

## Antwort

### der Bundesregierung

#### auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/4177 –

#### HIV-Versorgung in Deutschland

##### Vorbemerkung der Fragesteller

Im Jahr 2020 hat Deutschland knapp das „90/90/90-Ziel“ des gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen gegen HIV/AIDS (UNAIDS) erreicht. Nach Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) wurde 2020 erstmals der Zielwert erreicht, dass rund 90 Prozent der HIV-Infizierten diagnostiziert sind. Der Anteil der Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion unter einer antiretroviralen Therapie (ART) liegt schon länger über dem Zielwert; im Jahr 2020 bei sogar 97 Prozent. Auch der Anteil erfolgreicher ARTs liegt bereits seit 2011 über 90 Prozent, 2020 bei 96 Prozent ([https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/47\\_21.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/47_21.pdf?__blob=publicationFile)). Gleichwohl ist die Anzahl der Spätdiagnostizierten weiterhin hoch (<https://www.presseportal.de/pm/72849/5085933>).

Anhaltendes politisches Engagement zur Stärkung von Aufklärung, Prävention, Diagnose und Therapie ist nach Überzeugung der Verfasser notwendig, um das für das Jahr 2025 durch UNAIDS aktualisierte „95/95/95-Ziel“ zu erreichen. Anknüpfungspunkte im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP für die 20. Wahlperiode stellen aus Sicht der Fragesteller die geplante Reform des Präventionsgesetzes, die Fassung eines „Nationalen Präventionsplans“ sowie die Neugründung eines Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit dar.

Gleichzeitig erreicht die 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und von dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) ausgegebene „BIS 2030“-Strategie zur Eindämmung von sexuell übertragbaren Infektionen ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie\\_BIS\\_2030\\_HIV\\_HEP\\_STI.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf)) im Jahr 2023 ihre Halbzeit, sodass eine Evaluation zum bisherigen Fortschritt nach Auffassung der Fragesteller sinnvoll erscheint. Eine IGES-Studie aus dem Jahr 2021 sieht zwar Teilerfolge, attestiert aber ebenso weiteren Handlungsbedarf, um die Ziele nicht zu verfehlen ([https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2021/eindammung-von-hiv-hcv/index\\_ger.html](https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2021/eindammung-von-hiv-hcv/index_ger.html)).

Eine Präventionsmethode zum Schutz vor einer HIV-Infektion ist die Prä-expositionsprophylaxe (PrEP). Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (§ 20j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) werden die Kosten der PrEP für gesetzlich Krankenversicherte mit einem substanziellen HIV-Infek-

tionsrisiko von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Auch die Private Krankenversicherung (PKV) übernimmt die Kosten (siehe <https://www.pkv.de/verband/presse/pressemitteilungen/rahmenvertrag-zur-hiv-praevention-neue-moeglichkeiten-der-prep-gezielt-nutzen/>). Eine RKI-Evaluation zur Einführung der PrEP als Kassenleistung ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Abschlussbericht\\_EvEPrEP.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Abschlussbericht_EvEPrEP.pdf?__blob=publicationFile)) hat ergeben, dass diese sehr gut vor einer HIV-Infektion schützt. Allerdings existieren große regionale Versorgungsunterschiede, weil außerhalb von Großstädten nur wenige HIV-Schwerpunktpraxen existieren, die die PrEP verordnen können. Eine Befragung von HIV-Patienten ergab, dass für 22 Prozent der Befragten die fehlende Verfügbarkeit von verordnenden Ärztinnen und Ärzten einer der Hauptgründe ist, weshalb keine PrEP in Anspruch genommen wird. Ferner ist die extrabudgetäre Vergütung der PrEP-Versorgung derzeit bis zum 31. Dezember 2022 befristet und würde demnach ab 2023 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Dies könnte laut der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä) dazu führen, dass etwa die Hälfte aller PrEP-verordnenden Ärzte diese Arbeit nicht im jetzigen Umfang fortführen kann ([https://www.dagnae.de/wp-content/uploads/2022/06/PM\\_PrEP-RKI-22-06-22.pdf](https://www.dagnae.de/wp-content/uploads/2022/06/PM_PrEP-RKI-22-06-22.pdf)). Die nachgewiesene wirksame Prävention von HIV durch die PrEP würde dadurch stark eingeschränkt.

