %) 241

Abbildung 137: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV mit der Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxis oder HIV-Ambulanz nach Wohnortgröße und Geschlecht (in %) 242

Abbildung 138: Bewertung der befragten Menschen mit HIV bezüglich der Entwicklung der Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxen bzw. -ambulanzen in den letzten fünf Jahren (in %) 243

Abbildung 139: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV in Bezug auf verschiedene Aspekte der Behandlung beim letzten Besuch in einer HIV-Schwerpunktpraxis oder einer HIV-Ambulanz (in %) 244

Abbildung 140: Bewertung der Wichtigkeit verschiedener Faktoren in Bezug auf die ambulante HIV-Versorgung der befragten Menschen mit HIV (in %) 247

Abbildung 141: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV mit verschiedenen Aspekten beim letzten Krankenhausaufenthalt wegen einer HIV-Infektion (in %) 251

Abbildung 142: Zustimmung der befragten Menschen mit HIV zu verschiedenen Aussagen in Bezug auf das Versorgungsangebot (in %) 254

Abbildung 143: Zustimmung der befragten Menschen mit HIV zu der Aussage, dass es in der eigenen Region eine ausreichende Anzahl an HIV-Schwerpunktpraxen bzw. HIV-Ambulanzen gibt, nach Wohnortgröße (in %) 255

Abbildung 144: Größter Handlungsbedarf für die HIV-Versorgung in Deutschland aus Sicht der befragten Menschen mit HIV (in %) 256

Abbildung 145: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr, Gruppe C 272

Abbildung 146: Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe C 272

Abbildung 147: Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient und Jahr, Gruppe C 273

Abbildung 148: Anteil Behandlungsfälle nach Geschlecht, Gruppe C 273

Abbildung 149: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Altersgruppe, Gruppe C 274

Abbildung 150: Anzahl Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahresvergleich 2014 vs. 2023, Gruppe C 274

Abbildung 151: Verteilung der Arztfälle im Jahr 2014 nach Quartal, Gruppe C 275

Abbildung 152: Verteilung der Arztfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe C 276

Abbildung 153: Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2014 nach Quartal, Gruppe C 277

Abbildung 154: Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe C 278
Abbildung 155: Verteilung der Arztfälle nach Versorgungsbereich 2014-2023, Gruppe C 279
Abbildung 156: Anteil der Arztfälle nach Fachgruppe im Jahr 2023, Gruppe C 279
Abbildung 157: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2014, Gruppe C 280
Abbildung 158: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2023, Gruppe C 280
Abbildung 159: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2014, Gruppe C 281
Abbildung 160: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2023, Gruppe C 281
Abbildung 161: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2014, Gruppe C 282
Abbildung 162: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2023, Gruppe C 282
Abbildung 163: TOP 15 Patientenabströme im Jahr 2023, Gruppe C 283
Abbildung 164: TOP 15 Patientenzuströme im Jahr 2023, Gruppe C 284
Abbildung 165: Anteil der Behandlungsfälle mit identischer Wohnort- und Abrechnungs-KV, Gruppe C, 2023 285
Abbildung 166: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr, Gruppe Z 290
Abbildung 167: Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe Z 290
Abbildung 168: Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient und Jahr, Gruppe Z 291
Abbildung 169: Anteil Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Geschlecht, Gruppe Z 291
Abbildung 170: Anzahl Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahresvergleich 2014 vs. 2023, Gruppe Z 292
Abbildung 171: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Altersgruppe, Gruppe Z 292
Abbildung 172: Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2014 nach Quartal, Gruppe Z 293
Abbildung 173: Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe Z 294
Abbildung 174: Verteilung der Arztfälle im Jahr 2014 nach Quartal, Gruppe Z 295
Abbildung 175: Verteilung der Arztfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe Z 296

Abbildung 176: Anteil der Arztfälle nach Fachgruppe im Jahr 2023, Gruppe Z 297

Abbildung 177: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2014, Gruppe Z 297

Abbildung 178: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2023, Gruppe Z 298

Abbildung 179: Anteil der Patientinnen und Patienten nach KV im Jahr 2014, Gruppe Z 298

Abbildung 180: Anteil der Patientinnen und Patienten nach KV im Jahr 2023, Gruppe Z 299

Abbildung 181: Anteil der Patientinnen und Patienten nach Kreiskennzeichen im Jahr 2014, Gruppe Z 299

Abbildung 182: Anteil der Patientinnen und Patienten nach Kreiskennzeichen im Jahr 2023, Gruppe Z 300

Abbildung 183: TOP 15 Patientenabströme im Jahr 2023, Gruppe Z 301

Abbildung 184: TOP 15 Patientenzuströme im Jahr 2023, Gruppe Z 302

Abbildung 185: Anteil der Behandlungsfälle mit identischer Wohnort- und Abrechnungs-KV, Gruppe Z, 2023 303

Tabellen

Tabelle 1: ICD-10-Codes für Definition der Gruppe A 23

Tabelle 2: Gebührenordnungspositionen für Definition der Gruppe B 24

Tabelle 3: Gebührenordnungspositionen für Definition der Gruppe D 24

Tabelle 4: TOP 15 Abströme von Wohnort- zu Abrechnungs-KV, Gruppe A, 2023 66

Tabelle 5: TOP 15 Zuströme in Abrechnungs-KV nach Wohnort-KV, Gruppe A, 2023 69

Tabelle 6: Top 15 Abströme von Wohnort- zu Abrechnungs-KV, Gruppe B, 2023 74

Tabelle 7: Top 15 Zuströme in Abrechnungs-KV nach Wohnort-KV, Gruppe B, 2023 77

Tabelle 8: Top 15 Abströme von Wohnort- zu Abrechnungs-KV, Gruppe D, 2023 82

Tabelle 9: Top 15 Zuströme in Abrechnungs-KV nach Wohnort-KV, Gruppe D, 2023 84

Tabelle 10: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Fallzahl und Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe A in %), ausgenommen B20-24, Z21, Gruppe A im Jahr 2014 88

Tabelle 11: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Fallzahl und Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe A in %), ausgenommen B20-24, Z21, Gruppe A im Jahr 2023 90

Tabelle 12: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Fallzahl und Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe B in %), ausgenommen B20-24, Z21, Gruppe B im Jahr 2014 93

Tabelle 13: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Fallzahl und Anteil der Fälle an Gesamtfälle in Gruppe B in %), ausgenommen B20-24, Z21, Gruppe B im Jahr 2023 95

Tabelle 14: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Fallzahl und Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe D in %), Gruppe D im Jahr 2023 97

Tabelle 15: TOP 20 Behandlungsdiagnosen Gruppe B (Anteil der Fälle mit Diagnose in %) und Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (roh und standardisiert), 2023 104

Tabelle 16: TOP 20 Behandlungsdiagnosen Gruppe D (Anteil der Fälle mit Diagnose in %) und Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (roh und standardisiert), 2023 107

Tabelle 17: Anzahl Schwerpunktpraxen und Leistungserbringende (absolut und **je 100.000 Versicherte** der KM6-Statistik) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B 126

Tabelle 18: Anzahl Schwerpunktpraxen und Leistungserbringende (absolut und **je 1.000 regionale HIV-Patientinnen und -Patienten und -Fälle**) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B 128

Tabelle 19: Anzahl Schwerpunktpraxen und Leistungserbringende (absolut und **je 1.000 regionale HIV-Schwerpunktpatientinnen und -patienten und -Fälle**) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B 130

Tabelle 20: Anzahl Praxen und Leistungserbringende mit PrEP-Leistungen nach KV im Jahr 2023, Gruppe D 133

Tabelle 21: Altersverteilung Leistungserbringende spezialisierte HIV-Versorgung, 2023 146

Tabelle 22: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die spezialisierte HIV-Versorgung nach Varianten 156

Tabelle 23: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die Zahl der Fälle mit spezialisierter HIV-Versorgung (entspricht Gruppe B im ersten Berichtsteil) nach Varianten separat nach Kreistyp 157

Tabelle 24: Fiktive Anzahl benötigter Leistungserbringender bei gleichbleibender relativer Behandlungsleistung nach Varianten der Nachfrageentwicklung (rBIX) 158

Tabelle 25:	Durchschnittliche projizierte Versorgungsleistung je Leistungserbringenden (nach Szenarien)	161
Tabelle 26:	Anzahl benötigter Leistungserbringender nach Szenarien der projizierten Versorgungsleistung und Nachfrageentwicklung	162
Tabelle 27:	Geschätzte Anzahl verfügbarer Leistungserbringender in „Köpfen“	163
Tabelle 28:	Differenz der verfügbaren und benötigten Leistungserbringenden („Köpfe“) nach Szenarien der Nachfrageentwicklung (rBIX), der Entwicklung der Arbeitszeit und Neuzugängen	164
Tabelle 29:	Differenz der verfügbaren und benötigten Leistungserbringenden („Köpfe“) pro Jahr nach Szenarien der Nachfrageentwicklung (rBIX), der Entwicklung der Arbeitszeit und Neuzugängen	165
Tabelle 30:	Anzahl der stationären Fälle mit HIV-assoziierten Hauptdiagnosen (2023)	174
Tabelle 31:	Verteilung der stationären Fälle mit HIV-assoziierten Diagnosen auf Krankenhausstandorte (TOP 20) (2023)	174
Tabelle 32:	Leistungshäufigkeit OPS 8-548 (HAART) nach Klinikstandorten mit Anzahl > 50 (2023)	176
Tabelle 33:	Vollstationär versorgte Fälle nach HIV-DRG (M18A), 2023	180
Tabelle 34:	TOP 20-Hauptdiagnosen der vollstationär versorgten Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A), 2023	184
Tabelle 35:	Teilstationär versorgte Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A) nach DRGs, 2023	186
Tabelle 36:	TOP 20-Hauptdiagnosen der teilstationär versorgten Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A), 2023	186
Tabelle 37:	Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose nach Bundesländern, 2023	190
Tabelle 38:	Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Hauptdiagnose nach Wohn- und Behandlungsort sowie nach Regionstyp, 2023	191
Tabelle 39:	Hauptdiagnosen bei Fällen mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose, 2023	192
Tabelle 40:	HIV-Stadien bei vollstationär versorgten Fällen mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose, 2023	192
Tabelle 41:	Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose nach DRG, 2023	193

Tabelle 42:	Anzahl der stationären Fälle mit HIV-assoziierten Hauptdiagnosen, 2023	196
Tabelle 43:	Fälle mit Nebendiagnose B20-B24 ICD 10 nach Ländern, 2023	198
Tabelle 44:	Städte mit mindestens 50 Krankenhausfällen mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose, 2023	199
Tabelle 45:	Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach Wohn- und Behandlungsort sowie nach Regionstyp, 2023	200
Tabelle 46:	Hauptdiagnosen von Fällen mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose, 2023	203
Tabelle 47:	HIV-Stadien bei Fällen mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose, 2023	204
Tabelle 48:	Andere Nebendiagnosen von Fällen mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose, 2023	205
Tabelle 49:	Anzahl vollstationäre Fälle mit HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach DRG, 2023	206
Tabelle 50:	Anzahl vollstationäre Fälle mit HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach DRG, 2023	207
Tabelle 51:	Anzahl vollstationärer Fälle mit HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach DRG, 2023	209
Tabelle 52:	Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach Hauptdiagnosen, 2023	213
Tabelle 53:	Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach TOP 15-Hauptdiagnosen, 2023	214
Tabelle 54:	Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach HIV-Stadien	215
Tabelle 55:	Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach DRGs, 2023	216
Tabelle 56:	Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV in Bezug auf verschiedene Aspekte der Behandlung beim letzten Besuch in einer HIV-Schwerpunktpraxis oder einer HIV-Ambulanz nach Geschlecht (in %)	245
Tabelle 57:	Bewertung der Wichtigkeit verschiedener Faktoren in Bezug auf die ambulante HIV-Versorgung der befragten Menschen mit HIV nach Geschlecht (in %)	248

Tabelle 58: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV in Bezug auf verschiedene Aspekte der Behandlung beim letzten Krankenhausaufenthalt nach Geschlecht (in %) 252

Tabelle 59: Größter Handlungsbedarf für die HIV-Versorgung in Deutschland aus Sicht der befragten Menschen mit HIV nach Wohnortgröße und Geschlecht (in %) 258

Tabelle 60: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe C in %), ausgenommen B20-24, Z21), Gruppe C im Jahr 2023 285

Tabelle 61: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe C in %), ausgenommen B20-24, Z21), Gruppe C im Jahr 2014 287

Tabelle 62: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Anteil der Fälle an Gesamtfälle in Gruppe Z in %), Gruppe Z im Jahr 2023 303

Tabelle 63: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Anteil der Fälle an Gesamtfälle in Gruppe Z in %), Gruppe Z im Jahr 2014 305

Tabelle 64: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die Zahl der Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnose (entspricht Gruppe A im ersten Berichtsteil) nach Varianten 308

Tabelle 65: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die Zahl der Fälle mit Präexpositionsprophylaxe (entspricht Gruppe D im ersten Berichtsteil) nach Varianten 308

Tabelle 66: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die Zahl der Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnose (entspricht Gruppe A im ersten Berichtsteil) nach Varianten separat nach Kreistyp 309

Tabelle 67: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die Zahl der Fälle mit Präexpositionsprophylaxe (entspricht Gruppe D im ersten Berichtsteil) nach Varianten separat nach Kreistyp 309

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AAPC	average annual percent change (durchschnittliche jährliche Veränderung in Prozent)
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BE	Berlin
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
BB	Brandenburg
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
CC	Complication or Comorbidity (Komplikation oder Komorbidität)
CD4+	CD4-positive T-Helferzellen (Immunzelltyp)
dagnä	Deutsche Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin e.V.
DAIG	Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V.
DAS	Deutsche AIDS-Stiftung
DRG	Diagnosis Related Groups (Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FDZ	Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder
GOP	Gebührenordnungsposition
HB	Bremen
HE	Hessen
HH	Hamburg
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
LB	Leistungsbedarfe
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung

Abkürzung	Erläuterung
M1Q	Mindestens 1 Quartal (Diagnosekriterium)
M2Q	Mindestens 2 Quartale (Diagnosekriterium)
MDC	Major Diagnostic Category (Hauptdiagnosegruppe)
MDC18A	Major Diagnostic Category für HIV-Erkrankungen
MV	Mecklenburg-Vorpommern
mVWD	mittlere Verweildauer
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NI	Niedersachsen
NO	Nordrhein
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
p.a.	per annum (pro Jahr)
PCCL	Patient Clinical Complexity Level (Patientenbezogener klinischer Komplexitätsgrad)
PrEP	Präexpositionsprophylaxe
rBIX	relativer Beanspruchungsindex
RKI	Robert Koch-Institut
RP	Rheinland-Pfalz
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
sQB	strukturierte Qualitätsberichte
ST	Sachsen-Anhalt
TH	Thüringen
U61.3 ICD	ICD-Code für T-Helferzellzahl unter 200/Mikroliter Blut
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WL	Westfalen-Lippe
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

1. Hintergrund und Ziele der Studie

Die Zahl der Menschen mit HIV in Deutschland wird vom RKI auf knapp 97.000 zum Jahresende 2023 geschätzt (RKI 2024). Sie sind überwiegend männlich (knapp 80 %). Einbezogen in diese Schätzung ist ein Anteil von etwa 8,5 % ohne Kenntnis ihrer HIV-Infektion (d. h. ohne HIV-Diagnose). Knapp 18 % der Personen mit HIV-Erstdiagnose im Jahr 2023 waren bereits an AIDS erkrankt.

Infolge des breiten Einsatzes antiretroviraler Therapien ist die Zahl der AIDS-Erkrankungen sowie die Mortalität aufgrund von HIV-Infektionen in den letzten Jahren erheblich gesunken. Menschen mit HIV-Infektionen werden in Deutschland überwiegend ambulant behandelt. Hierfür haben sich wohnortnahe Versorgungsstrukturen aus allgemeinmedizinisch und internistisch geprägten hausärztlichen Schwerpunktpraxen etabliert, die eine spezialisierte ambulante Versorgung leisten, an denen sich auch (Universitäts-)Kliniken und Krankenhäuser mit HIV-Ambulanzen beteiligen und bei Bedarf die Verbindung zur stationären Versorgung gewährleisten.

Herausforderungen für die zukünftige HIV-Versorgung ergeben sich aus dem Umstand, dass die Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit HIV kontinuierlich zunimmt. Dank der erfolgreichen Therapien altern immer mehr Menschen mit HIV, so dass sich die HIV-Prävalenz bei etwa gleichbleibender Inzidenz erhöht. Gleichzeitig führt der demografische Wandel zu Nachwuchsproblemen beim medizinischen Fachpersonal, insbesondere in ländlichen Regionen. So ist zu erwarten, dass zahlreiche Betreiberinnen und Betreiber von HIV-Schwerpunktpraxen in den kommenden zehn Jahren die berufliche Altersgrenze erreichen. Bei der Versorgung mit der Präexpositions-HIV-Prophylaxe (PrEP) zeichnen sich bereits heute Versorgungsengpässe ab. Mit der zunehmenden Alterung von HIV-Patientinnen und -Patienten ist weiterhin damit zu rechnen, dass der Anteil multimorbider, komplex Erkrankter wächst, die zusätzliche Anforderungen an die spezialisierte Versorgung stellen. Aufgrund der demografischen Entwicklung steht zu befürchten, dass A in den Praxen und Kliniken zukünftig immer weniger Ärztinnen und Ärzte mit mehrjähriger Erfahrung in der Versorgung von HIV- bzw. AIDS-Patientinnen und -Patienten zur Verfügung stehen. Die zukünftige Integration der HIV-Medizin im System der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist daher von wesentlicher Bedeutung.

Angesichts der oben skizzierten Herausforderungen für die zukünftige HIV-Versorgung hat ein Konsortium, bestehend aus der Deutschen AIDS-Stiftung (DAS), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä) e. V. sowie der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) die vorliegende Studie beauftragt.

Ziele dieser Studie sind

- Darstellung und Analyse des gegenwärtigen Versorgungsangebots, sowohl quantitativ (ambulante und stationäre Leistungsstrukturen) als auch qualitativ (wahrgenommene Behandlungsqualität),

- Szenarien-Modellierung zur zukünftigen Entwicklung der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Behandlungsbedarf und die Verfügbarkeit medizinischer Fachkräfte sowie weiterer möglicher Einflussfaktoren,
- Ableitung von Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der HIV-Versorgungsstrukturen aus sektorenübergreifender Perspektive.

Die Studie fokussiert auf die medizinische Versorgung der Menschen mit HIV. Klar ist zugleich: Erfolgreiche Versorgung von Menschen mit HIV ist nur ganzheitlich möglich. Der psycho-sozialen Unterstützung von Menschen mit HIV, wie sie lokal und regional von AIDS-Hilfen und anderen HIV-Initiativen geleistet wird, kommt deshalb große Bedeutung zu. Sie kann indes im Umfang der vorliegenden Studie nicht beleuchtet werden.

Die Studie wurde vom IGES Institut in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) erstellt. Diese Zusammenarbeit ermöglichte einen einzigartigen Datenzugang, auf dessen Grundlage sich die ambulante vertragsärztliche Versorgung bundesweit umfassend und differenziert abbilden lässt. Entsprechend übernahm das Zi federführend die Analyse und die Szenarienmodellierung für die ambulanten Leistungsstrukturen der HIV-Versorgung.

2. Analyse der ambulanten Versorgung HIV-infizierter Patientinnen und Patienten sowie der Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

2.1 Einleitung

Grundlage für die umfassende Analyse der HIV- und PrEP-Versorgung in Deutschland ist die detaillierte Auswertung der ambulant-vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen. Im Zentrum steht die Auswertung bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen über einen Zeitraum von zehn Jahren. Neben der Beschreibung von Merkmalen der Leistungserbringenden – differenziert nach Praxistyp, Fachgruppe, Standort und Versorgungsumfang – werden auch regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte sowie die Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnose oder mit spezialisierter HIV-Schwerpunktversorgung und zusätzlich Patientinnen und Patienten mit PrEP-Leistungen untersucht. Die Auswertung ermöglicht so eine differenzierte Betrachtung von Angebot und Nachfrage sowie eine valide Beschreibung der aktuellen Versorgungslage auf Bundes- und regionaler Ebene.

2.2 Methode

2.2.1 Datengrundlage

Die Datengrundlage für die anstehende Auswertung bilden bundesweite, pseudonymisierte, krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V. Die Daten umfassen sämtliche gesetzlich Krankenversicherten, die im jeweiligen Kalenderjahr mindestens einen Kontakt zu Vertragsärztinnen und -ärzten in Anspruch genommen haben. Die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten enthalten pro pseudonymisierter Patientenidentifikationsnummer unter anderem Informationen zu Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, dokumentierten Diagnosen (Internationale Klassifikation der Krankheiten – ICD-10-GM), erbrachten Leistungen (Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs – GOP bzw. EBM), sowie den zugehörigen Abrechnungszeiträumen (Quartale und Kalenderjahre).

Die Analyse basiert sowohl auf der Patientenebene als auch auf der Praxisebene. Beide Ebenen werden aus Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V abgeleitet, jedoch mit unterschiedlichem Fokus: Während auf Patientenebene die Inanspruchnahme von Versorgung durch Patientinnen und Patienten analysiert wird (Nachfrageseite), stehen auf Praxisebene die Merkmale der leistungserbringenden Praxen und der Versorgenden im Mittelpunkt (Angebotsseite).

Die Daten aus der veröffentlichten Ärzteliste von HIV-Schwerpunktbehandlern sowie einer Mitgliederbefragung der dagnä unterstützen die Ergebnisse aus den Abrechnungsdaten, erlauben eine punktgenaue Darstellung der Arztstandorte und

geben ergänzende Informationen zur Altersstruktur der Schwerpunktärztinnen und -ärzte mit Ruhestandvorhaben auf regionaler Ebene.

2.2.2 Nachfrageseite: Patientenebene

Für die vorliegende Auswertung wurde eine patientenbasierte Segmentierung in fünf Gruppen vorgenommen, die sich entweder über kodierte Diagnosen (ICD-Codes) oder über spezifische Leistungsziffern (GOP/EBM) definieren:

Gruppe A – Patientinnen und Patienten mit HIV: Diese Gruppe umfasst alle Personen, bei denen im Erfassungszeitraum eine HIV-spezifische Diagnose kodiert wurde. Als HIV-spezifische Diagnosen gelten die ICD-10-GM-Codes: B20, B21, B22, B23, B24 sowie Z21 (Tabelle 1).

Tabelle 1: ICD-10-Codes für Definition der Gruppe A

ICD-10-Code	Beschreibung
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit
B23	Sonstige Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit
Z21	Asymptomatische HIV-Infektion

Quelle: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)

Zur Bestimmung der Prävalenz chronischer Erkrankungen in vertragsärztlichen Abrechnungsdaten wird häufig das sogenannte M2Q-Kriterium angewendet, das eine Diagnose in mindestens zwei verschiedenen Quartalen desselben Kalenderjahres voraussetzt. Dieses Vorgehen erhöht die diagnostische Validität, da einmalige, potenziell vorläufige (Verdachts-)Diagnosen ausgefiltert werden. Daher werden im vorliegenden Bericht für Gruppe A ausschließlich Ergebnisse auf Basis des M2Q-Kriteriums berichtet.

Gruppe B – Patientinnen und Patienten in spezialärztlicher HIV-Versorgung: Diese Gruppe wird ausschließlich über die Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen definiert (EBM-Abschnitt 30.10). Sie umfasst alle Personen mit mindestens einer Abrechnung der GOP-Ziffern 30920, 30922 oder 30924, die der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherheitsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zugeordnet sind (Tabelle 2).

Tabelle 2: Gebührenordnungspositionen für Definition der Gruppe B

GOP-Ziffer	Beschreibung
GOP 30920	Zusatzpauschale für die Behandlung von HIV-Infizierten.
GOP 30922	Zuschlag I zur GOP 30920 bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten.
GOP 30924	Zuschlag II zur GOP 30920 bei Vorliegen HIV-assoziierter Erkrankungen und/oder AIDS-definierender Erkrankungen und/oder bei Vorliegen von behandlungsbedürftigen Koinfektionen (z. B. Hepatitis B/C, Tuberkulose), ggf. bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten.

Quelle: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 2023

Gruppe D – Patientinnen und Patienten unter PrEP (Präexpositionsprophylaxe): Die Gruppe D wird ebenfalls auf Basis der erbrachten Leistungen definiert. Eingeschlossen sind alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Abrechnung einer der GOP-Ziffern des EBM-Abschnitts 1.7.8 HIV-Präexpositionsprophylaxe (01920, 01921, 01922, 01930, 01931, 01932, 01933, 01934, 01935 oder 01936), die PrEP-bezogene Leistungen abbilden (Tabelle 3).

Tabelle 3: Gebührenordnungspositionen für Definition der Gruppe D

GOP-Ziffer	Beschreibung
GOP 01920	Beratung vor Präexpositionsprophylaxe.
GOP 01921	Einleitung der Präexpositionsprophylaxe.
GOP 01922	Kontrolle im Rahmen der Präexpositionsprophylaxe.
GOP 01930	Bestimmung von Kreatinin im Serum/Plasma und Berechnung der eGFR im Rahmen einer PrEP.
GOP 01931	Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern sowie HIV-p24-Antigen im Rahmen einer PrEP.
GOP 01932	Nachweis von HBs-Antigen und HBc-Antikörpern vor Beginn einer PrEP.
GOP 01933	Nachweis von HBs-Antikörpern vor Beginn einer PrEP.
GOP 01934	Nachweis von HCV-Antikörpern im Rahmen einer PrEP.
GOP 01935	Nachweis von Treponemenantikörpern mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay im Rahmen einer PrEP.
GOP 01936	Nachweis von Neisseria gonorrhoeae und/oder Chlamydien mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT) aus einem oder mehreren Materialien, ggf. gepoolt, im Rahmen einer PrEP.

Quelle: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 2023

Gruppe C – HIV-Patientinnen und Patienten mit Leistungen der spezialisierten Versorgung: Gruppe C bildet eine Schnittmenge aus den Gruppen A und B. Sie umfasst alle Personen mit einer HIV-Diagnose (Gruppe A) und der Abrechnung einer

Leistung aus der spezialisierten HIV-Versorgung (Gruppe B). Aufgrund der Ähnlichkeit dieser Gruppe zur Gruppe B (allerdings nicht deckungsgleich), wird sie im vorliegenden Bericht nicht separat beschrieben, die entsprechenden Ergebnisse befinden sich jedoch im Anhang A1.

Gruppe Z – Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer HIV-Infektion: Diese Gruppe ist definiert durch das alleinige Vorliegen des ICD-Codes Z21 („Asymptomatische HIV-Infektion“), ohne zusätzliche Manifestationen (B20–B24). Auch für diese Gruppe wird das sogenannte M2Q-Kriterium angewendet. Auch diese Ergebnisse sind im Anhang A2 dokumentiert.

Die Hauptanalysen dieses Berichts konzentrieren sich auf die drei zentralen Gruppen: Gruppe A (Patientinnen und Patienten mit HIV insgesamt), Gruppe B (spezialisierte HIV-Versorgung) und Gruppe D (PrEP-Nutzende). Diese drei Gruppen bilden die Grundlage für die umfassende Darstellung der Versorgungslage, der Inanspruchnahme von Leistungen, demografischer Merkmale sowie regionaler und versorgungsstruktureller Unterschiede. Ergebnisse zu den Gruppen C und Z werden im vollen Umfang in den Anhängen A1 und A2 präsentiert, da sie analytisch als Untergruppen der Hauptkohorten betrachtet werden.

Angebotsseite: Praxisebene

Ergänzend zur Patientenperspektive werden in dieser Auswertung auch die leistungserbringenden Praxen und Versorgende (mit Teilnahmestatus zugelassen (selbständig) oder angestellt, ohne ermächtigte oder sonstige Leistungserbringende) und deren Merkmale untersucht. Die Analyse auf Praxis- und Versorgendenebene basiert auf den zuvor genannten GOP-Ziffern, die den jeweiligen Praxen eindeutig zugeordnet sind. Zwei Gruppen wurden hierbei definiert:

Gruppe B (HIV-Schwerpunktpraxen): Diese Gruppe umfasst alle Praxen und Leistungserbringende, die im Auswertungszeitraum mindestens eine Leistung der spezialisierten HIV-Versorgung gemäß EBM-Abschnitt 30.10 abgerechnet haben. Für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten HIV-Medizin benötigen Leistungserbringende eine Abrechnungsgenehmigung ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Diese Genehmigung wird erteilt, wenn die fachlichen und sonstigen Qualitätsanforderungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV erfüllt und regelmäßig gegenüber der KV nachgewiesen werden.

Gruppe D (PrEP-Praxen): Diese Gruppe beinhaltet Praxen und Leistungserbringende, die mindestens eine PrEP-bezogene Leistung des jeweiligen dargestellten Jahres gemäß einer EBM-Abschnitt 1.7.8 dokumentiert haben.

2.2.3 Auswertungsstrategie – Angebots- und Nachfrageseite

Die Auswertungsstrategie dieses Berichts orientiert sich an der Trennung von Inanspruchnahme- (Nachfrage) und Versorgungsstruktur (Angebot) im Vertragsarztbereich. Die Patientenebene bildet die Grundlage zur Analyse der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch die definierten Patientengruppen mit HIV-Diagnosen (Gruppe A), mit HIV-Schwerpunktversorgung (Gruppe B) und mit PrEP-

Versorgung (Gruppe D). In diesem Zusammenhang werden zentrale Aspekte wie die Entwicklung der Patientenzahlen, demografische Merkmale, regionale Verteilungen (KV- und Kreisebene), an der Versorgung beteiligte Fachgruppen, typische Patientenströme sowie das Auftreten von Komorbiditäten betrachtet (Kapitel 2.327). Ein Vergleich der Behandlungsprävalenzen in Gruppe B und D mit der Allgemeinbevölkerung sowie eine Betrachtung des Leistungsbedarfs runden diesen Teil ab.

Parallel dazu wird auf der Praxisebene untersucht, welche Praxen und Leistungserbringende Leistungen im Rahmen der HIV-Schwerpunktversorgung bzw. der PrEP-Versorgung abgerechnet haben. Dabei stehen die Anzahl und Entwicklung der HIV-Schwerpunktpraxen bzw. Praxen mit PrEP-Versorgung, deren Strukturmerkmale (z. B. Größe, Praxistyp) sowie die Überschneidung beider Versorgungsbereiche, also der Anteil der Praxen, die sowohl PrEP- als auch HIV-Schwerpunktversorgung leisten (Kapitel 2.4). Dabei ist zu beachten, dass in diesem Abschnitt ausschließlich die Anzahl der Versorgenden in Personen („Köpfen“) gezählt wird. Durch die Verbindung beider Ebenen ermöglicht die Analyse eine umfassende Betrachtung von Angebot und Nachfrage in der ambulanten Versorgung von Menschen mit HIV sowie in der HIV-Prävention.

Zur differenzierten Darstellung der Leistungsinanspruchnahme werden dabei Fallzahlen sowohl als Behandlungsfälle als auch als Arztfälle ausgewiesen. Die zugrunde liegenden Definitionen folgen den Regelungen gemäß des Bundesmantelvertrags – Ärzte (BMV-Ä)[1]:

„Behandlungsfall: Die gesamte von derselben Arztpraxis (…) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall; Behandlungsfälle beziehen sich auf die Rechtsbeziehungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen im Abrechnungswesen“. Die Definition ist praxisbezogen und erlaubt Aussagen über die Anzahl der versorgten Fälle je Praxis.

„Arztfall: Alle Leistungen bei einem Versicherten, welche durch denselben Arzt unabhängig vom vertragsarztrechtlichen Status in der vertragsärztlichen Versorgung in demselben Kalendervierteljahr und unabhängig von der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht werden“. Diese Definition ist arztbezogen und erlaubt differenzierte Analysen zur Einbindung einzelner Leistungserbringender.

Bei der geschlechtergetrennten Analyse wird im Folgenden ausschließlich zwischen „männlich“ und „weiblich“ differenziert. Patientinnen und Patienten mit anderen Geschlechtsangaben oder ohne Angabe zum Geschlecht wurden aufgrund der geringen Fallzahlen nicht separat ausgewiesen und in den geschlechterspezifischen Darstellungen nicht berücksichtigt. Für die Berechnung von Anteilen oder Bezugsgrößen wird jedoch stets die Gesamtzahl aller Patientinnen und Patienten

[1] https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf (zuletzt abgerufen am 15.05.2025)

einbezogen – einschließlich jener mit nicht-binärer Geschlechtsidentität oder fehlender Angabe.

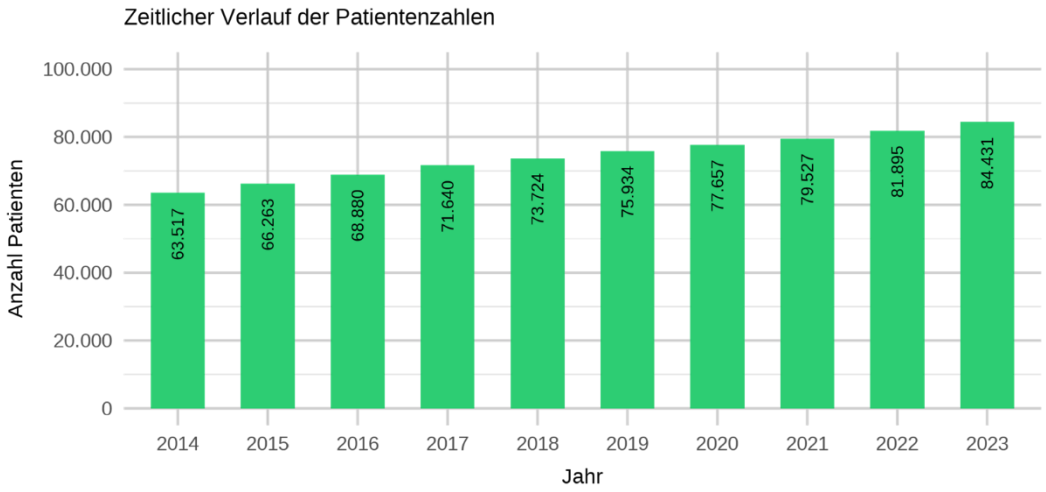
2.3 Ergebnisse: Nachfrageseite

2.3.1 Patienten- und Fallzahlen im Zeitverlauf

2.3.1.1 Gruppe A

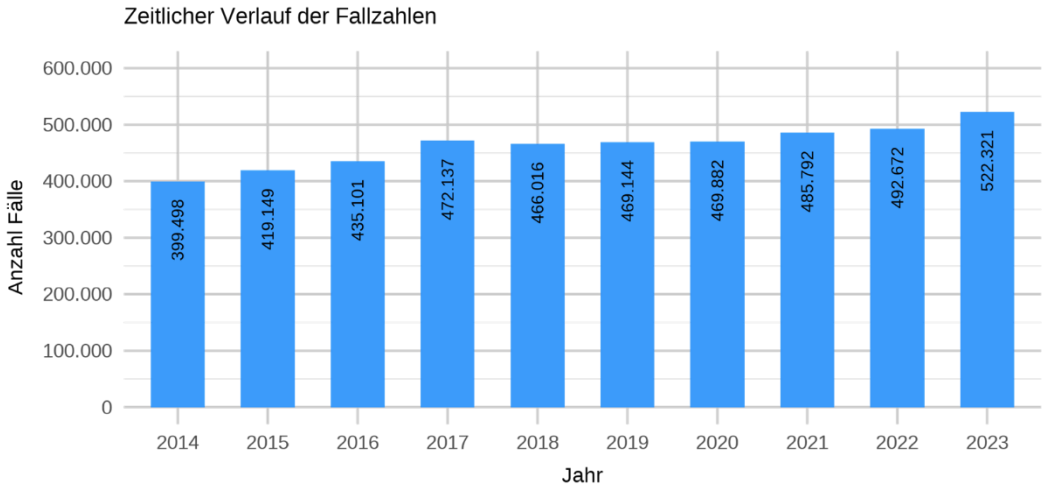
Im Zeitraum von 2014 bis 2023 ist sowohl die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnosen (Abbildung 1) als auch die Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle (Abbildung 2) kontinuierlich angestiegen. Die Patientenzahl wuchs von 63.517 im Jahr 2014 auf 84.431 im Jahr 2023, was einem Anstieg von rund 33 % entspricht. Parallel dazu stieg die Zahl der dokumentierten Behandlungsfälle von 399.498 auf 522.321 Fälle, ein Zuwachs von etwa 31 %. Trotz eines leichten Rückgangs der Fallzahlen im Jahr 2018 setzte sich der langfristige Wachstumstrend in den Folgejahren fort.

Abbildung 1: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr, Gruppe A



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 2: Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe A

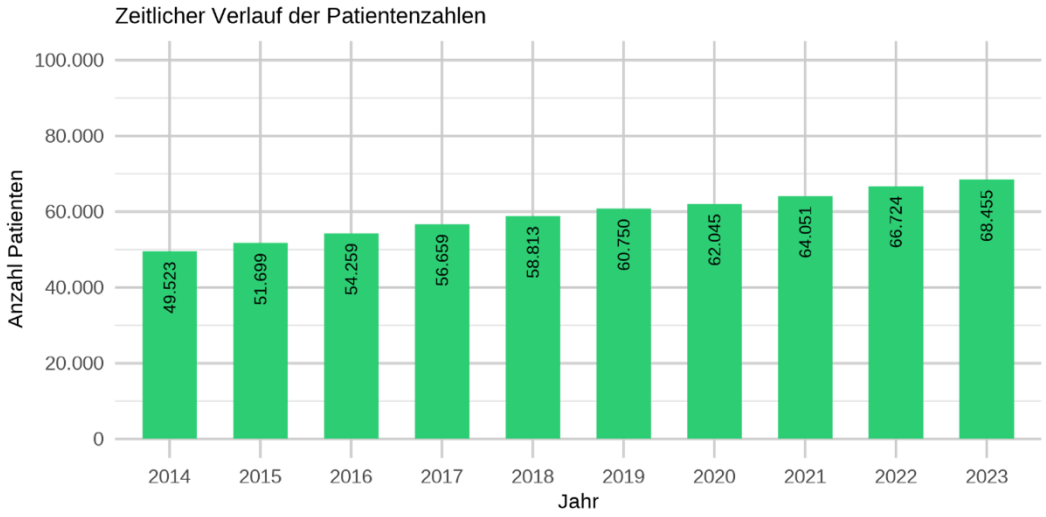


Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

2.3.1.2 Gruppe B

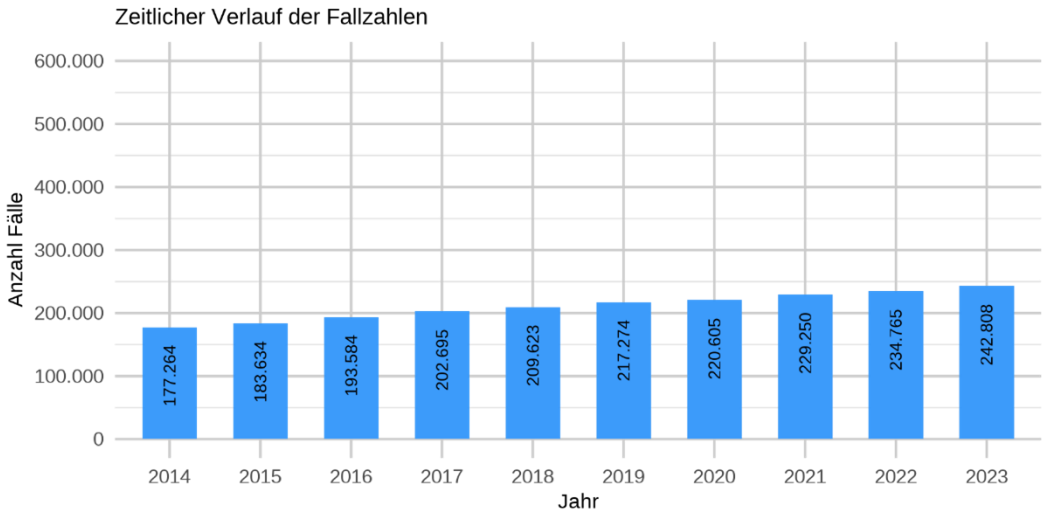
Auch in Gruppe B, die Patientinnen und Patienten mit spezialisierter HIV-Versorgung umfasst, ist im Betrachtungszeitraum 2014 bis 2023 ein stetiger Anstieg der Fall- und Patientenzahlen zu beobachten. Die Zahl der versorgten Patientinnen und Patienten stieg von 49.523 im Jahr 2014 auf 68.455 im Jahr 2023 – ein Zuwachs von rund 38 % (Abbildung 3). Die Anzahl der dokumentierten Behandlungsfälle erhöhte sich im gleichen Zeitraum von 177.264 auf 242.808 Fälle, was einer Steigerung von etwa 37 % entspricht (Abbildung 4). Der Unterschied in der Patientenzahl zwischen Gruppe A (alle ambulant versorgten Personen mit HIV-Diagnose) und Gruppe B (Personen in spezialisierter HIV-Versorgung) beträgt im Jahr 2023 rund 16.000. Diese Differenz lässt sich dadurch erklären, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnose außerhalb der vertragsärztlichen spezialisierten Versorgung betreut wird. Dazu zählen unter anderem die Versorgung am Krankenhaus, z. B. Institutsambulanzen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (siehe auch Kapitel 5). Zudem kann es sich bei einem Teil der Personen in Gruppe A um Patientinnen und Patienten handeln, bei denen zwar eine HIV-Diagnose dokumentiert wurde, die jedoch aktuell keine gezielte HIV-(Schwerpunkt-)Behandlung erhalten.

Abbildung 3: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 4: Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

2.3.1.3 Gruppe C

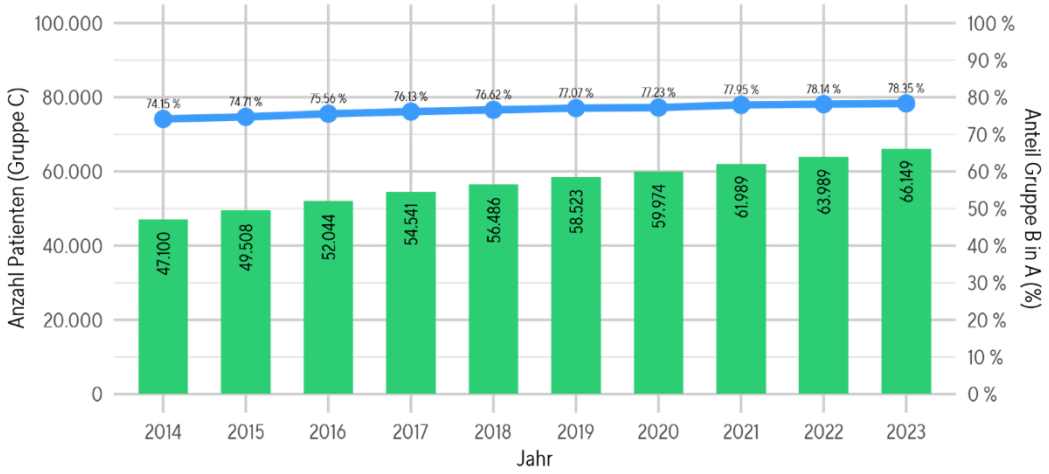
Die Patientengruppe C umfasst – wie der Methodenbeschreibung zu entnehmen – alle Personen mit einer gesicherten HIV-Diagnose, die zusätzlich eine spezialisierte HIV-Schwerpunktversorgung in Anspruch nehmen. Damit bildet Gruppe C den Schnittbereich beider Gruppen ab und stellt eine Teilpopulation innerhalb der HIV-Versorgung dar, da sie sowohl durch die Diagnose als auch durch eine Schwerpunktversorgung definiert ist.

Die Entwicklung der Gruppe C über die Jahre 2014 bis 2023 zeigt eine insgesamt steigende absolute Patientenzahl – von rund 47.100 Patientinnen und Patienten im Jahr 2014 auf knapp 66.150 im Jahr 2023 (Abbildung 5).

Der Anteil dieser spezialisiert Versorgten an allen Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnosen lag im Jahr 2014 bei rund 74 % und stieg bis 2023 kontinuierlich auf über 78 % an. Dies deutet darauf hin, dass der Großteil der HIV-Patientinnen und -Patienten mit wachsendem Anteil im Rahmen einer HIV-Schwerpunktversorgung im vertragsärztlichen Sektor behandelt wird.

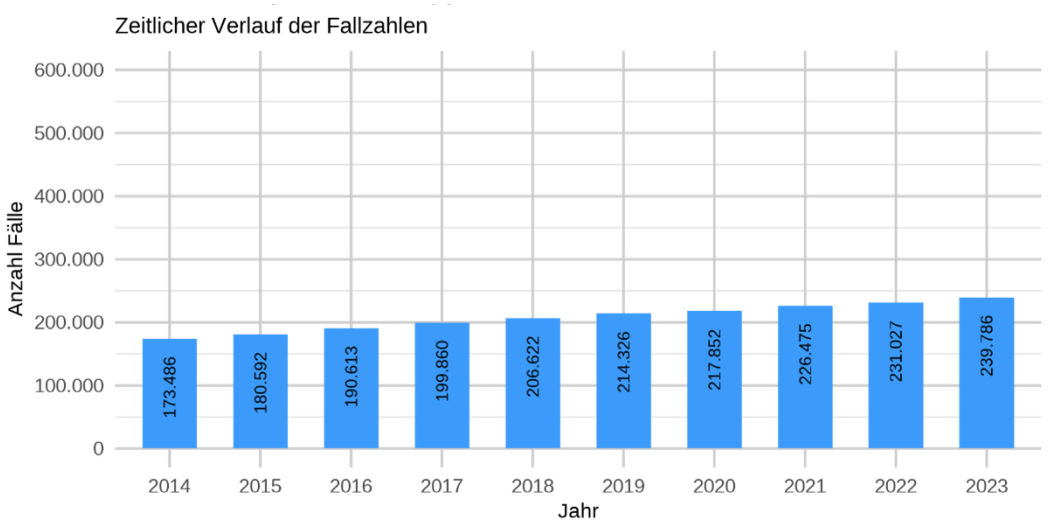
Die weiteren detaillierten Analysen zur Teilgruppe C sind im Anhang A1 zu finden.

Abbildung 5: Anzahl/Anteil Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnosen in Schwerpunktversorgung pro Jahr, Gruppe C



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 6: Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe C



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

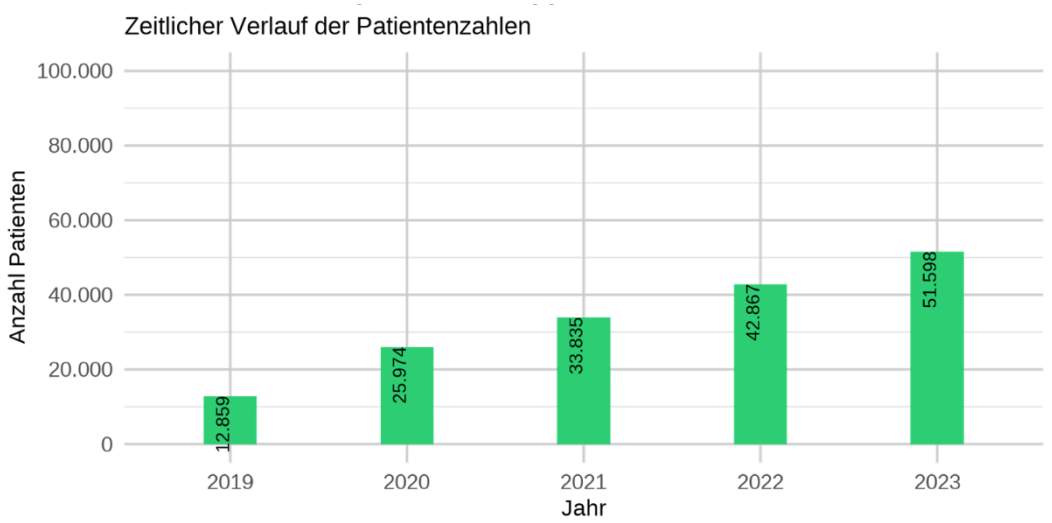
2.3.1.4 Gruppe D

Gruppe D umfasst Patientinnen und Patienten, die Leistungen im Zusammenhang mit der HIV-Präexpositionsprophylaxe in Anspruch genommen haben. Als PrEP-Nutzende wurden dabei auch Personen erfasst, bei denen ausschließlich die GOP 01920, also eine Beratung vor Beginn einer Präexpositionsprophylaxe, abgerechnet wurde. Es ist zu beachten, dass es auf dieser Grundlage zu einer gewissen Übererfassung kommen kann, da nicht bei allen erfassten Personen nach der Beratung tatsächlich eine PrEP-Versorgung erfolgte. Der Unterschied zur tatsächlichen Verordnung fällt jedoch vergleichsweise gering aus. Im Jahr 2023 wurden beispielsweise 51.598 PrEP-Nutzende erfasst, von denen bei rund 2.100 Personen ausschließlich eine Beratung (GOP 01920) abgerechnet wurde.

Die Auswertung dieser Gruppe ist ab dem Jahr 2019 möglich, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Abrechnung in diesem Jahr nur eingeschränkt vollständig ist, da erst seit September 2019 gesetzlich krankenversicherte Personen mit einem HIV-Infektionsrisiko einen Anspruch auf eine ärztlich verordnete PrEP einschließlich der zugehörigen Beratung, Diagnostik und Medikation haben. Infolge der späten Einführung im Jahresverlauf sind Ergebnisse für das Jahr 2019 nur eingeschränkt belastbar. Das Jahr 2020 kennzeichnet das erste vollständige Berichtsjahr.

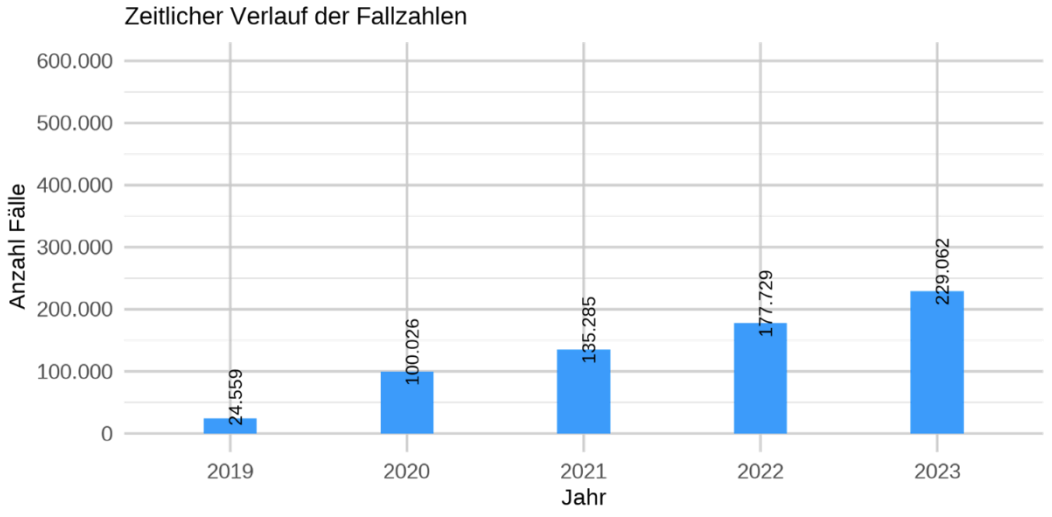
Ab dem Jahr 2020 zeigt sich ein deutliches Wachstum in der Inanspruchnahme von PrEP-Leistungen. Die Zahl der PrEP-Nutzenden stieg von 25.974 im Jahr 2020 auf 51.598 im Jahr 2023, was einer Verdopplung innerhalb von drei Jahren entspricht (Abbildung 7). Parallel dazu nahm auch die Zahl der dokumentierten Behandlungsfälle stark zu – von 100.026 im Jahr 2020 auf 229.062 im Jahr 2023 (Abbildung 8).

Abbildung 7: Anzahl PrEP-Nutzende pro Jahr, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023
Anmerkung: Die Auswertung dieser Gruppe ist ab 2019 möglich; aufgrund des erst ab September 2019 bestehenden Leistungsanspruchs ist die Analyse für dieses Jahr jedoch nur eingeschränkt vollständig.

Abbildung 8: Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023
Anmerkung: Die Auswertung dieser Gruppe ist ab 2019 möglich; aufgrund des erst ab September 2019 bestehenden Leistungsanspruchs ist die Analyse für dieses Jahr jedoch nur eingeschränkt vollständig.

2.3.2 Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient im Zeitverlauf

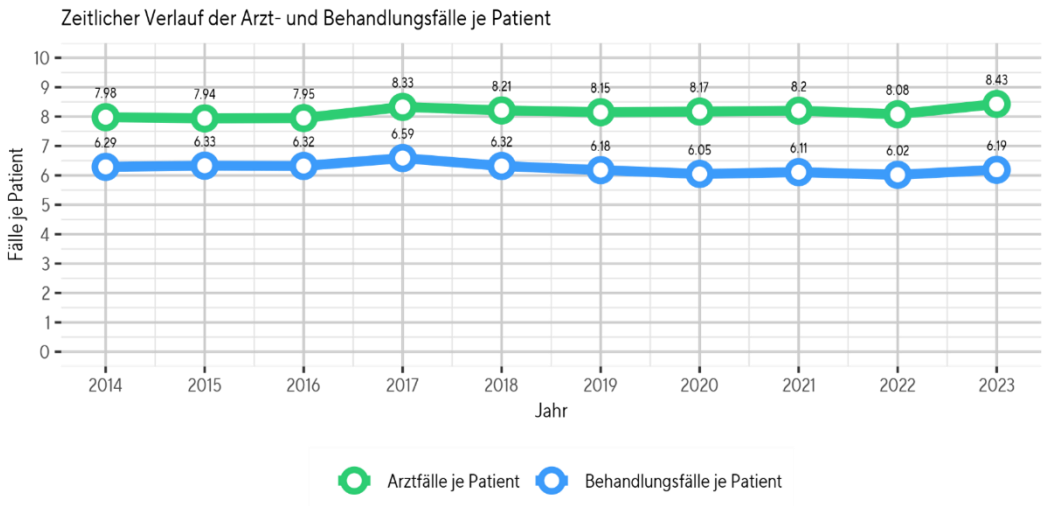
Im Folgenden werden die durchschnittlichen Behandlungsfälle und Arztfälle pro Patientin bzw. Patient und Jahr ausgewiesen, um die individuelle Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im Zeitverlauf zu analysieren.

2.3.2.1 Gruppe A

Für Gruppe A zeigt sich zwischen 2014 und 2023 eine insgesamt beständige Entwicklung (Abbildung 9). Die Behandlungsfälle pro Patientin bzw. Patient lagen durchgehend zwischen 6,02 und 6,59 Fällen pro Jahr. Der höchste Wert wurde im Jahr 2017 mit 6,59 Behandlungsfällen erreicht. In den Folgejahren blieb die Zahl relativ stabil, mit einem leichten Rückgang bis 2022 und einem erneuten Anstieg auf 6,19 im Jahr 2023. Die Behandlungsfälle pro Patientin bzw. Patient sind über die letzten zehn Jahre weitgehend konstant geblieben – was auf eine gleichbleibende Versorgungsintensität hinweist.

Die Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient lagen in Gruppe A über den gesamten Zeitraum hinweg höher als die Behandlungsfallzahlen und bewegten sich zwischen 7,94 (2015) und 8,43 (2023). Die Zahl der Arztfälle übersteigt damit kontinuierlich die Zahl der Behandlungsfälle. Das spricht für eine arztübergreifende Versorgung, etwa in Form von Gemeinschaftspraxen oder medizinischen Versorgungszentren, in denen mehrere Behandelnde gemeinsam an der Versorgung beteiligt sind. Auch eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen HIV-Behandelnden, Hausärztinnen und -ärzten sowie Fachärztinnen und -ärzten für Vorsorge oder Behandlung zusätzlicher Erkrankungen kann hierzu beitragen.

Abbildung 9: Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient und Jahr, Gruppe A



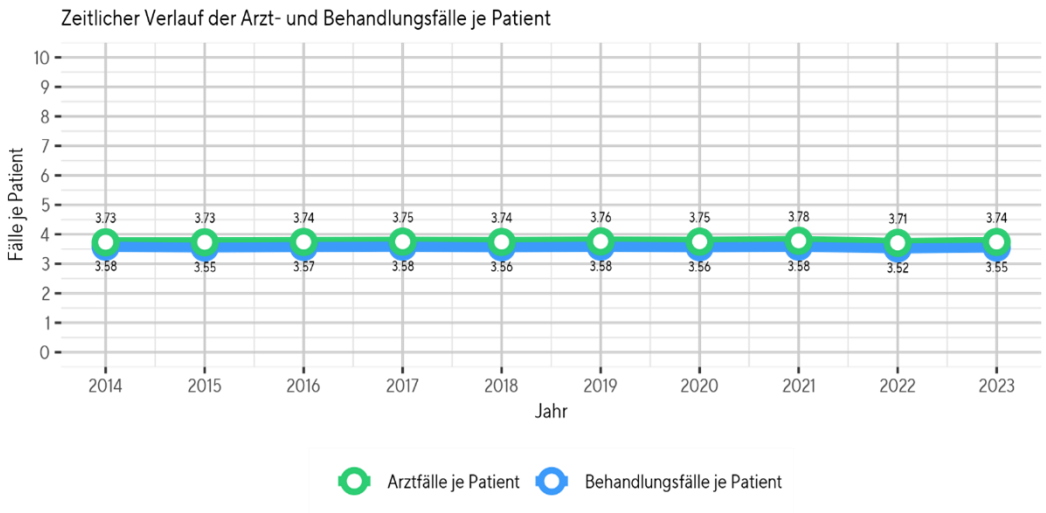
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

2.3.2.2 Gruppe B

Im Rahmen der spezialisierter HIV-Versorgung zeigen die durchschnittlichen Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient und Jahr eine weitgehend konstante Entwicklung (Abbildung 10). Die Behandlungsfälle pro Patientin und Patient lagen über den gesamten 10-Jahres-Zeitraum zwischen 3,52 und 3,58 Fällen jährlich. Diese Anzahl bezieht sich auf den reinen Behandlungsfall im Rahmen der HIV-Schwerpunktversorgung, d. h. Patientinnen und Patienten der Gruppe B sind überwiegend in allen vier Quartalen eines Jahres bei HIV-Schwerpunktärztinnen und -ärzten in Behandlung. Die Konstanz über die Zeit deutet auf eine gleichbleibende (hohe) Versorgungskontinuität innerhalb der spezialisierten HIV-Versorgung hin, die durch quartalsweise Kontrolluntersuchungen geprägt ist.

Die Arztfallzahlen bewegten sich im selben Zeitraum in einem sehr ähnlichen Bereich zwischen 3,71 und 3,78 und lagen 2023 bei 3,74. Im Unterschied zu Gruppe A ist der Abstand zwischen Arzt- und Behandlungsfällen in Gruppe B gering – beide Fallarten befinden sich auf nahezu gleichem Niveau, da die spezialisierte HIV-Versorgung an eine handlungsleitende Ärztin oder einen handlungsleitenden Arzt gekoppelt ist. Patientinnen und Patienten der Gruppe B weisen neben der Schwerpunktversorgung weitere Behandlungs- und Arztfälle auf (Daten nicht gezeigt).

Abbildung 10: Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient und Jahr, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

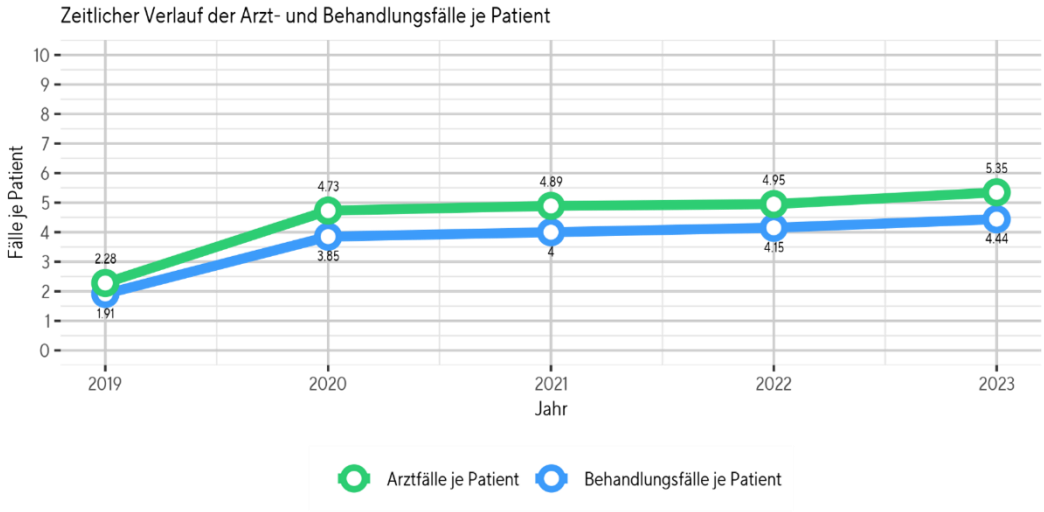
2.3.2.3 Gruppe D

In Gruppe D – Patientinnen und Patienten mit abgerechneter HIV-Präexpositionsprophylaxe – zeigt sich ab dem Jahr 2020 eine deutliche Zunahme der durchschnittlichen Behandlungs- und Arztfallzahlen pro Jahr (Abbildung 11). Die Entwicklung ab 2019 markiert den Beginn der regulären PrEP-Versorgung im Rahmen

der gesetzlichen Krankenversicherung. Ab dem Jahr 2020 zeigt sich eine kontinuierliche Steigerung: Die Behandlungsfälle pro Patientin bzw. Patient nahmen von 3,85 (2020) auf 4,44 im Jahr 2023 zu. Die Arztfallzahlen entwickelten sich im gleichen Zeitraum von 4,73 auf 5,35.

Die kontinuierlich steigenden Werte deuten auf eine zunehmende Inanspruchnahme und eine Etablierung der PrEP-Versorgung hin. Dies lässt auf einen anhaltend hohen und potenziell weiter wachsenden Bedarf schließen.

Abbildung 11: Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient und Jahr, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023
Anmerkung: Die Auswertung dieser Gruppe ist ab 2019 möglich; aufgrund des erst ab September 2019 bestehenden Leistungsanspruchs ist die Analyse für dieses Jahr jedoch nur eingeschränkt vollständig.

2.3.3 Verteilung der Arzt- und Behandlungsfälle 2023

Die folgenden Analysen zeigen die relative Verteilung der Arzt- und Behandlungsfälle im Jahr 2023 nach Quartalen. Aufgrund der zuvor beobachteten Konstanz bei der Anzahl der Fälle wird auf die Darstellung weiterer Jahre verzichtet.

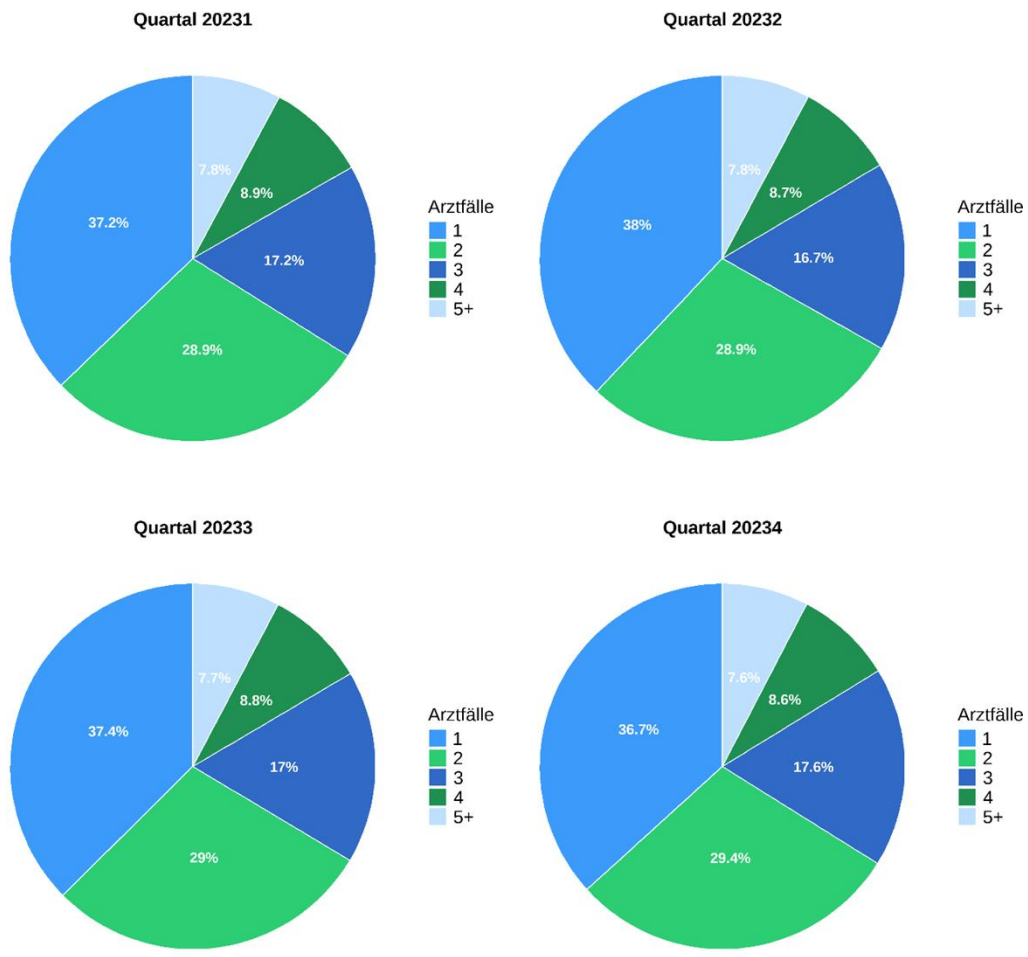
2.3.3.1 Gruppe A

Die quartalsweise Analyse der Arztfallzahlen in Gruppe A für das Jahr 2023 zeigt ein konsistentes Muster in der Häufigkeit der ärztlichen Inanspruchnahme innerhalb einzelner Quartale. Die Betrachtung differenziert zwischen Patientinnen und Patienten mit einem, zwei, drei, vier oder fünf und mehr Arztfällen pro Quartal (Abbildung 12).

In jedem Quartal des Jahres 2023 entfiel der größte Anteil auf Patientinnen und Patienten mit genau einem Arztfall. Dieser Anteil lag stabil zwischen 36,7 % und

38,0 %, was auf eine quartalsweise standardisierte Versorgung bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten hindeutet. Die zweithäufigste Gruppe bildeten Patientinnen und Patienten mit zwei Arztfällen pro Quartal, mit Anteilen von ca. 29 %. Ein Anteil von rund 17 % der Patientinnen und Patienten hatte drei Arztfälle im Quartal. Dies deutet auf eine intensive oder komplexe Betreuungssituation hin. Weitere 8 % hatten vier Arztfälle, und etwa 7 % fünf oder mehr, was auf sehr engmaschige, arztübergreifende Versorgungsverläufe innerhalb eines Quartals hinweist.

Abbildung 12: Verteilung der Arztfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe A

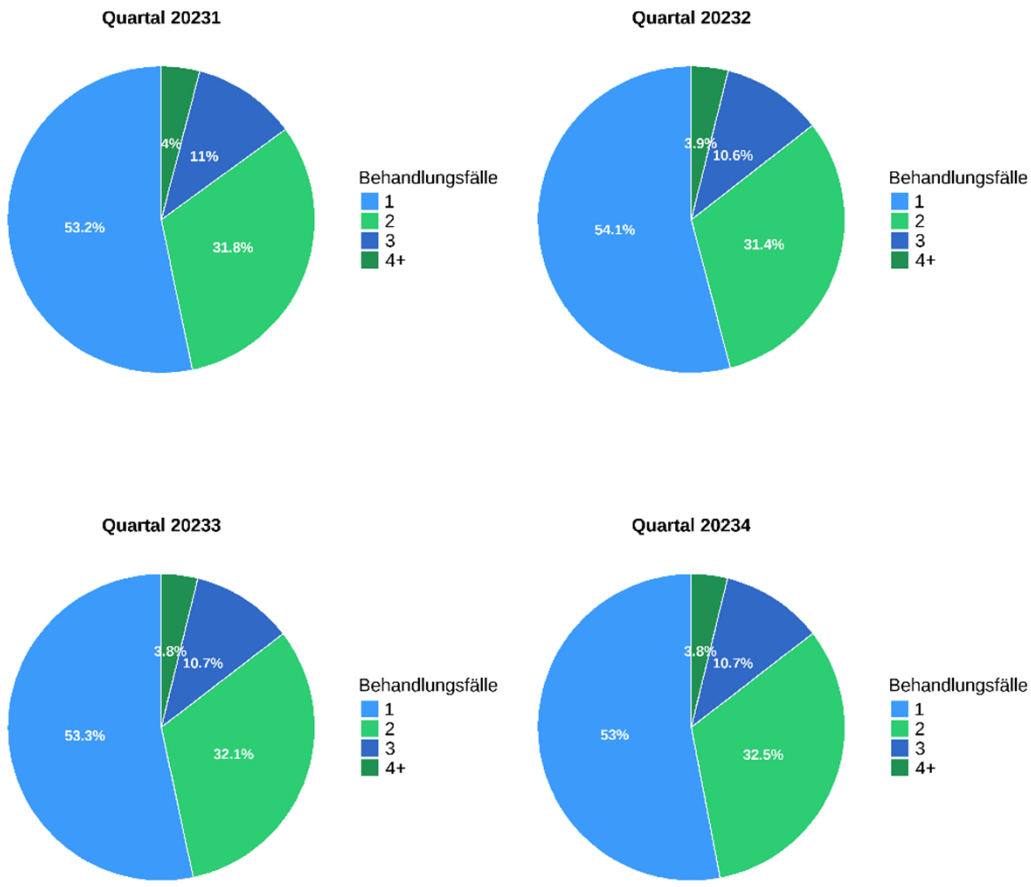


Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Die quartalsweise Analyse der Behandlungsfallzahlen in Gruppe A für das Jahr 2023 zeigt ein ähnliches Muster wie bei den Arztfällen, jedoch mit insgesamt geringerer Fallhäufigkeit. Auch hier wurde zwischen Patientinnen und Patienten mit einem, zwei, drei oder vier und mehr Behandlungsfällen pro Quartal unterschieden (Abbildung 13).

In allen Quartalen des Jahres 2023 hatte mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten genau einen Behandlungsfall. Der Anteil lag stabil zwischen 53,0 % und 54,1 %. Etwa 32 % der Patientinnen und Patienten hatten zwei Behandlungsfälle, während rund 11 % drei Fälle verzeichneten. Eine kleinere Gruppe von etwa 4,0 % der Patientinnen und Patienten hatte vier oder mehr Behandlungsfälle pro Quartal, was auf eine sehr dichte, praxisübergreifende Inanspruchnahme innerhalb kurzer Zeiträume hinweist. Diese Verteilung bestätigt das Bild einer weitgehend regelmäßigen und standardisierten Versorgung.

Abbildung 13: Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe A



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

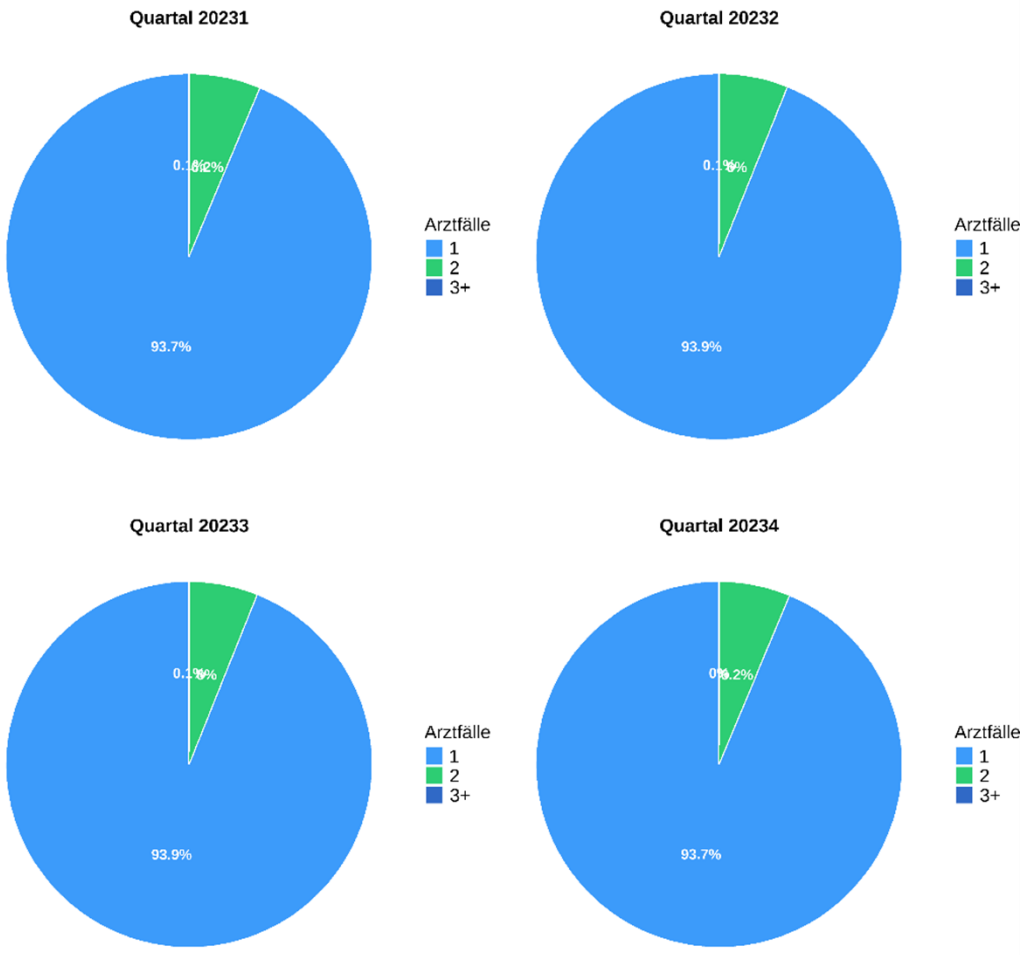
2.3.3.2 Gruppe B

Die quartalsweise Analyse der Arztfallzahlen in Gruppe B für das Jahr 2023 zeigt eine sehr einheitliche Inanspruchnahme ambulanter Leistungen (Abbildung 14). Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten hatte genau einen Arztfall pro Quartal. Dieser Anteil lag in allen vier Quartalen konstant bei rund 94 % und spiegelt die Leistungserbringung durch den Schwerpunktarzt wider. Etwa 6 %

der Patientinnen und Patienten hatten zwei Arztfälle pro Quartal. Diese zusätzliche Inanspruchnahme kann auf ergänzende oder kurzfristige Wechsel der Schwerpunktärztin oder des Schwerpunktarztes innerhalb desselben Quartals hindeuten. Nur unter ein Prozent hatten drei oder mehr Arztfälle, was in dieser Gruppe die Ausnahme darstellt.

Die gleichmäßige Verteilung unterstreicht zum einen die strukturierte, kontinuierliche und in der Regel einmalige ärztliche Betreuung je Quartal, wie sie für chronische Versorgungsverläufe und im Rahmen der Genehmigung der Leistungserbringung der spezialisierten HIV-Versorgung typisch ist, könnte zum anderen aber auch darauf hindeuten, dass eine hausärztliche Betreuung, sofern sie sowohl die spezialisierte HIV-Behandlung als auch die allgemeinmedizinische Versorgung umfasst, eine adäquate und gut integrierte Versorgungsform für Menschen mit HIV darstellen kann.

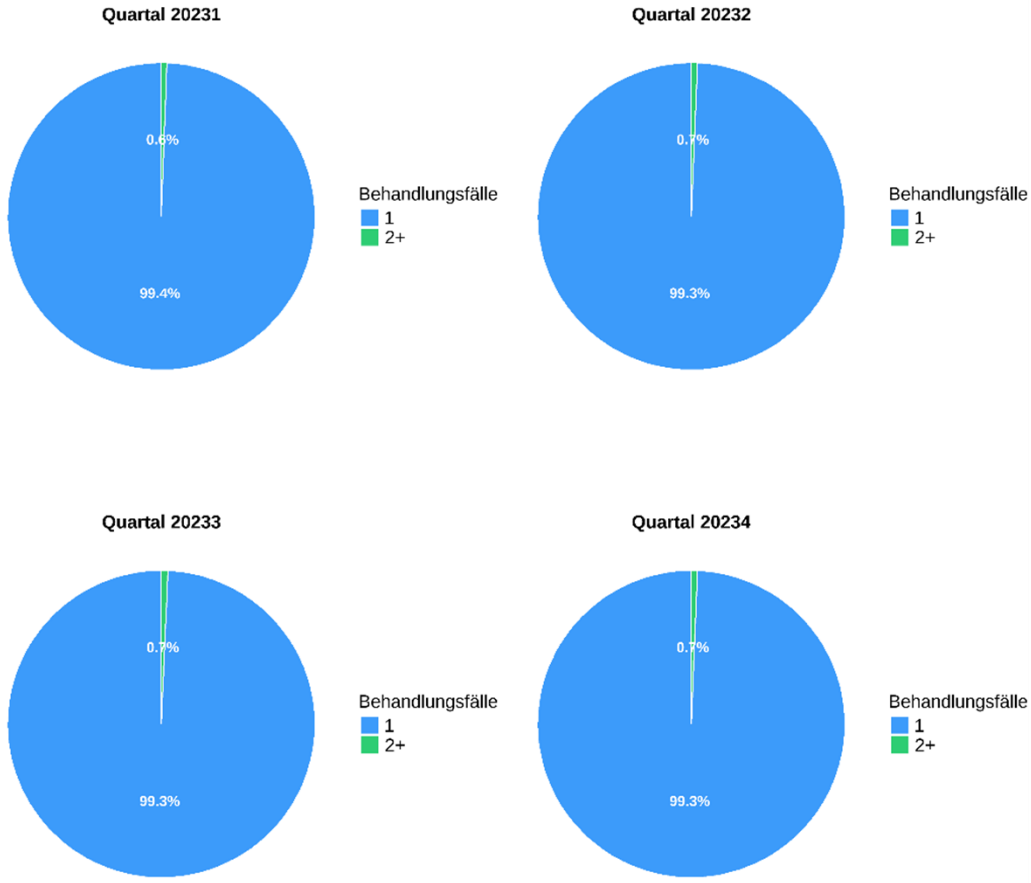
Abbildung 14: Verteilung der Arztfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Ein ähnliches Muster zeigt bei der Verteilung der Behandlungsfälle: in allen vier Quartalen hatten nahezu alle Patientinnen und Patienten im Rahmen der HIV-Schwerpunktversorgung genau einen Behandlungsfall pro Quartal (Abbildung 15). Der Anteil lag konstant bei über 99,3 %. Lediglich 0,7 % der Patientinnen und Patienten hatten zwei oder mehr Behandlungsfälle innerhalb eines Quartals.

Abbildung 15: Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

2.3.3.3 Gruppe D

Die quartalsweise Analyse der Arztfallzahlen bei Patientinnen und Patienten mit HIV-Präexpositionsprophylaxe zeigt im Jahr 2023 ein differenzierteres Inanspruchnahmemuster als in den Gruppen A und B. Die arztübergreifende Betreuung innerhalb eines Quartals erfolgt häufig mehrfach (Abbildung 16).

Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit genau einem Arztfall pro Quartal lag in allen vier Quartalen bei rund 30 %. Die größte Gruppe bildeten Patientinnen und Patienten mit zwei Arztfällen pro Quartal, mit Anteilen von etwa 44 %. Rund 20 %

hatten drei Arztfälle, während rund 6 bis 8 % mehr als drei Arztfälle innerhalb eines einzelnen Quartals aufwiesen.

Diese Verteilung legt nahe, dass die medizinische Betreuung der PrEP-Nutzenden häufig über eine einmalige Konsultation pro Quartal hinausgeht. Dies kann auf eine engmaschige Versorgung hinweisen, etwa im Rahmen von Kontrolluntersuchungen, Labordiagnostik oder ergänzenden (fach)ärztlichen Leistungen.

Abbildung 16: Verteilung der Arztfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe D

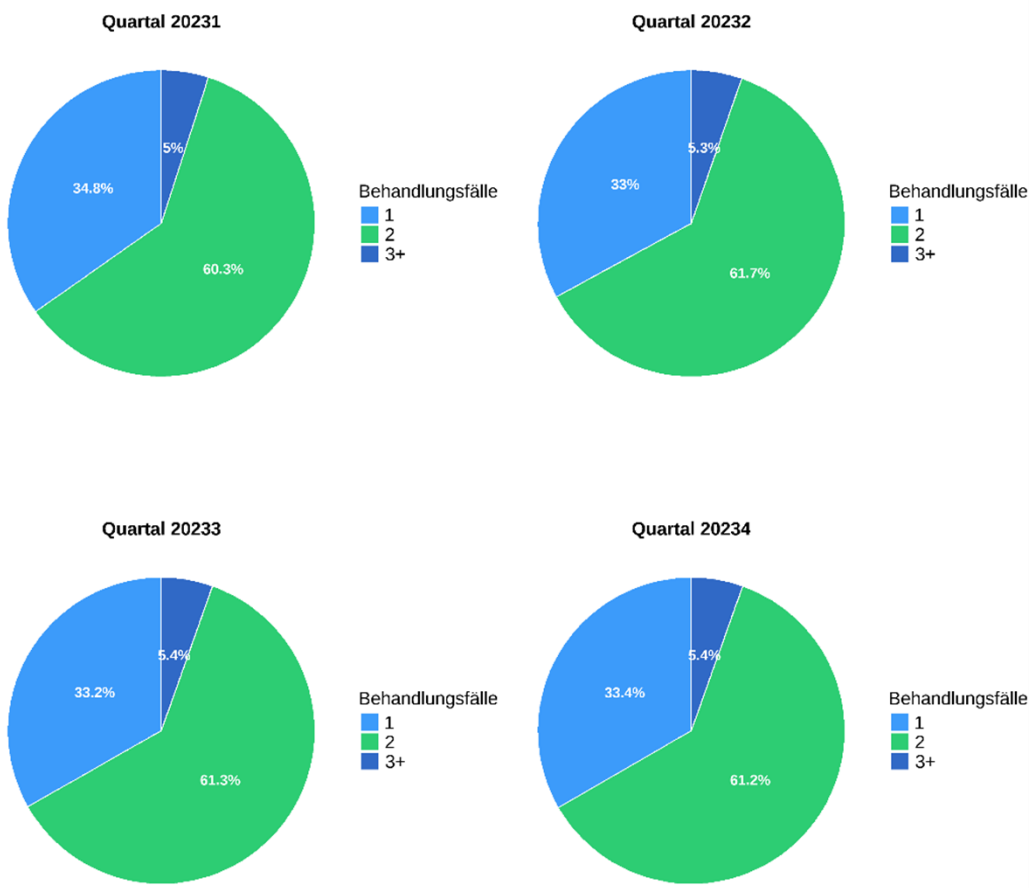


Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2020-2023

Die Verteilung der Behandlungsfälle je Patientin bzw. Patient und Quartal in Gruppe D zeigt im Jahr 2023 ein vergleichsweise differenziertes Nutzungsmuster (Abbildung 17). Im Gegensatz zu den Gruppen A und B treten hier deutlich häufiger mehrere Behandlungsfälle innerhalb eines Quartals auf. Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit genau einem Behandlungsfall pro Quartal lag zwischen 32,9 % und 34,8 %. Die Mehrheit (etwa 62 %) hatte zwei Behandlungsfälle pro Quartal. Ein weiterer Anteil von rund 5 % der Patientinnen und Patienten hatte drei oder mehr Behandlungsfälle innerhalb eines Quartals.

Diese Verteilung zeigt, dass die PrEP-Versorgung in der Regel eine praxisübergreifende Betreuung erfordert und aller Wahrscheinlichkeit nach als ergänzendes Angebot neben der regulären, beispielsweise hausärztlichen Versorgung, in Anspruch genommen wird.

Abbildung 17: Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023

2.3.4 Demografische Merkmale

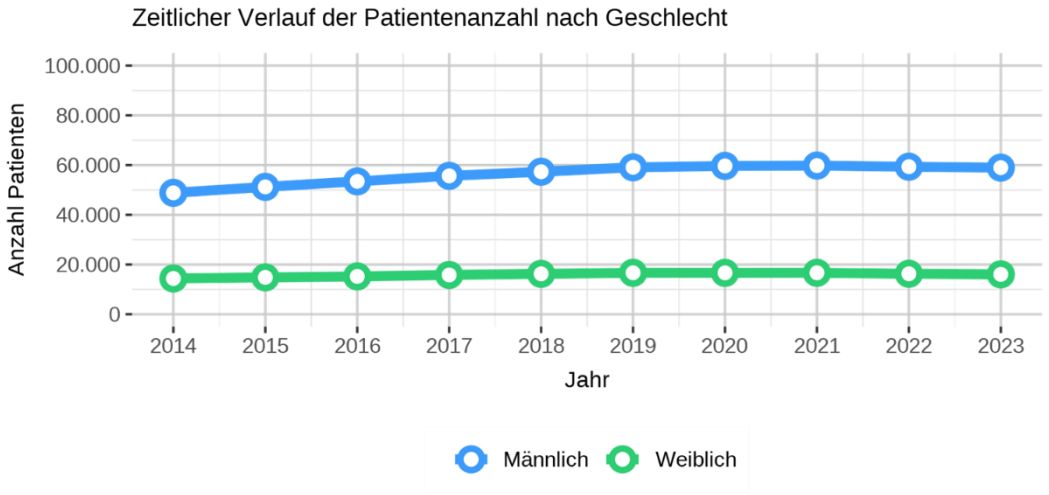
2.3.4.1 Gruppe A

Die jährliche, geschlechtergetrennte Auswertung der Patientenzahlen in Gruppe A zeigt über den Zeitraum von 2014 bis 2023 eine deutliche Geschlechterdifferenz (Abbildung 18). Männliche Patienten stellen in allen Jahren die weitaus größte Patientengruppe dar. Im Jahr 2014 wurden insgesamt 63.517 Patientinnen und Patienten gezählt. Davon waren 48.835 männlich (76,9 %) und 14.385 weiblich (22,6 %). Diese Verteilung blieb in den darauffolgenden Jahren nahezu gleich. Im

Jahr 2014 lag der männliche Anteil bei 76,9 %, während weibliche Patientinnen 22,6 % ausmachten. Im Jahr 2023 lag die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten bei 84.431, davon 64.667 männlich (76,6 %) und 19.656 weiblich (23,3 %).

Parallel dazu zeigt sich bei den Behandlungsfällen: Im Jahr 2014 entfielen von 399.498 Behandlungsfällen insgesamt 312.356 (78,2 %) auf männliche Patienten und 85.646 (21,4 %) auf weibliche Patientinnen. Im Jahr 2023 entfielen von insgesamt 522.321 Behandlungsfällen 404.952 (77,5 %) auf männliche und 116.813 (22,4 %) auf weibliche Patientinnen.

Abbildung 18: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Geschlecht, Gruppe A



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnosen hat sich zwischen 2014 und 2023 deutlich in Richtung älterer Jahrgänge verschoben (Abbildung 19 und Abbildung 20). Im Jahr 2014 verteilten sich die Patientinnen und Patienten wie folgt: Die größte Altersgruppe bildeten die 45–49-Jährigen mit 12.248 Patientinnen und Patienten (9.894 männlich, 2.292 weiblich), was einem Anteil von 19,3 % an der Gesamtzahl von 63.517 entspricht. Es folgten die 50–54-Jährigen mit 10.418 (8.500 männlich, 1.893 weiblich; 16,4 %) und die 40–44-Jährigen mit 8.971 Patientinnen und Patienten (6.695 männlich, 2.215 weiblich; 14,1 %). Zusammengenommen machten diese drei Altersgruppen über 49 % der gesamten Patientengruppe A aus. Die unter 30-Jährigen stellten mit rund 4.445 Patientinnen und Patienten (3.189 männlich, 1.257 weiblich) lediglich 7,0 % der Gesamtgruppe.

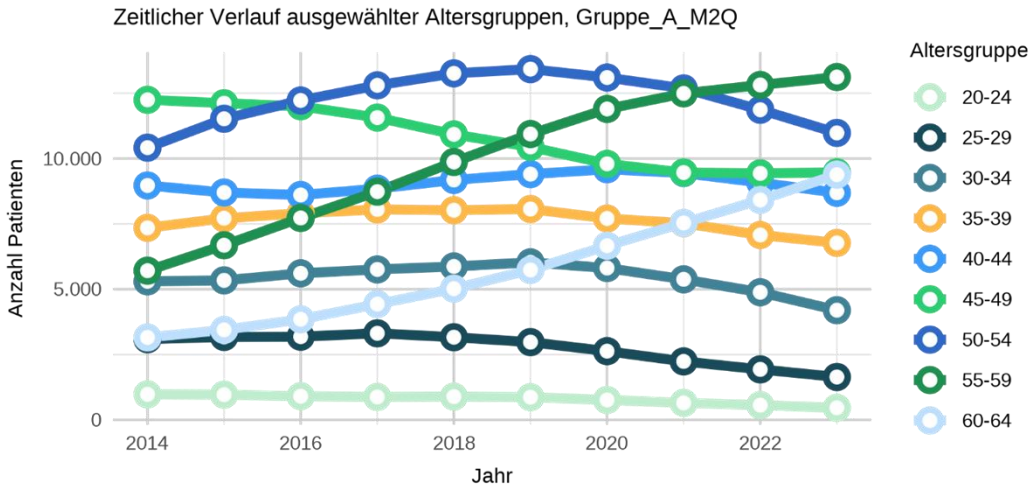
Im Jahr 2023 zeigt sich eine klare demografische Alterung der Patientengruppe: Die größte Altersgruppe sind die 55–59-Jährigen mit 13.769 Patientinnen und Patienten (11.262 männlich, 2.500 weiblich), was 16,3 % der insgesamt 84.431 Patientinnen und Patienten ausmacht. Es folgen die 50–54-Jährigen mit 11.863 (9.192

männlich, 2.662 weiblich; 14,1 %) und die 45–49-Jährigen mit 10.790 Patientinnen und Patienten (7.859 männlich, 2.917 weiblich; 12,8 %).

Der Anteil der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren steigt von 8,9 % im Jahr 2014 (ca. 5.700 Patientinnen und Patienten, davon 4.054 männlich und 1.646 weiblich) auf 17,3 % im Jahr 2023 (über 14.600 Patientinnen und Patienten, davon 10.797 männlich und 3.803 weiblich). Gleichzeitig sinkt der Anteil der unter 30-Jährigen im Jahr 2023 auf 2,3 %, entsprechend etwa 1.960 Patientinnen und Patienten (1.587 männlich, 373 weiblich).

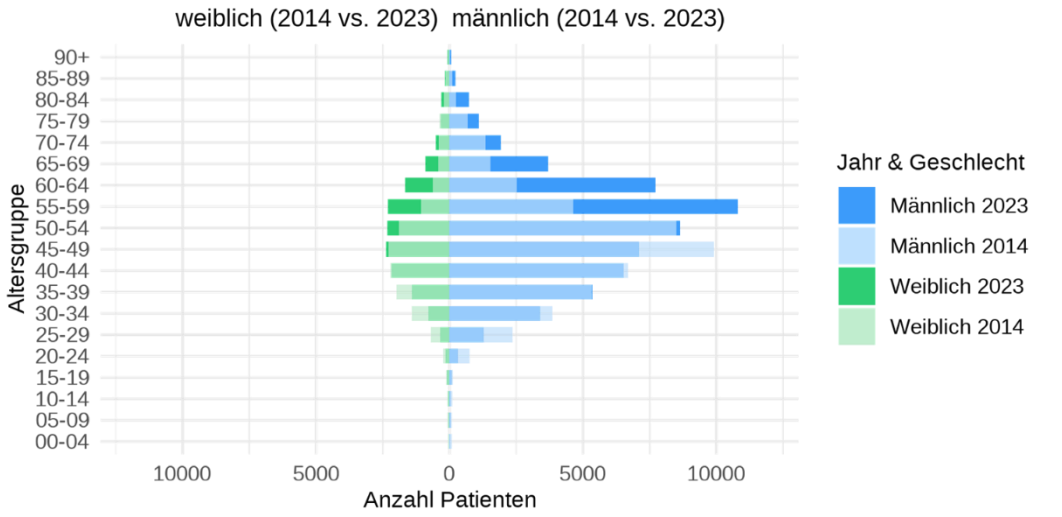
Mit rund 40 % ist die zusammengefasste Gruppe der über 55-Jährigen die größte Altersgruppe unter den Menschen mit HIV. Diese Entwicklung verdeutlicht die fortschreitende Alterung der Versorgungsgruppe und den damit verbundenen wachsenden Bedarf an altersgerechter Versorgung. Gleichzeitig weist der Rückgang junger Patientinnen und Patienten auf veränderte Infektionsdynamiken und auf die Wirkung präventiver Maßnahmen hin.

Abbildung 19: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Altersgruppe, Gruppe A



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 20: Anzahl Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahresvergleich 2014 vs. 2023, Gruppe A



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

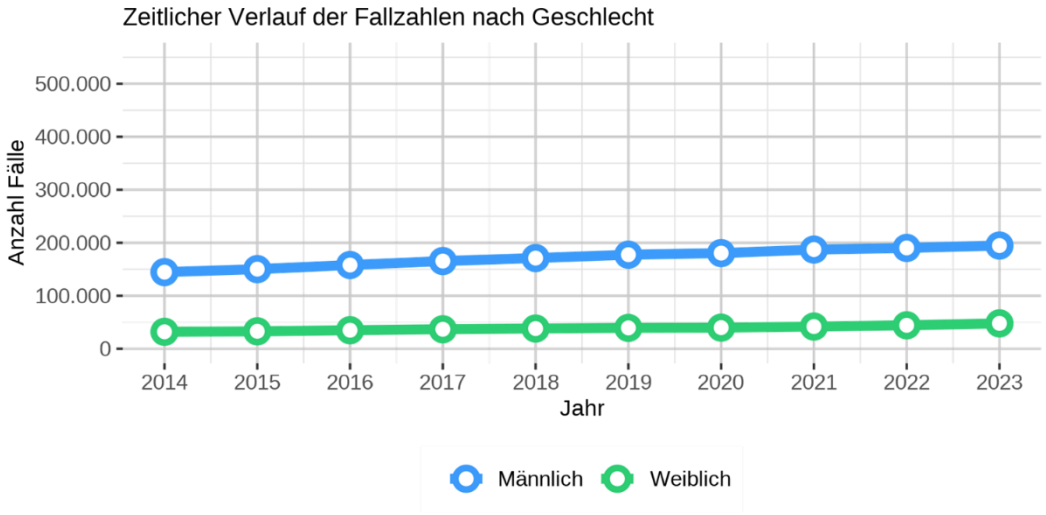
2.3.4.2 Gruppe B

Die jährliche Auswertung der Patientinnen und Patienten mit spezialisierter HIV-Versorgung zeigt über den Zeitraum von 2014 bis 2023 eine annähernd gleichbleibende Geschlechterverteilung mit einem deutlich höheren Anteil männlicher Patienten (Abbildung 21).

Im Jahr 2014 lag die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten bei 49.523. Davon waren 40.093 männlich (81,0 %) und 9.183 weiblich (18,5 %). In den darauffolgenden Jahren blieb diese Verteilung nahezu konstant. Der Anteil männlicher Patienten bewegte sich bis einschließlich 2020 stets um die 80 %-Marke. So lag er beispielsweise 2018 bei 81,0 % (47.664 von 58.813 Patienten) und 2020 bei 81,0 % (50.274 von 62.045). Seit 2021 ist ein sehr leichter Anstieg des Anteils weiblicher Patientinnen zu verzeichnen: Im Jahr 2023 betrug der Anteil männlicher Patienten 79,3 % (54.296 von 68.455), während 20,5 % der Patientinnen weiblich waren (14.064 Patientinnen). Ein Rückschluss, wonach sich weniger weibliche HIV-Infizierte in spezialärztlicher Versorgung befinden als männliche, ist auf Basis der Gruppenzuordnung (Gruppe A vs. Gruppe B) jedoch nicht zulässig. Eine solche Interpretation wäre methodisch nicht haltbar, da die vorliegenden Daten keine Verknüpfung zur stationären Versorgung ermöglichen.

Parallel dazu lag der Anteil der Fälle männlicher Patienten durchgehend über 80 %, mit einem Höchstwert von 81,8 % im Jahr 2020. Im Jahr 2023 entfielen 194.720 von 242.808 Behandlungsfällen (80,2 %) auf männliche Patienten und 47.806 (19,7 %) auf weibliche Patientinnen.

Abbildung 21: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Geschlecht, Gruppe B



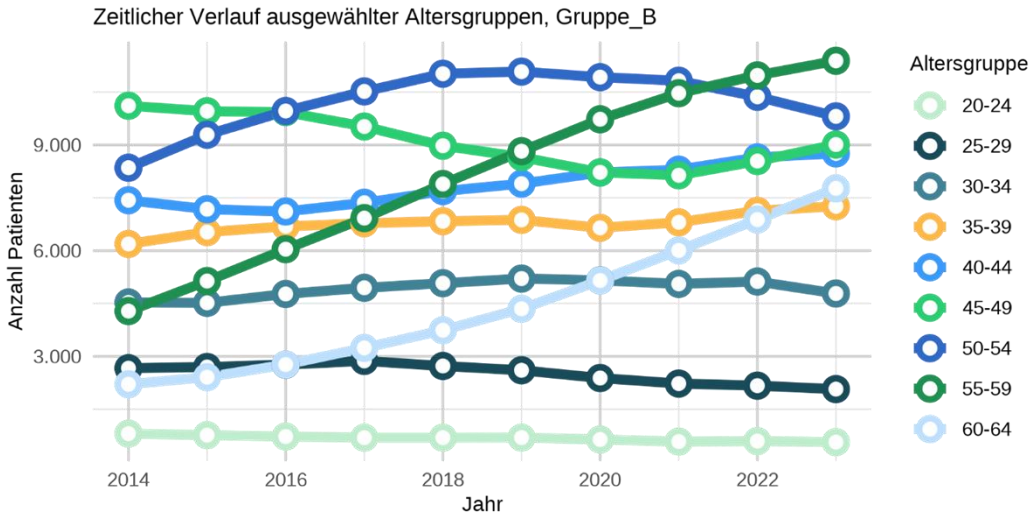
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten in der spezialisierten HIV-Versorgung zeigt eine deutliche Alterung der Versorgungsgruppe, ähnlich wie in Gruppe A (Abbildung 22 und Abbildung 23).