Mit dem Angriff Russlands auf das HIV-Hochinzidenzland Ukraine kommt der Sicherstellung einer angemessenen Versorgung von Geflüchteten aus der Ukraine aus Sicht der Fragesteller eine besondere Bedeutung zu. Diese sind in besonderem Maße auf Test-, Beratungs- und Versorgungsangebote angewiesen.

Ein Bereich, in dem aus Sicht der Fragesteller ebenfalls HIV-Test-, Beratungs- und Versorgungsangebote von großer Bedeutung sind, ist der Strafvollzug. Selbsthilfeorganisationen und Initiativen weisen darauf hin, dass Menschen in Haft stark erhöhten Infektionsrisiken ausgesetzt sind und fordern, dass die bisherige Test- und Behandlungsinfrastruktur ausgebaut werden sollte, um frühzeitige Therapien zu ermöglichen (<https://kein-aids-fuer-alle.de/test-und-behandlung-auch-hinter-gittern/>).

Die Bundesregierung spricht in der „BIS 2030“-Strategie mit Blick auf Menschen mit HIV von einem „guten Versorgungsnetz, das wegweisend für die Behandlung anderer Erkrankungen war und ist“ (S. 19). Allerdings äußern AIDS-Hilfen die Sorge, dass zukünftig Lücken in der Versorgung von Menschen mit HIV drohen, weil sich die ambulante Versorgungsstruktur potenziell ausdünnert (<https://www.aidshilfe.de/meldung/hiv-konferenz-duisburg-so-geht-vielfalt>).

Durch den medizinischen Fortschritt, den es in den letzten Jahrzehnten im Bereich HIV gab, haben Menschen mit HIV inzwischen eine ähnliche Lebenserwartung wie Menschen ohne HIV. Daraus resultieren neue Herausforderungen in der Pflege von alternenden Menschen mit HIV, weil diese oft Komorbiditäten, also zusätzliche Krankheitsbilder zusätzlich zu ihrer Grunderkrankung, aufweisen, die besondere medizinische und pflegerische Aufmerksamkeit benötigen. Zukünftig werden immer mehr Menschen mit HIV auf die Entwicklung neuer Pflegemodelle angewiesen sein, die speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind. Im Zuge dessen ist außerdem festzustellen, dass viele Menschen mit HIV über diskriminierende Erlebnisse im Gesundheitswesen berichten (<https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/welt-aids-tag>). Daher sollte nach Auffassung der Fragesteller evaluiert werden, ob Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte in ihren Aus- und Fortbildungen ausreichend über HIV und AIDS aufgeklärt werden.

Im vom Deutschen Bundestag am 20. Oktober 2022 angenommenen Entwurf der Bundesregierung für ein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist die Einführung eines Kombinationsabschlags auf Arzneimittel, die einen neuen Wirkstoff enthalten und in Kombinationstherapien eingesetzt werden, geplant. Die Anwendung von Kombinationstherapien ist in der Behandlung von Menschen mit HIV aus Sicht der Fragesteller essenziell, um auf Komorbiditäten, eventu-

ell auftretende Resistenzen und individuelle Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Schlüsselgruppen reagieren zu können. Eine HIV-spezifische Ausnahme für Kombinationsabschläge würde nach Meinung der Fragesteller dazu beitragen, die Therapiefreiheit und Therapieviefalt in der HIV-Therapie aufrechtzuerhalten.

1. Plant die Bundesregierung, die HIV-Prävention gemäß dem Koalitionsvertrag in einem weiterzuentwickelndem Präventionsgesetz und in dem zu schaffenden Nationalen Präventionsplan zu berücksichtigen, und wenn ja, wie?

Die konzeptionellen Arbeiten für die Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes sowie einen Nationalen Präventionsplan befinden sich im Vorbereitungsstadium. Eine Aussage zu konkreten Inhalten ist daher derzeit nicht möglich.

2. Welche Maßnahmen strebt die Bundesregierung an, um insbesondere die Sekundärprävention vor HIV zu stärken und das ausgerufene „95/95/95-Ziel“ der UNAIDS bis 2025 vollumfänglich zu erreichen?

Bereits im Jahr 2020 waren in Deutschland mehr als 95 Prozent der Menschen mit einer diagnostizierten HIV-Infektion in antiretroviraler Therapie; bei mehr als 95 Prozent ist die antiretrovirale Therapie erfolgreich, wodurch eine weitere Übertragung von HIV fast vollkommen unterbunden wird. Die Bundesregierung strebt gemeinsam mit den Ländern weiterhin an, die dritte Zielsetzung von UNAIDS, dass 95 Prozent aller Menschen, die mit HIV infiziert sind, ihre Diagnose kennen, zu erreichen. Die Förderung von hierfür notwendigen Maßnahmen, wie beispielsweise niedrigschwellige Testangebote, liegt in der Zuständigkeit der Länder.

3. Soll das neu zu gründende Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit in der Gesundheitskommunikation und Aufklärungsarbeit zu HIV und AIDS neue Impulse setzen, und wenn ja, welche?

Die Bundesregierung befindet sich derzeit in der Konzeption des Vorhabens. Eine Aussage ist zum jetzigen Zeitpunkt daher nicht möglich.

4. Plant die Bundesregierung zur Halbzeit der „BIS 2030“-Strategie im Jahr 2023 Evaluationsmaßnahmen, und wenn ja, welche?
6. Ist von Seiten der Bundesregierung eine Nachschärfung bzw. Neuausrichtung der „BIS 2030“-Strategie geplant, und wenn ja, auf welche Schwerpunkte wird sich diese fokussieren?
  - a) Ist die Veröffentlichung von Zwischenergebnissen zur „BIS 2030“-Strategie geplant?
  - b) Ist die Bereitstellung eines Sonderbudgets zur nationalen Umsetzung der „BIS 2030“-Strategie geplant?
  - c) Ist die Erarbeitung eines nationalen Plans zur Zielerreichung der „BIS 2030“-Strategie geplant?

Die Fragen 4 und 6 bis 6c werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung plant für das 2. Halbjahr 2023 eine Überprüfung der Umsetzung der BIS 2030-Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von

HIV, Hepatitis und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Die Ergebnisse bleiben abzuwarten.

5. Welche Maßnahmen wurden seit Etablierung der Strategie bereits ergriffen, um die gesteckten Ziele bis 2030 zu erreichen, und welche Erfolge können bislang vorgewiesen werden?
  - a) Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung bisher regionale Unterschiede in der Umsetzung der Strategie und bei deren Erfolgen, und wenn ja, welche?
  - b) Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Unterschiede in der Erreichung der Ziele in Bezug auf unterschiedliche Schlüsselgruppen (Männer, die Sex mit Männern haben, Drogenkonsumenten etc.), und wenn ja, welche?
  - c) Inwiefern hat sich die COVID-19-Pandemie nach Kenntnis der Bundesregierung auf das Erreichen der „BIS 2030“-Ziele ausgewirkt?
  - d) Wie können nach Ansicht der Bundesregierung erfolgreiche Leuchtturm- und Modellprojekte in eine flächendeckende Versorgungslandschaft überführt werden, und ist eine flächendeckende Ausweitung geplant, wenn ja, inwiefern?

Die Fragen 5 bis 5d werden gemeinsam beantwortet.

Auf die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 90 der Abgeordneten Diana Stöcker der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag auf Bundestagsdrucksache 20/2858 wird verwiesen.

Zu den im Rahmen der BIS 2030-Strategie getroffenen Maßnahmen der Bundesregierung gehören u. a. Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie zielgruppenspezifische Angebote durch die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH). Weitere Maßnahmen beinhalten die Ausweitung niedrigschwelliger Testangebote durch die Einführung der HIV-Selbsttests im September 2018 und seit 1. März 2020 den Wegfall des Arztvorbehaltes für HIV, Syphilis und Hepatitis Schnelltests, wodurch die Durchführung der Tests für Aidshilfen und Suchtberatungsstellen stark erleichtert wird. Die Einführung der HIV Präexpositionsprophylaxe (PrEP) im September 2019 für Personen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko hat nach Einschätzung des Robert Koch-Instituts (RKI) zu einer Verringerung der HIV-Neuinfektionen unter Männern, die Sexualverkehr mit Männern haben (MSM), beigetragen. Im Bereich Substitutionsversorgung für Drogengebrauchende wurden die Vorschriften angepasst, so dass die Konsultationen in der ärztlichen Praxis flexibilisiert werden konnten.