Im Jahr 2014 liegen die höchsten Anteile an Patientinnen und Patienten in den Altersgruppen 45-49 Jahre (10.062; 8.385 männlich, 1.677 weiblich; 20,9 %), 50–54 Jahre (8.330; 7.005 männlich, 1.325 weiblich; 17,5 %) und 40-44 Jahre (7.380; 5.754 männlich, 1.626 weiblich; 14,4 %). Diese drei Altersstufen machen gemeinsam mehr als die Hälfte der Patientengruppe B aus. Der Anteil der unter 30-Jährigen beträgt insgesamt rund 7,1 % (3.526; 2.823 männlich, 703 weiblich).

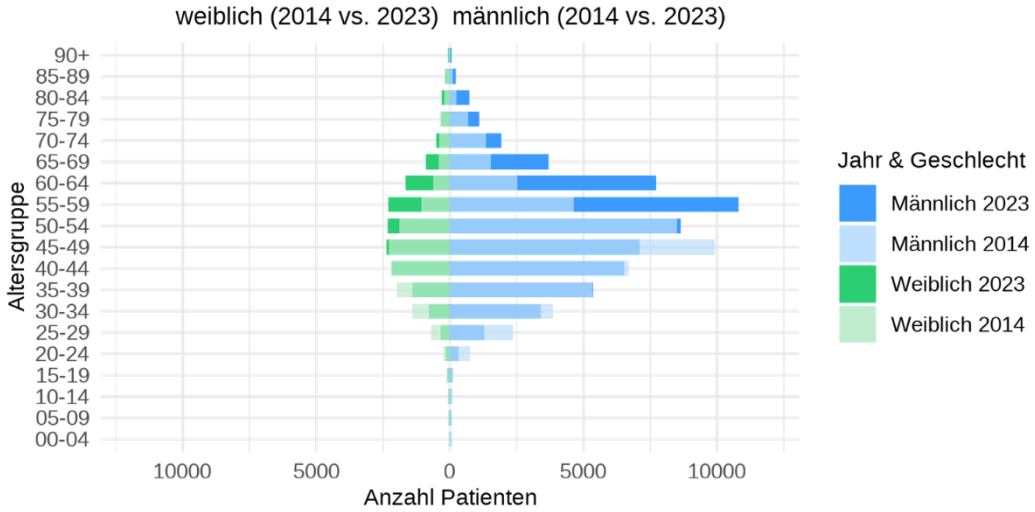
Im Jahr 2023 verschiebt sich die Altersverteilung weiter in höhere Jahrgänge. Die höchsten Anteile entfallen nun auf die Altersgruppen 55-59 Jahre (11.382; 9.511 männlich, 1.871 weiblich; 17,5 %), 50–54 Jahre (9.802; 7.787 männlich, 2.015 weiblich; 14,3 %) und 45–49 Jahre (8.964; 6.775 männlich, 2.189 weiblich; 12,5 %). Der Anteil der Patientinnen und Patienten im Alter von 65 Jahren und älter steigt auf rund 10,3 % (7.034; 5.127 männlich, 1.907 weiblich) an. Gleichzeitig sinkt der Anteil der unter 30-Jährigen auf 3,7 % (2.512; 2.063 männlich, 449 weiblich), was auch hier die Alterung der Kohorte weiter verdeutlicht.

Abbildung 22: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Altersgruppe, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 23: Anzahl Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahresvergleich 2014 vs. 2023, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten
Anmerkung: in den Altersgruppen < 18 Jahre und > 85 Jahre liegen die Patientenzahlen < 30, sodass diese aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht dargestellt werden

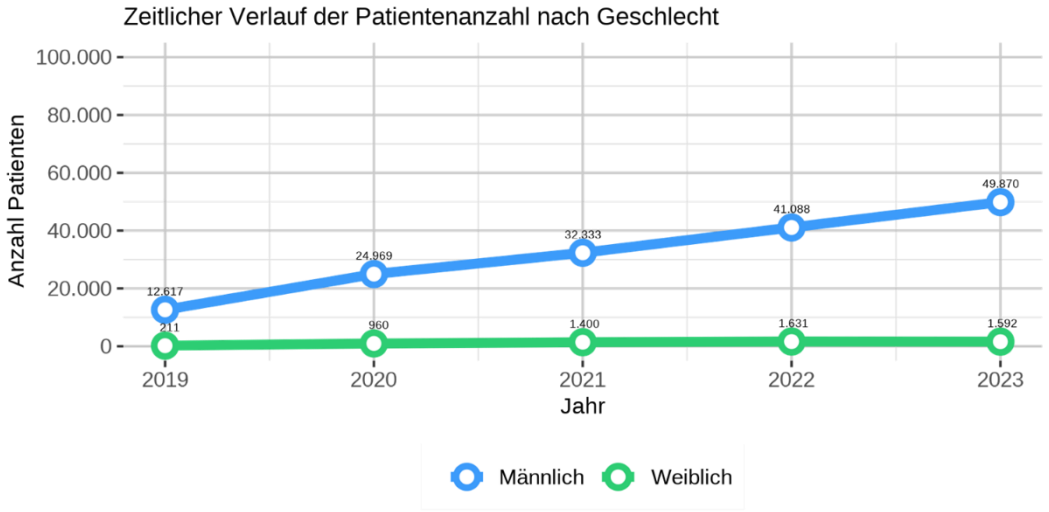
2.3.4.3 Gruppe D

Die Geschlechtsverteilung der Patienten mit Inanspruchnahme einer HIV-Präexpositionsprophylaxe zeigt über die Jahre hinweg einen konstant hohen Anteil männlicher Patienten (Abbildung 24).

Bereits im Jahr 2019 – dem ersten Jahr mit verfügbaren Abrechnungsdaten zur PrEP-Versorgung – machen männliche Nutzer 98,1 % der insgesamt 12.859 PrEP-Nutzenden aus (12.617 männlich, 211 weiblich). In den Folgejahren bleibt diese stark männlich dominierte Geschlechterverteilung ähnlich ausgeprägt. Im Jahr 2020 sind 96,1 % der 25.974 Nutzer männlich (24.969 männlich, 960 weiblich). 2021 liegt der Anteil männlicher PrEP-Nutzender bei 95,6 % (32.333 männlich, 1.400 weiblich) und 2022 bei 95,8 % (41.088 männlich, 1.631 weiblich), jeweils bezogen auf die Gesamtzahl der PrEP-Versorgten in den jeweiligen Jahren. Im Jahr 2023 steigt die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer weiter auf 51.598, wobei der Anteil männlicher PrEP-Nutzender 96,7 % beträgt (49.870 männlich, 1.592 weiblich). Der Anteil weiblicher Patientinnen bewegt sich bei lediglich 3,1 %.

Die Daten zeigen deutlich, dass die PrEP-Nutzung überwiegend von Männern in Anspruch genommen wird, obwohl mehr als ein Viertel der HIV-Neudiagnosen bei Frauen auftritt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, das Bewusstsein für die PrEP-Versorgung insbesondere bei Frauen mit erhöhtem Risiko für eine HIV-Infektion weiter zu stärken.

Abbildung 24: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Geschlecht, Gruppe D



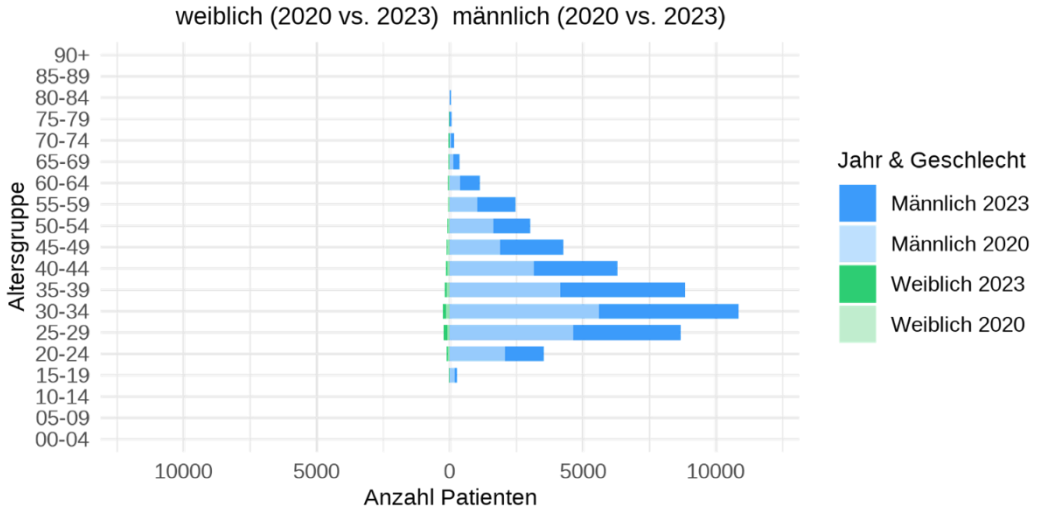
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023
Anmerkung: Die Auswertung dieser Gruppe ist ab 2019 möglich; aufgrund des erst ab September 2019 bestehenden Leistungsanspruchs ist die Analyse für dieses Jahr jedoch nur eingeschränkt vollständig.

Ein Vergleich der Altersstruktur der PrEP-Nutzenden zwischen 2020 und 2023 zeigt eine anhaltende Dominanz der jungen und mittleren Altersgruppen (Abbildung 25).

Im Jahr 2020 konzentrieren sich die meisten PrEP-Nutzenden auf die Altersgruppen 25-29 Jahre (4.638 männlich, 100 weiblich), 30-34 Jahre (5.602 männlich, 140

weiblich) und 35-39 Jahre (4.153 männlich, 116 weiblich). Diese drei Altersgruppen umfassen zusammen 14.749 Patientinnen und Patienten und stellen rund 59 % der Gesamtgruppe D dar. Der Anteil der unter 30-Jährigen beträgt etwa 6.964 PrEP-Nutzende (6.901 männlich, 63 weiblich). Im Jahr 2023 sind dieselben Altersgruppen weiterhin am stärksten vertreten.

Abbildung 25: Anzahl Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahresvergleich 2020 vs. 2023, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

2.3.5 Räumliche Verteilung

Im Folgenden werden die Patientenzahlen sowie die regionale Verteilung der Behandlungsfälle kartografisch dargestellt.

2.3.5.1 Gruppe A

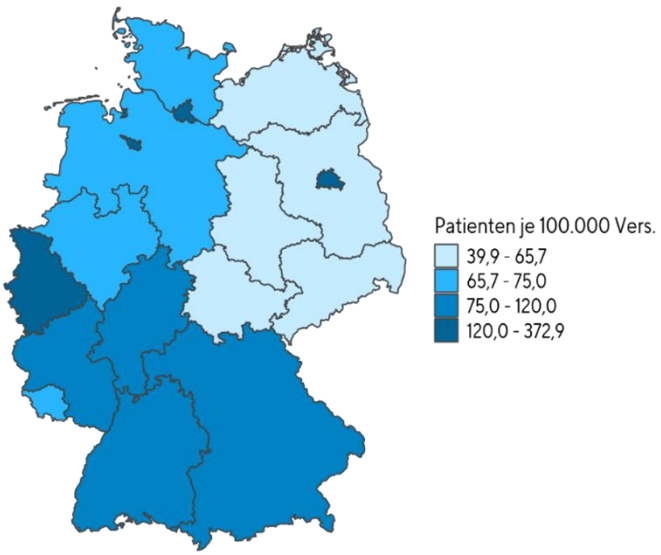
Die regionale Verteilung der Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnosen zeigt im Jahr 2023 deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen KV-Regionen. Die Betrachtung der Patientenzahlen pro 100.000 gesetzlich Versicherte auf Basis der KM6-Statistik macht eine starke Konzentration auf urbane Zentren und westdeutsche KV-Regionen sichtbar (Abbildung 26).

Die mit Abstand höchsten Werte verzeichnet die KV Berlin mit 373 Patientinnen und Patienten pro 100.000 Versicherte, gefolgt von der KV Hamburg mit 257 pro 100.000. Auch die KV Nordrhein weist mit 145 pro 100.000 eine deutlich überdurchschnittliche Patientendichte auf. In der KV Bremen beträgt der Wert 161 pro 100.000.

Demgegenüber zeigen sich in einigen ostdeutschen KV-Bereichen niedrigere Patientenzahlen: In der KV Sachsen-Anhalt liegt der Wert bei 49 Patientinnen und

Patienten pro 100.000, in der KV Mecklenburg-Vorpommern bei 60 pro 100.000 und in der KV Thüringen bei 40 pro 100.000.

Abbildung 26: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2023, Gruppe A



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Im Folgenden werden die Fallzahlen der Gruppe A in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen für die Jahre 2014 (Abbildung 27) und 2023 (Abbildung 28) verglichen. Die Analyseergebnisse werden auf Basis der relativen Anteile an der Gesamtfallzahl in den jeweiligen Jahren berichtet, ergänzt durch die absoluten Fallzahlen in Klammern und der grafischen Kartendarstellung.

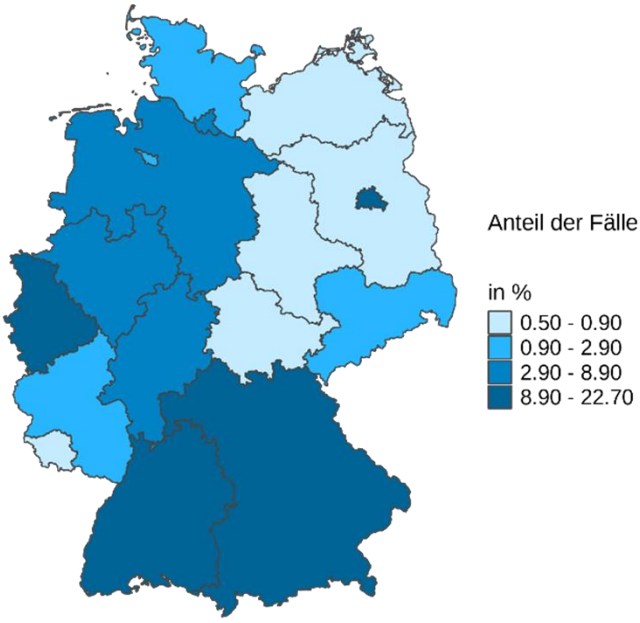
Insgesamt steigen die Behandlungsfälle deutschlandweit von 399.498 im Jahr 2014 auf 522.321 im Jahr 2023. Trotz des generellen Anstiegs bleiben viele regionale Anteile stabil, während sich in einigen Regionen leichte Verschiebungen zeigen.

Die höchsten Anteile an der Gesamtfallzahl verzeichnen sowohl 2014 als auch 2023 vor allem urbane KV-Regionen. Die KV Berlin liegt in beiden Jahren an der Spitze: 2014 mit 22,7 % (90.634 Fälle), 2023 mit 18,8 % (98.393 Fälle). Auch die KV Nordrhein bleibt mit 18,5 % (73.787 Fälle) im Jahr 2014 und 18,4 % (96.306 Fälle) im Jahr 2023 konstant auf hohem Niveau. Die KV Bayerns steigert ihren Anteil leicht von 10,4 % (41.521 Fälle) auf 10,9 % (56.793 Fälle). Leichte Zuwächse in absoluten Zahlen zeigen sich in der KV Hamburg (von 26.839 auf 31.503 Fälle) und der KV Bremen (von 5.755 auf 7.991 Fälle), allerdings bleibt der bundesweite prozentuale Anteil dabei nahezu konstant (Hamburg: 6,7 % auf 6,0 %; Bremen: 1,4 % auf 1,5 %). Die Anteile in der KV Sachsen sind von 1,9 % (7.447 Fälle) im Jahr 2014 auf 2,5 % (13.204 Fälle) im Jahr 2023, ein Zuwachs von rund 0,6 Prozentpunkten, aber nahezu eine Verdopplung der absoluten Fallzahlen.

Die niedrigsten Fallanteile im Jahr 2023 verzeichnen die ostdeutschen KVen Thüringen mit 0,9 % (4.488 Fälle), Mecklenburg-Vorpommern mit 1,1 % (5.494 Fälle) und Brandenburg mit 1,0 % (5.054 Fälle). Ihre Werte bleiben im Vergleich zu 2014 weitgehend konstant, auch wenn sich die absoluten Zahlen entsprechend der bundesweiten Entwicklung leicht erhöhen.

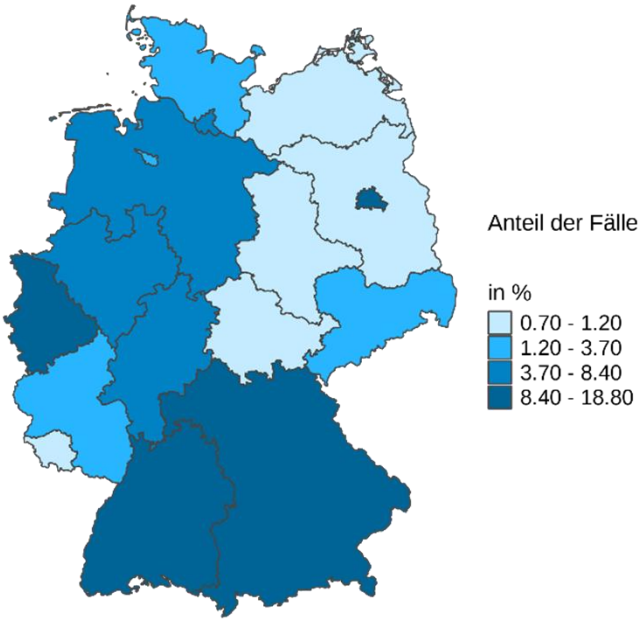
Die regionalen Unterschiede bleiben über den Zehnjahreszeitraum hinweg bestehen.

Abbildung 27: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2014, Gruppe A



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 28: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2023, Gruppe A

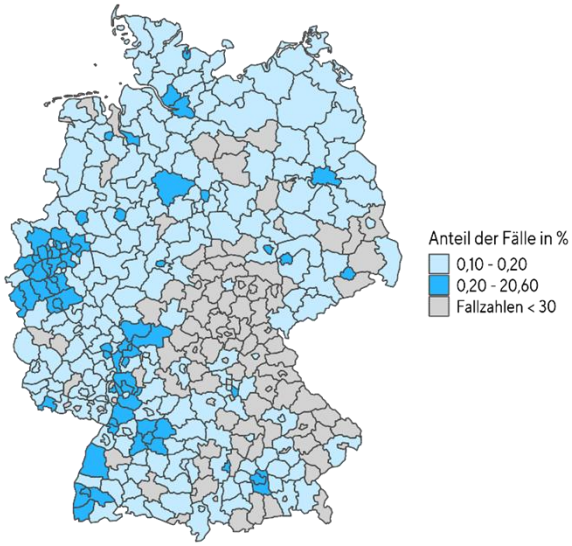


Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Zwischen 2014 und 2023 lassen sich auf Kreisebene einige Veränderungen in der Verteilung der HIV-Fallzahlen beobachten (Abbildung 29 und Abbildung 30). Während in vielen Kreisen die Anzahl der abgerechneten Fälle stabil blieb, kam es in einzelnen Landkreisen zu leichten Anstiegen. Diese betreffen vor allem einige ländlich geprägte Regionen in Ost- und Süddeutschland. Gleichzeitig bleibt die Fallzahl in zahlreichen Kreisen weiterhin auf niedrigem Niveau.

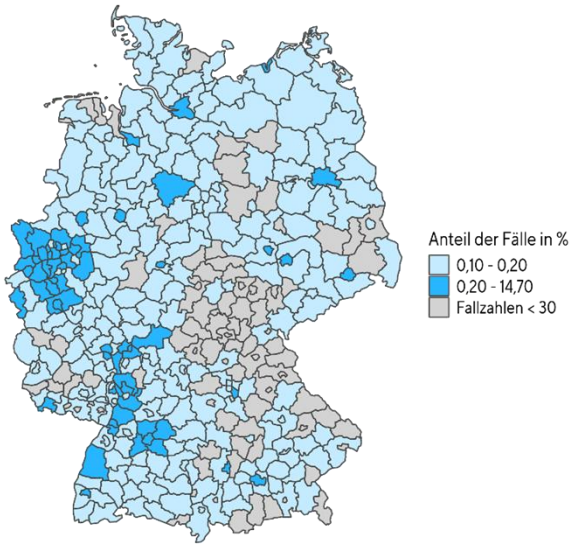
Es ist zu beachten, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Ergebnisse ausgewiesen werden können, wenn in einem Kreis weniger als 30 Patientinnen und Patienten erfasst wurden. Dies betrifft eine Vielzahl vor allem kleinerer Landkreise, sodass dort keine belastbaren Aussagen zur Entwicklung der Fallzahlen möglich sind.

Abbildung 29: Anzahl der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2014, Gruppe A



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 30: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2023, Gruppe A

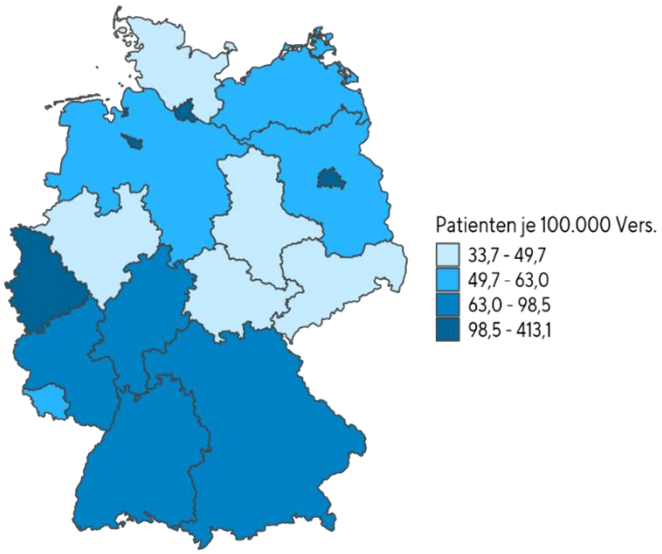


Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

2.3.5.2 Gruppe B

Die regionale Verteilung der Patienten mit HIV-Schwerpunktversorgung zeigt im Jahr 2023, ähnlich zur Gruppe A, eine deutliche Konzentration auf urbane sowie westdeutsche Regionen (Abbildung 31). An der Spitze liegt die KV Berlin mit 413 Patientinnen und Patienten pro 100.000 Versicherte, gefolgt von der KV Hamburg mit 285 pro 100.000 und der KV Nordrhein mit 128 pro 100.000. Auch die KV Baden-Württemberg (77 pro 100.000) und die KV Hessen (98 pro 100.000) weisen eine überdurchschnittlich hohe Versorgungsdichte auf. Demgegenüber verzeichnen einige ostdeutsche KVen geringere Patientenzahlen: In der KV Sachsen-Anhalt liegt der Wert bei 35 Patientinnen und Patienten pro 100.000, in der KV Thüringen bei 34 und in der KV Saarland bei 63 pro 100.000.

Abbildung 31: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Insgesamt steigt die Zahl der dokumentierten Behandlungsfälle bundesweit von 177.264 Fällen im Jahr 2014 (Abbildung 32) auf 242.808 Fälle im Jahr 2023 (Abbildung 33). Während sich in vielen KVen die prozentualen Anteile nur geringfügig verändern, zeigt sich in einzelnen KVen eine deutlichere Zunahme der absoluten Fallzahlen.

Die höchsten Anteile an der Gesamtfallzahl verzeichnen sowohl 2014 als auch 2023 die urbanen KV-Regionen. An der Spitze steht jeweils die KV Berlin mit 24,8 % (43.924 Fälle) im Jahr 2014 und 23,4 % (56.859 Fälle) im Jahr 2023. Die KV Nordrhein liegt mit 17,3 % (30.655 Fälle) im Jahr 2014 und 16,7 % (40.632 Fälle) im Jahr 2023 ebenfalls konstant auf einem hohen Niveau. Auch die KV Bayerns bleibt mit

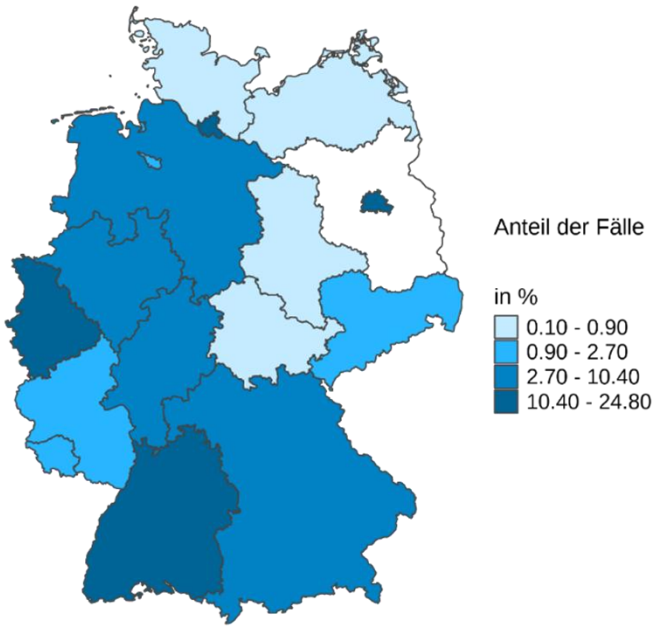
10,3 % (18.197 Fälle) in Jahr 2014 und 11,5 % (27.953 Fälle) in 2023 beständig überdurchschnittlich.

Zuwächse zeigen sich bei einzelnen KVen insbesondere in den absoluten Fallzahlen. So verdoppeln sich in der KV Sachsen die Behandlungsfälle in der HIV-Schwerpunktversorgung von 2.938 im Jahr 2014 auf 6.621 im Jahr 2023 – das entspricht einer Steigerung um rund 125 %, auch wenn der Anteil an der Gesamtfallzahl nur von 1,7 % auf 2,7 % steigt. Ähnliche Entwicklungen finden sich in der KV Bremen, die von 2.946 auf 4.535 Fälle wächst (+65 %), bei nahezu konstantem Anteil (1,7 % auf 1,9 %). Auch die KV Rheinland-Pfalz erhöht die absolute Fallzahl deutlich, von 3.308 auf 5.021 Fälle, bei einem relativ stabilen Anteil von 1,9 % (2014) auf 2,1 % (2023).

Die niedrigsten Fallanteile im Jahr 2023 verzeichnen die ostdeutschen KVen Thüringen mit 0,8 % (1.897 Fälle), Mecklenburg-Vorpommern mit 0,6 % (1.574 Fälle) sowie Brandenburg mit 0,7 % (1.618 Fälle). Ihre Anteile bleiben gegenüber 2014 nahezu unverändert, wobei sich die Fallzahlen, im Einklang mit der bundesweiten Entwicklung, leicht erhöhen.

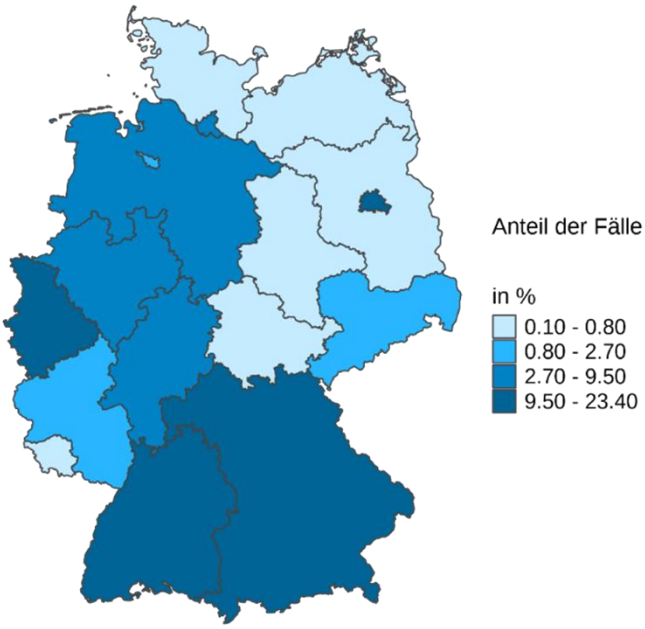
Die Betrachtung der Fallzahlen auf der Kreisebene (Abbildung 34 und Abbildung 35) ergibt ähnliche Entwicklungen wie in Gruppe A, jedoch bei einem höheren Anteil an Kreisen mit weniger als 30 Patienten (grau markiert).

Abbildung 32: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2014, Gruppe B



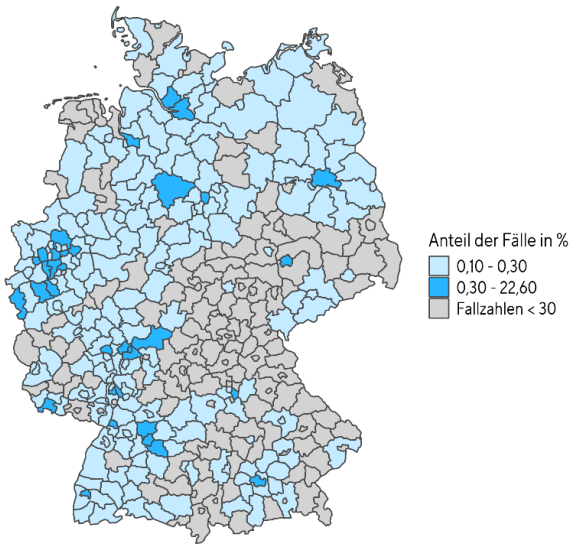
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 33: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2023, Gruppe B



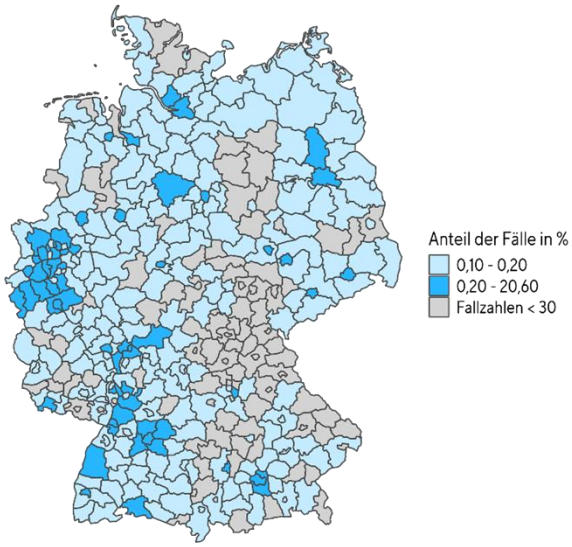
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 34: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2014, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 35: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2023, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

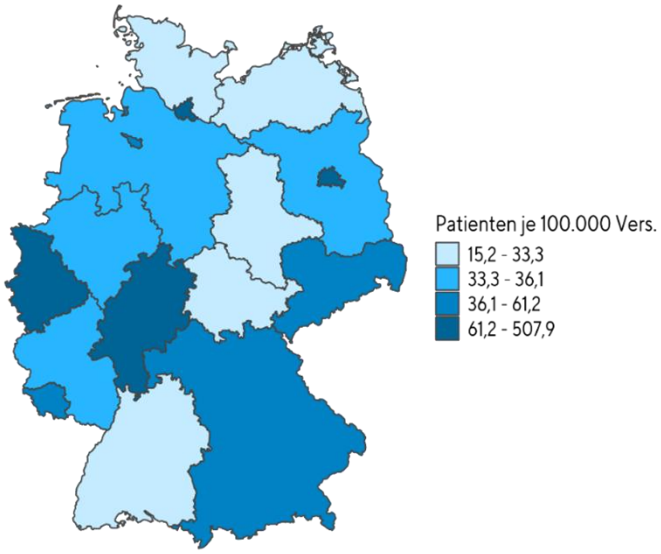
2.3.5.3 Gruppe D

Die regionale Verteilung der Patientinnen und Patienten mit PrEP-Versorgung im Jahr 2023 zeigt, ähnlich wie in Gruppe A und B, eine starke Konzentration auf urbane KVen und westdeutsche KVen (Abbildung 36). Die Betrachtung der Patientenzahlen pro 100.000 gesetzlich Versicherte auf Basis der KM6-Statistik verdeutlicht die regionalen Unterschiede.

Die höchsten Werte verzeichnen die KV Berlin mit 508 PrEP-Nutzenden pro 100.000 Versicherte, gefolgt von der KV Hamburg mit 174 pro 100.000 und der KV Bremen mit 52 pro 100.000. Ebenfalls vergleichsweise hohe Patientenanzahlen zeigen sich in der KV Nordrhein (84 pro 100.000) und der KV Hessen (66 pro 100.000).

Dagegen liegen die Anzahlen in einigen ostdeutschen KVen deutlich niedriger: In der KV Mecklenburg-Vorpommern werden 15 PrEP-Nutzende pro 100.000 Versicherte gezählt, in der KV Thüringen 20 und in der KV Sachsen-Anhalt 22 pro 100.000 Versicherte. Wie in Gruppe A und B ist auch hier die besonders hohe Dichte in der KV Berlin auffällig.

Abbildung 36: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2023, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

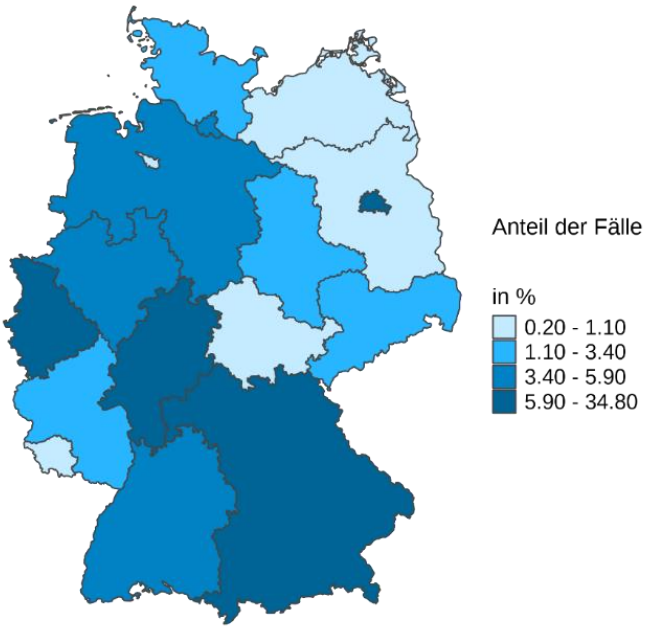
Die nachfolgende Darstellung bezieht sich auf die Fallzahlen der Patientinnen und Patienten mit PrEP-Versorgung in den einzelnen KVen im Jahr 2023 (Abbildung 37 und Abbildung 38). Ein 10-Jahres-Vergleich ist an dieser Stelle nicht möglich, da PrEP erst seit September 2019 über die Gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet wird und damit frühere Daten nicht vorliegen.

Im Jahr 2023 wurden insgesamt 229.062 Behandlungsfälle dokumentiert. Die regionale Verteilung zeigt dabei eine starke Konzentration auf bestimmte KV-Bereiche. Den mit Abstand höchsten Anteil an der bundesweiten Fallzahl weist die KV Berlin auf: mit 34,8 % (79.687 Fälle) entfällt mehr als ein Drittel aller dokumentierten PrEP-Fälle auf diese KV. Es folgen die KV Westfalen-Lippe mit 14,3 % (32.717 Fälle), die KV Baden-Württemberg mit 12,3 % (28.278 Fälle) und die KV Nordrhein mit 8,3 % (19.004 Fälle).

Demgegenüber stehen folgende KVen mit vergleichsweise niedrigen Anteilen: Die KV Thüringen kommt auf lediglich 0,3 % (772 Fälle), die KV Mecklenburg-Vorpommern auf 0,2 % (354 Fälle) und die KV Saarland auf 0,6 % (1.284 Fälle). Auch die KV Bremen (0,5 %, 1.224 Fälle) liegt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

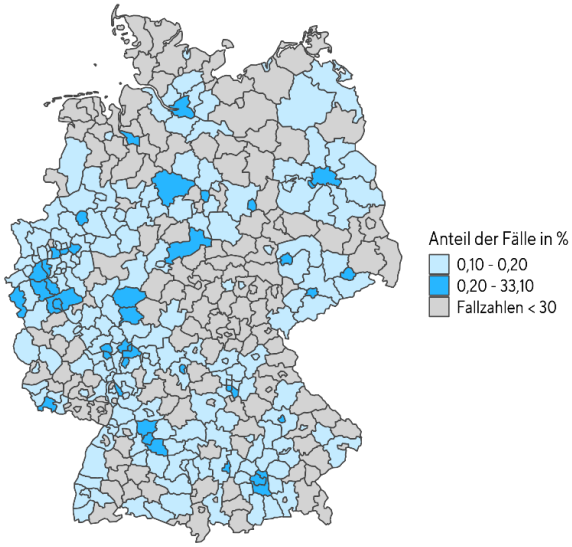
Die Verteilung zeigt, dass die Inanspruchnahme von PrEP-Leistungen regional stark variiert und sich vor allem auf urbane Ballungsräume konzentriert. Dies deutet zugleich darauf hin, dass der Zugang zur HIV-Prävention regional ungleich ist.

Abbildung 37: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2023, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 38: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2023, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

2.3.6 Fachgruppenanalyse

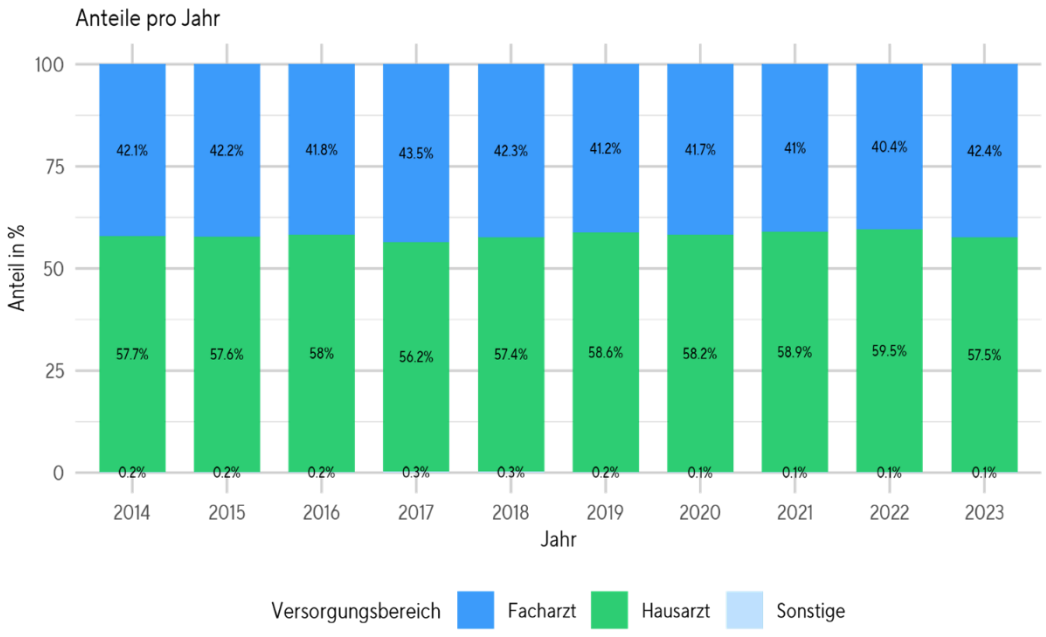
Im Folgenden wird die Entwicklung der Verteilung der Arztfälle der Patientengruppen getrennt nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich sowie nach Fachgruppen betrachtet.

2.3.6.1 Gruppe A

Über den gesamten Zeitraum hinweg dominiert in Gruppe A der hausärztliche Versorgungsbereich (Abbildung 39): Im Jahr 2014 lag der Anteil der behandelten Arztfälle bei Hausärztinnen und -ärzten bei 57,7 % (292.437 Arztfälle), der der Fachärztinnen und -ärzte bei 42,1 % (213.357 Arztfälle). Dieses Verhältnis blieb in den Folgejahren weitgehend stabil, auch wenn kleinere Schwankungen erkennbar sind. So erreichte der hausärztliche Bereich im Jahr 2019 mit 58,6 % (362.969 Arztfälle) seinen höchsten Wert.

Seitdem ist keine nennenswerte Verschiebung zu beobachten: Im Jahr 2023 liegt der Anteil der Hausärztinnen und -ärzte bei 57,5 % (409.422 Arztfälle), während Fachärztinnen und -ärzte 42,4 % (302.206 Arztfälle) ausmachen. Der Versorgungsanteil sonstiger Bereiche blieb mit 0,1 % (453 Arztfälle) konstant niedrig.

Abbildung 39: Verteilung der Arztfälle nach Versorgungsbereich 2014-2023, Gruppe A



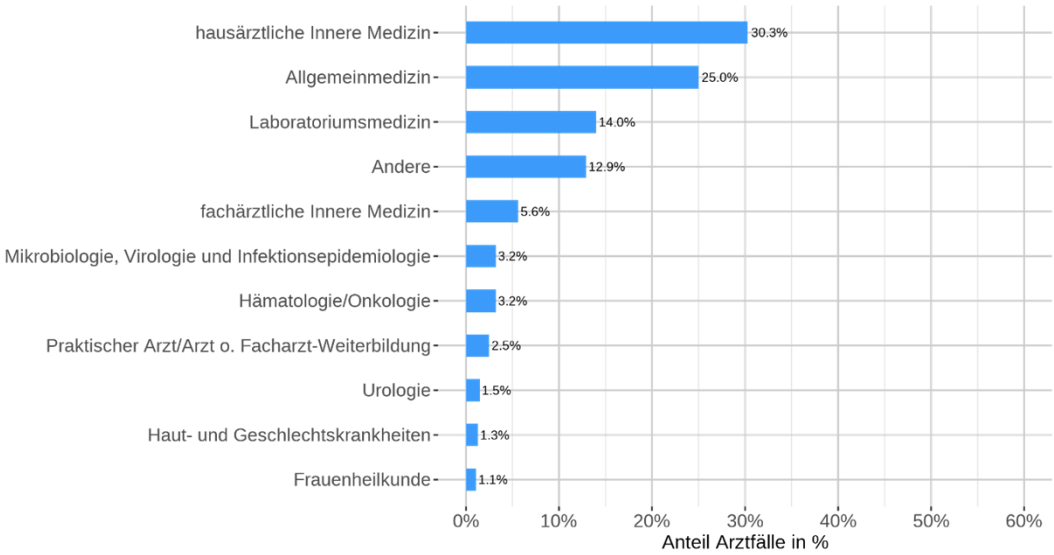
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Nach der Betrachtung der langfristigen Entwicklung der Versorgungsbereiche wird im Folgenden eine detailliertere Analyse für das Jahr 2023 vorgenommen. Dabei werden die Arztfälle der Gruppe A differenziert nach Fachgruppen dargestellt

(Abbildung 40). Grundlage der Analyse sind die Anteile an den gesamten Arztfällen, ergänzt durch die absoluten Fallzahlen in Klammern. Fachgruppen mit einem Anteil von weniger als 1 % an der Gesamtzahl der Arztfälle wurden unter der Kategorie „Andere“ zusammengefasst.

Mit Abstand die größte Rolle in der Versorgung spielen hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten, auf die 30,3 % der Arztfälle (215.834) entfallen. Danach folgen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner mit 25,0 % (177.814 Arztfälle) sowie Laborärztinnen und -ärzte mit 14,0 % (99.781 Arztfälle). Weitere HIV-Patientinnen und Patienten betreuende Fachgruppen sind unter anderem die fachärztliche Innere Medizin mit 5,6 % (40.062 Arztfälle), die Hämatologie/Onkologie mit 3,2 % (22.473 Arztfälle), die Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit 3,2 % (22.743 Arztfälle) sowie praktische Ärztinnen und Ärzte ohne Facharzt-Weiterbildung mit 2,5 % (17.558 Arztfälle).

Abbildung 40: Anteil der Arztfälle nach Fachgruppe im Jahr 2023, Gruppe A



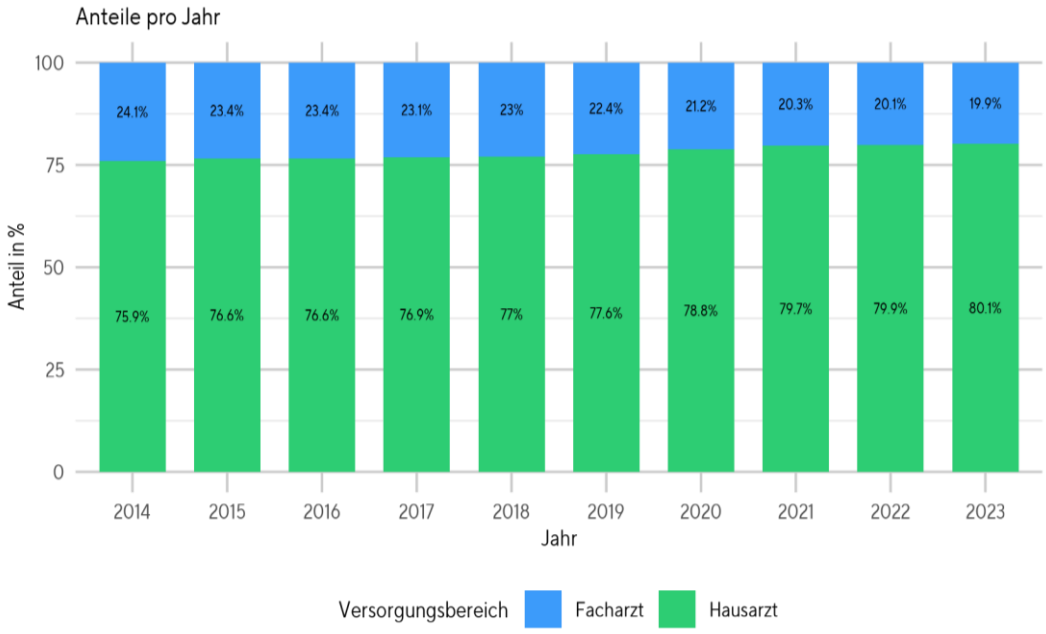
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023
Anmerkung: Fachgruppen mit einem Anteil von weniger als 1 % an der Gesamtzahl der Arztfälle wurden unter der Kategorie „Andere“ zusammengefasst

2.3.6.2 Gruppe B

Über den gesamten Zeitraum bleibt die hausärztliche Versorgung in der Gruppe B dominant (Abbildung 41): Der Anteil der Hausärztinnen und -ärzte an den Arztfällen liegt konstant bei etwa 75 % bis 80 %. Im Jahr 2014 entfielen 75,9 % der Arztfälle (140.367 Arztfälle) auf die Hausärztinnen und -ärzte, 2023 stieg dieser Anteil auf 80,1 % (205.354 Arztfälle). Parallel sank der Anteil der Fachärztinnen und -ärzte von 24,1 % (44.594 Arztfälle) im Jahr 2014 auf 19,9 % (50.944 Arztfälle) im Jahr 2023.

Insgesamt zeigen die Daten eine leichte, aber kontinuierliche Verschiebung zugunsten der hausärztlichen Versorgung.

Abbildung 41: Verteilung der Arztfälle nach Versorgungsbereich 2014-2023, Gruppe B

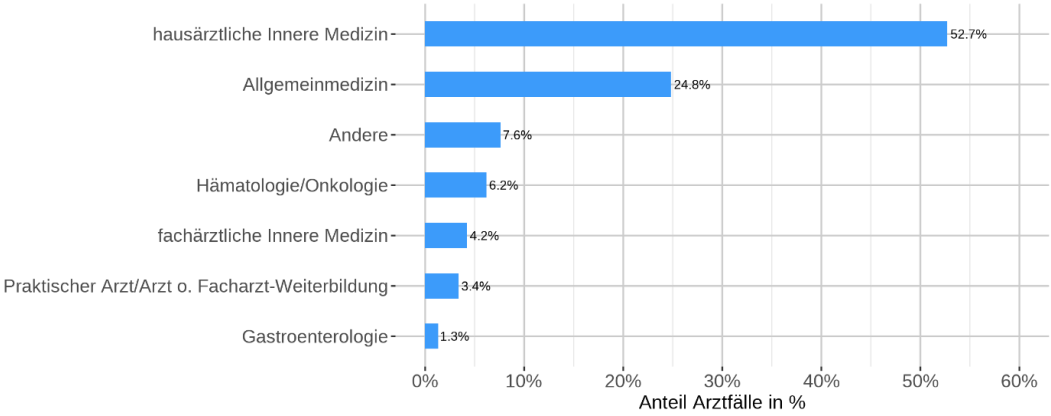


Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Der differenzierte Blick auf die Fachgruppen (Abbildung 42) zeigt, dass in der spezialisierten HIV-Versorgung den mit Abstand größten Anteil die hausärztliche Versorgung einnimmt: Allein auf hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten entfallen 52,7 % der Arztfälle (135.181), zusätzlich 24,8 % (63.604 Arztfälle) auf die Allgemeinmedizin. Weitere 3,4 % (8.808 Arztfälle) wurden durch praktische Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung erbracht. Zusammengenommen werden somit über 80 % der abgerechneten Arztfälle in Gruppe B durch hausärztlich tätige HIV-Schwerpunktärztinnen und -ärzte abgedeckt.

Zu den fachärztlichen Versorgenden zählen Fachärztinnen und -ärzte der Hämatologie/Onkologie mit 6,2 % (15.916 Arztfälle) sowie der fachärztlichen Inneren Medizin mit 4,2 % (10.663 Arztfälle). Weitere Fachgruppen wie die Gastroenterologie (1,3 %, 3.256 Arztfälle), Nephrologie (0,9 %, 2.294 Arztfälle) oder Endokrinologie/Diabetologie (0,8 %, 2.156 Arztfälle) weisen jeweils nur geringe Anteile auf. Fachgruppen mit einem Anteil unter 1 % wurden unter der Kategorie „Andere“ zusammengefasst.

Abbildung 42: Anteil der Arztfälle nach Fachgruppe im Jahr 2023, Gruppe B

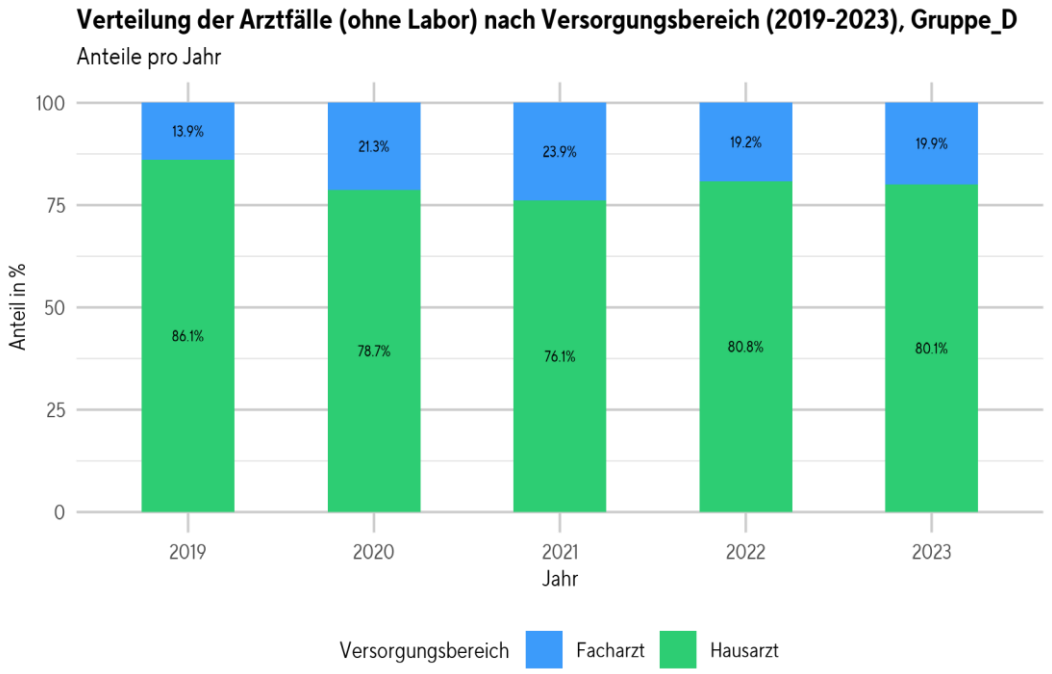


Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023
Anmerkung: Fachgruppen mit einem Anteil von weniger als 1 % an der Gesamtzahl der Arztfälle wurden unter der Kategorie „Andere“ zusammengefasst

2.3.6.3 Gruppe D

Für die Gruppe D wird die Verteilung der Arztfälle nach Versorgungsbereichen seit der erstmaligen Abrechenbarkeit von PrEP im Jahr 2019 betrachtet (Abbildung 43). In dieser Auswertung sind die Arztfälle der Labormedizin nicht enthalten. Im Jahr 2023 entfallen 80,1 % der Arztfälle (121.042 Arztfälle) auf die hausärztliche Versorgung und 19,9 % (30.022 Arztfälle) auf die fachärztliche Versorgung. Der Anteil der Hausärztinnen und -ärzte liegt damit deutlich über dem der Fachärztinnen und -ärzte – ein Verhältnis, das sich seit 2020 nur moderat verändert hat.

Abbildung 43: Verteilung der Arztfälle nach Versorgungsbereich 2019-2023, Gruppe D

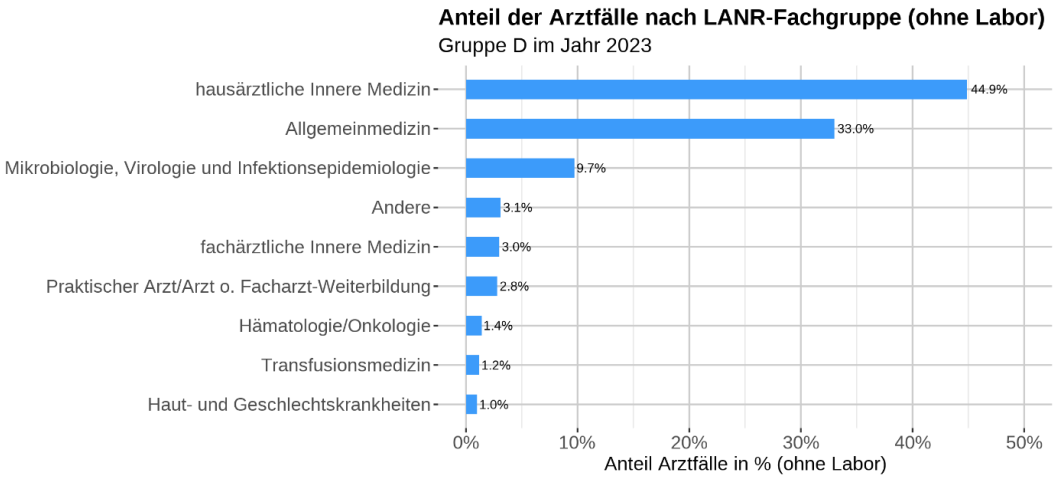


Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023
Anmerkung: Die Auswertung dieser Gruppe ist ab 2019 möglich; aufgrund des erst ab September 2019 bestehenden Leistungsanspruchs ist die Analyse für dieses Jahr jedoch nur eingeschränkt vollständig.

Betrachtet man die einzelnen Fachgruppen im Jahr 2023 (Abbildung 44), so bilden hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten mit einem Anteil von 44,9 % der Arztfälle die größte Gruppe in der PrEP-Versorgung, gefolgt von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern mit 33,0 %.

Unter den Fachärztinnen und -ärzten nimmt die Gruppe der Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit 9,7 % eine bedeutsame Rolle ein. Kleinere Fachgruppen mit Anteilen unter 1 % wurden zur besseren Übersicht unter der Kategorie „Andere“ zusammengefasst.

Abbildung 44: Anteil der Arztfälle nach Fachgruppe im Jahr 2023, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023
Anmerkung: Fachgruppen mit einem Anteil von weniger als 1 % an der Gesamtzahl der Arztfälle wurden unter der Kategorie „Andere“ zusammengefasst

2.3.7 Patientenströme

Das folgende Kapitel geht der Frage nach, wo die Versorgung der Patientengruppen stattfindet: in der eigenen KV (Wohnort-KV) oder in einer anderen KV (Abrechnungs-KV). Die hierfür berechneten Patientenbewegungen (auf der Grundlage von Behandlungsfällen) werden in so genannten Chord-Diagrammen veranschaulicht. Dabei wird zwischen Abströmen, d.h. wie viele Patientinnen und Patienten einer KV werden in einer anderen KV behandelt, und Zuströmen, d.h. wie viele Patientinnen und Patienten nimmt eine KV aus anderen KV-Bereichen auf. Die Auswertungen basieren auf dem Jahr 2023.

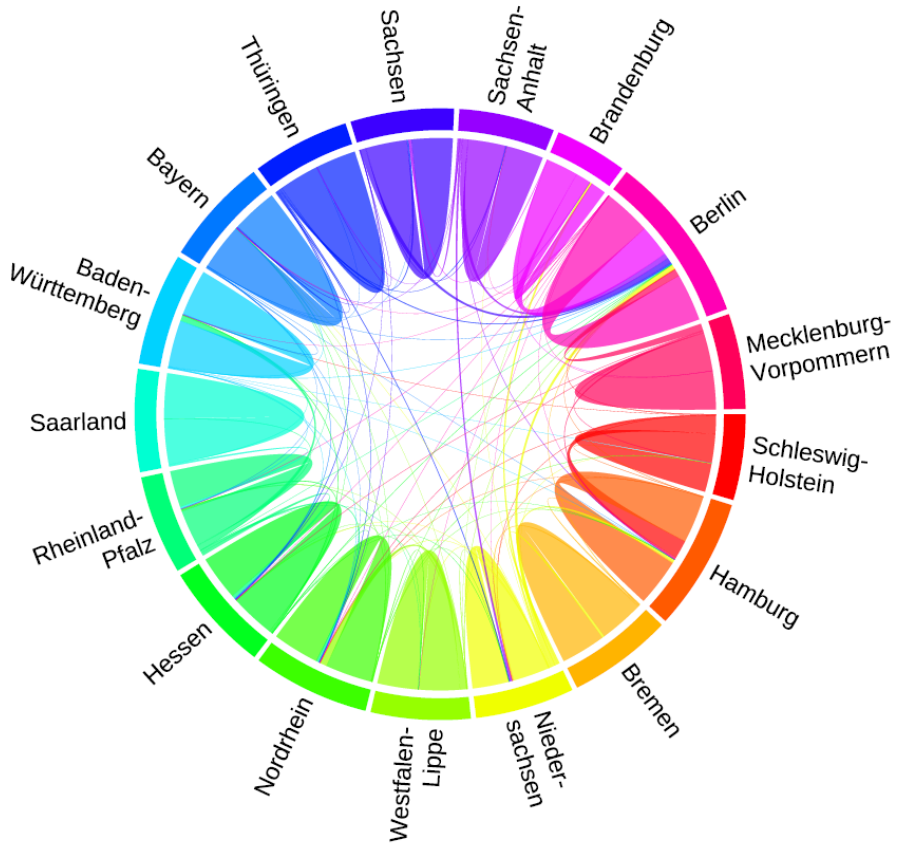
2.3.7.1 Gruppe A

Für Gruppe A zeigt sich, dass ein Großteil der Behandlungsfälle innerhalb der eigenen KV-Region abgerechnet wird (Abbildung 45). Gleichzeitig zeigt die Abbildung aber auch deutliche überregionale Bewegungen. Besonders auffällig sind starke Zuströme in städtische Versorgungszentren, wie in die KV Berlin oder in die KV Hamburg, die Patientinnen und Patienten aus benachbarten KVen – darunter die KV Brandenburg, KV Schleswig-Holstein, KV Sachsen-Anhalt und KV Mecklenburg-Vorpommern – mitversorgen.

In den südlichen KVen wie der KV Bayerns und der KV Baden-Württemberg sowie in westlichen oder mitteldeutschen KVen wie der KV Nordrhein oder der KV Hessen überwiegt dagegen die Versorgung im eigenen KV-Bereich. Dort finden sich nur punktuelle Ströme in angrenzende KVen.

Im Folgenden werden die 15 größten Zu- und Abströme im Detail beschrieben.

Abbildung 45: Patientenströme, Anteil der Fälle im Jahr 2023, Gruppe A



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abströme von Wohnort-KVen im Jahr 2023, Gruppe A

Bei der Betrachtung der Patientenströme innerhalb von Gruppe A im Jahr 2023 zeigt sich, dass ein teilweise großer Anteil der Patientinnen und Patienten außerhalb ihrer eigenen Wohnort-KV mitversorgt wird (Tabelle 4 und Abbildung 46). Besonders auffällig ist der Abstrom aus der KV Brandenburg zur KV Berlin: 66,2 % (5.841 von insgesamt 8.828) der dort wohnhaften Behandlungsfälle werden in der KV Berlin mitbehandelt. Auch aus der KV Schleswig-Holstein verlagern sich 38,2 % der Behandlungsfälle (3.885 von insgesamt 10.170) in die benachbarte KV Hamburg.

Weitere relevante Patientenbewegungen betreffen unter anderem die KV Mecklenburg-Vorpommern, aus der 14,2 % der Behandlungsfälle (842 von insgesamt 5.949) ebenfalls zur KV Berlin zur Behandlung gehen. Aus der KV Westfalen-Lippe fließen 13,0 % der Fälle in die benachbarte KV Nordrhein ab (4.319 von insgesamt 33.261). Die KV Rheinland-Pfalz zeigt größere Abströme in mehrere Richtungen: 10,8 % der Fälle strömen zur KV Baden-Württemberg (1.984 von 18.342), 6,3 % zur KV Hessen (1.154 von 18.342) und 4,9 % zur KV Nordrhein (900 von 18.342).

Auch aus den östlichen Bundesländern lassen sich Wanderungstendenzen erkennen: 10,8 % der Fälle aus der KV Sachsen-Anhalt (688 von 6.358) sowie 10,7 % aus der KV Sachsen (1.308 von 12.242) werden in der KV Berlin behandelt. Weitere nennenswerte Patientenströme verzeichnen die KVen Niedersachsen zur KV Berlin (8,5 %, 2.840 von 33.373) sowie in Richtung KV Hamburg (1.935 von 33.373), KV Brandenburg (1.485 von 33.373) und KV Bremen (1.404 von 33.373). Ebenso bewegen sich 4,5 % der Fälle aus der KV Sachsen-Anhalt in die benachbarte KV Sachsen (286 von 6.358).

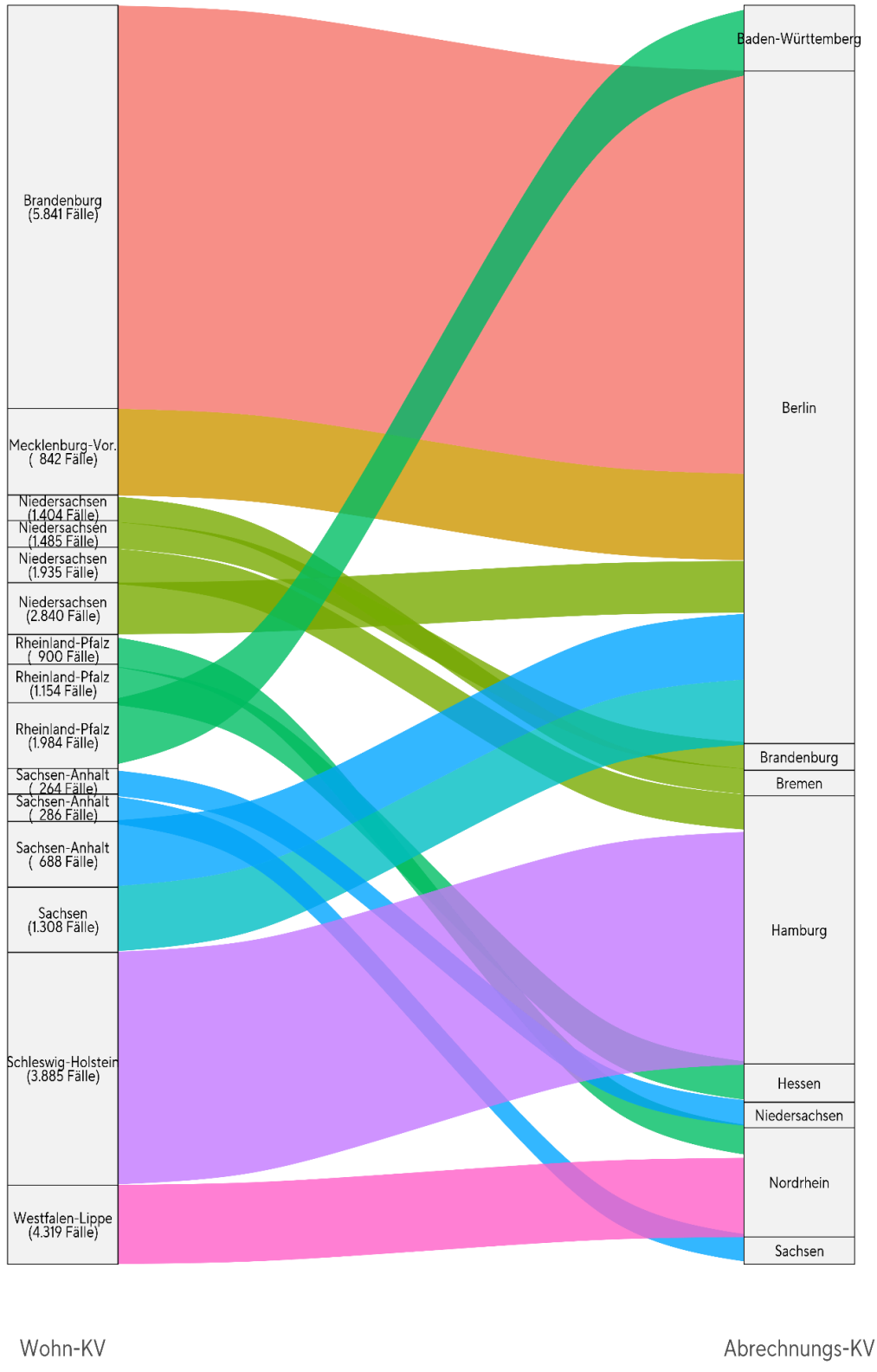
Insgesamt wird deutlich, dass insbesondere Patientinnen und Patienten aus ländlich geprägten Regionen verstärkt medizinische Versorgungsangebote in den angrenzenden urbanen Zentren nutzen. Die KV Berlin und die KV Hamburg fungieren dabei als zentrale Behandlungsstandorte mit überregionaler Mitversorgerfunktion.

Tabelle 4: TOP 15 Abströme von Wohnort- zu Abrechnungs-KV, Gruppe A, 2023

Wohnort-KV	Abrechnungs-KV	Anteil Fälle außerhalb Wohnort-KV in %
Brandenburg	Berlin	66,2
Schleswig-Holstein	Hamburg	38,2
Mecklenburg-Vorpommern	Berlin	14,2
Westfalen-Lippe	Nordrhein	13,0
Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	10,8
Sachsen-Anhalt	Berlin	10,8
Sachsen	Berlin	10,7
Niedersachsen	Berlin	8,5
Rheinland-Pfalz	Hessen	6,3
Niedersachsen	Hamburg	5,8
Rheinland-Pfalz	Nordrhein	4,9
Sachsen-Anhalt	Sachsen	4,5
Niedersachsen	Brandenburg	4,4
Niedersachsen	Bremen	4,2
Sachsen-Anhalt	Niedersachsen	4,2

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abbildung 46: TOP 15 Patientenabströme im Jahr 2023, Gruppe A



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Zuströme in Abrechnungs-KVen im Jahr 2023, Gruppe A

Neben den Patientenbewegungen aus Sicht der Wohnort-KV lassen sich auch die Zuströme aus Sicht der Abrechnungs-KV quantifizieren (Tabelle 5 und Abbildung 47). Diese zeigen das Ausmaß auf, in welchem KVen neben der Versorgung der KV-eigenen Patientinnen und Patienten zur Mitversorgung von Patientinnen und Patienten aus anderen, häufig benachbarten, aufgesucht werden.

Besonders auffällig ist die KV Brandenburg, in der 27,9 % der dort abgerechneten Behandlungsfälle auf Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der KV Niedersachsen entfallen (1.485 von 5.315 Fällen). Auch in der KV Bremen stammt ein erheblicher Anteil der mitbehandelten Fälle (17,3 %) aus der KV Niedersachsen (1.404 von 8.116 Fällen).

Die KV Hamburg verzeichnet ebenfalls relevante Zuströme: 12,1 % der in Hamburg behandelten Fälle betreffen Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der KV Schleswig-Holstein (3.885 von 32.114 Fällen), weitere 6,0 % stammen aus der KV Niedersachsen (1.935 von 32.114 Fällen). Damit stammt fast jeder fünfte Behandlungsfall in der KV Hamburg aus einer benachbarten Region.

In der KV Berlin ist der Anteil mitversorgter brandenburgischer Patientinnen und Patienten aufgrund der geringeren Anzahl an Patientinnen und Patienten vergleichsweise niedrig: Obwohl anteilig betrachtet der Großteil der Patientinnen und Patienten aus der KV Brandenburg zur Behandlung in die KV Berlin kommen, machen sie nur 5,9 % aller dort abgerechneten Fälle aus (5.841 von 99.613 Fällen), ein Ergebnis, das aus den insgesamt hohen eigenen Behandlungsfällen innerhalb der KV Berlin resultiert.

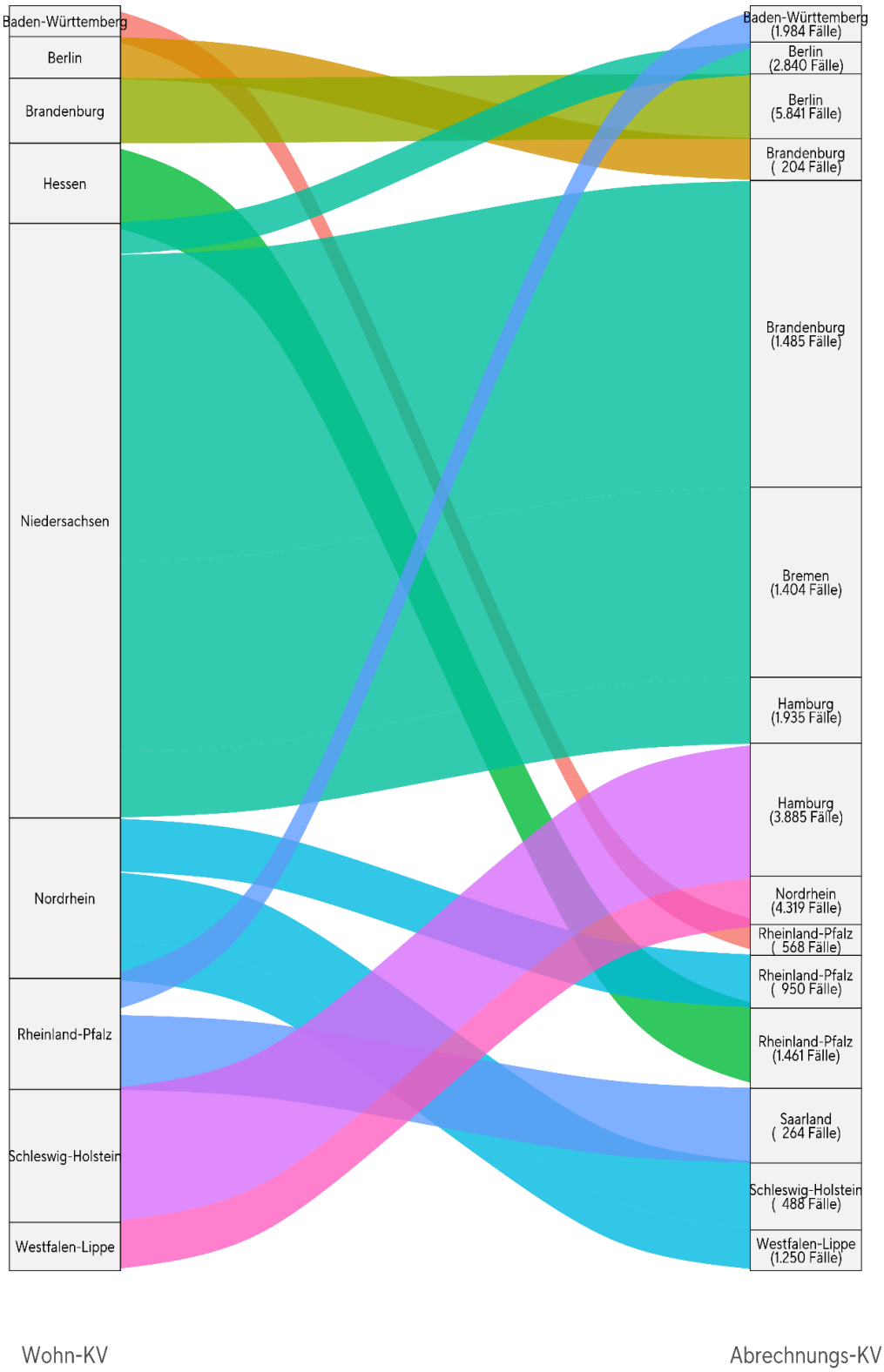
Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass insbesondere urban geprägte KVen wie die KV Berlin, KV Hamburg und die KV Bremen sowohl durch eine hohe Anzahl an HIV-Patientinnen und Patienten aus dem eigenen KV-Bereich gekennzeichnet sind als auch eine zentrale Rolle in der überregionalen Versorgung spielen. Patientinnen und Patienten aus angrenzenden, teils ländlich geprägten KVen nutzen deren Versorgungsangebote häufig. Die Daten verdeutlichen, dass Menschen mit HIV teilweise lange Wegstrecken für die Behandlung Ihrer HIV-Infektion in Kauf nehmen. Dieser Befund kann auf ein mangelndes regionales Versorgungsangebot hinweisen, ebenso wie auf den Wunsch der Patientinnen und Patienten nach anonymisierter Behandlung außerhalb der eigenen Wohnregion.

Tabelle 5: TOP 15 Zuströme in Abrechnungs-KV nach Wohnort-KV, Gruppe A, 2023

Wohnort-KV	Abrechnungs-KV	Anteil der Fälle aus anderer KV an allen Fällen der Abrechnungs-KV (%)
Niedersachsen	Brandenburg	27,9
Niedersachsen	Bremen	17,3
Schleswig-Holstein	Hamburg	12,1
Hessen	Rheinland-Pfalz	7,3
Rheinland-Pfalz	Saarland	6,8
Nordrhein	Schleswig-Holstein	6,1
Niedersachsen	Hamburg	6,0
Brandenburg	Berlin	5,9
Nordrhein	Rheinland-Pfalz	4,8
Westfalen-Lippe	Nordrhein	4,4
Berlin	Brandenburg	3,8
Nordrhein	Westfalen-Lippe	3,7
Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	3,3
Niedersachsen	Berlin	2,9
Baden-Württemberg	Rheinland-Pfalz	2,8

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abbildung 47: TOP 15 Patientenzuströme im Jahr 2023, Gruppe A



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

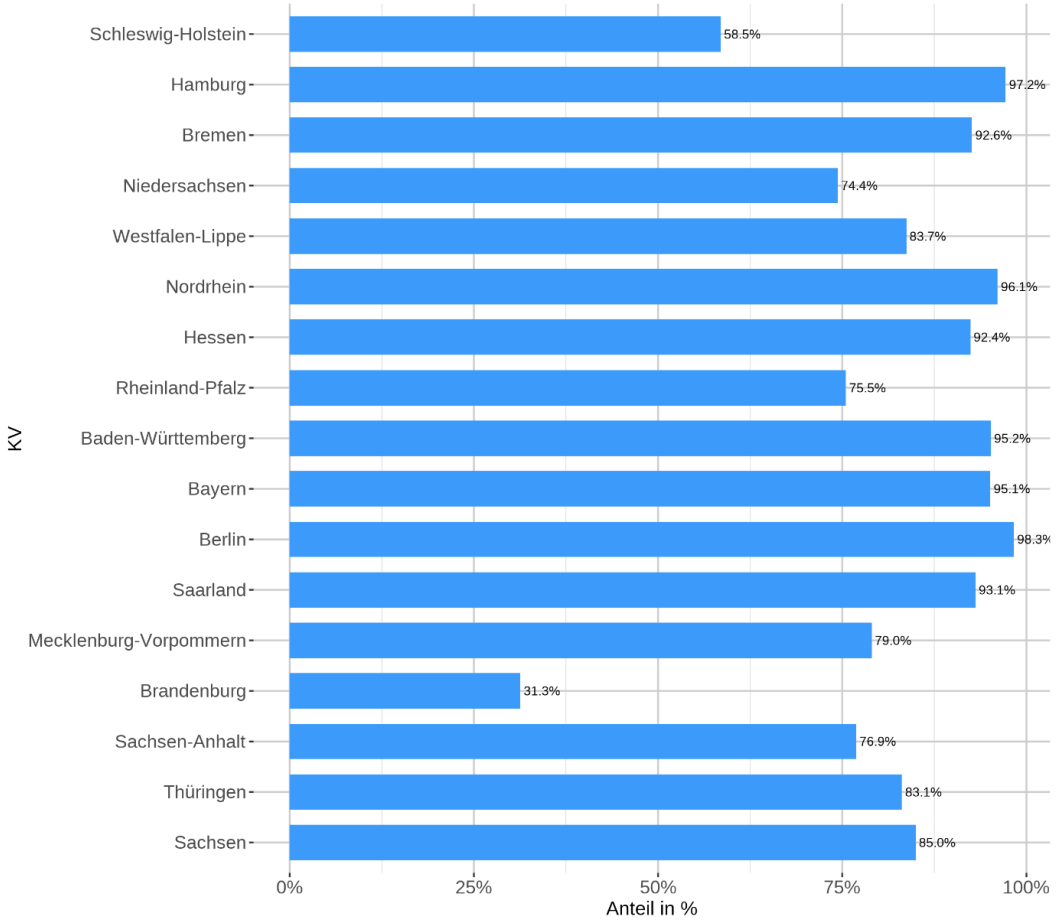
Anteil der KV-gleichen Versorgung im Jahr 2023, Gruppe A

In vielen Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt ein großer Teil der Behandlungen innerhalb der eigenen Wohn-KV (Abbildung 48). Besonders hohe Anteile verzeichnet die KV Berlin, in der 98,3 % der dort wohnhaften Patientinnen und Patienten auch innerhalb der KV Berlin behandelt werden (75.667 von 76.986 Fällen). Ebenso hohe Werte zeigen sich in der KV Hamburg (97,2 %, 22.005 von 22.646 Fällen), der KV Nordrhein (96,1 %, 82.237 von 85.603 Fällen), der KV Baden-Württemberg (95,2 %, 49.290 von 51.784 Fällen), der KV Saarland (93,1 %, 3.076 von 3.303 Fällen), sowie in der KV Bremen (92,6 %, 5.740 von 6.196 Fällen), der KV Hessen (92,4 %, 36.885 von 39.908 Fällen).

Demgegenüber stehen Regionen mit deutlich geringerer KV-gleicher Versorgung. Die KV Brandenburg weist mit nur 31,3 % den niedrigsten Anteil auf, das Resultat aus den zuvor berichteten starken Abströmen in andere KVen, wie in die KV Berlin (2.761 von 8.828 Fällen). Auch in der KV Schleswig-Holstein (58,5 %, 5.950 von 10.170 Fällen), der KV Sachsen-Anhalt (76,9 %, 4.889 von 6.358 Fällen), der KV Rheinland-Pfalz (75,5 %, 13.844 von 18.342 Fällen) und der KV Mecklenburg-Vorpommern (79,0 %, 4.699 von 5.949 Fällen) bleibt ein beträchtlicher Teil der Patientinnen und Patienten nicht innerhalb der eigenen KV.

Diese Daten unterstreichen noch einmal, dass die KV-gleiche Versorgung in Gruppe A regional stark variiert.

Abbildung 48: Anteil der Behandlungsfälle mit identischer Wohnort- und Abrechnungs-KV, Gruppe A, 2023



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

2.3.7.2 Gruppe B

Patientenströme im Jahr 2023

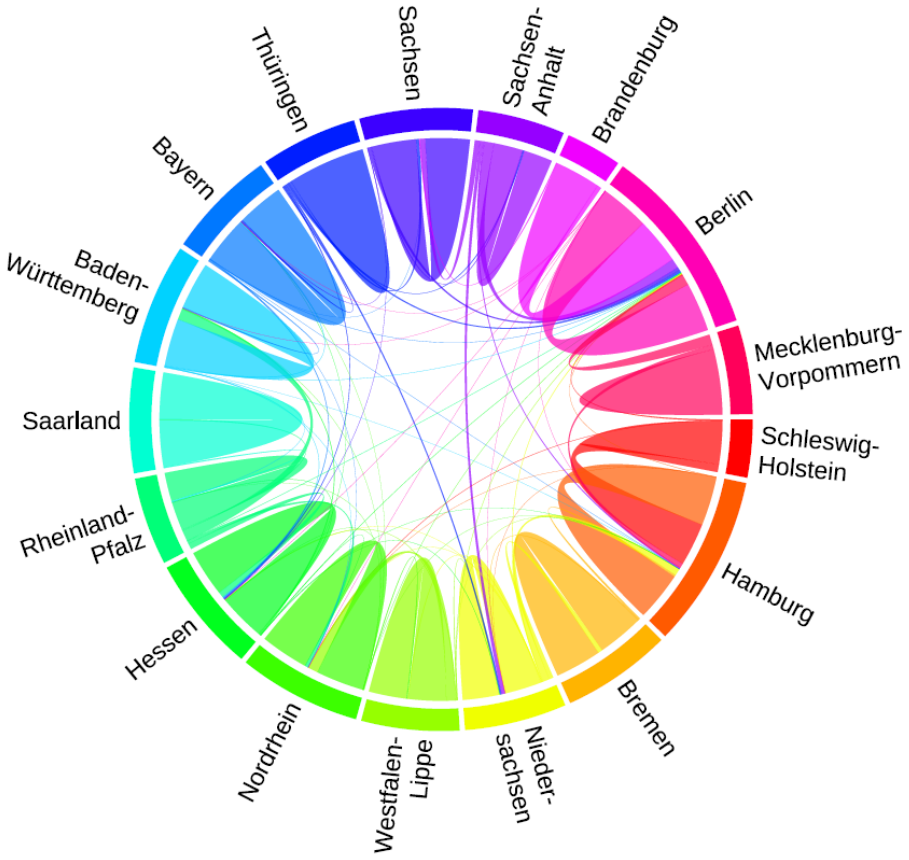
Bei Patientinnen und Patienten mit HIV-Schwerpunktversorgung erfolgt ein Großteil der Behandlungsfälle innerhalb der eigenen Kassenärztlichen Vereinigung. Dennoch zeigen sich auch hier teils deutliche überregionale Patientenströme (Abbildung 49).

Auffällig sind insbesondere Zuströme in die städtisch geprägten KVen wie die KV Hamburg, die viele Patientinnen und Patienten aus der benachbarten KV Schleswig-Holstein aufnimmt, sowie in die KV Berlin, die Patientinnen und Patienten aus der KV Brandenburg, KV Sachsen-Anhalt und KV Sachsen mitversorgt. Auch die KV Bremen versorgt Behandlungsfälle aus der KV Niedersachsen. In den südlichen KVen wie KV Bayerns und KV Baden-Württemberg sowie in den westlichen KVen wie KV Hessen, KV Rheinland-Pfalz und KV Westfalen-Lippe überwiegt die KV-eigene Versorgung. Die dort verzeichneten Ab- und Zuströme beschränken sich

meist auf benachbarte KVen. Demgegenüber zeigen die ostdeutschen Flächen-KVen – insbesondere die KV Brandenburg, KV Sachsen-Anhalt und KV Mecklenburg-Vorpommern – tendenziell höhere Abwanderungsraten in Richtung urbaner Zentren wie in die KV Berlin oder die KV Hamburg.

Im Folgenden werden die 15 größten Zu- und Abströme im Detail beschrieben.

Abbildung 49: Patientenströme, Anteil der Fälle im Jahr 2023, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abströme von Wohnort-KVen im Jahr 2023, Gruppe B

Bei der Betrachtung der Patientenströme innerhalb von Gruppe B im Jahr 2023 zeigt sich, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten die Behandlung außerhalb der Wohnort-KV in Anspruch nimmt (Tabelle 6 und Abbildung 50). Besonders auffällig ist der Abstrom aus der KV Brandenburg zur KV Berlin: 92,6 % der Brandenburger Fälle werden in Berlin versorgt (4.676 von 5.050 Fällen). Auch aus der KV Schleswig-Holstein verlagern sich 87,1 % der Behandlungsfälle in die KV Hamburg (3.682 von 4.228 Fällen).

Weitere relevante Strömungen betreffen die KV Mecklenburg-Vorpommern mit 21,1 % der Fälle zur KV Berlin (483 von 2.284 Fällen) sowie die KV Sachsen-Anhalt, aus der 19,1 % der Behandlungsfälle ebenfalls durch die KV Berlin mitversorgt werden (464 von 2.435 Fällen). Auffällig sind auch Abströme aus der KV Rheinland-Pfalz, insbesondere in die KV Baden-Württemberg (1.718 von 7.932 Fällen; 21,7 %) und in die KV Hessen (901 von 7.932 Fällen; 11,4 %).

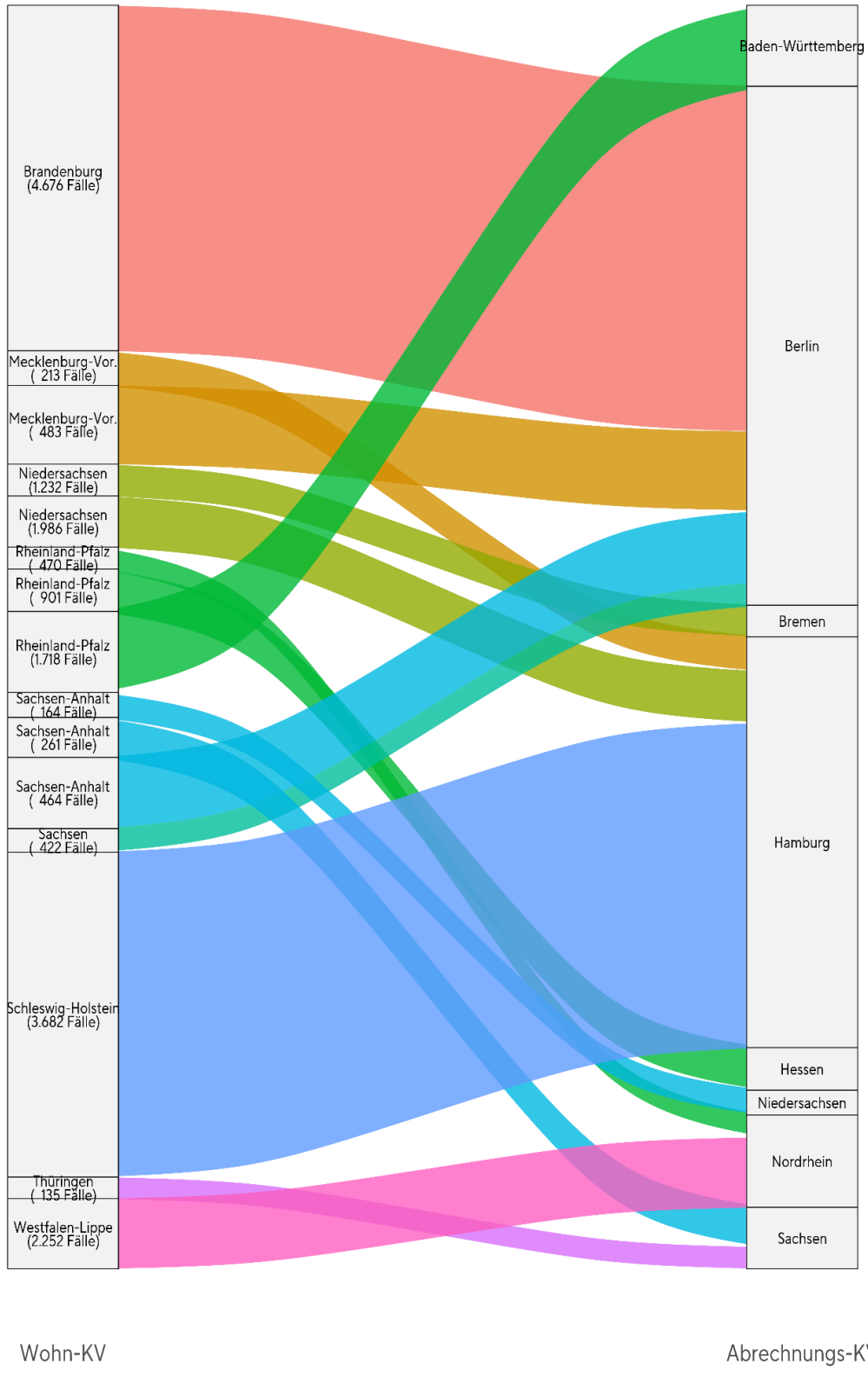
Insgesamt zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten aus strukturschwächeren oder ländlichen KVen verstärkt die Versorgungsangebote in den benachbarten Metropolregionen nutzen, insbesondere in der KV Berlin und in der KV Hamburg als zentrale Versorgungszentren. Auch hier liegt der Rückschluss nahe, dass gerade in ländlichen Regionen der patientenseitige Wunsch nach einer anonymen Behandlung außerhalb der Wohnregion besteht.

Tabelle 6: Top 15 Abströme von Wohnort- zu Abrechnungs-KV, Gruppe B, 2023

Wohnort-KV	Abrechnungs-KV	Anteil Fälle außerhalb Wohnort-KV in %
Brandenburg	Berlin	92,6
Schleswig-Holstein	Hamburg	87,1
Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	21,7
Mecklenburg-Vorpommern	Berlin	21,1
Sachsen-Anhalt	Berlin	19,1
Westfalen-Lippe	Nordrhein	18,8
Niedersachsen	Hamburg	13,7
Rheinland-Pfalz	Hessen	11,4
Sachsen-Anhalt	Sachsen	10,7
Mecklenburg-Vorpommern	Hamburg	9,3
Niedersachsen	Bremen	8,5
Sachsen-Anhalt	Niedersachsen	6,7
Sachsen	Berlin	6,3
Rheinland-Pfalz	Nordrhein	5,9
Thüringen	Sachsen	5,8

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abbildung 50: Top 15 Patientenabströme im Jahr 2023, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Zuströme in Abrechnungs-KVen im Jahr 2023, Gruppe B

Neben den Abströmen lassen sich auch deutliche Zuströme innerhalb von Gruppe B feststellen. Diese verdeutlichen, in welchen Kassenärztlichen Vereinigungen Patientinnen und Patienten aus anderen, größtenteils benachbarten KVen mitbehandelt werden (Tabelle 7 und Abbildung 51).

Besonders deutlich fällt hierbei die KV Bremen auf: 27,2 % der in Bremen abgerechneten Fälle entfallen auf Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der KV Niedersachsen (1.232 von 4.535 Fällen). Das bedeutet, dass über ein Viertel aller dort behandelten Fälle auf Zuströme aus dem benachbarten Niedersachsen zurückzuführen sind.

Auch die KV Hamburg weist eine hohe Dichte an Mitbehandlung nicht in Hamburg wohnhafter Patientinnen und Patienten auf. 15,9 % der in Hamburg abgerechneten Fälle betreffen Patientinnen und Patienten aus der KV Schleswig-Holstein (3.682 von 23.116 Fällen), während weitere 8,6 % auf Versorgte aus der KV Niedersachsen entfallen (1.986 von 23.116 Fällen). Zusammengenommen stammen damit auch hier fast ein Viertel der in der KV Hamburg abgerechneten Fälle aus anderen KV-Bereichen.

In der KV Berlin zeigt sich ein differenzierteres Bild: Zwar suchen auch hier sehr viele Patientinnen und Patienten aus der KV Brandenburg ihre Behandlung in der KV Berlin (siehe vorheriger Abschnitt Zuströme: 92,6 % der brandenburgischen Fälle werden in der KV Berlin abgerechnet), dennoch macht ihr Anteil an allen in der KV Berlin abgerechneten Fällen nur 8,2 % aus (4.676 von 56.859 Fällen). Dies liegt vor allem daran, dass die KV Berlin selbst eine sehr große Zahl eigener Patientinnen und Patienten versorgt, wodurch der relative Anteil extern Versorgter deutlich geringer ausfällt.

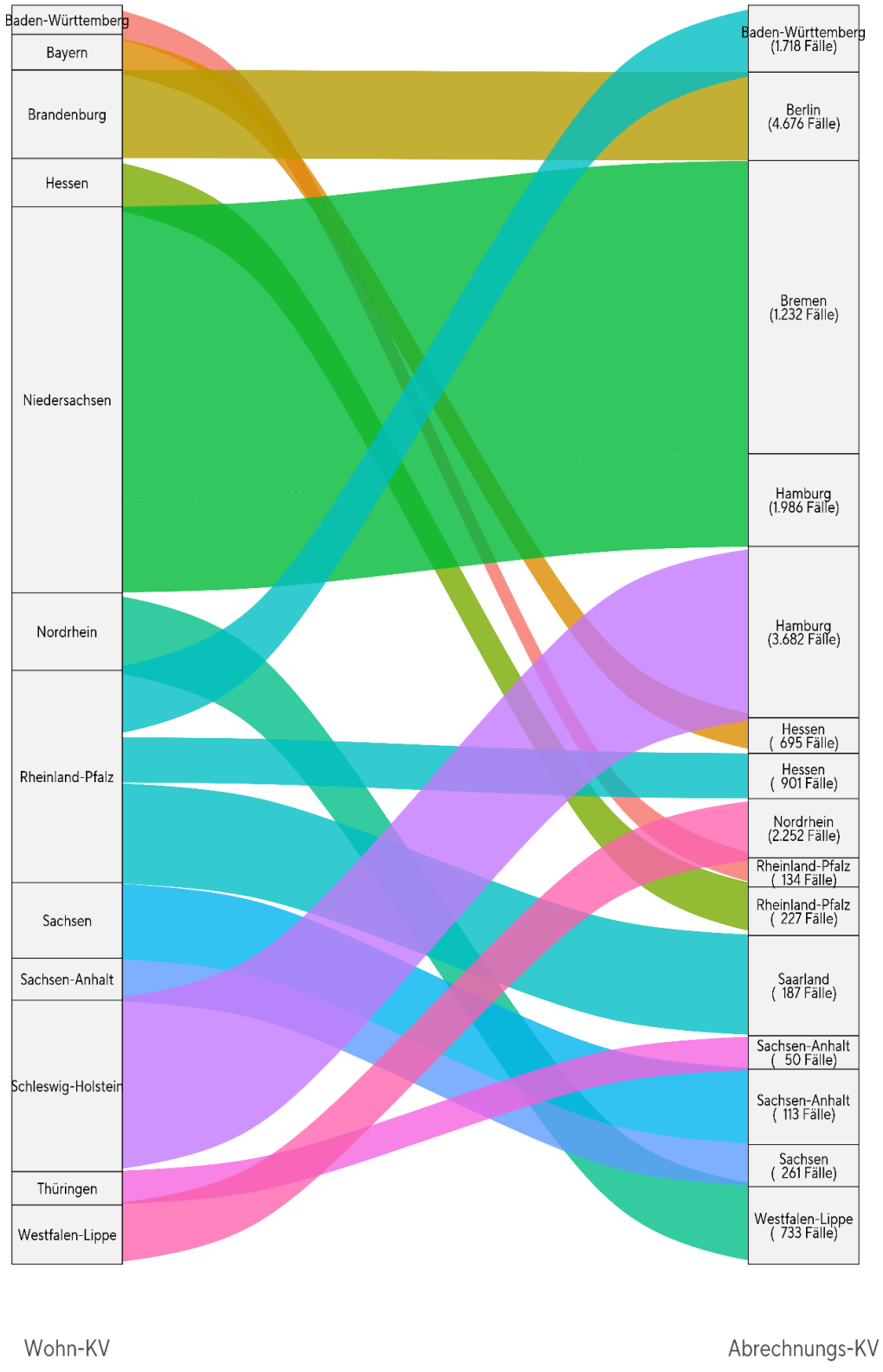
Diese Ergebnisse zeigen, dass insbesondere städtisch geprägte KVen eine wichtige Rolle in der überregionalen Mitversorgung innerhalb der HIV-Schwerpunktversorgung spielen und Patientinnen und Patienten Versorgungsangebote in angrenzenden KVen nutzen.