Begleitet wird die Umsetzung der Strategie durch das BIS-Koordinierungsgremium, das zur Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen berät.

Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses fördert seit diesem Jahr das Projekt „HeLP – HIV-Testempfehlungen in Leitlinien und Praxis“. Ziel des Projektes ist es, Indikatorerkrankungen für eine HIV-Infektion für den deutschen Kontext zu ermitteln, um in Deutschland noch zielgerichteter auf HIV-Infektionen testen zu können. Daneben wurde das Projekt „FindHIV – Frühzeitige Identifikation mittels normierter Diagnosekriterien für die HIV-Infektion“ über den Innovationsfonds gefördert. Das Projekt „FindHIV“ ist abgeschlossen, ein Abschlussbericht liegt noch nicht vor. Nach Abschluss der Förderung und Vorlage des Abschlussberichtes berät der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss die Ergebnisse der geförderten Projekte und beschließt Empfehlungen zu einer möglichen Überführung in die Regelversorgung.

Die Umsetzung der Maßnahmen der BIS 2030-Strategie auf regionaler Ebene obliegt den Ländern. Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

7. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um die Anzahl der Spätdiagnosen zu senken, und wenn ja, welche?

Zur Senkung von HIV-Spätdiagnosen sind insbesondere Aufklärung, Prävention und Testangebote innerhalb der betreffenden Zielgruppen notwendig. Hierzu haben die BZgA und die DAH zielgruppenspezifische Informationen entwickelt und in verschiedenen Medienformaten einschließlich Social Media veröffentlicht. Die Finanzierung und Umsetzung von zielgruppenspezifischen Testangeboten liegt in der Zuständigkeit der Länder.

8. Wie bewertet die Bundesregierung die in der RKI-Evaluation geäußerte Sorge vor einer Einbudgetierung der PrEP-Vergütung?
  - a) Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung das Volumen der bisher für die PrEP-Versorgung gezahlten Vergütung (EBM-Abschnitt 1.7.8) (bitte nach Jahren und KV-Regionen aufschlüsseln)?
  - b) Plant die Bundesregierung konkrete Maßnahmen, um die PrEP-Versorgung aufrechtzuerhalten, für den Fall, dass HIV-Schwerpunktpraxen die derzeitige Form der HIV-PrEP aufgrund der Einbudgetierung nicht mehr gewährleisten können, und wenn ja, welche?

Die Fragen 8 bis 8b werden gemeinsam beantwortet.

Auf die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 77 des Abgeordneten Ates Gürpınar der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 20/3225 wird verwiesen.

Die der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorliegenden Abrechnungsdaten zur HIV-Präventionsprophylaxe ergeben sich aus der Tabelle 1 der Anlage 1. \* Damit Rückschlüsse auf einzelne in den Regionen Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen tätige Ärztinnen und Ärzte nicht möglich sind, wurden die Daten für diese Regionen summiert ausgewiesen. Das Kriterium für die summarische Ausweisung dieser KV-Bezirke ist eine Anzahl von weniger als vier Ärztinnen und Ärzten in der jeweiligen KV-Region.

9. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um Versorgungslücken bei der PrEP-Versorgung zu schließen, und wenn ja, welche?
  - a) Wie viele Ärztinnen und Ärzte stellen nach Kenntnis der Bundesregierung gemäß § 33 des Bundesmantelvertrags-Ärzte die PrEP-Versorgung seit Einführung als GKV-Leistung im Jahr 2019 sicher (bitte nach Jahren und KV-Regionen aufschlüsseln)?
  - b) Wie will die Bundesregierung ggf. die in der RKI-Evaluation identifizierten regionalen Ungleichgewichte bei der PrEP-Versorgung ausgleichen und für einen flächendeckenden Zugang sorgen?
  - c) Wie stellt die Bundesregierung ggf. sicher, dass neben Männern, die Sex mit Männern haben, auch andere HIV-Schlüsselgruppen wie Drogenkonsumenten flächendeckend mit der PrEP versorgt werden können?