Tabelle 7: Top 15 Zuströme in Abrechnungs-KV nach Wohnort-KV, Gruppe B, 2023

Wohnort-KV	Abrechnungs-KV	Anteil der Fälle aus anderer KV an allen Fällen der Abrechnungs-KV (%)
Niedersachsen	Bremen	27,2
Schleswig-Holstein	Hamburg	15,9
Rheinland-Pfalz	Saarland	9,3
Niedersachsen	Hamburg	8,6
Brandenburg	Berlin	8,2
Nordrhein	Westfalen-Lippe	7,2
Sachsen	Sachsen-Anhalt	7,0
Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	6,2
Westfalen-Lippe	Nordrhein	5,5
Hessen	Rheinland-Pfalz	4,5
Rheinland-Pfalz	Hessen	4,2
Sachsen-Anhalt	Sachsen	3,9
Bayerns	Hessen	3,3
Thüringen	Sachsen-Anhalt	3,1
Baden-Württemberg	Rheinland-Pfalz	2,7

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abbildung 51: Top 15 Patientenzuströme im Jahr 2023, Gruppe B



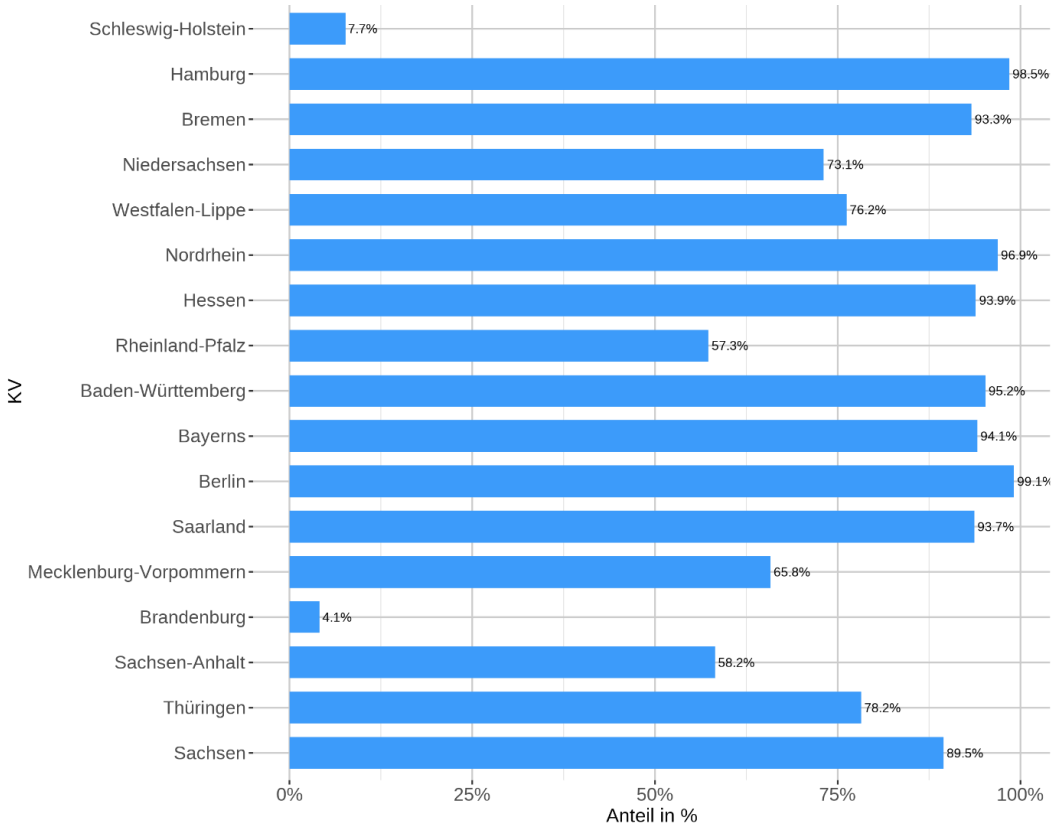
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Anteil der KV-gleichen Versorgung im Jahr 2023, Gruppe B

In vielen KVen erfolgt ein Großteil der Behandlungen ausschließlich innerhalb der eigenen KV, während andere KVen stärkere Abwanderungen verzeichnen (Abbildung 52). Spitzenreiter ist die KV Berlin, in der 99,1 % der Fälle bei dort wohnhaften Patientinnen und Patienten auch innerhalb der eigenen KV behandelt werden (49.559 von 50.027 Fällen). Ebenfalls sehr hohe KV-eigene Versorgung zeigen sich in der KV Schleswig-Holstein (98,5 %, 16.618 von 16.876 Fällen), der KV Hamburg (93,3 %, 1.813 von 1.934 Fällen), der KV Nordrhein (96,9 %, 37.290 von 38.494 Fällen), der KV Hessen (93,9 %, 18.720 von 19.933 Fällen) und der KV Saarland (93,7 %, 1.813 von 1.934 Fällen).

Deutlich niedrigere Anteile finden sich in einigen östlichen KVen: In der KV Brandenburg verbleiben nur 4,1 % der Behandlungsfälle innerhalb der eigenen KV (205 von 5.050 Fällen), in der KV Sachsen-Anhalt sind es 58,2 % (1.418 von 2.435 Fällen) und in der KV Mecklenburg-Vorpommern 65,8 % (1.502 von 2.284 Fällen). Auch die KV Sachsen (89,5 %, 6.008 von 6.715 Fällen) und die KV Thüringen (78,2 %, 1.812 von 2.316 Fällen) liegen trotz höherer Anteile KV-gleicher Behandlungsfälle unter dem westdeutschen Durchschnitt. Besonders gering fällt der Wert in der KV Schleswig-Holstein mit nur 7,7 % aus (326 von 4.228 Fällen), vermutlich eine Folge der stark ausgeprägten Patientenströme zur benachbarten KV Hamburg, wie aus den vorherigen Abbildungen sichtbar wurde.

Abbildung 52: Anteil der Behandlungsfälle mit identischer Wohnort- und Abrechnungs-KV im Jahr 2023, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

2.3.7.3 Gruppe D

Patientenströme im Jahr 2023

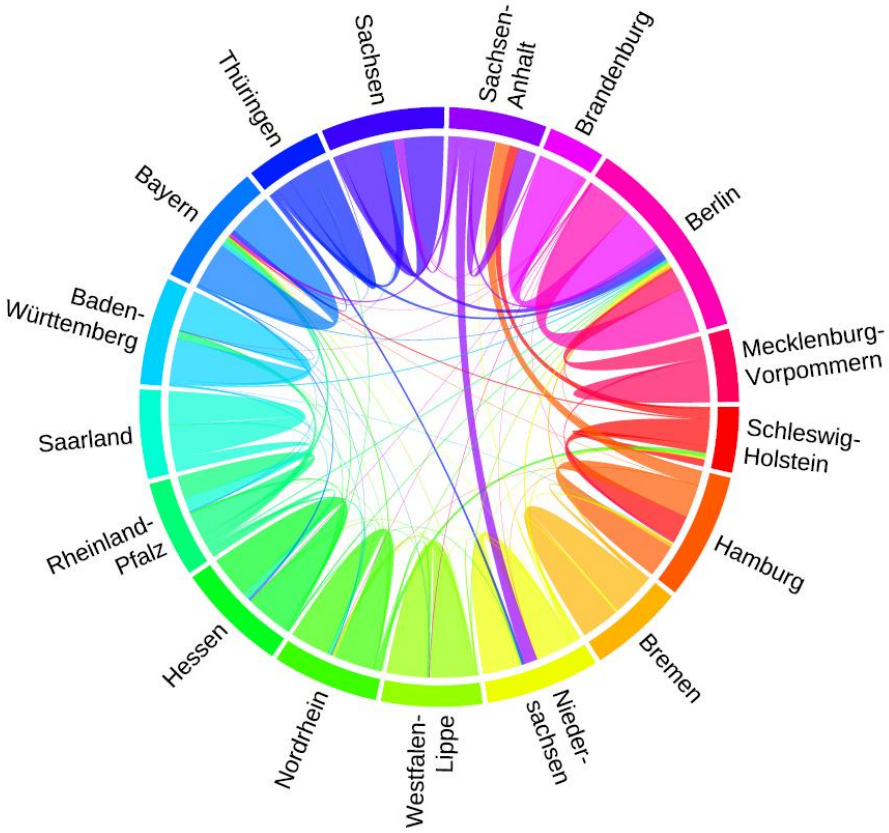
Das nachstehende Chord-Diagramm (Abbildung 53) zeigt die Patientenströme im Rahmen der PrEP-Versorgung im Jahr 2023. Die meisten Behandlungsfälle erfolgen innerhalb der eigenen Kassenärztlichen Vereinigung, dennoch sind überregionale Patientenströme klar erkennbar.

Besonders deutlich sind die Zuströme in die KV Berlin, vor allem aus der KV Brandenburg, KV Sachsen-Anhalt und KV Sachsen. Auch die KV Hamburg versorgt viele Fälle aus der KV Schleswig-Holstein und KV Niedersachsen. Zudem fungiert die KV Nordrhein als wichtiger Behandlungsort für angrenzende KVen wie Westfalen-Lippe und Rheinland-Pfalz. In den südlichen und westlichen KVen wie Bayerns, KV Baden-Württemberg, KV Hessen und KV Rheinland-Pfalz überwiegt hingegen eine KV-gleiche Versorgung mit nur geringem Ab- oder Zustrom.

Insgesamt bestätigt sich das Muster, dass urbane Zentren wie die KV Berlin, KV Hamburg und KV Nordrhein überregionale Mitversorgerfunktionen auch im Rahmen der PrEP-Versorgung übernehmen, vor allem für Patientinnen und Patienten

aus Flächen-KVen. Im Folgenden werden die 15 größten Zu- und Abströme im Detail beschrieben.

Abbildung 53: Patientenströme, Anteil der Fälle im Jahr 2023, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abströme von Wohnort-KVen im Jahr 2023, Gruppe D

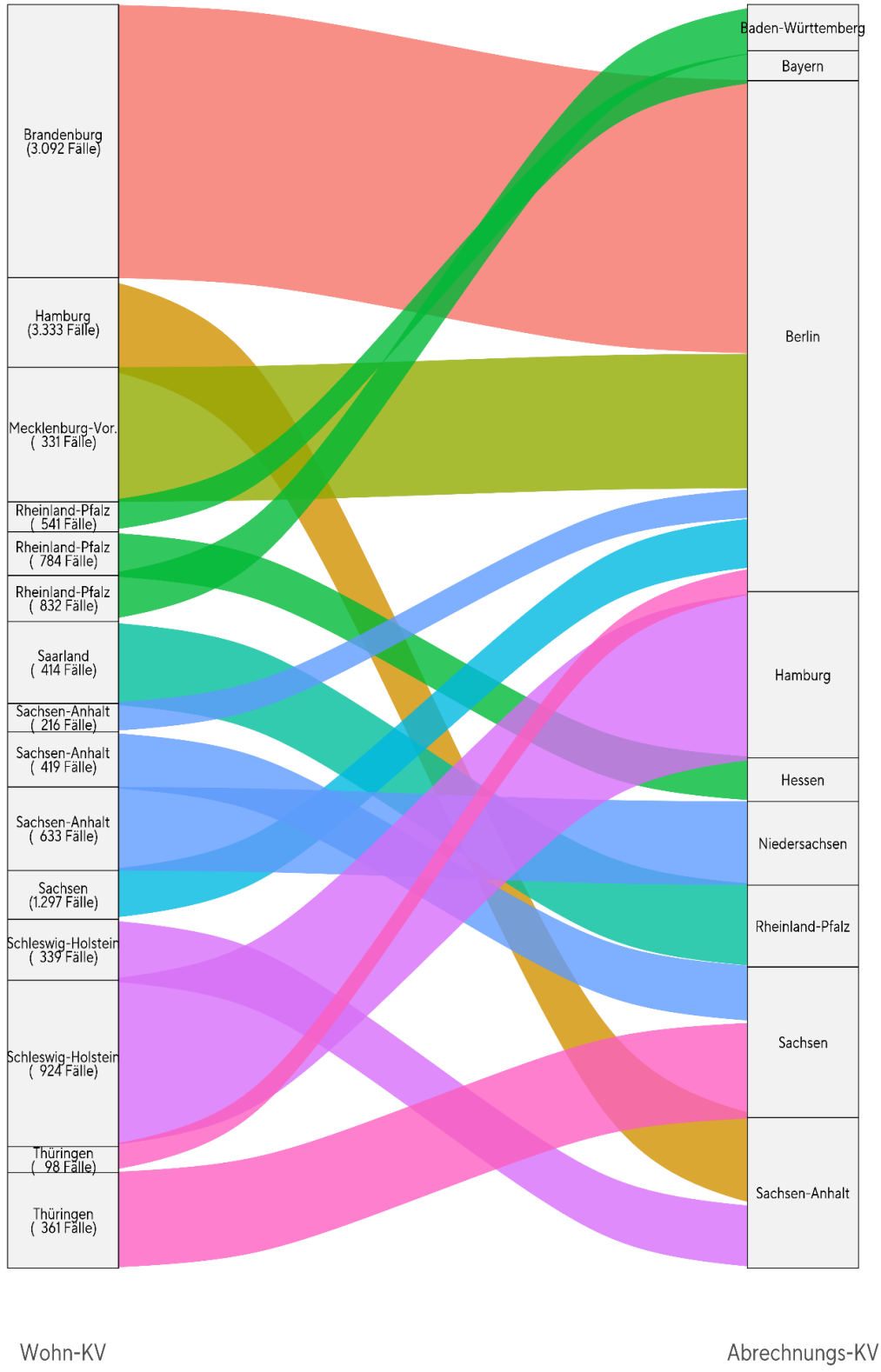
Bei der Betrachtung der Patientenströme innerhalb von Gruppe D zeigt sich, dass eine erhebliche Anzahl der Patientinnen und Patienten ihre Behandlung außerhalb der eigenen Wohnort-KV in Anspruch nimmt (Tabelle 8 und Abbildung 54). Besonders stark ausgeprägt ist dieser Trend bei der KV Brandenburg, wo 88,3 % der Fälle in der KV Berlin abgerechnet werden (3.092 von 3.500 Fällen). Auch bei der KV Schleswig-Holstein ist der Abstrom mit 53,8 % zur KV Hamburg deutlich ausgeprägt (924 von 1.719 Fällen). Vergleichbare Strömungen zeigen sich für die KV Mecklenburg-Vorpommern, bei der 43,5 % der Fälle ebenfalls in der KV Berlin behandelt werden (331 von 761 Fällen), sowie für die KV Thüringen, deren PrEP-Behandlungsfälle zu 30,9 % in der KV Sachsen mitversorgt werden (361 von 1.170 Fällen). Die KV Sachsen-Anhalt weist ebenfalls bedeutende Abströme auf, insbesondere zur KV Niedersachsen mit 27,0 % der Fälle (633 von 2.348 Fällen) und zur KV Sachsen mit 17,8 % (419 von 2.348 Fällen).

Tabelle 8: Top 15 Abströme von Wohnort- zu Abrechnungs-KV, Gruppe D, 2023

Wohnort-KV	Abrechnungs-KV	Anteil Fälle außerhalb Wohnort-KV in %
Brandenburg	Berlin	88,3
Schleswig-Holstein	Hamburg	53,8
Mecklenburg-Vorpommern	Berlin	43,5
Thüringen	Sachsen	30,9
Hamburg	Sachsen-Anhalt	29,0
Sachsen-Anhalt	Niedersachsen	27,0
Saarland	Rheinland-Pfalz	26,5
Schleswig-Holstein	Sachsen-Anhalt	19,7
Sachsen-Anhalt	Sachsen	17,8
Sachsen	Berlin	15,8
Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	14,9
Rheinland-Pfalz	Hessen	14,1
Rheinland-Pfalz	Bayerns	9,7
Sachsen-Anhalt	Berlin	9,2
Thüringen	Berlin	8,4

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abbildung 54: Top 15 Patientenabströme im Jahr 2023, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Zuströme in Abrechnungs-KVen im Jahr 2023, Gruppe D

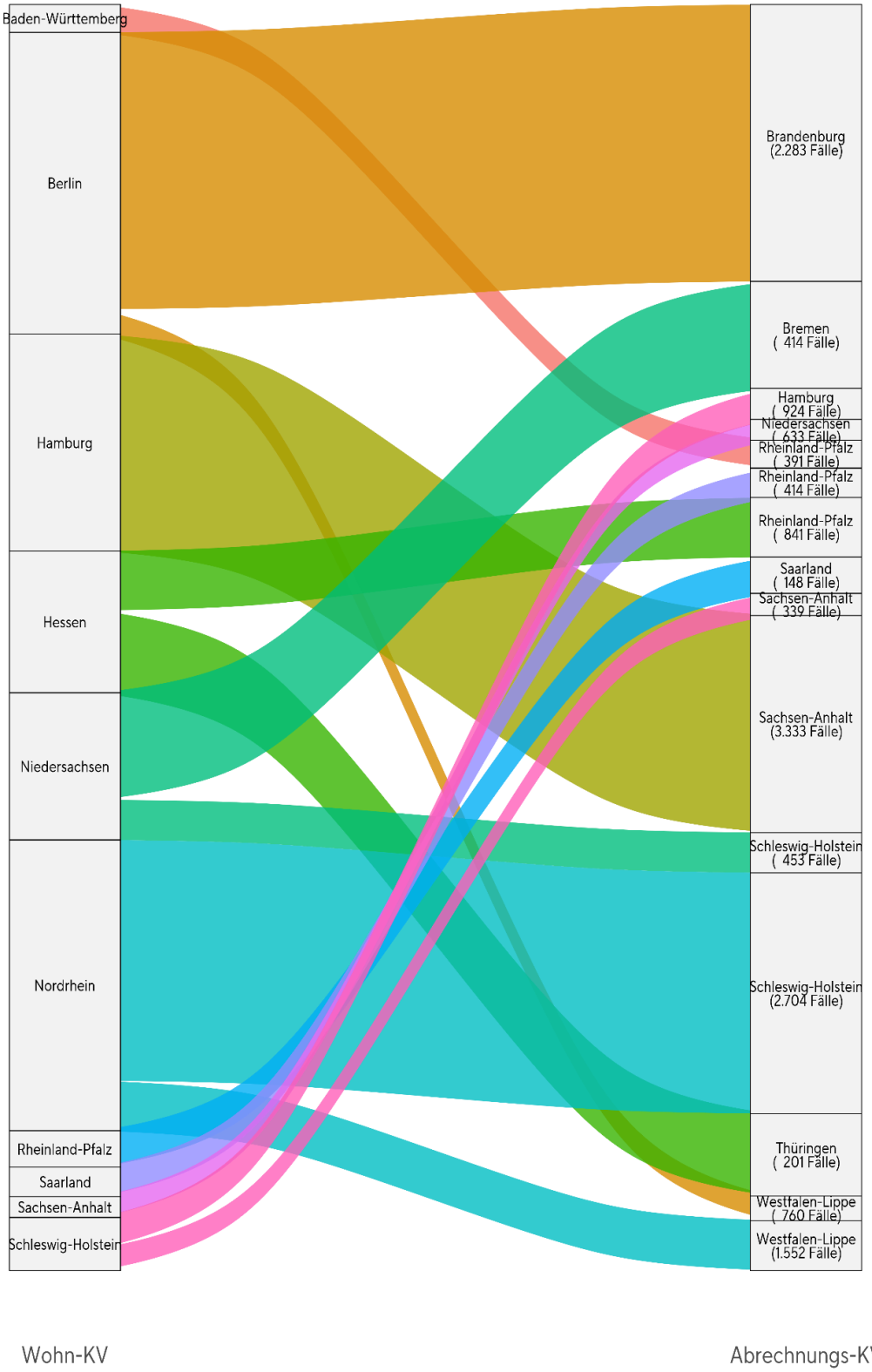
Auch die Analyse der Zuströme in Gruppe D verdeutlicht die ausgeprägten Mitversorgerströme innerhalb der PrEP-Versorgung (Tabelle 9 und Abbildung 55). Besonders hervorzuheben ist die KV Brandenburg, in der 87,5 % der abgerechneten PrEP-Fälle ihren Wohnsitz in der KV Berlin haben (2.283 von 2.609 Fällen). Ein ähnliches Muster zeigt sich in der KV Schleswig-Holstein, in der 76,1 % der Fälle auf Personen mit Wohnsitz in der KV Nordrhein entfallen (2.704 von 3.554 Fällen). Auch die KV Sachsen-Anhalt übernimmt überregionale Mitversorgung: 68,6 % der dort abgerechneten Fälle stammen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der KV Hamburg (3.333 von 4.862 Fällen). Weitere auffällige Ströme betreffen unter anderem die KV Bremen, in der 33,8 % der Fälle aus der KV Niedersachsen stammen (414 von 1.224 Fällen). Ebenfalls erwähnenswert ist die KV Thüringen, in der 26 % der Behandlungen auf Wohnsitze in der KV Hessen entfallen (201 von 772 Fällen), sowie die KV Rheinland-Pfalz, in der 18,8 % der Behandlungen auf Wohnsitze in Hessen entfallen (841 von 4.466 Fällen).

Tabelle 9: Top 15 Zuströme in Abrechnungs-KV nach Wohnort-KV, Gruppe D, 2023

Wohnort-KV	Abrechnungs-KV	Anteil der Fälle aus anderer KV an allen Fällen der Abrechnungs-KV (%)
Berlin	Brandenburg	87,5
Nordrhein	Schleswig-Holstein	76,1
Hamburg	Sachsen-Anhalt	68,6
Niedersachsen	Bremen	33,8
Hessen	Thüringen	26,0
Hessen	Rheinland-Pfalz	18,8
Nordrhein	Westfalen-Lippe	15,8
Niedersachsen	Schleswig-Holstein	12,7
Rheinland-Pfalz	Saarland	11,5
Schleswig-Holstein	Hamburg	9,8
Saarland	Rheinland-Pfalz	9,3
Baden-Württemberg	Rheinland-Pfalz	8,8
Berlin	Westfalen-Lippe	7,8
Schleswig-Holstein	Sachsen-Anhalt	7,0
Sachsen-Anhalt	Niedersachsen	6,6

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abbildung 55: Top 15 Patientenzuströme im Jahr 2023, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Anteil der KV-gleichen Versorgung im Jahr 2023, Gruppe D

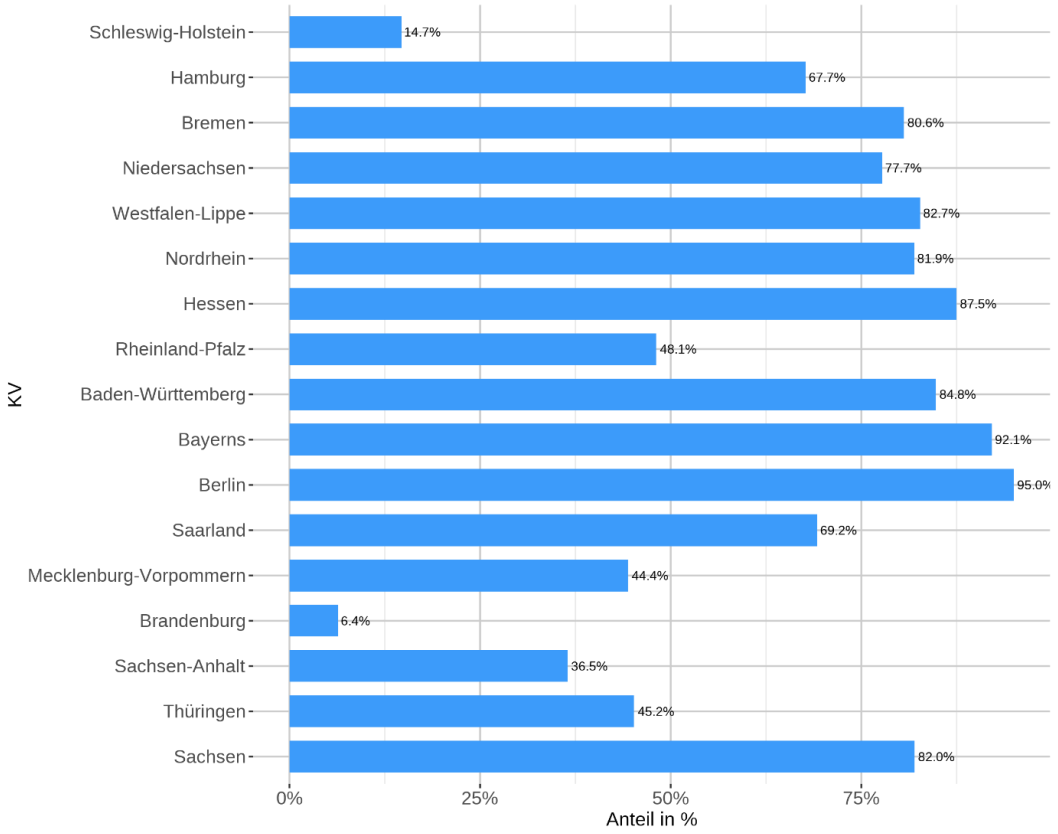
Ein Teil der Patientinnen und Patienten in Gruppe D nimmt im Jahr 2023 ausschließlich Leistungen innerhalb der eigenen Wohnort-KV in Anspruch (Abbildung 56). Auch hier zeigt sich, dass der Großteil der Behandlungen in vielen KVen innerhalb der eigenen KV erfolgt, während in anderen Regionen stärkere Abwanderungen zu beobachten sind.

Die höchsten Anteile KV-gleicher Versorgung finden sich in der KV Berlin, in der 95 % der Behandlungsfälle (72.157 von 75.921 Fällen) innerhalb der eigenen KV verbleiben. Es folgen die KV Bayerns mit 92,1 % (29.102 von 31.591 Fällen) und die KV Hessen mit 87,5 % (16.294 von 18.630 Fällen). Ebenfalls hohe Werte verzeichnen die KV Baden-Württemberg mit 84,8 % (11.826 von 13.948 Fällen), die KV Westfalen-Lippe mit 82,7 % (7.129 von 8.618 Fällen), die KV Sachsen mit 82 % (6.729 von 8.203 Fällen) sowie die KV Nordrhein mit 81,9 % (26.572 von 32.462 Fällen).

Deutlich niedrigere Anteile finden sich hingegen in einigen östlichen KVen: In der KV Brandenburg verbleiben nur 6,4 % der Fälle innerhalb der eigenen KV (225 von 3.500 Fällen). Auch die KV Sachsen-Anhalt (36,5 %; 856 von 2.348 Fällen), die KV Thüringen (45,2 %; 529 von 1.170 Fällen) und die KV Mecklenburg-Vorpommern (44,4 %; 338 von 761 Fällen) zeigen eine geringer ausgeprägte KV-gleiche Versorgung.

Diese Ergebnisse verdeutlichen erneut die regionalen Unterschiede in der Versorgung und legen nahe, dass insbesondere in einigen östlichen KVen häufig Leistungen im Rahmen der PrEP-Versorgung außerhalb der eigenen Wohn-KV in Anspruch genommen werden.

Abbildung 56: Anteil der Behandlungsfälle mit identischer Wohnort- und Abrechnungs-KV im Jahr 2023, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

2.3.8 Behandlungsanlässe/Komorbiditäten

2.3.8.1 Gruppe A

Ein Vergleich der Top-50-Diagnosen der Jahre 2014 (Tabelle 10) und 2023 (Tabelle 11) bei HIV-Patienten zeigt einige Verschiebungen in der Inanspruchnahme dieser Patientengruppe. Bei der Analyse der Behandlungsanlässe in Gruppe A wurde bewusst auf die Diagnosen B20–B24 und Z21 verzichtet, da diese die HIV-Grunderkrankung betreffen und die Definition der Gruppe bestimmen. Im Mittelpunkt stehen somit ausschließlich weitere Begleiterkrankungen bzw. Behandlungsdiagnosen.

Im Jahr 2014 standen psychische Erkrankungen und kardiovaskuläre Risiken im Vordergrund. Die häufigste Behandlungsdiagnose war die depressive Episode (F32) mit einem Anteil von 13,1 %, gefolgt von essentieller Hypertonie (I10) mit 12,5 %. Chronische Virushepatitis (B18) (9,6 %) und Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78) (9,1 %) waren ebenfalls weit verbreitet. Auffällig waren auch die klinischen HIV-spezifischen Zusatzcodes (U60, U61) unter den häufigsten

Diagnosen, die spezifische Labor- und Verlaufsuntersuchungen dokumentieren, sowie Rückenschmerzen (M54, 6,5 %) als eine häufige nicht-infektiöse Begleiterkrankung.

Im Jahr 2023 verschiebt sich das Bild wie folgt: Essentielle Hypertonie (I10) ist nun mit 18,3 % die häufigste Diagnose und damit stärker vertreten als noch im Jahr 2014. An zweiter Stelle folgen Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78) mit 12,8 % und depressive Episode (F32) mit 12,6 %. Neu in den Top 10 vertreten sind Diagnose-Codes zu bestimmten Behandlungsanlässen wie Impfungen gegen andere Viruskrankheiten (Z25, 6,7 %), was auf einen stärkeren präventiven Versorgungsansatz hinweisen könnte. Diabetes mellitus Typ 2 (E11) gewinnt ebenfalls an Bedeutung (6,6 %).

Insgesamt zeigen sich über den betrachteten Zehnjahreszeitraum hinweg folgende Entwicklung: Psychische Erkrankungen, insbesondere depressive Episoden und Angststörungen, bleiben durchgängig von großer Bedeutung. Parallel dazu ist eine Zunahme kardiometabolischer Erkrankungen wie der Hypertonie, Störungen des Fettstoffwechsels und Diabetes mellitus zu beobachten. Zudem fällt auf, dass präventive Maßnahmen, wie Impfungen und spezielle diagnostische Abklärungen, im Jahr 2023 eine größere Rolle im Versorgungsgeschehen einnehmen als noch 2014.

Tabelle 10: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Fallzahl und Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe A in %), ausgenommen B20-24, Z21, Gruppe A im Jahr 2014

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
F32	Depressive Episode	52.285	13,1
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	50.003	12,5
B18	Chronische Virushepatitis	38.217	9,6
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	36.239	9,1
U60	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit	31.729	7,9
U61	Anzahl der (CD4+-)T-Helferzellen bei HIV-Krankheit	30.898	7,7
M54	Rückenschmerzen	26.042	6,5
B16	Akute Virushepatitis B	20.811	5,2
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten [Grippe, Mumps und andere]	19.323	4,8
A63	Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	17.848	4,5
E11	Diabetes mellitus vom Typ 2	16.885	4,2
A53	Sonstige und nicht näher bezeichnete Syphilis	16.610	4,2

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	16.892	4,2
F45	Somatoforme Störungen	15.902	4,0
F41	Andere Angststörungen	16.012	4,0
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	15.062	3,8
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	15.086	3,8
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	14.745	3,7
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	13.880	3,5
J45	Asthma bronchiale	13.936	3,5
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	13.927	3,5
G62	Sonstige Polyneuropathien	13.764	3,4
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	13.209	3,3
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	13.287	3,3
F33	Rezidivierende depressive Störung	13.372	3,3
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	13.083	3,3
K29	Gastritis und Duodenitis	12.650	3,2
G47	Schlafstörungen	12.769	3,2
E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	12.401	3,1
E55	Vitamin-D-Mangel	12.053	3,0
D83	Variabler Immundefekt [common variable immunodeficiency]	11.387	2,9
B37	Kandidose	10.636	2,7
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	10.662	2,7
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	10.764	2,7
A51	Frühsyphilis	10.422	2,6
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	10.151	2,5
B02	Zoster [Herpes zoster]	9.854	2,5
Z51	Sonstige medizinische Behandlung	9.963	2,5
M47	Spondylose	9.154	2,3
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	9.295	2,3

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
E66	Adipositas	8.398	2,1
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten [Gelbfieber, Masern, Poliomyelitis, Röteln, Tollwut, durch Arthropoden übertragene Virusenzephalitis, und Virushepatitis]	8.520	2,1
E04	Sonstige nichttoxische Struma	8.226	2,1
I83	Varizen der unteren Extremitäten	8.082	2,0
K80	Cholelithiasis	7.814	2,0
B17	Sonstige akute Virushepatitis	7.987	2,0
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	7.984	2,0
N18	Chronische Nierenkrankheit	7.510	1,9
B15	Akute Virushepatitis A	7.322	1,8

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014

Tabelle 11: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Fallzahl und Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe A in %), ausgenommen B20-24, Z21, Gruppe A im Jahr 2023

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	95.633	18,3
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	66.636	12,8
F32	Depressive Episode	65.934	12,6
B18	Chronische Virushepatitis	50.971	9,8
M54	Rückenschmerzen	37.348	7,2
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	37.181	7,1
U60	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit	35.212	6,7
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten [Grippe, Mumps und andere]	35.142	6,7

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
U61	Anzahl der (CD4+-)T-Helferzellen bei HIV-Krankheit	34.313	6,6
E11	Diabetes mellitus vom Typ 2	34.457	6,6
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	30.563	5,9
A53	Sonstige und nicht näher bezeichnete Syphilis	30.171	5,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	29.547	5,7
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	28.168	5,4
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	27.152	5,2
E55	Vitamin-D-Mangel	26.671	5,1
F41	Andere Angststörungen	25.282	4,8
F33	Rezidivierende depressive Störung	24.363	4,7
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	23.892	4,6
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	23.397	4,5
F45	Somatoforme Störungen	22.871	4,4
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	22.964	4,4
G47	Schlafstörungen	21.909	4,2
A63	Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	20.634	4,0
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	20.811	4,0
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	19.875	3,8
J45	Asthma bronchiale	20.051	3,8
U11	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19	19.251	3,7
G62	Sonstige Polyneuropathien	18.999	3,6
N18	Chronische Nierenkrankheit	18.906	3,6
B16	Akute Virushepatitis B	18.708	3,6
E66	Adipositas	17.399	3,3
K29	Gastritis und Duodenitis	16.927	3,2
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	16.066	3,1
N40	Prostatahyperplasie	13.965	2,7
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	13.952	2,7
A51	Frühsyphilis	14.062	2,7

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
E03	Sonstige Hypothyreose	14.200	2,7
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	13.375	2,6
M47	Spondylose	13.693	2,6
Z51	Sonstige medizinische Behandlung	12.869	2,5
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	12.154	2,3
I83	Varizen der unteren Extremitäten	11.432	2,2
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	11.282	2,2

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

2.3.8.2 Gruppe B

Bei der Analyse der Behandlungsanlässe in Gruppe B zwischen 2014 (Tabelle 12) und 2023 (Tabelle 13) wurden ebenfalls die Hauptdiagnosen B20-B24 sowie Z21, die HIV-Grunddiagnosen, ausgeklammert, um den Fokus auf Begleiterkrankungen bei Patientinnen und Patienten in der HIV-Schwerpunktversorgung zu legen. Hier ist zu beachten, dass nur die Diagnosen, die in den Praxisfällen mit Abrechnung einer Leistung der spezialisierten HIV-Versorgung gestellt wurden, mitgezählt wurden. Der Vergleich zwischen 2014 und 2023 zeigt einige Verschiebungen in den häufigsten Diagnosen.

Psychische Erkrankungen bleiben weiterhin stark vertreten: Die depressive Episode (F32) wurde, wie auch im Jahr 2014 (17,8 %), 2023 in 17,4 % der Fälle diagnostiziert und ist erneut eine der häufigsten Diagnosen. Auch andere psychische Diagnosen wie Reaktionen auf schwere Belastungen (F43) und Angststörungen (F41) bleiben mit Anteilen zwischen 6 % und 8 % konstant relevant. Gleichzeitig hat die Bedeutung kardiometabolischer Erkrankungen deutlich zugenommen: Die essentielle Hypertonie (I10) ist mit 20,1 % im Jahr 2023 (2014: 12,3 %) nun die häufigste Begleiterkrankung in Gruppe B. Auch Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78) und Diabetes mellitus Typ 2 (E11) verzeichnen einen deutlichen Anstieg von 10,9 % auf 17,2 % bzw. von 3 % auf 5,7 %.

Infektiologische Komorbiditäten wie die chronische Virushepatitis (B18) bleiben mit 13,7 % weiter von hoher Relevanz. Zudem zeigen sexuell übertragbare Infektionen, etwa Syphilis (A53, A51), und präventive Maßnahmen wie Impfungen (Z25, U11) stabile bis steigende Anteile. Letztere belegen die wachsende Bedeutung präventiver Versorgungselemente auch in der HIV-Schwerpunktversorgung.

Insgesamt bestätigt dies folgende Entwicklung der letzten 10 Jahre: Neben der HIV-Grund- und Schwerpunktversorgung gewinnen kardiometabolische und psychische Diagnosen sowie infektionspräventive Leistungen deutlich an Bedeutung.

Tabelle 12: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Fallzahl und Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe B in %), ausgenommen B20-24, Z21, Gruppe B im Jahr 2014

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
F32	Depressive Episode	31.557	17,8
U60	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit	30.382	17,1
U61	Anzahl der (CD4+-)T-Helferzellen bei HIV-Krankheit	30.137	17
B18	Chronische Virushepatitis	23.715	13,4
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	21.753	12,3
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	19.382	10,9
B16	Akute Virushepatitis B	14.891	8,4
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten [Grippe, Mumps und andere]	14.725	8,3
A53	Sonstige und nicht näher bezeichnete Syphilis	13.532	7,6
A63	Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	12.317	6,9
E55	Vitamin-D-Mangel	10.692	6,0
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	10.219	5,8
E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	10.171	5,7
F41	Andere Angststörungen	9.462	5,3
M54	Rückenschmerzen	9.320	5,3
A51	Frühsyphilis	8.837	5,0
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	8.407	4,7
G62	Sonstige Polyneuropathien	8.039	4,5
B37	Kandidose	7.836	4,4
B02	Zoster [Herpes zoster]	7.539	4,3
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten [Gelbfieber, Masern, Poliomyelitis, Röteln, Tollwut, durch Arthropoden übertragene Virusenzephalitis, und Virushepatitis]	7.204	4,1
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	7.295	4,1

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
F33	Rezidivierende depressive Störung	7.182	4,1
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	7.124	4,0
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	6.977	3,9
F45	Somatoforme Störungen	6.642	3,7
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	6.595	3,7
G47	Schlafstörungen	6.360	3,6
J45	Asthma bronchiale	6.382	3,6
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	6.085	3,4
K29	Gastritis und Duodenitis	5.796	3,3
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	5.863	3,3
R59	Lymphknotenvergrößerung	5.601	3,2
B15	Akute Virushepatitis A	5.679	3,2
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	5.478	3,1
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	5.366	3,0
R16	Hepatomegalie und Splenomegalie, anderenorts nicht klassifiziert	5.274	3,0
E11	Diabetes mellitus vom Typ 2	5.371	3,0
Z20	Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten	5.070	2,9
Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	5.220	2,9
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	5.004	2,8
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	4.872	2,7
B00	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]	4.862	2,7
B17	Sonstige akute Virushepatitis	4.581	2,6
K80	Cholelithiasis	4.364	2,5
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	4.211	2,4
C46	Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]	3.942	2,2
Z27	Notwendigkeit der kombinierten Impfung [Immunisierung] gegen Infektionskrankheiten	3.984	2,2
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	3.970	2,2

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
	und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs		

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014

Tabelle 13: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Fallzahl und Anteil der Fälle an Gesamtfälle in Gruppe B in %), ausgenommen B20-24, Z21, Gruppe B im Jahr 2023

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	43.559	20,1
F32	Depressive Episode	37.767	17,4
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	37.353	17,2
U61	Anzahl der (CD4+-)T-Helferzellen bei HIV-Krankheit	30.147	13,9
U60	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit	29.882	13,8
B18	Chronische Virushepatitis	29.860	13,7
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen oh-ne Beschwerden oder angegebene Diagnose	29.270	13,5
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten [Grippe, Mumps und andere]	24.981	11,5
A53	Sonstige und nicht näher bezeichnete Syphilis	23.613	10,9
E55	Vitamin-D-Mangel	19.671	9,1
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	16.544	7,6
A63	Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	14.305	6,6
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	13.902	6,4
F41	Andere Angststörungen	13.777	6,3
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	13.741	6,3
M54	Rückenschmerzen	13.458	6,2
B16	Akute Virushepatitis B	13.184	6,1
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	13.125	6,0
U11	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19	12.606	5,8

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
F33	Rezidivierende depressive Störung	12.600	5,8
E11	Diabetes mellitus vom Typ 2	12.276	5,7
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	12.011	5,5
A51	Frühsyphilis	11.284	5,2
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	10.464	4,8
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10.236	4,7
G47	Schlafstörungen	10.008	4,6
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	9.491	4,4
G62	Sonstige Polyneuropathien	9.473	4,4
F45	Somatoforme Störungen	9.389	4,3
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	9.026	4,2
J45	Asthma bronchiale	8.513	3,9
E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	8.499	3,9
N18	Chronische Nierenkrankheit	8.190	3,8
B02	Zoster [Herpes zoster]	7.737	3,6
K29	Gastritis und Duodenitis	7.510	3,5
Z20	Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten	7.050	3,2
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten [Gelbfieber, Masern, Poliomyelitis, Röteln, Tollwut, durch Arthropoden übertragene Virusenzephalitis, und Virushepatitis]	7.046	3,2
B37	Kandidose	7.002	3,2
Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	6.858	3,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6.803	3,1
E03	Sonstige Hypothyreose	6.595	3,0
E66	Adipositas	6.458	3,0
E53	Mangel an sonstigen Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	5.993	2,8
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	5.929	2,7
B15	Akute Virushepatitis A	5.880	2,7

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
K80	Cholelithiasis	5.862	2,7
N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	5.770	2,7
U07	Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	5.732	2,6
D50	Eisenmangelanämie	5.618	2,6
N40	Prostatahyperplasie	5.594	2,6

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

2.3.8.3 Gruppe D

Für Gruppe D wird auf einen Vergleich mit früheren Jahren verzichtet, da vollständige, jährliche Abrechnungsdaten erst ab 2020 vorliegen. Auch hier wurden analog zum Vorgehen bei Gruppe B bei der Auszählung der Diagnosen nur die Praxisfälle berücksichtigt, bei denen auch die PrEP abgerechnet wurde (Tabelle 14).

Die Analyse der Begleitdiagnosen bei PrEP-Nutzenden bestätigt den präventiven Fokus der PrEP-Versorgung: Mit einem Anteil von 58,7 % der Fälle steht die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen (Z29) an erster Stelle, gefolgt von speziellen Untersuchungen ohne Beschwerden (Z01, 40,1 %) und dem Kontakt mit Infektionskrankheiten (Z20, 26,1 %). Sexuell übertragbare Infektionen sind ebenfalls stark vertreten, darunter Gonokokkeninfektionen (A54, 8,5 %), Syphilis (A53, 6,3 %) und Chlamydien (A56, 4,9 %). Auch Beratungsleistungen (z. B. Z71, 7,2 %) sowie Impfbedarfe (z. B. Z24 und Z25) gehören zu den häufigen Behandlungsdiagnosen. Psychische Erkrankungen und chronische somatische Diagnosen treten seltener auf als in anderen Gruppen. Depressive Episoden (F32, 3 %) und Angststörungen (F41, 1,6 %) sowie kardiometabolische Diagnosen wie Hypertonie (I10, 4 %) und Fettstoffwechselstörungen (E78, 2,3 %) sind vorhanden, aber seltener, was mit der insgesamt jüngeren Altersstruktur der PrEP-Nutzenden erklärbar ist.

Insgesamt spiegelt das Diagnosemuster den präventionsorientierten Charakter der PrEP-Versorgung wider.

Tabelle 14: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Fallzahl und Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe D in %), Gruppe D im Jahr 2023

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
Z29	Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen	113.726	58,7
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	77.688	40,1

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
Z20	Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten	50.599	26,1
A54	Gonokokkeninfektion	16.534	8,5
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert	13.981	7,2
A53	Sonstige und nicht näher bezeichnete Syphilis	12.175	6,3
A64	Durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, nicht näher bezeichnet	11.161	5,8
A56	Sonstige durch Geschlechtsverkehr übertragene Chlamydienkrankheiten	9.535	4,9
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten [Gelbfieber, Masern, Poliomyelitis, Röteln, Tollwut, durch Arthropoden übertragene Virusenzephalitis, und Virushepatitis]	8.002	4,1
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	7.826	4,0
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten [Grippe, Mumps und andere]	7.198	3,7
A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien	6.554	3,4
B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	6.171	3,2
F32	Depressive Episode	5.835	3,0
B18	Chronische Virushepatitis	5.538	2,9
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	5.678	2,9
N34	Urethritis und urethrales Syndrom	5.536	2,9
Z72	Probleme mit Bezug auf die Lebensführung	5.358	2,8
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	5.465	2,8
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	4.516	2,3
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	3.990	2,1
A51	Frühsyphilis	3.959	2,0
J45	Asthma bronchiale	3.860	2,0
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	3.698	1,9

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	3.679	1,9
N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	3.148	1,6
A63	Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	3.063	1,6
F41	Andere Angststörungen	3.028	1,6
F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	2.471	1,3
Z70	Beratung in Bezug auf Sexualeinstellung, -verhalten oder -orientierung	2.522	1,3
U07	Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	2.515	1,3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2.293	1,2
M54	Rückenschmerzen	2.387	1,2
U11	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19	2.383	1,2
F33	Rezidivierende depressive Störung	2.315	1,2
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	2.268	1,2
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	2.097	1,1
E03	Sonstige Hypothyreose	2.120	1,1
Z27	Notwendigkeit der kombinierten Impfung [Immunisierung] gegen Infektionskrankheiten	2.191	1,1
G47	Schlafstörungen	1.999	1,0
U08	COVID-19 in der Eigenanamnese	1.983	1,0
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1.951	1,0
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	1.844	1,0
K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	1.916	1,0
E66	Adipositas	1.902	1,0
F45	Somatoforme Störungen	1.798	0,9
A60	Infektionen des Anogenitalbereiches durch Herpesviren [Herpes simplex]	1.672	0,9
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1.677	0,9

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
E55	Vitamin D-Mangel	1.799	0,9
Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	1.577	0,8

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

2.3.9 Vergleich der Patientinnen und Patienten in der HIV-Schwerpunktversorgung zur Allgemeinbevölkerung

Im Folgenden werden die Analyseergebnisse zur Altersverteilung und Diagnosehäufigkeit der Gruppe B im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung dargestellt. Die Allgemeinbevölkerung wird dabei durch die Grundgesamtheit der vorliegenden Abrechnungsdaten gebildet und umfasst alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2023 mindestens einen Kontakt zu einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt in Anspruch genommen haben. Der Vergleich ermöglicht eine Einordnung, inwiefern sich die demografische Struktur sowie die Verteilung abgerechneter Diagnosen in Gruppe B von der Gesamtpopulation in den Abrechnungsdaten unterscheidet.

Der Vergleich der Diagnosehäufigkeiten wird ebenfalls zwischen der Gruppe D (PrEP-Nutzende) und der Allgemeinbevölkerung durchgeführt, da sich diese Patientengruppe hinsichtlich Alter und Komorbiditäten deutlich von der Gruppe mit spezialisierter HIV-Versorgung abgrenzt und somit Versorgungsschwerpunkte beider Gruppen hervorgehoben werden.

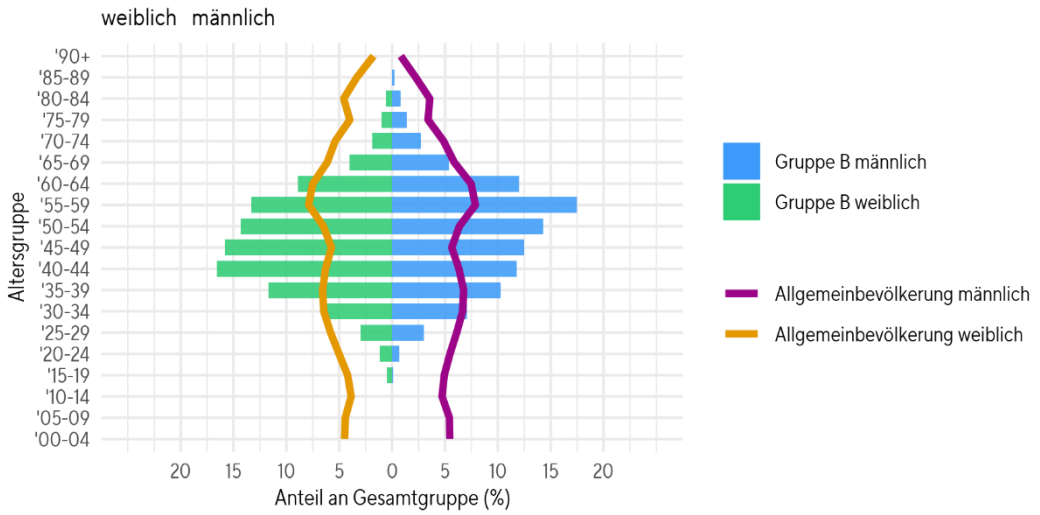
2.3.9.1 Alters- und Geschlechtsverteilung Allgemeinbevölkerung vs. Gruppe B

Die Altersstruktur der Patienten in der HIV-Schwerpunktversorgung unterscheidet sich deutlich von der der Allgemeinbevölkerung, die im Jahr 2023 mindestens einmal vertragsärztliche Leistungen in Anspruch genommen hat (Abbildung 57). Während Letztere eine relativ gleichmäßige Verteilung über alle Altersgruppen hinweg aufweist, inklusive nennenswerter Anteile bei Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen über 70 Jahren, zeigt sich in Gruppe B eine klare Konzentration auf das mittlere Erwachsenenalter. Insbesondere Männer zwischen 35 und 59 Jahren bilden den Schwerpunkt der Versorgung in Gruppe B: Allein auf die Altersgruppe 55-59 Jahre entfallen 18 % der männlichen Patienten, gefolgt von hohen Anteilen in den Altersgruppen 50-54 (14,5 %), 40-44 (11,6 %) und 35-39 (10 %). Auch bei den Frauen sind diese Alterssegmente am stärksten vertreten, mit Spitzenwerten in den Altersgruppen 40-44 (16,3 %), 45-49 (15,8 %) und 50-54 (14,5 %).

Jüngere Patientinnen und Patienten unter 25 Jahren sind in der HIV-Schwerpunktversorgung dagegen kaum präsent, bei Männern liegt ihr Anteil unter 1 %, bei Frauen nur leicht darüber. Auch in den höheren Altersgruppen ist ein deutlicher Unterschied zu erkennen: Ab 70 Jahren sinkt der Anteil der Patientinnen und Patienten in der HIV-Schwerpunktversorgung deutlich ab, während in der

Allgemeinbevölkerung ältere Menschen einen erheblichen Anteil an der Gesamtversorgung ausmachen. Diese demografische Konzentration auf das mittlere Lebensalter hebt die spezifische Altersstruktur in der HIV-Schwerpunktversorgung deutlich von der allgemeinen vertragsärztlichen Inanspruchnahme ab.

Abbildung 57: Alters- und Geschlechtsverteilung Allgemeinbevölkerung vs. Gruppe B im Jahr 2023 (Anteile in %)



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

2.3.9.2 Diagnoseverteilung Allgemeinbevölkerung vs. Gruppe B

Hinweis: In einer früheren Version des Berichts wurden fehlerhafte standardisierte Anteile der Allgemeinbevölkerung ausgewiesen. Der folgende Text, Abbildung 58 sowie Tabelle 15 (korrigierte Fassungen) beruhen auf den korrigierten Werten.

Zur besseren Vergleichbarkeit von Diagnosen zwischen der untersuchten Gruppe B und der Allgemeinbevölkerung werden in der folgenden Auswertung neben der beobachteten Häufigkeit auch standardisierte Werte ausgewiesen (Tabelle 15).

Der „standardisierte Anteil in der Allgemeinbevölkerung“ bezieht sich auf eine Hochrechnung, bei der die Alters- und Geschlechtsverteilung der Gruppe B auf die Struktur der Allgemeinbevölkerung übertragen wird. So lässt sich abschätzen, wie häufig die jeweilige Diagnose auftreten würde, wenn die Allgemeinbevölkerung die gleiche demografische Zusammensetzung hätte wie Gruppe B, um Prävalenzunterschiede herausarbeiten, die nicht auf Unterschiede in der Alters- oder Geschlechtsverteilung zurückgehen.

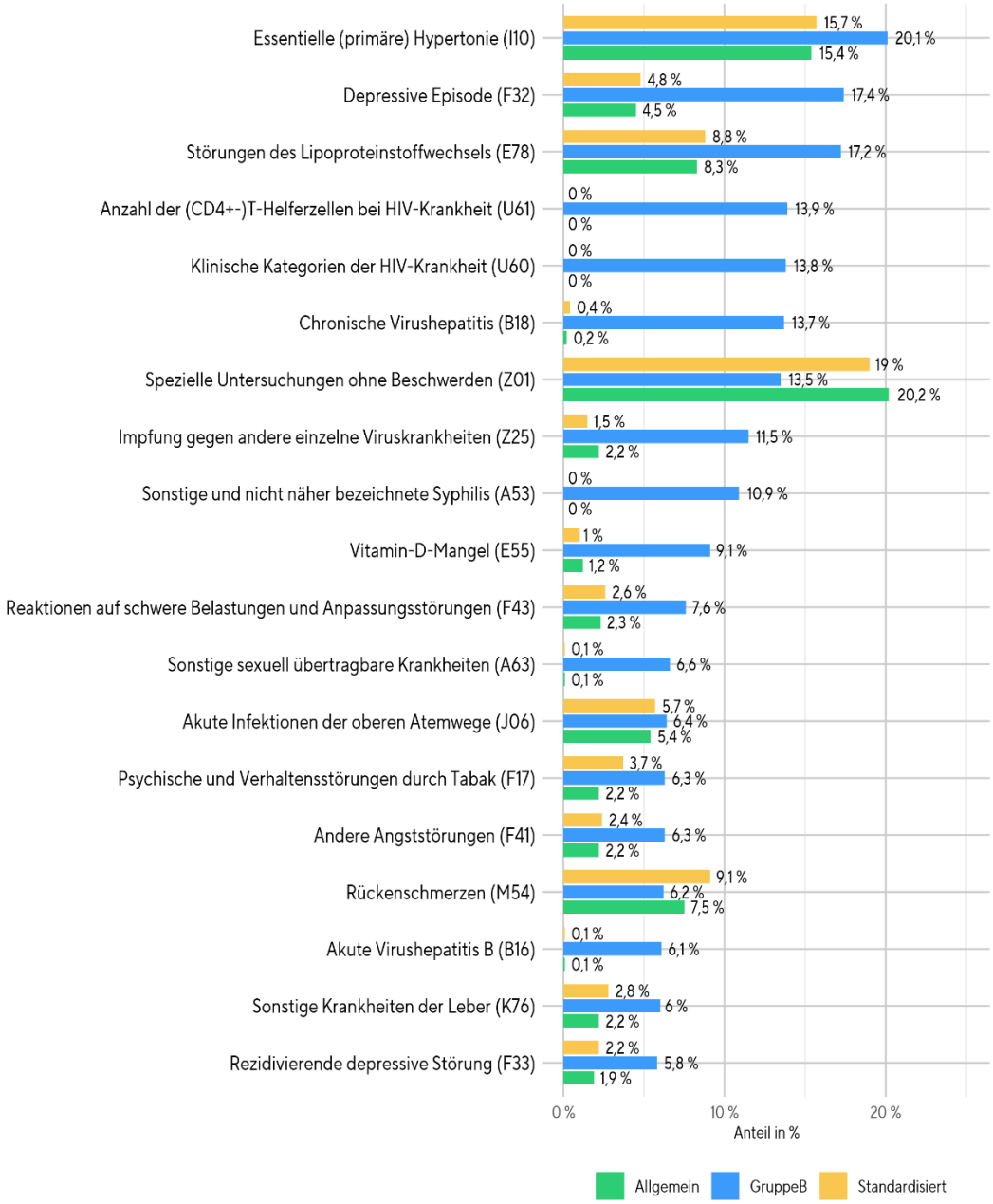
Der „rohe Fallanteil in der Allgemeinbevölkerung“ zeigt demgegenüber den tatsächlich beobachteten Anteil der jeweiligen Diagnose in der Gesamtheit der vorliegenden Abrechnungsdaten im Jahr 2023, ohne Anpassung der Alters- und Geschlechtsstruktur.

Die am häufigsten dokumentierte Diagnose in Gruppe B ist im Jahr 2023 die essentielle (primäre) Hypertonie (I10) mit 43.559 Fällen bzw. einem Anteil von 20,1 %. Der entsprechende rohe Anteil in der Allgemeinbevölkerung beträgt lediglich 15,4 %, nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung 15,7 %. Das heißt, auch bei gleicher Alters- und Geschlechtsstruktur ist die Prävalenz der Hypertonie in Gruppe B um rund 4,4 Prozentpunkte höher als in der Allgemeinbevölkerung. Einen besonders deutlichen Unterschied zeigt die Diagnose depressive Episode (F32): Mit 37.767 Fällen (17,4 %) ist sie in Gruppe B sehr häufig vertreten, während der standardisierte Anteil in der Allgemeinbevölkerung nur 4,8 % beträgt, der rohe Anteil liegt sogar nur bei 4,5 %. Dies spricht für eine deutlich erhöhte psychische Krankheitslast in Gruppe B, die über demografische Effekte hinausgeht. Auch bei Fettstoffwechselstörungen (E78) zeigt sich mit 37.353 Fällen (17,2 %) in Gruppe B ein deutlicher Unterschied im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, wo der standardisierte Anteil 8,8 % und der rohe Anteil 8,3 % beträgt. Der Anteil in Gruppe B ist damit rund doppelt so hoch.

Besonders ausgeprägte Unterschiede zeigen sich erwartungsgemäß bei HIV-assoziierten Diagnosen: Sowohl die Diagnose U61 als auch die klinische Kategorisierung der HIV-Krankheit (U60) sind in Gruppe B mit jeweils rund 14 % vertreten, während sie in der Allgemeinbevölkerung nahezu keine Rolle spielen. Auch chronische Virushepatitis (B18), sexuell übertragbare Krankheiten (A53, A63) oder Vitamin D-Mangel sind in Gruppe B deutlich überrepräsentiert, ebenso wie Behandlungsanlässe im Rahmen von Impfungen (Z25). Dies erfordert ein infektiologisch geprägtes Leistungsspektrum und entsprechende Fachkenntnisse für eine umfassende Versorgung von Menschen mit HIV. Seltener als in der Allgemeinbevölkerung treten nach Kontrolle für Alter und Geschlecht Rückenschmerzen auf sowie die Inanspruchnahme aufgrund sonstiger spezieller Untersuchungen und Abklärungen, wie Routineuntersuchungen (Z01).

Der Vergleich der TOP 20 Behandlungsdiagnosen ist der nachfolgenden Abbildung 58 sowie der Tabelle 15 (korrigierte Fassungen) zu entnehmen.

Abbildung 58: TOP 20 Behandlungsdiagnosen Gruppe B (Anteil der Fälle mit Diagnose in %) und Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (roh und standardisiert), 2023 – korrigierte Fassung (siehe Hinweis Abschnitt 2.3.9.2)



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Tabelle 15: TOP 20 Behandlungsdiagnosen Gruppe B (Anteil der Fälle mit Diagnose in %) und Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (roh und standardisiert), 2023 – korrigierte Fassung (siehe Hinweis Abschnitt 2.3.9.2)

ICD-10-Code	Bezeichnung	Anteil in Gruppe B	Roher Anteil in Allgemeinbevölkerung	Standardisierter Anteil in Allgemeinbevölkerung
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	20,1	15,4	15,7
F32	Depressive Episode	17,4	4,5	4,8
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	17,2	8,3	8,8
U61	Anzahl der (CD4+-)T-Helferzellen bei HIV-Krankheit	13,9	0,0	0,0
U60	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit	13,8	0,0	0,0
B18	Chronische Virushepatitis	13,7	0,2	0,4
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	13,5	20,2	19,0
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten [Grippe, Mumps und andere]	11,5	2,2	1,5
A53	Sonstige und nicht näher bezeichnete Syphilis	10,9	0,0	0,0
E55	Vitamin D-Mangel	9,1	1,2	1,0
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	7,6	2,3	2,6
A63	Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6,6	0,1	0,1
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	6,4	5,4	5,7
F41	Andere Angststörungen	6,3	2,2	2,4
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	6,3	2,2	3,7
M54	Rückenschmerzen	6,2	7,5	9,1
B16	Akute Virushepatitis B	6,1	0,1	0,1

ICD-10-Code	Bezeichnung	Anteil in Gruppe B	Roher Anteil in Allgemeinbevölkerung	Standardisierter Anteil in Allgemeinbevölkerung
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	6,0	2,2	2,8
U11	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19	5,8	0,9	0,7
F33	Rezidivierende depressive Störung	5,8	1,9	2,2

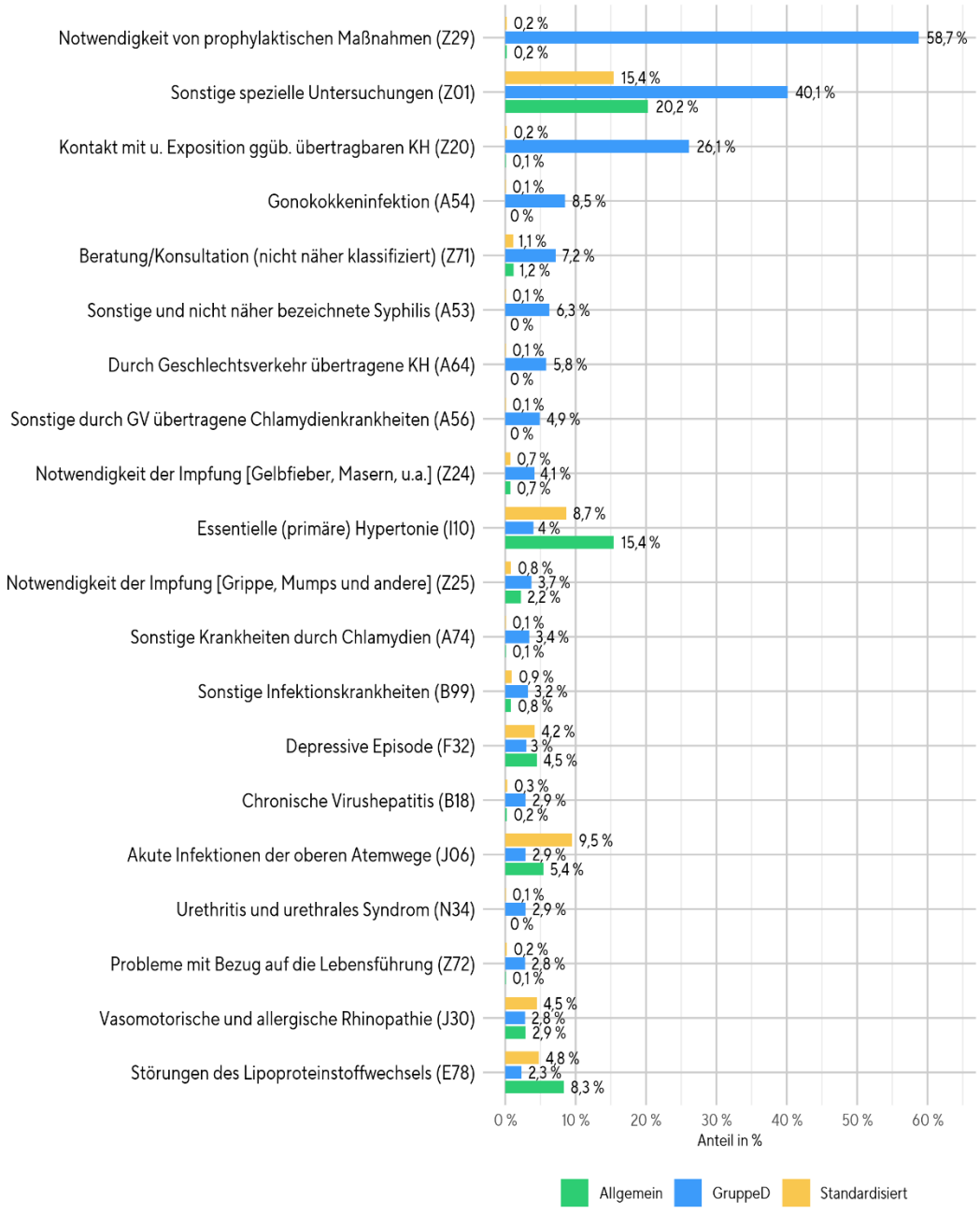
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

2.3.9.3 Diagnoseverteilung Allgemeinbevölkerung vs. Gruppe D

Hinweis: In einer früheren Version des Berichts wurden fehlerhafte standardisierte Anteile der Allgemeinbevölkerung ausgewiesen. Die Abbildung 59 sowie Tabelle 16 (korrigierte Fassungen) beruhen auf den korrigierten Werten. Die inhaltlichen Aussagen des folgenden Textabschnittes bleiben bestehen.

Der Vergleich der häufigsten Behandlungsanlässe wird ebenfalls zwischen der Gruppe der PrEP-Nutzenden und der Allgemeinbevölkerung vorgenommen (Abbildung 59 und Tabelle 16). Hier fällt in erster Linie auf, auch in Abgrenzung zu den Patientinnen und Patienten mit spezialisierter HIV-Versorgung, dass ein erheblicher Versorgungsbedarf im Bereich der Inanspruchnahme zur Untersuchung und Abklärung (Z01) sowie aufgrund potenzieller Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten (Z20-Z29) besteht. Neben präventiven Behandlungsanlässen besteht gegenüber der Allgemeinbevölkerung in der Gruppe der PrEP-Nutzenden ebenfalls ein erhöhter Behandlungsbedarf aufgrund infektiöser Krankheiten, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden. Ob dies auf die engmaschige STI-Diagnostik in dieser Gruppe zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Der Versorgungsbedarf wegen kardiometabolischer Erkrankungen in Gruppe D hingegen fällt vergleichsweise gering aus, auch nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung.

Abbildung 59: TOP 20 Behandlungsdiagnosen Gruppe D (Anteil der Fälle mit Diagnose in %) und Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (roh und standardisiert), 2023 – korrigierte Fassung (siehe Hinweis Abschnitt 2.3.9.3)



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Tabelle 16: TOP 20 Behandlungsdiagnosen Gruppe D (Anteil der Fälle mit Diagnose in %) und Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (roh und standardisiert), 2023 – korrigierte Fassung (siehe Hinweis Abschnitt 2.3.9.3)

ICD-10-Code	Bezeichnung	Anteil in Gruppe D	Roher Anteil in Allgemeinbevölkerung	Standardisierter Anteil in Allgemeinbevölkerung
Z29	Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen	58,7	0,2	0,2
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	40,1	20,2	15,4
Z20	Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten	26,1	0,1	0,2
A54	Gonokokkeninfektion	8,5	0,0	0,1
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert	7,2	1,2	1,1
A53	Sonstige und nicht näher bezeichnete Syphilis	6,3	0,0	0,1
A64	Durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, nicht näher bezeichnet	5,8	0,0	0,1
A56	Sonstige durch Geschlechtsverkehr übertragene Chlamydienkrankheiten	4,9	0,0	0,1
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten [Gelbfieber, Masern, Poliomyelitis, Röteln, Tollwut, durch Arthropoden übertragene Virusenzephalitis, und Virushepatitis]	4,1	0,7	0,7
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4,0	15,4	8,7
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten [Grippe, Mumps und andere]	3,7	2,2	0,8
A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien	3,4	0,1	0,1
B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	3,2	0,8	0,9
F32	Depressive Episode	3,0	4,5	4,2
B18	Chronische Virushepatitis	2,9	0,2	0,3

ICD-10-Code	Bezeichnung	Anteil in Gruppe D	Roher Anteil in Allgemeinbevölkerung	Standardisierter Anteil in Allgemeinbevölkerung
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	2,9	5,4	9,5
N34	Urethritis und urethrales Syndrom	2,9	0,0	0,1
Z72	Probleme mit Bezug auf die Lebensführung	2,8	0,1	0,2
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	2,8	2,9	4,5
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2,3	8,3	4,8

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

2.3.10 Leistungsbedarfe der Patientinnen und Patienten mit HIV-Schwerpunktversorgung

Der Leistungsbedarf je Fall bezieht sich auf alle abgerechneten Leistungen innerhalb des HIV-Schwerpunktversorgung-Behandlungsfall, also von dem Schwerpunktarzt bzw. der Schwerpunktärztin je Quartal und Patientin bzw. Patient. Rechnet der bzw. die HIV-Schwerpunktversorgende neben den einschlägigen Schwerpunkt-GOPen weitere GOPen im selben Behandlungsfall ab, werden diese mitgezählt. Diese Kennziffer erlaubt eine Einschätzung darüber, wie aufwendig oder intensiv die Versorgung einzelner Behandlungsfälle im Durchschnitt ist.

Demgegenüber betrachtet der Leistungsbedarf je Patientin bzw. Patient die durchschnittlichen Kosten, die pro behandelte Person im Jahr anfallen. Dieser Wert gibt Aufschluss über die durchschnittlichen Gesamtkosten der Versorgung der Patientinnen und Patienten und spiegelt damit auch indirekt die Inanspruchnahmehäufigkeit wider. Eine Person mit vielen Behandlungsfällen kann so einen deutlich höheren LB/Patient aufweisen, selbst wenn der Aufwand je Fall vergleichbar ist.

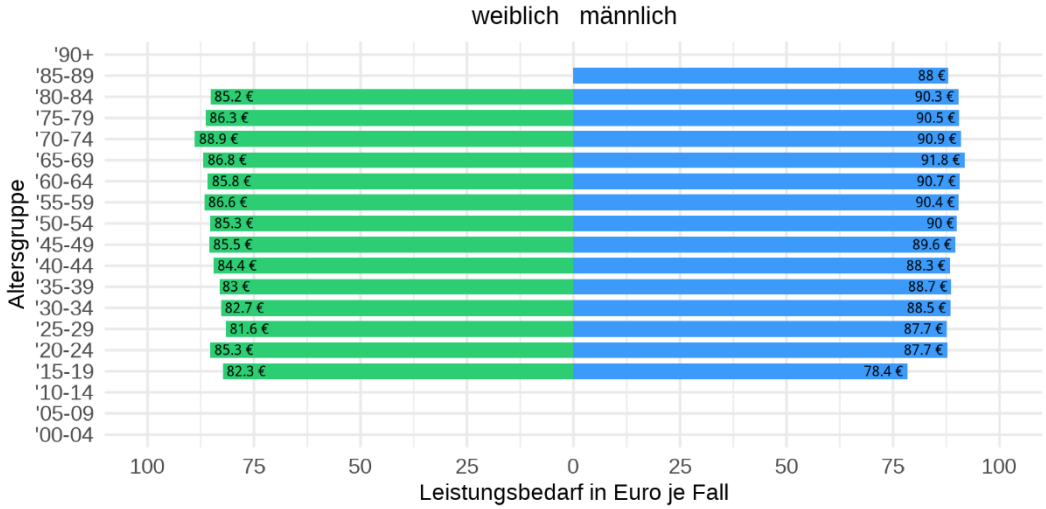
Leistungsbedarf je Fall (nur spezialisierte HIV-Versorgung) im Jahr 2023

Im Jahr 2023 weist der durchschnittliche Leistungsbedarf je Fall in der HIV-Schwerpunktversorgung einige Unterschiede zwischen den Geschlechtern und vergleichsweise gering ausfallende Unterschiede innerhalb der Altersgruppen auf (Abbildung 60). Männliche Patienten weisen in nahezu allen Altersgruppen einen höheren Leistungsbedarf je Fall auf als weibliche. Beispielsweise bei einem Wertvergleich in der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen: Männer erreichen hier mit 88,66 € den höchsten durchschnittlichen Leistungsbedarf je Fall. Auch bei den 40- bis 44-Jährigen liegt der Bedarf mit 88,29 € weiterhin hoch. Im Vergleich dazu beträgt der Wert für Frauen in denselben Altersgruppen 83,01 € bzw. 84,44 €. Die geringsten

durchschnittlichen Fallkosten finden sich bei beiden Geschlechtern erwartungsgemäß in den jüngeren Altersgruppen: bei den 15- bis 19-jährigen Frauen liegt der Wert beispielsweise bei 82,33 €, bei den gleichaltrigen Männern bei 78,38 €.

Generell steigt der Leistungsbedarf je Fall der spezialisierten HIV-Versorgung mit zunehmendem Alter an, was auf eine komplexere HIV-medizinische Versorgung bei älteren Patientinnen und Patienten schließen lässt. Dennoch fällt dieser Anstieg über die Altersgruppen hinweg eher moderat aus. Der Unterschied zwischen der niedrigsten und höchsten Altersgruppe beträgt bei Männern rund 10 €, bei Frauen liegt die Spannweite sogar darunter. Dies deutet darauf hin, dass der altersbedingte Einfluss auf die durchschnittlichen Fallkosten im Rahmen der spezialisierten HIV-Versorgung zwar vorhanden, aber nicht überproportional ausgeprägt ist.

Abbildung 60: Leistungsbedarf in Euro je Behandlungsfall (nur spezialisierte HIV-Versorgung) im Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B



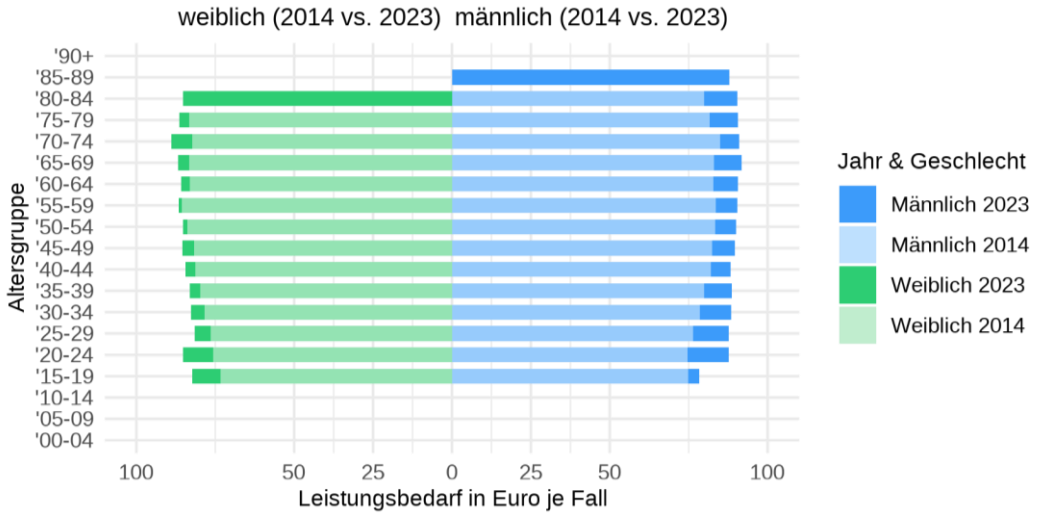
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023
Anmerkung: In den Altersgruppen 85-89 J. bei Frauen und >90 J. bei beiden Geschlechtern liegen die Patientenzahlen unter 30, sodass der Leistungsbedarf je Fall in diesen Altersgruppen nicht ausgewiesen werden kann.

Vergleich des Leistungsbedarfs je Fall (nur spezialisierte HIV-Versorgung) zwischen 2014 und 2023

Zwischen 2014 und 2023 ist der durchschnittliche Leistungsbedarf je Fall in der HIV-Schwerpunktversorgung gestiegen (Abbildung 61). Im Jahr 2014 lag der Wert für Männer im Alter von 35-39 Jahren bei 79,92 €, während er 2023 bei 88,66 € liegt, eine Steigerung von rund 11 %. Auch in der Altersgruppe 40-44 Jahre ist ein Anstieg von 82,04 € (2014) auf 88,29 € (2023) festzustellen. Bei Frauen zeigt sich ein ähnlicher, jedoch etwas moderaterer Trend: So lag der Leistungsbedarf je Fall bei den 35-39-jährigen Frauen 2014 bei 79,82 € und stieg 2023 auf 83,01 €. Auch jüngere Altersgruppen verzeichnen Zuwächse, wenn auch auf niedrigerem Niveau.

Beispielsweise stieg der Bedarf bei 20-24-jährigen Männern von 74,57 € (2014) auf 87,70 € (2023). Erst ab dem Jahr 2023 sind bei Männern auch die Altersgruppen ab 85 Jahren mit mehr als 30 Patienten besetzt, sodass der Leistungsbedarf in diesem Alterssegment erstmals zuverlässig ausgewiesen werden kann. Für die Altersgruppe über 90 Jahre sind in beiden Geschlechtsgruppen und Jahren Patientenzahlen für eine Analyse des Leistungsbedarfs nicht ausreichend besetzt (<30). Diese Entwicklungen weisen unter anderem auf steigende Behandlungskosten und eine alternde Versorgungsgruppe innerhalb der letzten zehn Jahre hin.

Abbildung 61: Leistungsbedarf in Euro je Behandlungsfall (nur spezialisierte HIV-Versorgung) im Jahresvergleich zwischen 2014 und 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B



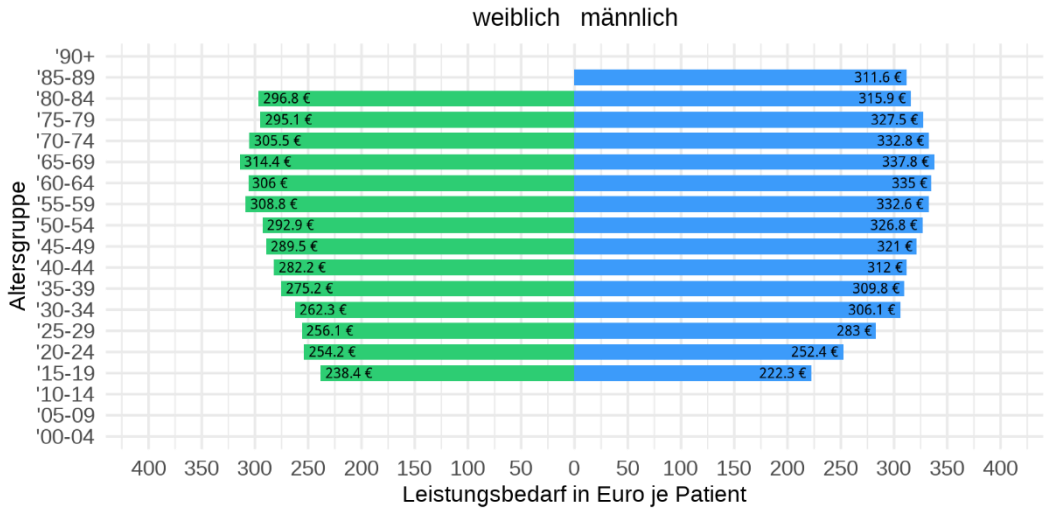
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten
Anmerkung: In den Altersgruppen > 85 J. liegen 2014 bei beiden Geschlechtern und im Jahr 2023 bei Frauen die Patientenzahlen unter 30, sodass der Leistungsbedarf je Fall in diesen Altersgruppen nicht ausgewiesen werden kann.

Leistungsbedarf je Patientin bzw. Patient (nur spezialisierte HIV-Versorgung) im Jahr 2023

Die Auswertung für 2023 zeigt, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf je Patientin bzw. Patient in der HIV-Schwerpunktversorgung mit dem Alter ansteigt (Abbildung 62). Besonders bei Männern in der Altersgruppe 60-64 Jahre ist der Bedarf mit 334,98 € am höchsten. Auch die Altersgruppen 55-59 Jahre (332,57 €) und 50-54 Jahre (326,82 €) liegen auf einem ähnlich hohen Niveau. Bei Frauen zeigen sich ähnliche Tendenzen, jedoch mit etwas geringeren Beträgen. So beträgt der durchschnittliche Leistungsbedarf je Patientin bei Frauen im Alter von 60-64 Jahren 305,98 €, bei den 55-59-Jährigen 308,76 €. Die höchsten Werte bei Frauen finden sich in der Altersgruppe 65-69 Jahre mit durchschnittlich 314,38 €. Die Daten deuten darauf hin, dass ältere Patientinnen und Patienten in der HIV-Schwerpunktversorgung einen höheren medizinischen Bedarf haben. Im Vergleich zu den jüngeren

Altersgruppen (z. B. 15-19 Jahre, Männer: 222,29 €, Frauen: 238,38 €) zeigt sich eine stetige Steigerung über die Lebensspanne hinweg. Gleichzeitig ist zu erkennen, dass ab einem Alter von 70 Jahren der durchschnittliche Leistungsbedarf jedoch wieder leicht sinkt, was auf geringere Inanspruchnahme im Rahmen der HIV-Schwerpunktversorgung hindeuten könnte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich der Leistungsbedarf auf ein gesamtes Kalenderjahr bezieht.

Abbildung 62: Leistungsbedarf in Euro je Patientin bzw. Patient (nur spezialisierte HIV-Versorgung) im Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B



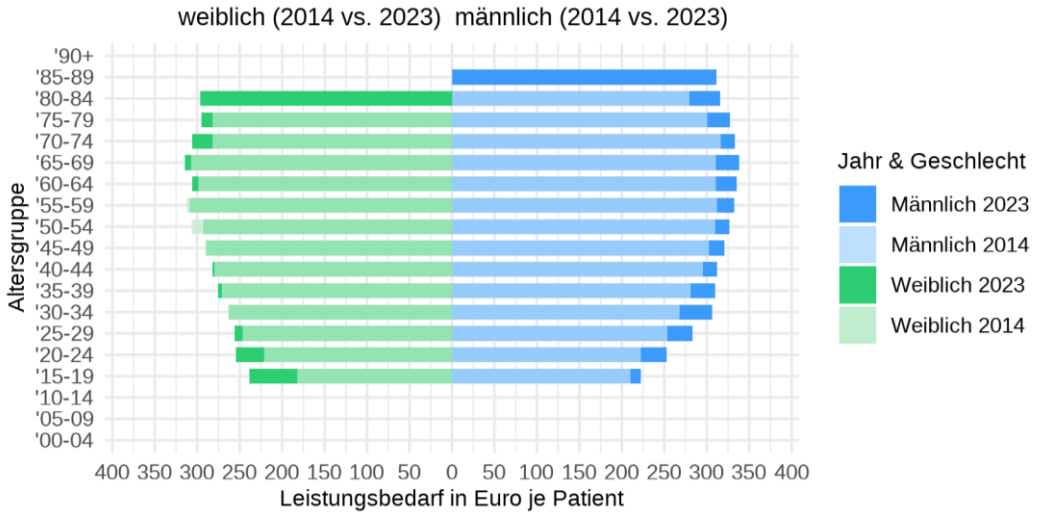
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023
Anmerkung: In den Altersgruppen 85-89 J. bei Frauen und >90 J. bei beiden Geschlechtern liegen die Patientenzahlen unter 30, sodass der Leistungsbedarf je Patientin bzw. Patient in diesen Altersgruppen nicht ausgewiesen werden kann.

Vergleich des Leistungsbedarfs je Patientin bzw. Patient (nur spezialisierte HIV-Versorgung) zwischen 2014 und 2023

Ein Vergleich der Jahre 2014 und 2023 zeigt, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf je Patientin bzw. Patient in der HIV-Schwerpunktversorgung insbesondere bei Männern gestiegen ist (Abbildung 63). So lag der Bedarf bei Männern im Alter von 60-64 Jahren 2023 bei 334,98 €, gegenüber 310,75 € im Jahr 2014, ein Plus von rund 24 €. Auch in anderen Altersgruppen wie 35-39 Jahre zeigt sich ein Anstieg von 280,83 € auf 309,80 €. Insgesamt ist bei männlichen Patienten eine kontinuierliche Zunahme über alle Altersgruppen hinweg erkennbar. Bei weiblichen Patientinnen fällt der Anstieg deutlich geringer aus, teils ist sogar ein Rückgang zu beobachten. In der Altersgruppe 50-54 Jahre sank der durchschnittliche Leistungsbedarf von 306,44 € (2014) auf 292,94 € (2023). Auch bei 55-59-Jährigen zeigt sich eine leichte Abnahme von 312,67 € auf 308,76 €. Erst ab 60 Jahren steigen die Werte wieder moderat an. Erst ab dem Jahr 2023 sind bei Männern auch die Altersgruppen ab 85 Jahren mit mehr als 30 Patienten besetzt, sodass der

Leistungsbedarf in diesem Alterssegment erstmals zuverlässig ausgewiesen werden kann. Für die Altersgruppe über 90 Jahre sind in beiden Geschlechtergruppen und Jahren Patientenzahlen für eine Analyse des Leistungsbedarfs nicht ausreichend besetzt (<30). Insgesamt lässt sich festhalten, dass der Anstieg des Versorgungsaufwands in den letzten zehn Jahren vor allem Männer betrifft, während die Entwicklung bei Frauen deutlich uneinheitlicher verläuft.

Abbildung 63: Leistungsbedarf in Euro je Patientin bzw. Patient im Jahresvergleich zwischen 2014 und 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten
Anmerkung: In den Altersgruppen > 85 J. liegen 2014 bei beiden Geschlechtern und im Jahr 2023 bei Frauen die Patientenzahlen unter 30, sodass der Leistungsbedarf je Patientin bzw. Patient in diesen Altersgruppen nicht ausgewiesen werden kann.

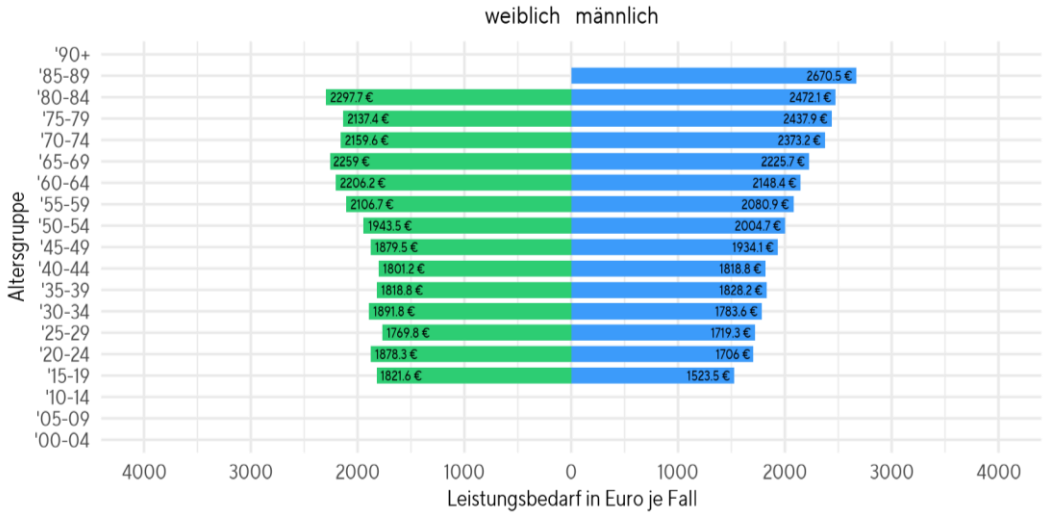
Die beschriebene Entwicklung weist darauf hin, dass der generierte Leistungsbedarf im Rahmen der Erbringung der HIV-Schwerpunktversorgung mit steigendem Alter nur leicht variiert. Betrachtet man allerdings sämtliche Behandlungsfälle der Patientinnen und Patienten mit spezialisierter HIV-Versorgung, wird die zunehmende Komplexität der Behandlung mit dem Alter offensichtlich (siehe unten).

Leistungsbedarf je Fall (alle Behandlungsfälle) im Jahr 2023

Der Leistungsbedarf über alle Behandlungsfälle zeigt gegenüber der isolierten Betrachtung des HIV-Schwerpunkt-Behandlungsfalls eine deutliche Mengenausweitung und einen kontinuierlich steigenden Bedarf mit zunehmendem Alter, insbesondere bei Männern (Abbildung 64). Dieser beträgt in der Altersgruppe der 85-89-jährigen Männer rund 2.670 € und liegt somit knapp 1.000 € über dem Leistungsbedarf eines 20-24-jährigen Mannes mit spezialisierter HIV-Versorgung. Bei den Frauen fällt die Zunahme des Leistungsbedarfs geringer aus: von rund 1.880 € bei den 20-24-Jährigen auf knapp 2.300 € in der obersten Altersgruppe. Dies

verweist auf die zunehmende Bedeutung altersassoziierter Komorbiditäten, die neben der HIV-Behandlung zu einem erweiterten Versorgungsbedarf beitragen und den besonderen medizinischen Unterstützungsbedarf älterer Menschen mit HIV verdeutlichen.

Abbildung 64: Leistungsbedarf in Euro je Fall (alle Behandlungsfälle) im Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B

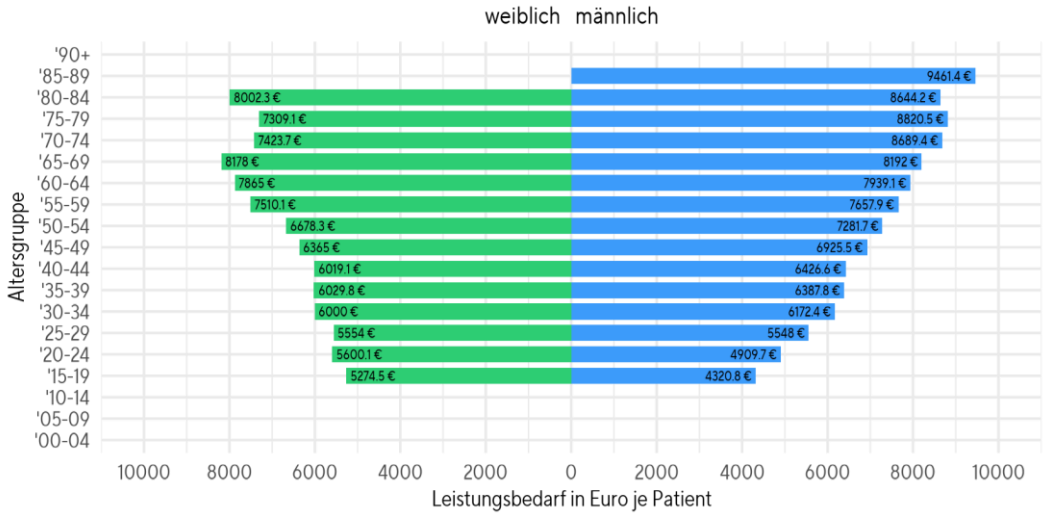


Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023
Anmerkung: In den Altersgruppen 85-89 J. bei Frauen und >90 J. bei beiden Geschlechtern liegen die Patientenzahlen unter 30, sodass der Leistungsbedarf je Patientin bzw. Patient in diesen Altersgruppen nicht ausgewiesen werden kann.

Leistungsbedarf je Patientin bzw. Patient (alle Behandlungsfälle) im Jahr 2023

Der generierte Leistungsbedarf über ein Jahr und über alle Behandlungsfälle einer Patientin bzw. eines Patienten mit HIV-Schwerpunktversorgung betrachtet ist in Abbildung 65 wiedergegeben. Bis auf die jüngsten Altersgruppen zeigen Männer einen höheren Leistungsbedarf als Frauen. Auch hier besteht der direkte Zusammenhang mit dem Alter: die höchste Leistungsinanspruchnahme besteht bei Männern bei den ältesten Patienten (9.461,40 € pro Jahr, 85-89 Jahre), bei Frauen in der Altersgruppe 65-69 Jahre mit 8.178,00 €. Dies verdeutlicht die zunehmende Versorgungsintensität der Patientinnen und Patienten mit steigendem Alter und hat wesentliche Implikationen auf den zukünftig zu erwartenden Behandlungsbedarf der älter werdenden HIV-Population.

Abbildung 65: Leistungsbedarf in Euro je Patientin bzw. Patient (alle Behandlungsfälle) im Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023
Anmerkung: In den Altersgruppen 85-89 J. bei Frauen und >90 J. bei beiden Geschlechtern liegen die Patientenzahlen unter 30, sodass der Leistungsbedarf je Patientin bzw. Patient in diesen Altersgruppen nicht ausgewiesen werden kann.

2.4 Ergebnisse: Angebotsseite

Im Folgenden wird auf Merkmale der Praxen und Versorgenden eingegangen, die anhand ihrer Leistungserbringung im Rahmen der spezialisierten HIV-Versorgung (Gruppe B) bzw. der PrEP-Versorgung (Gruppe D) in den Abrechnungsdaten zu identifizieren sind (siehe auch Kapitel 2.2.3). Der Zugang zu beiden Leistungsbereichen wird durch Qualitätsanforderungen geregelt, die für den Erhalt einer Abrechnungsgenehmigung gegenüber der zuständigen KV nachzuweisen sind.

2.4.1 Überblick über die Anzahl der Praxen und Versorgenden im Zeitverlauf (2014–2023)

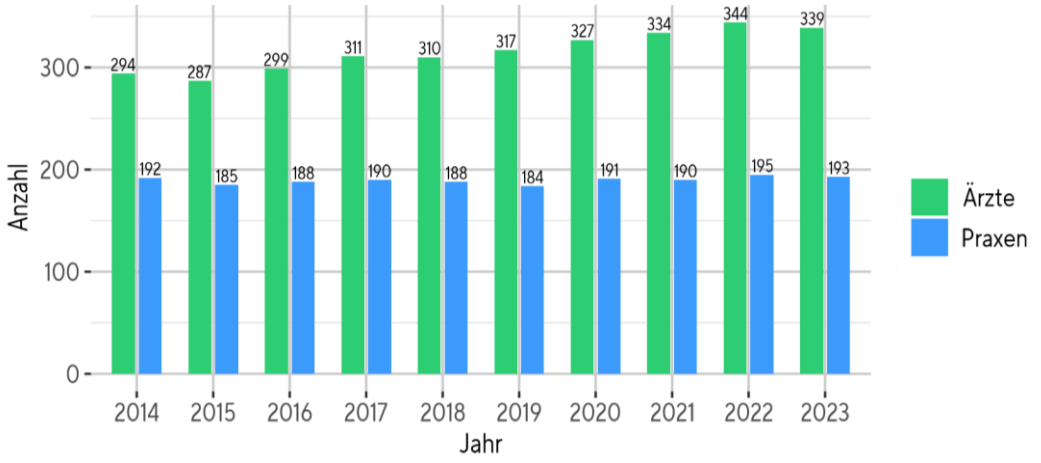
2.4.1.1 Gruppe B

Zwischen 2014 und 2023 lässt sich in der HIV-Schwerpunktversorgung in Deutschland eine moderate Zunahme der Zahl an tätigen Schwerpunktärztinnen und -ärzten feststellen, unabhängig vom Teilnahmeumfang oder -status. Während die Zahl der Schwerpunktpraxen insgesamt weitgehend konstant blieb (Abbildung 66). So stieg die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte von 294 im Jahr 2014 auf 339 im Jahr 2023 an, was einem Zuwachs von rund 15 % entspricht. Diese Entwicklung deutet auf eine moderate Intensivierung der personellen Ressourcen innerhalb der HIV-Schwerpunktversorgung hin.

Demgegenüber zeigt sich im Verlauf bei den Schwerpunktpraxen über denselben Zeitraum nur eine minimale Veränderung: Ihre Anzahl schwankt zwischen 184 und 195, mit einem Ausgangswert von 192 im Jahr 2014 und einem Endwert von 193 im Jahr 2023. Temporäre Rückgänge, wie etwa im Jahr 2019 mit 184 Praxen, wurden in den Folgejahren wieder ausgeglichen.

Die gegenläufige Dynamik von wachsender Anzahl der Leistungserbringenden bei annähernd gleichbleibender Praxisanzahl legt nahe, dass es eine Verdichtung der Leistungserbringenden innerhalb (bestehender) versorgender Praxen gab, wie die Analyse der Leistungserbringenden je Praxis bestätigt.

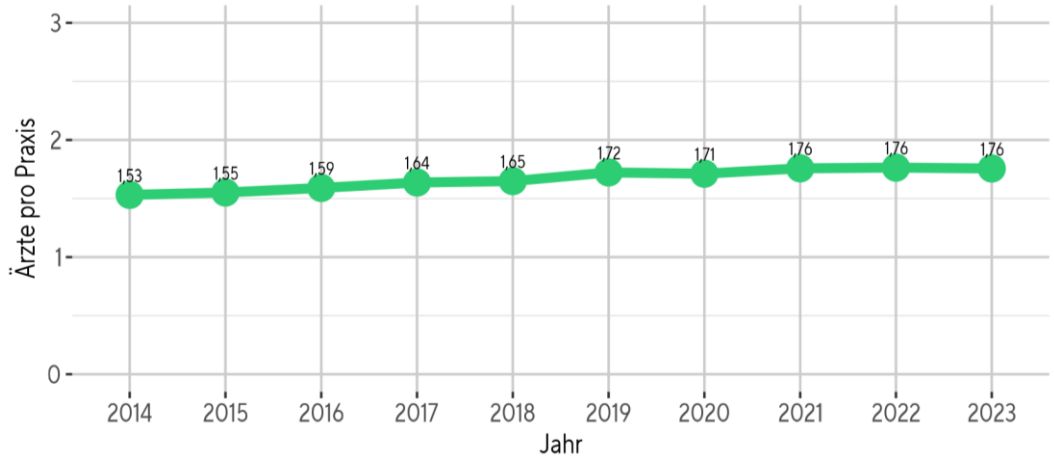
Abbildung 66: Anzahl Schwerpunktpraxen und Leistungserbringende im Jahresverlauf (2014 bis 2023), Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Während im Jahr 2014 im Mittel etwa 1,53 Ärzte pro Praxis tätig waren, lag dieser Wert im Jahr 2023 bereits bei rund 1,76 (Abbildung 67). Die gestiegene Ärztedichte innerhalb der Praxen lässt darauf schließen, dass eher größere Praxen etabliert werden bzw. bestehende Praxen personell gestärkt wurden. Hierbei ist zu beachten, dass in diesem Abschnitt die Anzahl der Versorgenden in Personen („Köpfen“) gezählt wird. Eine detailliertere Aufarbeitung der ärztlichen Kapazitäten unter Berücksichtigung von Teilnahmestatus und -umfang wird im Berichtsteil zur Projektion der ambulanten HIV-Versorgung vorgenommen (siehe Kapitel 3.1).

Abbildung 67: Durchschnittliche Anzahl Leistungserbringende je Schwerpunktpraxis im Zeitverlauf (2014 bis 2023), Gruppe B



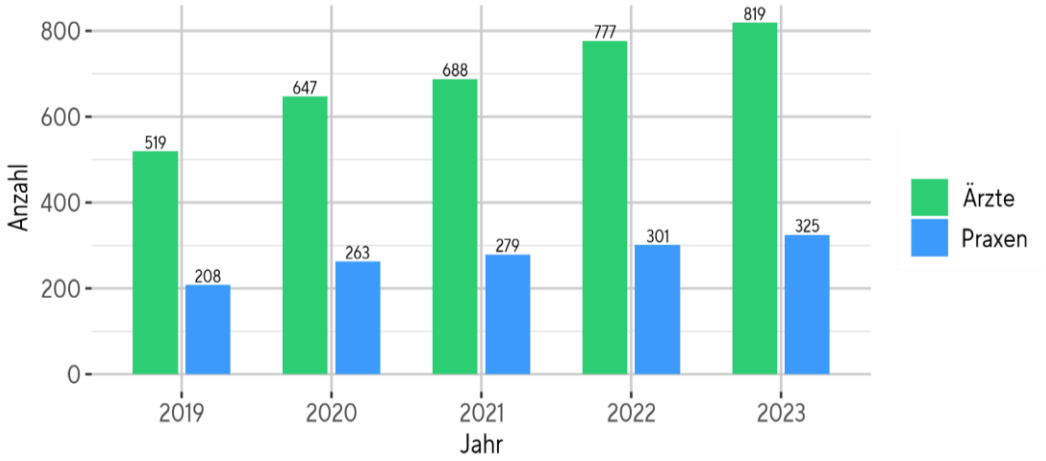
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

2.4.1.2 Gruppe D

Für die Patientengruppe D, also Personen in PrEP-Versorgung, zeigt sich zwischen 2019 und 2023 ein deutlicher Zuwachs sowohl bei der Anzahl der betreuenden Ärztinnen und Ärzte als auch bei der Zahl der beteiligten Praxen (Abbildung 68)[2]. Während im Jahr 2019 noch 519 Ärztinnen und Ärzte in 208 Praxen tätig waren, stieg diese Zahl bis 2023 auf 819 Ärztinnen und Ärzte in insgesamt 325 Praxen an. Dies entspricht einem Anstieg von rund 58 % bei der Anzahl der Leistungserbringer und einem Zuwachs von etwa 56 % bei der Anzahl der Praxen innerhalb von fünf Jahren. Diese Entwicklung verdeutlicht, dass sich die Versorgungsstruktur im Bereich der PrEP-Versorgung in starkem Ausbau befindet.

[2] In die Auszählung einbezogen sind auch Laborpraxen.

Abbildung 68: Anzahl PrEP-Praxen und Leistungserbringende im Zeitverlauf (2019-2023), Gruppe D

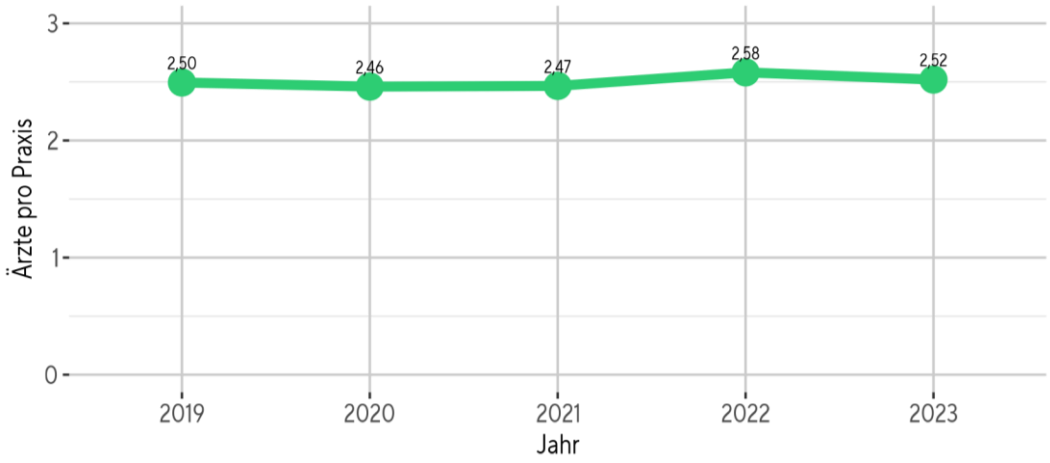


Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023
Anmerkung: Die Auswertung dieser Gruppe ist ab 2019 möglich; aufgrund des erst ab September 2019 bestehenden Leistungsanspruchs ist die Analyse für dieses Jahr jedoch nur eingeschränkt vollständig.

Ergänzend zur zuvor dargestellten Entwicklung lässt sich auch die durchschnittliche Anzahl Ärztinnen und Ärzte pro Praxis im Bereich der PrEP-Versorgung über den Zeitraum von 2019 bis 2023 analysieren (Abbildung 69). Die entsprechenden Werte schwanken in einem engen Bereich und liegen konstant über 2,4. Im Jahr 2019 lag der Durchschnitt bei rund 2,50 Ärztinnen und Ärzten je Praxis. Dieser Wert sank 2020 leicht auf 2,46, bevor er 2021 nahezu konstant bei etwa 2,47 lag. Den höchsten Stand verzeichnete das Jahr 2022 mit durchschnittlich 2,58 Ärztinnen und Ärzten je Einrichtung. 2023 fiel der Wert dann erneut leicht auf 2,52 zurück.

Diese Entwicklung weist darauf hin, dass PrEP-Praxen im Durchschnitt stärker ärztlich besetzt sind als HIV-Schwerpunktpraxen. Die hohe durchschnittliche Besetzung je Praxis deutet darauf hin, dass PrEP-Versorgung überwiegend in größeren Praxen mit mehreren Leistungserbringenden erfolgt.

Abbildung 69: Anzahl Ärztinnen und Ärzte je Praxis mit PrEP-Leistungen im Zeitverlauf (2019 bis 2023), Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023
Anmerkung: Die Auswertung dieser Gruppe ist ab 2019 möglich; aufgrund des erst ab September 2019 bestehenden Leistungsanspruchs ist die Analyse für dieses Jahr jedoch nur eingeschränkt vollständig.

2.4.2 Praxismerkmale (Größe, Praxistyp)

2.4.2.1 Gruppe B

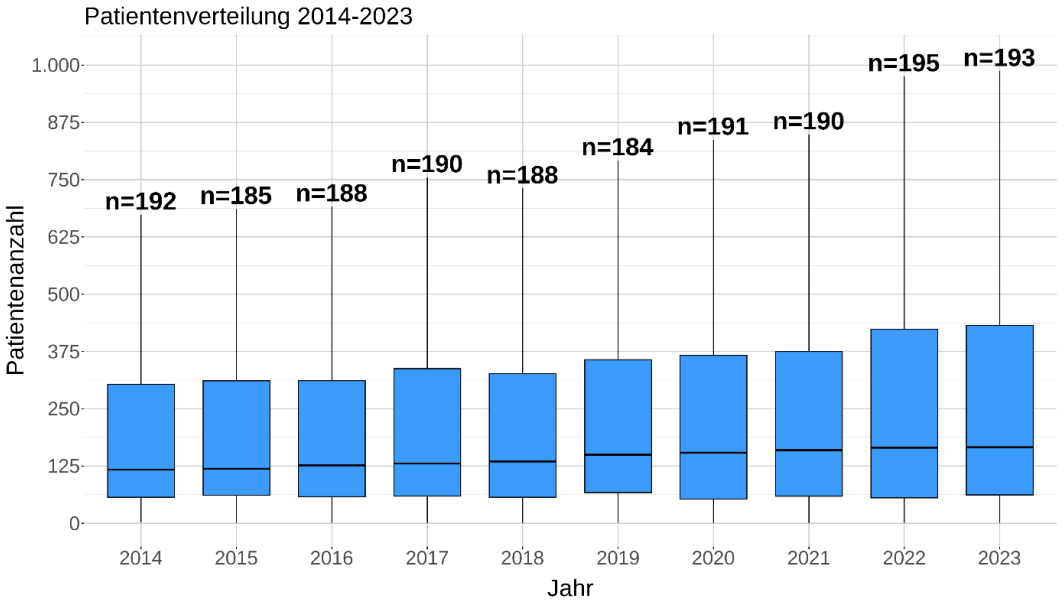
Die vorangegangenen Analysen haben verdeutlicht, dass in der HIV-Schwerpunktversorgung nicht primär die Zahl der Praxen, sondern vor allem die Anzahl der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte zugenommen hat. Dieser Befund legt nahe, dass es sich bei der Versorgungsentwicklung der letzten Jahre weniger um eine Ausweitung im Sinne neuer Praxisstandorte handelt, sondern vielmehr um eine Verdichtung bestehender Versorgungseinheiten. Eine vertiefende Betrachtung der Patientenzahl je Praxis stützt diese Annahme und weist auf eine fortschreitende Zunahme der Praxisgrößen hin.

Die vorliegenden Boxplots veranschaulichen die jährliche Verteilung der Patientenzahlen je HIV-Schwerpunktpraxis von 2014 bis 2023. Visuell geben diese Diagramme einen kompakten Überblick über die Streuung, Schiefe und Extremwerte der Fallzahlen je Praxis. Der Kasten (Box) eines jeden Jahres zeigt den Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen, heißt zwischen dem ersten (untere Linie) und dem dritten Quartil (obere Linie). Die darin enthaltene waagrechte Linie markiert den Median. Im zeitlichen Verlauf ist eine allmähliche Verschiebung der Boxen nach oben zu beobachten (Abbildung 70): Während der Median 2014 noch bei 117 Patientinnen und Patienten je Praxis lag, liegt er 2023 bereits bei 166 Patientinnen und Patienten je Praxis. Auch das obere Quartil ist im gleichen Zeitraum von etwa 303 auf 432 gestiegen. Damit hat sich nicht nur das Zentrum der Verteilung verschoben, sondern auch die gesamte Fallzahlenspanne erweitert, was durch die

wachsenden Boxhöhen sichtbar wird. Diese Entwicklung ist vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die Anzahl der Praxen im selben Zeitraum nahezu unverändert blieb (192 im Jahr 2014 gegenüber 193 im Jahr 2023).

Insgesamt belegen diese Entwicklungen, dass Schwerpunktpraxen in der HIV-Versorgung über die Jahre nicht nur personell, sondern auch hinsichtlich der betreuten Patientenzahlen gewachsen sind. Die Versorgungsstruktur scheint sich somit zunehmend auf größere Praxen mit mehreren Ärztinnen und Ärzten zu konzentrieren.

Abbildung 70: Anzahl Patientinnen und Patienten je Praxis im Zeitverlauf (2014-2023), Gruppe B, n=Anzahl Praxen



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Um die Frage zu beantworten, welche Praxen für den zunehmenden Versorgungsumfang verantwortlich sind, liefert ein Blick auf die Entwicklung der Praxistypen in der HIV-Schwerpunktversorgung wertvolle Hinweise (Abbildung 71). Die Analyse der verschiedenen Praxistypen erlaubt Rückschlüsse darauf, welche Praxisstrukturen besonders in ihrer Bedeutung über die letzten zehn Jahre hinweg in der HIV-Schwerpunktversorgung zugenommen haben.

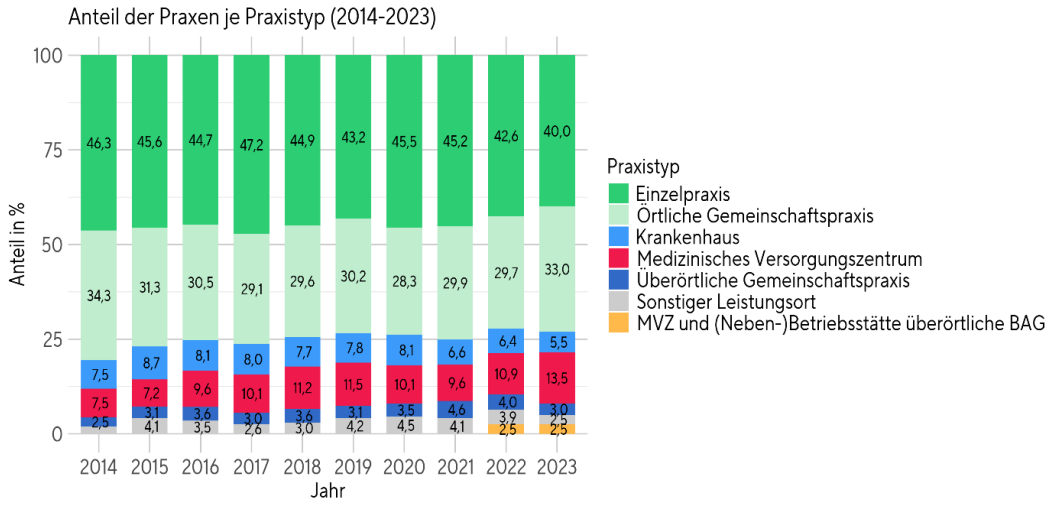
Auffällig ist, dass der Anteil der Einzelpraxen im Zeitverlauf tendenziell rückläufig ist. Während 2014 noch 46,3 % der Praxen mit spezialisierter HIV-Versorgung Einzelpraxen waren, sank dieser Anteil bis 2023 auf 40 %. Dieser Rückgang spricht dafür, dass die Einzelpraxis an Bedeutung im Rahmen der HIV-Schwerpunktversorgung verliert, aber noch immer den höchsten Anteil unter den Praxisformen abbildet. Demgegenüber zeigt sich eine klare Zunahme bei den Medizinischen Versorgungszentren. Ihr Anteil hat sich von 7,5 % im Jahr 2014 (15 MVZ) auf 13,5 %

im Jahr 2023 (27 MVZ) fast verdoppelt. Damit wird deutlich, dass diese Praxisform im Kontext der HIV-Schwerpunktversorgung zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Die örtlichen Gemeinschaftspraxen zeigen im Betrachtungszeitraum eine relativ stabile Entwicklung mit leichten Schwankungen. Während ihr Anteil 2014 bei 34,3 % lag, sank er in den Folgejahren zunächst unter die 30 %-Marke, um 2023 wieder auf 33 % anzusteigen. Diese Versorgungsform behauptet sich somit als zweitgrößte Praxisstruktur innerhalb der HIV-Schwerpunktversorgung nach der Einzelpraxis.

Insgesamt zeichnet sich ab, dass die Versorgungsrealität im Bereich der HIV-Schwerpunktversorgung in den vergangenen Jahren zunehmend durch kooperative Organisationsformen geprägt ist. Die Verschiebung von Einzelpraxen hin zu MVZ und Gemeinschaftspraxen ist Ausdruck dieser Entwicklung und steht im Einklang mit dem beobachteten Anstieg der Patientenzahlen je Praxis sowie der wachsenden Zahl von Ärztinnen und Ärzten pro Praxis.

Abbildung 71: Verteilung der Praxistypen im Zeitverlauf (2014-2023), Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

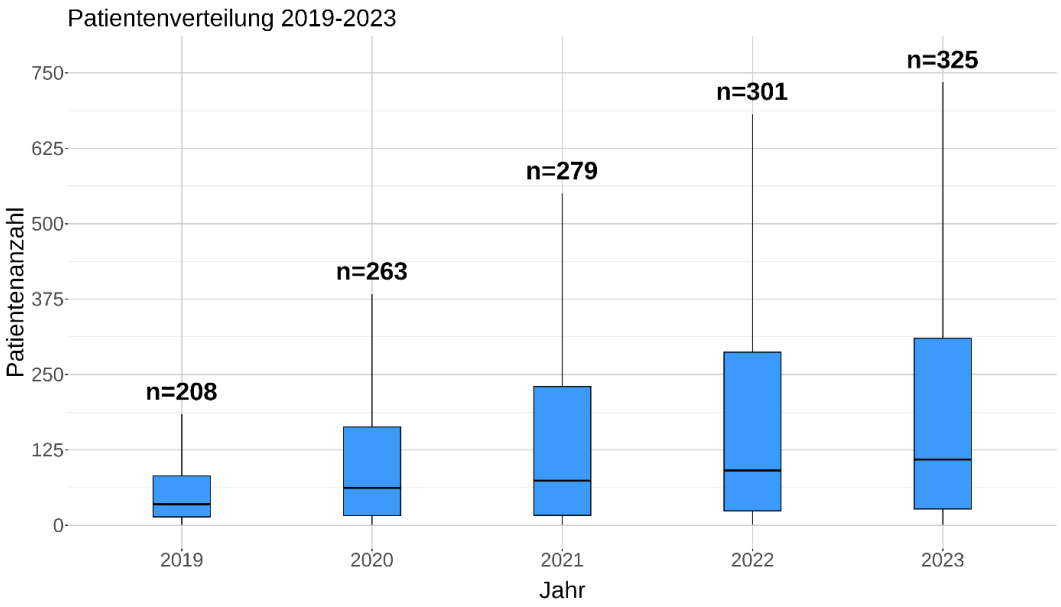
2.4.2.2 Gruppe D

Die vorangegangenen Analysen verdeutlichen, dass sich die PrEP-Versorgung in den letzten Jahren deutlich ausgeweitet hat, nicht nur hinsichtlich der Anzahlen der Praxen und Ärztinnen und Ärzte, sondern auch in Bezug auf die Versorgungsdichte innerhalb der Einrichtungen. Dies spiegelt sich auch in der Entwicklung der Patientenzahl je Praxis wider, wie die (Abbildung 72) anschaulich zeigt.

Der Boxplot stellt die Verteilung der Patientenzahl je Praxis visuell dar: Der Interquartilsabstand (mittlere 50 % aller Praxen) stieg von 68 Patientinnen und Patienten je Praxis im Jahr 2019 auf 283 Patientinnen und Patienten je Praxis im Jahr 2023. Zugleich lässt sich ein Anstieg der Medianwerte beobachten: Während die

Medianzahl der Patientinnen und Patienten je Praxis im Jahr 2019 noch bei 35 lag, betrug sie 2023 bereits 109. Auch die Gesamtzahl der versorgten Personen stieg im gleichen Zeitraum von 20.606 auf 95.409[3] – bei einem Zuwachs von 117 Praxen (von 208 auf 325). Diese Zahlen deuten auf eine zunehmende Inanspruchnahme der PrEP-Versorgungskapazitäten hin, insbesondere jener Praxen, die überdurchschnittlich viele Patientinnen und Patienten betreuen.

Abbildung 72: Anzahl Patientinnen und Patienten je Praxis im Zeitverlauf (2019-2023), Gruppe D

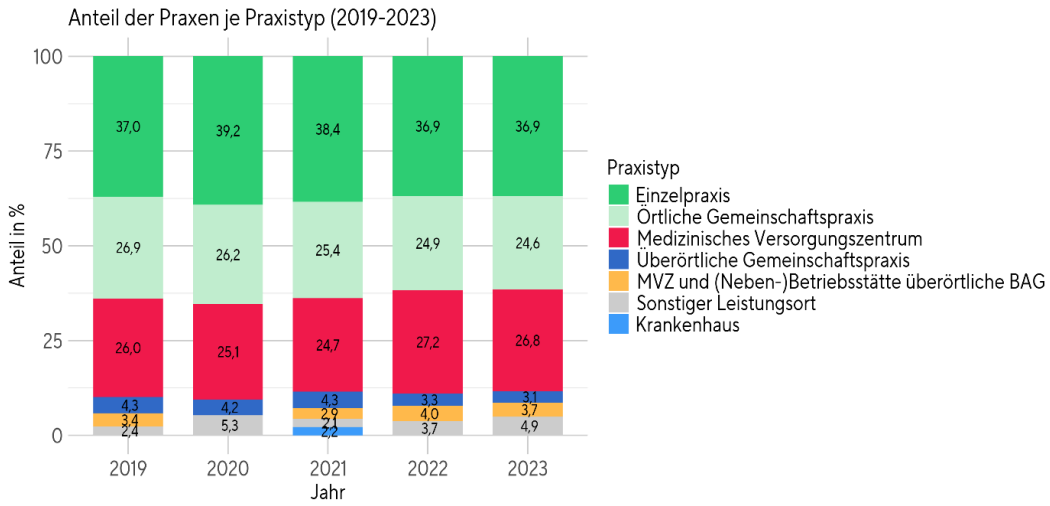


Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023
Anmerkung: Die Auswertung dieser Gruppe ist ab 2019 möglich; aufgrund des erst ab September 2019 bestehenden Leistungsanspruchs ist die Analyse für dieses Jahr jedoch nur eingeschränkt vollständig.

Die zuvor analysierte hohe durchschnittliche Anzahl von Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten pro Praxis in der PrEP-Versorgung deutet darauf hin, dass größere, stärker besetzte Praxen eine zentrale Rolle in der Versorgung spielen (Abbildung 73). Ein Blick auf die Verteilung der Praxistypen bestätigt diese Annahme: Der Anteil der Medizinischen Versorgungszentren ist vergleichsweise hoch und zwischen 2019 und 2023 sowohl absolut (von 54 auf 87 Praxen) als auch prozentual (von 26 % auf 26,8 %) leicht gestiegen. Der Anteil der Einzelpraxen bleibt im Zeitverlauf weitgehend konstant bei rund 37 %. Auch der Anteil örtlicher Gemeinschaftspraxen ist konstant bei rund 25 %. Insgesamt unterstreicht die Entwicklung unter anderem die Bedeutung von MVZ als tragende Versorgungsstruktur in der PrEP-Versorgung.

[3] Hierin sind Doppelzählungen von Patientinnen und Patienten inbegriffen, wenn je Patientin bzw. Patient mehrere Praxen aufgesucht wurden.

Abbildung 73: Verteilung der Praxistypen im Zeitverlauf (2019-2023), Gruppe D



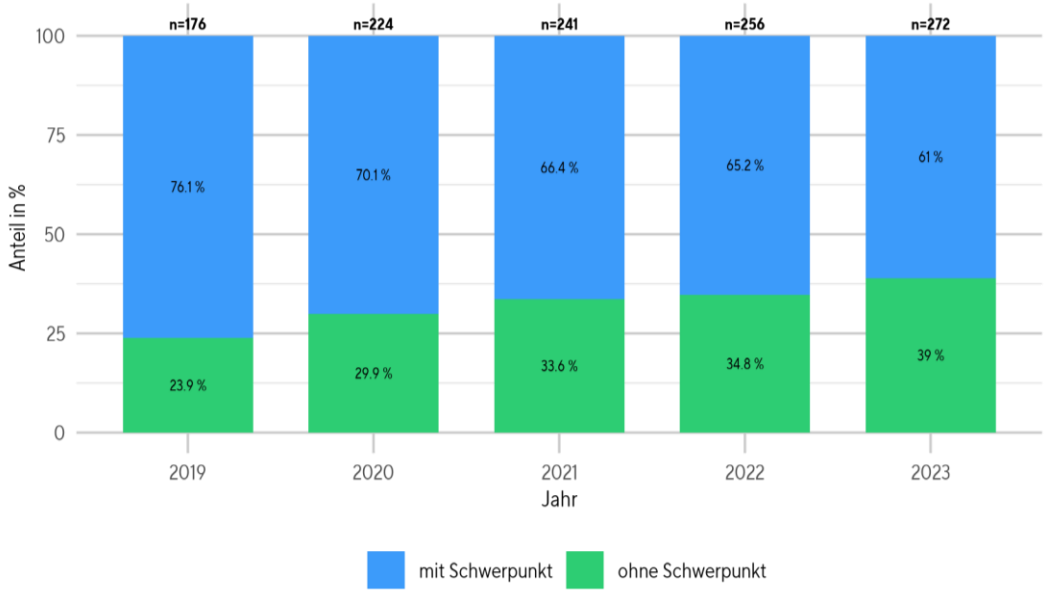
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023
Anmerkung: Die Auswertung dieser Gruppe ist ab 2019 möglich; aufgrund des erst ab September 2019 bestehenden Leistungsanspruchs ist die Analyse für dieses Jahr jedoch nur eingeschränkt vollständig.

2.4.3 PrEP-Praxen mit HIV-Schwerpunktbehandlung

Für den Zeitraum von 2019 bis 2023 wird in Abbildung 74 die Zusammensetzung der PrEP-Praxen hinsichtlich ihres Status als HIV-Schwerpunktpraxis betrachtet. In den folgenden Auswertungen sind Arztpraxen der Labormedizin nicht enthalten. Im Jahr 2019 waren rund 76 % aller PrEP-Praxen zugleich als HIV-Schwerpunktpraxen tätig. Im Jahr 2023 liegt der Anteil PrEP-versorgender HIV-Schwerpunktpraxen bei etwa 61 %. Umgekehrt stieg der Anteil der PrEP-Praxen ohne Schwerpunktstatus im selben Zeitraum von etwa 24 % auf knapp 39 % an.

Diese Entwicklung deutet darauf hin, dass die PrEP-Versorgung zunehmend auch außerhalb spezialisierter Schwerpunktpraxen angeboten wird. Damit ist eine zunehmende Integration der PrEP-Versorgung in die allgemeine vertragsärztliche Versorgung zu beobachten.

Abbildung 74: Anteil PrEP-Praxen mit und ohne HIV-Schwerpunktversorgung (ohne Laborgemeinschaften) im Zeitverlauf (2019-2023)



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023
Anmerkung: Die Auswertung dieser Gruppe ist ab 2019 möglich; aufgrund des erst ab September 2019 bestehenden Leistungsanspruchs ist die Analyse für dieses Jahr jedoch nur eingeschränkt vollständig.

2.4.4 Teilnahmestatus und -umfang der Leistungserbringenden

Der Aspekt des Teilnahmestatus und -umfanges wird ausführlich im Teil der Analyse zur „Projektion der HIV-Versorgung“ am Beispiel der HIV-Schwerpunktversorgung untersucht. Dabei wird sowohl die Zahl der angestellten als auch der zugelassenen Ärztinnen und Ärzte betrachtet. Ergänzend wird dargestellt, in welchem Umfang angestellte Leistungserbringende durchschnittlich an der Versorgung teilnehmen.

2.4.5 Regionale Versorgenden- und Praxisdichte

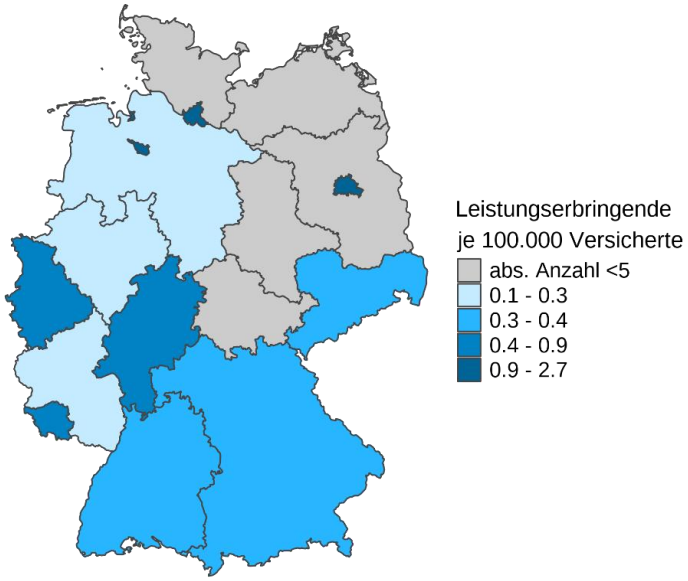
2.4.5.1 Gruppe B

Für die Gruppe B zeigt sich im Jahr 2023 eine heterogene regionale Verteilung der Versorgungsdichte in Deutschland (Abbildung 75, Abbildung 76 und Tabelle 17). Den mit Abstand höchsten Wert weist die KV Berlin auf: Hier sind anhand der Abrechnungsdaten 38 Praxen als HIV-Schwerpunktpraxen identifiziert worden, was einer Dichte von 1,16 Praxen je 100.000 Versicherte entspricht. Gleichzeitig sind dort 88 Ärztinnen und Ärzte in der HIV-Schwerpunktversorgung tätig (2,68 je 100.000 Versicherte). Ebenfalls überdurchschnittliche Werte zeigen sich in der KV

Bremen (1,14 Praxen / 1,79 Leistungserbringende je 100.000 Versicherte) und der KV Hamburg (0,73 / 1,82 je 100.000 Versicherte).

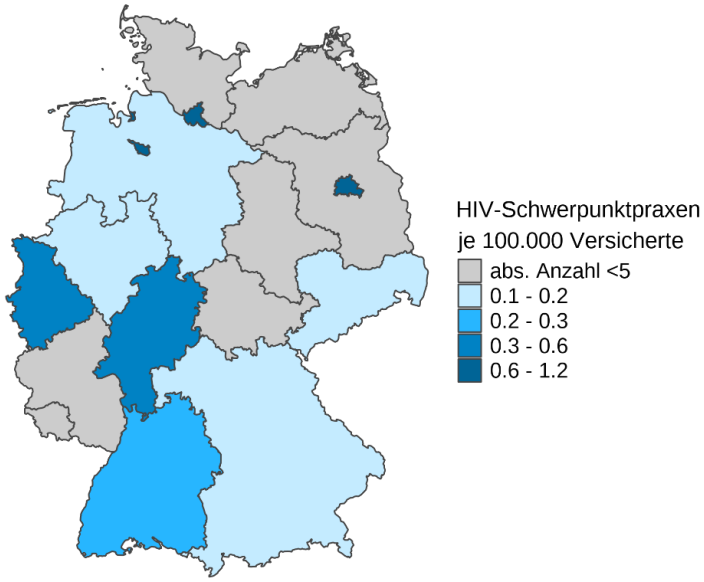
Im Vergleich dazu fällt die Versorgungsdichte in den meisten ost- oder auch norddeutschen Flächen-KVen unterdurchschnittlich aus: In der KV Schleswig-Holstein, KV Mecklenburg-Vorpommern, KV Brandenburg, KV Sachsen-Anhalt und der KV Thüringen haben jeweils weniger als fünf Praxen oder Ärztinnen und Ärzte HIV-Schwerpunktleistungen im Jahr 2023 abgerechnet. Aus Datenschutzgründen können für diese Regionen keine genaueren Angaben gemacht werden.

Abbildung 75: Anzahl Leistungserbringende mit HIV-Schwerpunktversorgung je 100.000 Versicherte (KM6-Statistik) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 76: Anzahl Schwerpunktpraxen je 100.000 Versicherte (KM6-Statistik) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Tabelle 17: Anzahl Schwerpunktpraxen und Leistungserbringende (absolut und **je 100.000 Versicherte** der KM6-Statistik) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl Praxen Gruppe B	Praxen je 100.000 Versicherte	Anzahl Leistungser-bringende Gruppe B	Leistungs-erbringende je 100.000 Versicherte
Schleswig-Holstein	<5	-	<5	-
Hamburg	12	0,73	30	1,82
Bremen	7	1,14	11	1,79
Niedersachsen	8	0,11	18	0,25
Westfalen-Lippe	9	0,12	11	0,15
Nordrhein	25	0,3	43	0,51
Hessen	15	0,27	27	0,49
Rheinland-Pfalz	<5	-	5	0,14
Baden-Württemberg	24	0,25	38	0,4
Bayerns	28	0,24	42	0,37
Berlin	38	1,16	88	2,68
Saarland	<5	-	5	0,59
Mecklenburg-Vorpommern	<5	-	<5	-
Brandenburg	<5	-	<5	-
Sachsen-Anhalt	<5	-	<5	-
Thüringen	<5	-	<5	-
Sachsen	9	0,24	11	0,29

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Wird zur Beurteilung der Angebotsdichte nicht die KV-spezifische GKV-Gesamtbevölkerung, sondern die Zahl der in der KV-Region behandelten HIV-Patientinnen und -Patienten als Bezugsgröße herangezogen, erzielen die KV-Bereiche Bremen und Sachsen die höchsten Werte hinsichtlich der Praxendichte sowie Bremen und das Saarland hinsichtlich der Dichte der Leistungserbringenden (Tabelle 18). Die geringsten Dichten pro 1.000 HIV-Patientinnen und -Patienten zeigen sich bei der Praxenzahl in den Regionen Niedersachsen und Westfalen-Lippe sowie bei der Anzahl der Leistungserbringenden in Rheinland-Pfalz und erneut in Westfalen-Lippe.

Die hohe Angebotsdichte in Berlin und Hamburg, die bezogen auf die GKV-Gesamtbevölkerung noch vordere Plätze einnahmen, relativiert sich bei der Bezugnahme auf die versorgte HIV-Bevölkerung (Tabelle 18). Der Grund hierfür ist, dass der Abstand zwischen diesen beiden Stadtstaaten und den anderen Regionen bei der Zahl der HIV-Patientinnen und -Patienten noch deutlich größer ist als bei der Gesamtbevölkerung. Hierzu dürfte auch beitragen, dass in den Stadtstaaten Patientinnen und Patienten aus anderen KV-Bereichen mitbehandelt werden. Im Ergebnis verteilen sich die Leistungserbringenden rechnerisch auf relativ mehr Patientinnen und Patienten und die Dichten sinken.

Ein noch differenzierteres Bild ergibt sich, wenn die Dichte auf die regionalen HIV-Schwerpunktpatientinnen und -patienten bezogen wird. In dieser Perspektive steigen die Dichtewerte besonders in Regionen mit einer vergleichsweise kleinen HIV-Schwerpunktpopulation an. So erhöht sich in Bremen die Dichte der Praxen von 4,64 auf 5,19 je 1.000 Schwerpunktpatienten. Auch die Zahl der Leistungserbringenden steigt dort von 7,29 auf 8,15. Ähnliche Effekte bzw. Zuwächse zeigen sich in Sachsen und im Saarland. Sachsen verzeichnet damit bundesweit mit 4,86 Praxen je 1.000 HIV-Schwerpunktpatientinnen und -patienten die höchste Praxendichte auf. Auch hinsichtlich der Leistungserbringendendichte liegt Sachsen mit 5,94 über dem Durchschnitt. Das Saarland erreicht mit 8,85 Leistungserbringenden je 1.000 Schwerpunktpatientinnen und -patienten den höchsten Wert aller KVen.

Berlin und Hamburg hingegen fallen in dieser Berechnung noch weiter zurück. In beiden Regionen ist die Zahl der behandelten HIV-Schwerpunktpatientinnen und -patienten besonders hoch. Das verfügbare Angebot verteilt sich daher auf eine größere Patientenzahl, was die Dichte der Praxen und Leistungserbringenden trotz hoher absoluter Zahlen verringert. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in der KV Nordrhein. Trotz einer vergleichsweise hohen absoluten Zahl von 25 Schwerpunktpraxen liegt die Praxendichte bei lediglich 2,15 je 1.000 HIV-Schwerpunkpatientinnen und -patienten. Damit rangiert Nordrhein im KV-Vergleich auf dem vorletzten Platz.

Der Vergleich zeigt, dass die gewählte Bezugsgröße die Interpretation der Versorgungsdichte maßgeblich beeinflusst. Während die Betrachtung auf Basis der GKV-Gesamtbevölkerung einen allgemeinen Überblick über die Versorgungslage liefert, ermöglicht die Analyse bezogen auf HIV-Patientinnen und -Patienten mit oder ohne Schwerpunktbehandlung eine differenzierte Einschätzung der HIV-Versorgungskapazitäten unter Berücksichtigung regionaler Mitversorgungsbeziehungen.

Tabelle 18: Anzahl Schwerpunktpraxen und Leistungserbringende (absolut und **je 1.000 regionale HIV-Patientinnen und -Patienten und -Fälle**) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl Praxen Gruppe B	Praxen je 1.000 regionale HIV-Patientinnen und -Patienten	Praxen je 1.000 regionale HIV-Behandlungsfälle	Anzahl Leistungserbringende Gruppe B	Leistungserbringende je 1.000 regionale HIV-Patientinnen und -Patienten	Leistungserbringende je 1.000 regionale HIV-Behandlungsfälle
Schleswig-Holstein	<5	-	-	<5	-	-
Hamburg	12	1,81	0,38	30,00	4,53	0,95
Bremen	7	4,64	0,88	11,00	7,29	1,38
Niedersachsen	8	1,31	0,27	18,00	2,94	0,61
Westfalen-Lippe	9	1,49	0,27	11,00	1,82	0,33
Nordrhein	25	1,63	0,26	43,00	2,80	0,45
Hessen	15	1,84	0,34	27,00	3,32	0,62
Rheinland-Pfalz	<5	-	-	5,00	1,16	0,26
Baden-Württemberg	24	2,50	0,40	38,00	3,96	0,64
Bayerns	28	2,64	0,49	42,00	3,96	0,74
Berlin	38	2,14	0,39	88,00	4,95	0,89
Saarland	<5	-	-	5,00	6,24	1,33
Mecklenburg-Vorpommern	<5	-	-	<5	-	-
Brandenburg	<5	-	-	<5	-	-
Sachsen-Anhalt	<5	-	-	<5	-	-
Thüringen	<5	-	-	<5	-	-
Sachsen	9	3,27	0,68	11,00	3,99	0,83

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Ein noch differenzierteres Bild ergibt sich, wenn die Dichte auf die regional versorgten HIV-Schwerpunktpatientinnen und -patienten bezogen wird. In dieser Perspektive steigen die Dichtewerte besonders in Regionen mit einer vergleichsweise kleinen HIV-Schwerpunktpopulation an (Tabelle 18 und Tabelle 19). So erhöht sich in Bremen die Dichte der Praxen von 4,64 auf 5,19 je 1.000 Schwerpunktpatientinnen und -patienten. Auch die Zahl der Leistungserbringenden steigt dort von 7,29 auf 8,15. Ähnliche Effekte bzw. Zuwächse zeigen sich in Sachsen und im Saarland. Sachsen verzeichnet damit bundesweit mit 4,86 Praxen je 1.000 HIV-Schwerpunktpatientinnen und -patienten die höchste Praxendichte auf. Auch hinsichtlich der Leistungserbringendendichte liegt Sachsen mit 5,94 über dem Durchschnitt. Das Saarland erreicht mit 8,85 Leistungserbringenden je 1.000 Schwerpunktpatientinnen und -patienten den höchsten Wert aller KVen.

Berlin und Hamburg hingegen fallen in dieser Berechnung noch weiter zurück. In beiden Regionen ist die Zahl der behandelten HIV-Schwerpunktpatientinnen und -patienten besonders hoch. Das verfügbare Angebot verteilt sich daher auf eine größere Patientenzahl, was die Dichte der Praxen und Leistungserbringenden trotz hoher absoluter Zahlen verringert. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in der KV Nordrhein. Trotz einer vergleichsweise hohen absoluten Zahl von 25 Schwerpunktpraxen liegt die Praxendichte bei lediglich 2,15 je 1.000 HIV-Schwerpunkpatientinnen bzw. -patienten. Damit rangiert Nordrhein im KV-Vergleich auf dem vorletzten Platz.

Der Vergleich zeigt, dass die gewählte Bezugsgröße die Interpretation der Versorgungsdichte maßgeblich beeinflusst. Während die Betrachtung auf Basis der GKV-Gesamtbevölkerung einen allgemeinen Überblick über die Versorgungslage liefert, ermöglicht die Analyse bezogen auf HIV-Patientinnen und -Patienten mit oder ohne Schwerpunktbehandlung eine differenzierte Einschätzung der HIV-Versorgungskapazitäten unter Berücksichtigung regionaler Mitversorgungsbeziehungen.

Tabelle 19: Anzahl Schwerpunktpraxen und Leistungserbringende (absolut und **je 1.000 regionale HIV-Schwerpunktpatientinnen und -patienten und -Fälle**) nach KV im Jahr 2023, Gruppe B

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl Praxen Gruppe B	Praxen je 1.000 regionale HIV-Schwer-punktpatientinnen und -patienten	Praxen je 1.000 regionale HIV-Schwerpunkt-Behandlungsfälle	Anzahl Leistungserbrin-gende Gruppe B	Leistungserbrin-gende je 1.000 regi-onale HIV-Schwer-punktpatientinnen und -patienten	Leistungserbrin-gende je 1.000 regionale HIV-Schwerpunkt-Behandlungsfälle
Schleswig-Holstein	<5	-	-	<5	-	-
Hamburg	12	1,82	0,52	30,00	4,55	1,30
Bremen	7	5,19	1,54	11,00	8,15	2,43
Niedersachsen	8	2,46	0,70	18,00	5,53	1,58
Westfalen-Lippe	9	3,01	0,89	11,00	3,68	1,08
Nordrhein	25	2,15	0,62	43,00	3,70	1,06
Hessen	15	2,55	0,71	27,00	4,59	1,27
Rheinland-Pfalz	<5	-	-	5,00	3,33	1,00
Baden-Württemberg	24	3,01	0,87	38,00	4,76	1,38
Bayerns	28	3,48	1,00	42,00	5,22	1,50
Berlin	38	2,44	0,67	88,00	5,64	1,55
Saarland	<5	-	-	5,00	8,85	2,47
Mecklenburg-Vorpommern	<5	-	-	<5	-	-
Brandenburg	<5	-	-	<5	-	-
Sachsen-Anhalt	<5	-	-	<5	-	-
Thüringen	<5	-	-	<5	-	-
Sachsen	9	4,86	1,36	11,00	5,94	1,66

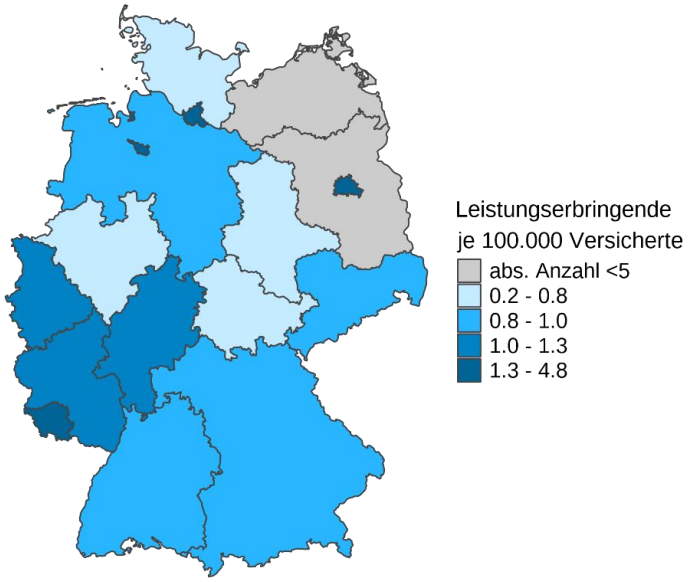
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

2.4.5.2 Gruppe D

Für die Gruppe D zeigt sich im Jahr 2023 eine heterogene regionale Verteilung der PrEP-Versorgung in Deutschland (Abbildung 77, Abbildung 78 und Tabelle 20). Sowohl bei der Anzahl der PrEP-Leistungen abrechnenden Praxen als auch bei der Zahl der leistungserbringenden Ärztinnen und Ärzte bestehen teils große Unterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die mit Abstand höchsten Versorgungsdichten weist die KV Berlin auf, mit 53 PrEP-verordnenden Praxen (1,62 je 100.000 Versicherte) und 158 Leistungserbringenden (4,82 je 100.000 Versicherte). Überdurchschnittlich hohe Dichten verzeichnen auch die KV Hamburg (57 Leistungserbringende / 3,45 je 100.000 Versicherte) und die KV Bremen (1,63 je 100.000 Versicherte). In ost- und norddeutschen Regionen wie in der KV Schleswig-Holstein, KV Sachsen-Anhalt, KV Thüringen oder KV Brandenburg hingegen fällt die PrEP-Versorgung unterdurchschnittlich aus – teils mit weniger als fünf PrEP-Leistungen abrechnenden Praxen oder Ärztinnen und Ärzten.

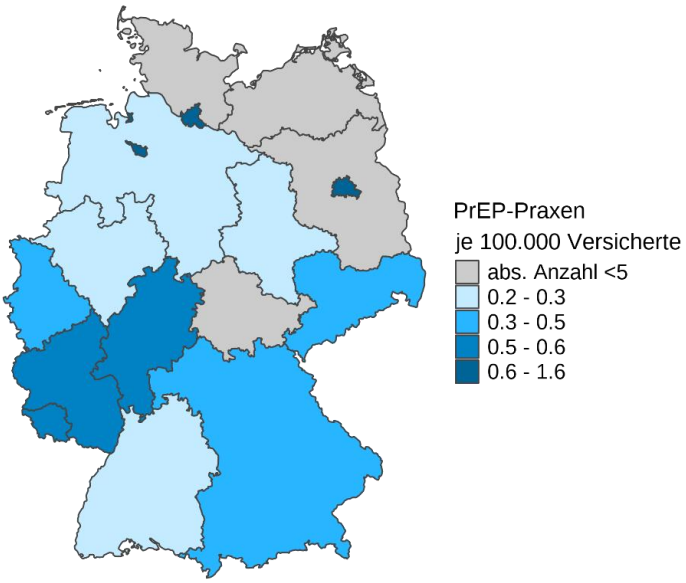
Insgesamt zeigt sich auch in Gruppe D eine starke Konzentration der PrEP-Versorgung auf urbane und westdeutsche Regionen, während im Vergleich dazu ländlich geprägte KVen – insbesondere im Osten oder Norden Deutschlands – deutlich geringere Versorgungsdichten aufweisen.

Abbildung 77: Anzahl Leistungserbringende mit PrEP-Leistungen je 100.000 Versicherte (KM6-Statistik) nach KV im Jahr 2023, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 78: Anzahl Praxen mit PrEP-Leistungen je 100.000 Versicherte (KM6-Statistik) nach KV im Jahr 2023, Gruppe D



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Tabelle 20: Anzahl Praxen und Leistungserbringende mit PrEP-Leistungen nach KV im Jahr 2023, Gruppe D

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl Praxen Gruppe D	Praxen je 100.000 Versicherte	Anzahl Leistungs-erbringende Gruppe D	Leistungs-erbringende je 100.000 Versicherte
Schleswig-Holstein	<5	-	20	0,78
Hamburg	20	1,21	57	3,45
Bremen	6	0,98	10	1,63
Niedersachsen	23	0,32	74	1,03
Westfalen-Lippe	23	0,31	46	0,61
Nordrhein	39	0,46	95	1,12
Hessen	28	0,50	63	1,14
Rheinland-Pfalz	19	0,54	45	1,29
Baden-Württemberg	28	0,29	82	0,85
Bayerns	51	0,45	117	1,02
Berlin	53	1,62	158	4,82
Saarland	5	0,59	11	1,29
Mecklenburg-Vorpommern	<5	-	<5	-
Brandenburg	<5	-	<5	-
Sachsen-Anhalt	5	0,24	5	0,24
Thüringen	<5	-	5	0,26
Sachsen	15	0,40	31	0,82

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

2.5 Zusammenfassung

2.5.1 Nachfrageseite

Die Nachfrageseite der ambulanten HIV-Versorgung wurde im Bericht differenziert nach den Gruppen A (Personen mit HIV-Diagnose), B (HIV-Schwerpunktversorgung) und D (PrEP-Nutzende) analysiert. Im Zeitraum 2014 bis 2023 zeigt sich eine kontinuierliche Zunahme der Versorgungszahlen in allen drei Gruppen. Für Gruppe A stieg die Zahl der Patientinnen und Patienten von 63.517 (2014) auf 84.431 (2023), ein Zuwachs von rund 33 %,begleitet von einem Anstieg der

Fallzahlen von 399.498 auf 522.321 (30,7 %). Gruppe B wuchs im selben Zeitraum von etwa 49.523 auf 68.455 Patientinnen und Patienten, ein Anstieg um rund 38 %. Gruppe D verzeichnete seit der Einführung im Jahr 2019 einen besonders dynamischen Zuwachs: von 12.859 auf 51.598 im Jahr 2023, was einer Vervierfachung entspricht. Dies unterstreicht die zunehmende Bedeutung der PrEP als präventives Versorgungsangebot.

Im Jahr 2023 erhielten rund 78 % der Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnose eine spezialisierte HIV-Schwerpunktversorgung durch dafür qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzte. Dieser Anteil an vertragsärztlicher Versorgung stieg im Beobachtungszeitraum kontinuierlich an und unterstreicht die Bedeutung des Vertragsarztbereiches als tragende Säule in der HIV-Schwerpunktbehandlung.

Bezüglich demografischer Merkmale zeigen sich sowohl Ähnlichkeiten als auch deutliche Unterschiede zwischen den betrachteten Patientengruppen: Alle drei Gruppen werden von Männern dominiert, was mit der Verteilung der HIV-Risikofaktoren und -Diagnosen korrespondiert. Insgesamt sind Gruppe A und B vor allem durch Männer im mittleren Erwerbsalter geprägt, insbesondere in der Altersgruppe zwischen 35 und 59 Jahren. Gruppe D hingegen ist deutlich jünger als die Gruppen A und B mit einem Schwerpunkt auf den 25-39-Jährigen. Diese demografische Konzentration unterscheidet sich deutlich von der Allgemeinbevölkerung, die ein breiteres Altersspektrum aufweist. Die PrEP-Nutzung wird überwiegend von Männern in Anspruch genommen. Die vergleichsweise niedrigen Anteile weiblicher PrEP-Nutzerinnen verweisen zum einen auf eine geschlechtsspezifische, risikobezogene Inanspruchnahme, können zum anderen aber auch Zugangsbarrieren für Frauen durch unzureichende Information durch medizinisches Fachpersonal oder eine auf Männer fokussierte Gesundheitskommunikation offenbaren[4].

Die besondere Altersverteilung der HIV-Patientinnen und -Patienten hat im 10-Jahresvergleich zu einer deutlichen Verschiebung der Patientenanteile in höhere Altersklassen geführt: Der Anteil älterer Patientinnen und Patienten hat kontinuierlich zugenommen, begleitet von einem Rückgang jüngerer Altersgruppen. Diese Entwicklung unterstreicht nicht nur die gestiegene Lebenserwartung, sondern verweist zugleich auf einen zunehmenden Bedarf an altersgerechten Versorgungsstrukturen. Der gleichzeitige Rückgang jüngerer Patientinnen und Patienten deutet auf veränderte Infektionsdynamiken sowie auf den möglichen präventiven Effekt früherer Interventionen hin.

Die Analyse der Fachgruppenzugehörigkeit der versorgenden Ärztinnen und Ärzte legt die Bedeutung der hausärztlich geprägten Schwerpunktversorgung für alle Patientengruppen dar. In Gruppe A erfolgt die Versorgung überwiegend durch hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten sowie Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner. Ergänzend sind auch Laborärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und -ärzte aus der Hämatologie, Onkologie und Mikrobiologie an der Versorgung

[4] Zillken, N. (2023, 7. März). Frauen haben kaum Zugang zur PrEP: Ein Gespräch zum feministischen Kampftag. magazin.hiv. https://magazin.hiv/magazin/praevention-wissen/prep/frauen-haben-kaum-zugang-zur-prep/ (Abruf 10.04.2025)

beteiligt. In Gruppe B ist der hausärztliche Bereich noch stärker ausgeprägt: Knapp über 80 Prozent der Arztfälle entfallen auf hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, insbesondere auf hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten und Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, was auf die starke Bindung der Patientinnen und Patienten an spezialisierte Hausarztpraxen hinweist. Ähnlich hoch ist der Anteil der hausärztlichen Arztfälle in Gruppe D, wenn Laborärztinnen und -ärzte, da sie nicht direkt an der Patientenbetreuung beteiligt sind, jedoch aufgrund der starken Konzentration von Laborleistungen im Rahmen der PrEP eine wesentliche Anzahl Arztfälle generieren, ausgeschlossen werden.

Die Auswertung der räumlichen Verteilung hat ergeben, dass sich die Patientendichte in allen drei Gruppen stark auf urbane Regionen konzentriert. In Gruppe A und Gruppe B entfällt ein erheblicher Teil der Behandlungsfälle auf Großstädte wie Berlin, Hamburg und Köln. Auch KVen wie Bayern, Hessen und Baden-Württemberg verzeichnen überdurchschnittlich hohe Fallzahlen. In ländlichen und insbesondere ostdeutschen Regionen, etwa in den KVen Sachsen-Anhalts, KV Thüringen oder KV Mecklenburg-Vorpommern, bleibt die Fallzahl je 100.000 Versicherte deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Die Verteilung in Gruppe D ist noch konzentrierter. Der Großteil der PrEP-Behandlungen findet in wenigen urbanen Zentren statt, wobei die KV Berlin mit Abstand den größten Anteil an allen bundesweiten PrEP-Fällen trägt. Auch die KV Hamburg, KV Westfalen-Lippe und KV Baden-Württemberg sind relevante Versorgungs-KVen. In vielen ländlichen und strukturschwächeren KVen ist eine deutlich geringere PrEP-Inanspruchnahme zu beobachten, was sowohl auf Versorgungsungleichgewichte als auch auf variierende Versorgungsbedarfe bzw. Versorgungspräferenzen hinweist.

Die Auswertung der Patientenpfade legt sowohl wohnortnahe (KV-gleiche) als auch überregionale Behandlungsmuster dar, die stark durch regionale Versorgungsstrukturen geprägt sind. Über alle drei Gruppen hinweg zeigt sich, dass die Mehrheit der Behandlungsfälle innerhalb der eigenen KV-Region erfolgt. Gleichzeitig bestehen deutliche überregionale Patientenströme – insbesondere aus ländlichen KVen in städtische Versorgungszentren. So verlagern sich beispielsweise in der KV Brandenburg in Gruppe A 66,2 % der Fälle zur KV Berlin, in Gruppe B sogar 92,6 % und in Gruppe D 88,3 %. Auch in der KV Schleswig-Holstein wird ein erheblicher Anteil der Versorgung in der benachbarten KV Hamburg mitversorgt, 38,2 % in Gruppe A, 87,1 % in Gruppe B und 53,8 % in Gruppe D. Weitere nennenswerte Patientenströme bestehen aus der KV Niedersachsen mit deutlichen Strömen zur KV Bremen sowie aus der KV Rheinland-Pfalz mit relevanten Abwanderungen in die KV Hessen, KV Nordrhein und KV Baden-Württemberg. Insgesamt fungieren städtische KV-Regionen wie die KV Berlin, KV Hamburg, KV Bremen und KV Nordrhein dabei über alle Gruppen hinweg als zentrale Versorgungsstandorte. Dagegen weisen die ostdeutschen KV-Regionen, darunter die KV Brandenburg, KV Sachsen-Anhalt und KV Mecklenburg-Vorpommern, besonders hohe Abwanderungsraten auf. Bei der Interpretation der Patientenströme sind die unterschiedlichen absoluten Niveaus bezüglich der Patientenzahlen zu berücksichtigen.

Die Komorbiditätsanalysen für Gruppe A zeigen 2023 eine Verschiebung hin zu kardiometabolischen Diagnosen: Essentielle Hypertonie und Fettstoffwechselstörungen haben im 10-Jahresvergleich deutlich zugenommen, während psychische Diagnosen wie die depressive Episode mit 12,6 % weiterhin hoch bleiben. Bei Gruppe B dominiert eine komplexere Morbiditätsstruktur. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung treten bei Gruppe B deutlich häufiger chronische Infektionen, Stoffwechselstörungen und psychiatrische Erkrankungen auf. Diese Unterschiede bestehen unabhängig vom Alter und Geschlecht und unterstreichen den besonderen medizinischen Bedarf der Gruppe. Für Gruppe D dominiert erwartungsgemäß ein infektionspräventives Diagnosespektrum.

Auch anhand der Analyse des Leistungsbedarfs in der HIV-Schwerpunktversorgung sind alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zu erkennen: Männer weisen durchgängig höhere Werte auf als Frauen. Im Alter steigt der Leistungsbedarf in Euro je Patientin bzw. Patient an. Zwischen 2014 und 2023 nahm der durchschnittliche Leistungsbedarf pro HIV-Schwerpunktfall und -patientin bzw. -patient zu. Dies verweist neben allgemeinen Preissteigerungen im Gesundheitswesen auch auf die komplexer werdenden Behandlungsbedarfe einer alternden Versorgungsgruppe. Dieser Befund konnte durch die Betrachtung des altersspezifischen Gesamtleistungsbedarfs von Patientinnen und Patienten mit spezialisierter HIV-Versorgung bestätigt werden.

2.5.2 Angebotsseite

Die Angebotsseite der HIV-Versorgung wurde ausgehend von den Praxen analysiert, die HIV-Schwerpunktversorgungsleistungen (Gruppe B) oder PrEP-Leistungen (Gruppe D) abrechnen. In der HIV-Schwerpunktversorgung blieb die Zahl der Schwerpunktpraxen zwischen 2014 und 2023 weitgehend konstant (192 auf 193), während die Zahl der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte um 15 % anstieg (von 294 auf 339). Dies führte zu einer Erhöhung der Ärztedichte je Praxis von 1,53 auf 1,76, was eine Verdichtung der Versorgungsleistungen je Einheit nahelegt.

Für die PrEP-Versorgung lässt sich zwischen 2019 und 2023 ein dynamischer Ausbau der Versorgungsstruktur beobachten. Die Zahl der beteiligten Ärztinnen und Ärzte stieg um 58 %, die der Praxen um 56 %. Parallel dazu blieb die durchschnittliche ärztliche Besetzung je Praxis konstant hoch und lag durchgehend bei über 2,4. Dies legt nahe, dass PrEP-Leistungen vorrangig in größeren Praxen erbracht werden.

Die Auswertungen zu den Praxistypen bestätigten die Vermutung, dass insbesondere multidisziplinär ausgerichtete Versorgungsformen an Bedeutung gewinnen. Deutlich wird dies insbesondere am gestiegenen Anteil der Medizinischen Versorgungszentren in der HIV-Schwerpunktversorgung: Im Vergleich zu vor zehn Jahren ist ihr Anteil deutlich von 7,5 % auf 13,5 % gewachsen. Auch in der PrEP-Versorgung spielen MVZ von Beginn an eine zentrale Rolle. Hier ist ihr Anteil an der Versorgung durchgehend hoch, was darauf schließen lässt, dass diese Versorgungsform von Anfang an eine tragende Funktion in der PrEP-Struktur übernommen hat.

Ein weiteres Analyseergebnis betrifft die Integration von PrEP-Leistungen in die allgemeine vertragsärztliche, und insbesondere hausärztliche Versorgung. Während 2019 noch rund 64 % der PrEP-Praxen gleichzeitig als HIV-Schwerpunktpraxen tätig waren, stieg der Anteil der nicht-spezialisierten PrEP-Praxen von 36 % auf 49 % im Jahr 2023. Damit zeigt sich ein Trend, dass die PrEP-Versorgung nicht nur innerhalb von HIV-spezialisierten Praxen stattfindet, sondern zu einem bedeutenden Anteil auch darüber hinaus.

Die räumliche Analyse der Versorgungsdichte für die Gruppen B und D zeigt eine deutliche Konzentration auf urbane und westdeutsche KV-Regionen. Die KV Berlin weist mit Abstand die höchsten Werte auf: In Gruppe B sind dort 38 HIV-Schwerpunktpraxen mit 88 Leistungserbringenden tätig, in Gruppe D sind 53 PrEP abrechnende Praxen mit insgesamt 158 Ärztinnen und Ärzten an der Versorgung beteiligt. Auch die KVen Bayerns, Nordrhein und Baden-Württemberg verfügen in beiden Gruppen über eine überdurchschnittlich hohe Versorgungskapazität. Insgesamt bestätigen die Daten ein klares Stadt-Land- und West-Ost-Gefälle: Während Metropolregionen gut versorgt sind, bleibt das Angebot in vielen ländlichen und ostdeutschen Regionen deutlich hinter dem Durchschnitt zurück und folgt damit auch dem regional stark heterogen verteilten Patientenaufkommen.

2.6 Fazit

Zusammenfassend zeigen die vorliegenden Analysen, dass sich die ambulante HIV-(Schwerpunkt) - und PrEP-Versorgung in Deutschland zwischen 2014 und 2023 epidemiologisch wie strukturell stark verändert hat. Auf der Nachfrageseite ist ein kontinuierlicher Anstieg der Patientenzahlen in allen Versorgungsgruppen zu verzeichnen – besonders deutlich bei der PrEP-Versorgung, die seit 2019 eine dynamische Entwicklung durchläuft.

Ein zentrales demografisches Merkmal betrifft die fortschreitende Alterung der HIV-Patientinnen und -Patienten. Der Anteil älterer Patientinnen und Patienten hat in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zugenommen, während die Zahl junger Personen mit HIV-Diagnose zurückgeht. Diese Entwicklung verweist einerseits auf wirksame Prävention sowie den therapeutischen Erfolg und die damit verbundene gestiegene Lebenserwartung, andererseits auf einen wachsenden Bedarf an Altersmedizin im Rahmen der HIV-Versorgung.

Schon heute sind HIV-Patientinnen und Patienten besonders häufig von chronischen und psychischen Begleiterkrankungen betroffen, im Vergleich deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Besonders verbreitet sind kardiometabolische und Depressionsdiagnosen. Dies unterstreicht die Relevanz einer integrierten und fachlich fundierten Betreuung, die über die reine HIV-Therapie hinausgeht. Die Zusammensetzung der versorgenden Fachgruppen spiegelt diese Anforderungen aktuell wider - in Gruppe A und B dominieren hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten und Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, ergänzt durch Laborärztinnen und -ärzte und weitere Fachinternistinnen und -internisten – und ist

zukünftig ggf. um weitere Spezialistinnen und Spezialisten (z. B. Nervenheilkunde, Geriatrie) zu erweitern.

Der Blick auf die regionale Verteilung der betrachteten Patientengruppen zeigt deutliche Prävalenzunterschiede: Städte wie Berlin, Hamburg, Köln und München tragen einen erheblichen Teil der Versorgungslast. In ländlichen bzw. besonders in ostdeutschen Regionen wie in der KV Brandenburg, KV Sachsen-Anhalt oder KV Thüringen bleibt die Fallzahl deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Diese räumliche Disparität zeigt sich auch in den Patientenpfaden: Überregionale Ströme aus ländlichen Regionen in urbane Zentren sind in allen Gruppen nachweisbar und weisen sowohl auf die Konzentration einer spezialisierten Versorgung in größeren Metropolregionen hin als auch auf Patientenpräferenzen bezüglich der Inanspruchnahme.

Die vertragsärztliche Versorgungsstruktur im Bereich HIV und PrEP hat sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt. Ein wesentlicher Trend ist die zunehmende Zentralisierung der Versorgung in größeren, häufig interdisziplinär aufgestellten Einheiten wie Medizinischen Versorgungszentren. Diese Entwicklung ermöglicht eine Konzentration von spezialisierter, qualitativ hochwertiger Versorgung, insbesondere in urbanen Regionen. Gleichzeitig birgt sie aber Risiken, wie die Abhängigkeit von wenigen zentralen Standorten. Dies kann im Fall von Ausfällen oder Kapazitätsengpässen zu Versorgungslücken führen.

Regionale Versorgungsungleichgewichte – insbesondere in ländlichen und ostdeutschen Regionen – sowie die zunehmende Komplexität der Behandlung von HIV-Patientinnen und Patienten im Alter, stellen zentrale Herausforderungen dar. Zukünftig sind flexible, resiliente Versorgungsstrukturen gefragt, die wohnortnahe, niedrigschwellige und bedarfsgerechte Angebote sicherstellen. Dass bereits jetzt mehr als Dreiviertel der Patientinnen und Patienten mit HIV im Vertragsarztbereich im Rahmen der HIV-Schwerpunktbehandlung versorgt werden, stellt eine Erfolgsgeschichte der Ambulantisierung im Gesundheitswesen dar, die auch zukünftig sicherzustellen ist.

3. Projektion der ambulanten Versorgung HIV-infizierter Patientinnen und Patienten

3.1 Einleitung Projektion

Nachdem die spezialisierte HIV-Versorgung hinsichtlich der versorgten Patientinnen und Patienten sowie der versorgenden Leistungserbringenden im ersten Berichtsteil detailliert in Bezug auf Gegenwart und Vergangenheit dargestellt wurde, sollen im folgenden Berichtsteil mögliche zukünftige Entwicklungen in den Blick genommen werden. Da die HIV-Versorgung von einer Vielzahl von Einflussfaktoren abhängt, kann es nicht um eine Vorhersage gehen, sondern um die Projektion möglicher Szenarien. Projektion bedeutet dabei, dass Entwicklungen, die in der Vergangenheit beobachtet wurden, von einem Basisjahr (2023) in die Zukunft (Zieljahre 2030, 2035, 2040 und 2045) fortgeschrieben werden.

Auf diese Weise können unterschiedliche Szenarien für die zukünftige Nachfrage und das zukünftige Angebot der spezialisierten HIV-Versorgung in Deutschland berechnet werden. Durch Kombination unterschiedlicher Annahmen zu einzelnen Faktoren lassen sich sehr viele plausible Szenarien berechnen. Wir konzentrieren uns in der Darstellung der Ergebnisse zwecks Übersichtlichkeit auf ein optimistisches „best case“- und ein konservatives „worst case“-Szenario.

Die Projektion behandelt auf der Nachfrageseite die Fallzahlen der spezialisierten HIV-Versorgung sowie auf der Angebotsseite die Anzahl und die Arbeitszeit der entsprechenden Leistungserbringenden mit Genehmigung zur Abrechnung HIV-spezifischer Schwerpunktversorgung. Einige Aspekte der Beschreibung von Gruppe B im vorausgehenden Berichtsteil werden also aufgegriffen und ggf. wiederholt, sofern dies zum Verständnis der Modellrechnung hilfreich ist. Im Anhang A1 werden zusätzlich die voraussichtlichen Entwicklungen der Anzahl von Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnose sowie der Fallzahlen der Präexpositionsprophylaxe dargestellt. Dies entspricht den Gruppen A und D aus dem vorangehenden Berichtsteil.

Es folgen in diesem Berichtsteil zunächst einige allgemeine Hinweise zur Methodik. Anschließend werden die für die Modellrechnung der Projektion besonders wichtigen Informationen über den Status quo der Versorgungssituation behandelt, aufgeteilt in Nachfrage- und Angebotsseite. Darauf folgt die separate Fortschreibung von Nachfrage und Angebot sowie die Kombination beider Seiten zu einem Gesamtergebnis. Nach einer Diskussion der Methodik und der resultierenden Szenarien für die zukünftige Versorgungslage werden die Ergebnisse zusammengefasst und Schlüsse gezogen.

Vorbemerkung zu den Methoden

Die Methodik der Projektion der spezialisierten HIV-Versorgung basiert auf der Bedarfsprojektion Medizinstudienplätze (Aktualisierung 2024) des Zi (Lipovsek et al. 2024). Einige Anpassungen der Methodik wurden ferner von der Projektion der nephrologischen Versorgung in Deutschland (Lipovsek et al. 2025) übernommen.

Schließlich wurden einige Aspekte der Projektionsmethodik speziell für die Projektion der spezialisierten HIV-Versorgung ergänzt oder weiterentwickelt. Grundsätzlich werden bei der Projektion die Nachfrageseite und die Angebotsseite separat berechnet und anschließend zu einem Gesamtergebnis zusammengefasst.

Die Projektion der Nachfrage basiert auf einer Fortschreibung der beobachteten Fallzahlen unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung. Konkret wurde eine spezifisch angepasste Version des relativen Beanspruchungsindexes des Zi verwendet (Hering et al. 2024), der nicht nur nach Alters- und Geschlechtsgruppen, sondern auch nach Besiedlungsdichte des Wohnortkreises (Kreistyp) unterscheidet. Das heißt, dass die Inanspruchnahme und die Bevölkerungsentwicklung für 144 Gruppen separat berücksichtigt werden. Es sind insgesamt 144 Gruppen, weil gleichzeitig 18 Altersgruppen in Abständen von jeweils fünf Jahren, zwei Geschlechtsgruppen und vier Gruppen nach Kreistyp unterschieden werden. Die vier Kreistyp-Kategorien unterteilen Deutschland in Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise und dünn besiedelte Kreise. So können unterschiedliche Trends z. B. bei Männern in Großstädten im Alter von 45-49 Jahren oder bei Frauen in ländlichen Kreisen im Alter von 20-24 Jahren korrekt erfasst werden.

Die Projektion des Angebots an spezialisierter HIV-Versorgung nimmt die Leistungserbringenden in den Blick. Hier werden insbesondere die erwarteten Abgänge durch Ruhestandseintritte aus der Altersverteilung geschätzt. Demgegenüber steht die Zahl der neu in die Versorgung eintretenden Leistungserbringenden, die aus den vergangenen Jahren projiziert wird. Abgerundet wird die Projektion der Angebotsseite durch eine Fortschreibung der relativen Arbeitszeit pro Leistungserbringenden, da z. B. die gleiche Anzahl Leistungserbringender im Jahr 2040 im Vergleich zu 2023 nicht unbedingt auch die gleiche Versorgungleistung bedeuten muss. So wäre eine Situation vorstellbar, in der sich die Anzahl Leistungserbringender zwar um 10% erhöht, jedoch gleichzeitig die durchschnittliche Arbeitszeit um 15% abnimmt. Dies würde insgesamt zu einer geringeren Versorgungsleistung führen.

Die für das Verständnis notwendigen Details der verwendeten Methodik werden in den folgenden Abschnitten jeweils spezifisch für die Projektion der Nachfrage und des Angebots den entsprechenden Ergebnissen vorangestellt. Weiteres findet sich in den genannten Veröffentlichungen zu den anderen Projektionen des Zi (Lipovsek et al. 2024; Lipovsek et al. 2025).

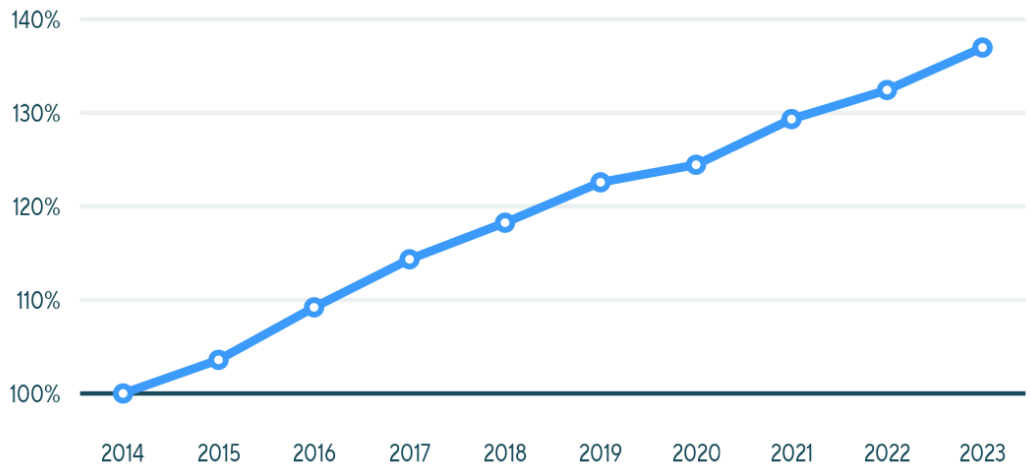
3.2 Status Quo als Ausgangspunkt für die Projektion

Zunächst werden einige Aspekte der aktuellen Versorgungssituation, die im vorausgehenden Berichtsteil bereits ausführlich beschrieben wurde, zum Verständnis der Projektion spezifisch aufbereite präsentiert.

3.2.1 Status Quo Nachfragestruktur

Die Entwicklung der absoluten Fallzahlen in der spezialisierten HIV-Versorgung ist in Abbildung 79 als prozentuale Abweichung zu 2014 dargestellt. Diese relative Entwicklung zeigt einen bis auf das Coronajahr 2020 fast durchgehend konstant starken, deutlichen Anstieg der Behandlungsfälle. Im Jahr 2023 wurde in 1,37-mal so vielen vertragsärztlichen Fällen mindestens eine der Gebührenordnungspositionen aus der HIV-spezialisierten Versorgung, d. h. GOP 30920, 30922 oder 30924, abgerechnet wie im Jahr 2014.

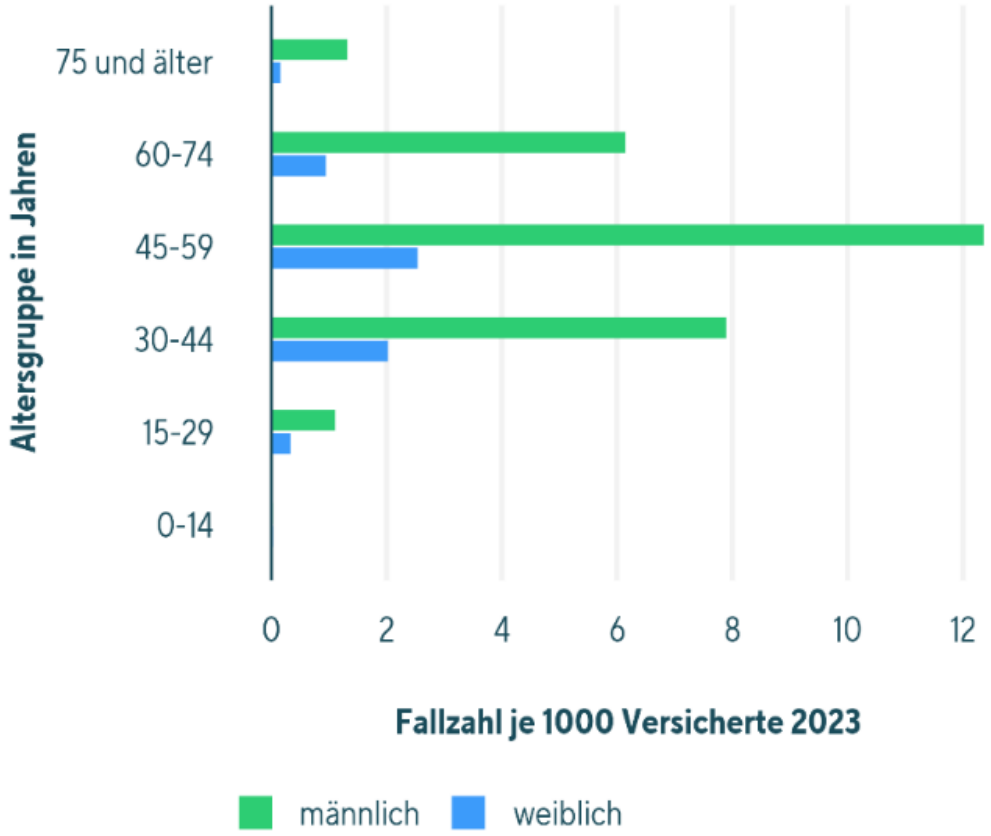
Abbildung 79: Relative Änderung der Anzahl Behandlungsfälle in der spezialisierten HIV-Versorgung 2014-2023



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Nach Alters- und Geschlechtsgruppen aufgeschlüsselt zeigt sich ein sehr differenziertes Bild bezüglich der Fallzahlen pro Versicherten in den jeweiligen Gruppen (Abbildung 80). Im Jahr 2023 kamen auf 1.000 45- bis 59-jährige Männer durchschnittlich mehr als zwölf Behandlungsfälle in der spezialisierten HIV-Versorgung, wohingegen beispielsweise auf 1.000 Frauen im selben Alter im Durchschnitt nur ca. ein Fall erfasst wurde.

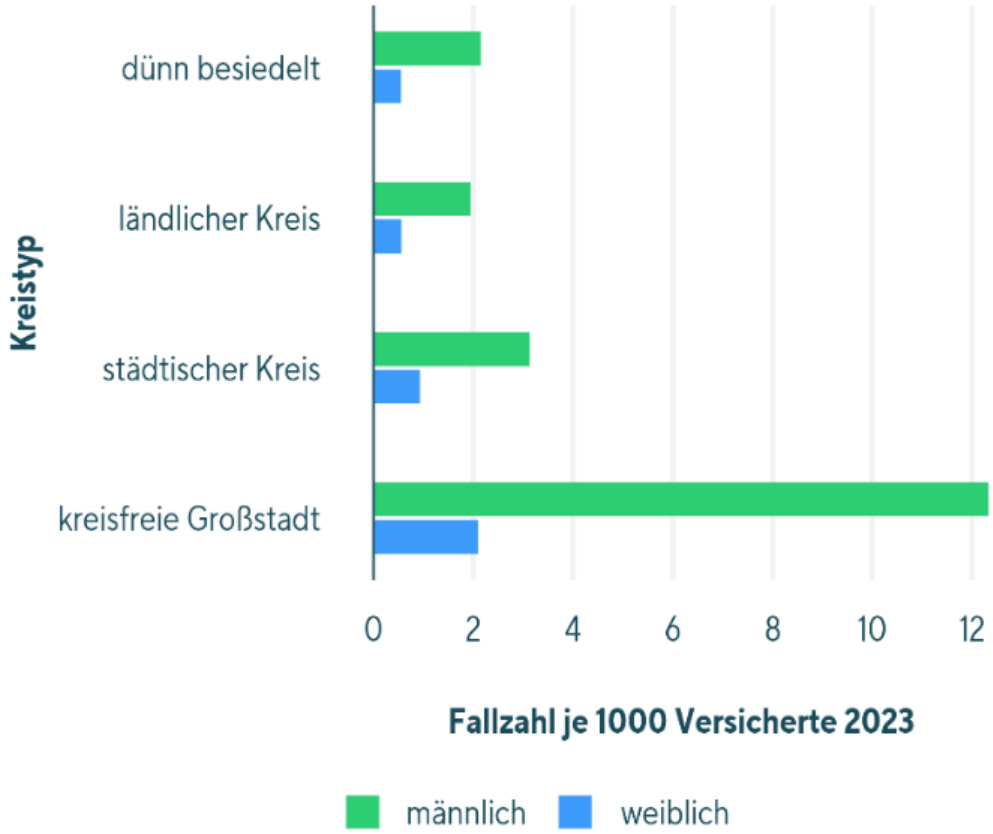
Abbildung 80: Fallzahlen im Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Auch bei Differenzierung nach Kreistyp des Wohnorts und Geschlecht zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen (Abbildung 81). Während im Jahr 2023 pro 1.000 Männer in Großstädten durchschnittlich mehr als 12 Behandlungsfälle gezählt wurden, waren es bei den Frauen in Großstädten z. B. nur zwei Fälle pro 1.000 Personen. Deutlich niedriger als in Großstädten fallen die Fallzahlen in allen anderen Kreistypen aus.

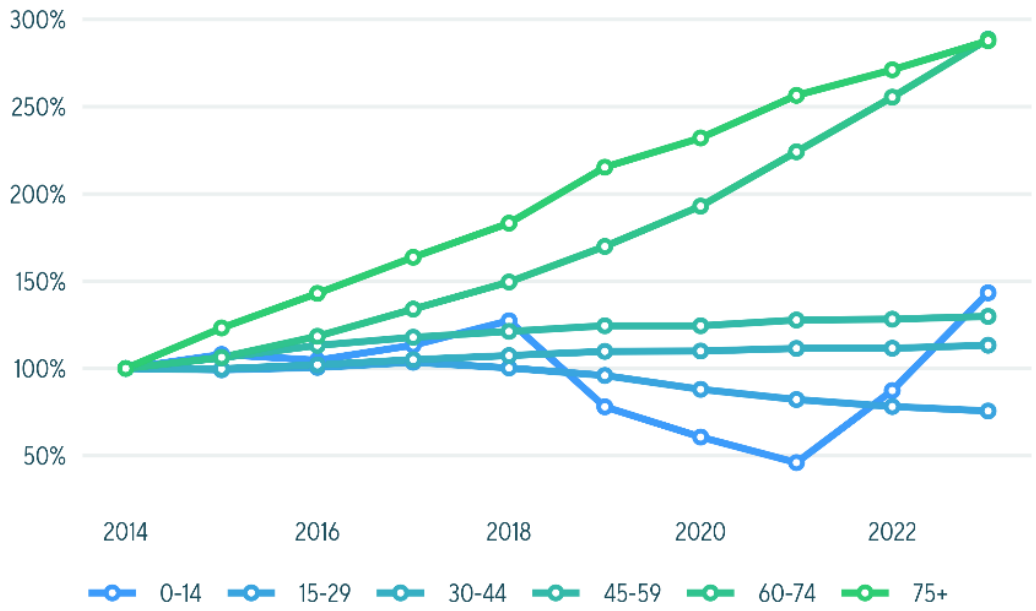
Abbildung 81: Fallzahlen im Jahr 2023 nach Kreistyp und Geschlecht



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Auch der Anstieg der Behandlungsfälle aus Abbildung 79 verteilt sich unterschiedlich stark auf die Altersgruppen (Abbildung 82) und Kreistypen (Abbildung 83). Zum Beispiel zeigt sich, dass die Fallzahlen bei Älteren besonders stark ansteigen. Der Verlauf der Kurve für die unter 15-jährigen sollte nicht überinterpretiert werden; verdeutlicht dieser doch sehr gut, dass es schwer ist, Entwicklungen bei sehr geringen Gesamtzahlen (vgl. Abbildung 80) sinnvoll zu erfassen. Eine alternative Darstellung der Fallzahländerungen findet sich auch im ersten Berichtsteil (Kapitel 2).

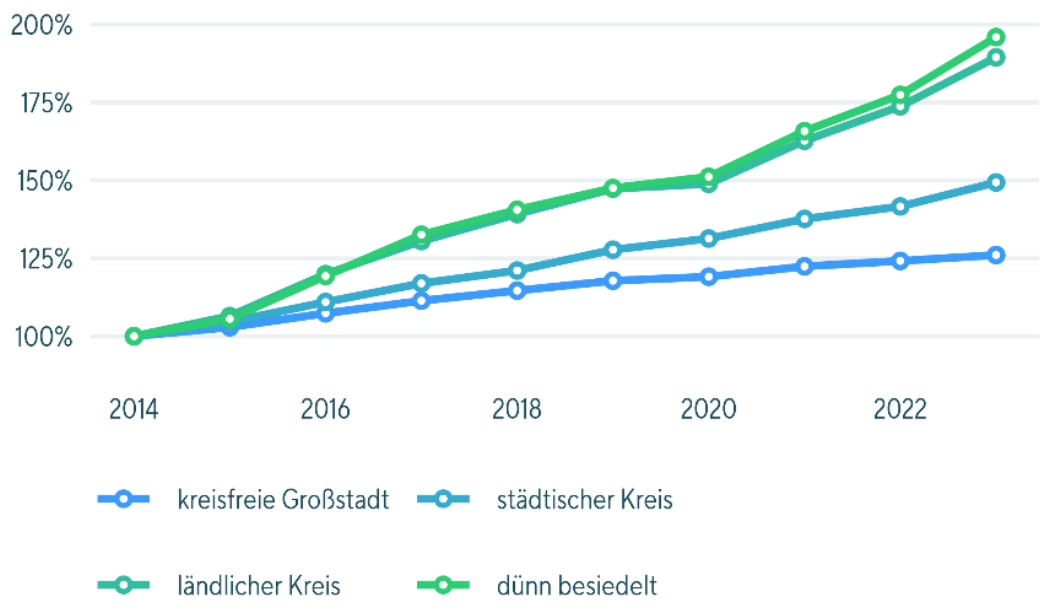
Abbildung 82: Relative Änderung der Fallzahlen nach Altersgruppe, 2014-2013



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Beim Vergleich der Kreistypen nach Fallzahländerungen zeigt sich, dass in den ländlichen Gebieten die Fallzahlen besonders stark ansteigen. Absolut fallen diese Anstiege aufgrund der weiterhin vergleichsweise wenigen Fälle allerdings nicht besonders stark ins Gewicht.

Abbildung 83: Relative Änderung der Fallzahlen nach Kreistyp, 2014-2023



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

3.2.2 Status Quo Angebotsstruktur

Das Bundesarztregister verzeichnet für das Jahr 2023 insgesamt 338 Ärztinnen und Ärzte mit einer Genehmigung zur spezialisierten HIV-Versorgung. Dabei handelt es sich nur um in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene oder angestellte Leistungserbringende (ohne Ermächtigte und sonstige Leistungserbringende).

Die Untersuchung der Angebotsstruktur wurde auf Basis der im vorherigen Teil des Berichts dargestellten Patientenströme in zwei weitestgehend separiert versorgende Regionen unterteilt durchgeführt. Es ergaben sich die Regionen Nordost (BB, BE, HB, HH, MV, NI, SH, SN, ST, TH), versorgungstechnisch dominiert durch die zwei Metropolen Berlin und Hamburg sowie Südwest (BW, BY, HE, NO, RP, SL, WL) mit jeweils relativ vielen Leistungserbringenden in Nordrhein, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern.

Tabelle 21: Altersverteilung Leistungserbringende spezialisierte HIV-Versorgung, 2023

Region		jünger als 45 Jahre	45 bis 49 Jahre	50 bis 54 Jahre	55 bis 59 Jahre	ab 60 Jahre	Gesamt
Bund	Anzahl	54	55	58	63	108	338
Bund	Anteil	16,0 %	16,3 %	17,2 %	18,6 %	32 %	100%
Nordost	Anzahl	30	27	33	30	47	167
Nordost	Anteil	18,0 %	16,2 %	19,8 %	18,0 %	28,1 %	100%
Südwest	Anzahl	24	28	25	33	61	171
Südwest	Anteil	14,0 %	16,4 %	14,6 %	19,3 %	35,7 %	100%

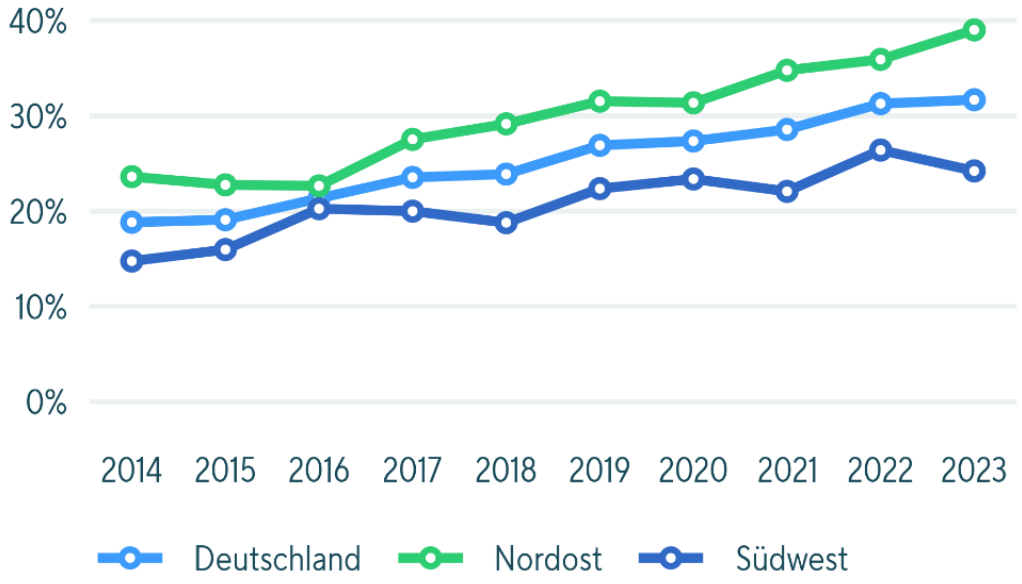
Quelle: Zi auf Basis des Bundesarztregisters (KBV, Stand 31.12.2023)

Für diese beiden Regionen sowie für Deutschland gesamt wurde die Altersverteilung der im Jahr 2023 tätigen Leistungserbringenden in der spezialisierten HIV-Versorgung betrachtet. Aufgrund geringer Arztzahlen nach Altersgruppen ist eine kleinräumigere Betrachtung nicht möglich. Die Ergebnisse in Tabelle 21 zeigen, dass im Jahr 2023 knapp ein Drittel der Leistungserbringenden in Deutschland mindestens 60 Jahre alt war. Außerdem wird ein Unterschied zwischen den Regionen deutlich: Besonders hoch ist der Anteil der über 60-jährigen in der Region Südwest mit 35,7 %, während in der Region Nordost etwas mehr jüngere Ärztinnen und Ärzte an der spezialisierten HIV-Versorgung teilnehmen.

Neben der Altersverteilung der Leistungsbringenden im Basisjahr ist auch die Entwicklung der ärztlichen Arbeitszeit im Zeitraum vor dem Basisjahr ein wichtiger Aspekt für die Projektion. Dabei spielt es für die Arbeitszeit oft eine große Rolle, ob Ärzte als zugelassene (selbständige) Vertragsärztinnen und -ärzte (meist hoher Teilnahmeumfang) an der Versorgung teilnehmen oder in einer Praxis angestellt sind (meist geringerer Teilnahmeumfang).

Für die Berechnungen des Anteils der Angestellten sowie des Teilnahmeumfangs für die Projektion musste aufgrund von Unvollständigkeiten bei den Daten des Bundesarztregisters zusätzlich auf die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zurückgegriffen werden. Anhand dieser Datenbasis werden bei der Betrachtung der Anzahl an Leistungserbringenden (angestellt und zugelassen) leicht abweichende Ergebnisse erzielt als anhand der Daten des Bundesarztregistern: Für das Jahr 2023 waren in den Abrechnungsdaten 325 Leistungserbringende zu finden, davon 222 Zugelassene und 103 Angestellte (31,7 %).

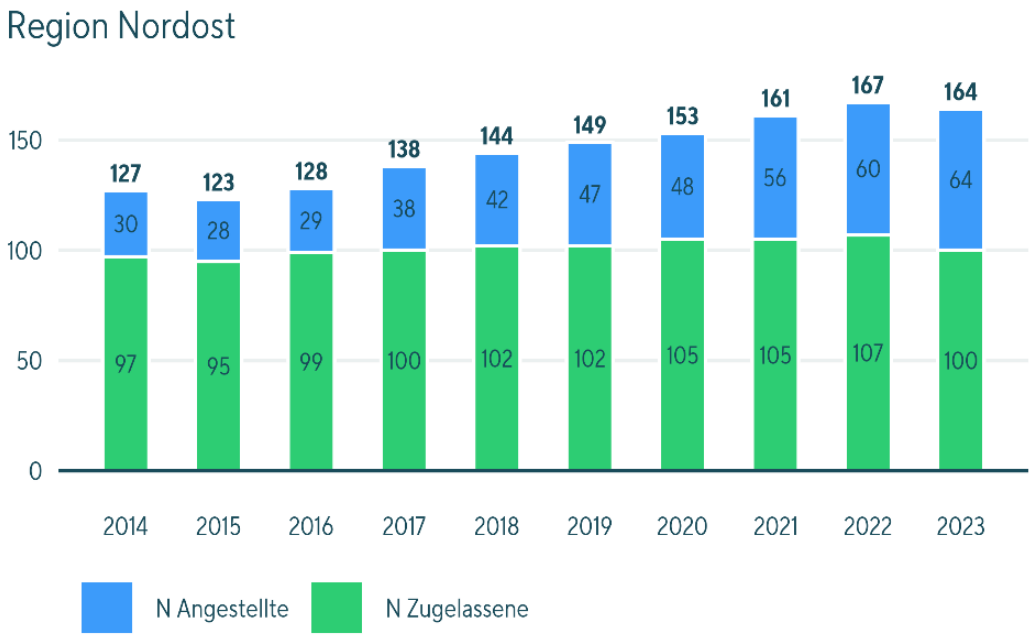
Abbildung 84: Anteil angestellter Leistungserbringender, 2014 bis 2023



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Der Anteil Angestellter hatte sich in den vorausgehenden 10 Jahren pro Jahr um ca. 1,4 Prozentpunkte erhöht (Abbildung 84). In der Region Nordost liegt der Anteil Angestellter etwas höher als im Bundesdurchschnitt, während der gleiche Anteil in der Region Südwest geringer ausfällt. Dies trifft für den gesamten 10-Jahres-Zeitraum zu als auch für den beobachteten Anstieg.

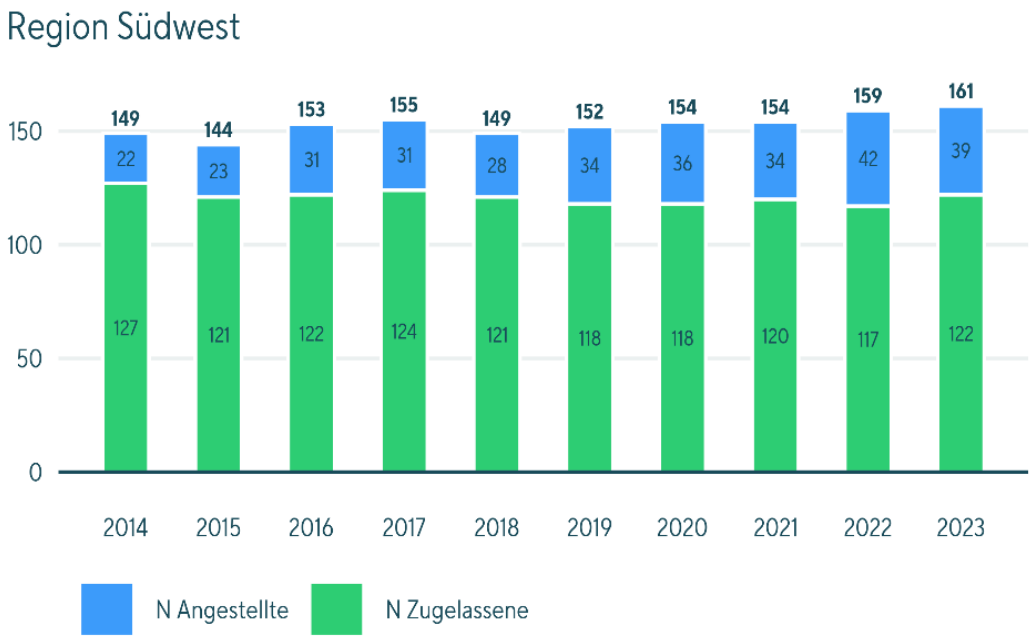
Abbildung 85: Anzahl angestellter und zugelassener Leistungserbringender („Köpfe“) Nordost, 2014 bis 2023



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023
Anmerkung: Mit „Köpfen“ werden hier und im Folgenden immer Anzahlen von Leistungserbringen bezeichnet, die nicht in Vollzeitäquivalente umgerechnet wurden. Das Jahr 2023 ist das Basisjahr für die Projektion.

Diese Zahlen legen den Schluss nahe, dass immer mehr Leistungserbringende von einer Selbstständigkeit in ein Angestelltenverhältnis wechseln. Bei näherer Betrachtung wird jedoch evident, dass in beiden Regionen die Zahl der Zugelassenen über die Jahre 2014 bis 2023 weitestgehend konstant geblieben ist. Der Anteil Angestellter vergrößert sich jedoch, weil sich die zunehmende Zahl der an der spezialisierten HIV-Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte aus angestellten Leistungserbringenden speist (Abbildung 85 und Abbildung 86). Der so zu verzeichnende Anstieg bei der Anzahl der Leistungserbringenden in der spezialisierten HIV-Versorgung insgesamt entfällt dabei vor allem auf die Region Nordost.

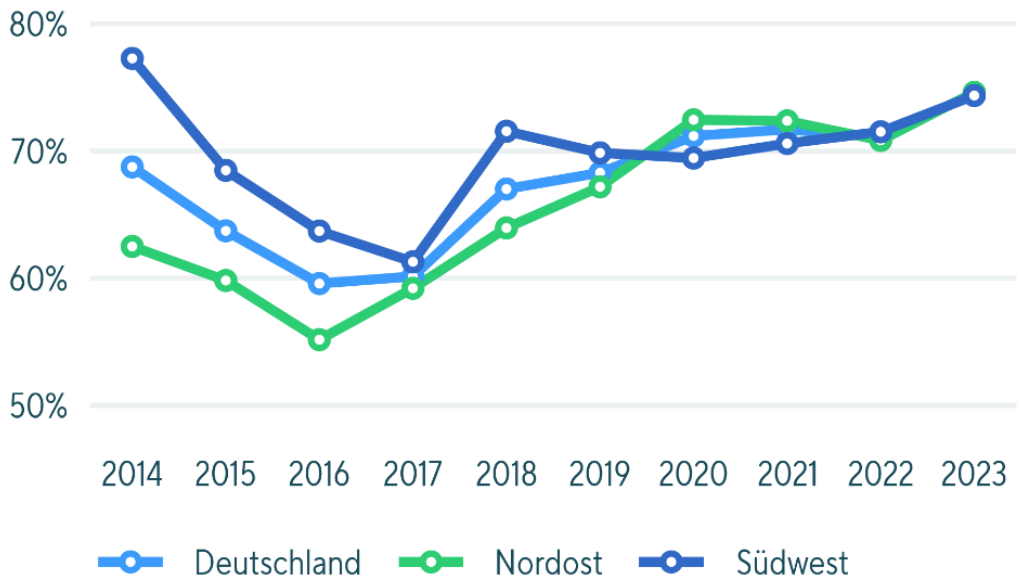
Abbildung 86: Anzahl angestellter und zugelassener Leistungserbringender („Köpfe“) Südwest, 2014 bis 2023



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Wie bereits erwähnt, ist neben dem Teilnahmestatus der Leistungserbringenden (selbständig vs. angestellt) der Teilnahmeumfang ein wesentliches Merkmal zur Beurteilung der Versorgungsleistung je Ärztin oder Arzt. Auffällig gegenüber der Tendenz in der Vertragsärzteschaft insgesamt ist, dass Leistungserbringende der spezialisierten HIV-Versorgung – insbesondere ab dem Jahr 2017 – einen deutlichen Anstieg beim durchschnittlichen Teilnahmeumfang der Angestellten aufweisen (Abbildung 87). Zum Jahr 2023 wird hier ein hohes Niveau von 75 % erreicht. Zum Vergleich: Bei selbstständigen Leistungserbringern liegt der durchschnittliche Teilnahmeumfang zum Jahr 2023 bei 96 % mit nur leicht abfallender Tendenz.