\* Von einer Drucklegung der Tabelle wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/4348 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

- d) Welche Maßnahmen zur Aufklärung bezüglich der Anwendung der PrEP hat die Bundesregierung sowohl für die Ärzteschaft als auch für betroffene Schlüsselgruppen bislang umgesetzt, bzw. welche Aufklärungsmaßnahmen sind noch geplant?
- e) Hat die Bundesregierung Kenntnis über die PrEP-Versorgungssituation von Privatversicherten und Beihilfeberechtigten, und wenn ja, wie bewertet die Bundesregierung diese?

Die Fragen 9 bis 9e werden gemeinsam beantwortet.

Auf die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 77 des Abgeordneten Ates Gürpinar der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 20/3225 wird verwiesen.

Die Ergebnisse der vom RKI durchgeführten PrEP-Evaluierung wurden im Koordinierungsgremium der BIS-2030-Strategie im April und Oktober 2022 diskutiert und auf entsprechende Lücken hingewiesen. Die Gremienmitglieder wirken in ihren jeweiligen Organisationen auf Verbesserungen bei der weiteren Umsetzung hin.

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die gemäß § 33 des Bundesmantelvertrag-Ärzte die PrEP-Versorgung seit Einführung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2019 sicherstellen, wird in Anlage 1 Tabelle 2\* aufgeführt und stellt die der KBV hierzu vorliegenden Daten der Abrechnungsstatistik zur HIV-Präventionsprophylaxe dar. Damit Rückschlüsse auf einzelne in den Regionen Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen tätige Ärztinnen und Ärzte nicht möglich sind, wurden die Daten für diese Regionen summiert ausgewiesen. Das Kriterium für die summarische Ausweisung dieser KV-Bezirke ist eine Anzahl von weniger als vier Ärztinnen und Ärzten in der jeweiligen KV-Region.

Vor dem Hintergrund, dass Behandlungsfälle außerhalb der GKV nicht systematisch erfasst werden, liegen der Bundesregierung keine Zahlen über die PrEP-Versorgungssituation von privatversicherten und beihilfeberechtigten Personen vor.

Die Bundesregierung informiert und unterstützt die Ärzteschaft zum Themenfeld PrEP u. a. durch die Bereitstellung von Informationen über die BZgA Initiative „LIEBESLEBEN“ ([https://www.liebesleben.de/fuer-alle/hiv-aids/prev/](https://www.liebesleben.de/fuer-alle/hiv-aids/prev)) und das Print-Medium zur Auslage in den Praxen „Mehr Wissen über HIV und AIDS“. Darüber hinaus ist durch die BZgA ein „Factsheet HIV aktuell für Ärztinnen und Ärzte“ mit einem Themenschwerpunkt zur PrEP für 2023 geplant.

- 10. Wie gestaltet sich nach Kenntnis der Bundesregierung die aktuelle HIV-Test- und HIV-Versorgungssituation von geflüchteten Ukrainern?
  - a) Wie viele Ukrainer, die im Rahmen des russischen Angriffskriegs nach Deutschland geflüchtet sind, wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bisher auf HIV getestet?  
Wie viele Tests ergaben nach Kenntnis der Bundesregierung ein positives Ergebnis?
  - b) Existiert eine bundesweit einheitliche Teststrategie für Menschen aus der Ukraine, und wenn nein, plant die Bundesregierung die Entwicklung einer solchen Teststrategie?

\* Von einer Drucklegung der Tabelle wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 20/4348 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

- c) Wie viele Ukrainer, die bereits bei Einreise nach Deutschland in Kenntnis ihres positiven HIV-Status waren, erhalten nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit eine entsprechende HIV-Therapie in Deutschland?
- d) Plant die Bundesregierung konkrete Maßnahmen, um bisher nicht registrierten Ukrainern HIV-Tests bereitzustellen oder nicht registrierten Ukrainern mit HIV eine Behandlung zu ermöglichen, und wenn ja, welche?