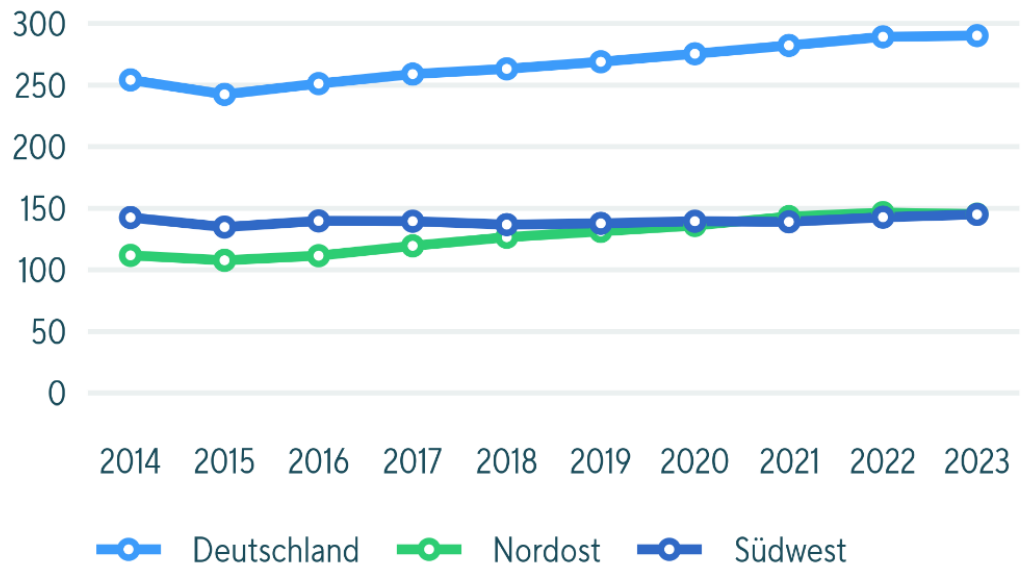
Abbildung 87: Durchschnittlicher Teilnahmeumfang angestellter Leistungserbringender („Köpfe“) nach Region, 2014 bis 2023



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Dieser Anstieg beim Teilnahmeumfang der Angestellten schwächt die Bedeutung des Anteils der Angestellten etwas ab, da deren durchschnittliche Arbeitszeit sich der der Selbstständigen annähert. Dementsprechend wurde die Zahl der verfügbaren Vollzeitäquivalente (Selbstständige und Angestellte zusammengezählt) über die Jahre 2014 bis 2023 immer größer (Abbildung 88). Noch deutlicher als bei den anderen Abbildungen zeigt sich hier der Unterschied zwischen den Regionen: Der Zuwachs der verfügbaren ärztlichen Zeit entfällt vor allem auf die Region Nordost.

Abbildung 88: Anzahl Leistungserbringender (Vollzeitäquivalente) nach Region, 2014 bis 2023



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass sowohl die Nachfrage als auch das Angebot in den vergangenen Jahren gestiegen sind. Insbesondere unter den Älteren gibt es immer mehr Menschen mit HIV, weil sich die Lebenserwartung mit HIV verbessert hat. Auf der anderen Seite nehmen immer mehr Ärztinnen und Ärzte an der Versorgung teil. Allerdings entfällt dieser Zuwachs hauptsächlich auf die Region Nordost. Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die angestellt sind, hat im Vergleich zu den Selbstständigen deutlich zugenommen. Allerdings stiegen auch die durchschnittlichen Arbeitszeiten der Angestellten. Insgesamt steht also bei der Status Quo-Betrachtung einer größer werdenden Inanspruchnahme auch eine steigende Behandlungskapazität gegenüber. In den nächsten Abschnitten wird untersucht, wie sich diese beobachteten Trends aus den letzten zehn Jahren in die Zukunft fortschreiben lassen und welche Auswirkungen auf das Versorgungsniveau zu erwarten sind.

3.3 Projektion der zukünftigen Versorgungssituation

Nach dieser Bestandaufnahme der Angebots- und Nachfrageseite sowie der Betrachtung der vorangegangenen Entwicklungen wird durch Fortschreibung dieser Entwicklungen in unterschiedlichen Szenarien die zukünftige Versorgungssituation geschätzt. Die Methodik orientiert sich dabei grundsätzlich an der Bedarfsprojektion für Medizinstudierendenplätze in Deutschland (Aktualisierung 2024 des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)).

3.3.1 Projektion der zukünftigen Inanspruchnahme (Nachfragestruktur)

Zur Projektion der zukünftigen Nachfrage wird die beobachtete Inanspruchnahme der spezialisierten HIV-Versorgung fortgeschrieben. Mit Inanspruchnahme ist hier das Aufsuchen von HIV-Schwerpunktärztinnen und -ärzten und die Auslösung eines Behandlungsfalls mittels Abrechnung einer Leistung der spezialisierten HIV-Versorgung, d. h. einer der Gebührenordnungspositionen 30920, 30922 oder 30924 gemeint. Das gewählte Vorgehen verwendet eine speziell auf dieses Projekt angepasste Version des relativen Beanspruchungsindex (rBIX) des Zi (Hering et al. 2023). Grundsätzlich zeigt der rBIX die projizierte Inanspruchnahme für bestimmte Zieljahre im Verhältnis zu einem Basisjahr – in diesem Fall das Jahr 2023. Deshalb nimmt der rBIX meistens Werte um eins an, wobei ein Wert über eins eine Erhöhung der Inanspruchnahme zum Zieljahr gegenüber dem Basisjahr bedeutet und ein Wert kleiner als eins entsprechend eine Verringerung der Inanspruchnahme. Liegt also der rBIX z. B. für das Zieljahr 2040 bei 1,2, ist mit einer Zunahme der Inanspruchnahme um 20 % gegenüber dem Basisjahr zu rechnen.

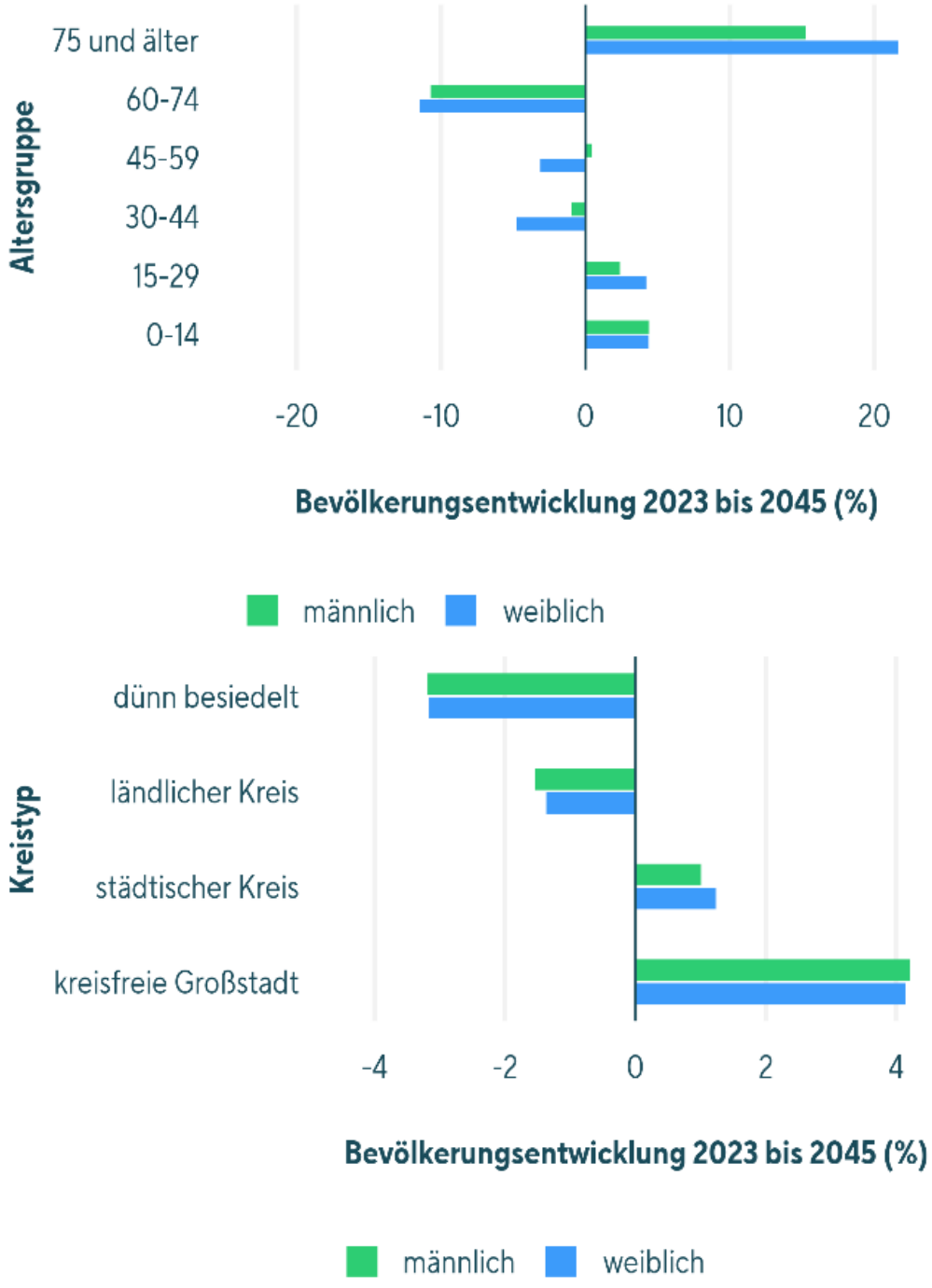
Zur Berechnung des rBIX werden aus den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten die alters- und geschlechtsgruppenspezifischen Behandlungsfälle (vgl. Kapitel 2.2.3), d. h. Fallzahlen in Bezug auf Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten einer ärztlichen Fachgruppe verwendet. Die beobachteten Fallzahlen des Basisjahres werden mit der erwarteten Bevölkerungsentwicklung in den Alters- und Geschlechtsgruppen kombiniert, um die zukünftige Gesamtinanspruchnahme der jeweiligen Fachgruppe abzuleiten (rBIX Variante 1, im Folgenden abgekürzt: „rBIX 1“).

In Abweichung von diesem allgemeinen Vorgehen werden aufgrund methodischer Erfordernisse in der vorliegenden Projektion der HIV-Schwerpunktversorgung nicht die Fallzahlen einer Fachgruppe verwendet, sondern die Zahl der Behandlungsfälle, in denen wenigstens eine der drei GOP zur spezialisierten HIV-Versorgung abgerechnet wurden (GOP 30920, 30922 oder 30924, siehe oben). Außerdem wurde die Einteilung der Fallzahlen nach Alters- und Geschlechtsgruppen um eine zusätzliche Unterteilung nach dem Kreistyp des Wohnorts der Patientin bzw. des Patienten erweitert. Dies geschah aus dem Grund, dass sich sowohl die Inanspruchnahme der spezialisierten HIV-Versorgung als auch die erwartete zukünftige Bevölkerungsentwicklung nach diesem Merkmal (Wohnort) sehr stark unterscheiden. Diese Besonderheiten betreffen auch auf die weiteren rBIX-Varianten, die im Folgenden erläutert werden.

Die Fallzahlen aus dem Basisjahr wurden bereits in der Abbildung 80 und Abbildung 81 dargestellt. Um den rBIX 1 zu berechnen, muss noch eine Schätzung der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung einbezogen werden. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt und Raumforschung (BBSR) hat für Deutschland insgesamt ein leichtes Bevölkerungswachstum von 2023 bis 2045 prognostiziert (BBSR 2024). In den unterschiedlichen Altersgruppen wird ein Bevölkerungsrückgang vor allem bei Erwachsenen von 60 bis 74 Jahren erwartet (ca. 10 %). Gleichzeitig wird mit einer

Zunahme der Anzahl von Frauen ab 75 Jahren von über 20 % gerechnet (Abbildung 89 oben).

Abbildung 89: Bevölkerungsentwicklung nach Alter und Geschlecht bzw. Kreistyp und Geschlecht



Quelle: Zi auf Basis der BBSR Raumordnungsprognose 2045 von Q4/2024

Auch nach Kreistypen differenziert zeigen sich Unterschiede zwischen den Gruppen: Je ländlicher ein Kreis, desto stärker nimmt die Bevölkerung voraussichtlich ab, je städtischer, desto größer fällt der erwartete Zuwachs aus (Abbildung 89 unten). Diese Verschiebung hat aber mit einem maximalen Anstieg von ca. 4 % bei den Großstädten eine deutlich geringere Größenordnung als die Alterung der Bevölkerung (Abbildung 89 oben).

Zur Berechnung von rBIX 1 werden zunächst die Fallzahlen (pro Versicherten) aus dem Basisjahr 2023 für 144 Gruppen (d. h. 18 5er-Altersgruppen, mal zwei Geschlechtsgruppen und vier Kreistypgruppen) bestimmt (vgl. Abbildung 80 und Abbildung 81 – in den Abbildungen wurden zwecks Übersichtlichkeit 15er- Altersgruppen verwendet) und für jedes Jahr bis 2045 mit der erwarteten relativen Bevölkerungsänderung im entsprechenden Zeitraum multipliziert. D. h., dass die geschätzte Entwicklung der Fallzahlen, z. B. der Männer im Alter von 30-34 Jahren in städtischen Kreisen oder die der Frauen im Alter von 65-69 Jahren in ländlichen Kreisen, jeweils separat voneinander berechnet wurden, um unterschiedliche Trends bei der Bevölkerungsentwicklung nach diesen Merkmalen zu berücksichtigen. Berechnet man nun die Summe über alle erhaltenen Gruppenwerte und Projektionsjahr, erhält man die erwartete Inanspruchnahme aufgrund der zukünftig zu erwartenden Bevölkerungszusammensetzung (unter der Annahme, dass die Inanspruchnahme innerhalb der Gruppen gleichbleibt). Wird diese erwartete Inanspruchnahme nun mit der des Basisjahres in Relation gesetzt, ergibt dies den rBIX 1.

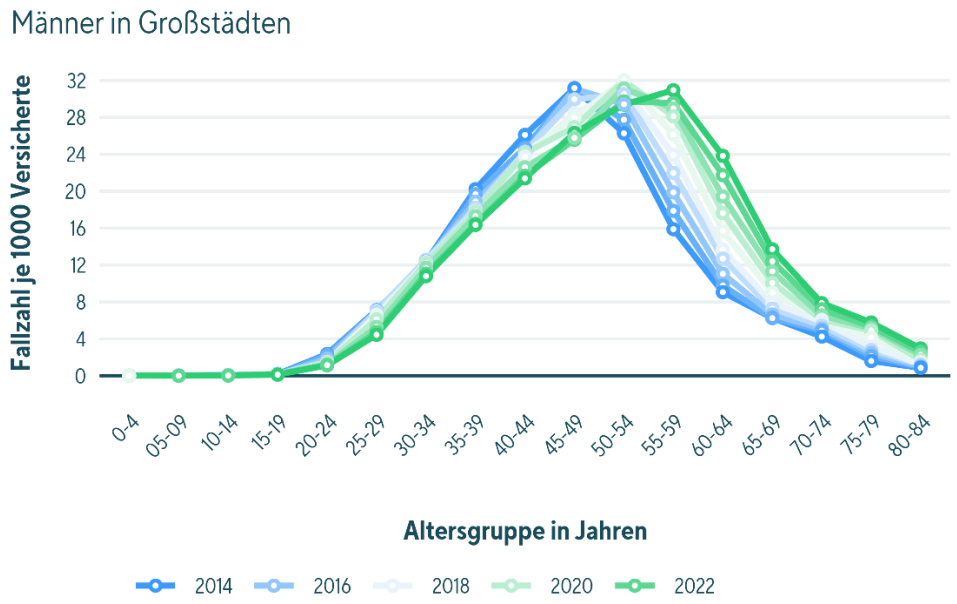
rBIX 2.0 und 2.1

Die Annahme einer konstanten Inanspruchnahme, welche die Grundlage von rBIX 1 ist, wird jedoch bei der Betrachtung vorangegangener Inanspruchnahmetrends nicht erfüllt. Aus diesem Grund wurde eine alternative Variante des rBIX (rBIX 2.0) entwickelt: Der rBIX 2.0 berücksichtigt zusätzlich zur Bevölkerungsentwicklung auch die Änderung der Inanspruchnahme innerhalb der oben genannten Gruppen in den zurückliegenden Jahren. Dies ist für die Projektion der spezialisierten HIV-Versorgung besonders wichtig, da die Inanspruchnahme innerhalb der Gruppen nicht konstant ist (vgl. Abbildung 82 und Abbildung 83). So haben sich die Fallzahlen in den dünn besiedelten Kreisen in den letzten zehn Jahren z. B. ungefähr verdoppelt, während in kreisfreien Großstädten der Zuwachs lediglich 25 % betrug. Zur Berücksichtigung dieser vorangegangenen Veränderung, von der angenommen wird, dass diese Entwicklung sich (zumindest anteilig) fortsetzt, wird beim rBIX 2.0 daher für jedes Stratum eine durchschnittliche jährliche Änderungsrate (average annual percent change, AAPC) über die Jahre der Vorbeobachtung berechnet (Hering et al. 2023).

Da in vielen Fällen ungewiss ist, wie lange sich ein Trend aus der Vergangenheit in die Zukunft fortsetzen wird, ist der rBIX 2.0 so konzipiert, dass die Inanspruchnahmen auf Basis der AAPC-Werte degressiv fortgeschrieben werden: Für das erste auf das Basisjahr 2023 folgende Jahr wird der AAPC fast vollständig aufgeschlagen

und dann in jedem weiteren folgenden Jahr mit immer stärker abnehmender Intensität.

Abbildung 90: Inanspruchnahme der spezialisierten HIV-Versorgung für Männer in Großstädten nach Altersgruppen 2014 bis 2023



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Für die spezialisierte HIV-Versorgung ist allerdings davon auszugehen, dass sich der Trend aus der Vorbeobachtung längerfristig fortsetzen wird. Denn die Hauptursache des Aufwärtstrends basiert auf der medikamentös bedingt annähernd normalen Lebenserwartung von Patientinnen und Patienten mit HIV. Um dies zu verdeutlichen, ist in Abbildung 90 die Änderung der altersgruppenspezifischen Inanspruchnahme über die Zeit beispielhaft für die besonders inanspruchsstarke Gruppe der Männer in Großstädten dargestellt. Hierbei wird offensichtlich, wie sich die Häufigkeiten der Inanspruchnahme aufgrund der Alterung der prävalenten HIV-Patienten im beobachteten 10-Jahres-Zeitraum um ca. zwei 5er Altersgruppen nach rechts verschoben haben. Aufgrund dieses Alterungs- bzw. Kohorteneffekts zeigt sich eindrücklich, dass erstens eine Berücksichtigung der Änderungen in den Inanspruchnahmehäufigkeiten innerhalb der Gruppen die Projektion verbessern wird, also rBIX 2.0 zu realistischeren Ergebnissen führen wird als rBIX 1. Zweitens wird aber auch nahegelegt, dass dieser Alterungseffekt sich noch einige Jahrzehnte – zumindest anteilig – fortsetzen wird, nämlich bis die Jahrgänge mit den meisten HIV-Infektionen alt genug sind, um an anderen Ursachen zu versterben.

Aus diesem Grund wurde für dieses Projekt zusätzlich der rBIX in der weiteren Variante 2.1 berechnet. Dazu wurde die Änderungsrate der Inanspruchnahme aus der Vorbeobachtung innerhalb der einzelnen Strata länger in die Zukunft fortgeschrieben, und zwar linear abnehmend statt degressiv, wie beim rBIX 2.0.

Zwei Varianten des rBIX (2.0, 2.1) wurden für Deutschland gesamt und separat für die zwei Regionen Nordost und Südwest berechnet. Dabei wurden die Fallzahlen und Änderungsraten von Deutschland gesamt auf die Regionen übertragen (Hering et al. 2023) und die Bevölkerungsentwicklung separat nach Region berechnet.

Ergebnisse

Tabelle 22 zeigt die Ergebnisse, die für zwei der drei zuvor beschriebenen rBIX-Varianten berechnet wurden, rBIX 2.0 und rBIX 2.1. Die Variante rBIX 1 dient in dieser Projektion nur zur Erklärung der Methodik der komplexeren Varianten 2.0 und 2.1. Deshalb werden keine Ergebnisse von rBIX 1 gezeigt oder für die weitere Projektion verwendet.

Tabelle 22: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die spezialisierte HIV-Versorgung nach Varianten

Region	Variante	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
Bund	rBIX 2.0	1	1,22	1,21	1,22	1,23
Nordost	rBIX 2.0	1	1,23	1,22	1,23	1,24
Südwest	rBIX 2.0	1	1,22	1,20	1,20	1,22
Bund	rBIX 2.1	1	1,29	1,44	1,49	1,52
Nordost	rBIX 2.1	1	1,30	1,46	1,53	1,55
Südwest	rBIX 2.1	1	1,29	1,43	1,47	1,50

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023
Anmerkung: rBIX 2.0: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (degressive Reduktion); rBIX 2.1: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (lineare Reduktion)

Wenn zusätzlich zur Bevölkerungsentwicklung der Anstieg der Fallzahlen von 2014-2023 berücksichtigt wird, ergeben sich deutliche Zunahmen bei der erwarteten Inanspruchnahme: Für den rBIX 2.0 beträgt die Zunahme zwischen 20 und 24 % und für den rBIX 2.1, der die Änderung auch in die fernere Zukunft fortschreibt, Zunahmen von über 50 % bis zum Jahr 2045 gegenüber dem Basisjahr 2023. Die regionsspezifische Betrachtung (Nordost vs. Südwest) ergibt keine Auffälligkeiten gegenüber den bundesweiten Werten.

Auffällig und daher bemerkenswert ist jedoch die Ausgabe des rBIX für die einzelnen Kreistypen. Hierbei wird deutlich, dass die zukünftige Inanspruchnahme insbesondere in ländlichen Regionen ansteigen wird (+102 % bzw. +92 % in ländlichen und dünn besiedelten Kreisen). Auch wenn diese Erkenntnis im Rahmen der Verrechnung mit der Angebotsseite aufgrund methodischer Limitationen (Informationen zur Angebotsseite stehen nicht auf der Ebene der Kreistypen zur Verfügung) nicht berücksichtigt werden kann, beinhaltet sie wichtige Implikationen für die Sicherstellung der HIV-Schwerpunktversorgung auf dem Land.

Tabelle 23: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die Zahl der Fälle mit spezialisierter HIV-Versorgung (entspricht Gruppe B im ersten Berichtsteil) nach Varianten[5] separat nach Kreistyp

Variante	Kreistyp	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
rBIX 2.0	Großstadt	1	1,17	1,16	1,18	1,19
rBIX 2.0	Stadt	1	1,25	1,23	1,23	1,24
rBIX 2.0	Ländlich	1	1,44	1,41	1,40	1,40
rBIX 2.0	Dünn besiedelt	1	1,40	1,37	1,36	1,36
rBIX 2.1	Großstadt	1	1,22	1,33	1,37	1,40
rBIX 2.1	Stadt	1	1,34	1,49	1,53	1,55
rBIX 2.1	Ländlich	1	1,59	1,92	2,01	2,02
rBIX 2.1	Dünn besiedelt	1	1,54	1,83	1,91	1,92

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023
Anmerkung: rBIX 2.0: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (degressive Reduktion); rBIX 2.1: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (lineare Reduktion)

Zusätzlich zu den hier gezeigten rBIX-Werten für die zukünftige Inanspruchnahme der HIV-Schwerpunktversorgung sind in Anhang A3 weitere rBIX-Werte in den zwei Varianten und für alle Regionen und Kreistypen aufgeführt:

- rBIX für die Zahl der Personen mit HIV-Diagnose (Gruppe A)
- rBIX für die Zahl der Fälle mit Präexpositionsprophylaxe (Gruppe D)

Diese Werte wurden berechnet, weil sie jeweils für sich nützliche Hinweise auf die mögliche Entwicklung der Nachfrage nach medizinischer Versorgung im Kontext der HIV- und PrEP-Versorgung liefern. So kann z. B. ein niedrigerer rBIX-Wert für die Zahl der Personen mit HIV-Diagnose als für die Zahl der Fälle mit spezialisierter HIV-Versorgung darauf hindeuten, dass zukünftig ein größerer Teil der Personen mit HIV auch die spezialisierte Versorgung in Anspruch nehmen wird. In der Projektion konnten diese Ergebnisse nicht berücksichtigt werden, weil es nur für die spezialisierte HIV-Versorgung im engeren Sinne (Fälle mit entsprechender GOP) eine eindeutig zuzuordnende Entsprechung auf Angebotsseite gibt, nämlich die Leistungserbringenden mit entsprechender Abrechnungsgenehmigung.

[5] In dieser Tabelle sowie in einigen der folgenden Tabellen sind projizierte Anzahlen dargestellt Diese sind in der Darstellung immer auf ganze Zahlen gerundet, da es um Personen geht. Gerechnet wird aber mit ungerundeten Werten.

Benötigte Leistungserbringer

Aus den rBIX-Werten in Tabelle 22 wird nun die Zahl der benötigten Leistungserbringenden zur Aufrechterhaltung des Versorgungsniveau des Basisjahres berechnet. Dies erfolgt in zwei Schritten. Im ersten Schritt wird die Anzahl der Leistungserbringenden im Basisjahr (N=338) mit den rBIX-Werten multipliziert. Daraus ergibt sich, wie viele Leistungserbringende zum Zieljahr benötigt würden, gäbe es keine Änderung in der relativen Behandlungsleistung pro Leistungserbringenden (Tabelle 24).

Tabelle 24: Fiktive Anzahl benötigter Leistungserbringender bei gleichbleibender relativer Behandlungsleistung nach Varianten der Nachfrageentwicklung (rBIX)

Region	Szenario	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
Bund	rBIX 2.0	338[6]	412	409	412	416
Bund	rBIX 2.1	338	436	487	504	514
Nordost	rBIX 2.0	167	205	204	205	207
Nordost	rBIX 2.1	167	217	244	256	259
Südwest	rBIX 2.0	171	209	205	205	209
Südwest	rBIX 2.1	171	221	245	251	257

Quelle: Zi auf Basis des Bundesarztregisters (KBV, Stand 31.12.2023) und vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Im zweiten Schritt müssen die Anzahlen so umgerechnet werden, dass die zukünftige relative Behandlungsleistung mitberücksichtigt wird. Dies ist erforderlich, da andere durchschnittliche Arbeitszeiten zu den Zieljahren den Bedarf an Personen erhöhen oder verringern kann. Um die Anzahl der benötigten Leistungserbringenden bei veränderter durchschnittlicher Arbeitszeit zu bestimmen, muss also zunächst die relative Behandlungsleistung projiziert werden.

3.3.2 Projektion der zukünftigen Arbeitszeit der Leistungserbringenden (Angebotsstruktur)

Die Entwicklung hin zu mehr Anstellungsverhältnissen, die für die Vertragsärzteschaft insgesamt seit langer Zeit beobachtet wird, verringert in vielen Fachgruppen die durchschnittlichen Arbeitszeiten. Außerdem kann es innerhalb der Angestellten und Selbstständigen eine Änderung im Teilnahmeumfang, also der Arbeitszeit, geben. In der Konsequenz ist für die Projektion der Versorgung demnach zu

[6] In dieser Tabelle sowie in einigen der folgenden Tabellen sind projizierte Anzahlen dargestellt Diese sind in der Darstellung immer auf ganze Zahlen gerundet, da es um Personen geht. Gerechnet wird aber mit ungerundeten Werten.

berücksichtigen, dass aufgrund einer in der Zukunft erwarteten sinkenden Versorgungsleistung je Ärztin/Arzt in den Folgejahren eine höhere Anzahl an Leistungserbringenden erforderlich ist als im Basisjahr 2023, um die Versorgungsleistung im jeweiligen Folgejahr aufrechtzuerhalten.

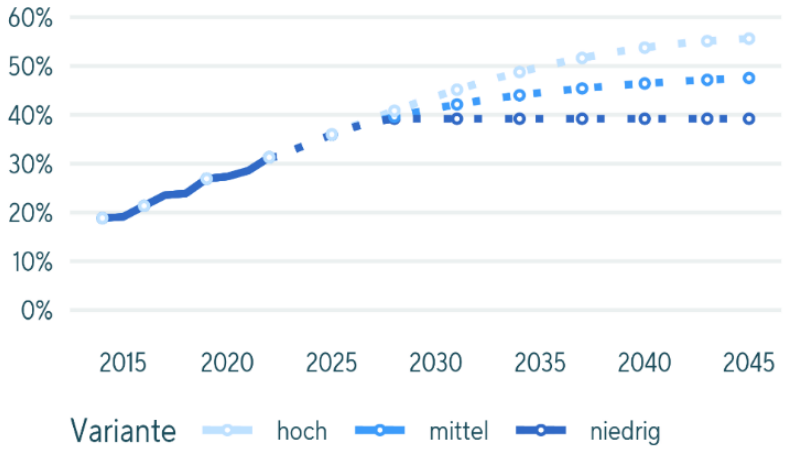
Die zukünftig erwartete Versorgungsleistung je Leistungserbringenden setzt sich also aus dem Anteil der angestellten und den durchschnittlichen Teilnahmeumfängen innerhalb der angestellten und selbstständigen Leistungserbringenden zusammen. Diese Werte wurden aus den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten für die Leistungserbringenden der spezialisierten HIV-Versorgung als Zeitreihe über die letzten zehn Jahre berechnet. Auf dieser Basis wurden beobachtete Entwicklungen in die Zukunft fortgeschrieben. Das methodische Vorgehen orientiert sich an der Bedarfsprojektion der Medizinstudienplätze – Aktualisierung 2024 des Zi (Lipovsek et al. 2024).

Im Basisjahr 2023 betrug der Anteil angestellter Leistungserbringender in der spezialisierten HIV-Versorgung 32,5 %. Ein dauerhafter Aufwärtstrend konnte über die vergangenen zehn Jahre beobachtet werden (Abbildung 84). Die durchschnittliche Arbeitszeit für niedergelassene Leistungserbringende in der spezialisierten HIV-Versorgung in Deutschland betrug 0,96 Vollzeitäquivalente (VZÄ)[7] und für angestellte Leistungserbringende 0,74 VZÄ. Allerdings wurde innerhalb der Gruppe der Angestellten eine Zunahme des Teilnahmeumfangs beobachtet (Abbildung 87). Bei den Zugelassenen konnte eine geringe Abnahme der Teilnahmeumfänge verzeichnet werden.

Zur Projektion der zukünftigen Versorgungsleistung je Leistungserbringenden wurden die Werte des Basisjahrs 2023 für den Anteil Angestellter und die durchschnittlichen Teilnahmeumfänge für jede Region bis 2045 fortgeschrieben. Dabei wurden jeweils drei Szenarien berechnet, die die Trends aus der Vorbeobachtung jeweils unterschiedlich stark in die Zukunft projizieren. Beispielhaft ist dies für den Anteil Angestellter in Abbildung 91 dargestellt.

[7] Vollzeitäquivalent (VZÄ) entspricht einem vollen Teilnahmeumfang niedergelassener Leistungserbringer

Abbildung 91: Fortschreibung des Anteils angestellter Leistungserbringender



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Während die Fortschreibungsvariante „niedrig“ den Trend degressiv fortsetzt (vgl. rBIX; Hering et al. 2023), wird die Erhöhung des Anteils Angestellter in den Varianten „mittel“ und „hoch“ längerfristig fortgeschrieben. Doch auch bei diesen Varianten wird eine Abschwächung des Trends mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Basisjahr modelliert.

Die Unterschiede zwischen den Varianten werden mit steigendem Zeithorizont der Projektion größer: Von 32,5 % im Basisjahr 2023 steigt der Anteil Angestellter in der Variante „niedrig“ bis 2045 auf 39,2 %, in der Variante „mittel“ auf 47,5 % und in der Variante „hoch“ auf 55,6 %. Ähnliche Ergebnisse ergeben sich für die Regionen Nordost und Südwest, mit dem Unterschied, dass sich der Anteil Angestellter in Nordost auf höherem Niveau und in Südwest auf niedrigerem Niveau bewegt (vgl. Abbildung 84).

Zusammen mit den ebenso projizierten durchschnittlichen Teilnahmeumfängen, lässt sich die relative Versorgungsleistung pro „Kopf“ berechnen. Diese zeigt an, wie sich die Arbeitszeit pro Leistungserbringenden im Zieljahr zum Basisjahr verhält. Dazu wurden die Varianten „hoch“ für den Anteil Angestellter und der Teilnahmeumfang der Zugelassenen mit der Variante „niedrig“ für den Teilnahmeumfang der Angestellten zu einem „worst case“-Szenario kombiniert und umgekehrt ein „best case“-Szenario. Die entsprechenden relativen Versorgungsleistungen in den Zieljahren sind in Tabelle 25 zusammengefasst.

Tabelle 25: Durchschnittliche projizierte Versorgungsleistung je Leistungserbringenden (nach Szenarien)

Region	Szenario	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
Bund	„best case“	100 %	100,7 %	101,9 %	102,6 %	103 %
Bund	„worst case“	100 %	98,3 %	96,7 %	95,6 %	95,1 %
Nordost	„best case“	100 %	104 %	106,1 %	107,1 %	107,6 %
Nordost	„worst case“	100 %	101,3 %	100,2 %	99,6 %	99,3 %
Südwest	„best case“	100 %	98,7 %	99,2 %	99,6 %	99,7 %
Südwest	„worst case“	100 %	96,7 %	94,5 %	93,1 %	92,4 %

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Die Ergebnisse der Projektion der durchschnittlichen Versorgungsleistung unterscheiden sich in den Regionen. Während für Deutschland gesamt im „worst case“-Szenario eine Abnahme und im „best case“-Szenario eine Zunahme der Arbeitszeiten erwartet wird, sieht die Situation in Nordost besser aus, sodass sogar im „worst case“-Szenario die Arbeitszeiten stabil bleiben. Derselbe Ausgang wäre für Südwest nur im „best case“-Szenario zu erwarten, während im „worst case“-Szenario von einer deutlichen Reduktion der Versorgungleistung auf bis zu 92 % im Jahr 2045 auszugehen wäre.

Benötigte Anzahl Leistungserbringende („Köpfe“)

Die im vorigen Abschnitt berechneten relativen Behandlungsleistungen (Tabelle 25) können mit den Ergebnissen der Nachfrageprojektion aus Abschnitt 3.3.1 verrechnet werden. Das Resultat ist die Anzahl der benötigten Leistungserbringenden bei geänderter relativer Behandlungsleistung (Tabelle 26), also unter Berücksichtigung der projizierten Änderungen bei den durchschnittlichen Arbeitszeiten.

Die Szenarien der relativen Behandlungsleistung werden zwecks Übersichtlichkeit jeweils mit einer rBIX-Variante verrechnet. Für das „best case“-Szenario wurde rBIX 2.0 und für das „worst-case“-Szenario rBIX 2.1 ausgewählt. rBIX-Variante 1 wird hier vernachlässigt, da sie nicht für ein realistisches Szenario geeignet ist (siehe Abschnitt 3.3.1).

Tabelle 26: Anzahl benötigter Leistungserbringender nach Szenarien der projizierten Versorgungsleistung und Nachfrageentwicklung

Region	Szenario	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
Bund	„best case“	338	409	401	402	404
Bund	„worst case“	338	444	503	527	540
Nordost	„best case“	167	198	192	192	192
Nordost	„worst case“	167	214	243	257	261
Südwest	„best case“	171	211	207	206	209
Südwest	„worst case“	171	228	259	270	278

Quelle: Zi auf Basis des Bundesarztregisters (KBV, Stand 31.12.2023) und vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Hauptsächlich durch die steigende Nachfrage (rBIX) steigen auch die benötigten Versorgungskapazitäten in allen realistischen Szenarien durchgehend an. Dabei liegen die Regionen Nordost und Südwest sowohl bei den absoluten Zahlen als auch bei der Stärke des Anstiegs sehr nah beieinander.

3.3.3 Projektion der zukünftigen Anzahl der Leistungserbringenden (Angebotsstruktur)

Die Projektion der Angebotsstruktur besteht aus drei Elementen:

1. Die Anzahl der im Basisjahr 2023 ambulant tätigen Leistungserbringenden („Köpfe“),
2. die Anzahl der Abgänge und Zugänge sowie
3. die Versorgungsleistung pro Person zu den Zieljahren relativ zum Basisjahr.

Letzteres wurde bereits im vorausgehenden Abschnitt mit der Nachfrage verrechnet und muss für die Berechnung des zukünftigen Angebots an Leistungserbringenden (in „Köpfen“) nicht mehr berücksichtigt werden.

Von der Anzahl aktiver Leistungserbringender im Basisjahr (N=338) werden zu den Projektionshorizonten 2030, 2035, 2040 und 2045 jeweils die zu erwartenden Ruhestandseintritte abgezogen. Dabei wurde davon ausgegangen, dass alle im Jahr 2023 über 60-Jährigen bis 2030 in den Ruhestand gehen (das beträfe 32 % der Leistungserbringenden, vgl. Tabelle 21). Analog ist für das Jahr 2035 damit zu rechnen, dass alle im Jahr 2023 über 55-jährigen in den Ruhestand gehen werden usw. bis zum Jahr 2045.

Es ergeben sich auf diese Weise für Deutschland bis zum Jahr 2030 108 Ruhestandseintritte, für das Jahr 2035 sind es 171 Leistungserbringende, die in den Ruhestand eintreten. Bis 2040 summiert sich die Zahl auf 229 Personen, die zu ersetzen sind. Bis 2045 scheiden insgesamt 284 Leistungserbringende aus der HIV-

Versorgung aus. Auf die Region Nordost entfallen auf diese vier Projektionshorizonte jeweils 47, 77, 110 und 137 Ruhestandseintritte und auf die Region Südwest jeweils die verbleibenden 61, 94, 119 und 147.

Als Zugänge werden die Leistungserbringenden gezählt, die neu mit der spezialisierten HIV-Versorgung beginnen. Deren Anzahl ist mit den verfügbaren Daten nicht exakt zu bestimmen, lässt sich jedoch anhand der Abrechnungsdaten (Fortschreibung der Eintritte seit 2014) abschätzen. Die Fortschreibung der Neueintritte unterliegt der Annahme, dass durch den Leistungsbereich HIV und die zugrunde liegende Qualitäts- und Vergütungsstruktur auch in Zukunft Anreize für den ärztlichen Nachwuchs in unveränderter Form ausgehen. Da sich für eine Trendberechnung der Neuzugänge kein klares Bild abgezeichnet hat, wird statt einer Trendlinie, die unterschiedlich stark fortgeschrieben wird, die obere und untere Grenze der Werte aus den Vorjahren verwendet. So werden zwei unterschiedliche Varianten (Szenarien) angenommen: Bei der optimistischen Variante wird mit einem konstanten Zufluss von 23 „Köpfen“ pro Jahr gerechnet (davon entfallen 13 auf die Region Nordost und 10 auf die Region Südwest); bei der konservativen Variante, d. h. die Anzahl der Neuzugänge, pendelt er sich eher auf einem niedrigeren Niveau ein. Es wären mit insgesamt 17 „Köpfen“ pro Jahr an Zufluss zu rechnen (10 in Nordost, 7 in Südwest).

Für Deutschland ergeben sich unter Berücksichtigung beider Varianten bis 2030 zwischen 119 und 161 Neuzugänge, bis zum Jahr 2035 wären es 204 bis 276 zusätzliche Leistungserbringende, bis zum Jahr 2040 kämen 289 bis 391 Personen neu in die Versorgung und bis 2045 ist mit 374 bis 506 Neuzugängen zu rechnen. Diese Werte werden im Folgenden den berechneten Ruhestandseintritten gegenübergestellt, um die Zahl aktiver Leistungserbringender in der spezialisierten HIV-Versorgung in den Folgejahren abzuschätzen.

Tabelle 27: Geschätzte Anzahl verfügbarer Leistungserbringender in „Köpfen“

Region	Neuzugänge	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
Bund	23 p.a.	338	391	443	500	560
Bund	17 p.a.	338	349	371	398	428
Nordost	13 p.a.	167	211	246	278	294
Nordost	10 p.a.	167	190	210	227	250
Südwest	10 p.a.	171	180	197	222	244
Südwest	7 p.a.	171	159	161	171	178

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Tabelle 27 zeigt die voraussichtliche Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte in der spezialisierten HIV-Versorgung bis zum Jahr 2045. Die Ergebnisse sind neben Bund nach den Regionen Nordost und Südwest sowie nach Zieljahren Tabelle

27aufgeführt. In fast allen Szenarien steigt die Zahl der „Köpfe“ über die Jahre an. Das heißt, dass die Zahl der Neueintritte die altersbedingten Austritte übersteigt. Nur für die Region Südwest ergäbe sich bei der konservativ geschätzten Anzahl der Neuzugänge kurz- und mittelfristig ein Defizit an Leistungserbringenden.

3.3.4 Zusammenführung von Angebot und Nachfrage - Gesamtrechnung

In den vorausgehenden Abschnitten wurde gezeigt, wie sich sowohl die Nachfrage als auch das Angebot an spezialisierter HIV-Versorgung zukünftig entwickeln könnten. Im finalen Schritt der Projektion werden anhand einer Gesamtrechnung die Schätzungen der zukünftigen Nachfrage und des zukünftigen Angebotes zusammengeführt, um Hinweise auf die zukünftige Versorgungssituation im Bereich der spezialisierter HIV-Versorgung zu erhalten. Ein Überschuss (positiver Wert in der Gesamtrechnung) bedeutet, dass sich die Versorgungssituation relativ zum Basisjahr verbessern dürfte. Ein Mangel (negativer Wert) bedeutet eine mögliche Verschlechterung der Versorgungslage.

Der Abgleich von Angebot und Nachfrage kann direkt mit den Kopfzahlen aus Tabelle 26 und Tabelle 27 erfolgen. Die Differenzen aus Angebot und Nachfrage sind in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28: Differenz der verfügbaren und benötigten Leistungserbringenden („Köpfe“) nach Szenarien der Nachfrageentwicklung (rBIX), der Entwicklung der Arbeitszeit und Neuzugängen

Region	Szenario	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
Bund	„best case“	0	-18	42	98	156
Bund	„worst case“	0	-95	-132	-129	-112
Nordost	„best case“	0	13	54	86	124
Nordost	„worst case“	0	-24	-33	-30	-11
Südwest	„best case“	0	-31	-10	16	35
Südwest	„worst case“	0	-69	-98	-99	-100

Quelle: Zi auf Basis des Bundesarztregisters (KBV, Stand 31.12.2023) und vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Anmerkung: positiver Wert: die voraussichtlich verfügbaren Leistungserbringenden überschreiten die zur Aufrechterhaltung der Versorgungsleistung erforderliche Anzahl (Bedarfsdeckung bzw. Überschuss); negativer Wert: die voraussichtlich verfügbaren Leistungserbringenden unterschreiten die zur Aufrechterhaltung der Versorgungsleistung erforderliche Anzahl (keine Bedarfsdeckung bzw. Mangel)

Im Zuge der Gesamtrechnung zur zukünftigen Versorgungssituation im Bereich der spezialisierten HIV-Versorgung muss bis zum Jahr 2030 im Bundesgebiet insgesamt, selbst unter Bedingungen im „best-case“-Szenario, mit einem Versorgungs-

mangel gerechnet werden (minus 18 Leistungserbringende). Dieser fällt umso größer aus, sollten sich die Bedingungen wie im „worst case“-Szenario einstellen (minus 95 Leistungserbringende). Unter „worst case“-Bedingungen setzt sich dieser Mangel über den gesamten Projektionshorizont fort und erreicht mit 132 fehlenden Leistungserbringenden im Jahr 2035 seinen Höhepunkt. Nach Regionen betrachtet kommt es zum Zieljahr 2030 nur unter „best case“-Bedingungen in der Region Nordost zu einem leichten Überschuss – ansonsten herrscht für alle Regionen und Szenarien ein Versorgungsmangel. Die Versorgungsituation sieht in der Region Nordost zu jedem Zeitpunkt und unter beiden Szenarien deutlich besser aus als in der Region Südwest. Die Projektion mit dem „worst case“-Szenario ergibt dort einen kontinuierlich hohen Versorgungsmangel von etwa 100 Leistungserbringenden ab dem Jahr 2035.

In Tabelle 29 sind die Werte aus Tabelle 28 noch einmal umgerechnet in jährliche Differenzen. Das ist die Zahl der überschüssigen (positiver Wert) oder fehlenden (negativer Wert) Nachbesetzungen die pro Jahr erforderlich wären, um nach dem entsprechenden Projektionsszenario im Zieljahr das Versorgungsniveau von 2023 aufrechtzuerhalten. Im schlechtesten Fall benötigt Deutschland mittelfristig 14 zusätzliche, also fast doppelt so viele, jährliche Nachbesetzungen wie in diesem Szenario tatsächlich angenommen werden (17 Nachbesetzungen p.a.).

Tabelle 29: Differenz der verfügbaren und benötigten Leistungserbringenden („Köpfe“) pro Jahr nach Szenarien der Nachfrageentwicklung (rBIX), der Entwicklung der Arbeitszeit und Neuzugängen

Region	Szenario	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
Bund	„best case“	0	-3	3	6	7
Bund	„worst case“	0	-14	-11	-8	-5
Nordost	„best case“	0	2	4	5	5
Nordost	„worst case“	0	-3	-3	-2	0
Südwest	„best case“	0	-4	-1	1	2
Südwest	„worst case“	0	-10	-8	-6	-5

Quelle: Zi auf Basis des Bundesarztregisters (KBV, Stand 31.12.2023) und vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Anmerkung: positiver Wert: die voraussichtlich verfügbaren Leistungserbringenden überschreiten die zur Aufrechterhaltung der Versorgungsleistung erforderliche Anzahl (Bedarfsdeckung bzw. Überschuss); negativer Wert: die voraussichtlich verfügbaren Leistungserbringenden unterschreiten die zur Aufrechterhaltung der Versorgungsleistung erforderliche Anzahl (keine Bedarfsdeckung bzw. Mangel)

3.4 Diskussion der Projektion

In diesem Abschnitt werden die beiden präsentierten Szenarien hinsichtlich ihrer Plausibilität beurteilt und das methodische Vorgehen mit seinen konkreten Auswirkungen auf die Ergebnisse reflektiert. Abschließend werden die Ergebnisse der Projektion zusammengefasst und ein Fazit gezogen.

3.4.1 Kommentare zu den Szenarien

Die Projektion von Nachfrage und Angebot in der spezialisierten HIV-Versorgung erfolgte in den Teilbereichen in unterschiedlichen Varianten, die abschließend zu einem „best case“ und einem „worst-case“-Szenario zusammengefasst und vorgestellt wurden. In drei Bereichen wurden Variationen in der Projektion verwendet:

1. Die Neuzugänge wurden in zwei Varianten geschätzt und auf die Regionen aufgeteilt („best case“: 23 p.a., „worst case“ 17 p.a.).
2. Die Entwicklung der Arbeitszeit pro Leistungserbringenden fand in den Teilbereichen zunächst in drei Varianten statt, die anschließend zu zwei Szenarien kombiniert wurden („best case“: 3 % mehr Arbeitszeit pro Person bis 2045, „worst case“: 4,9 % weniger Arbeitszeit pro Person bis 2045).
3. Die zukünftige Nachfrage wurde durch zwei Varianten des rBIX projiziert (best case: rBIX 2.0, worst case: rBIX 2.1).

Bei den Abgängen durch Ruhestandseintritte wurde mit nur einer Variante gerechnet, die voraussetzt, dass alle aktuell aktiven Leistungserbringenden mit 67 Jahren in den Ruhestand gehen und alle neu dazu kommenden dauerhaft in der Versorgung bleiben.

Da das ärztliche Personal in Deutschland insgesamt (Lipovsek et al. 2024) vermutlich in Zukunft immer knapper werden wird, ist zu befürchten, dass durch größere Konkurrenz zwischen den Fachgruppen und Spezialisierungen langfristig eher das Szenario mit weniger Neuzugängen realistisch ist. Auch ist unklar, ob die Attraktivität des Leistungsbereichs HIV in Zukunft aufrechterhalten werden kann. Neben guten Bedingungen in der Fort- und Weiterbildung müssen auch grundlegende Rahmenbedingungen wie die Qualitäts- und Vergütungsstrukturen auch zukünftig Anreize für den Leistungsbereich setzen.

Bezüglich der Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitszeiten ist schwer vorherzusagen, welche der Varianten am plausibelsten ist. Wie lange der Trend zu mehr Anstellungsverhältnissen sich fortsetzt und in seiner Auswirkung auf die Gesamtarbeitszeit durch eine Erhöhung der durchschnittlichen Arbeitszeit innerhalb der Angestellten aufgefangen werden kann, hängt auch von (politischen) Rahmenbedingungen ab, die sich bis 2045 deutlich ändern könnten.

Der rBIX 2.0 repräsentiert ein positiveres Szenario, in dem sich der Anstieg der Nachfrage nicht so lange in die Zukunft fortsetzt. Das könnte zum Beispiel der Fall sein, wenn sich durch die Ausweitung der Präexpositionsprophylaxe weniger

Menschen mit HIV infizieren. Der rBIX 2.1 schreibt den Anstieg der Nachfrage etwas weiter in die Zukunft fort. Diese Variante wird dadurch plausibel, dass die HIV-Prävalenz auch bei sinkender Inzidenz durch die Alterung der HIV-Positiven dauerhaft weiter ansteigen könnte.

Zusammengenommen sind die zwei Szenarien demnach eher als ein plausibler Ergebniskorridor für das Endergebnis zu interpretieren statt als konkurrierende Punktschätzungen. Auch wenn die vorliegende Projektion eine Vielzahl an quantifizierbaren Einflussfaktoren berücksichtigt, ist anzuerkennen, dass aktuell nicht messbare bzw. nicht vorhersehbare zusätzliche Änderungen (z. B. medizinischer Fortschritt, Änderungen in der ambulant-stationären Arbeitsteilung, gesetzliche und untergesetzliche Rahmenbedingungen, Digitalisierung etc.) auftreten können, die derzeit in keiner der Varianten berücksichtigt werden konnten.

Innerhalb dieses Ergebniskorridors lassen sich durch Kombination unterschiedlicher Annahmen zu den einzelnen Einflussfaktoren auch mittlere Szenarien berechnen. Ein Beispiel für ein solches mittleres Szenario könnte die projizierte Anzahl benötigter Leistungserbringender aus dem „worst case“ der „best case“-Projektion der Anzahl Nachbesetzungen gegenüberstellen. In diesem Szenario wären im Jahr 2035 443 Ärztinnen und Ärzte in der spezialisierten HIV-Versorgung tätig. Der Bedarf läge aber bei 503 Leistungserbringenden. Es bräuchte also 60 zusätzliche Personen damit das Verhältnis von Angebot und Nachfrage dem aus dem Basisjahr 2023 wiederhergestellt wäre.

3.4.2 Hinweise zur Methodik und Limitationen

Die Ruhestandseintritte wurden mit einem stark vereinfachten Ansatz berechnet. Die Annahme, dass alle Leistungserbringenden mit 67 Jahren in den Ruhestand eintreten, hat sich für den Fall begrenzt detailliert vorliegender Altersverteilungen bewährt. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass frühzeitige und verspätete Ruhestandseintritte sich ungefähr ausgleichen werden. Allerdings kommt es durch diese Berechnungsweise zu einem besonders großen Abzug von Köpfen zum nächsten Projektionshorizont 2030 – also möglicherweise zu einer Unterschätzung der Kopfzahl. Denn alle aktuell noch tätigen über 67-Jährigen werden sofort abgezogen. Außerdem wird außer Acht gelassen, dass über den langen Zeitraum bis 2045 auch Neuzugänge wieder in den Ruhestand eintreten können. Dies führt vermutlich zu einer leichten Überschätzung der langfristigen Kopfzahlen.

Der Anstieg der Fallzahlen der spezialisierten HIV-Versorgung in den höheren Altersgruppen liegt nicht daran, dass sich besonders viele ältere Patientinnen und Patienten mit HIV infizieren, sondern daran, dass HIV-positive Patientinnen und Patienten immer älter werden und somit über die Zeit in höhere Altersgruppen aufsteigen. Es handelt sich also um eine Art Kohorteneffekt in dem Sinne, dass überwiegend männliche Patienten, die in einem bestimmten Zeitraum geboren wurden, einen großen Teil der Versorgung in Anspruch nehmen. Diese sind derzeitig im mittleren Alter und werden zu den ferneren Zieljahren zu den ältesten Patientinnen und Patienten zählen.

Version 2.1 des rBIX schreibt die beobachteten Entwicklungen innerhalb der Gruppen stärker und länger in die Zukunft fort als rBIX 2.0. Es ist also ein pragmatischer Weg die längerfristige Zunahme der Fallzahlen durch diesen Kohorteneffekt zu berücksichtigen, ohne diesen explizit zu modellieren, was viele weitere Informationen zur Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten in der HIV-Versorgung erfordern würde.

Die Berechnung des rBIX für die beiden Regionen Nordost und Südwest basiert auf der Inanspruchnahmeentwicklung des Bundes, die auf die Teilregionen übertragen wurde. Dieses Vorgehen entspricht dem ursprünglichen rBIX und basiert auf der Überlegung, dass in bestimmten Regionen eine bestehende Unterversorgung so weniger Einfluss auf die Projektion der Nachfrage dieser Regionen nehmen kann. Größere Unterschiede zwischen den Regionen können sich hier deshalb nicht ergeben.

Eine kleinräumigere Untersuchung konnte nicht durchgeführt werden, da in vielen (bevölkerungsschwächeren) KV-Gebieten nur sehr wenige Leistungserbringer tätig sind. Somit sind Projektionen von Nachbesetzungen und Ruhestandseintritten statistisch nicht zuverlässig und stoßen an datenschutzrechtliche Grenzen (z. B. bzgl. der Altersverteilung). Außerdem werden bereits aktuell – wie in der hochspezialisierten Versorgung üblich und im Abschnitt 2.3.7 dargestellt – viele ländliche Regionen durch Großstädte mitversorgt. Kritisch festzustellen ist aber auch, dass insbesondere östliche ländliche, bevölkerungsschwache Gebiete aufgrund der geringen Anzahl an Schwerpunktärztinnen und -ärzten von Unterversorgung bedroht sein könnten. Hierfür gilt es, frühzeitig Versorgungskonzepte mitzudenken, die insbesondere für ältere Menschen mit HIV und eingeschränkter Mobilität deren spezialisierte Versorgung unterstützen.

Bei der Berechnung des rBIX auf Basis von Fallzahlen ist generell zu berücksichtigen, dass die zur Abschätzung der Nachfrage verwendete Fallzahl nicht gleichzusetzen ist mit der Versorgungsintensität innerhalb eines einzelnen Falls: Eine Patientin oder ein Patient kann pro Quartal und pro Praxis nur mit einem (Behandlungs-)Fall gezählt werden, unabhängig davon, wie viel Behandlungszeit dabei tatsächlich aufgewendet wird. Sollte sich der Behandlungsbedarf bei den bereits versorgten Patientinnen und Patienten durch deren Alterung und die damit verbundenen Komorbiditäten erweitern, wird das durch die Fallzahl allein nicht erfasst. Sie gibt jedoch normiert auf die Anzahl der Patientinnen und Patienten an, ob (und wie stark) die Inanspruchnahme steigt.

3.4.3 Zusammenfassung

Die Projektion zeigt, dass in Abhängigkeit der gewählten Entwicklungsszenarien langfristig sowohl ein Mangel als auch ein Überschuss an Versorgung im Bereich der spezialisierten HIV-Versorgung im Rahmen der plausiblen Möglichkeiten liegt. Die Vorausschau der Versorgungssituation wird positiver, je weiter in die Zukunft fortgeschrieben wird. Dieser Effekt ist vor allem in der Region Nordost zu erwarten,

während in der Region Südwest der projizierte Mangel im „worst case“-Szenario ab 2035 ein Plateau erreicht.

Die Bedarfsprojektion für Humanmedizin in Deutschland insgesamt (Lipovsek et al. 2024) kam auch zu dem Ergebnis, dass ab 2035 eine Trendwende hin zu einer verbesserten Versorgungslage zu erwarten ist. Die Gründe dafür sind einerseits in der Altersstruktur der Ärzteschaft zu finden: Ein Großteil der Leistungserbringenden befindet sich kurz vor dem Ruhestand. Erst wenn dieser bereits in den Ruhestand eingetreten sein wird, übersteigen die Neuzugänge die Abgänge. Dazu kommt, dass Entwicklungen bei Nachfrage und Arbeitszeit, die sich ungünstig auf das Endergebnis auswirken, nur begrenzt in die Zukunft fortgeschrieben werden können.

Die Szenarien lassen darauf schließen, dass sich die ärztliche Versorgungsstruktur im Bereich der spezialisierten HIV-Versorgung weiterhin positiv entwickeln kann. Auch im Vergleich zur medizinischen Versorgung in Deutschland insgesamt fällt die Situation eher positiv aus. Dies liegt vor allem an den deutlich mehr Neuzugängen im Verhältnis zu der Gesamtzahl aktiver Leistungserbringender sowie an den durchschnittlichen Arbeitszeiten, die als deutlich weniger stark abnehmend projiziert werden. Diese Entwicklung ist jedoch maßgeblich davon abhängig, dass die Attraktivität der Versorgungstätigkeit für Ärztinnen und Ärzte auf einem hohen Niveau erhalten bleibt, wozu insbesondere stabile Rahmenbedingungen in Bezug auf Qualitätsanforderungen und Vergütungsstrukturen erforderlich sind.

Die Zunahme der Nachfrage wurde im Gegensatz dazu bei der spezialisierten HIV-Versorgung als deutlich stärker als in anderen Versorgungsbereichen projiziert. Der rBIX für die spezialisierte HIV-Versorgung indiziert schon bis 2030 mindestens 20 % mehr Fälle, während bei der ambulanten Medizin insgesamt nur ca. 3 % Zuwachs berechnet wurde. Die vielen zusätzlichen erwarteten Fälle in der spezialisierten HIV-Versorgung ergeben sich dabei hauptsächlich aus der steigenden HIV-Prävalenz aufgrund der immer älter werdenden Patientinnen und Patienten. Hierzu ist kritisch anzumerken, dass die (datengetrieben notwendige) Fokussierung auf die Gebührenordnungspositionen der HIV-spezialisierten Versorgung für die Projektion der Nachfrageseite eine unvollständige Betrachtung des Versorgungsbedarfs darstellt, da wesentliche HIV-assoziierte und zukünftig verstärkt zu erwartende altersbedingte Begleiterkrankungen in die Abschätzung der zukünftigen Inanspruchnahme nicht einfließen konnten. Die zunehmende Komplexität in der Behandlung der HIV-Patientinnen und -Patienten, insbesondere aufgrund von altersbedingt auftretenden Komorbiditäten, konnte somit aus methodischen Gründen bei der Projektion der Nachfrage nicht berücksichtigt werden. Es muss jedoch mit zunehmender Alterung der HIV-Patientinnen und -Patienten sowohl mit einer Intensivierung der Behandlung im Rahmen der HIV-Schwerpunktversorgung gerechnet werden, z. B. im Rahmen von Gesprächsleistungen und Koordinierungsaufwänden, als auch mit einer Steigerung der Behandlungsfälle je Patientin bzw. Patient durch die Einbeziehung verschiedener Spezialistinnen und Spezialisten zur Behandlung von Begleiterkrankungen.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass aus jetziger Sicht je nach Entwicklung der Nachfrage und des ärztlichen Nachwuchses im Mittel rund 60 und im ungünstigen Fall etwa 130 HIV-Schwerpunktärztinnen und -ärzte im Jahr 2035 fehlen könnten. Die Versorgungslage wäre dabei im Südwesten Deutschlands deutlich angespannter als im Nordosten. Nichtsdestotrotz sind schon heute insbesondere ländliche, bevölkerungsschwache Gebiete von einer sehr geringen Zahl von Schwerpunktpraxen betroffen. Die erfreuliche Entwicklung, dass Menschen mit HIV dank moderner Therapien ein hohes Lebensalter erreichen, geht mit einer zunehmenden Versorgungskomplexität einher. Zur Sicherstellung der Versorgung sind hierzu ergänzende Versorgungsmodelle wie mobile Angebote, regionale Logistikkonzepte oder Telekonsile frühzeitig zu entwickeln und zu fördern.

3.5 Fazit

Die vorliegende Projektion zur spezialisierten HIV-Versorgung in Deutschland zeigt einen differenzierten Ausblick auf die zukünftige Versorgungslage bis 2045. Basierend auf verschiedenen Szenarien („best case“ und „worst case“) wurde ein plausibler Ergebniskorridor entwickelt, der sowohl Angebots- als auch Nachfrageentwicklungen berücksichtigt. Besonders hervorzuheben ist, dass – im Vergleich zur allgemeinen medizinischen Versorgung in Deutschland – die HIV-spezifische Versorgungssituation aktuell und mittelfristig günstiger erscheint. Dies ist vor allem auf einen relativ hohen Anteil an Neuzugängen im Verhältnis zur Anzahl aktiver Ärztinnen und Ärzte sowie auf eine weniger stark rückläufige Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitszeit zurückzuführen.

Gleichzeitig weisen die Modellierungen auf wesentliche Herausforderungen hin: Sollte die Konkurrenz um medizinisches Fachpersonal zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen zunehmen, ist eher mit einem Szenario geringerer Neuzugänge zu rechnen. In Kombination mit dem erwarteten altersbedingten Abgang zahlreicher Ärztinnen und Ärzte könnte dies bereits im Jahr 2035 zu einem Versorgungsdefizit führen, das je nach Szenario zwischen 60 und 130 fehlenden HIV-Schwerpunktärztinnen und -ärzten liegt. Insbesondere ländliche, bevölkerungsschwache Regionen – vor allem im Osten Deutschlands – sind hierbei von Unterversorgung bedroht.

Die Nachfrageentwicklung in der spezialisierten HIV-Versorgung wird deutlich dynamischer eingeschätzt als in der ambulanten Versorgung insgesamt. Dabei basiert die prognostizierte Fallzahlsteigerung primär auf der zunehmenden HIV-Prävalenz infolge höherer Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten. Die wachsende Altersgruppe HIV-positiver Menschen wird voraussichtlich einen zunehmenden Behandlungsbedarf aufweisen – sowohl durch altersbedingte Komorbiditäten als auch durch höheren Koordinierungsaufwand. Gleichzeitig wird ihre Mobilität abnehmen, was insbesondere in strukturschwachen Regionen mit geringen Versorgungsangeboten zu einer zunehmenden Belastung führen kann.

Daher wird es entscheidend sein, die Erreichbarkeit spezialisierter Versorgung auch langfristig sicherzustellen. Konzepte zur wohnortnahen Versorgung, etwa

durch mobile Versorgungsmodelle, ärztlich koordinierte Logistiklösungen oder die gezielte Integration von Telemedizin und Telekonsilen, könnten hierbei eine wichtige Rolle spielen. Ohne solche flankierenden Maßnahmen ist zu befürchten, dass vulnerable Patientengruppen – insbesondere ältere HIV-positive Menschen mit eingeschränkter Mobilität – künftig Schwierigkeiten haben werden, kontinuierlich Zugang zur spezialisierten Versorgung zu erhalten. Der Ausbau wohnortnaher, interdisziplinärer und barrierefreier Versorgungsstrukturen wird damit zu einer zentralen gesundheitspolitischen Aufgabe.

Entscheidend für die langfristige Sicherstellung der Versorgung ist darüber hinaus die Erhaltung der Attraktivität der HIV-spezialisierten Tätigkeit für ärztliches Personal. Hierfür sind stabile und verlässliche Rahmenbedingungen notwendig – insbesondere hinsichtlich Qualifikationsanforderungen, Fortbildungsmöglichkeiten sowie Vergütungs- und Qualitätsstrukturen. Sollte es nicht gelingen, diese Anreize aufrechtzuerhalten oder weiterzuentwickeln, drohen Versorgungsengpässe mit erheblichen Auswirkungen auf den Zugang zur Versorgung, was die angestrebte Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit HIV gefährden würde.

4. Stationäre HIV-Versorgung

Für die Darstellung und Analyse der stationären HIV-Versorgung wurden unterschiedliche Datenquellen genutzt:

- Die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser (sQB)[8] enthalten standortgenaue Daten zum Leistungsangebot (auch ambulanter Versorgung) von Kliniken sowie zur Häufigkeit einzelner Hauptdiagnosen und Leistungen. Eine Verknüpfung der Daten auf Fall- bzw. Patientenebene ist nicht möglich, weitergehende Informationen zu Patientenmerkmalen (Alter, Komorbiditäten) sind nicht enthalten. Die Standortgenauigkeit erlaubt eine maximale regionale Differenzierbarkeit der Daten.
- Die DRG-Statistik (Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik) umfasst detaillierte Daten zu sämtlichen über das DRG-System abgerechneten Krankenhausfällen. Auf Basis der Mikrodaten des Forschungsdatenzentrums des Bundes und der Länder (FDZ) lassen sich Informationen zu Diagnosen, Behandlungsleistungen und weiteren Patientenmerkmalen auf Fall- bzw. Patientenebene miteinander verknüpfen. Die Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ) ermöglichen externen Nutzern die Analyse von Mikrodaten der DRG-Statistik im Rahmen einer kontrollierten Datenfernverarbeitung. Die DRG-Statistik umfasst die Behandlungsfälle aller Krankenhäuser, welche nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zur Meldung verpflichtet sind. Eine regionale Differenzierung ist hingegen nicht standortgenau, sondern maximal auf Kreisebene möglich. Ergänzend werden – v. a. für Zeitreihen – aggregierte Daten aus der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes (Destatis) herangezogen.
- Für Auswertungen der DRG-Daten gem. §21 KHEntgG wird schließlich auch der Datenbrowser des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) genutzt, da dieser differenzierte Analysen sowohl für die voll- als auch für die teilstationäre Versorgung ermöglicht.

Hinsichtlich der unterschiedlichen Limitationen der Datengrundlagen lässt sich die Versorgungssituation durch die Daten der Qualitätsberichte stärker aus Anbieterperspektive, durch die Daten der DRG-Statistik stärker aus Patientenperspektive beschreiben. Die DRG-Statistik enthält keine Daten zu Patienten, die in psychiatrischen Einrichtungen behandelt wurden, die nach dem PEPP-System anstelle des DRG-Systems abrechnen. Entsprechend sind die DRG-Daten für Fälle mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99 ICD) nicht repräsentativ.

[8] Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V, Berichtsjahr 2023. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden vorliegend nur teilweise bzw. auszugsweise genutzt. Eine vollständige unveränderte Darstellung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser erhalten Sie unter www.g-ba.de.

Die Verwendung unterschiedlicher Datenquellen kann in Einzelfällen dazu führen, dass für denselben Sachverhalt in verschiedenen Kontexten leicht unterschiedliche Werte berichtet werden.

4.1 Stationäre HIV-Versorgung im Spiegel der Daten der strukturierten Qualitätsberichte

Strukturierte Qualitätsberichte sind gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V von allen zugelassenen Krankenhäusern jährlich zu erstellen. Sie enthalten detaillierte Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses und der einzelnen Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen sowie Daten zu Qualitätssicherungsmaßnahmen.[9]

Zusätzlich zu den fachabteilungsbezogenen Fallzahlen erfolgt eine Differenzierung der Fallzahlen nach Hauptdiagnosen. Die sQB-Daten umfassen zudem die Leistungshäufigkeiten bezogen auf die einzelnen durchgeführten Prozeduren (OPS-Ziffern) sowie Angaben zu ambulanten Behandlungsmöglichkeiten (Art und Bezeichnung von Ambulanzen am Krankenhaus und dort angebotenen Leistungen).

4.1.1 Fälle mit HIV-spezifischen Diagnosen

Insgesamt wurden zehn HIV-assoziierte ICD-Diagnosecodes verwendet:

- B20 Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
- B21 Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
- B22 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
- B23.- Sonstige Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
- B24 Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
- O98.7 HIV-Krankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
- P37.1 Sonstige angeborene infektiöse und parasitäre Krankheiten – Angeborene Toxoplasmose
- R75 Laborhinweis auf HIV
- Z20.6 Kontakt mit und Exposition gegenüber HIV

[9] Inhalt, Umfang und Datenformat der strukturierten Qualitätsberichte werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch Beschluss festgelegt. (Vgl. Qualitätsberichte der Krankenhäuser - Gemeinsamer Bundesausschuss, Abruf: 03.06.2025)

- Z21 Asymptomatische HIV-Infektion

Für diese Diagnosen wurden im Jahr 2023 von den Krankenhäusern insgesamt 897 stationäre Behandlungsfälle dokumentiert (Tabelle 30). Knapp drei Viertel (72 %, 642 Fälle) entfielen auf Fälle von Patientinnen und Patienten mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD 10).

Tabelle 30: Anzahl der stationären Fälle mit HIV-assoziierten Hauptdiagnosen (2023)

ICD		Fallzahl	Anteil
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit	248	28,0 %
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit	19	2,1 %
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit	158	17,6 %
B23.8	Sonstige Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit	113	12,6 %
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit	104	11,6 %
P37.1	HIV-Erkrankung beim Neugeborenen	7	0,8 %
Z20.6	Kontakt mit und Exposition gegenüber HIV	200	22,3 %
O98.7	HIV-Krankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	48	5,4 %
		897	100,0 %

Quelle: IGES auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Die 897 stationären Behandlungsfälle mit einer HIV-assoziierten Hauptdiagnose verteilten sich im Jahr 2023 auf insgesamt 292 Krankenhäuser. Knapp zwei Drittel dieser Kliniken (183) hatten jeweils nur einen stationären Fall mit einer HIV-assoziierten Hauptdiagnose. Das Krankenhaus mit den meisten stationären Fällen mit einer HIV-assoziierten Hauptdiagnose war die Charité in Berlin mit einer Anzahl von 49 bzw. einem Anteil von 5,5 % (Tabelle 31). Insgesamt dominierten die Universitätskliniken das Behandlungsgeschehen.

Tabelle 31: Verteilung der stationären Fälle mit HIV-assoziierten Diagnosen auf Krankenhausstandorte (TOP 20) (2023)

Krankenhaus	Fallzahl (ICD)	Anteil
Charité - Universitätsmedizin Berlin	49	5,5 %
Universitätsklinikum Essen	38	4,3 %
Universitätsklinikum Frankfurt	33	3,7 %
Universitätsklinikum Ulm	28	3,1 %

Krankenhaus	Fallzahl (ICD)	Anteil
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	27	3,0 %
Klinikum Chemnitz	20	2,2 %
Medizinische Hochschule Hannover	16	1,8 %
Universitätsklinikum Düsseldorf	16	1,8 %
Universitätsklinikum Jena	16	1,8 %
Universitätsklinikum Bonn	15	1,7 %
Universitätsklinikum Münster	15	1,7 %
Katholisches Klinikum Bochum	15	1,7 %
LMU Klinikum München	15	1,7 %
Universitätsklinikum Augsburg	15	1,7 %
Universitätsklinikum Erlangen	14	1,6 %
Universitätsklinikum Freiburg	13	1,5 %
Universitätsklinikum Halle (Saale)	13	1,5 %
St. Joseph Krankenhaus Berlin	12	1,3 %
Klinikum Bremen-Mitte	11	1,2 %
Universitätsklinikum Köln	11	1,2 %
…….	…	
	897	100,0 %

Quelle: IGES auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser

4.1.2 Leistungshäufigkeit der antiretroviralen Therapien

Die Anzahl der von den Krankenhäusern im Jahr 2023 durchgeführten hochaktiven antiretroviralen Therapien (OPS 8-548 HAART) kann auf knapp 3.000 geschätzt werden (Tabelle 32): Insgesamt dokumentierten 164 Kliniken diese Leistung, davon 107 Kliniken mit einer Anzahl < 10. Aufgrund geringer Zahlen sind bei 72 Kliniken aus Datenschutzgründen keine Häufigkeiten aufgeführt. Für die (konservative) Schätzung der Gesamthäufigkeit wurde hier jeweils ein Wert von „1“ gesetzt. Würden diese Standorte gar nicht mitgezählt, ergäbe sich eine Gesamthäufigkeit von 2.604.

Die Verteilung der HIV-spezifischen OPS-Leistung auf die Klinikstandorte zeigt, dass lediglich 13 von den 164 Krankenhäusern mehr als 50-mal diese Behandlung im Jahr 2023 durchführten (Tabelle 32). Dabei weist erneut die Charité mit 238 dokumentierten OPS 8-548 die höchste Fallzahl auf, gefolgt von den Universitätskliniken Frankfurt und Hamburg-Eppendorf. Im Universitätsklinikum Essen gab es dagegen nur 41 Fälle.

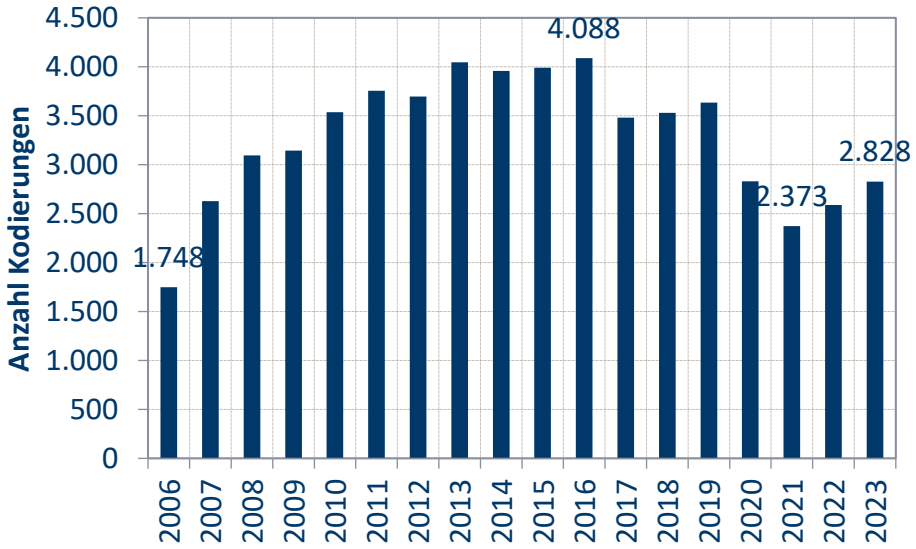
Tabelle 32: Leistungshäufigkeit OPS 8-548 (HAART) nach Klinikstandorten mit Anzahl > 50 (2023)

Krankenhaus	Häufigkeit OPS	Anteil
Charité - Universitätsmedizin Berlin	238	**8,0 %**
Universitätsklinikum Frankfurt	217	7,3 %
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	211	7,1 %
Vivantes Auguste-Viktoria Klinikum Berlin	186	6,3 %
Universitätsklinikum Düsseldorf	163	5,5 %
Cellitinnen-Severinsklösterchen Krankenhaus der Augustinerinnen Köln	163	5,5 %
Medizinische Hochschule Hannover	114	3,8 %
Universitätsklinikum Köln	108	3,6 %
Klinikum St. Georg Hamburg	98	3,3 %
Klinikum Nürnberg Nord	72	2,4 %
Evangelisches Krankenhaus Witten	58	2,0 %
LMU Klinikum München	53	1,8 %
LWL-Klinik Dortmund	52	1,8 %
…….	…	
Gesamt	**2.968**	100,0 %

Quelle: IGES auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Daten des Statistischen Bundesamtes zufolge hat die Anzahl der kodierten HAART von 2005 bis 2016 zugenommen, danach wieder deutlich abgenommen auf 2.828 Kodierungen im Jahr 2023 (Abbildung 92).

Abbildung 92: Anzahl im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts kodierte hochaktive antiretrovirale Therapien (OPS 8-548) in Deutschland, 2006-2023



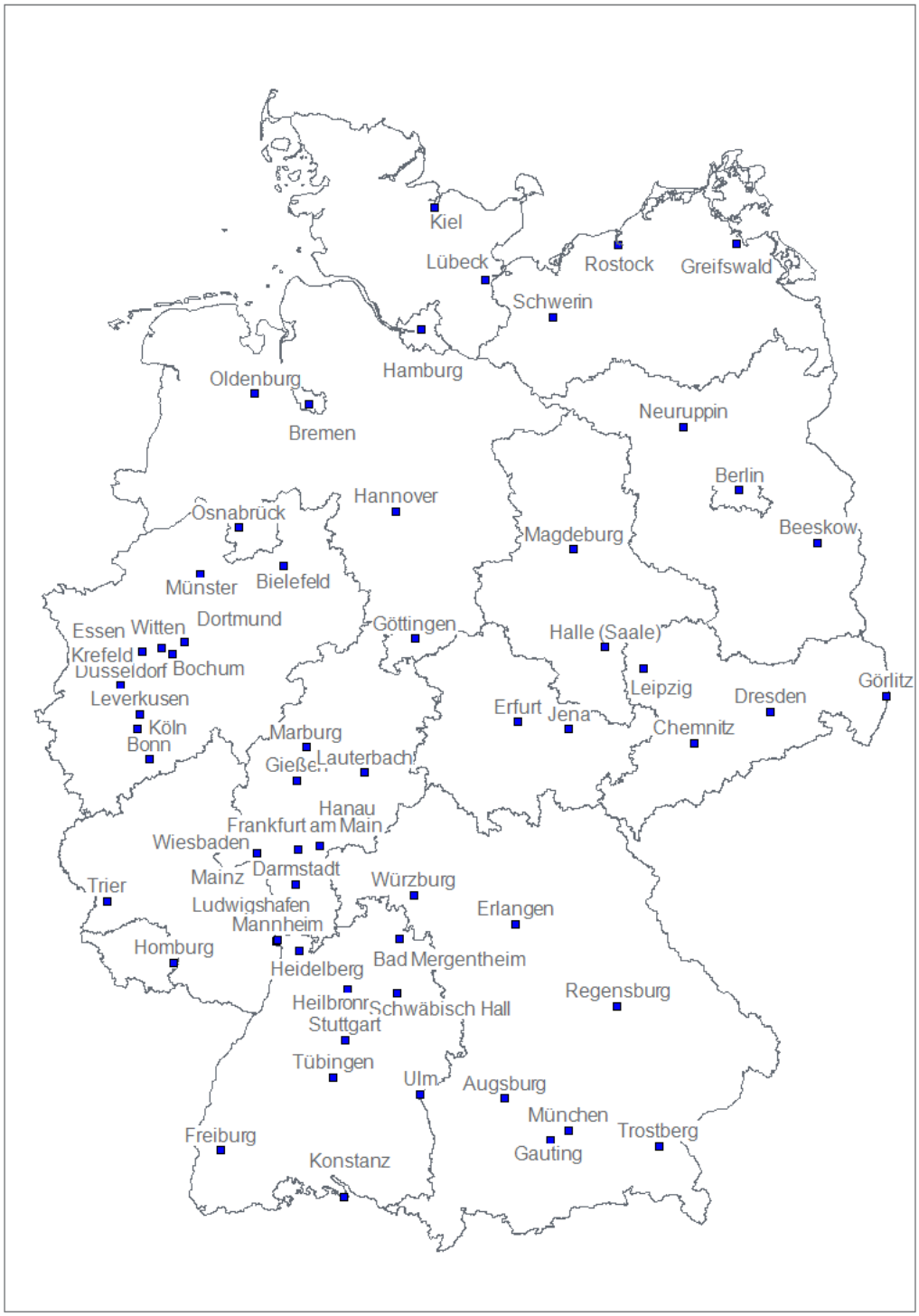
Quelle: Destatis

4.1.3 Infektiologische und HIV-Ambulanzen

Krankenhäuser beteiligen sich an der ambulanten Versorgung von HIV-Patientinnen und -Patienten. Dies tun sie zum einen im Rahmen von persönlichen oder Institutsermächtigungen als Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Dieser Teil der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser ist in den Daten enthalten, welche die Grundlage der Analysen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bilden (vgl. Kapitel 2). Zum anderen können Krankenhäuser Klinikambulanzen einrichten und betreiben. Leistungserbringung und -abrechnung der Klinikambulanzen basieren teilweise auf eigener Rechtsgrundlage und/oder werden direkt auf Ortsebene vereinbart. Eine Datengrundlage, anhand derer das Leistungsgeschehen in Klinikambulanzen umfassend und vollständig dargestellt werden kann, ist nicht verfügbar. Immerhin enthalten die Qualitätsberichte der Krankenhäuser Angaben zu Art und Bezeichnung von Ambulanzen am Krankenhaus.

Für die vorliegende Analyse wurde ermittelt, welche Krankenhausstandorte das Versorgungsangebot einer infektiologischen oder einer HIV-Ambulanz ausweisen. Demnach umfasste das Versorgungsangebot im Jahr 2023 insgesamt 122 Ambulanzen an 72 verschiedenen Klinikstandorten, die für eine spezialisierte ambulante Behandlung von HIV-Patientinnen und -Patienten in Frage kommen. Die Standorte dieser Ambulanzen verteilten sich auf 60 Städte (Abbildung 93). Einige Universitätskliniken (Berlin, Schleswig-Holstein, München, Köln, Freiburg) verfügen über mehrere infektiologische oder HIV-Ambulanzen mit verschiedenen Subspezialisierungen.

Abbildung 93: Standorte infektiologischer und HIV-Ambulanzen



Quelle: IGES auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Die verschiedenen Arten der infektiologischen und HIV-Ambulanzen spiegeln sich auch in den insgesamt 95 verschiedenen Bezeichnungen für diese ambulanten

Versorgungsangebote, darunter (Spezial-, Hochschul-, Privat-) Ambulanz, (Privat-) Sprechstunde, Schwerpunktpraxis oder Medizinisches Versorgungszentrum. Von den insgesamt 122 Angeboten hatten 59 (rund 62 %) einen expliziten HIV-Bezug in der Bezeichnung der Einrichtung.

Teilweise sind die infektiologischen und HIV-bezogenen ambulanten Versorgungsangebote der Kliniken weitergehend spezialisiert oder decken mehrere spezielle Indikationsbereiche (teilweise in Kombination) ab. Hierunter fallen spezielle ambulante Versorgungsangebote für Kinder und Schwangere mit HIV sowie spezielle infektiologische Versorgung in den Bereichen Immunologie, Pulmologie, Gastroenterologie, Onkologie, Tropenmedizin, Gynäkologie, Hepatologie oder Diabetologie.

4.2 Stationäre HIV-Versorgung im Spiegel der Daten der DRG-Statistik

Die stationäre HIV-Versorgung wird im Folgenden auf Basis von Daten gem. § 21 KHEntgG dargestellt. Dabei wird zwischen unterschiedlichen Krankheitsbildern und Versorgungsformen unterschieden.

Bei den Krankheitsbildern werden folgende Patientengruppen unterschieden:

- Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A)
- Fälle mit einer OPS 8-548 (Hochaktive antiretrovirale Therapie)
- Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20 – B24 ICD) als Hauptdiagnose
- Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20 – B24 ICD) als Nebendiagnose
- Fälle mit einer HIV-assoziierten Krankheit als Hauptdiagnose
- Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose

Bezüglich der Versorgungsform wird zwischen vollstationärer und teilstationärer Versorgung unterschieden.

4.2.1 Fälle mit einer HIV-DRG

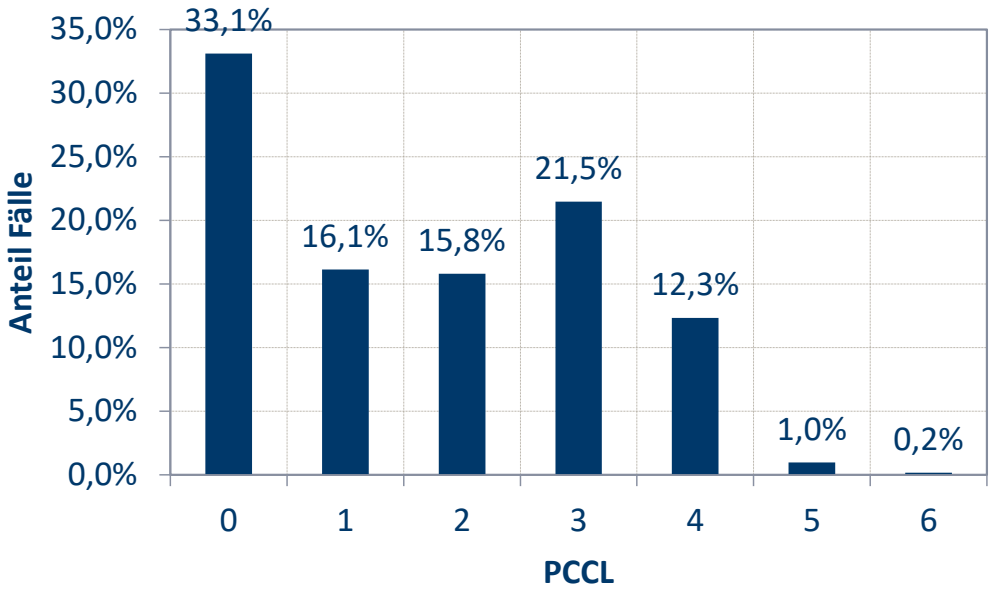
Bei insgesamt 3.090 Fällen wurde im Jahr 2023 eine HIV-DRG (MDC 18A) kodiert.

4.2.1.1 Vollstationäre Fälle mit einer HIV-DRG

Im Jahr 2023 wurde bei insgesamt 2.472 Fällen eine HIV-DRG (MDC 18A) kodiert. Die mittlere Verweildauer lag bei 12,4 Tagen.

Bei etwa der Hälfte der Fälle gab es keine oder nur leichte Komplikationen oder Komorbidität (CC) (Level 0 und 1), bei einem guten Drittel hingegen schwere bis schwerste CC (Level 3-6) (Abbildung 94).

Abbildung 94: Vollstationär versorgte Fälle mit HIV-DRGs (MDC 18A) nach PCCL, 2023



Quelle: InEK
Anmerkung: PCCL = Patient Clinical Complexity Level (patientenbezogener Gesamtschweregrad)

Bei 173 Fällen davon wurde die DRG S60Z (HIV-Krankheit) mit einem Belegungstag kodiert, 183 Fälle wiesen äußerst schwere CC auf und hatten entsprechend mit 27,4 Tagen eine deutlich höhere mittlere Verweildauer (Tabelle 33). Mit Abstand am häufigsten wurde die DRG S63B - Infektionen bei HIV-Krankheit dokumentiert.

Tabelle 33: Vollstationär versorgte Fälle nach HIV-DRG (M18A), 2023

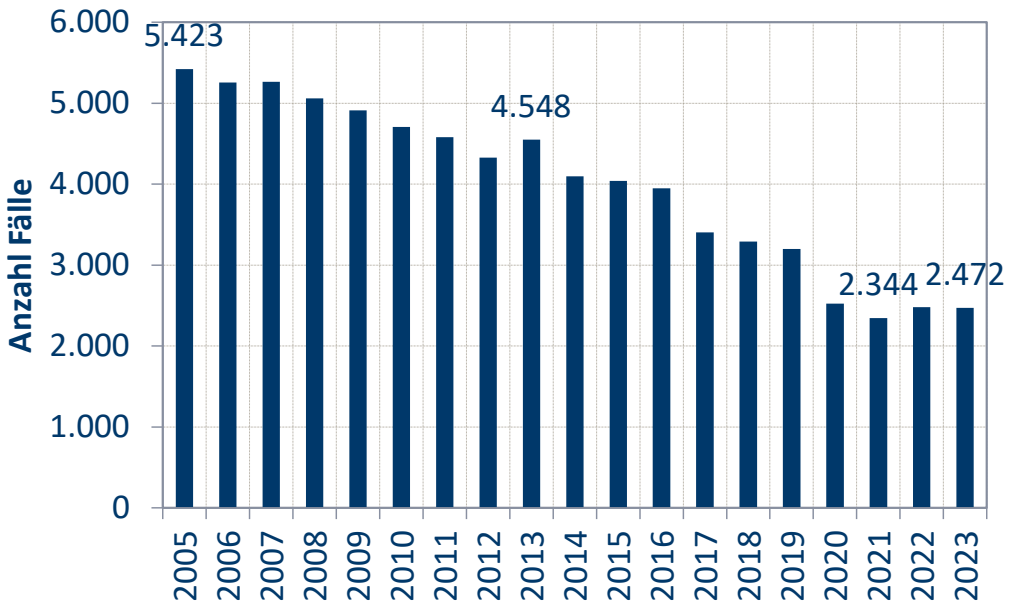
DRG	Bezeichnung	Fälle	Prozent	mVWD
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation	1.022	41,3 %	13,2
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC	622	25,2 %	9,6
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	267	10,8 %	10,0
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur	205	8,3 %	16,8
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag	173	7,0 %	1,0
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder	115	4,7 %	27,4

DRG	Bezeichnung	Fälle	Prozent	mVWD
	mit komplizierender Konstellation			
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, mit äußerst schweren CC	68	2,8 %	27,4
M18A insgesamt		**2.472**	**100,0 %**	**12,4**

Quelle: InEK
Anmerkung: mVWD = mittlere Verweildauer

Die Anzahl der kodierten HIV-DRGs hat sich seit dem Jahr 2005 mehr als halbiert (Abbildung 95).

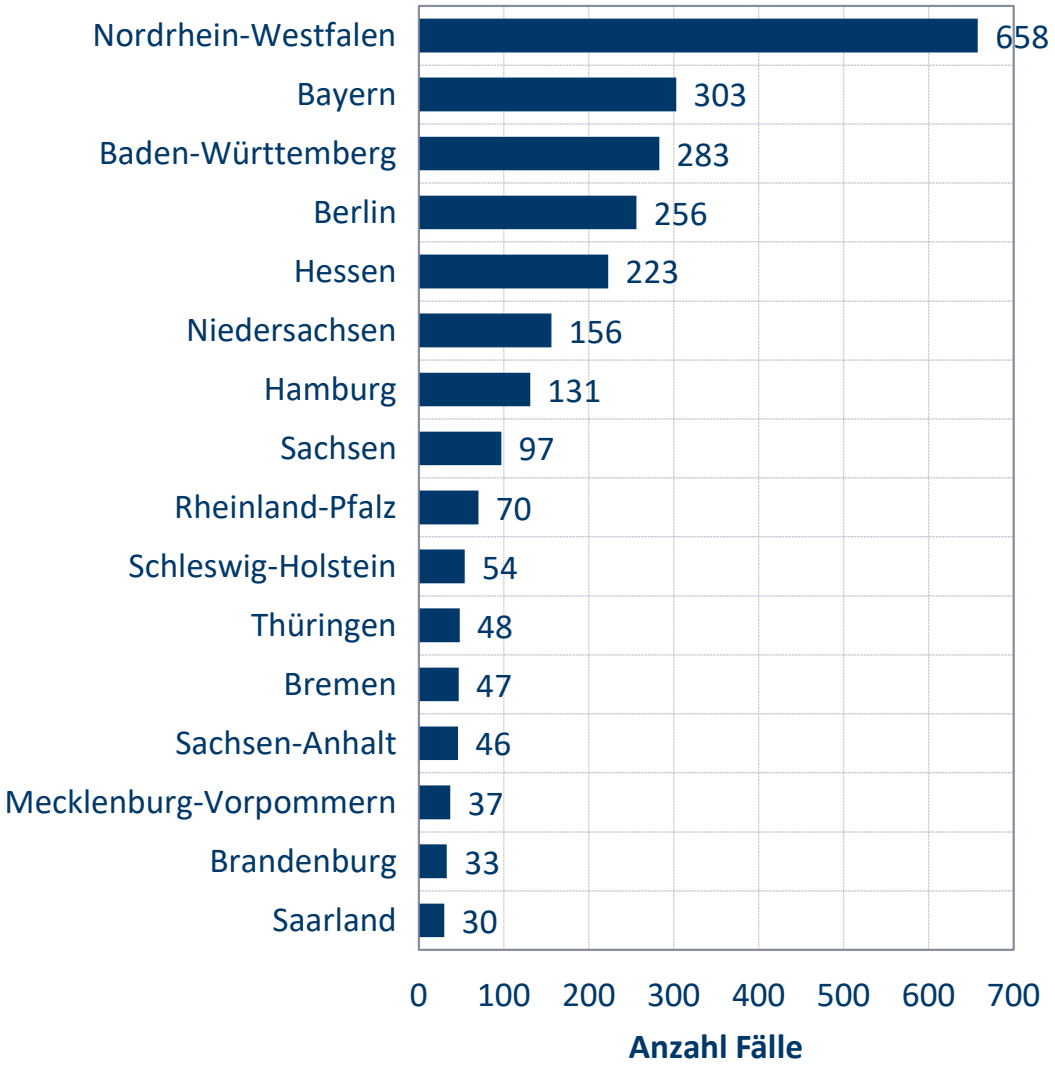
Abbildung 95: Anzahl vollstationäre Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A) in Deutschland, 2005-2023



Quelle: GBE-Bund

Die meisten Fälle wurden in den drei größten Flächenländern Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg dokumentiert; danach folgt Berlin (Abbildung 96). Insgesamt wurden in den östlichen Bundesländern der ehemaligen DDR (ohne Ost-Berlin) deutlich weniger HIV-DRGs kodiert als in den anderen Bundesländern.

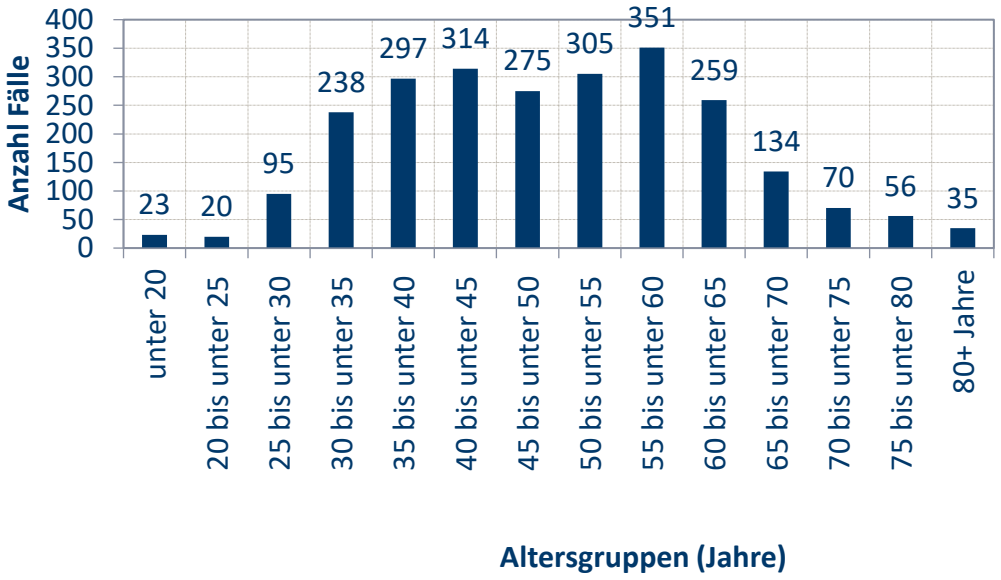
Abbildung 96: Anzahl vollstationär versorgter Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A) nach Bundesland, 2023



Quelle: GBE-Bund

Die Personen, für deren Behandlung eine HIV-DRG kodiert wurde, wiesen ein breites Altersspektrum auf, wiederum mit einem Schwerpunkt auf den mittleren Altersgruppen (Abbildung 97).

Abbildung 97: MDC 18A vollstationär nach Altersgruppen, 2023



Quelle: GBE-Bund

Das Altersspektrum hat sich seit dem Jahr 2005 deutlich hin zu den höheren Altersgruppen verschoben (Abbildung 98).

Abbildung 98: MDC 18A vollstationär nach Altersgruppen, 2005-2023

Jahr	unter 20	20 bis unter 25	25 bis unter 30	30 bis unter 35	35 bis unter 40	40 bis unter 45	45 bis unter 50	50 bis unter 55	55 bis unter 60	60 bis unter 65	65 bis unter 70	70 bis unter 75	75 bis unter 80	über 80	Gesamt
2005	133	102	339	638	1.008	1.183	748	470	298	244	154	68	31	7	5.423
2006	97	88	322	593	960	1.100	762	487	312	251	159	87	24	12	5.254
2007	88	110	357	495	866	1.122	846	484	329	234	201	76	37	20	5.265
2008	67	90	329	510	794	1.008	874	541	306	240	179	78	30	15	5.061
2009	75	110	268	493	738	929	869	563	345	200	172	97	37	13	4.909
2010	81	96	261	437	610	859	873	548	347	233	170	149	28	15	4.707
2011	49	99	265	479	531	820	809	565	390	220	150	136	55	14	4.582
2012	46	101	224	400	504	703	781	575	395	236	175	127	43	16	4.326
2013	43	78	241	395	502	696	855	631	448	226	207	136	76	14	4.548
2014	35	77	221	376	466	651	697	605	381	230	151	132	53	23	4.098
2015	33	75	210	380	479	503	713	638	436	200	165	106	77	25	4.040
2016	33	51	208	355	475	527	614	601	462	241	171	113	53	42	3.946
2017	30	62	175	268	407	413	532	526	399	235	170	78	79	30	3.404
2018	34	50	164	291	398	390	411	538	390	253	167	87	91	24	3.288
2019	21	71	143	226	342	355	390	554	472	265	152	95	83	31	3.200
2020	12	48	114	182	269	335	337	385	344	186	130	82	66	35	2.525
2021	13	35	79	190	248	327	306	353	338	166	132	70	60	27	2.344
2022	23	18	116	188	307	340	310	355	310	231	134	66	50	32	2.480
2023	23	20	95	238	297	314	275	305	351	259	134	70	56	35	2.472

Quelle: GBE-Bund
Anmerkung: Das Farbspektrum reicht von Grün (viele Fälle) über Gelb und Orange bis Rot (wenig Fälle).

Nach ICD-Kapitel dominieren die Infektionen und parasitären Erkrankungen (A00-B99 ICD 10) mit rund der Hälfte aller Fälle, gefolgt von Krankheiten des Atmungssystems (13 %) und den Neubildungen (12 %). Deutlich dahinter folgen mit einem Anteil von rund 4 % die Krankheiten des Kreislaufsystems. Entsprechend stehen Hauptdiagnosen aus diesen Kapiteln auch bei den TOP 20-Hauptdiagnosen im Vordergrund (Tabelle 34).