Die Fragen 10 bis 10d werden gemeinsam beantwortet.

Auf die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 91 der Abgeordneten Diana Stöcker der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag auf Bundestagsdrucksache 20/2858 wird verwiesen.

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis darüber, inwieweit in den Ländern spezielle Testangebote für geflüchtete Menschen aus der Ukraine bestehen und wie viele der geflüchteten Personen aus der Ukraine seit Beginn des Angriffskrieges in Deutschland einen HIV Test durchgeführt haben.

Über die Meldepflicht nach § 7 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes wurden 665 Personen mit der Angabe Herkunft Ukraine als positiv auf HIV getestet an das RKI gemeldet (Stand: 43. Kalenderwoche). Bei 360 Personen erfolgte die Erstdiagnose in Deutschland.

Die Bundesregierung fördert seit dem 1. Oktober 2022 ein Forschungsvorhaben mit dem Ziel, eine verbesserte Kenntnis vor allem zur HIV-Versorgungssituation der Geflüchteten aus der Ukraine zu erhalten.

- 11. Wie gestaltet sich derzeit nach Kenntnis der Bundesregierung die HIV-Versorgung von geflüchteten Menschen, die nicht registriert sind?
  - a) Liegen der Bundesregierungen Schätzungen vor, wie viele derzeit unregistrierte Menschen in Deutschland mit HIV leben?
  - b) Existieren Bestrebungen der Bundesregierung, den Zugang zu Aufklärung über HIV und zur HIV-Versorgung für unregistrierte Menschen zu verbessern?

Die Fragen 11 bis 11b werden gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse zur HIV-Versorgung von geflüchteten Menschen, die nicht registriert sind, vor.

Die gesundheitspolitischen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sind auf eine gute Gesundheitsversorgung aller Bevölkerungsgruppen ausgerichtet. Grundsätzlich wird ein diskriminierungsfreier Zugang zum Gesundheitssystem gewährleistet, wenn die bestehenden Zugangsmöglichkeiten genutzt werden. Ein breites mehrsprachiges Informationsangebot der BZgA ([www.zanzu.de](http://www.zanzu.de)) dient der Erhöhung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Hierbei werden sowohl Aspekte zur Aufklärung über die gesundheitlichen Versorgungsmöglichkeiten allgemein als auch zur Aufklärung über HIV und die HIV-Versorgung berücksichtigt.

- 12. Sieht die Bundesregierung die derzeitige Versorgung von Menschen mit HIV in Haft als ausreichend an?
  - a) Wie viele Menschen mit HIV befinden sich nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in deutschen Strafvollzugsanstalten?

- b) Strebt die Bundesregierung an, inhaftierten Menschen flächen-  
deckend anonyme Tests auf HIV zu ermöglichen?
- c) Wenn ja, wie soll die Kostenübernahme für Tests und Behandlung  
bundeseinheitlich gestaltet werden?
- d) Ist seitens der Bundesregierung vorgesehen, auf die Länder hinzu-  
wirken, eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, und wenn  
ja, inwiefern?

Die Fragen 12 bis 12d werden gemeinsam beantwortet.

Die Versorgung von Menschen mit HIV in Haft obliegt den Justizministerien der Länder. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über Häufigkeiten von HIV-Infektionen und Testangeboten in Haft vor.

Das Thema HIV in Haft wird regelmäßig im Koordinierungsgremium der BIS 2030-Strategie und im Bund-Länder-Gremium zur Prävention von HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) und Hepatitiden thematisiert und Erfahrungen zur guten Praxis der Länder werden geteilt.

- 13. Wie strebt die Bundesregierung ggf. an, die Versorgung von alternden Menschen mit HIV zu verbessern?
  - a) Welche auf alternde Menschen mit HIV zugeschnittenen Pflegeangebote wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bisher entwickelt und erprobt?
  - b) Befinden sich nach Kenntnis der Bundesregierung (weitere) Pflegeangebote in der Entwicklung, die Menschen mit HIV in den Mittelpunkt stellen?
  - c) Gibt es Bestrebungen seitens der Bundesregierung, die mit HIV einhergehenden Komorbiditäten systematisch zu monitoren, und wenn ja, welche?

Die Fragen 13 bis 13c werden gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

Komorbiditäten, die mit einer HIV-Infektion einhergehen, werden durch das RKI in zwei Langzeitbeobachtungsstudien (HIV Serokonverter Studie, Clin-Surv HIV Studie) erfasst.

- 14. Werden von der Bundesregierung Maßnahmen ergriffen, um die Stigmatisierung und Diskriminierung, die nach Informationen der Verfasser viele Menschen mit HIV im Gesundheitswesen weiterhin erfahren, zu verringern, und wenn ja, welche?
  - a) Wurden bisherige Maßnahmen in Aus- und Weiterbildungen, die das Ziel der verringerten Diskriminierung im Gesundheitswesen hatten, auf ihren Erfolg hin evaluiert?
  - b) Wenn ja, zu welchem Ergebnis kam diese Evaluation?

Die Fragen 14 bis 14b werden gemeinsam beantwortet.

Mit der Initiative LIEBESLEBEN zur Förderung der sexuellen Gesundheit (<https://www.liebesleben.de/>) adressiert die Bundesregierung die Gesamtbevölkerung und insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene umfassend über vielfältige Kommunikationskanäle und lebensweltbezogene Maßnahmen, insbesondere im Setting Schule (<https://www.liebesleben.de/fachkraefte/das-liebesleben-mitmachprojekt/>). Mit diesem integrierten Ansatz werden auch Stigmati-



sierung und Diskriminierung im Kontext sexueller Gesundheit und HIV/STI thematisiert und methodisch aufgearbeitet (<https://www.liebesleben.de/fachkraefte/sexualaufklaerung-und-praeventionsarbeit/methodenfinder/>).

Die Bundesregierung unterstützt darüber hinaus die Gemeinschaftskampagnen der BZgA, der DAH und der Deutschen AIDS-Stiftung (DAS) zum Welt-Aids-Tag, in 2022 unter dem Motto „Leben mit HIV – Anders als Du denkst?“.

Regelmäßige Evaluationen, auch im Hinblick auf Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen der Ärzteschaft, werden unternommen. Eine Wirkmessung dieser spezifischen und punktuellen Interventionen in Bezug auf das Gesundheitswesen insgesamt ist nicht möglich, da sie bisher keine entsprechende Reichweite abbilden können.

15. Wie bewertet die Bundesregierung das Versorgungsniveau von Menschen mit HIV in Deutschland insgesamt?
  - a) Ergreift die Bundesregierung Maßnahmen, um sicherzustellen, dass die ambulante HIV-Versorgungsstruktur (Schwerpunktzentren, Schwerpunktambulanzen und Schwerpunkt Apotheken) auch künftig flächendeckend besteht, und wenn ja, welche?
  - b) Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung vor diesem Hintergrund aus dem Beschluss des 124. Deutschen Ärztetages 2021 über die bundesweite Einführung eines Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie?

Die Fragen 15 bis 15b werden gemeinsam beantwortet.

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist Aufgabe der KVen. Diese haben mit Unterstützung der KBV alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Dies umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung von Menschen mit HIV. Zur Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrages stehen den KVen zahlreiche gesetzliche Instrumente zur Verfügung.

Die Zuständigkeit für die ärztliche Weiterbildung liegt bei den Ärztekammern, die Bundesregierung kann hierauf keinen Einfluss nehmen.

16. Plant die Bundesregierung konkrete Maßnahmen, um sicherzustellen, dass der Einsatz von medizinisch notwendigen Kombinationstherapien in der HIV-Versorgung nicht durch Wirtschaftlichkeitszwänge reduziert und damit die Versorgungsqualität für betroffene Patienten reduziert wird, und wenn ja, welche?
  - a) Plant die Bundesregierung konkrete Maßnahmen, um sicherzustellen, dass der Innovationsanreiz für neue Wirkstoffkombinationen, derer es zur Überwindung und Vermeidung von Resistenzbildungen im HIV-Bereich aus Sicht der Fragesteller dringend bedarf, mittel- und langfristig erhalten bleibt, und wenn ja, welche?
  - b) Plant die Bundesregierung konkrete Maßnahmen, um sicherzustellen, dass die Therapieviefalt in der HIV-Versorgung mittel- und langfristig gewährleistet bleibt, und wenn ja, welche?