Tabelle 34: TOP 20-Hauptdiagnosen der vollstationär versorgten Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A), 2023

Code	Hauptdiagnose	Fälle	Prozent
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	250	10,1 %
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	167	6,8 %
B48.5	Pneumozystose	166	6,7 %
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	161	6,5 %
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	124	5,0 %
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit	118	4,8 %
B58.2	Meningoenzephalitis durch Toxoplasmen	65	2,6 %
C83.7	Burkitt-Lymphom	65	2,6 %
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	62	2,5 %
A81.2	Progressive multifokale Leukenzephalopathie	60	2,4 %
B37.81	Candida-Ösophagitis	45	1,8 %
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	44	1,8 %
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	35	1,4 %
J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	28	1,1 %
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	28	1,1 %
A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	27	1,1 %
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	26	1,1 %
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	21	0,8 %
K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	21	0,8 %
R59.0	Lymphknotenvergrößerung, umschrieben	21	0,8 %
Andere Hauptdiagnosen		**938**	**37,9 %**
Summe		**2.472**	**100,0 %**

Quelle: InEK

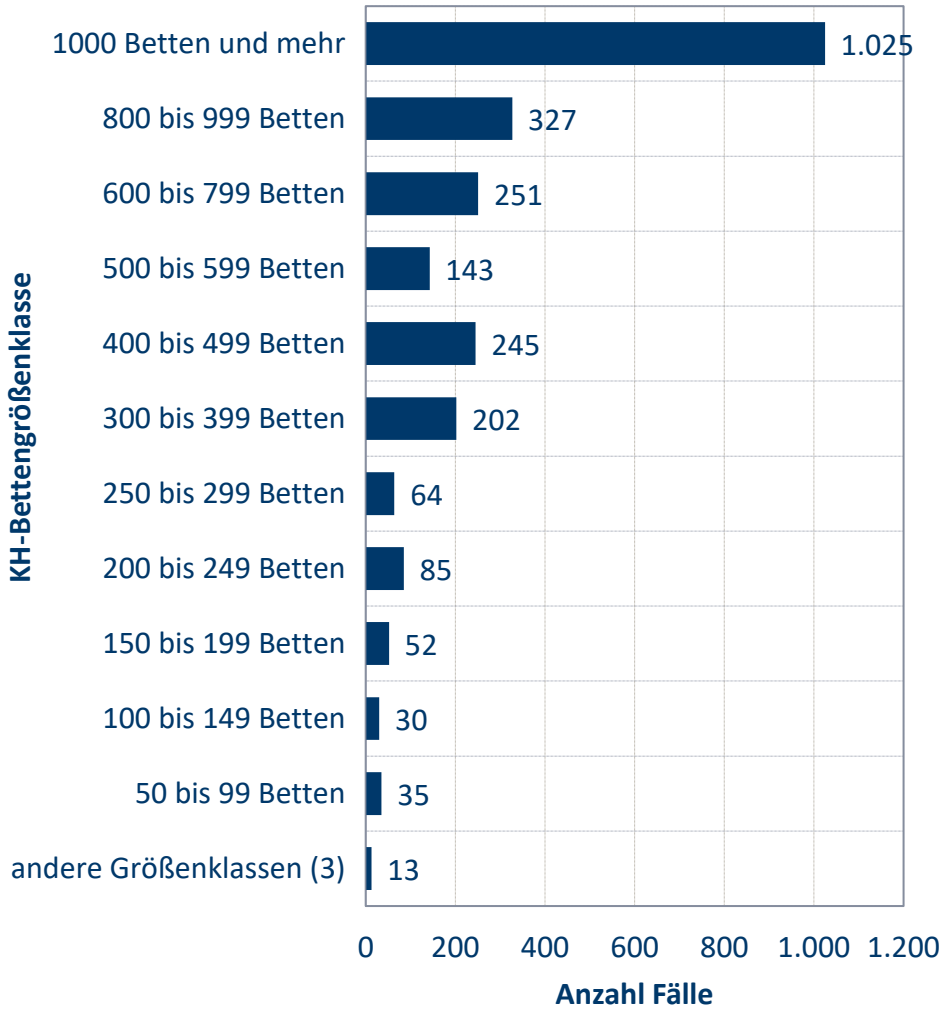
OPS-Codes

Der mit Abstand am häufigsten kodierte OPS-Code war OPS 8-548 - Hochaktive antiretrovirale Therapie [HAART]; sie wurde bei knapp einem Drittel (32 %) aller Fälle kodiert. Bei 303 Fällen (12 % aller Fälle) wurden eine OPS 8-547 - Andere Immuntherapie kodiert, bei 194 Fällen (8 % aller Fälle) eine aufwändige intensivmedizinische Komplexbehandlung.

Behandelnde Krankenhäuser

Von den 2.472 Fällen wurden 1.025 (41 %) in Krankenhäusern mit mindestens 1.000 Betten und insgesamt 1.745 (71 %) in Krankenhäusern mit mindestens 500 Betten behandelt (Abbildung 99).

Abbildung 99: Vollstationär versorgte Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A) nach Krankenhaus-Bettengrößenklassen, 2023



Quelle: InEK

4.2.1.2 Teilstationäre Fälle mit einer HIV-DRG

Unter den 617 teilstationär versorgten Patientinnen und Patienten mit einer HIV-DRG lag der Anteil männlicher Patienten bei 68,4 %. Einen PCCL von 0 hatten 88,8 % aller Fälle (vollstationär: 33,1 %). Der Anteil an Fällen mit einem Alter von unter 30 Jahren lag bei den teilstationären Patientinnen und Patienten bei 40,5 %, bei den vollstationären Patientinnen und Patienten hingegen nur bei 5,6 %.

Gut zwei Drittel aller 617 teilstationären Fälle mit einer HIV-DRG hatten nur einen Belegungstag (Tabelle 35); insgesamt lag die mittlere Verweildauer bei zwei Tagen.

Tabelle 35: Teilstationär versorgte Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A) nach DRGs, 2023

DRG	Bezeichnung	Fälle	Prozent	mVWD
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag	414	67,1 %	1,0
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC	117	19,0 %	2,6
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation	42	6,8 %	5,6
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	36	5,8 %	6,5
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur	6	1,0 %	6,8
---	Rest (2 Zeilen)	2	0,3 %	
M18A insgesamt		**617**	**100,0 %**	**2,0**

Quelle: InEK
Anmerkung: mVWD = mittlere Verweildauer

Bei den teilstationären Fällen ist die B23.8 mit 395 Fällen die mit Abstand häufigste Hauptdiagnose (Tabelle 36). Alle anderen kommen auf maximal 18 Fälle.

Tabelle 36: TOP 20-Hauptdiagnosen der teilstationär versorgten Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A), 2023

Code	Hauptdiagnose	Fälle	Prozent
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit	395	64,0 %
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	18	2,9 %
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	18	2,9 %

Code	Hauptdiagnose	Fälle	Prozent
B58.2	Meningoenzephalitis durch Toxoplasmen	16	2,6 %
C46.0	Kaposi-Sarkom der Haut	13	2,1 %
R59.0	Lymphknotenvergrößerung, umschrieben	11	1,8 %
C46.8	Kaposi-Sarkom mehrerer Organe	10	1,6 %
K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	9	1,5 %
R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme	8	1,3 %
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	7	1,1 %
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	6	1,0 %
K29.7	Gastritis, nicht näher bezeichnet	6	1,0 %
R51	Kopfschmerz	5	0,8 %
---	Rest (55 Zeilen)	95	15,4 %
insgesamt		**617**	**100,0 %**

Quelle: InEK

Bei den Prozeduren dominiert die OPS Infektiologisches Monitoring: Bestimmung der HIV-Viruslast zur Verlaufsbeurteilung (60,5 % aller Fälle), gefolgt von der HAART (39,5 % aller Fälle).

Drei Viertel aller Fälle mit einer HIV-DRG wurden in einem Krankenhaus mit mindestens 1.000 Betten versorgt.

4.2.2 Fälle mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnose

Im Jahr 2023 wurden insgesamt 1.154 Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD 10) als Hauptdiagnose stationär behandelt, davon 713 vollstationär und 441 teilstationär.

4.2.2.1 Vollstationäre Fälle mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnose

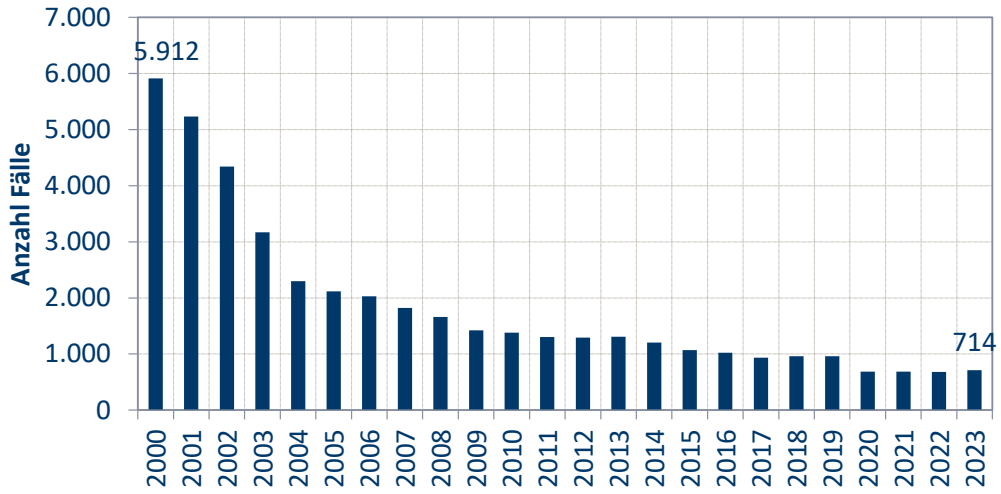
Im Folgenden liegt der Fokus auf den vollstationär versorgten Fällen mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD 10) als Hauptdiagnose. Dies waren im Jahr 2023 insgesamt 714 stationäre Fälle gemäß Destatis[10] und 713 Fälle gemäß InEK.[11]

[10] Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), Destatis 2024

[11] Die Diagnosen B20-B24 und Z21 ICD 10 dürfen bis auf sehr wenige Ausnahmen nur als Nebendiagnosen verwendet werden. Diese Nebendiagnosen begleiten Hauptdiagnosen von

Die Zahl der stationären Krankenhausfälle mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnose ist vor allem in den Jahren 2000-2004 sehr stark, aber auch in den Folgejahren noch deutlich zurückgegangen (Abbildung 100).

Abbildung 100: Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose, 2000-2023

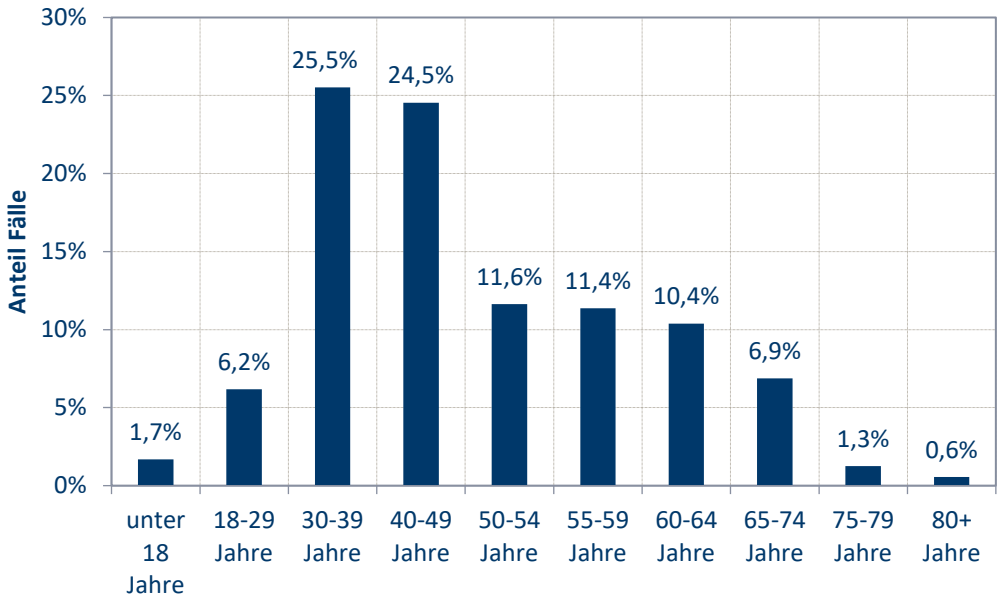


Quelle: Destatis

Rund 75 % der Fälle waren im Jahr 2023 Männer. Dieser Anteil ist seit dem Jahr 2000 im Wesentlichen konstant geblieben (Maximum in den Jahren 2020 und 2021 mit 79 %, Minimum im Jahr 2009 mit 73 %). Die Hälfte der vollstationären Fälle entfiel auf Patientinnen und Patienten im Alter von 30-49 Jahren (Abbildung 101).

spezifischen HIV-assoziierten Erkrankungen (opportunistische Infektionen und HIV-assoziierte Tumorerkrankungen), die als Hauptdiagnose verschlüsselt werden sollen. D. h. die Diagnosen B20-B24 und Z21 ICD 10, auch wenn „nur“ als Nebendiagnose kodiert, weisen auf eine schwere HIV-assoziierte Erkrankung hin, die zu einem stationären Aufenthalt geführt hat. Die Fälle in denen die Diagnosen B20-B24 ICD 10 als Hauptdiagnose kodiert wurden, sind somit überwiegend als Fehlkodierungen anzusehen.

Abbildung 101: Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose nach Altersgruppen, 2023



Quelle: InEK

Bei insgesamt schrumpfenden Fallzahlen gingen insbesondere die Fallzahlen bei den jüngeren Patientinnen und Patienten bis unter 40 Jahre deutlich zurück (Abbildung 102).

Abbildung 102: Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose nach Altersgruppen, 2005-2023

	unter 20 Jahre	20 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 30 Jahre	30 bis unter 35 Jahre	35 bis unter 40 Jahre	40 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 bis unter 65 Jahre	65 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter	Insgesamt
2000	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2001	94%	78%	84%	81%	86%	105%	96%	85%	84%	87%	92%	81%	43%	42%	89%
2002	58%	90%	64%	61%	72%	81%	90%	70%	82%	83%	75%	61%	71%	26%	73%
2003	35%	42%	49%	43%	52%	62%	66%	71%	48%	59%	39%	88%	68%	16%	54%
2004	35%	44%	36%	30%	34%	46%	46%	55%	39%	45%	37%	39%	14%	37%	39%
2005	41%	25%	24%	23%	31%	50%	44%	47%	34%	48%	50%	42%	36%	11%	36%
2006	26%	24%	24%	19%	30%	46%	50%	48%	37%	40%	50%	37%	29%	11%	34%
2007	26%	27%	24%	16%	22%	43%	49%	47%	32%	32%	59%	47%	21%	16%	31%
2008	23%	22%	22%	16%	18%	35%	48%	48%	32%	40%	41%	37%	25%	11%	28%
2009	19%	22%	21%	14%	15%	28%	40%	45%	27%	31%	39%	47%	29%	21%	24%
2010	24%	23%	20%	11%	12%	26%	40%	45%	29%	30%	34%	81%	46%	16%	23%
2011	14%	19%	16%	13%	11%	22%	38%	47%	30%	24%	47%	68%	64%	32%	22%
2012	14%	23%	11%	12%	13%	22%	40%	40%	36%	32%	41%	53%	36%	16%	22%
2013	15%	21%	15%	12%	11%	24%	38%	47%	35%	28%	41%	58%	50%	21%	22%
2014	10%	22%	14%	12%	11%	17%	37%	45%	31%	29%	35%	65%	50%	11%	20%
2015	9%	17%	16%	11%	10%	14%	28%	44%	33%	32%	32%	37%	43%	21%	18%
2016	9%	14%	17%	11%	11%	13%	24%	37%	34%	26%	25%	33%	43%	37%	17%
2017	8%	9%	12%	9%	9%	12%	25%	40%	25%	27%	41%	26%	68%	21%	16%
2018	10%	11%	14%	10%	9%	14%	21%	39%	32%	27%	32%	25%	79%	5%	16%
2019	6%	18%	11%	8%	9%	12%	22%	40%	37%	30%	40%	47%	57%	5%	16%
2020	3%	9%	7%	7%	6%	9%	14%	30%	27%	25%	22%	21%	57%	16%	12%
2021	5%	12%	7%	6%	6%	12%	16%	26%	23%	18%	27%	33%	39%	47%	12%
2022	9%	4%	7%	6%	7%	10%	15%	24%	24%	24%	29%	32%	32%	42%	12%
2023	6%	8%	7%	8%	7%	11%	12%	23%	26%	33%	31%	28%	32%	21%	12%

Quelle: Destatis
Anmerkung: Das Farbspektrum reicht von Grün (viele Fälle) über Gelb und Orange bis Rot (wenig Fälle).

Die räumliche Verteilung dieser Fälle auf die Bundesländer zeigt, dass absolut die meisten Fälle aus NRW kamen. Bezogen auf die Bevölkerung lag die

Krankenhaushäufigkeit in Hamburg mit 20,5 Fällen je 1 Mio. Einwohner deutlich höher als in anderen Ländern (Tabelle 37).

Tabelle 37: Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose nach Bundesländern, 2023

	Anzahl Fälle (Wohnort)	Anzahl Fälle je 1 Mio. EW	Anzahl Fälle Behandlungsort	Anteil Behandlungsort
Baden-Württemberg	86	7,7	100	1,16
Bayern	89	6,8	78	0,88
Berlin	30	8,2	34	1,13
Brandenburg	9	3,5	7	0,78
Bremen	7	10,0	9	1,29
Hamburg	42	22,7	49	1,17
Hessen	47	7,5	49	1,04
Mecklenburg-s Vorpommern	11	7,0	13	1,18
Niedersachsen	38	4,7	26	0,68
Nordrhein-Westfalen	195	10,8	201	1,03
Rheinland-Pfalz	41	9,9	32	0,78
Saarland	7	6,9	12	1,71
Sachsen	48	11,8	45	0,94
Sachsen-Anhalt	15	7,0	14	0,93
Schleswig-Holstein	20	6,8	17	0,85
Thüringen	25	11,8	28	1,12
Ausland	4			
Summe	**714**	**8,6**	**714**	**1**

Quelle: Destatis

Zweistellige Fallzahlen auf Kreisebene gab es neben den beiden Stadtstaaten Hamburg (41) und Berlin (28) nur noch in wenigen größeren Städten, z. B. Köln, Essen, Chemnitz, Nürnberg und Leipzig und dem Ostalbkreis.[12]

Die Fälle stammten meist aus städtischen Regionen und wurden auch dort behandelt: 378 Fälle stammten von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in einer

[12] FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DOI: 10.21242/23141.2023.00.00.6.1.0; eigene Berechnungen

städtischen Region, während nur 109 Fälle aus einer ländlichen Region kamen. Wie auch in der Krankenhausversorgung insgesamt nahmen Patientinnen und Patienten aus ländlichen Regionen und Regionen mit Verstädterungsansätzen teilweise die Krankenhausversorgung in städtischen Regionen in Anspruch (Tabelle 38).

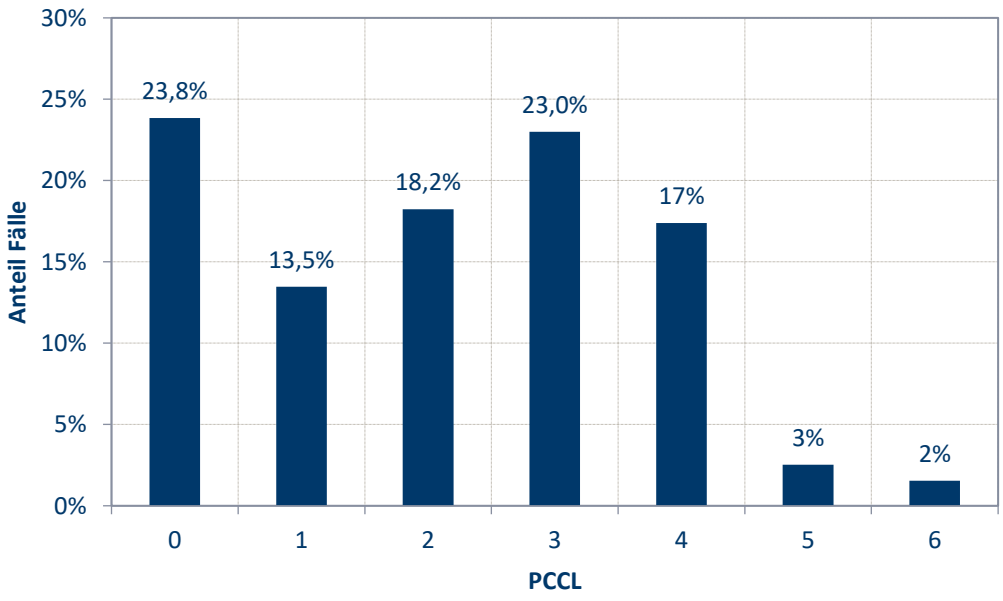
Tabelle 38: Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Hauptdiagnose nach Wohn- und Behandlungsort sowie nach Regionstyp, 2023

Regionstyp	Behandlungsort	Wohnort	Behandlungsort vs. Wohnort
Städtische Region	431	378	1,14
Region mit Verstädterungsansätzen	208	220	0,95
Ländliche Region	74	109	0,68

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DOI: 10.21242/23141.2023.00.00.6.1.0; eigene Berechnungen

Die Fälle wiesen insgesamt eine mittlere Verweildauer von 16,3 Tagen auf mit einem Langliegeranteil von 18 %. Knapp ein Viertel der Fälle wies keine oder eine leichte Fallkomplexität auf (PCCL 0-1), ein anderes knappes Viertel hingegen äußerst schwere und schwerste Fallkomplexität (PCCL 4-6) (Abbildung 103).

Abbildung 103: Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose nach PCCL, 2023



Quelle: InEK

Hauptdiagnosen

Bei den Fällen mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnose dominierten die Fälle mit infektiösen und parasitären Erkrankungen infolge der HIV-Krankheit (B20 ICD) (Tabelle 39). Bösartige Neubildungen infolge der HIV-Krankheit (B21) spielten in dieser Patientengruppe keine wesentliche Rolle.

Tabelle 39: Hauptdiagnosen bei Fällen mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose, 2023

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anteil
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	270	37,9 %
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	175	24,5 %
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	126	17,7 %
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit	121	17,0 %
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	21	2,9 %
Fälle gesamt		**713**	**100,0 %**

Quelle: InEK

Nebendiagnosen

Von den 713 vollstationären Fällen mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose hatten gut die Hälfte aller Fälle (52,5 %) und rund 62 % mit einer entsprechenden Stadieneinteilung weniger als 200 (CD4+-)T-Helferzellen/Mikroliter Blut (U61.3 ICD) (Tabelle 40). Bei 46,2 % aller Fälle und rund 53 % aller Fälle mit einer entsprechenden Stadieneinteilung weist der Code U60.3 auf das Vorliegen einer AIDS-definierenden Erkrankung hin.

Tabelle 40: HIV-Stadien bei vollstationär versorgten Fällen mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose, 2023

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anteil
U61.1	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 1	52	7,3 %
U61.2	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 2	93	13,0 %
U61.3	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit:	374	52,5 %

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anteil
	Kategorie 3		
U61.9	Anzahl der (CD4+-)T-Helferzellen n. n. b.	84	11,8 %
Summe U61		**603**	**84,6 %**
U60.1	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie A	75	10,5 %
U60.2	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie B	120	16,8 %
U60.3	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie C	328	46,0 %
U60.9	Klinische Kategorie der HIV-Krankheit n. n. b.	91	12,8 %
Summe U60		**614**	**86,1 %**
Fälle gesamt		**713**	**100,0 %**

Quelle: InEK

Bei den übrigen, krankheitsbezogenen Nebendiagnosen (Kapitel I bis XIX ICD) überwiegen die Infektionskrankheiten deutlich. Neben den B20-B24 ICD (gleichzeitig als Nebendiagnose kodiert) sind Kandidosen (B37 ICD; 28 % aller Fälle) besonders häufig. Bei den endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten wurden sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87 ICD; 32 % aller Fälle) am häufigsten kodiert.

DRG

Nahezu alle Fälle (703 von 713) verteilen sich auf nur zehn DRG: zum einen auf die sieben DRG der MDC 18A – HIV, zum anderen zwei intensivmedizinische DRG und eine DRG 67A – Tuberkulose (Tabelle 41). Sechs dieser DRG weisen deutlich überdurchschnittliche Verweildauern auf: 150 Fälle (21 % aller Fälle) weisen eine mVWD von 30,8 Tagen auf.

Tabelle 41: Anzahl vollstationäre Fälle mit B20-B24 ICD als Hauptdiagnose nach DRG, 2023

DRG	Bezeichnung	Fälle	Prozent	mVWD
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC	311	43,6 %	11,3
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation	189	26,5 %	14,3
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, mit äußerst schweren CC	45	6,3 %	32,0

DRG	Bezeichnung	Fälle	Prozent	mVWD
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur	42	5,9 %	21,8
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation	40	5,6 %	27,2
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag	35	4,9 %	1,0
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	18	2,5 %	14,5
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen	8	1,1 %	30,5
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	8	1,1 %	56,3
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1.104 / 1.656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen	7	1,0 %	69,7
---	Rest (8 Zeilen)	10	1,4 %	---
insgesamt		**713**	**100,0 %**	**16,3**

Quelle: InEK
Anmerkung: mVWD = mittlere Verweildauer

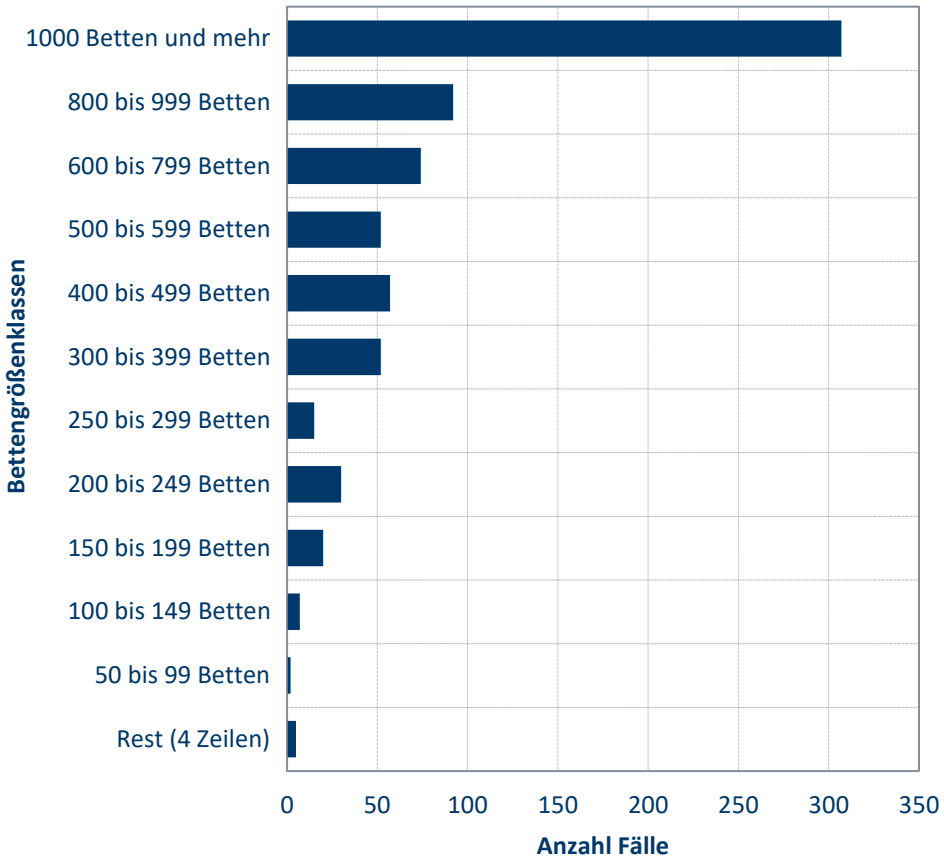
OPS

Es wurden überwiegend diagnostische Prozeduren kodiert, bei einem guten Drittel der Fälle aber auch eine HAART (OPS 8-548).

Behandelnde Krankenhäuser

Ein Anteil von 43 % aller vollstationär versorgten Fälle mit einer HIV-Krankheit wurden in Kliniken mit mindestens 1.000 Betten versorgt, knapp drei Viertel (73,6 %) in Klinken mit mindestens 500 Betten (Abbildung 104).

Abbildung 104: Anzahl vollstationäre Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Hauptdiagnose nach Bettengrößenklassen, 2023



Quelle: InEK

4.2.2.2 Teilstationäre Fälle mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnose

Die 441 teilstationären Fälle mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnose waren überwiegend männlich (61 %) und wiesen eine mittlere Verweildauer von 0,9 Tagen auf; bei 84,6 % aller Fälle wurde die DRG S60Z – HIV-Krankheit, ein Belegungstag kodiert. Die große Mehrheit der Fälle (93,4 %) hatte einen PCCL von 0; ein Anteil von 6,4 % hatte einen PCCL von 1 oder 2.

Bei den Hauptdiagnosen dominierte mit Abstand die B23.8 ICD 10 (395 Fälle, 89,6 %).

Insgesamt wurde bei 373 Fällen (84,6 % aller Fälle) ein infektiologisches Monitoring (OPS 1.930.3) kodiert, bei 244 Fällen (55,3 %) eine OPS HAART (8-548.0). Alle anderen OPS wurden weniger als 30-mal kodiert und bezogen sich meist auf diagnostische Maßnahmen.

Fast alle Fälle (417 von 441) wurden in einem Krankenhaus mit mindestens 1.000 Betten behandelt.

4.2.2.3 Fälle mit einer HIV-assoziierten Krankheit als Hauptdiagnose

Neben den im vorherigen Kapitel beschriebenen Fällen mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnose werden in diesem Kapitel noch drei weitere Fallgruppen mit insgesamt 544 Fällen (Tabelle 42) beschrieben.

Tabelle 42: Anzahl der stationären Fälle mit HIV-assoziierten Hauptdiagnosen, 2023

ICD	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
O98.7	HIV-Krankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	62	11,4 %
P37.1	HIV-Erkrankung beim Neugeborenen	9	1,7 %
Z20.6	Kontakt mit und Exposition gegenüber HIV	473	86,9 %
Summe		**544**	**100,0 %**

Quelle: IGES auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser und Daten des FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DOI: 10.21242/23141.2023.00.00.6.1.0, eigene Berechnungen

Eine HIV-Krankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert (O98.7), betrifft fast ausschließlich Mütter zwischen 18 und 39 Jahren. In diesen Fällen wurde häufig ein Kaiserschnitt durchgeführt. Gut die Hälfte der Fälle wurde in Krankenhäusern mit mindestens 1.000 Betten behandelt.

Von den 473 Fällen mit asymptomatischer HIV-Infektion (Z20.6 ICD 10) als Hauptdiagnose wurden 217 vollstationär (mVWD 4,6 Tage) und 256 teilstationär (mVWD 1,3 Tage) versorgt. Bei den vollstationären Fällen handelte es sich ausschließlich um Neugeborene (<28 Tage nach Geburt) und deren gesundheitliche, oft neurologische Abklärung. Bei den teilstationär versorgten Fällen handelt es sich hingegen überwiegend um Kleinkinder im ersten und zweiten Lebensjahr. In nahezu allen Fällen wurde ein infektiologisches Monitoring durchgeführt. Für die Neugeborenen mit einer HIV-Erkrankungen gibt es zudem noch einen eigenen Code (P37.1), der aber als Hauptdiagnose vollstationär behandelter Fälle sehr selten ist.

4.2.3 Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose

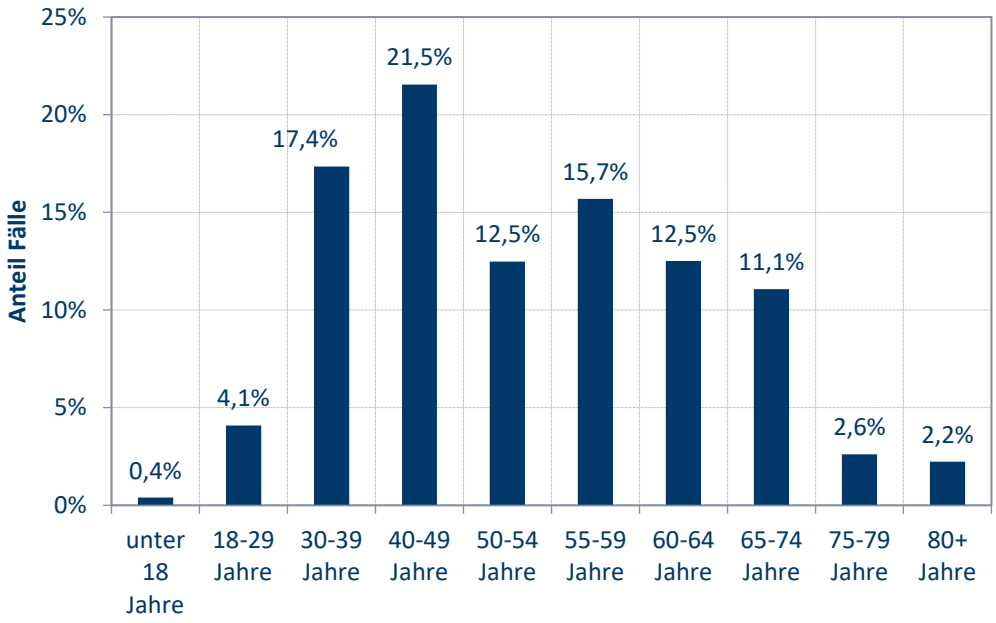
Im Jahr 2023 gab es in Deutschland insgesamt 7.739 stationär behandelte Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose. Davon wurden gemäß Daten des InEK 6.609 Fälle vollstationär und 1.128 teilstationär versorgt.

4.2.3.1 Vollstationäre Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose

Von den gemäß InEK 6.609 vollstationären Krankenhausfällen mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD 10) als Nebendiagnose entfielen 76,4 % auf Männer. Die durchschnittliche Verweildauer der Fälle betrug 12,6 Tage bei einem Langliegeranteil von 11,4 %.

Im Gegensatz zu den Fällen mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnose zeigt sich hier ein etwas höherer Anteil an Fällen bei Patientinnen und Patienten im Alter von mindestens 65 Jahren (Abbildung 105).

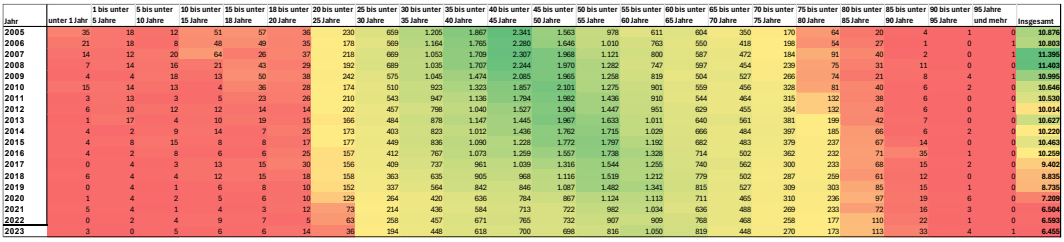
Abbildung 105: Altersstruktur der Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose, 2023



Quelle: InEK

Die Zahl der vollstationären Krankenhausfälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen: von 10.876 Fällen im Jahr 2005 auf 6.455 Fälle im Jahr 2023 gemäß den Daten des Statistischen Bundesamtes. Die Altersstruktur der Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose hat sich in den letzten Jahren deutlich in Richtung der höheren Altersgruppen verschoben (Abbildung 106).

Abbildung 106: Altersstruktur der vollstationären Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose, 2005-2023



Jahr	unter 1 Jahr	1 bis unter 5 Jahre	5 bis unter 10 Jahre	10 bis unter 15 Jahre	15 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 20 Jahre	20 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 30 Jahre	30 bis unter 35 Jahre	35 bis unter 40 Jahre	40 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 bis unter 65 Jahre	65 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 80 Jahre	80 bis unter 85 Jahre	85 bis unter 90 Jahre	90 bis unter 95 Jahre	95 Jahre und mehr	Insgesamt
2005	35	18	12	51	57	38	230	659	1.205	1.867	2.341	1.563	978	611	604	350	170	64	20	4	1	0	10.876
2006	21	18	8	48	49	35	178	569	1.164	1.765	2.280	1.646	1.010	763	550	418	198	54	27	1	0	1	10.803
2007	14	12	20	64	26	37	218	669	1.053	1.709	2.307	1.968	1.121	800	587	472	184	91	40	2	0	1	11.355
2008	7	14	16	21	43	29	192	689	1.035	1.707	2.244	1.970	1.282	747	597	454	239	75	31	11	0	0	11.403
2009	4	4	18	13	50	38	242	575	1.045	1.474	2.085	1.965	1.258	819	504	527	266	74	21	8	4	1	10.995
2010	15	14	13	4	36	28	174	510	923	1.323	1.857	2.101	1.275	901	559	456	328	81	40	6	2	0	10.646
2011	3	13	3	5	23	26	210	543	847	1.136	1.794	1.982	1.436	910	544	464	315	132	38	6	0	0	10.530
2012	6	10	12	12	14	14	202	457	798	1.040	1.527	1.904	1.447	951	629	455	354	132	43	6	0	1	10.014
2013	1	17	4	10	19	15	166	484	878	1.147	1.445	1.967	1.633	1.011	640	561	381	199	42	7	0	0	10.627
2014	4	2	9	14	7	25	173	403	823	1.012	1.436	1.762	1.715	1.029	666	484	397	185	66	6	2	0	10.220
2015	4	8	15	8	8	17	177	449	836	1.090	1.228	1.772	1.797	1.192	682	483	379	237	67	14	0	0	10.463
2016	4	2	8	6	6	25	157	412	767	1.073	1.259	1.557	1.738	1.328	714	502	362	232	71	35	1	0	10.259
2017	0	4	3	13	15	30	156	409	737	961	1.039	1.316	1.544	1.255	740	562	300	233	68	15	2	0	9.402
2018	6	4	4	12	15	18	158	363	635	905	968	1.116	1.519	1.212	779	502	287	259	61	12	0	0	8.835
2019	0	4	1	6	8	10	152	337	564	842	846	1.087	1.482	1.341	815	527	309	303	85	15	1	0	8.735
2020	1	4	2	5	6	10	129	264	420	636	784	867	1.124	1.113	711	465	310	236	97	19	6	0	7.209
2021	5	4	1	4	3	12	73	214	436	584	713	722	982	1.034	636	488	269	233	72	16	3	0	6.504
2022	0	2	4	9	7	5	63	258	457	671	765	732	907	909	768	468	258	177	110	22	1	0	6.593
2023	3	0	5	6	6	14	36	194	448	618	700	698	816	1.050	819	448	270	173	113	33	4	1	6.455

Quelle: Destatis
Anmerkung: Das Farbspektrum reicht von Grün (viele Fälle) über Gelb und Orange bis Rot (wenig Fälle).

Regionale Verteilung

Die meisten somatischen Krankenhausfälle mit einer Nebendiagnose B20-B24 ICD 10 gab es im Jahr 2023 im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen, gefolgt von Berlin (Tabelle 43). Die drei Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg weisen die höchste Krankenhaushäufigkeit auf. Sowohl Hamburg als auch Berlin scheinen einen Teil der Versorgung von Patientinnen und Patienten aus den benachbarten Bundesländern Schleswig-Holstein bzw. Brandenburg zu übernehmen. Auffällig ist der niedrige Versorgungsanteil des Landes Rheinland-Pfalz und – in geringerem Ausmaß – des Landes Niedersachsen; auch hierfür könnte die Versorgung umliegender Bundesländer verantwortlich sein.

Tabelle 43: Fälle mit Nebendiagnose B20-B24 ICD 10 nach Ländern, 2023

Region	Fallzahl Behandlungsort	Fallzahl Wohnort	Verhältnis Behandlungsort zu Wohnort	Anzahl Fälle nach Wohnort je 1 Mio. Einwohner
Deutschland	6.110	6.110	1,00	73,2
Schleswig-Holstein	126	140	0,90	47,4
Hamburg	233	201	1,16	108,6
Niedersachsen	365	399	0,91	49,8
Bremen	118	103	1,15	146,6
Nordrhein-Westfalen	1.645	1.625	1,01	90,2
Hessen	530	509	1,04	81,2
Rheinland-Pfalz	142	188	0,76	45,6
Baden-	563	536	1,05	47,7

Region	Fallzahl Behandlungsort	Fallzahl Wohnort	Verhältnis Behandlungsort zu Wohnort	Anzahl Fälle nach Wohnort je 1 Mio. Einwohner
Württemberg				
Bayern	768	775	0,99	58,8
Saarland	63	57	1,11	56,2
Berlin	948	863	1,10	235,6
Brandenburg	73	134	0,54	52,5
Mecklenburg-Vorpommern	90	92	0,98	58,3
Sachsen	265	249	1,06	61,4
Sachsen-Anhalt	96	98	0,98	45,7
Thüringen	85	87	0,98	41,1

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DOI: 10.21242/23141.2023.00.00.6.1.0; eigene Berechnungen

Die Stadt Berlin hatte mit 862 Fällen die mit Abstand meisten Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose, gefolgt von Köln mit 257 Fällen (Tabelle 44).

Tabelle 44: Städte mit mindestens 50 Krankenhausfällen mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose, 2023

Stadt	Anzahl Fälle	Fälle je 100.000 EW
Berlin, Stadt	862	22,8
Köln, Stadt	257	23,6
Hamburg, Freie und Hansestadt	201	10,5
München, Landeshauptstadt	175	11,6
Essen, Stadt	162	27,6
Düsseldorf, Stadt	140	22,2
Frankfurt am Main, Stadt	140	18,0
Nürnberg, Stadt	125	23,8
Leipzig, Stadt	111	17,9
Region Hannover	100	8,5
Bremen, Stadt	92	15,9

Stadt	Anzahl Fälle	Fälle je 100.000 EW
Stuttgart, Stadtkreis	84	13,3
Dortmund, Stadt	66	11,1
Gießen, Landkreis	51	18,2

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DOI: 10.21242/23141.2023.00.00.6.1.0; eigene Berechnungen

Die Städte mit den relativ höchsten Fallzahlen bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner waren Essen, Nürnberg, Köln, Berlin, Düsseldorf und Schweinfurt; sie hatten 20,0 Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Schweinfurt) bis 27,6 Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Essen).[13]

Auch bei den Fällen mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose zeigt sich (etwas schwächer als bei den Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose), dass Patientinnen und Patienten aus ländlichen Regionen zum Teil in verstädterten und städtischen Regionen behandelt werden (Tabelle 45).

Tabelle 45: Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach Wohn- und Behandlungsort sowie nach Regionstyp, 2023

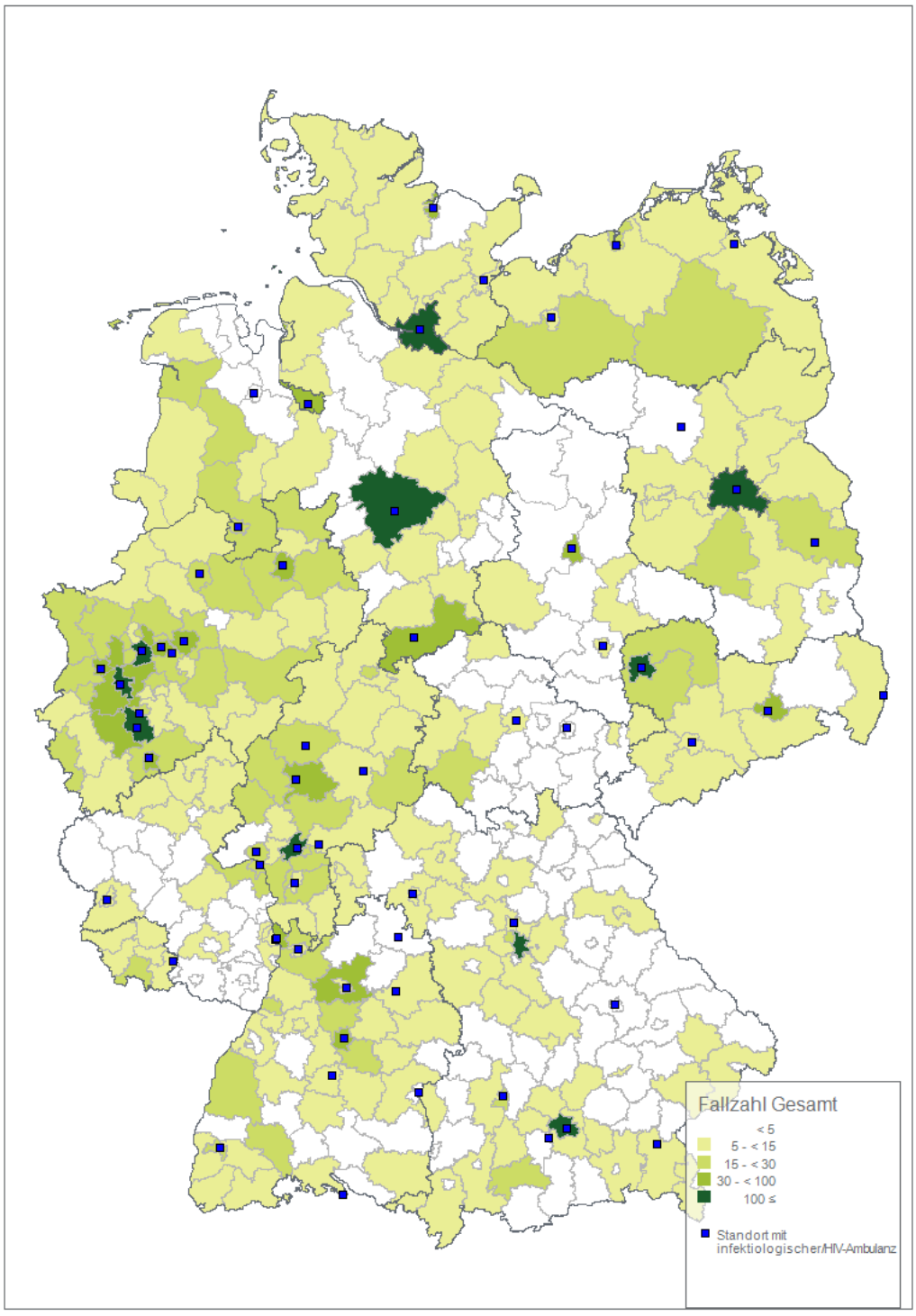
Regionstyp	Fallzahl Behandlungsort	Fallzahl Wohnort	Verhältnis Behandlungsort zu Wohnort
Städtische Region	4.448	4.029	1,10
Region mit Verstädterungsansätzen	1.035	1.164	0,89
Ländliche Region	627	863	0,73

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DOI: 10.21242/23141.2023.00.00.6.1.0; eigene Berechnungen

Die deutliche Konzentration der Fälle auf städtische Regionen zeigt sich auch in der Kartendarstellung (Abbildung 107).

[13] FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DOI: 10.21242/23141.2023.00.00.6.1.0; eigene Berechnungen

Abbildung 107: Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach Kreisen, 2023



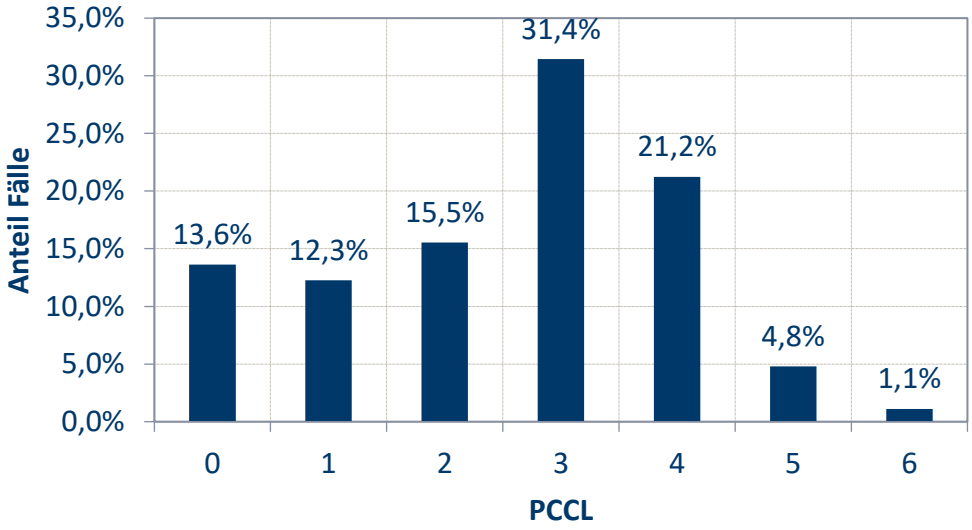
Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, DOI: 10.21242/23141.2023.00.00.6.1.0; eigene Berechnungen

Anmerkung: Für die weißen Kreise liegen keine Daten vor.

PCCL

Der Anteil der vollstationären Fälle ohne Komplikationen ist bei Fällen mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose im Vergleich zu den Fällen mit einer HIV-Krankheit als Hauptdiagnose deutlich niedriger, der Anteil der Fälle mit schweren CC (Level 3) hingegen deutlich höher (Abbildung 108).

Abbildung 108: Vollstationäre Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach PCCL, 2023



Quelle: InEK

Hauptdiagnosen

Vollstationär versorgte Patientinnen und Patienten mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose hatten vor allem bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (23,9 % aller Fälle bzw. 33,2 % aller Fälle mit ausgewiesener Diagnose) und Neubildungen (13,2 % bzw. 18,4 %) als Hauptdiagnosen (Tabelle 46). Bei den Infektionen und parasitären Erkrankungen wurden sonstige Mykosen (B48, insbesondere B48.5), Pneumozystose (J17.2*) und Tuberkulosen (A15-A19) am häufigsten kodiert. Unter den Neubildungen sind es vor allem bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes (C81-C96) und darunter insbesondere diffuse großzellige B-Zell-Lymphome (C83.3). Daneben kommen auch bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26, insbesondere C21 - Bösartige Neubildungen des Anus und des Analkanals) sowie Bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge (C 34) häufiger vor. Bei den Atemwegserkrankungen wurden Pneumonien (v. a. J18 und J15) sowie Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (J44 ICD) am häufigsten kodiert. Bei den Erkrankungen des Kreislaufsystems waren es vor allem die Herzinsuffizienz (I50 ICD), der Hirninfarkt (I63 ICD), die chronisch-ischämische Herzkrankheit (I25 ICD) und der Akute Myokardinfarkt (I21 ICD).

Tabelle 46: Hauptdiagnosen von Fällen mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose, 2023

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anteil Fälle
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1.580	23,9 %
C00-D48	Neubildungen	875	13,2 %
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe ...	51	0,8 %
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	74	1,1 %
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	32	0,5 %
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	134	2,0 %
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	13	0,2 %
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	6	0,1 %
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	431	6,5 %
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	578	8,7 %
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	339	5,1 %
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	63	1,0 %
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	48	0,7 %
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	216	3,3 %
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	62	0,9 %
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben		0,0 %
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien		0,0 %
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	173	2,6 %
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	77	1,2 %
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen …	8	0,1 %
Nicht ausgewiesen		1.849	28,0 %
insgesamt		**6.609**	**100,0 %**

Quelle: InEK

Nebendiagnosen

Bei den vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten mit einer HIV-Diagnose als Nebendiagnose wies gut die Hälfte (52,5 %) weniger als 200 (CD4+-)T-Helferzellen/Mikroliter Blut (U61.3 ICD) auf.

Tabelle 47: HIV-Stadien bei Fällen mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose, 2023

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anteil
U61.1	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 1	52	7,3 %
U61.2	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 2	93	13,0 %
U61.3	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 3	374	52,5 %
U61.9	Anzahl der (CD4+-)T-Helferzellen n. n. b.	84	11,8 %
Summe U61		**603**	**84,6 %**
U60.1	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie A	75	10,5 %
U60.2	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie B	120	16,8 %
U60.3	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie C	328	46,0 %
U60.9	Klinische Kategorie der HIV-Krankheit n. n. b.	91	12,8 %
Summe U60		**614**	**86,1 %**
Fälle gesamt		**713**	**100,0 %**

Quelle: InEK

Neben den HIV-spezifischen Nebendiagnosen wurde eine Vielzahl von anderen Nebendiagnosen kodiert. Hier dominierten immer noch die Infektionen und parasitären Erkrankungen; danach folgen aber schon (betrachtet man nur die Kapitel I bis XIX ICD) die endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie die Krankheiten des Kreislaufsystems (Tabelle 48).

Tabelle 48: Andere Nebendiagnosen von Fällen mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose, 2023

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl kodierte ND je Fall	Anteil
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	12.934	15 %
C00-D48	Neubildungen	1.272	1 %
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	2.884	3 %
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	6.119	7 %
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	2.440	3 %
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	2.224	3 %
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	318	0 %
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	97	0 %
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	5.188	6 %
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	4.144	5 %
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	3.508	4 %
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	858	1 %
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	390	0 %
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	2.368	3 %
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	518	1 %
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0	0 %
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	12	0 %
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	6.965	8 %
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	871	1 %
Kapitel XX-XXII (U00-U99, V01-Y84, Z00-Z99)		28.888	33 %
Nicht ausgewiesen		4.637	5 %
insgesamt		**86.635**	**100 %**

Quelle: InEK

DRG

Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose werden durch die DRG der MDC 18A HIV dominiert, die rund 35 % aller Fälle ausmachen. Darüber hinaus sind die Fälle breit gestreut. Am stärksten besetzt sind die MDC 04 – Krankheiten und Störungen der Atemwege und MDC 06 - Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (Tabelle 49).

Tabelle 49: Anzahl vollstationäre Fälle mit HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach DRG, 2023

MDC	Fälle
Prä – Prä-MDC	244
01 – Krankheiten und Störungen des Nervensystems	253
02 – Krankheiten und Störungen des Auges	30
03 – Krankheiten und Störungen des Ohres, des Mundes und des Halses	131
04 – Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	592
05 – Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	244
06 – Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	496
07 – Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	160
08 – Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	115
09 – Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	152
10 – Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	70
11 – Krankheiten und Störungen der Harnorgane	236
12 – Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	41
13 – Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	12
14 – Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	106
16 – Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	14
17 – Hämatologische und solide Neubildungen	176
18A – HIV	2.372
18B – Infektiöse und parasitäre Krankheiten	123
19 – Psychische Krankheiten und Störungen	11
20 – Alkohol- und Drogengebrauch…	48
21B – Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	14
23 – Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen…	34

MDC	Fälle
24 – Sonstige DRGs	5
insgesamt	**6.609**

Quelle: InEK

Die nach den DRGs der MDC 18A am häufigsten kodierte DRG (3-Steller) ist die E76 mit 170 Fällen (Tabelle 50).

Tabelle 50: Anzahl vollstationäre Fälle mit HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach DRG, 2023

DRG-Dreisteller	Bezeichnung	Fälle	Prozent
E76	Tuberkulose	170	2,6 %
G67	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung …	133	2,0 %
R61	Lymphom und nicht akute Leukämie	125	1,9 %
G26	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden	105	1,6 %
A13	Beatmung > 95 Stunden	99	1,5 %
E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung	97	1,5 %
T64	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose	92	1,4 %
L63	Infektionen der Harnorgane	76	1,1 %
J64	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut	69	1,0 %
B76	Anfälle	65	1,0 %
insgesamt		**1.031**	**100,0 %**

Quelle: InEK

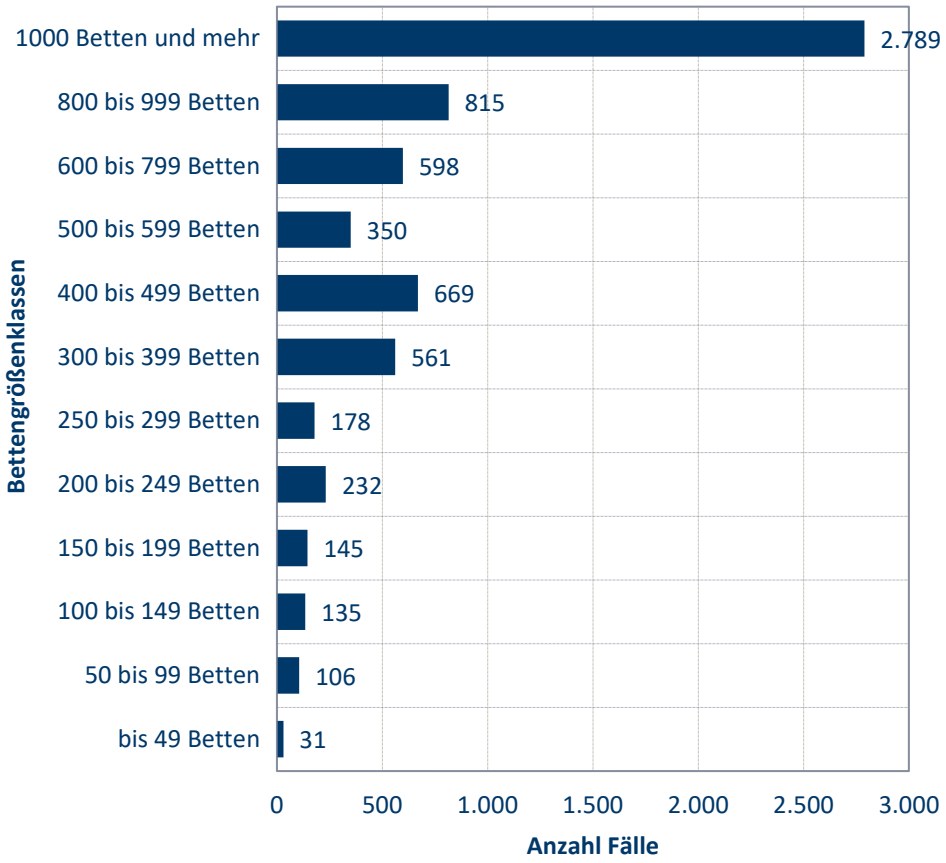
OPS

Bei den kodierten Prozeduren wurde die HAART mit 1.924 Fällen (29,1 % aller Fälle) am häufigsten kodiert, gefolgte von einer Vielzahl von diagnostischen Prozeduren.

Behandelnde Krankenhäuser

Gut die Hälfte der Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose wurde im Jahr 2023 in einem Haus mit mindestens 800 Betten versorgt. Knapp ein Drittel der Fälle (31,1 %) wurde hingegen in Krankenhäusern mit weniger als 500 Betten versorgt (Abbildung 109).

Abbildung 109: Anzahl vollstationäre Fälle mit HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach Bettengrößenklassen, 2023



Quelle: InEK

4.2.3.2 Teilstationäre Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose

Im Jahr 2023 wurden 1.128 Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose teilstationär versorgt. Gut drei Viertel aller Fälle waren männlich. Die mittlere Verweildauer betrug 4,1 Tage.

Bei den Leistungen dominierte das infektiologische Monitoring (OPS 1-930.3) mit 371 Fällen (32,7 % aller Fälle) und die HAART (8-548.0) mit 240 Fällen (21,3 % aller Fälle). Bei den DRGs dominierte die S60Z - HIV-Krankheit, ein Belegungstag mit 394 Fällen (34,9 % aller Fälle) (Tabelle 51).

Tabelle 51: Anzahl vollstationärer Fälle mit HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach DRG, 2023

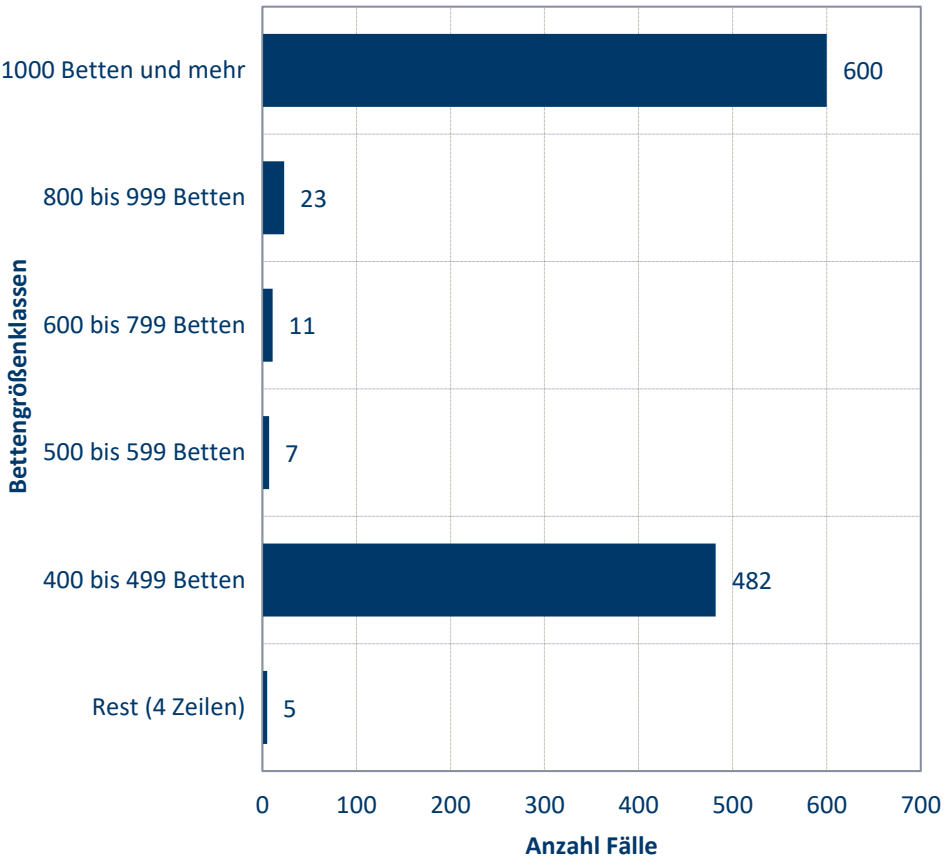
DRG	Bezeichnung	Fälle	Prozent
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag	394	34,9 %
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC	103	9,1 %
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	87	7,7 %
L90C	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse	63	5,6 %
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation	41	3,6 %
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	34	3,0 %
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	19	1,7 %
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungs-organe	19	1,7 %
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre	17	1,5 %
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, …	15	1,3 %
Andere DRG		336	29,8 %
insgesamt		**1.031**	**100,0 %**

Quelle: InEK

Behandelnde Krankenhäuser

Gut die Hälfte der teilstationär versorgten Fälle mit einer HIV-Krankheit als Nebendiagnose wurden an Kliniken mit mehr als 1.000 Betten versorgt, gut 40 % hingegen an Kliniken mit 400 bis 499 Betten (Abbildung 110).

Abbildung 110: Anzahl teilstationäre Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose nach Bettengrößenklassen, 2023



Quelle: InEK

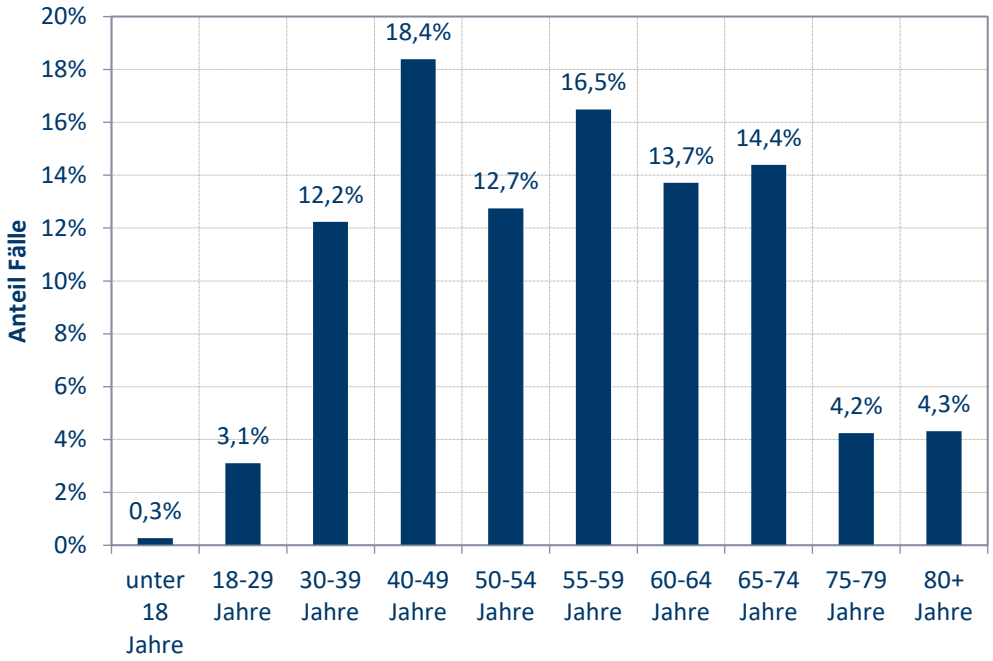
4.2.4 Fälle mit asymptomatischer HIV-Infektion (Z21) als Nebendiagnose

Im Jahr 2023 gab es insgesamt 12.561 Krankenhausfälle mit asymptomatischer HIV-Infektion als Nebendiagnose. Davon wurden 12.433 vollstationär und 128 teilstationär behandelt.

4.2.4.1 Vollstationäre Fälle mit asymptomatischer HIV-Infektion (Z21) als Nebendiagnose

Die 12.433 vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer HIV-Infektion (Z21) als Nebendiagnose waren überwiegend männlich (79,4 %). Die mittlere Verweildauer der Fälle lag bei nur 6,8 Tagen. Die Fälle deckten ein vergleichsweise breites Altersspektrum ab. In mehr als einem Drittel der Fälle ging es um Patientinnen und Patienten im Alter von mindestens 60 Jahren (Abbildung 111).

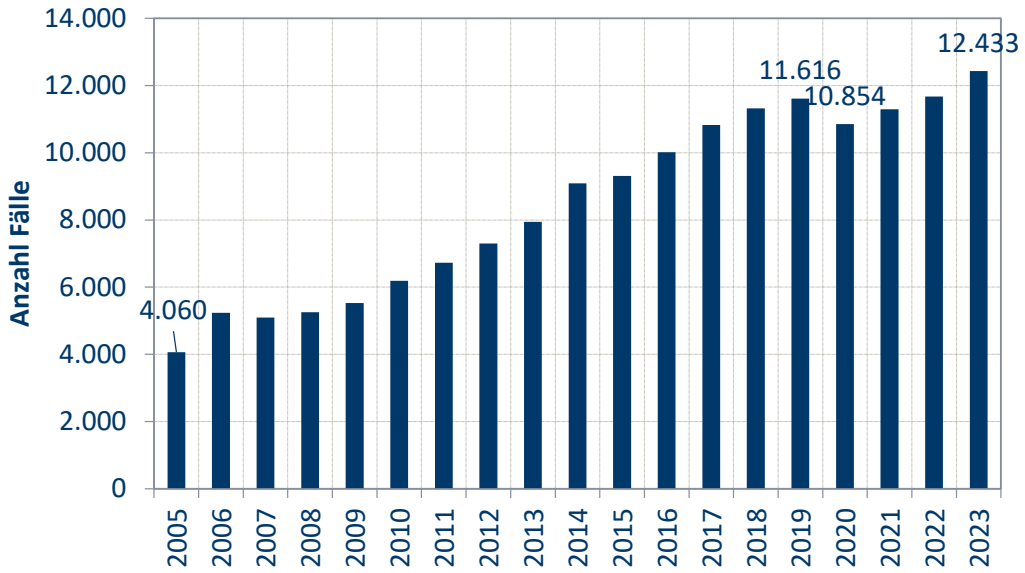
Abbildung 111: Altersstruktur der vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose, 2023



Quelle: InEK

Die Anzahl der vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten hat sich seit 2005 verdreifacht: von 4.060 Fällen im Jahr 2005 auf 12.433 Fälle im Jahr 2023 (Abbildung 112).

Abbildung 112: Anzahl der vollstationär versorgten Fälle mit asymptomatischer HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose, 2005-2023



Quelle: Destatis

In dem Zeitraum hat sich die Altersstruktur der Fälle von den jüngeren in die höheren Altersgruppen verschoben (Abbildung 113).

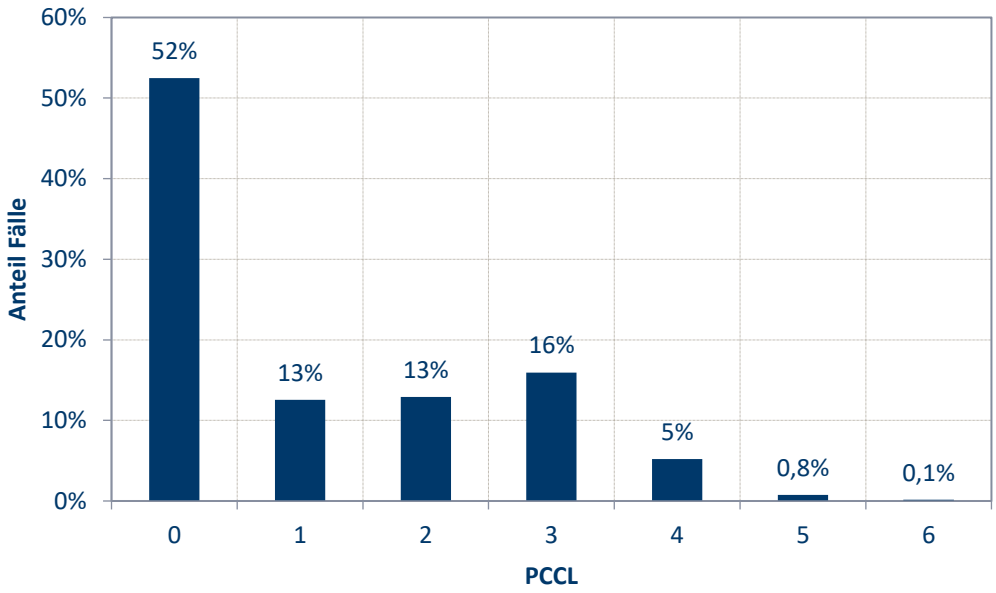
Abbildung 113: Altersstruktur der vollstationär versorgten Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose, 2005-2023

	unter 20 Jahre	20 bis unter 25	25 bis unter 30	30 bis unter 35	35 bis unter 40	40 bis unter 45	45 bis unter 50	50 bis unter 55	55 bis unter 60 J.	60 bis unter 65 J.	65 bis unter 70 J.	70 bis unter 75 J.	75 bis unter 80 J.	80 bis unter 85	85 und älter	Insgesamt
2005	62	142	332	559	705	719	481	335	242	224	154	73	21	9	2	4.060
2006	71	156	433	659	842	975	691	439	323	269	229	94	34	17	2	5.234
2007	64	180	370	591	814	905	751	432	312	268	222	107	51	23	3	5.093
2008	64	163	390	558	800	959	835	502	320	273	193	117	47	25	3	5.249
2009	52	127	324	553	743	987	893	601	376	280	310	185	68	21	9	5.529
2010	42	106	333	556	736	1.019	1.126	774	513	316	321	217	82	33	18	6.192
2011	62	121	354	554	782	1.075	1.176	909	579	329	393	248	109	33	5	6.730
2012	53	137	376	621	771	1.029	1.254	1.039	675	443	387	334	107	55	17	7.298
2013	45	147	383	635	811	994	1.314	1.252	736	528	447	389	191	57	14	7.943
2014	53	160	421	655	861	1.081	1.527	1.552	946	618	486	427	221	65	15	9.088
2015	67	184	386	657	894	973	1.408	1.570	1.068	691	458	533	301	86	32	9.306
2016	47	163	447	720	952	1.083	1.386	1.704	1.267	781	491	486	346	112	33	10.019
2017	62	156	440	741	1.049	1.056	1.410	1.851	1.409	877	660	513	406	149	48	10.827
2018	57	154	413	745	1.023	1.043	1.455	1.893	1.695	1.013	658	528	444	146	58	11.325
2019	42	162	397	700	1.017	1.105	1.313	1.894	1.817	1.123	761	545	495	183	62	11.616
2020	32	138	315	631	890	970	1.083	1.703	1.872	1.233	749	543	407	223	65	10.854
2021	38	112	283	707	806	999	1.083	1.697	1.846	1.436	908	544	476	277	86	11.298
2022	67	99	304	592	873	1.067	1.089	1.615	1.924	1.531	940	583	495	364	134	11.677
2023	46	101	274	587	936	1.090	1.198	1.585	2.046	1.712	1.056	734	529	399	140	12.433

Quelle: Destatis
Anmerkung: Das Farbspektrum reicht von Grün (viele Fälle) über Gelb und Orange bis Rot (wenig Fälle).

Rund zwei Drittel (65 %) der Fälle hatten einen PCCL von 0 oder 1. Ein gutes Fünftel (22 %) hingegen hatte einen PCCL von 3 bis 6 (schwere bis schwerste CC) (Abbildung 114).

Abbildung 114: Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach PCCL, 2023



Quelle: InEK

Hauptdiagnosen

Die Hauptdiagnosen bei vollstationär versorgten Fällen mit einer asymptomatischen HIV-Infektion Z21 als Nebendiagnose sind breit gestreut. Anders als bei den anderen, bisher betrachteten Patientenkollektiven dominieren hier nicht die Infektionen und parasitären Erkrankungen (nur 3,9 % aller Fälle), sondern die Krankheiten des Kreislaufsystems (12,2 % aller Fälle) und Krankheiten des Verdauungssystems (11,7 %) (Tabelle 52). Die 15 häufigsten ICD-Codes machen zusammen 11,0 % aller Fälle aus (Tabelle 53).

Tabelle 52: Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach Hauptdiagnosen, 2023

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anteil
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	483	3,9 %
C00-D48	Neubildungen	1.109	8,9 %
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	64	0,5 %
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	220	1,8 %
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	335	2,7 %
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	295	2,4 %

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anteil
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	101	0,8 %
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	29	0,2 %
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	1.512	12,2 %
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	918	7,4 %
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	1.455	11,7 %
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	379	3,0 %
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	531	4,3 %
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	715	5,8 %
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	192	1,5 %
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben		0,0 %
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	5	0,0 %
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	401	3,2 %
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	774	6,2 %
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	17	0,1 %
Nicht ausgewiesen		2.898	23,3 %
insgesamt		**12.433**	**100,0 %**

Quelle: InEK

Tabelle 53: Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach TOP 15-Hauptdiagnosen, 2023

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anteil
L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	123	1,0 %
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	117	0,9 %
A46	Erysipel [Wundrose]	113	0,9 %
K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe,	107	0,9 %

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anteil
	ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet		
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	99	0,8 %
I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	98	0,8 %
I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	96	0,8 %
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	84	0,7 %
F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation…	82	0,7 %
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	82	0,7 %
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	80	0,6 %
I20.0	Instabile Angina pectoris	77	0,6 %
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV_1 nicht näher bezeichnet	77	0,6 %
M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	70	0,56 %
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	68	0,55 %
Summe TOP 15		**1.373**	**11,0 %**
Andere ICD		11.060	89,0 %
Summe		**12.433**	**100,0 %**

Quelle: InEK

Nebendiagnosen

Die HIV-Stadien wurden nur bei einem kleinen Teil der Patientinnen und Patienten dokumentiert. Gut zwei Drittel der Fälle mit einer entsprechenden Dokumentation und 11,7 % aller Fälle hatten 500 und mehr (CD4+-)T-Helferzellen/Mikroliter Blut (U61.1 ICD) (Tabelle 54).

Tabelle 54: Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach HIV-Stadien

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anteil
U61.1	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 1	1.453	11,7 %

ICD-Code	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anteil
U61.2	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 2	76	0,6 %
U61.3	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 3	119	1,0 %
U61.9	Anzahl der (CD4+-)T-Helferzellen n. n. b.	521	4,2 %
Summe U61		2.169	17,4 %
U60.1	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie A	164	1,3 %
U60.2	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie B	150	1,2 %
U60.3	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie C	173	1,4 %
U60.9	Klinische Kategorie der HIV-Krankheit n. n. b.	811	6,5 %
Summe U60		1.298	10,4 %
Fälle gesamt		**12.433**	**100,0 %**

Quelle: InEK

Tabelle 55: Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach DRGs, 2023

DRG	Bezeichnung	Fälle	Prozent
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne …	323	2,6 %
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag …	320	2,6 %
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden …	275	2,2 %
J64C	Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Alter > 5 Jahre oder ohne komplexe Diagnose	158	1,3 %
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV_1 < 35% ...	156	1,3 %
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne …	143	1,2 %
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne …	133	1,1 %
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne…	131	1,1 %
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne ….	128	1,0 %

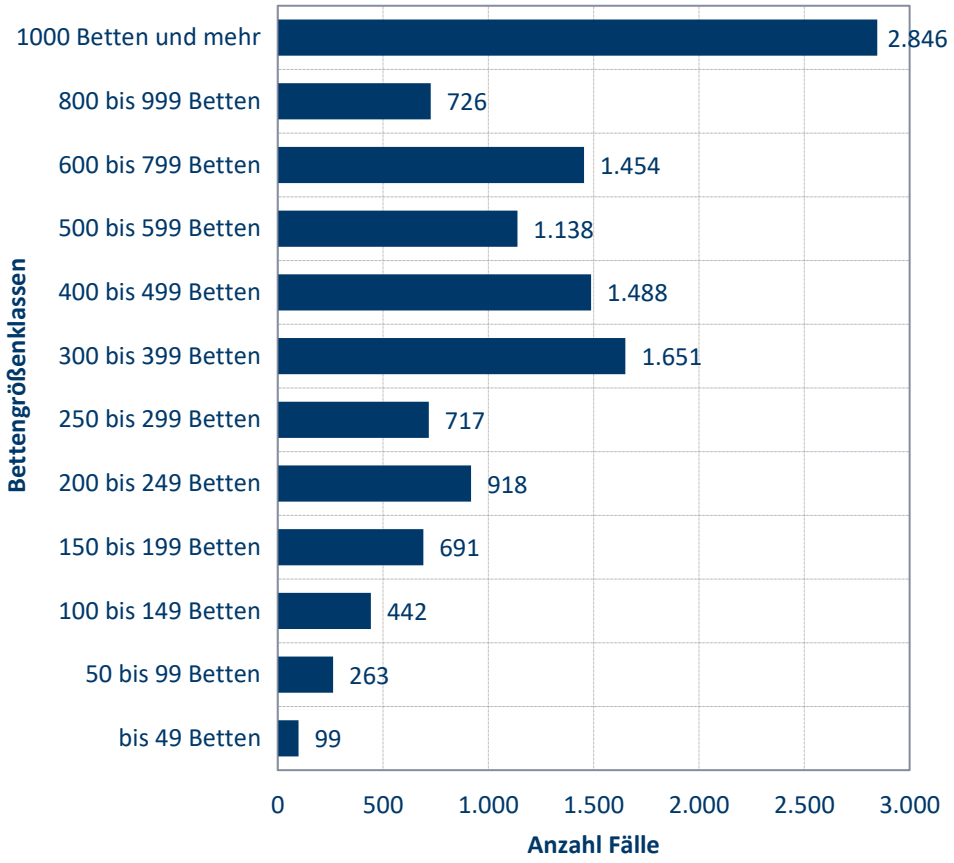
DRG	Bezeichnung	Fälle	Prozent
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	121	1,0 %
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, …	118	0,9 %
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	118	0,9 %
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne …	117	0,9 %
F49G	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne …	100	0,8 %
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre	99	0,8 %
Summe TOP 15		**2.440**	**19,8 %**
insgesamt		**12.344**	**100,0 %**

Quelle: InEK

Behandelnde Krankenhäuser

Rund 23 % der vollstationär versorgten Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion Z21 als Nebendiagnose wurden in Kliniken mit mindestens 1.000 Betten, knapp die Hälfte jedoch in Klinken mit weniger als 500 Betten versorgt (Abbildung 115).

Abbildung 115: Vollstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose nach Bettengrößenklassen, 2023



Quelle: InEK

4.2.4.2 Teilstationär versorgte Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose

Die 128 teilstationär versorgten Patientinnen und Patienten mit einer asymptomatischen HIV-Infektion wurden häufig wegen Nierenerkrankungen behandelt. Es handelte sich weit überwiegend um Männer (78,1 %). Rund 13 % waren im Alter von 10 bis 29 Jahre, 57,8 % waren 30 bis 59 Jahre alt und 27,3 % 60 Jahre und älter. Die mittlere Verweildauer betrug 15,1 Tage. Insgesamt hatten 77,3 % einen PCL von 0 oder 1; immerhin 14,8 % hatten aber einen PCCL von 3.

4.3 Fazit

Für die Analyse der stationären Krankenhausversorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV wurden verschiedene Fallgruppen unterschieden:

- Fälle mit einer HIV-DRG (MDC 18A)
- Fälle mit einer OPS 8-548 (Hochaktive antiretrovirale Therapie)
- Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Hauptdiagnose
- Fälle mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose
- Fälle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose
- Fälle mit einer HIV-assoziierten Krankheit als Hauptdiagnose

Vor allem die vier letztgenannten Fallgruppen unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht zum Teil deutlich voneinander:

- Die Fallgruppe mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Hauptdiagnose ist mit 714 vollstationären Fällen im Jahr 2023 sehr klein. Die Fälle entfallen weit überwiegend auf Männer im Alter von 30 bis 49 Jahren. Die mittlere Verweildauer ist mit 16,3 Tagen relativ lang und nahezu die Hälfte aller Fälle weist einen PCCL von 3 bis 6 auf. Bei den therapeutischen Leistungen spielt die HAART eine große Rolle und 43 % der Fälle werden in Kliniken mit mehr als 1.000 Fällen (vielfach Universitätskliniken) versorgt.
- Die Fallgruppe mit einer HIV-Krankheit (B20-B24 ICD) als Nebendiagnose ist mit – je nach Datenquelle – 6.455 bzw. 6.609 vollstationären Fällen deutlich größer, die Patientinnen und Patienten im Mittel etwas älter und die mittlere Verweildauer mit 12,6 Tagen deutlich kürzer als bei den Fällen mit einer solchen Hauptdiagnose. Auch diese Gruppe weist vielfach einen hohen PCCL auf (rund 60 % aller Fälle mit einem PCCL von 3 bis 6), in der Therapie spielt die HAART noch immer eine große Rolle, und die Behandlung findet bei rund 40 % aller Fälle in Kliniken mit mindestens 1.000 Betten statt.
- Die Fallgruppe mit einer asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose ist mit 12.433 vollstationären Fällen annähernd doppelt so groß wie die vorherige Gruppe. Von den Patientinnen und Patienten ist ein Drittel 60 Jahre und älter, ein PCCL von 3 bis 6 liegt nur noch bei gut einem Fünftel der Fälle vor. Die mittlere Verweildauer ist mit 6,8 Tagen deutlich kürzer und liegt sogar noch etwas unter der durchschnittlichen Verweildauer aller vollstationären Krankenhausfälle. Das Spektrum der Hauptdiagnosen ist vergleichbar mit dem der Krankenhausfälle ohne eine HIV-Nebendiagnose, und die Behandlung findet nur noch bei einem guten Fünftel der Patientinnen und Patienten in einer Klinik mit mindestens 1.000 Betten statt, zur Hälfte jedoch in Kliniken mit weniger als 500 Betten.
- Die vierte Gruppe mit insgesamt nur 217 vollstationären Fällen im Jahr 2023 umfasst drei Diagnosen (O98.7, P37.1 und Z20.6 ICD), die im Kontext einer Geburt kodiert werden.

Die Analysen zeigen, dass die vollstationäre Krankenhausversorgung, bei der die HIV-Krankheit selbst (als Hauptdiagnose) im Vordergrund steht, seit Jahren rückläufig ist und mittlerweile z. T. sehr geringe Fallzahlen aufweist:

- HIV-DRG: Rückgang von 5.423 Fällen im Jahr 2005 auf 2.472 Fälle im Jahr 2023
- OPS 8-548: Rückgang von 4.088 Fällen im Jahr 2016 auf 2.828 Fälle im Jahr 2023
- HIV-Krankheit als Hauptdiagnose: Rückgang von 5.912 Fällen im Jahr 2000 auf 714 Fälle im Jahr 2023
- HIV-Krankheit als Nebendiagnose: Rückgang von 10.876 Fällen im Jahr 2000 auf 6.455 Fälle im Jahr 2023

Auf der anderen Seite nimmt die Zahl der Fälle mit asymptomatischen HIV-Infektion (Z21 ICD) als Nebendiagnose deutlich zu: von 4.060 Fällen im Jahr 2005 auf 12.433 Fälle im Jahr 2023.

Diese quantitativen und qualitativen Veränderungen in der vollstationären Versorgung von HIV-Patientinnen und -Patienten stellen kleinere, nicht-universitäre Krankenhäuser vor neue Herausforderungen, während die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer akuten HIV-Krankheit auch bei zunehmend geringer werdenden Fallzahlen qualitativ hochwertig und flächendeckend gewährleistet werden muss.

Neben stationären Behandlungen bilden zahlreiche infektiologische und HIV-Ambulanzen einen festen Bestandteil der Versorgung von HIV-Patientinnen und Patienten durch Krankenhäuser. Allerdings fehlt es an Transparenz darüber, welchen Versorgungsanteil die Krankenhäuser hiermit quantitativ und qualitativ an der ambulanten Versorgung übernehmen und welche Funktion sie an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung einnehmen.

5. Wahrgenommene Versorgungsqualität aus Sicht von Menschen mit HIV – Ergebnisse einer Online-Befragung

5.1 Methodisches Vorgehen

Durchgeführt wurde eine anonyme Online-Befragung von Menschen mit HIV. Vor der Durchführung wurde im Rahmen einer Kurzberatung der Geschäftsstelle der Ethik-Kommission (Ärztekammer Berlin) bestätigt, dass eine berufsethische und berufsrechtliche Beratung des Vorhabens gemäß § 15 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin nicht erforderlich ist.

5.1.1 Zielgruppe der Befragung

Zielgruppe der Befragung waren alle Personen im Alter von mindestens 18 Jahren in Deutschland, die mit HIV/AIDS leben.

5.1.2 Zugang zur Zielgruppe

Die Befragung wurde von den Auftraggebern über verschiedene Kanäle bekanntgemacht, damit möglichst viele Menschen, die mit HIV/AIDS leben, über die Befragung informiert wurden und entscheiden konnten, ob sie sich an der Befragung beteiligen möchten. Auf die Freiwilligkeit der Beteiligung und die Anonymität der Angaben wurde ausdrücklich hingewiesen.

Für die Bekanntmachung der Befragung wurden insbesondere die folgenden Ansätze gewählt:

- Die Deutsche AIDS-Stiftung als Teil des Auftraggeberkonsortiums hat auf der Internetseite, in Newslettern sowie über Social Media-Kanäle auf die Befragung hingewiesen. Des Weiteren wurde ein Informationssschreiben postalisch versendet.
- Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä) hat als Teil des Auftraggeberkonsortiums ihre Mitglieder darum gebeten, in der Arztpraxis einen Aushang zu machen, in dem auf die Befragung hingewiesen wurde (Hintergrund, Link und QR-Code zur Befragungsseite). Die Ärztinnen und Ärzte haben keine persönliche direkte Ansprache der Patientinnen und Patienten vorgenommen.

Des Weiteren wurden die Deutsche Aidshilfe sowie die regionalen und lokalen Beratungsstellen gebeten, in geeigneter Weise auf die Befragung aufmerksam zu machen. Die Befragung wurde zudem auf der Website: https://www.hivandmore.de/ bekannt gemacht.

5.1.3 Inhalte des Fragebogens

Der Fragebogen wurde vom IGES Institut entworfen und mit den Auftraggebern abgestimmt. Der interdisziplinär zusammengesetzte Fachbeirat der Deutschen AIDS-Stiftung wurde um Stellungnahme zum Entwurf des Fragebogens gebeten, ebenso wie Vertreterinnen und Vertreter der Deutschen Aidshilfe. Überdies wurde der Fragebogen mit einer ausgewählten Gruppe von Menschen, die mit HIV leben, u. a. hinsichtlich der Verständlichkeit und Komplexität verprobt. Der Fragebogen enthielt Frageblöcke zu folgenden Aspekten:

- Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsleistungen und Zufriedenheitsaspekte
- Inanspruchnahme stationärer Gesundheitsleistungen und Zufriedenheitsaspekte
- generelle Einschätzung der Versorgungsangebote
- grundlegende sozio-demographische Angaben (z. B. Alter (Kategorien), Art der Krankenversicherung, Bundesland)

Es wurden keine Freitexte abgefragt, um eine anonyme Durchführung der Befragung zu gewährleisten.

5.1.4 Durchführung der Befragung

Die Befragung der HIV-Betroffenen wurde als „offene“ Online-Befragung konzipiert, d. h. für den Zugang zur Befragung war kein Zugangscode erforderlich. Das IGES hat als Befragungsseite die Domain www.versorgung-hiv.de gekauft und eingerichtet. Auf der Befragungsseite erschienen alle wesentlichen Informationen zur Befragung (Hintergrund und Auftraggeber, Datenschutzhinweis inkl. Kontakt zu Datenschutzbeauftragten des IGES Instituts), Kontakt bei Rückfragen). Es bestand die Möglichkeit, die Befragung in Englisch durchzuführen.

Die Befragung wurde im Zeitraum von Ende März 2025 bis Mitte Mai 2025 durchgeführt.

5.1.5 Teilnahme an der Befragung

An der Befragung haben sich 694 Personen beteiligt. Davon haben elf Personen (1,6 %) den englischen Fragebogen ausgefüllt.

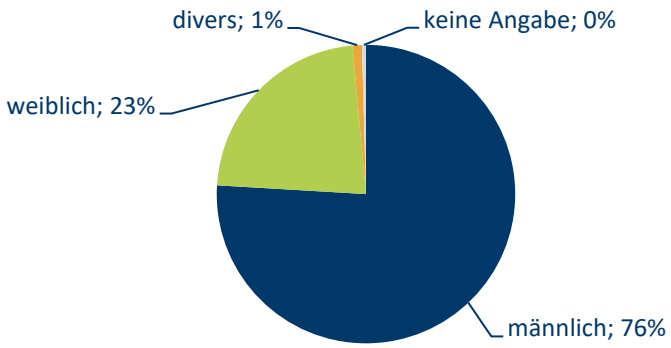
5.2 Ergebnisse der Befragung

5.2.1 Beschreibung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Geschlecht und Alter

Knapp ein Viertel (rund 23 %, n = 157) der befragten Menschen mit HIV sind weiblich, rund drei Viertel (76 %, n = 527) männlich (Abbildung 116). Dies entspricht dem Geschlechterverhältnis der Patientinnen und Patienten mit HIV, welches auf Basis der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten ermittelt wurde (vgl. dazu Kapitel 2.3).

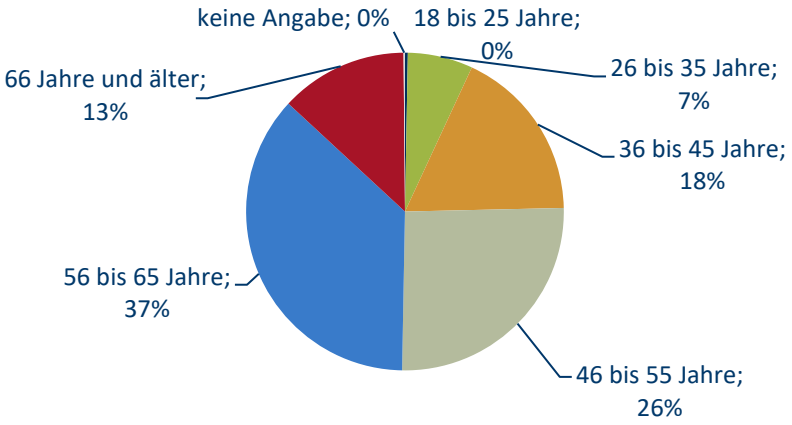
Abbildung 116: Geschlecht der befragten Menschen mit HIV (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 694; Frage: „Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?“

Rund die Hälfte der befragten Menschen mit HIV (50 %, n = 344) sind mindestens 56 Jahre alt, etwas mehr als ein Viertel (26 %, n = 178) ist zwischen 46 und 55 Jahre (Abbildung 117). Jüngere Altersgruppen (18 bis 35 Jahre) sind kaum vertreten (7 %, n = 48).

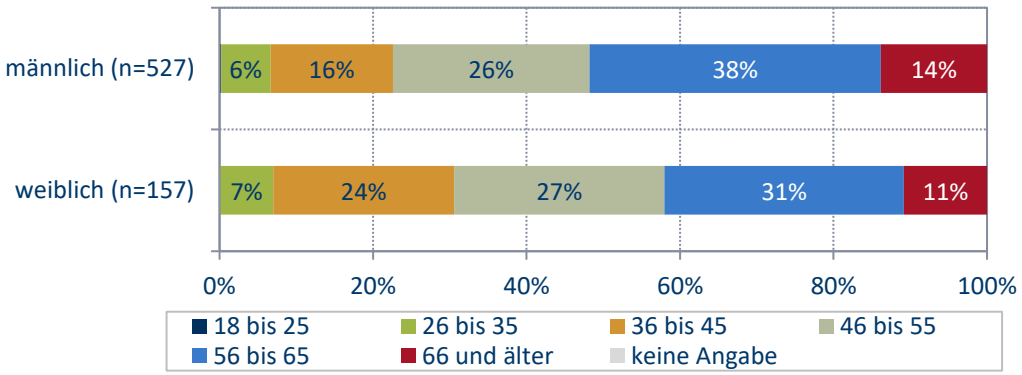
Abbildung 117: Altersgruppen der befragten Menschen mit HIV (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 694; Frage: „Wie alt sind Sie?“

Bei den befragten Männern mit HIV sind rund 52 % (n = 273) mindestens 56 Jahre alt, bei den Frauen mit HIV ist der entsprechende Anteil geringer (42 %, n = 66) (Abbildung 118). Entsprechend ist der Anteil der Menschen in den jüngeren Altersgruppen bis 45 Jahren bei den Frauen höher als bei den Männern – rund 31 % (n = 48) im Vergleich zu rund 23 % (n = 119).

Abbildung 118: Altersverteilung der befragten Menschen mit HIV nach Geschlecht (in %)



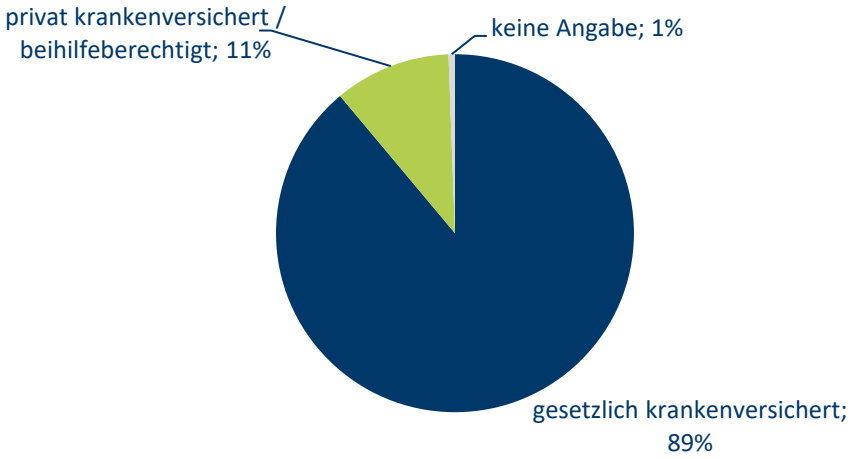
Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: Drei Personen machten keine Angaben zu ihrem Geschlecht; eine Auswertung der Gruppe der diversen Menschen nach Altersgruppen wurde aufgrund der geringen Fallzahl (n = 7) nicht vorgenommen.

Art der Krankenversicherung

Die Mehrheit der Befragten (89 %, n = 618) ist gesetzlich krankenversichert (Abbildung 119). Rund 11 % (n = 76) sind privat krankenversichert oder beihilfeberechtigt. Dies entspricht in etwa dem Anteilsverhältnis in der Gesamtbevölkerung. Keine der befragten Personen gab an, nicht krankenversichert zu sein.

Befragte Männer sind etwas häufiger privat krankenversichert/beihilfeberechtigt (13 %, n = 66) als befragte Frauen (4 %, n = 6).

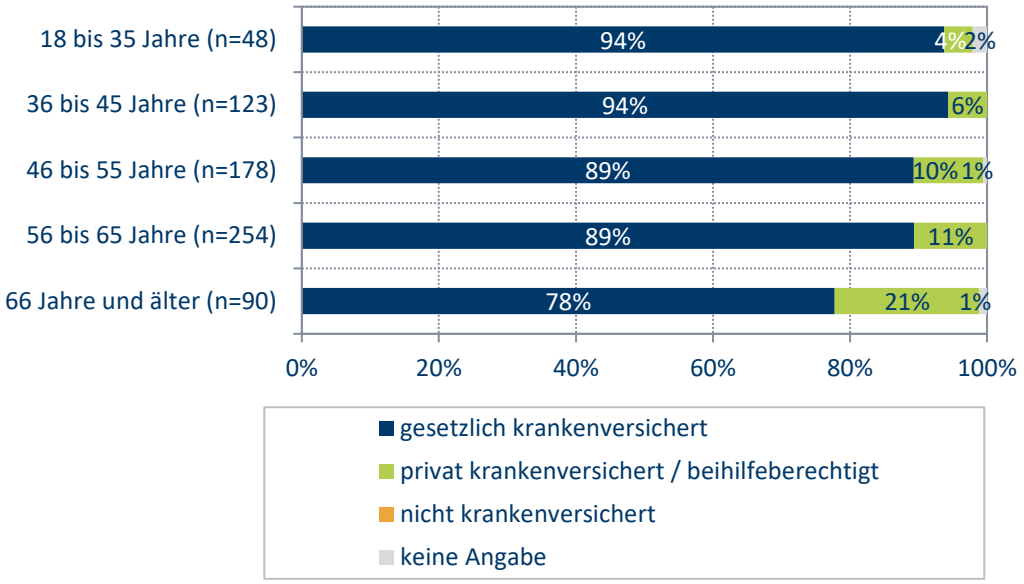
Abbildung 119: Art der Krankenversicherung der befragten Menschen mit HIV (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 694; Frage: „Bitte geben Sie die Art Ihrer Krankenversicherung an.“

Jüngere Personen waren etwas seltener privat krankenversichert/beihilfeberechtigt als ältere Personen (Abbildung 120).

Abbildung 120: Art der Krankenversicherung nach Altersgruppen der befragten Menschen mit HIV (in %)

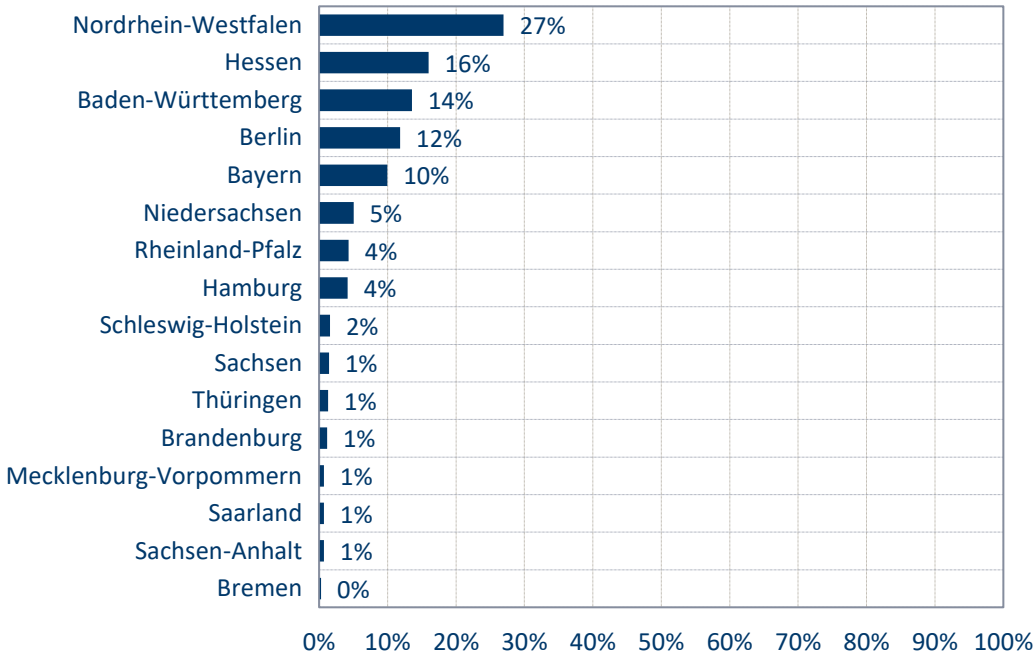


Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: Eine Person machte keine Angaben zu ihrem Alter.

Regionale Verteilung

Mehr als die Hälfte der befragten Menschen mit HIV (56 %, n = 392) hat den Hauptwohnsitz in Nordrhein-Westfalen (27 %, n = 187), Hessen (16 %, n = 111) oder Baden-Württemberg (14 %, n = 94) (Abbildung 121). Rund jede zehnte bzw. jeder zehnte Befragte kommt aus Berlin (12 %, n = 82) oder Bayern (10 %, n = 69). Auf die anderen Bundesländer entfallen jeweils maximal 5 % der befragten Menschen mit HIV.

Abbildung 121: Bundesland des Hauptwohnsitzes der befragten Menschen mit HIV (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 694; Frage: „In welchem Bundesland leben Sie? Bitte geben Sie das Bundesland Ihres Hauptwohnsitzes an."; zwei Personen machten keine Angaben zu ihrem Bundesland; niemand gab an, außerhalb Deutschlands zu wohnen.

Für die weiteren regionalen Auswertungen wurden – analog zur regionalen Gliederung in Kapitel 3.3– zwei Regionen gebildet, nämlich Südwest und Nordost:

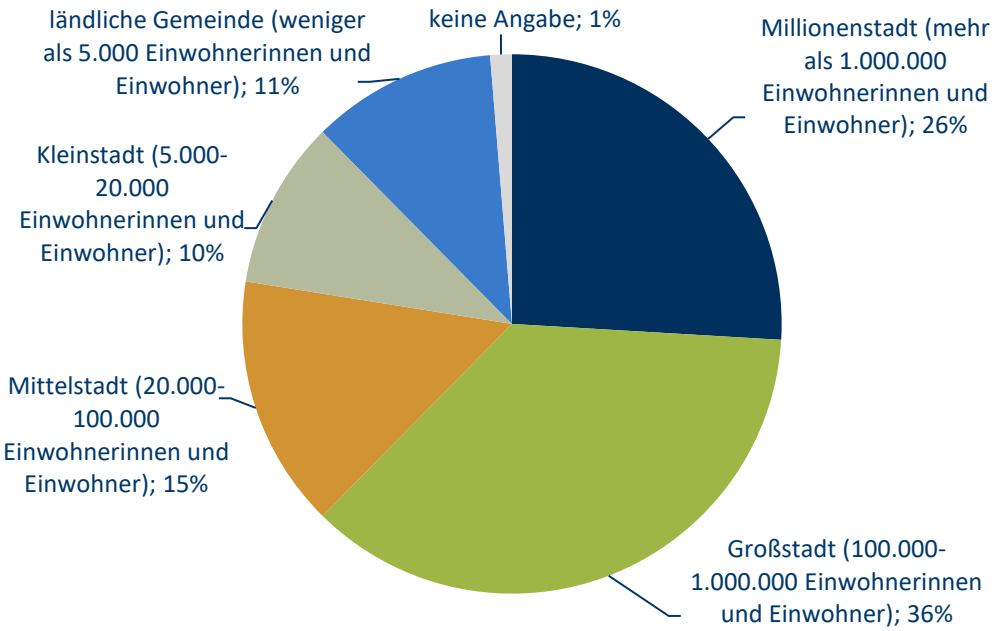
- Südwest: Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland.
- Nordost: Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen.

Von den befragten Menschen mit HIV haben rund 72 % (n = 496) ihren Hauptwohnsitz in der Region Südwest und rund 28 % (n = 196) in der Region Nordost.

Größe des Wohnortes

Rund ein Viertel der befragten Menschen mit HIV (26 %, n = 180) lebt in einer Millionenstadt; etwas mehr als ein Drittel (36 %, n = 253) in einer Großstadt (Abbildung 122). In einer ländlichen Gemeinde oder Kleinstadt wohnt rund jede fünfte bzw. jeder fünfte Befragte (21 %, n = 147), in einer Mittelstadt rund 15 % (n = 105).

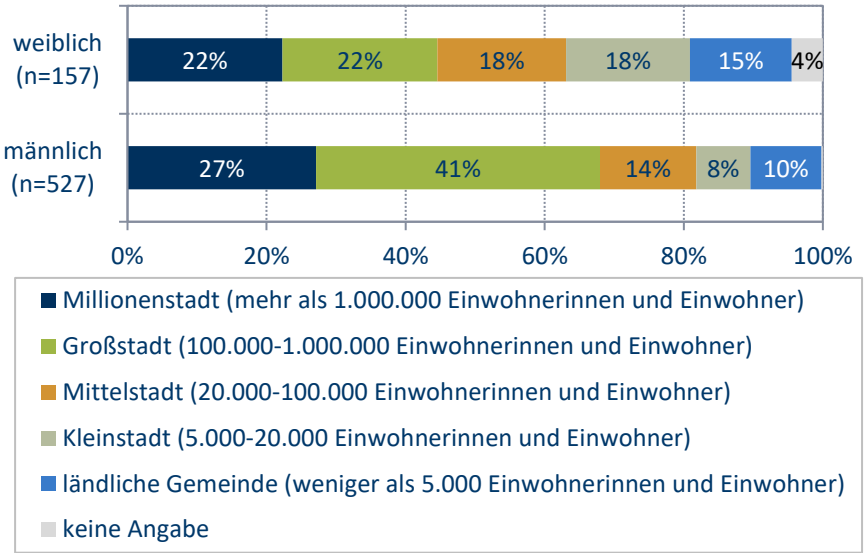
Abbildung 122: Größe des Wohnortes der befragten Menschen mit HIV (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 694; Frage: „Was trifft auf Ihren Wohnort am ehesten zu?“; den Personen aus Stadtstaaten wurde diese Frage nicht gestellt, da die Einwohnerzahl bekannt ist.

Befragte Frauen mit HIV wohnen deutlich häufiger in einer Kleinstadt bzw. ländlichen Gemeinde als die befragten Männer mit HIV (32 %, n = 51 im Vergleich zu 18 %, n = 95) (Abbildung 123).

Abbildung 123: Größe des Wohnortes nach Geschlecht der befragten Menschen mit HIV (in %)

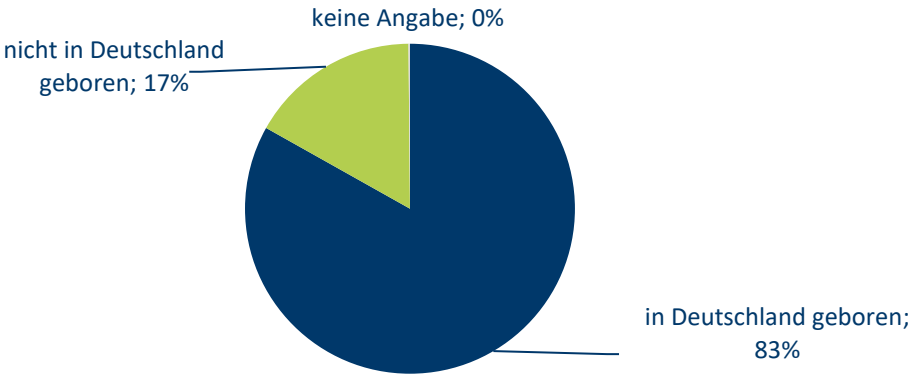


Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025

Geburtsort

Rund 83 % (n = 577) der befragten Menschen mit HIV sind in Deutschland geboren, rund 17 % (n = 116) sind nicht in Deutschland geboren (Abbildung 124).

Abbildung 124: Geburtsort der befragten Menschen mit HIV (in %)

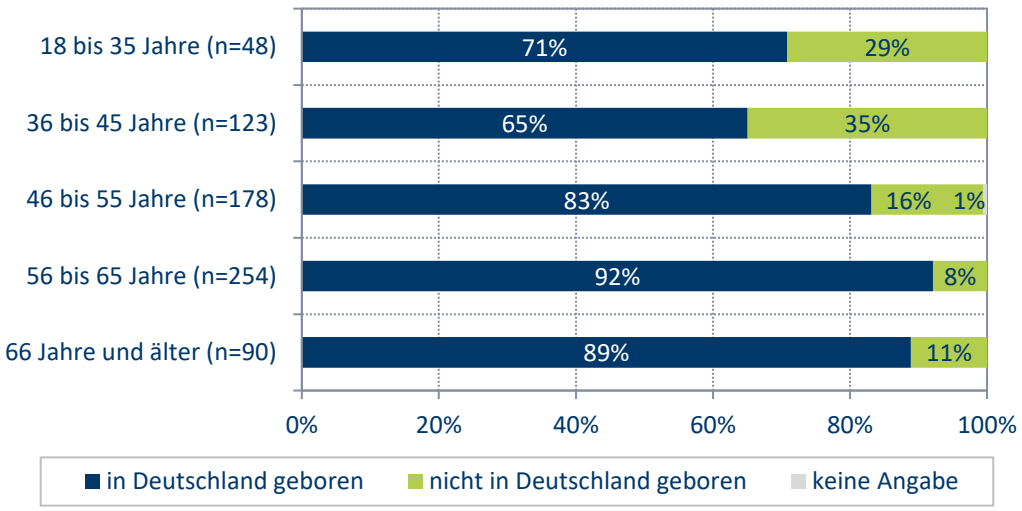


Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 694; Frage: „Sind Sie in Deutschland geboren?“

Ein höherer Anteil der befragten Männer mit HIV ist in Deutschland geboren als bei den befragten Frauen mit HIV (87 %, n = 461 im Vergleich zu 68 %, n = 107).

Auch Personen in den älteren Altersgruppen sind zu einem deutlich höheren Anteil in Deutschland geboren als Personen in den jüngeren Altersgruppen von 18 bis 45 Jahren (Abbildung 125).

Abbildung 125: Geburtsort nach Altersgruppen der befragten Menschen mit HIV (in %)

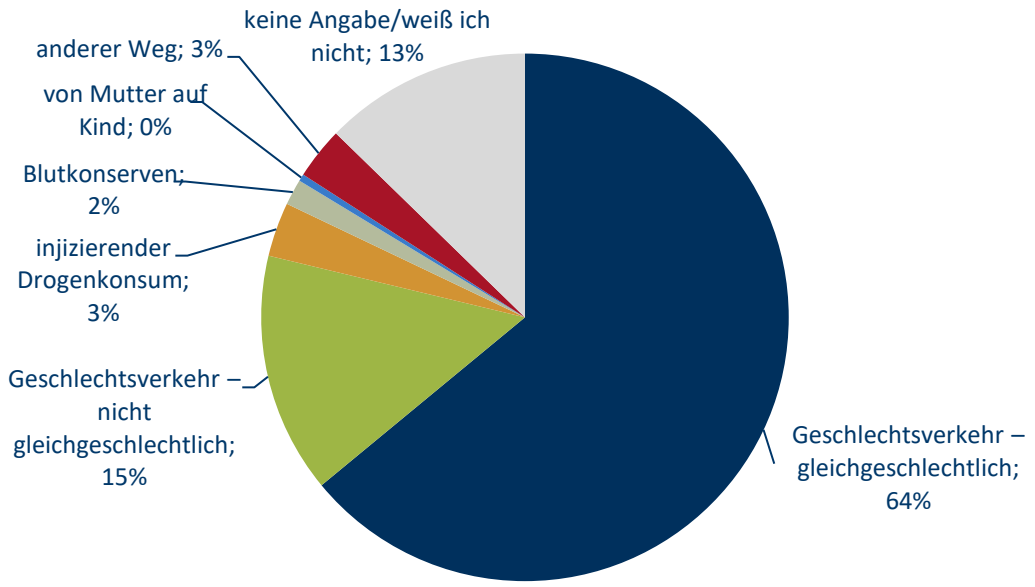


Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025

Infektionswege

Knapp zwei Drittel der befragten Menschen mit HIV (64 %, n = 443) hat HIV über gleichgeschlechtlichen Geschlechtsverkehr bekommen, rund 15 % (n = 102) über nicht-gleichgeschlechtlichen Geschlechtsverkehr (Abbildung 126). Ein vergleichsweise hoher Anteil von rund 13 % (n = 88) gaben bei dieser Frage „keine Angaben/weiß ich nicht“ an und rund 8 % (n = 59) haben HIV über andere Übertragungswege bekommen, darunter 3 % (n = 23) über injizierenden Drogenkonsum.

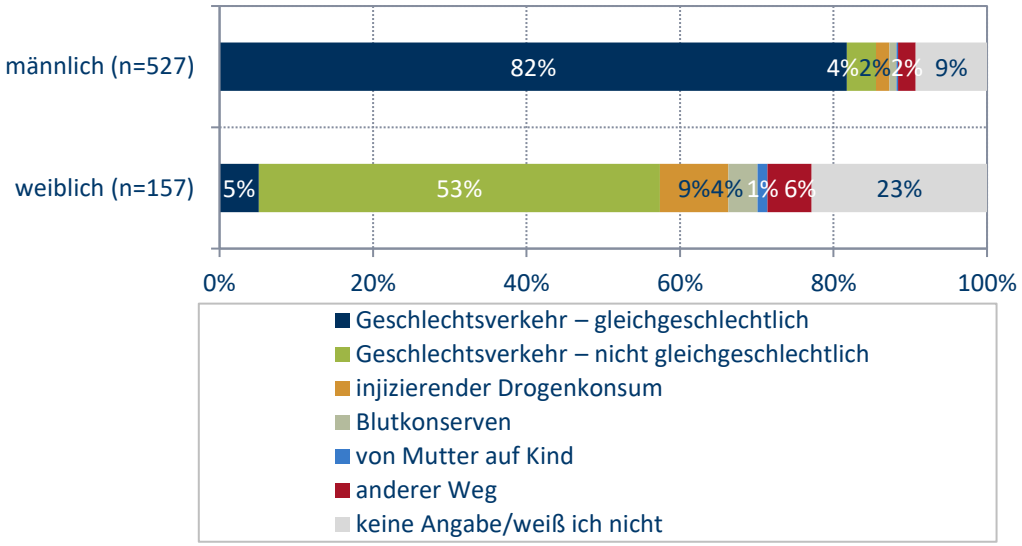
Abbildung 126: Infektionswege der befragten Menschen mit HIV (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 694; Frage: „Auf welchem Weg haben Sie HIV bekommen?“

Die Übertragungswege unterscheiden sich deutlich zwischen Männern und Frauen: Während für rund 82 % (n = 430) der Männer gleichgeschlechtlicher Geschlechtsverkehr der Übertragungsweg ist, liegt dieser Anteil für die Frauen mit HIV bei lediglich rund 5 % (n = 8). Mehr als die Hälfte der Frauen hat HIV über nicht-gleichgeschlechtlichen Geschlechtsverkehr erhalten (53 %, n = 82); bei den Männern wird dieser Übertragungsweg nur von rund 4 % (n = 20) angegeben. Frauen haben bei dieser Frage deutlich häufiger „keine Angaben/weiß ich nicht“ geantwortet als Männer (23 %, n = 36 im Vergleich zu 9 %, n = 50).

Abbildung 127: Infektionswege der befragten Menschen mit HIV nach Geschlecht (in %)

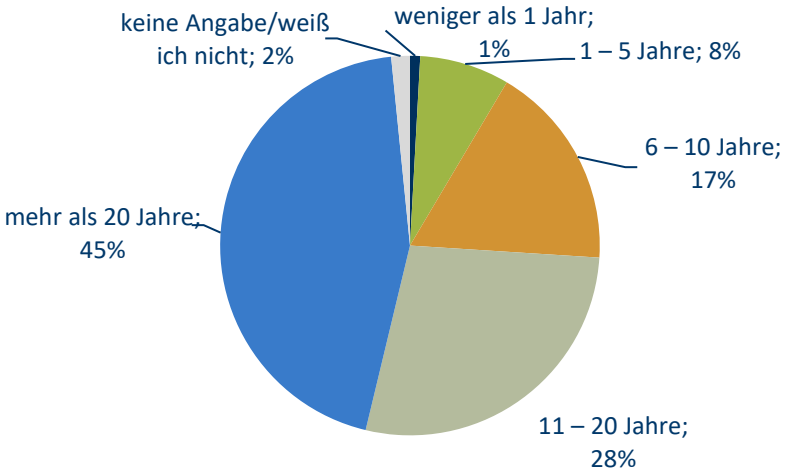


Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: Drei Personen machten keine Angaben zu ihrem Geschlecht; eine Auswertung der Gruppe der diversen Menschen nach Altersgruppen wurde aufgrund der geringen Fallzahl (n = 7) nicht vorgenommen.

Zeitdauer seit Infektion

Rund 45 % (n = 309) der befragten Menschen mit HIV leben seit mehr als 20 Jahren mit HIV, rund 28 % (n = 192) seit 11 bis 20 Jahren (Abbildung 128). Lediglich rund 9 % (n = 59) der Befragten weiß seit maximal fünf Jahren von der HIV-Infektion.

Abbildung 128: Zeitdauer seit Infektion der befragten Menschen mit HIV (in %)



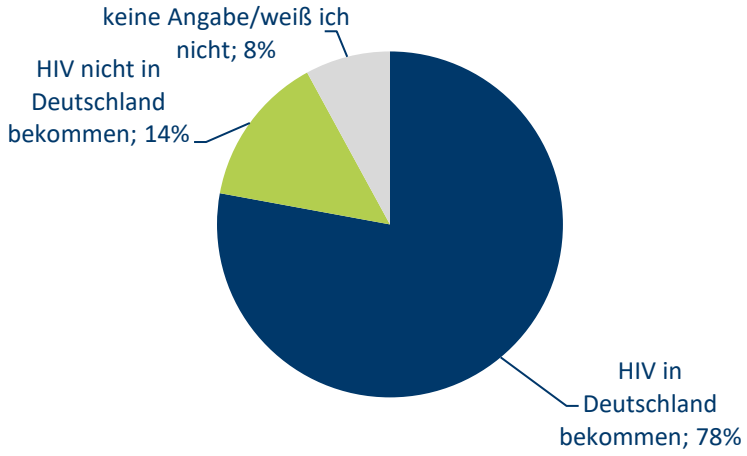
Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 694; Frage: „Wie lange leben Sie bereits mit HIV?“

Infektion in Deutschland

Mehr als drei Viertel (78 %, n = 539) der befragten Menschen mit HIV haben HIV in Deutschland bekommen, rund 14 % (n = 98) haben HIV nicht in Deutschland bekommen und rund 8 % (n = 57) wissen es nicht bzw. machten keine Angaben (Abbildung 129).

Männer haben deutlich häufiger HIV in Deutschland bekommen als Frauen (82 %, n = 430 im Vergleich zu 66 %, n = 103). Dementsprechend haben die befragten Männer mit HIV deutlich seltener HIV im Ausland bekommen als die befragten Frauen mit HIV (10 %, n = 53 im Vergleich zu 28 %, n = 43).

Abbildung 129: Infektionsland der Menschen mit HIV (in %)



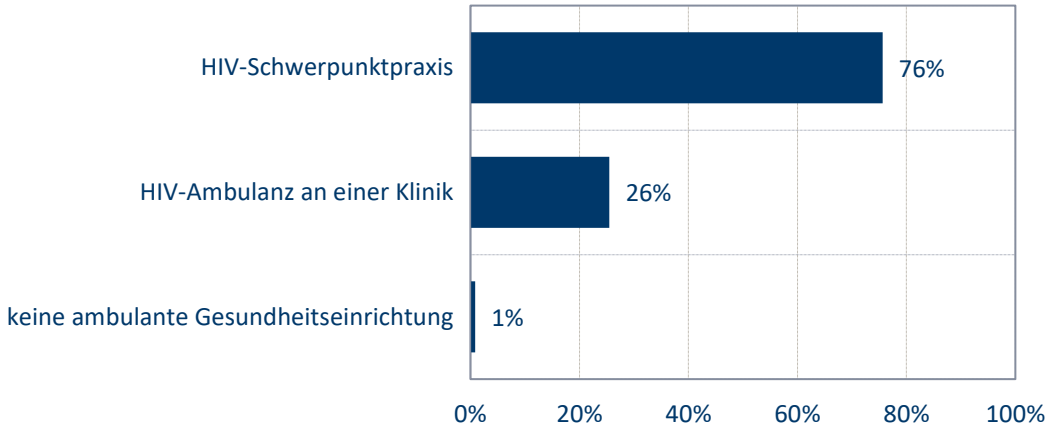
Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 694; Frage: „Haben Sie in Deutschland HIV bekommen?“

5.2.2 Ambulante Gesundheitsversorgung

Inanspruchnahme einer ambulanten Gesundheitseinrichtung

Rund drei Viertel der befragten Menschen mit HIV (rund 76 %, n = 525) besuchen aufgrund der HIV-Erkrankung eine HIV-Schwerpunktpraxis, rund ein Viertel (26 %, n = 177) eine HIV-Ambulanz an einer Klinik (Abbildung 130). Lediglich rund 1 % (n = 6) der befragten Personen gibt an, keine ambulante Gesundheitseinrichtung zu besuchen.

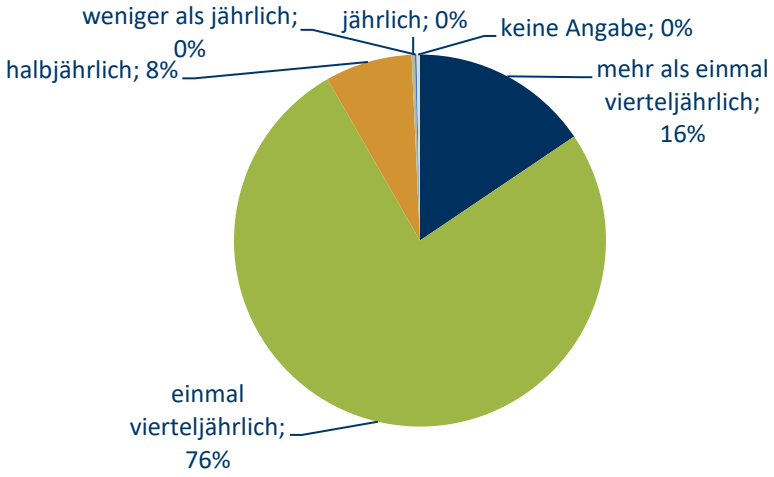
Abbildung 130: Inanspruchnahme einer ambulanten Gesundheitseinrichtung der befragten Menschen mit HIV (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 694; Mehrfachnennungen waren möglich; Frage: „Welche ärztlichen Praxen oder Gesundheitszentren besuchen Sie wegen Ihrer HIV-Infektion?“; vier Personen machten bei dieser Frage keine Angaben

Rund drei Viertel der befragten Menschen mit HIV (76 %, n = 524) besucht einmal vierteljährlich eine HIV-Schwerpunktpraxis bzw. eine HIV-Ambulanz (Abbildung 131).

Abbildung 131: Häufigkeit der Besuche in einer HIV-Schwerpunktpraxis und/oder einer HIV-Ambulanz (in %)

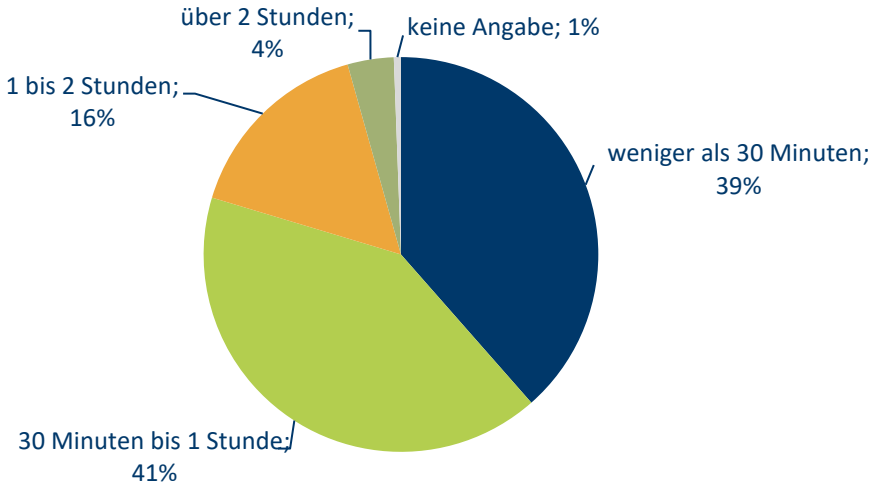


Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n=688; ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen; Frage: „Wie häufig besuchen Sie in der Regel eine HIV-Schwerpunktpraxis und/oder eine HIV-Ambulanz?“

Erreichbarkeit der ambulanten Gesundheitseinrichtung

Rund 39 % (n = 265) der befragten Menschen mit HIV brauchten bei dem letzten Besuch in einer HIV-Schwerpunktpraxis bzw. einer HIV-Ambulanz für den Anfahrtsweg weniger als 30 Minuten; rund 41 % (n = 283) brauchten zwischen 30 Minuten und einer Stunde (Abbildung 132). Für rund ein Fünftel der Befragten dauerte der letzte Anfahrtsweg mehr als eine Stunde.

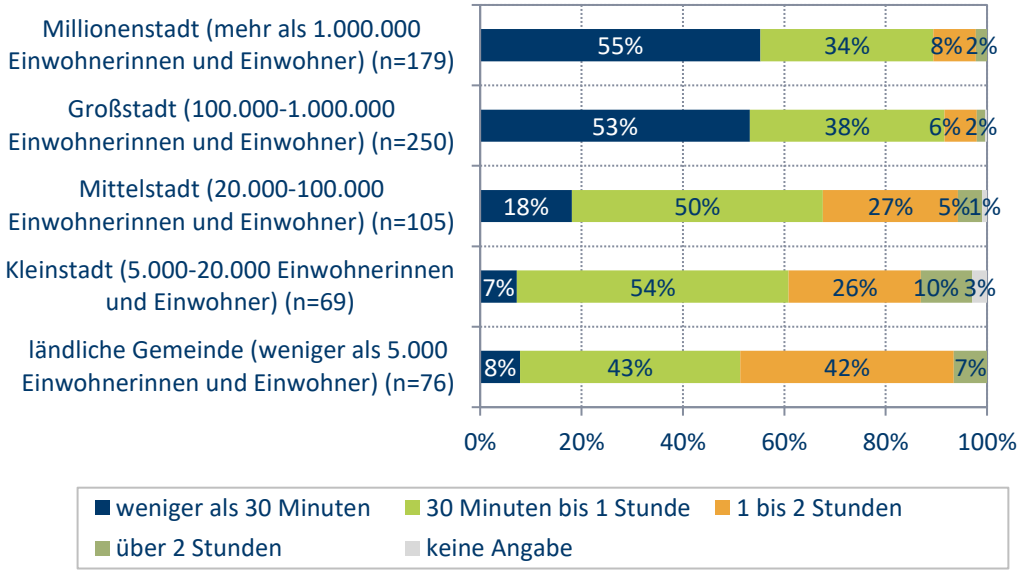
Abbildung 132: Anfahrtszeit zur HIV-Schwerpunktpraxis bzw. zur HIV-Ambulanz der befragten Menschen mit HIV (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 688; ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen; Frage: „Bitte denken Sie an Ihren letzten Besuch in einer HIV-Schwerpunktpraxis bzw. einer HIV-Ambulanz: Wie lange haben Sie für den Weg in die Praxis bzw. Ambulanz gebraucht?“

Die Anfahrtszeit zu einer HIV-Schwerpunktpraxis bzw. einer HIV-Ambulanz unterscheidet sich deutlich nach der Größe des Wohnortes der befragten Person: Während in Millionenstädten bzw. Großstädten rund jede zehnte befragte Person einen Anfahrtsweg von mehr als einer Stunde hat, sind es in Kleinstädten rund 36 % (n = 25), in ländlichen Gemeinden rund 49 % (n = 37) (Abbildung 133).

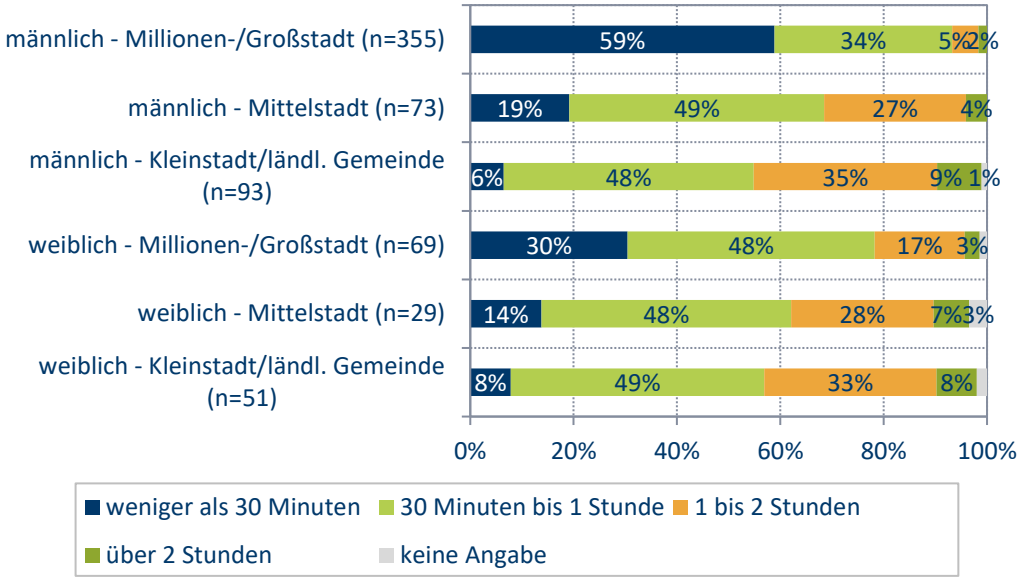
Abbildung 133: Anfahrtszeit zur HIV-Schwerpunktpraxis bzw. zur HIV-Ambulanz der befragten Menschen mit HIV nach Wohnortgröße (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen

Männer und Frauen haben die Frage nach der Anfahrtszeit insbesondere in Millionen- und Großstädten unterschiedlich beantwortet: Während rund 59 % (n = 209) der männlichen Befragten aus Millionen- und Großstädten einen Anfahrtsweg zur HIV-Praxis bzw. HIV-Ambulanz von weniger als 30 Minuten angegeben haben, ist der entsprechende Anteil bei den weiblichen Befragten aus Millionen- und Großstädten mit rund 30 % (n = 21) deutlich geringer (Abbildung 134).

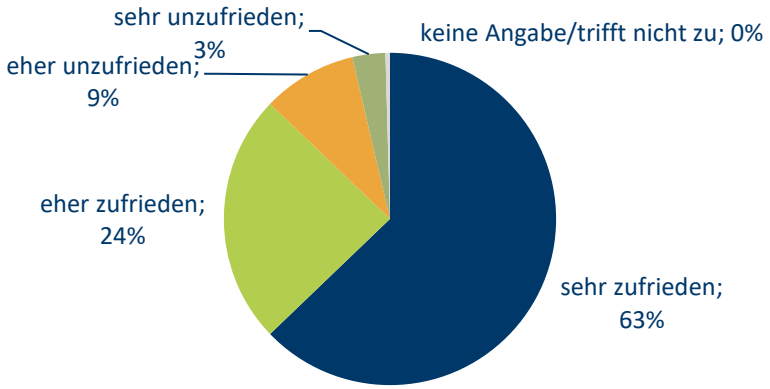
Abbildung 134: Anfahrtszeit zur HIV-Schwerpunktpraxis bzw. zur HIV-Ambulanz der befragten Menschen mit HIV nach Wohnortgröße und nach Geschlecht (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen

Die große Mehrheit (87 %, n = 598) der befragten Menschen mit HIV ist zufrieden mit der Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxen bzw. der HIV-Ambulanzen, rund 63 % (n = 431) sind sogar sehr zufrieden (Abbildung 135). Rund 12 % (n = 85) der befragten Personen sind unzufrieden.

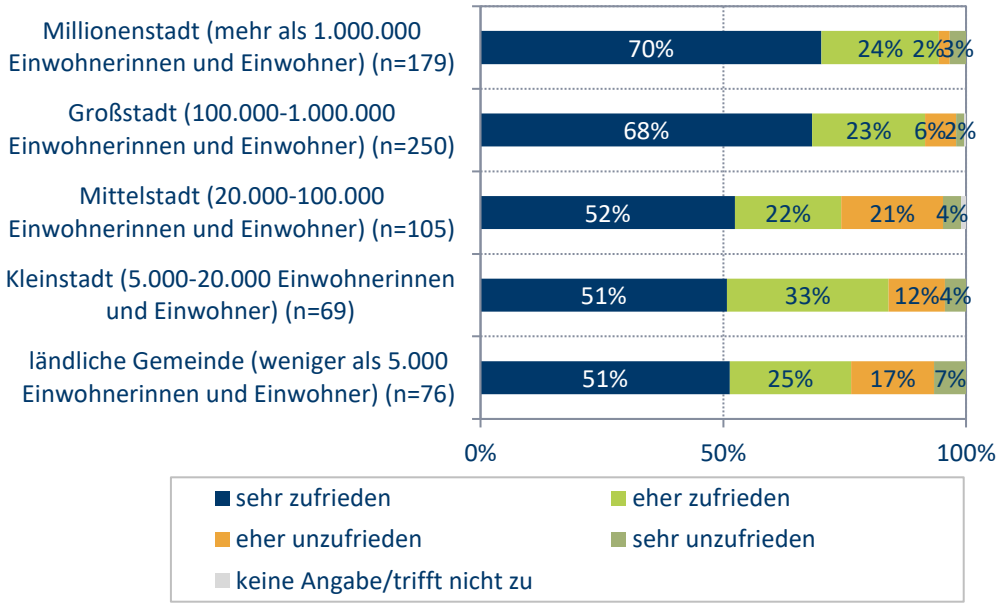
Abbildung 135: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV mit der Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxis bzw. HIV-Ambulanz (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 688; ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen; Frage: „Wie zufrieden waren Sie bei Ihrem letzten Besuch in einer HIV-Schwerpunktpraxis bzw. der HIV-Ambulanz mit der Erreichbarkeit der Einrichtung?“

Entsprechend den Ergebnissen zur Anfahrtszeit, demnach Personen aus Kleinstädten und ländlichen Gemeinden deutlich längere Anfahrtszeiten haben, ist auch die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit stark von der Größe des Wohnortes abhängig: Während in Millionenstädten bzw. Großstädten rund 70 % (n = 125 bzw. n = 170) der befragten Menschen mit HIV sehr zufrieden mit der Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxen bzw. HIV-Ambulanzen sind, liegt der Anteil bei Personen in Kleinstädten bzw. ländlichen Gemeinden bei rund 51 % (n = 35 bzw. n = 39) (Abbildung 136).

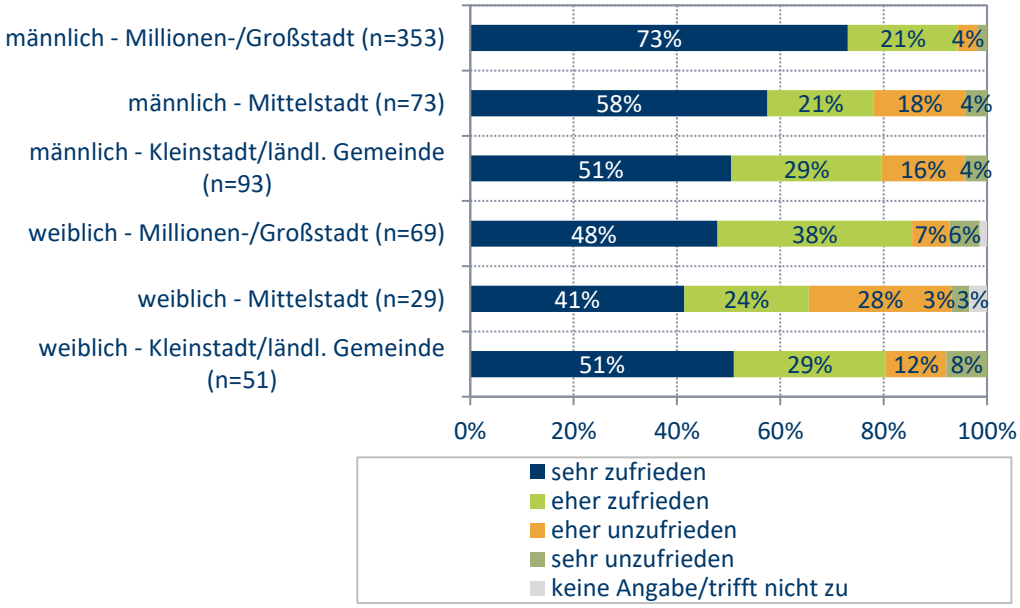
Abbildung 136: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV mit der Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxis bzw. HIV-Ambulanz nach Wohnortgröße (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen

Entsprechend der unterschiedlichen Einschätzung der Länge der Anfahrtswege durch Männer und Frauen in Millionen- und Großstädten ist auch die Zufriedenheit von Männern und Frauen mit der Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxen und -ambulanzen unterschiedlich. Während rund 73 % (n = 258) der männlichen Befragten aus Millionenstädten mit der Erreichbarkeit sehr zufrieden sind, liegt der Anteil bei den weiblichen Befragten aus Millionenstädten mit rund 48 % (n = 33) deutlich niedriger (Abbildung 137). Die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit in Kleinstädten und ländlichen Regionen unterscheidet sich nicht zwischen männlichen und weiblichen Befragten.

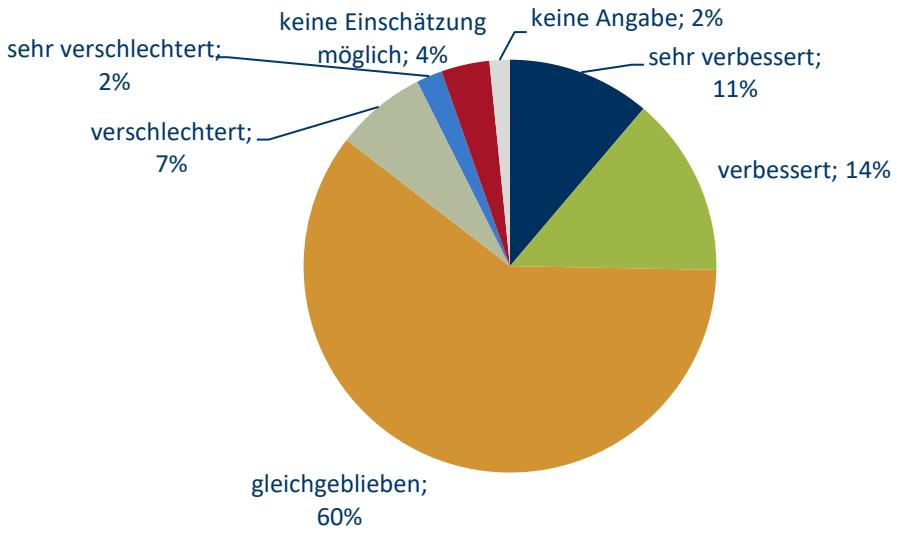
Abbildung 137: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV mit der Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxis oder HIV-Ambulanz nach Wohnortgröße und Geschlecht (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen

Rund 60 % (n = 414) der befragten Menschen mit HIV geben an, dass die Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxen bzw. -ambulanzen in den letzten fünf Jahren gleichgeblieben ist (Abbildung 138). Rund ein Viertel (25 %, n = 174) der befragten Personen sieht eine Verbesserung, rund 9 % (n = 63) eine Verschlechterung der Erreichbarkeit.

Abbildung 138: Bewertung der befragten Menschen mit HIV bezüglich der Entwicklung der Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxen bzw. -ambulanzen in den letzten fünf Jahren (in %)

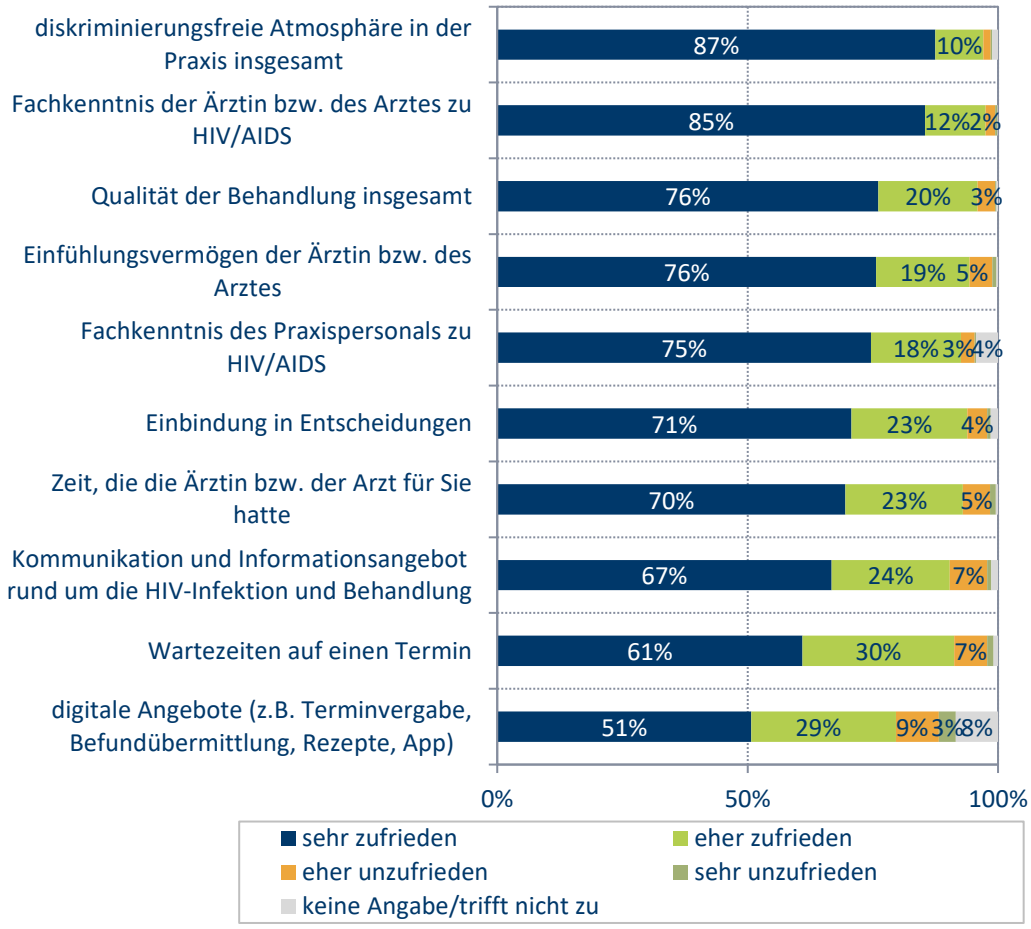


Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 688; ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen; Frage: „Wie hat sich die Erreichbarkeit der HIV-Schwerpunktpraxen bzw. -ambulanzen in den letzten fünf Jahren für Sie entwickelt?“

Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Behandlung

Die befragten Menschen mit HIV sind mehrheitlich zufrieden mit den verschiedenen abgefragten Aspekten der Behandlung. Am höchsten war die Zufriedenheit mit der diskriminierungsfreien Atmosphäre in der Praxis und der Fachkenntnis der Ärztinnen und Ärzte; diesbezüglich geben rund 87 % (n = 602) bzw. rund 85 % (n = 588) der Befragten an, sehr zufrieden zu sein (Abbildung 139). Rund drei Viertel sind jeweils sehr zufrieden mit der Qualität der Behandlung insgesamt, dem Einfühlungsvermögen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Fachkenntnis des Praxispersonals zu HIV/AIDS. Die geringsten Zufriedenheitswerte bezogen sich auf die Wartezeiten auf einen Termin (sehr zufrieden: 61 %, n = 419) und digitale Angebote (z. B. Terminvergabe, Befundübermittlung, Rezepte, App) (sehr zufrieden: 51 %, n = 349). Letztere werden von den Befragten jedoch im Vergleich zu anderen Aspekten als weniger wichtig eingeschätzt (vgl. Abbildung 139).

Abbildung 139: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV in Bezug auf verschiedene Aspekte der Behandlung beim letzten Besuch in einer HIV-Schwerpunktpraxis oder einer HIV-Ambulanz (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025

Anmerkungen: n = 688; ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen; Frage: „Wie zufrieden waren Sie bei Ihrem letzten Besuch in der HIV-Schwerpunktpraxis bzw. der HIV-Ambulanz mit …“

Frauen sind in Bezug auf die verschiedenen abgefragten Aspekte der Behandlung leicht unzufriedener als Männer (Tabelle 56). Deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen Männern und Frauen gibt es insbesondere in Bezug auf die Wartezeiten auf einen Termin: Während von den männlichen Befragten rund 64 % (n = 334) sehr zufrieden sind mit den Wartezeiten auf einen Termin, sind es bei den Frauen lediglich rund 51 % (n = 79). Des Weiteren ist der Anteil der Personen, die unzufrieden sind, bei den Frauen in Bezug auf das Einfühlungsvermögen der Ärztinnen und Ärzte, der Einbindung in Entscheidungen sowie die Kommunikation und das Informationsangebot rund um die HIV-Infektion und Behandlung – wenn auch auf vergleichsweise niedrigem Niveau – mehr als doppelt so hoch wie bei den männlichen Befragten.

Tabelle 56: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV in Bezug auf verschiedene Aspekte der Behandlung beim letzten Besuch in einer HIV-Schwerpunktpraxis oder einer HIV-Ambulanz nach Geschlecht (in %)

	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	keine Angabe/trifft nicht zu
diskriminierungsfreie Atmosphäre in der Praxis insgesamt					
Männer (n = 522)	89%	8%	1%	0%	1%
Frauen (n = 156)	83%	14%	1%	--	1%
Fachkenntnis der Ärztinnen und Ärzte zu HIV/AIDS					
Männer (n = 522)	88%	10%	2%	1%	--
Frauen (n = 156)	80%	17%	2%	--	1%
Qualität der Behandlung insgesamt					
Männer (n = 522)	78%	19%	3%	0%	--
Frauen (n = 156)	71%	22%	6%	--	1%
Einfühlungsvermögen der Ärztinnen und Ärzte					
Männer (n = 522)	78%	18%	3%	1%	0%

	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	keine Angabe/trifft nicht zu
Frauen (n = 156)	70%	21%	9%	--	1%
Fachkenntnis des Praxispersonals zu HIV/AIDS					
Männer (n = 522)	77%	17%	3%	0%	3%
Frauen (n = 156)	69%	21%	3%	--	8%
Einbindung in Entscheidungen					
Männer (n = 522)	72%	23%	3%	1%	1%
Frauen (n = 156)	69%	21%	7%	1%	2%
Zeit, die die Ärztin bzw. der Arzt für Sie hatte					
Männer (n = 522)	71%	23%	4%	1%	0%
Frauen (n = 156)	67%	23%	8%	1%	1%
Kommunikation und Informationsangebot rund um die HIV-Infektion und Behandlung					
Männer (n = 522)	69%	24%	5%	1%	1%
Frauen (n = 156)	62%	24%	13%	1%	1%
Wartezeiten auf einen Termin					
Männer (n = 522)	64%	28%	5%	2%	0%
Frauen (n = 156)	51%	37%	10%	--	3%
digitale Angebote (z. B. Terminvergabe, Befundübermittlung, Rezepte, App)					
Männer (n = 522)	53%	30%	8%	3%	7%
Frauen (n = 156)	46%	24%	10%	6%	14%

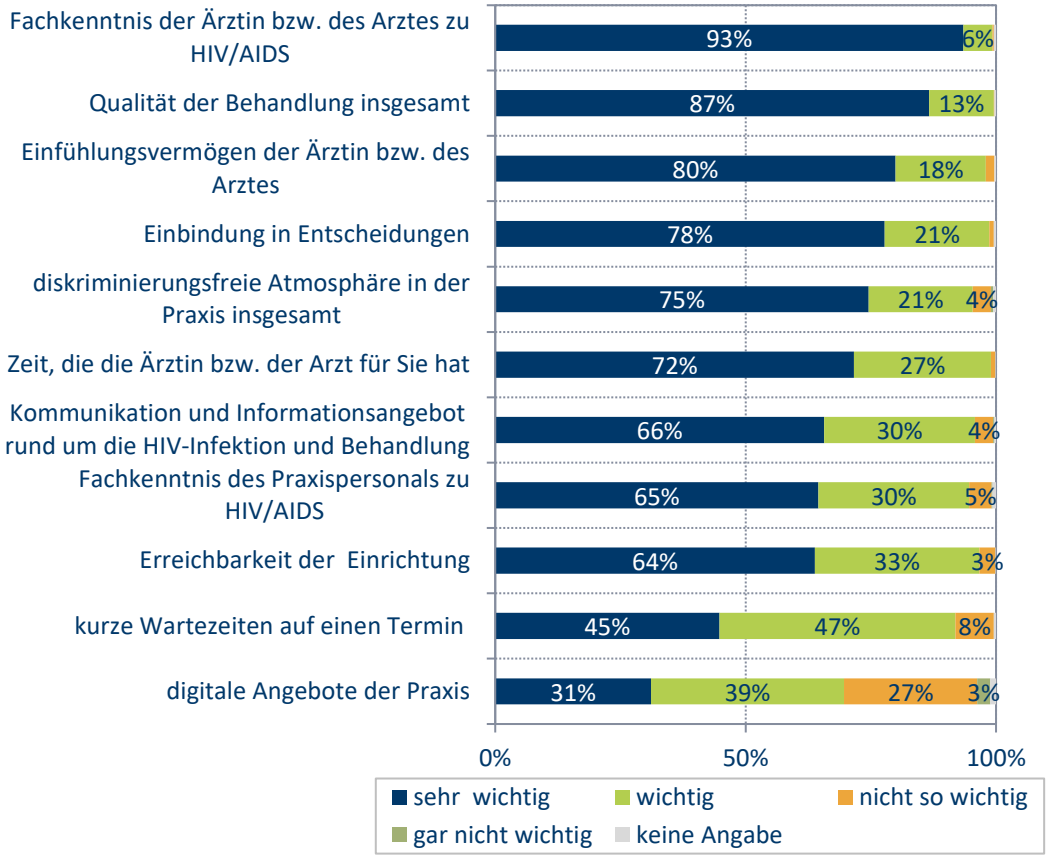
Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen

Bewertung der Wichtigkeit verschiedener Aspekte der ambulanten Versorgung

Die befragten Menschen mit HIV, die selbst eine ambulante Schwerpunktpraxis oder eine HIV-Ambulanz besuchen, wurden gebeten, die Wichtigkeit verschiedener Aspekte der HIV-Versorgung zu bewerten. Am wichtigsten wird die Fachkenntnis der Ärztinnen und Ärzte sowie die Qualität der Behandlung insgesamt beurteilt: Rund 93 % (n = 643) der befragten bewerten die Fachkenntnis der Ärztinnen und Ärzte als sehr wichtig, weitere 6 % (n = 40) als wichtig; rund 87 % (n = 596) bewerten die Qualität der Behandlung als sehr wichtig, weitere 13 % (n = 87) als wichtig (Abbildung 140).

Nicht so wichtig sind dagegen aus Sicht der Befragten digitale Angebote der Praxis – knapp ein Drittel bewertet diesen Aspekt als „sehr wichtig“ (31 %, n = 214), rund 27 % als „nicht so wichtig“ und rund 3 % (n = 18) als gar nicht wichtig.

Abbildung 140: Bewertung der Wichtigkeit verschiedener Faktoren in Bezug auf die ambulante HIV-Versorgung der befragten Menschen mit HIV (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 688; ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen; Frage: „Wie wichtig sind für Sie die folgenden Faktoren in Bezug auf die HIV-Versorgung?“

Bei der Bewertung der Wichtigkeit gibt es bei den meisten Faktoren nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Tabelle 57). Den größten Unterschied gibt es bei der Bewertung der Erreichbarkeit, der von einem größeren Anteil der Frauen (73 %, n = 114) als der Männer (61 %, n = 318) als sehr wichtig eingestuft wird.

Tabelle 57: Bewertung der Wichtigkeit verschiedener Faktoren in Bezug auf die ambulante HIV-Versorgung der befragten Menschen mit HIV nach Geschlecht (in %)

	sehr wichtig	wichtig	nicht so wichtig	gar nicht wichtig	keine Angabe
Fachkenntnis der Ärztinnen und Ärzte zu HIV/AIDS					
Männer (n = 522)	94%	5%	0%	--	0%
Frauen (n = 156)	92%	8%	--	--	1%
Qualität der Behandlung insgesamt					
Männer (n = 522)	88%	12%	0%	--	0%
Frauen (n = 156)	84%	15%	--	--	1%
Einfühlungsvermögen der Ärztinnen und Ärzte					
Männer (n = 522)	80%	18%	2%	--	--
Frauen (n = 156)	80%	17%	1%	--	1%
Einbindung in Entscheidungen					
Männer (n = 522)	77%	22%	1%	--	0%
Frauen (n = 156)	81%	19%	--	--	1%
diskriminierungsfreie Atmosphäre in der Praxis insgesamt					
Männer (n = 522)	73%	23%	4%	0%	1%
Frauen (n = 156)	79%	16%	3%	1%	1%
Zeit, die die Ärztinnen und Ärzte für Sie hat					
Männer (n = 522)	71%	28%	1%	--	--

	sehr wichtig	wichtig	nicht so wichtig	gar nicht wichtig	keine Angabe
Frauen (n = 156)	73%	26%	--	--	1%
Kommunikation und Informationsangebot rund um die HIV-Infektion und Behandlung					
Männer (n = 522)	64%	32%	4%	0%	0%
Frauen (n = 156)	74%	22%	3%	1%	1%
Fachkenntnis des Praxispersonals zu HIV/AIDS					
Männer (n = 522)	65%	30%	5%	--	0%
Frauen (n = 156)	64%	31%	3%	1%	2%
Erreichbarkeit der Einrichtung					
Männer (n = 522)	61%	36%	3%	--	--
Frauen (n = 156)	73%	24%	3%	--	--
kurze Wartezeiten auf einen Termin					
Männer (n = 522)	43%	49%	7%	--	0%
Frauen (n = 156)	48%	41%	10%	--	1%
digitale Angebote der Praxis					
Männer (n = 522)	33%	38%	25%	3%	1%
Frauen (n = 156)	22%	43%	31%	3%	1%

Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: ausschließlich Personen, die eine ambulante Gesundheitseinrichtung besuchen

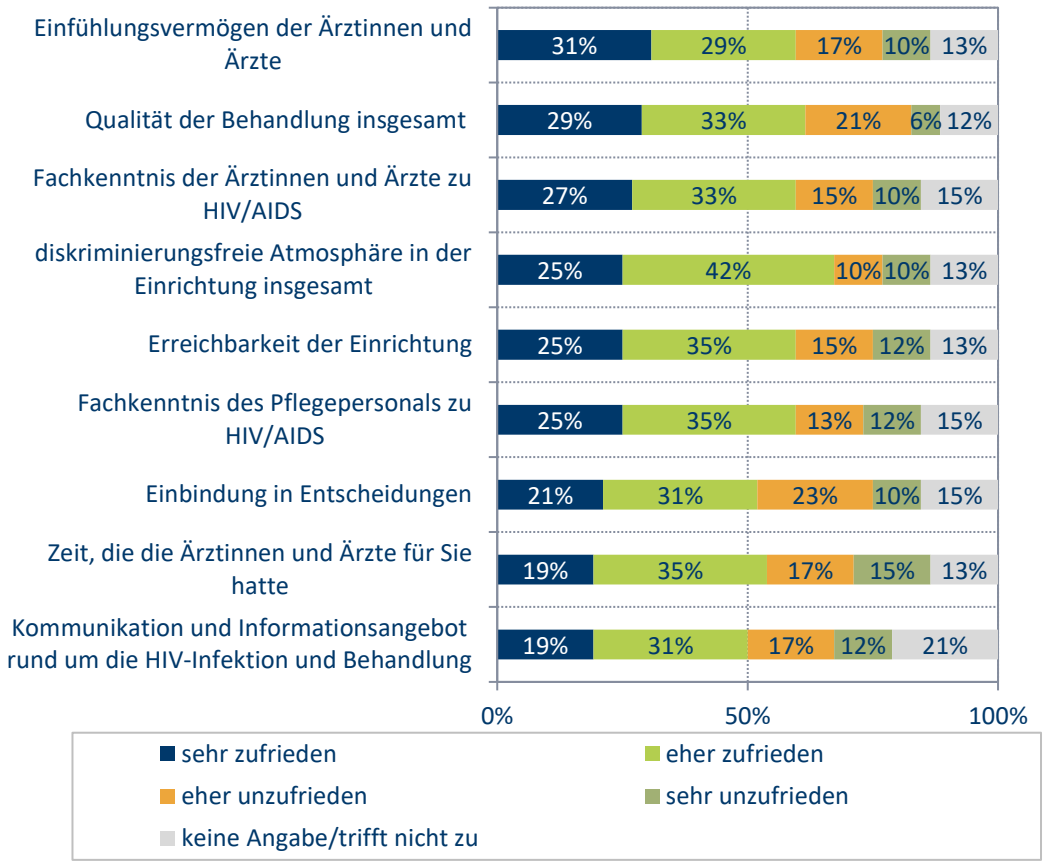
5.2.3 Krankenhausaufenthalte

Die große Mehrheit der befragten Personen hat angegeben, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung keinen Krankenhausaufenthalt wegen der HIV-Infektion gehabt zu haben (93 %, n = 642). Rund 5 % (n = 34) hatte einen Krankenhausaufenthalt wegen der HIV-Infektion und rund 1 % (n = 10) hatte mehr als einen Krankenhausaufenthalt in den letzten zwölf Monaten wegen der HIV-Infektion. Acht Personen (rund 1 %) machten keine Angaben bei dieser Frage.

Personen, die einen stationären Krankenhausaufenthalt wegen ihrer HIV-Infektion hatten, sowie Personen, die keine Angaben gemacht haben, wurden nach ihrer Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Krankenhausaufenthalts befragt.

Generell ist die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt deutlich niedriger als mit der ambulanten Versorgung in einer HIV-Schwerpunktpraxis oder einer HIV-Ambulanz (vgl. dazu Abbildung 139 und Abbildung 141). Dennoch ist mindestens die Hälfte der befragten Menschen mit HIV in Bezug auf alle abgefragten Aspekte zufrieden. Am höchsten ist die Zufriedenheit mit der diskriminierungsfreien Atmosphäre in der Einrichtung: Rund 67 % (n = 35) der Befragten sind damit zufrieden. Rund 62 % (n = 32) sind zudem mit der Qualität der Behandlung insgesamt zufrieden und jeweils 60 % (n = 31) mit der Fachkenntnis des Pflegepersonals sowie der Ärztinnen und Ärzte zu HIV/AIDS, der Erreichbarkeit der Einrichtung sowie dem Einfühlungsvermögen der Ärztinnen und Ärzte. Unzufrieden sind die befragten Personen vor allem mit der Zeit, die die Ärztinnen und Ärzte haben sowie mit der Einbindung in Entscheidungen; jeweils rund 33 % (n = 17) der befragten Personen sind unzufrieden mit diesen Aspekten.

Abbildung 141: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV mit verschiedenen Aspekten beim letzten Krankenhausaufenthalt wegen einer HIV-Infektion (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025

Anmerkungen: n = 52; ausschließlich Personen, die einen stationären Krankenhausaufenthalt wegen ihrer HIV-Infektion hatten oder keine Angabe bei dieser Frage gemacht haben; Frage: „Bitte denken Sie an Ihren letzten Krankenhausaufenthalt. Wie zufrieden waren Sie mit den folgenden Aspekten?“

Die Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten der Krankenhausbehandlung unterscheidet sich teilweise deutlich zwischen Männern und Frauen (Tabelle 58). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass diese Fragen nur von vergleichsweise wenigen Personen mit einem Krankenhausaufenthalt beantwortet wurde, bei den Männern von 36, bei den Frauen von 15 Personen. Zudem hat ein vergleichsweise hoher Anteil von Frauen bei den Fragen nach der Zufriedenheit mit „keine Angabe/trifft nicht zu“ geantwortet.

Wesentliche Unterschiede gibt es – trotz der geringen Fallzahlen – insbesondere bei der Frage nach der Zufriedenheit mit den Einfühlungsvermögen der Ärztinnen und Ärzte: Während lediglich rund 3 % (n = 1) der männlichen Befragten damit sehr unzufrieden sind, sind es bei den Frauen rund 27 % (n = 4).

Tabelle 58: Zufriedenheit der befragten Menschen mit HIV in Bezug auf verschiedene Aspekte der Behandlung beim letzten Krankenhausaufenthalt nach Geschlecht (in %)

	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	keine Angabe/ trifft nicht zu
Einfühlungsvermögen der Ärztinnen und Ärzte					
Männer (n = 36)	33%	36%	19%	3%	8%
Frauen (n = 15)	27%	7%	13%	27%	27%
Qualität der Behandlung insgesamt					
Männer (n = 36)	31%	39%	19%	3%	8%
Frauen (n = 15)	27%	13%	27%	13%	20%
Fachkenntnis der Ärztinnen und Ärzte zu HIV/AIDS					
Männer (n = 36)	33%	36%	11%	8%	11%
Frauen (n = 15)	13%	20%	27%	13%	27%
diskriminierungsfreie Atmosphäre in der Praxis insgesamt					
Männer (n = 36)	31%	47%	8%	6%	8%
Frauen (n = 15)	13%	27%	13%	20%	27%
Erreichbarkeit der Einrichtung					
Männer (n = 36)	28%	36%	17%	11%	8%
Frauen (n = 15)	20%	27%	13%	13%	27%
Fachkenntnis des Pflegepersonals zu HIV/AIDS					
Männer (n = 36)	31%	39%	14%	8%	8%
Frauen (n = 15)	13%	20%	13%	20%	33%
Einbindung in Entscheidungen					
Männer	22%	36%	22%	8%	11%

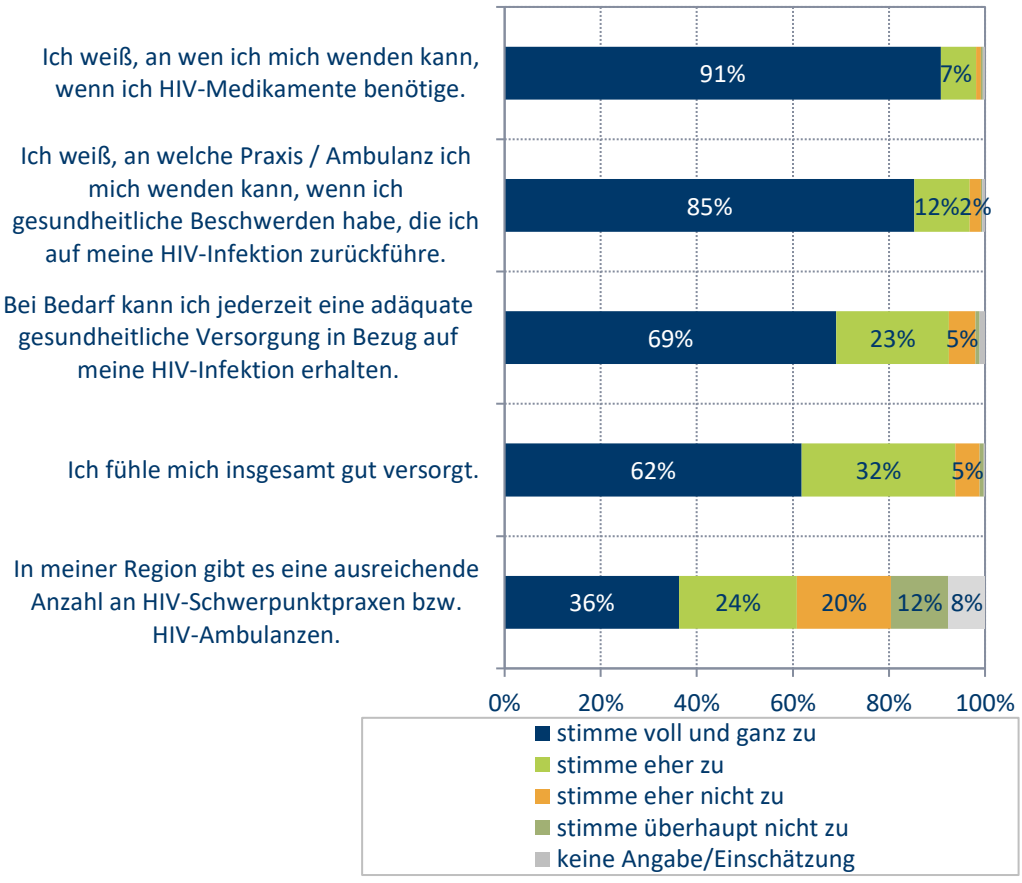
	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	keine Angabe/ trifft nicht zu
(n = 36)					
Frauen (n = 15)	20%	13%	27%	13%	27%
Zeit, die die Ärztinnen und Ärzte für Sie haben					
Männer (n = 36)	22%	39%	17%	11%	11%
Frauen (n = 15)	13%	20%	20%	27%	20%
Kommunikation und Informationsangebot rund um die HIV-Infektion und Behandlung					
Männer (n = 36)	19%	39%	22%	8%	11%
Frauen (n = 15)	20%	7%	7%	20%	47%

Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: ausschließlich Personen, die in den letzten zwölf Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt hatten

5.2.4 Generelle Einschätzung der Versorgungsqualität

Mit wenigen Ausnahmen geben alle befragten Personen an, dass sie wissen, an wen sie sich wenden können, wenn HIV-Medikamente benötigt werden: Rund 91 % (n = 630) stimmen der Aussage voll und ganz zu, weitere 7 % (n = 53) stimmen eher zu (Abbildung 142). Rund 97 % (n = 672) stimmen zudem der Aussage zu, zu wissen, an welche Praxis/Ambulanz sie sich wenden können, wenn sie gesundheitliche Beschwerden haben, die auf die HIV-Infektion zurückgeführt werden (davon 85 % „voll und ganz“); rund 93 % (n = 642) stimmen der Aussage zu, bei Bedarf jederzeit eine adäquate gesundheitliche Versorgung in Bezug auf die HIV-Infektion zu erhalten (davon: 69 % „voll und ganz“) und rund 94 % (n = 651) fühlen sich insgesamt gut versorgt (davon 62 % „voll und ganz“). Deutlich weniger Zustimmung gibt es für die Aussage, dass es in der Region eine ausreichende Anzahl an HIV-Schwerpunktpraxen bzw. HIV-Ambulanzen gibt: rund 60 % (n = 422) stimmen der Aussage zu, rund 32 % (n = 219) stimmen dieser Aussage dagegen nicht zu.

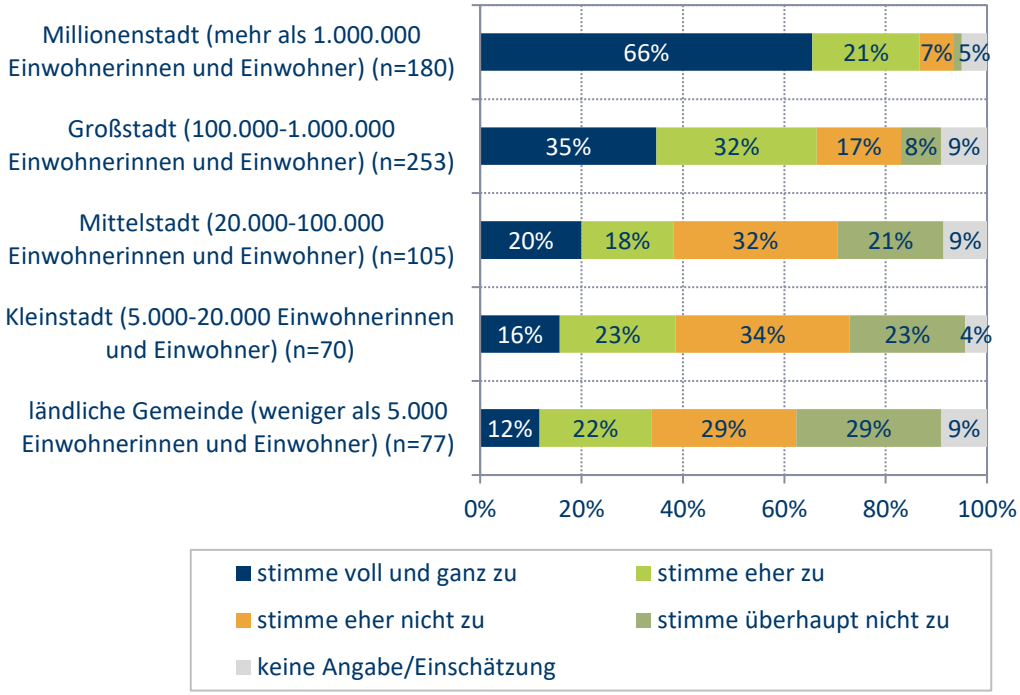
Abbildung 142: Zustimmung der befragten Menschen mit HIV zu verschiedenen Aussagen in Bezug auf das Versorgungsangebot (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: n = 694; Frage: „Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu Versorgungsangeboten zu?“

Die Einschätzung, ob es in der eigenen Region eine ausreichende Anzahl an HIV-Schwerpunktpraxen bzw. HIV-Ambulanzen gibt, unterscheidet sich deutlich nach Wohnortgröße: In Millionenstädten stimmen rund 8 % (n = 15) und in Großstädten rund 25 % (n = 62), in Kleinstädten und ländlichen Regionen liegt der entsprechende Anteil mit rund 57 % (n = 40 bzw. n = 44) deutlich höher (Abbildung 143).

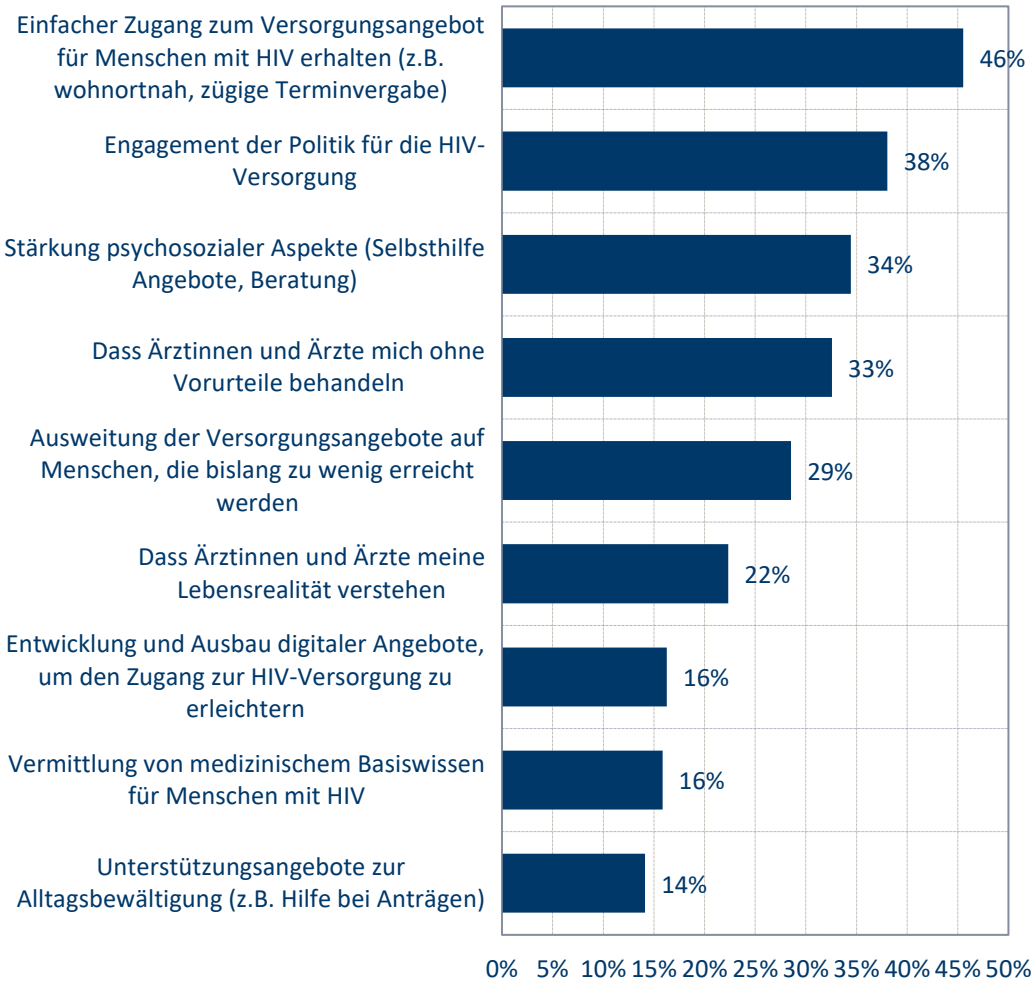
Abbildung 143: Zustimmung der befragten Menschen mit HIV zu der Aussage, dass es in der eigenen Region eine ausreichende Anzahl an HIV-Schwerpunktpraxen bzw. HIV-Ambulanzen gibt, nach Wohnortgröße (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: Frage: „Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu Versorgungsangeboten zu: In meiner Region gibt es eine ausreichende Anzahl an HIV-Schwerpunktpraxen bzw. HIV-Ambulanzen."

Knapp die Hälfte der befragten Menschen mit HIV (46 %, n = 316) sieht den größten Handlungsbedarf beim Erhalt des einfachen Zugangs zum Versorgungsangebot für Menschen mit HIV (Abbildung 144). Rund 38 % (n = 264) sehen den größten Handlungsbedarf beim Engagement der Politik für die HIV-Versorgung, rund 34 % (n = 239) in der Stärkung der psychosozialen Aspekte und rund 33 % (n = 226) darin, dass die Ärztinnen und Ärzte ohne Vorurteile behandeln.

Abbildung 144: Größter Handlungsbedarf für die HIV-Versorgung in Deutschland aus Sicht der befragten Menschen mit HIV (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025

Anmerkungen: n = 694; Mehrfachnennungen waren möglich; Frage: „In welchen Bereichen sehen Sie den größten Handlungsbedarf für die HIV-Versorgung in Deutschland? Bitte nennen Sie drei Aspekte, bei denen Sie den größten Handlungsbedarf sehen.“ Rund 8 % (n = 55) haben diese Frage nicht bzw. mit „keine Angabe“ beantwortet.

Unterschiede im Handlungsbedarf gibt es nach Wohnortgröße sowie nach Geschlecht (Tabelle 59).

Personen aus Mittelstädten sowie aus Kleinstädten und ländlichen Gemeinden sehen - unabhängig vom Geschlecht – häufiger den größten Handlungsbedarf in Bezug auf den Erhalt eines einfachen Zugangs zum Versorgungsangebot für Menschen mit HIV als Personen aus Millionen- oder Großstädten. Zudem wird in Kleinstädten und ländlichen Gemeinden häufiger der Handlungsbedarf darin gesehen, dass Ärztinnen und Ärzte ohne Vorurteile behandeln. Die Ausweitung des Versorgungsangebots auf Menschen, die bislang zu wenig erreicht werden, wird als Handlungsbedarf häufiger von Personen aus Millionen-/Großstädten angegeben als von Personen in Kleinstädten/ländlichen Gemeinden.

Die Stärkung psychosozialer Aspekte wird häufig von weiblichen Befragten in Mittelstädten und Kleinstädten/ländlichen Gemeinden als größten Handlungsbedarf gesehen: Rund 43 % (n = 12) bzw. 40 % (n = 20) der befragten Frauen aus Mittelstädten bzw. Kleinstädten/ländlichen Gemeinden nennen dies als größten Handlungsbedarf, während der entsprechende Anteil bei den Männern bei rund 27 % (n = 20) bzw. 26 % (n = 24) liegt.

Auch Unterstützungsangebote zur Alltagsbewältigung werden deutlich häufiger von Frauen in Mittelstädten sowie Kleinstädten/ländlichen Gemeinden genannt als von Männern (29 %, n = 8 bzw. 24 %, n = 12 im Vergleich zu 8 %, n = 6 bzw. 6 %, n = 6).

Tabelle 59: Größter Handlungsbedarf für die HIV-Versorgung in Deutschland aus Sicht der befragten Menschen mit HIV nach Wohnortgröße und Geschlecht (in %)

	männlich			weiblich		
	Großstadt* (n=351)	**Mittelstadt (n=73)**	**ländl. Gem.** (n=94)**	**Großstadt* (n=69)**	**Mittelstadt (n=28)**	**ländl. Gem. ** (n=50)**
Einfacher Zugang zum Versorgungsangebot für Menschen mit HIV erhalten	42%	60%	60%	32%	57%	52%
Engagement der Politik für die HIV-Versorgung	34%	45%	45%	49%	29%	38%
Stärkung psychosozialer Aspekte	38%	27%	26%	38%	43%	40%
Dass Ärztinnen/Ärzte mich ohne Vorurteile behandeln	28%	32%	47%	32%	39%	42%
Ausweitung der Versorgungsangebote auf Menschen, die bislang zu wenig erreicht werden	34%	26%	18%	36%	14%	24%
Dass Ärztinnen/Ärzte meine Lebensrealität verstehen	24%	21%	28%	16%	25%	14%
Entwicklung und Ausbau digitaler Angebote, um den Zugang zur HIV-Versorgung zu erleichtern	17%	21%	17%	7%	18%	16%
Vermittlung von medizinischem Basiswissen für Menschen mit HIV	17%	16%	14%	14%	21%	16%
Unterstützungsangebote zur Alltagsbewältigung	16%	8%	6%	12%	29%	24%
keine Angabe	7%	5%	2%	12%		2%

Quelle: IGES auf Basis einer Online-Befragung von Menschen mit HIV 2025
Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich; * inkl. Millionenstadt; ** inkl. Kleinstadt

5.3 Fazit

Konzeption der Befragung

Für die Einbeziehung der Perspektive der Menschen mit HIV wurde eine anonyme Online-Befragung von Menschen mit HIV/AIDS in Deutschland im Alter von mindestens 18 Jahren durchgeführt. Themen der Befragung waren die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen aufgrund von HIV/AIDS sowie verschiedene Aspekte der Zufriedenheit mit der Versorgung. Zudem wurde um eine generelle Einschätzung der Versorgungsangebote gebeten und grundlegende sozio-demographische Angaben erhoben. Die Befragung wurde über verschiedene Kanäle der Deutschen AIDS-Stiftung und der Deutschen Aidshilfe bekannt gemacht. Zudem wurden die Mitglieder der Deutsche Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä) gebeten, in der Arztpraxis mit einem Aushang auf die Befragung aufmerksam zu machen. Die Befragung lief von Ende März bis Mitte Mai 2025, war anonym, freiwillig und auch auf Englisch verfügbar.

Teilnahme an der Befragung und Charakteristika der Teilnehmenden

Insgesamt nahmen 694 Personen teil, davon elf in englischer Sprache.

Das Geschlechterverhältnis der an der Befragung teilnehmenden Personen entspricht mit knapp einem Viertel Frauen und rund drei Viertel Männern dem Geschlechterverhältnis der Patientinnen und Patienten mit HIV, welches auf Basis der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten ermittelt wurde.

Rund die Hälfte der an der Befragung teilnehmenden Menschen sind mindestens 56 Jahre alt; jüngere Altersgruppen bis 35 Jahre sind bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern kaum vertreten.

Knapp 90 % der Befragten ist gesetzlich krankenversichert; rund 11 % ist privat krankenversichert oder beihilfeberechtigt. Dies entspricht in etwa dem Anteilsverhältnis in der Gesamtbevölkerung.

Die Übertragungswege von HIV unterscheiden sich deutlich zwischen Männern und Frauen: während für die Männer mit großer Mehrheit (82 %) gleichgeschlechtlicher Geschlechtsverkehr der Übertragungsweg ist, liegt dieser Anteil für die Frauen bei lediglich rund 5 %. Mehr als die Hälfte der Frauen hat HIV über nichtgleichgeschlechtlichen Geschlechtsverkehr erhalten. Knapp 10 % der befragten Personen, leben seit maximal fünf Jahren mit HIV; rd. 45 % leben seit mehr als 20 Jahren mit HIV. Männer haben deutlich häufiger HIV in Deutschland bekommen als Frauen (82 %, Vergleich zu 66 %).

Mehr als die Hälfte der befragten Menschen mit HIV hat den Hauptwohnsitz in Nordrhein-Westfale, Hessen oder Baden-Württemberg. Rund 10 % kommen aus Berlin. Mehr als 60 % leben in einer Millionen- oder Großstadt, in einer ländlichen Gemeinde oder Kleinstadt wohnt rund jede fünfte bzw. jeder fünfte Befragte, in einer Mittelstadt rund 15 %.

Wesentliche Ergebnisse– ambulante Gesundheitsversorgung

Mit wenigen Ausnahmen (1 %) besuchen alle Befragungsteilnehmenden aufgrund ihrer HIV-Erkrankung eine HIV-Schwerpunktpraxis und/oder eine HIV-Ambulanz. Mehr als 90 % besuchen diese Einrichtungen mindestens einmal vierteljährlich.

Die Anfahrtszeit zu einer HIV-Schwerpunktpraxis bzw. einer HIV-Ambulanz unterscheidet sich deutlich nach der Größe des Wohnortes der befragten Person: In Millionenstädten bzw. Großstädten hat rund jede zehnte befragte Person einen Anfahrtsweg von mehr als einer Stunde, in Kleinstädten sind es dagegen rund 36 %, in ländlichen Gemeinden knapp die Hälfte der Befragten. Frauen aus Millionen- und Großstädten geben zu einem deutlich größeren Anteil als Männer eine Anfahrtszeit über 30 Minuten an. Die große Mehrheit der Befragten ist mit der Erreichbarkeit zufrieden, wobei Frauen und Personen aus ländlichen Regionen längere Anfahrtszeiten und eine deutlich geringere Zufriedenheit äußern.

Die befragten Menschen mit HIV sind mehrheitlich zufrieden mit den verschiedenen abgefragten Aspekten der Behandlung. Am höchsten war die Zufriedenheit mit der diskriminierungsfreien Atmosphäre in der Praxis sowie der Fachkenntnis der Ärztinnen und Ärzte. Die geringsten Zufriedenheitswerte bezogen sich auf die Wartezeiten auf einen Termin und digitale Angebote (z. B. Terminvergabe, Befundübermittlung, Rezepte, App), wobei letztere von den Befragten im Vergleich zu anderen Aspekten als weniger wichtig eingeschätzt werden. Frauen äußern sich – auf einem insgesamt hohen Zufriedenheitsniveau – etwas weniger zufrieden als Männer, insbesondere bei Wartezeiten, Einfühlungsvermögen und Kommunikation.

Wesentliche Ergebnisse – stationäre Gesundheitsversorgung

Mehr als 90 % der befragten Menschen mit HIV hatte in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung keinen Krankenhausaufenthalt aufgrund der HIV-Infektion. Generell ist die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt deutlich niedriger als mit der ambulanten Versorgung in einer HIV-Schwerpunktpraxis oder einer HIV-Ambulanz. Dennoch ist mindestens die Hälfte der befragten Menschen mit HIV in Bezug auf alle abgefragten Aspekte zufrieden. Am höchsten ist die Zufriedenheit mit der diskriminierungsfreien Atmosphäre in der Einrichtung, der Qualität der Behandlung insgesamt, der Fachkenntnis des Pflegepersonals sowie der Ärztinnen und Ärzte zu HIV/AIDS, der Erreichbarkeit der Einrichtung sowie dem Einfühlungsvermögen der Ärztinnen und Ärzte. Unzufrieden sind die befragten Personen vor allem mit der Zeit, die die Ärztinnen und Ärzte haben sowie mit der Einbindung in Entscheidungen. Frauen sind deutlich unzufriedener als Männer mit dem Einfühlungsvermögen der Ärztinnen und Ärzte.

Wesentliche Ergebnisse – generelle Einschätzung der Versorgungssituation

Mit wenigen Ausnahmen geben alle befragten Personen an, dass sie wissen, an wen sie sich wenden können, wenn HIV-Medikamente benötigt werden und an welche Praxis/Ambulanz sie sich wenden können, wenn sie gesundheitliche Beschwerden haben, die auf die HIV-Infektion zurückgeführt werden. Mehr als 90 % stimmten zudem den Aussagen zu, bei Bedarf jederzeit eine adäquate

gesundheitliche Versorgung in Bezug auf die HIV-Infektion zu erhalten und sich insgesamt gut versorgt zu fühlen. Deutlich weniger Zustimmung gibt es für die Aussage, dass es in der Region eine ausreichende Anzahl an HIV-Schwerpunktpraxen bzw. HIV-Ambulanzen gibt, mehr als ein Drittel stimmten dieser Aussage nicht zu.

Wesentliche Ergebnisse – Handlungsbedarf aus Sicht der Menschen mit HIV

Der größte Handlungsbedarf aus Sicht der befragten Menschen mit HIV ist der Erhalt des einfachen Zugangs zum Versorgungsangebot für Menschen mit HIV. Dies wurde von knapp der Hälfte der befragten Personen genannt. Jeweils ungefähr jede Dritte befragte Person sieht Handlungsbedarf beim Engagement der Politik für die HIV-Versorgung, bei der Stärkung der psychosozialen Aspekte und darin, dass die Ärztinnen und Ärzte ohne Vorurteile behandeln.

Fazit

Die Menschen mit HIV sind mehrheitlich mit der Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich zufrieden. Deutliche Unterschiede zeigen sich vor allem nach Wohnortgröße im Hinblick auf die Anfahrtswege und die Erreichbarkeit von HIV-Schwerpunktpraxen bzw. -ambulanzen, mit deutlich höheren Anfahrtszeiten und einer geringen Zufriedenheit mit Erreichbarkeit in Kleinstädten und ländlichen Gemeinden im Vergleich zu Millionen- bzw. Großstädten. Dementsprechend wird der größte Handlungsbedarf aus Sicht der Menschen in dem Erhalt des einfachen Zugangs zum Versorgungsangebot gesehen.

6. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

6.1 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-Diagnose[14] 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 rund 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 somatischen[15] 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 stationär erbrachten hochaktiven antiretroviralen Therapien (OPS 8-548) ist in den letzten

[14] 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.

[15] 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.

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 Sicherstellungsaspekten sind geringe absolute Kapazitätszahlen 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 Leistungsinanspruchnahmen der HIV-Schwerpunktpatientinnen und -patienten weisen ebenfalls auf komplexer werdende Versorgungsbedarfe hin.

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

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 zufrieden[16], 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

[16] 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.

6.2 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.

6.3 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 rund 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 Patientenklientel 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.

6.4 Handlungsempfehlungen

Ärztlichen Nachwuchs in der HIV-Schwerpunktversorgung fördern

Ein sich zukünftig verschärfender Mangel an hausärztlichen Behandlungskapazitäten betrifft – aufgrund deren starker Beteiligung – substanziell 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.

7. Anhang

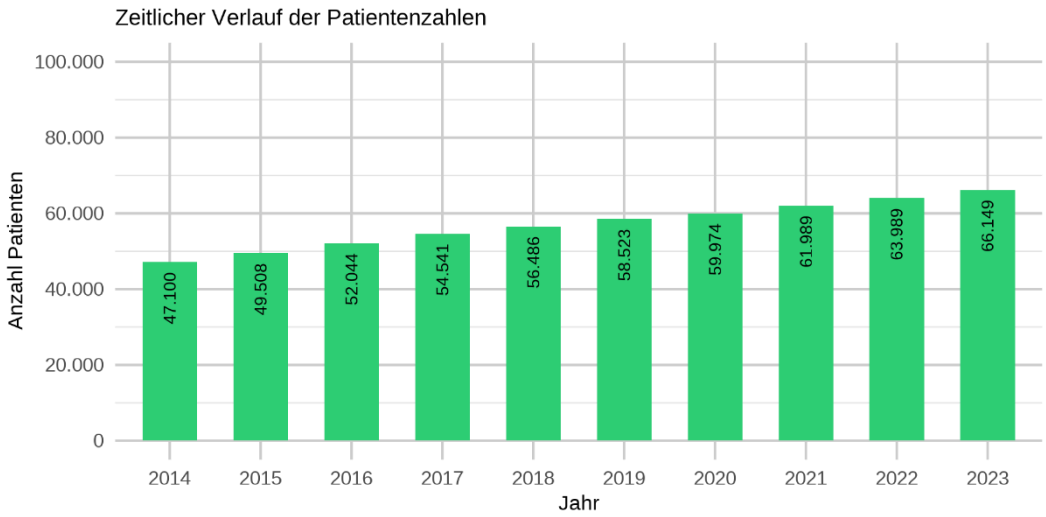
A1 Angebot/Nachfrage: Gruppe C

A2 Angebot/Nachfrage: Gruppe Z

A3 Projektion

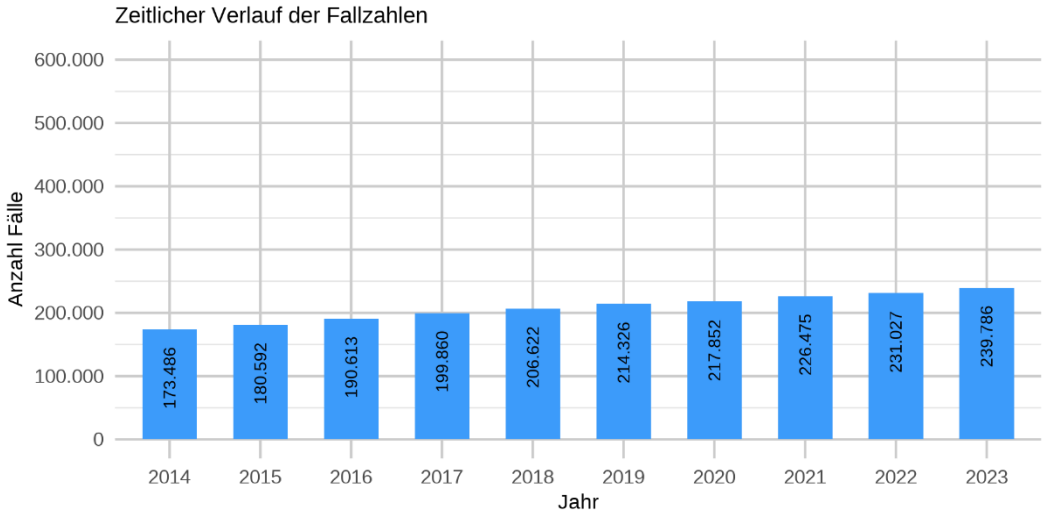
A1 Angebot/Nachfrage: Gruppe C

Abbildung 145: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr, Gruppe C



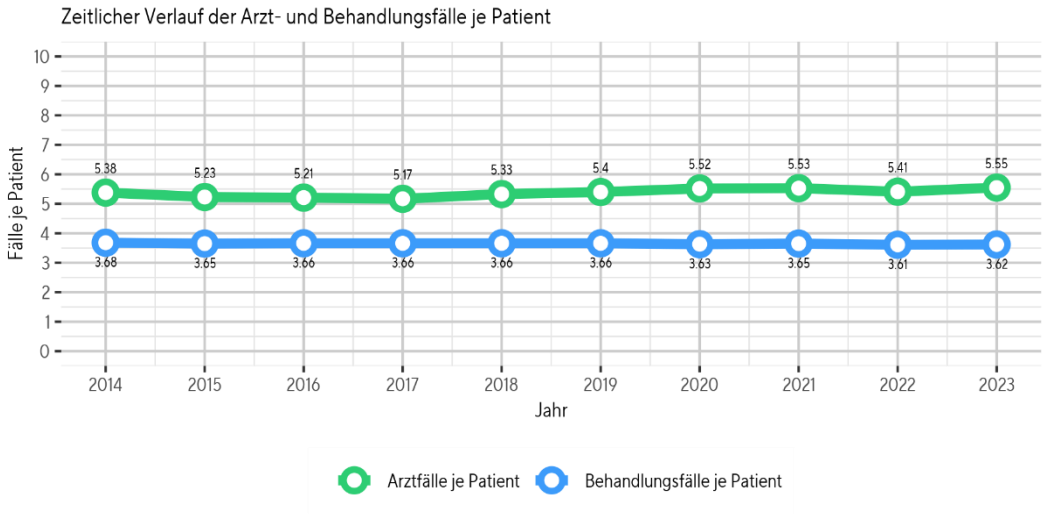
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 146: Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe C



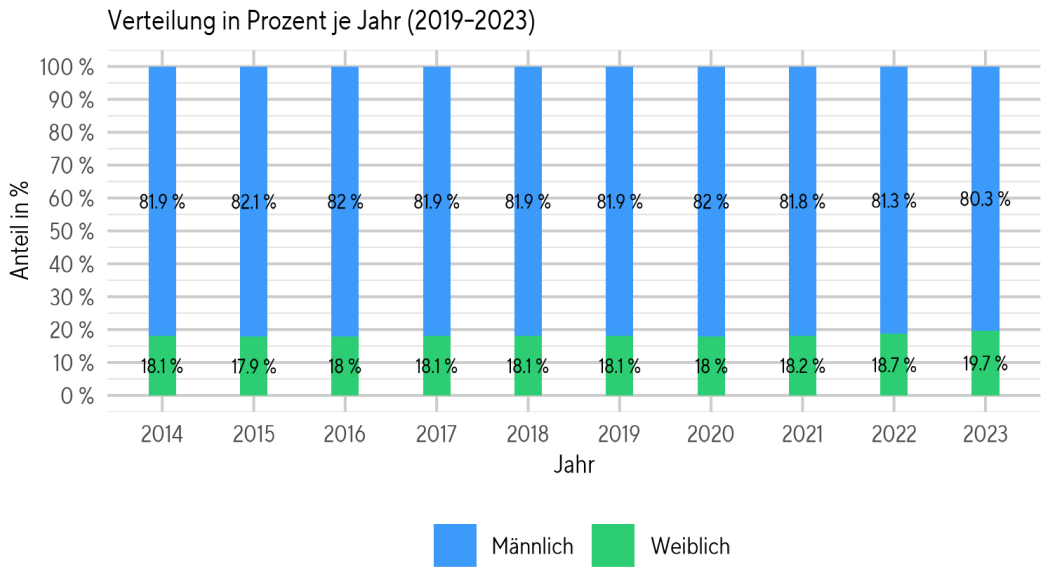
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 147: Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient und Jahr, Gruppe C



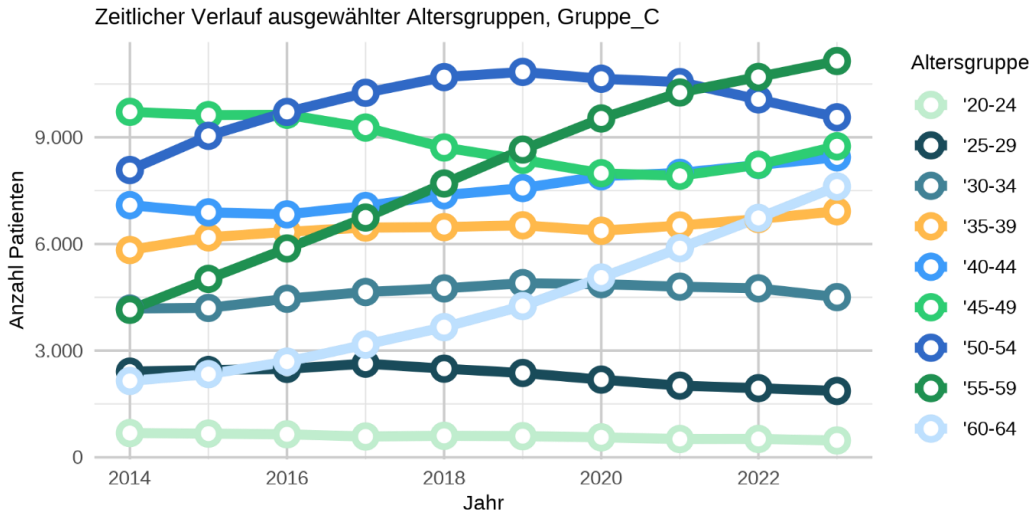
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 148: Anteil Behandlungsfälle nach Geschlecht, Gruppe C



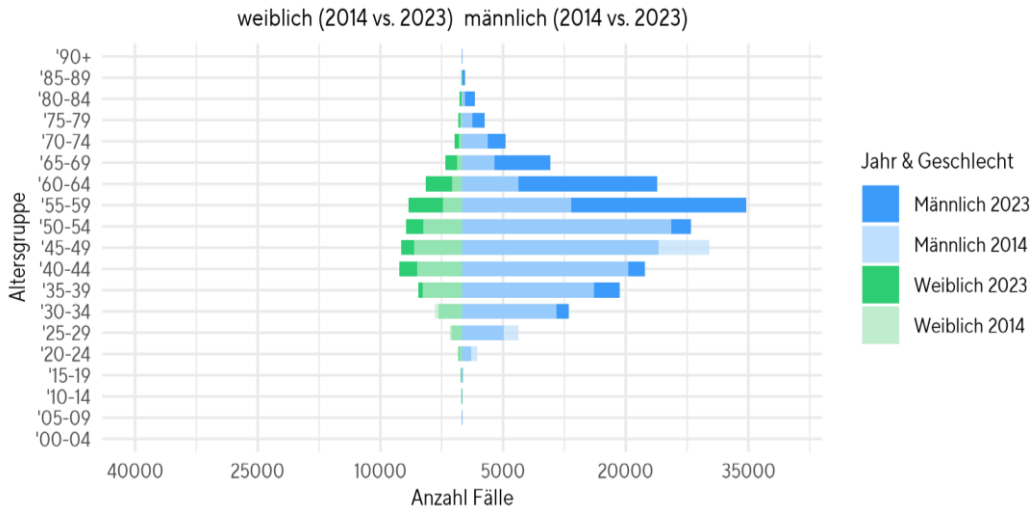
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2019-2023

Abbildung 149: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Altersgruppe, Gruppe C



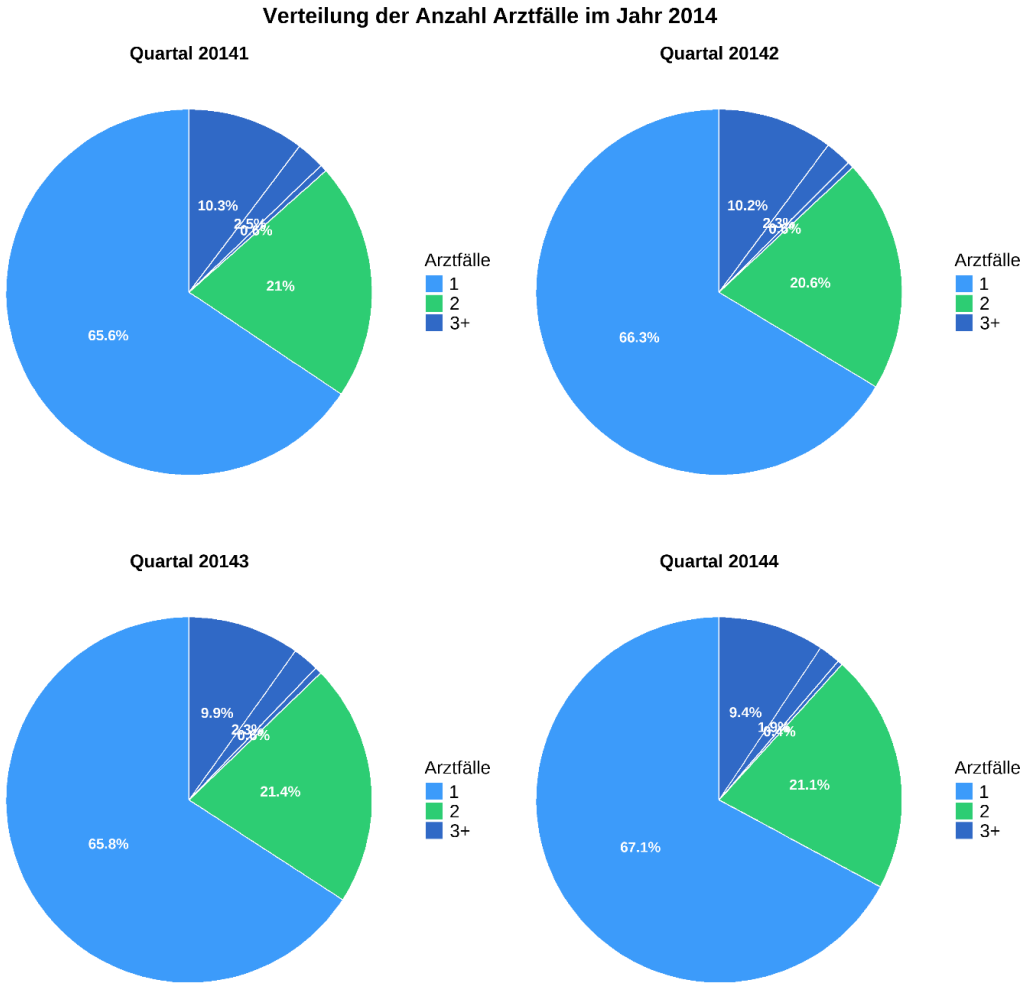
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 150: Anzahl Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahresvergleich 2014 vs. 2023, Gruppe C



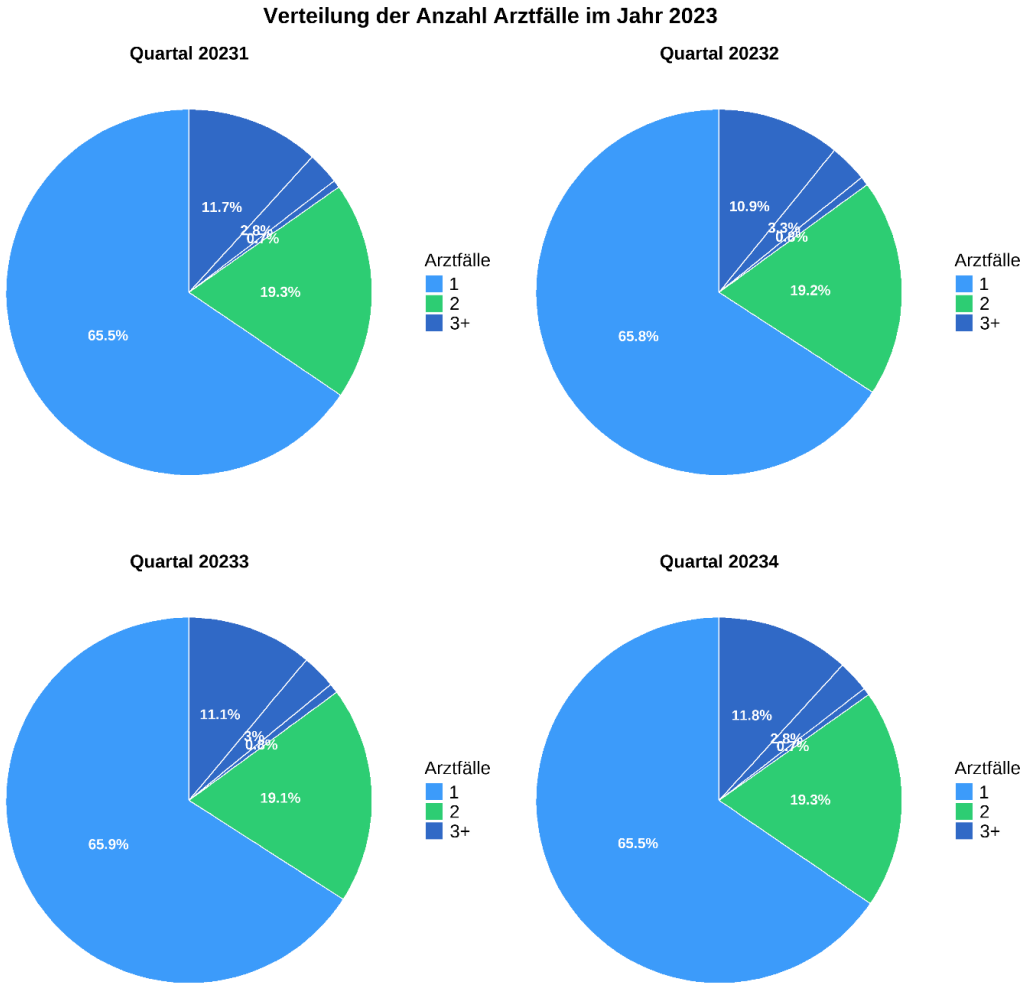
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

Abbildung 151: Verteilung der Arztfälle im Jahr 2014 nach Quartal, Gruppe C



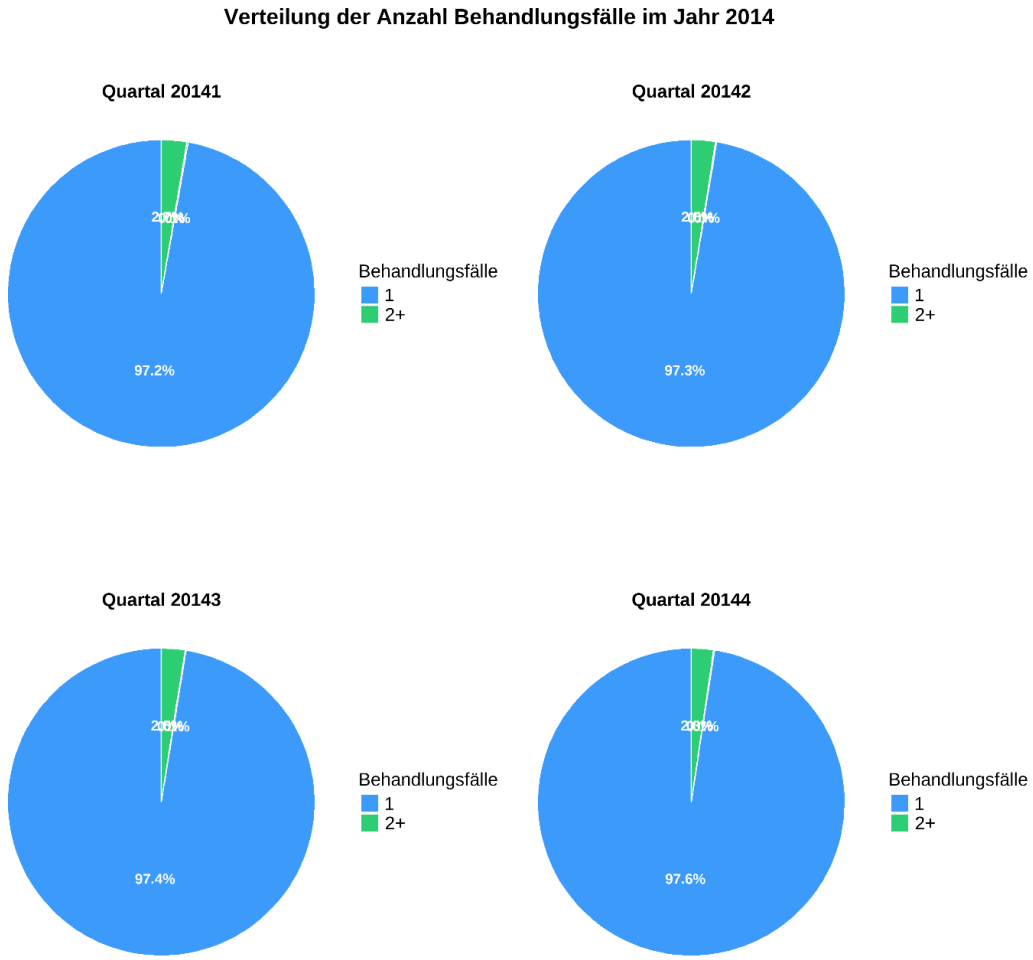
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 152: Verteilung der Arztfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe C



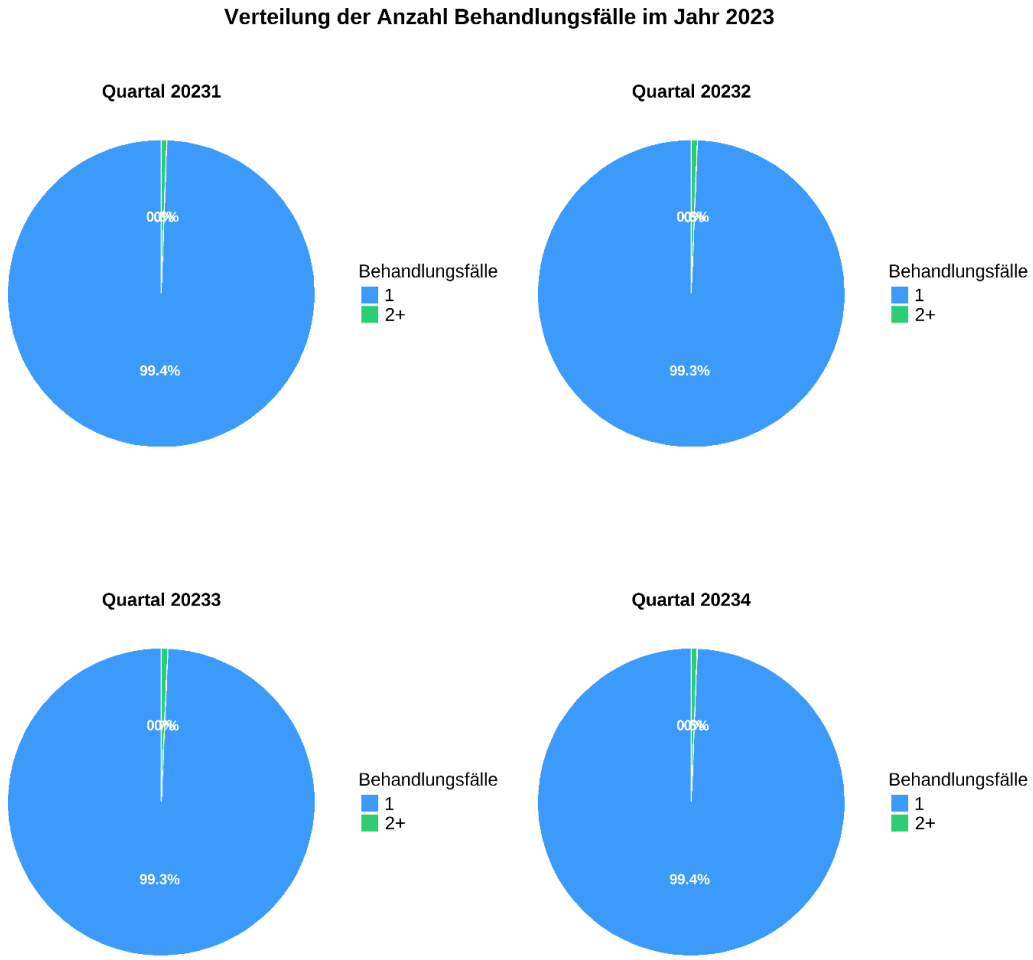
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 153: Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2014 nach Quartal, Gruppe C



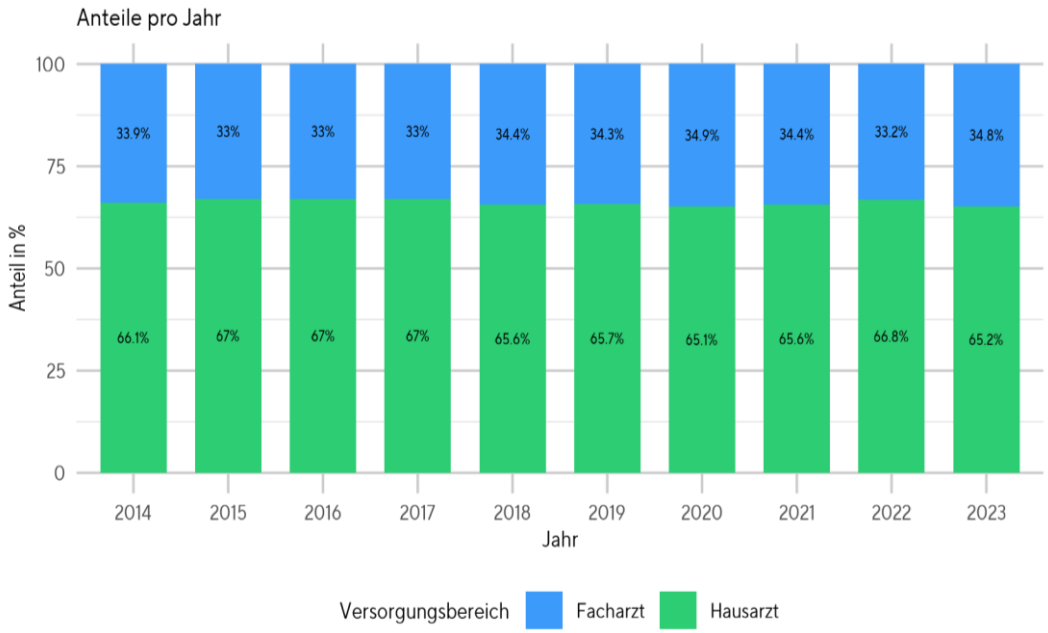
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 154: Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe C



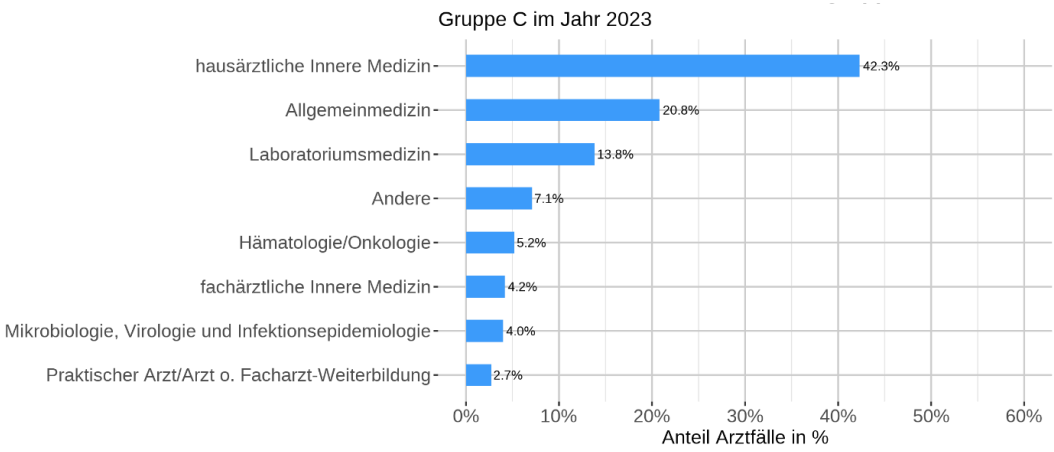
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 155: Verteilung der Arztfälle nach Versorgungsbereich 2014-2023, Gruppe C



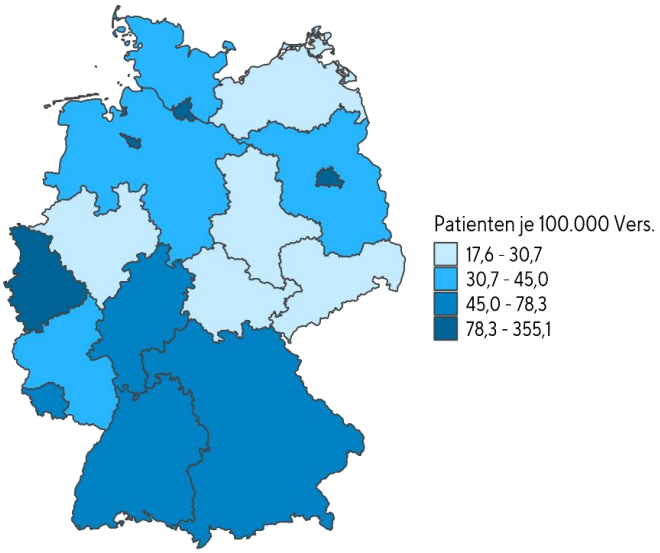
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 156: Anteil der Arztfälle nach Fachgruppe im Jahr 2023, Gruppe C



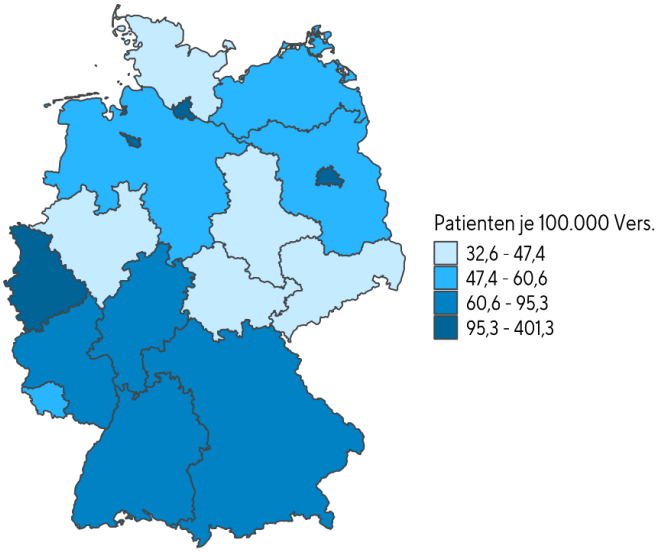
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023
Anmerkung: Fachgruppen mit einem Anteil von weniger als 1 % an der Gesamtzahl der Arztfälle wurden unter der Kategorie „Andere“ zusammengefasst

Abbildung 157: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2014, Gruppe C



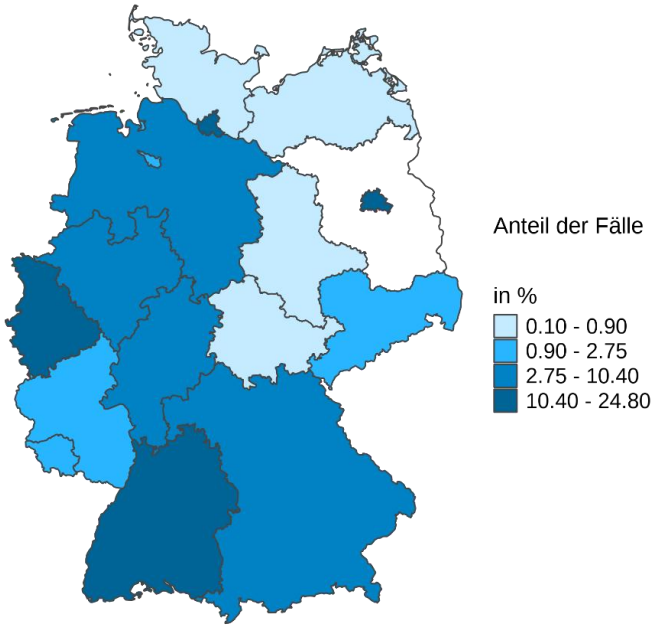
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 158: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2023, Gruppe C



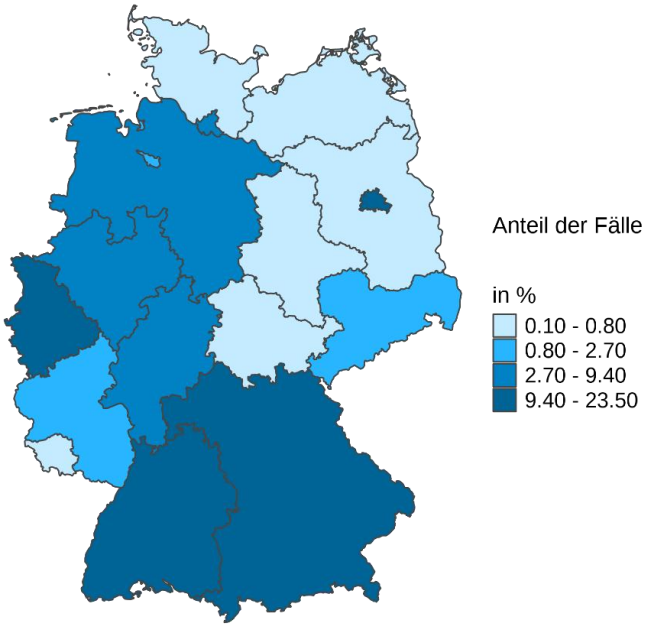
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 159: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2014, Gruppe C



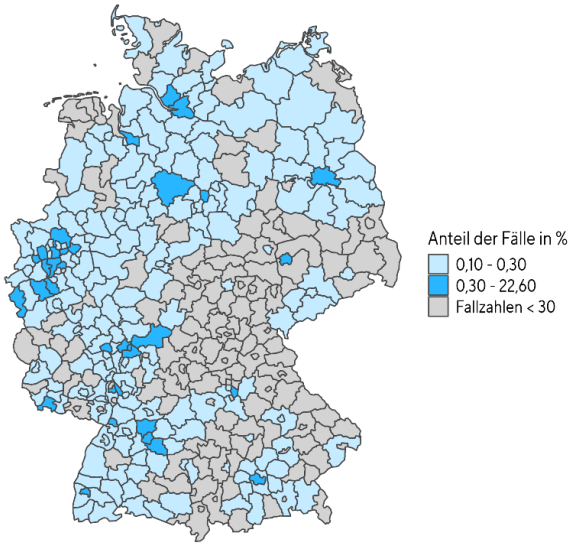
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 160: Anteil der Behandlungsfälle nach KV im Jahr 2023, Gruppe C



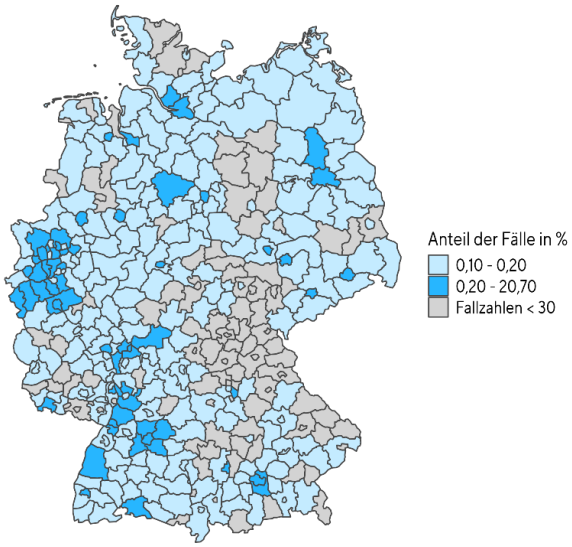
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 161: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2014, Gruppe C



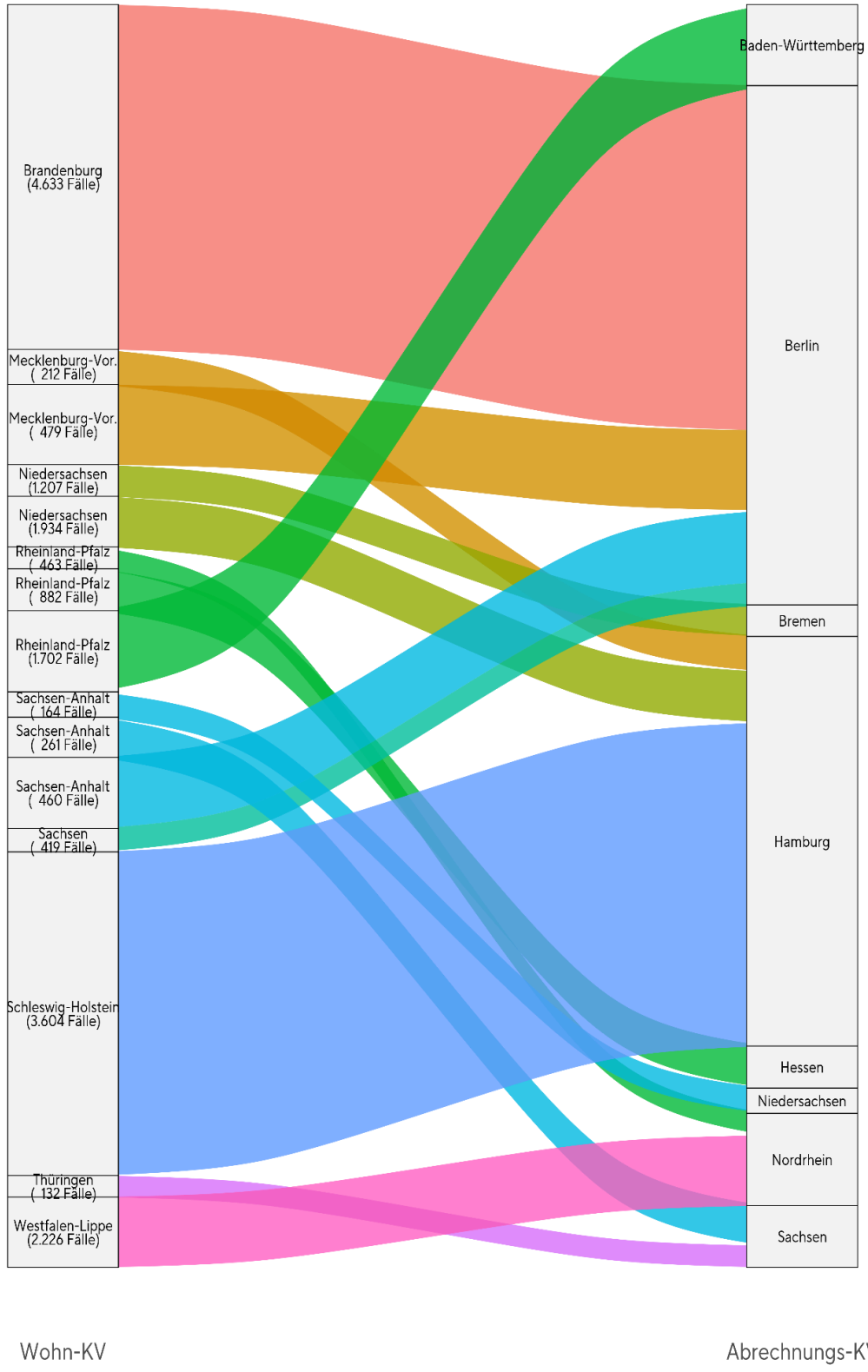
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 162: Anteil der Behandlungsfälle nach Kreiskennzeichen im Jahr 2023, Gruppe C



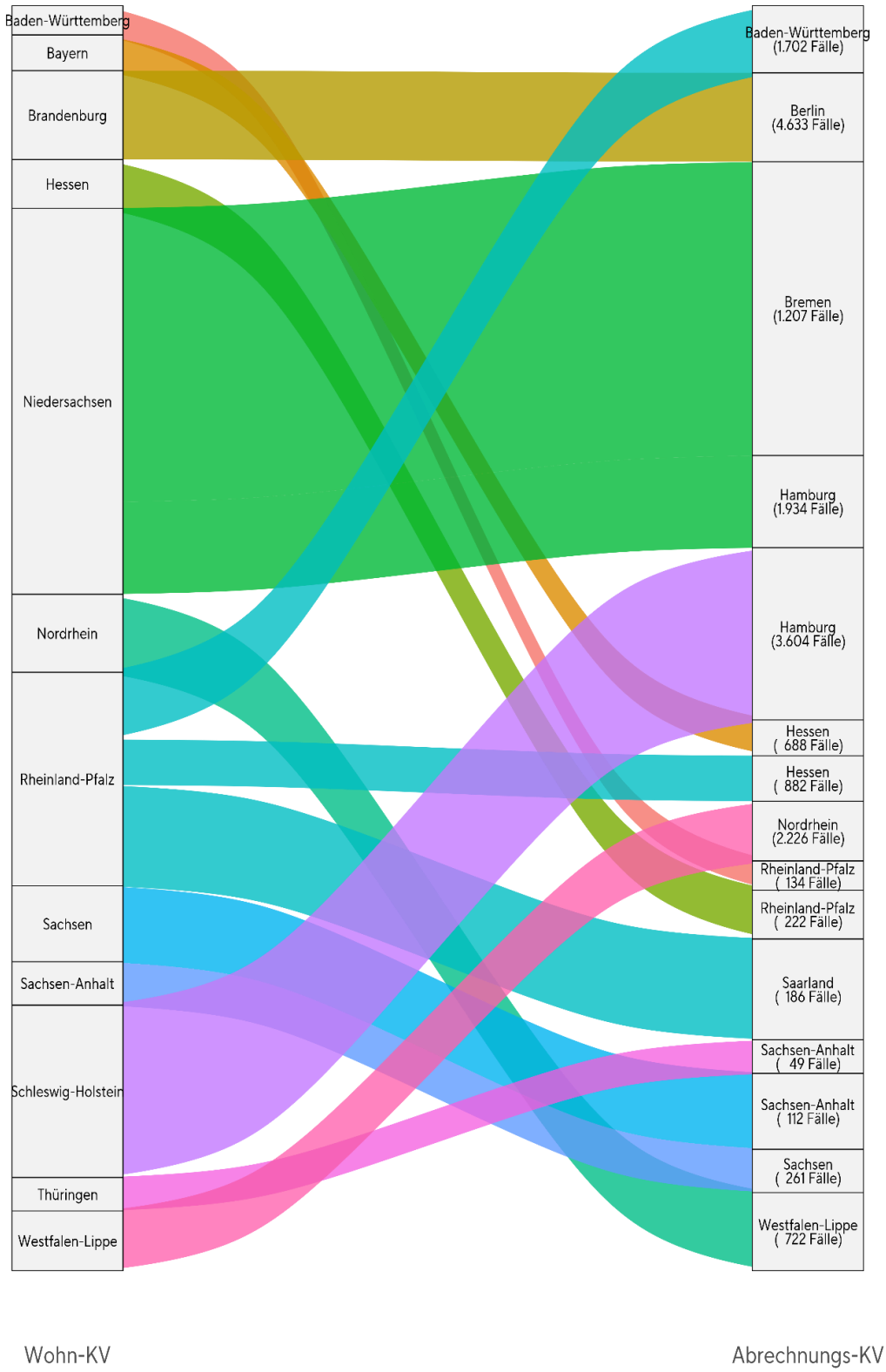
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 163: TOP 15 Patientenabströme im Jahr 2023, Gruppe C



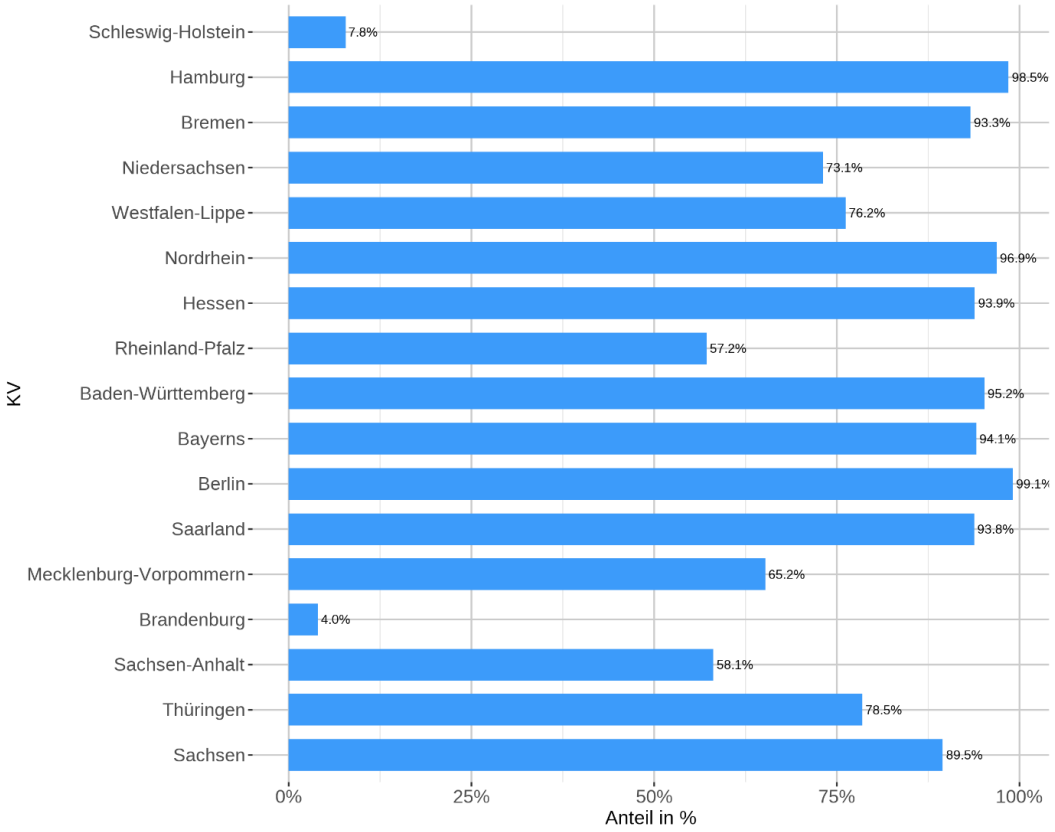
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abbildung 164: TOP 15 Patientenzuströme im Jahr 2023, Gruppe C



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abbildung 165: Anteil der Behandlungsfälle mit identischer Wohnort- und Abrechnungs-KV, Gruppe C, 2023



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Tabelle 60: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe C in %), ausgenommen B20-24, Z21), Gruppe C im Jahr 2023

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	45.246	18,9
F32	Depressive Episode	39.324	16,4
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	38.802	16,2
B18	Chronische Virushepatitis	33.543	14
U61	Anzahl der (CD4+-)T-Helferzellen bei HIV-Krankheit	32.117	13,4
U60	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit	31.939	13,3
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene	31.843	13,3

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
	Diagnose		
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten [Grippe, Mumps und andere]	26.939	11,2
A53	Sonstige und nicht näher bezeichnete Syphilis	25.418	10,6
E55	Vitamin-D-Mangel	21.122	8,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	18.015	7,5
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	15.020	6,3
A63	Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	14.983	6,2
F41	Andere Angststörungen	14.615	6,1
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	14.397	6
M54	Rückenschmerzen	14.150	5,9
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	13.837	5,8
B16	Akute Virushepatitis B	13.922	5,8
U11	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19	13.488	5,6
F33	Rezidivierende depressive Störung	13.068	5,4
E11	Diabetes mellitus vom Typ 2	12.719	5,3
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	12.401	5,2
A51	Frühsyphilis	12.093	5
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10.722	4,5
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	10.652	4,4
G47	Schlafstörungen	10.558	4,4
F45	Somatoforme Störungen	9.766	4,1
G62	Sonstige Polyneuropathien	9.625	4
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	9.605	4
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	9.288	3,9
J45	Asthma bronchiale	8.993	3,8
E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	8.660	3,6
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten [Gelbfieber,	8.314	3,5

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
	Masern, Poliomyelitis, Röteln, Tollwut, durch Arthropoden übertragene Virusenzephalitis, und Virushepatitis]		
N18	Chronische Nierenkrankheit	8.462	3,5
Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	8.032	3,3
K29	Gastritis und Duodenitis	7.850	3,3
B02	Zoster [Herpes zoster]	7.946	3,3
Z20	Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten	7.460	3,1
B37	Kandidose	7.306	3
E66	Adipositas	6.848	2,9
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	7.035	2,9
E03	Sonstige Hypothyreose	6.954	2,9
E53	Mangel an sonstigen Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	6.434	2,7
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	6.184	2,6
N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	6.115	2,6
A54	Gonokokkeninfektion	6.118	2,6
B15	Akute Virushepatitis A	6.241	2,6
D50	Eisenmangelanämie	6.353	2,6
U07	Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	6.114	2,5
K80	Cholelithiasis	6.067	2,5

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Tabelle 61: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Anteil der Fälle an Gesamtfällen in Gruppe C in %), ausgenommen B20-24, Z21), Gruppe C im Jahr 2014

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
F32	Depressive Episode	30.882	17,8
U60	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit	29.529	17

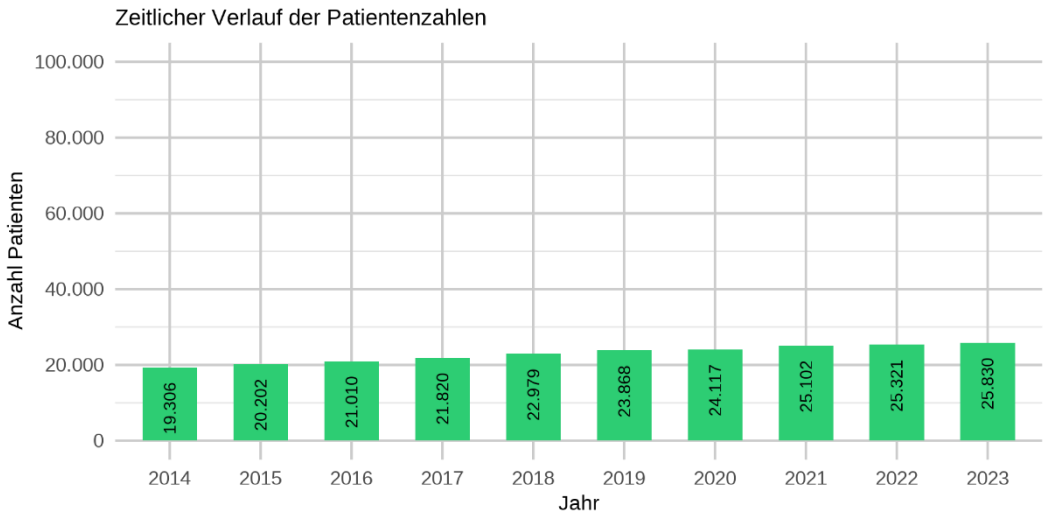
ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
U61	Anzahl der (CD4+-)T-Helferzellen bei HIV-Krankheit	29.307	16,9
B18	Chronische Virushepatitis	23.233	13,4
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	21.396	12,3
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	18.943	10,9
UUU	Angabe einer ICD-10-GM-Schlüsselnummer nicht erforderlich	15.906	9,2
B16	Akute Virushepatitis B	14.670	8,5
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten [Grippe, Mumps und andere]	14.498	8,4
A53	Sonstige und nicht näher bezeichnete Syphilis	13.307	7,7
A63	Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	12.133	7
E55	Vitamin-D-Mangel	10.163	5,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	9.953	5,7
E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	9.974	5,7
F41	Andere Angststörungen	9.338	5,4
M54	Rückenschmerzen	9.149	5,3
A51	Frühsyphilis	8.583	4,9
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	8.211	4,7
G62	Sonstige Polyneuropathien	7.929	4,6
B37	Kandidose	7.701	4,4
B02	Zoster [Herpes zoster]	7.418	4,3
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten [Gelbfieber, Masern, Poliomyelitis, Röteln, Tollwut, durch Arthropoden übertragene Virusenzephalitis, und Virushepatitis]	7.061	4,1
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	7.096	4,1
F33	Rezidivierende depressive Störung	7.052	4,1
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	7.016	4
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	6.862	4

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
F45	Somatoforme Störungen	6.569	3,8
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	6.484	3,7
G47	Schlafstörungen	6.212	3,6
J45	Asthma bronchiale	6.238	3,6
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	5.950	3,4
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	5.746	3,3
K29	Gastritis und Duodenitis	5.678	3,3
B15	Akute Virushepatitis A	5.520	3,2
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	5.411	3,1
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	5.292	3,1
R59	Lymphknotenvergrößerung	5.288	3
E11	Diabetes mellitus vom Typ 2	5.278	3
Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	5.103	2,9
R16	Hepatomegalie und Splenomegalie, anderenorts nicht klassifiziert	5.023	2,9
B00	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]	4.783	2,8
Z20	Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten	4.941	2,8
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4.893	2,8
B17	Sonstige akute Virushepatitis	4.507	2,6

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014

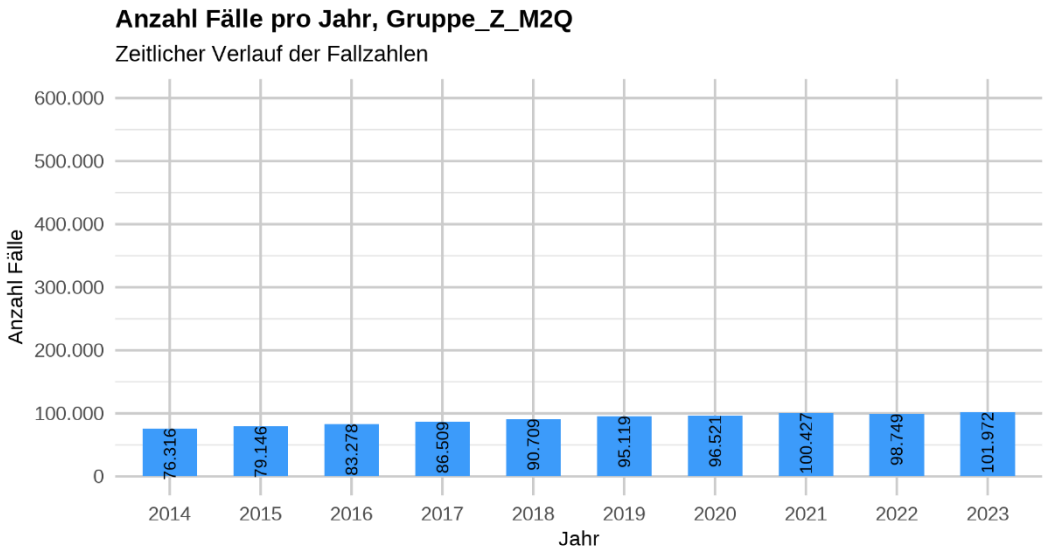
A2 Angebot/Nachfrage: Gruppe Z

Abbildung 166: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr, Gruppe Z



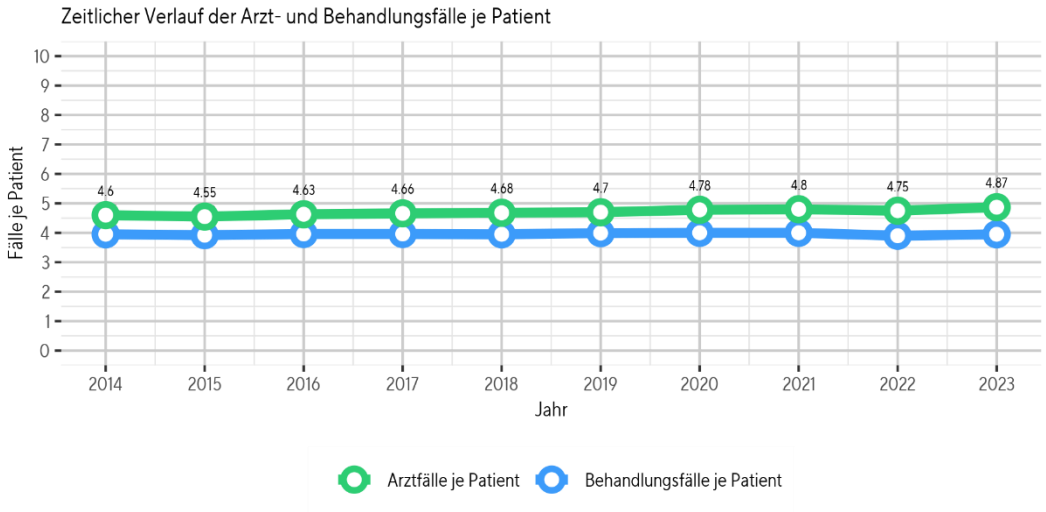
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 167: Anzahl Behandlungsfälle pro Jahr, Gruppe Z



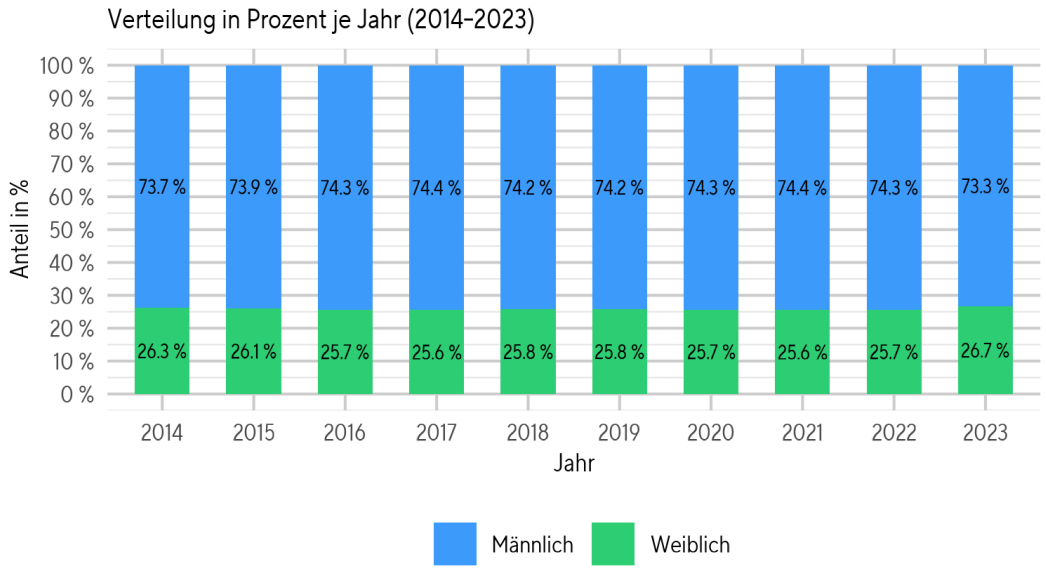
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 168: Behandlungs- und Arztfallzahlen je Patientin bzw. Patient und Jahr, Gruppe Z



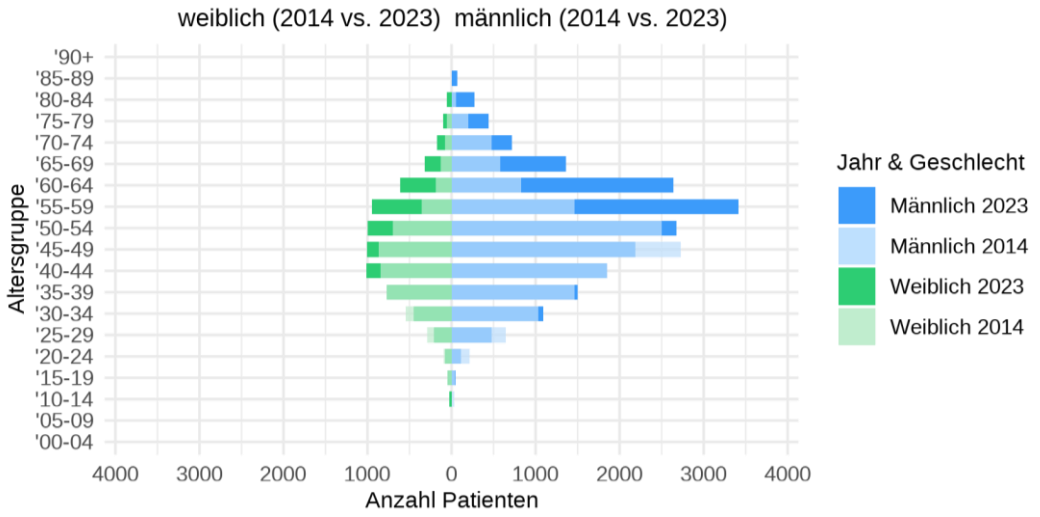
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 169: Anteil Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Geschlecht, Gruppe Z



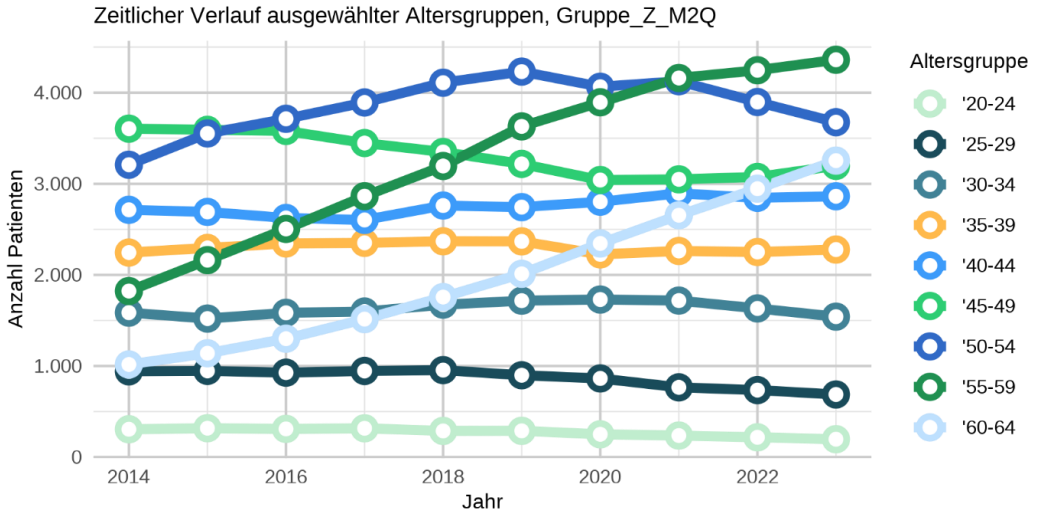
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 170: Anzahl Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe und Geschlecht im Jahresvergleich 2014 vs. 2023, Gruppe Z



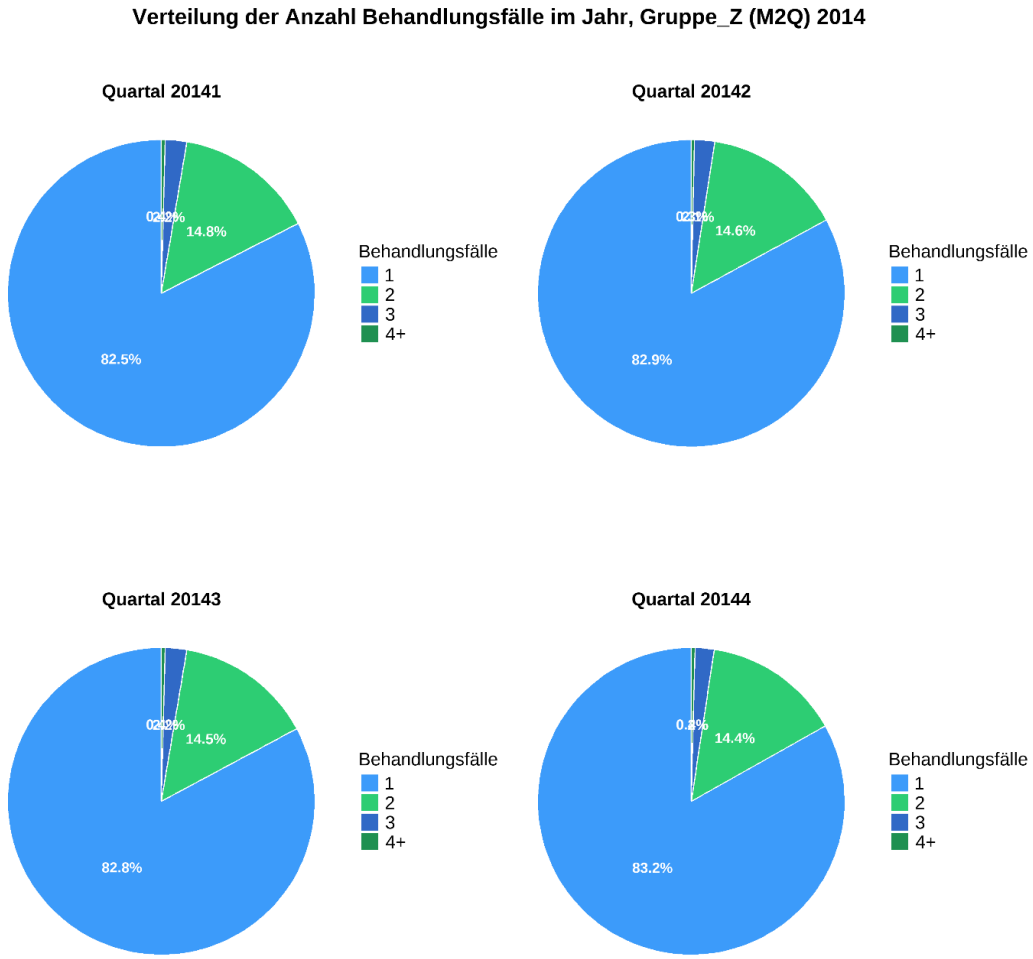
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

Abbildung 171: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Altersgruppe, Gruppe Z



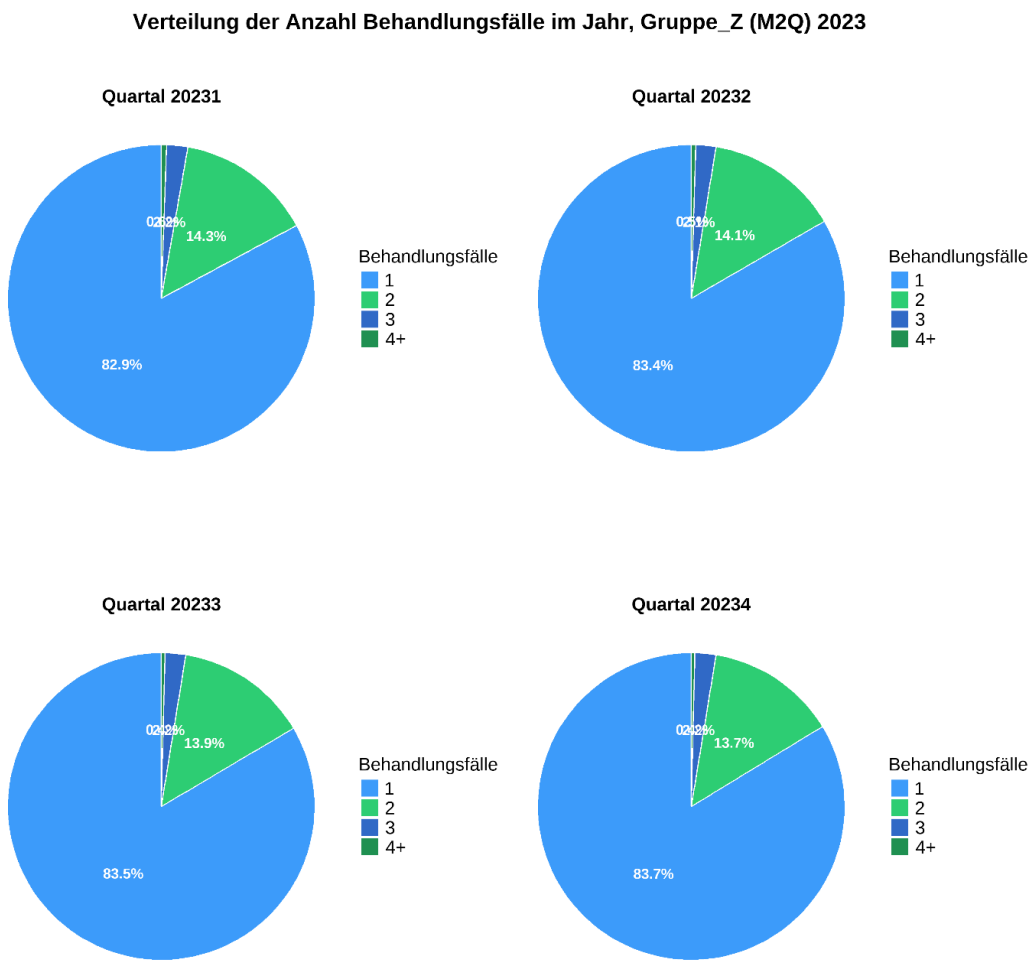
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 172: Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2014 nach Quartal, Gruppe Z



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

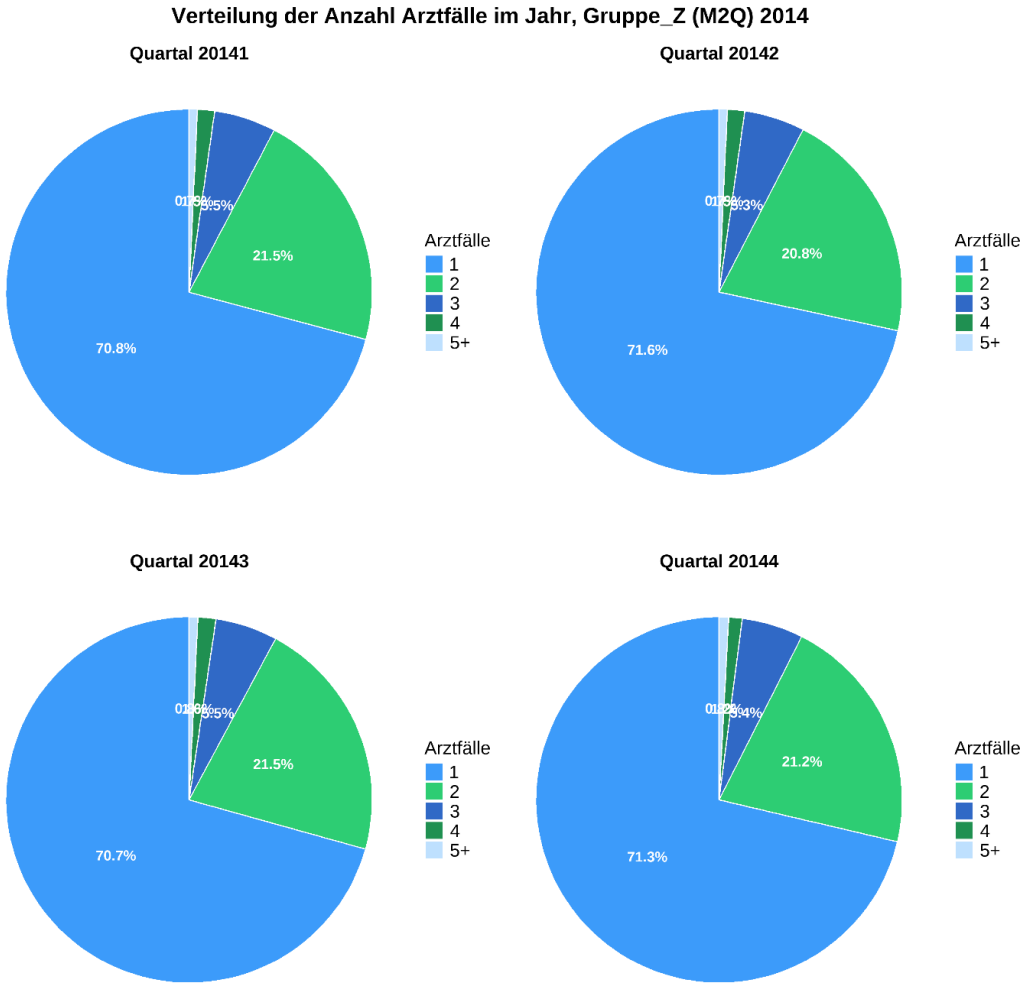
Abbildung 173: Verteilung der Behandlungsfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe Z



Datenbasis: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten 2014-2023.

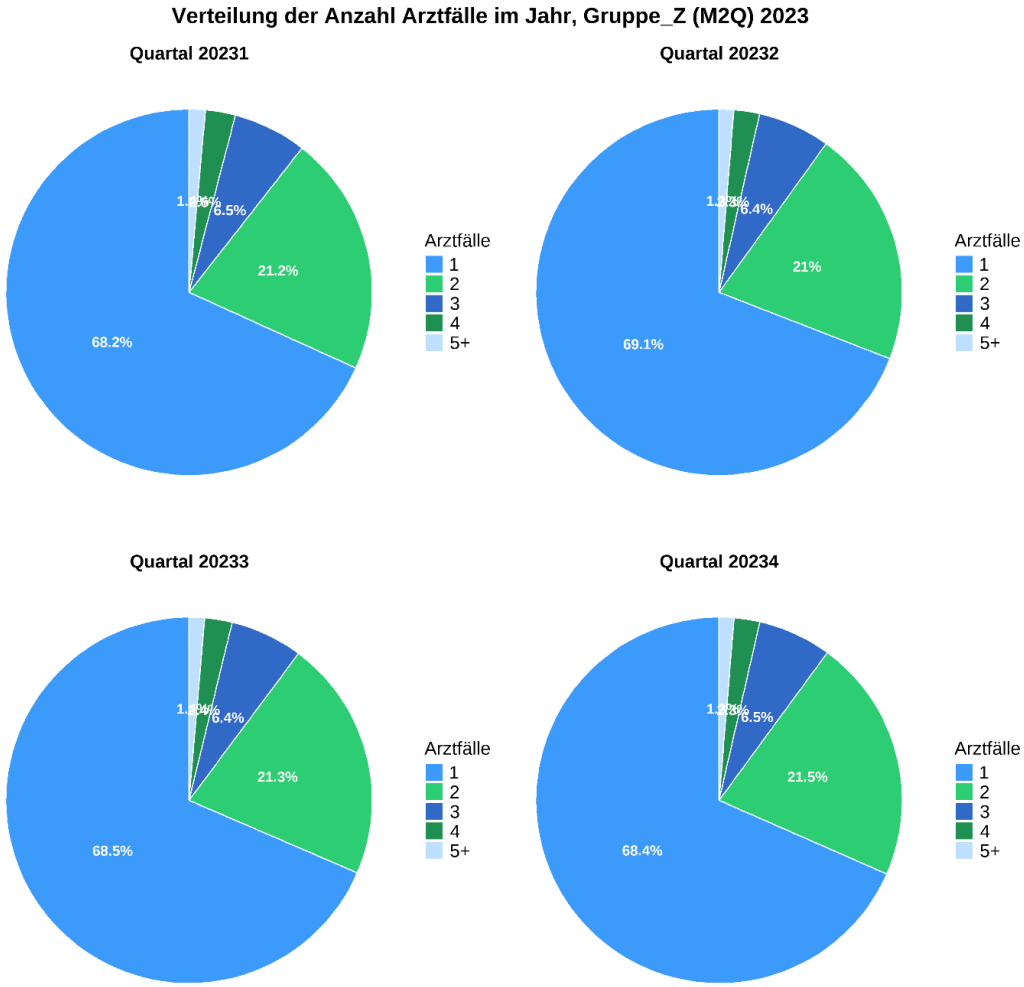
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 174: Verteilung der Arztfälle im Jahr 2014 nach Quartal, Gruppe Z



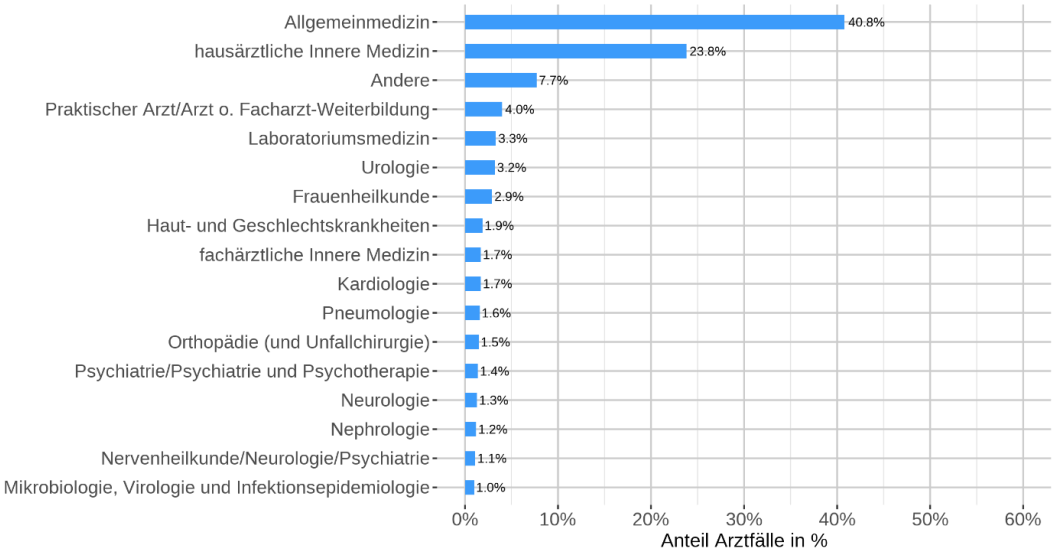
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 175: Verteilung der Arztfälle im Jahr 2023 nach Quartal, Gruppe Z



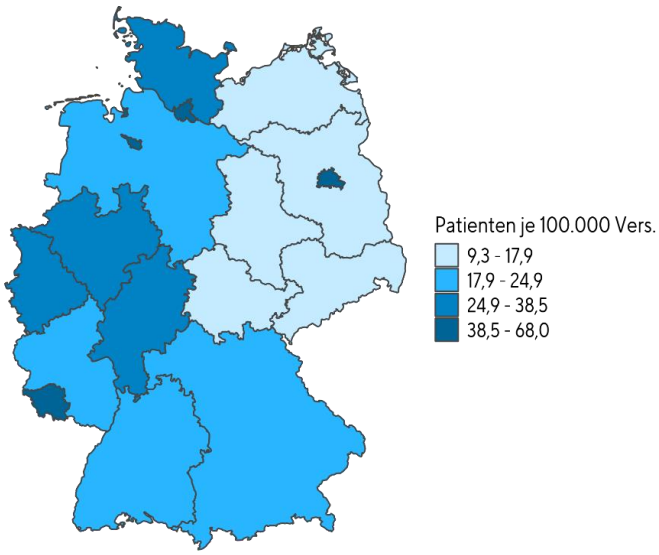
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023

Abbildung 176: Anteil der Arztfälle nach Fachgruppe im Jahr 2023, Gruppe Z



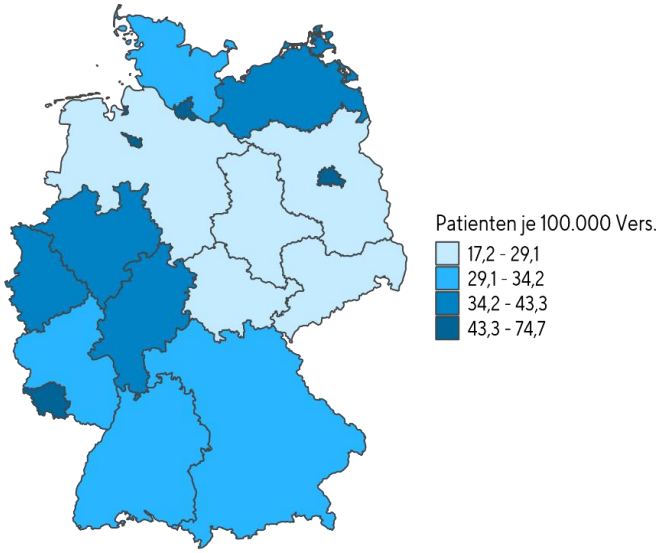
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abbildung 177: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2014, Gruppe Z



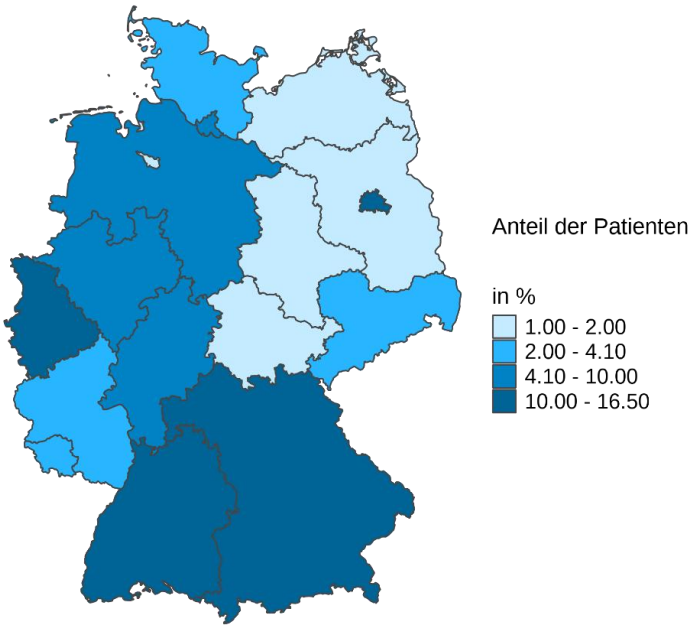
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 178: Patientinnen und Patienten je 100.000 Versicherte (KM6) nach KV im Jahr 2023, Gruppe Z



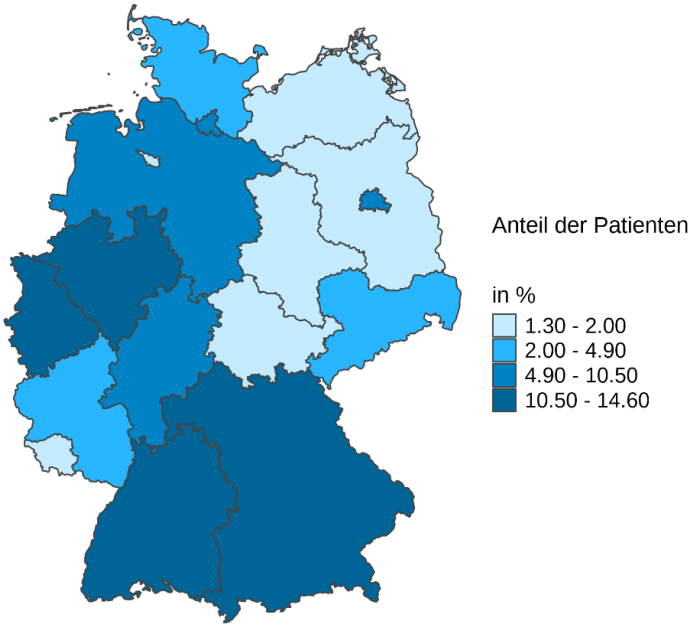
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 179: Anteil der Patientinnen und Patienten nach KV im Jahr 2014, Gruppe Z



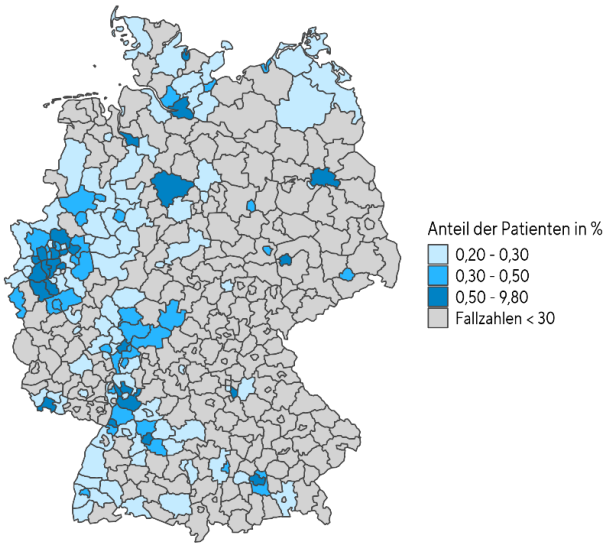
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 180: Anteil der Patientinnen und Patienten nach KV im Jahr 2023, Gruppe Z



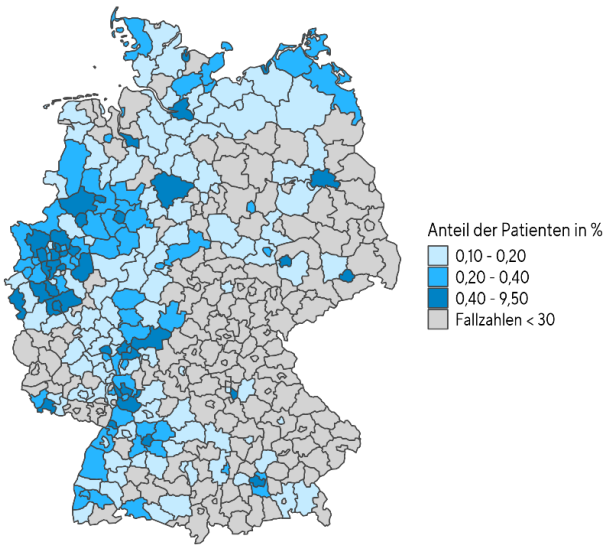
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 181: Anteil der Patientinnen und Patienten nach Kreiskennzeichen im Jahr 2014, Gruppe Z



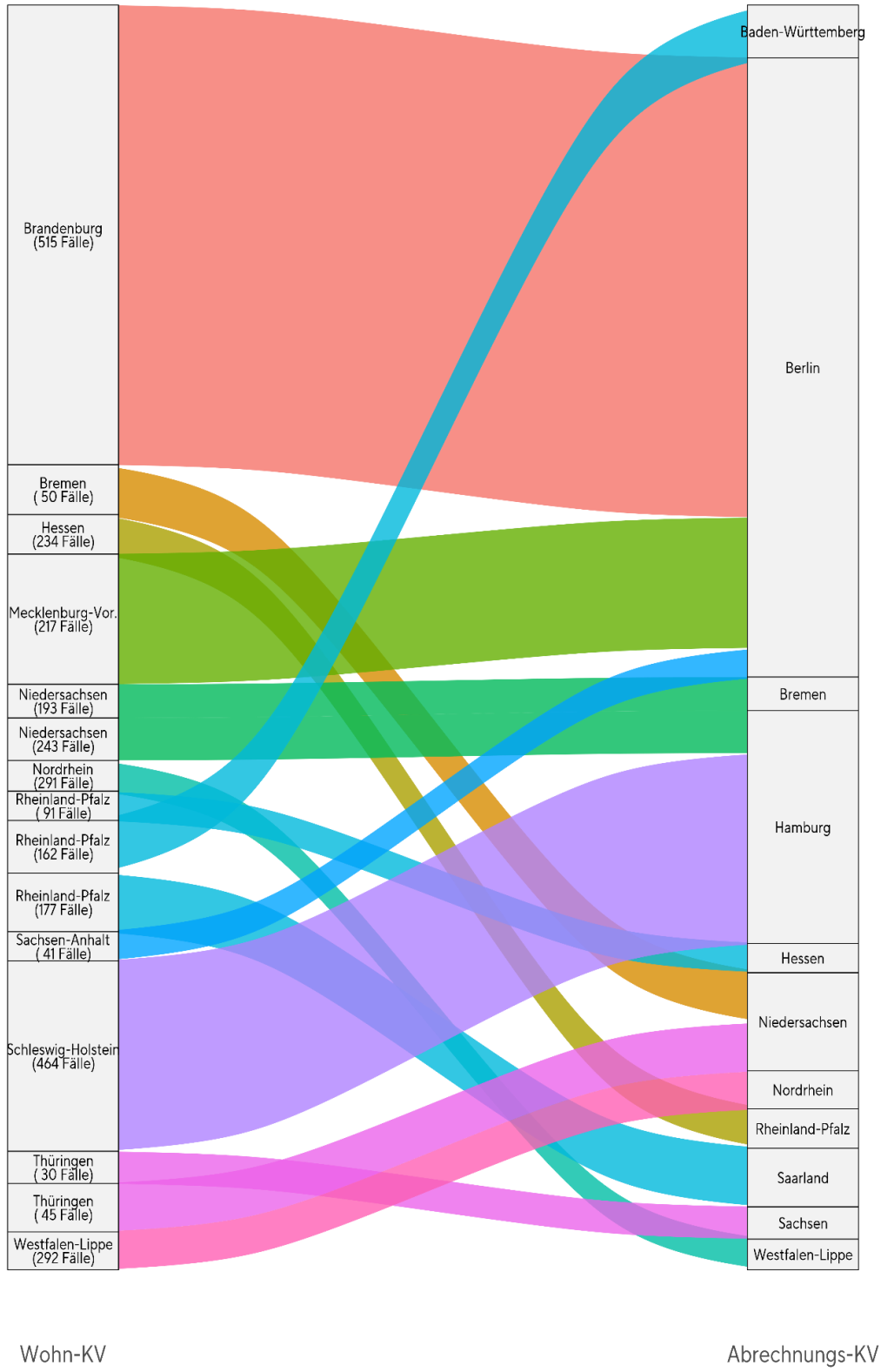
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 182: Anteil der Patientinnen und Patienten nach Kreiskennzeichen im Jahr 2023, Gruppe Z



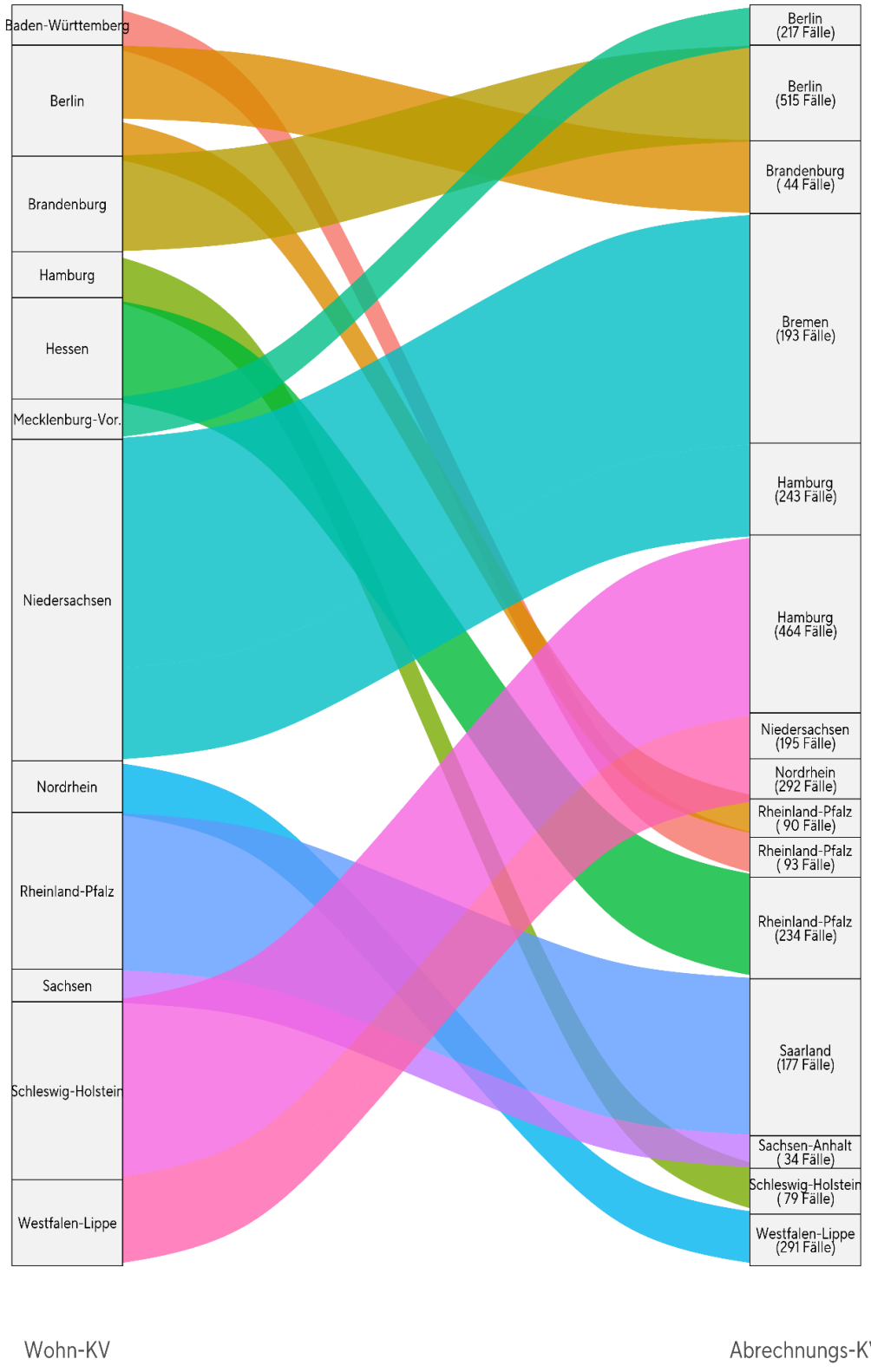
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023; © 2024 GeoBasis-DE / BKG 2020, http://www.bkg.bund.de

Abbildung 183: TOP 15 Patientenabströme im Jahr 2023, Gruppe Z



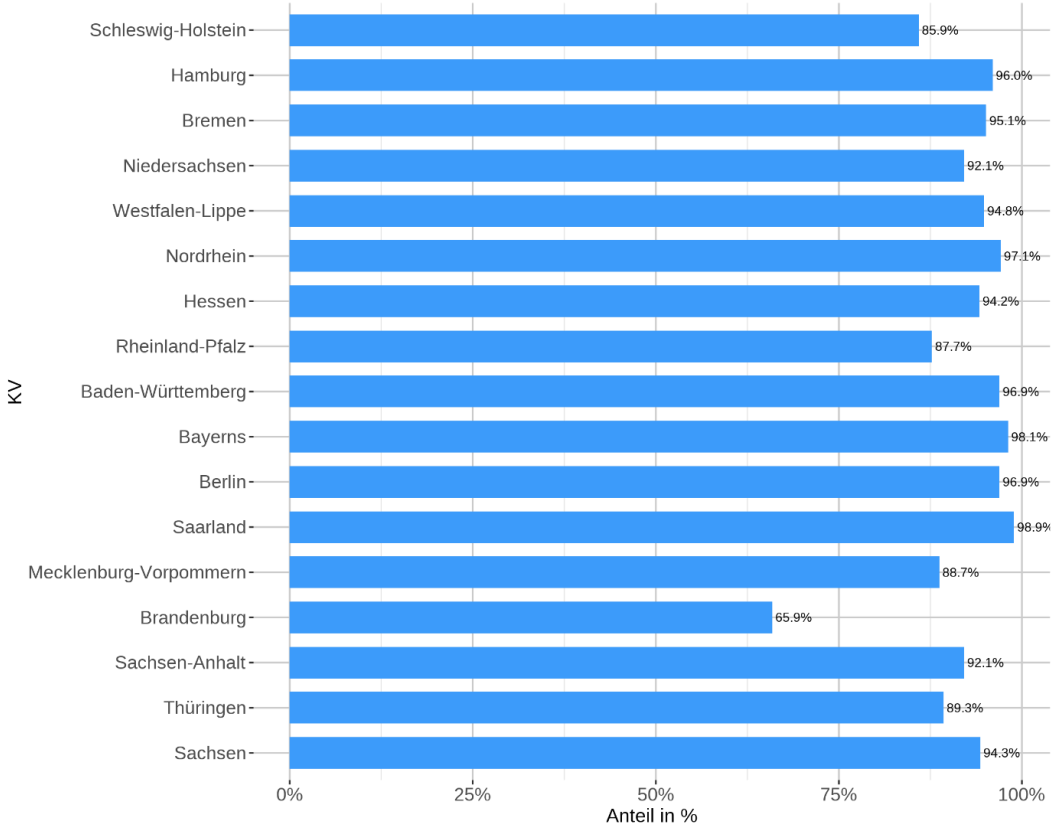
Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abbildung 184: TOP 15 Patientenzuströme im Jahr 2023, Gruppe Z



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Abbildung 185: Anteil der Behandlungsfälle mit identischer Wohnort- und Abrechnungs-KV, Gruppe Z, 2023



Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Tabelle 62: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Anteil der Fälle an Gesamtfälle in Gruppe Z in %), Gruppe Z im Jahr 2023

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	22.903	22,5
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	14.183	13,9
F32	Depressive Episode	13.686	13,4
M54	Rückenschmerzen	10.711	10,5
E11	Diabetes mellitus vom Typ 2	9.229	9,1
B18	Chronische Virushepatitis	8.927	8,8
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	7.749	7,6
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	7.042	6,9

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	6.217	6,1
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	6.233	6,1
F45	Somatoforme Störungen	5.832	5,7
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	5.673	5,6
G47	Schlafstörungen	5.553	5,4
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	5.301	5,2
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	5.329	5,2
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	5.087	5
F41	Andere Angststörungen	5.050	5
J45	Asthma bronchiale	5.148	5
F33	Rezidivierende depressive Störung	4.918	4,8
E66	Adipositas	4.796	4,7
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	4.678	4,6
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	4.454	4,4
N18	Chronische Nierenkrankheit	4.519	4,4
G62	Sonstige Polyneuropathien	4.349	4,3
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten [Grippe, Mumps und andere]	4.414	4,3
K29	Gastritis und Duodenitis	4.034	4
M47	Spondylose	3.721	3,6
Z51	Sonstige medizinische Behandlung	3.714	3,6
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	3.592	3,5
N40	Prostatahyperplasie	3.610	3,5
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	3.529	3,5
E55	Vitamin-D-Mangel	3.552	3,5
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3.446	3,4
E03	Sonstige Hypothyreose	3.383	3,3
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	3.051	3

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
E04	Sonstige nichttoxische Struma	3.092	3
A53	Sonstige und nicht näher bezeichnete Syphilis	2.851	2,8
I83	Varizen der unteren Extremitäten	2.835	2,8
U11	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19	2.735	2,7
B16	Akute Virushepatitis B	2.795	2,7
I70	Atherosklerose	2.679	2,6
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	2.656	2,6
G43	Migräne	2.692	2,6
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	2.645	2,6
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	2.570	2,5
Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	2.558	2,5
G40	Epilepsie	2.527	2,5
U60	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit	2.476	2,4
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	2.444	2,4
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	2.454	2,4

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023

Tabelle 63: TOP 50 Behandlungsdiagnosen (Anteil der Fälle an Gesamtfälle in Gruppe Z in %), Gruppe Z im Jahr 2014

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
F32	Depressive Episode	52.285	13,1
U60	Essentielle (primäre) Hypertonie	50.003	12,5
U61	Chronische Virushepatitis	38.217	9,6
B18	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	36.239	9,1
I10	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit	31.729	7,9
E78	Anzahl der (CD4+-)T-Helferzellen bei HIV-Krankheit	30.898	7,7
UUU	Rückenschmerzen	26.042	6,5
B16	Akute Virushepatitis B	20.811	5,2
Z25	Angabe einer ICD-10-GM-Schlüsselnummer nicht	20.927	5,2

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
	erforderlich		
A53	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten [Grippe, Mumps und andere]	19.323	4,8
A63	Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	17.848	4,5
E55	Diabetes mellitus vom Typ 2	16.885	4,2
F43	Sonstige und nicht näher bezeichnete Syphilis	16.610	4,2
E88	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	16.892	4,2
F41	Somatoforme Störungen	15.902	4
M54	Andere Angststörungen	16.012	4
A51	Chronische ischämische Herzkrankheit	15.062	3,8
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	15.086	3,8
G62	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	14.745	3,7
B37	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	13.880	3,5
B02	Asthma bronchiale	13.936	3,5
Z24	Gastroösophageale Refluxkrankheit	13.927	3,5
J06	Sonstige Polyneuropathien	13.764	3,4
F33	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	13.209	3,3
K21	Sonstige Bandscheibenschäden	13.287	3,3
J30	Rezidivierende depressive Störung	13.372	3,3
F45	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	13.083	3,3
F17	Gastritis und Duodenitis	12.650	3,2
G47	Schlafstörungen	12.769	3,2
J45	Sonstige Stoffwechselstörungen	12.401	3,1
M51	Vitamin-D-Mangel	12.053	3
J44	Variabler Immundefekt [common variable immunodeficiency]	11.387	2,9
K29	Kandidose	10.636	2,7
B15	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	10.662	2,7

ICD-10-Code	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil
K52	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	10.764	2,7
I25	Frühsyphilis	10.422	2,6
R59	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	10.151	2,5
E11	Zoster [Herpes zoster]	9.854	2,5
Z23	Sonstige medizinische Behandlung	9.963	2,5
R16	Spondylose	9.154	2,3
B00	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	9.295	2,3
Z20	Adipositas	8.398	2,1
F10	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten [Gelbfieber, Masern, Poliomyelitis, Röteln, Tollwut, durch Arthropoden übertragene Virusenzephalitis, und Virushepatitis]	8.520	2,1
B17	Sonstige nichttoxische Struma	8.226	2,1

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014

A3 Projektion

Tabelle 64: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die Zahl der Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnose (entspricht Gruppe A im ersten Berichtsteil) nach Varianten

Variante	Region	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
rBIX 2.0	Bund	1	1,17	1,16	1,17	1,18
rBIX 2.0	Nordost	1	1,18	1,17	1,18	1,19
rBIX 2.0	Südwest	1	1,17	1,16	1,16	1,17
rBIX 2.1	Bund	1	1,23	1,32	1,36	1,37
rBIX 2.1	Nordost	1	1,23	1,34	1,38	1,39
rBIX 2.1	Südwest	1	1,22	1,31	1,34	1,36

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023
Anmerkung: rBIX 2.0: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (degressive Reduktion); rBIX 2.1: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (lineare Reduktion)

Tabelle 65: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die Zahl der Fälle mit Präexpositionsprophylaxe (entspricht Gruppe D im ersten Berichtsteil) nach Varianten

Variante	Region	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
rBIX 2.0	Bund	1	2,80	2,79	2,80	2,82
rBIX 2.0	Nordost	1	2,78	2,78	2,78	2,81
rBIX 2.0	Südwest	1	2,82	2,80	2,81	2,83
rBIX 2.1	Bund	1	3,59	6	6,73	6,78
rBIX 2.1	Nordost	1	3,56	6,00	6,74	6,76
rBIX 2.1	Südwest	1	3,61	6,00	6,73	6,79

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023
Anmerkung: rBIX 2.0: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (degressive Reduktion); rBIX 2.1: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (lineare Reduktion)

Tabelle 66: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die Zahl der Patientinnen und Patienten mit HIV-Diagnose (entspricht Gruppe A im ersten Berichtsteil) nach Varianten[17] separat nach Kreistyp

Variante	Kreistyp	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
rBIX 2.0	Großstadt	1	1,14	1,14	1,15	1,17
rBIX 2.0	Stadt	1	1,17	1,15	1,15	1,16
rBIX 2.0	Ländlich	1	1,29	1,26	1,26	1,26
rBIX 2.0	Dünn besiedelt	1	1,27	1,24	1,23	1,23
rBIX 2.1	Großstadt	1	1,19	1,27	1,31	1,33
rBIX 2.1	Stadt	1	1,22	1,31	1,34	1,35
rBIX 2.1	Ländlich	1	1,38	1,54	1,58	1,58
rBIX 2.1	Dünn besiedelt	1	1,36	1,50	1,53	1,53

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023
Anmerkung: rBIX 2.0: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (degressive Reduktion); rBIX 2.1: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (lineare Reduktion)

Tabelle 67: Zukünftiger relativer Beanspruchungsindex (rBIX) für die Zahl der Fälle mit Präexpositionsprophylaxe (entspricht Gruppe D im ersten Berichtsteil) nach Varianten[18] separat nach Kreistyp

Variante	Kreistyp	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
rBIX 2.0	Großstadt	1	2,62	2,61	2,62	2,64
rBIX 2.0	Stadt	1	3,20	3,19	3,21	3,25
rBIX 2.0	Ländlich	1	3,07	3,03	3,03	3,02
rBIX 2.0	Dünn besiedelt	1	4,11	4,11	4,10	4,07
rBIX 2.1	Großstadt	1	3,28	5,16	5,68	5,74
rBIX 2.1	Stadt	1	4,25	7,50	8,57	8,68
rBIX 2.1	Ländlich	1	4,04	7,00	7,83	7,82

[17] In dieser Tabelle sind projizierte Anzahlen dargestellt. Diese sind in der Darstellung immer auf ganze Zahlen gerundet, da es um Personen geht. Gerechnet wird aber mit ungerundeten Werten.

[18] In dieser Tabelle sind projizierte Anzahlen dargestellt. Diese sind in der Darstellung immer auf ganze Zahlen gerundet, da es um Personen geht. Gerechnet wird aber mit ungerundeten Werten.

Variante	Kreistyp	Basisjahr 2023	Zieljahr 2030	Zieljahr 2035	Zieljahr 2040	Zieljahr 2045
rBIX 2.1	Dünn besiedelt	1	5,93	13,70	16,77	16,34

Quelle: Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2014-2023
Anmerkung: rBIX 2.0: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (degressive Reduktion); rBIX 2.1: Bevölkerungs- und vorangegangene Inanspruchnahmeentwicklung (lineare Reduktion)

Literaturverzeichnis

Robert Koch Institut (RKI) (2024): HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten der Schätzung, Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts, Stand: Ende 2023, HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten und Trends, Ende 2023 – Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts (Abruf: 20.10.2024)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & GKV-Spitzenverband. (2025, 1. März). Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä). https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf (Abruf: 05.01.2025)

Zillken, N. (2023, 7. März): Frauen haben kaum Zugang zur PrEP: Ein Gespräch zum feministischen Kampftag. magazin.hiv. https://magazin.hiv/magazin/praevention-wissen/prep/frauen-haben-kaum-zugang-zur-prep/ (Abruf: 10.04.2025)

Bundesinstitut für Bau-, Stadt und Raumforschung (BBSR) (2024): Raumordnungsprognose 2045 – Bevölkerungsprognose: Ergebnisse nach Altersgruppen. In: BBSR-Analysen KOMPAKT 04/2024. Bonn 2024.

Hering R, Schulz M, Czihal T (2023): Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten - Eine Projektion nach Fachgruppen bis 2035. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/07. Berlin 2023. https://doi.org/10.20364/VA-23.07

Lipovsek J, Schulz M, Hering R et al. (2024): Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland – Aktualisierung 2024. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. https://doi.org/G/10.20364/FB3-24.01

Lipovsek J, Schulz M, Hering, R et al. (2025): Projektion nephrologischer Versorgung in Deutschland. Nephrologie 20, 224–235. https://doi.org/10.1007/s11560-025-00846-2

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

© Alle Rechte vorbehalten