17. Hat die Bundesregierung sich im Rahmen der Erarbeitung ihres Gesetzentwurfs für ein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz oder im Rahmen der Erarbeitung eines anderen Gesetzentwurfs der Bundesregierung mit der Frage befasst, ob eine Ausnahmeregelung beim Kombinationsabschlag für HIV-Medikamente notwendig ist, damit Menschen mit HIV weiterhin mit individuell zugeschnittenen Therapien behandelt werden können?

Wenn ja, zu welchem Ergebnis ist sie gelangt?

Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 16 und 17 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Seit Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) wurden zahlreiche Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen zur Behandlung der HIV-Infektion in den deutschen Markt eingeführt, deren additiver Einsatz Bestandteil einer patientenindividuellen Arzneimitteltherapie sein kann. Das am 28. Oktober 2022 vom Bundesrat beschlossene Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) enthält Instrumente, um das mittlerweile fast 12 Jahre alte AMNOG-Verfahren aus Nutzenbewertung und anschließender Verhandlung eines Erstattungsbetrags für neue Arzneimittel weiterzuentwickeln. Dabei bleiben die Rahmenbedingungen für neue Arzneimittel in Deutschland für die pharmazeutische Industrie auch im internationalen Vergleich weiterhin sehr attraktiv, wovon insbesondere die betroffenen Patientinnen und Patienten profitieren.

Die Hersteller profitieren weiterhin von der freien Preisbildung im ersten halben Jahr nach der Markteinführung eines neuen Arzneimittels, der unmittelbaren Erstattungsfähigkeit durch die Gesetzliche Krankenversicherung und einem auch international anerkanntem und wertgeschätztem AMNOG-Verfahren. Gleichzeitig werden die starken Anreize für Forschung und Entwicklung innovativer Arzneimittel sogar verstärkt, denn die Preisbildung bei Arzneimitteln und Arzneimittelkombinationen mit mittlerem und hohem Zusatznutzen wird von der Reform nicht verändert. Das gilt auch für Arzneimittel und Arzneimittelkombinationen gegen HIV.

Sofern Arzneimittel in einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss definierten Kombination eingesetzt werden, erhalten Krankenkassen zukünftig vom jeweiligen Hersteller einen Abschlag in Höhe von 20 Prozent des Herstellerabgabepreises. Dieser Kombinationsabschlag betrifft nur freie Kombinationen von Arzneimitteln, da Fixkombinationen von vornherein einer gemeinsamen Nutzenbewertung und nutzenadäquaten Erstattungsbetragsverhandlung unterliegen. Dadurch wird sichergestellt, dass die Gesetzliche Krankenversicherung nicht mit unverhältnismäßig hohen Kosten belastet wird, wenn Arzneimittel in Kombination verordnet werden. Auswirkungen auf die Verordnungsfähigkeit der Arzneimittel in der Kombination hat der Kombinationsabschlag nicht. Zudem wurde eine Ausnahmeregelung eingeführt, die uneingeschränkt für alle Indikationen gilt, auch für HIV-Arzneimittel. Demnach entfällt der Kombinationsabschlag, wenn Studien einen mindestens beträchtlichen Zusatznutzen der Kombination erwarten lassen und der Gemeinsame Bundesausschuss dies auf Antrag eines oder mehrerer pharmazeutischer Unternehmer feststellt. Eine Antragsfrist ist nicht vorgegeben, so dass der Antrag zeitlich unbegrenzt gestellt werden kann. Durch diese Ausnahmeregelung ist sichergestellt, dass Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, deren Kombination diese Voraussetzung erfüllt, unabhängig vom medizinischen Indikationsgebiet den betroffenen Patientinnen und Patienten weiterhin unmittelbar zur Verfügung stehen, und es bestehen starke wirtschaftliche Anreize für die Entwicklung neuer innovativer Wirkstoffkombinationen.

Anlage – Kleine Anfrage BT-Drs. 20/4177

Tabelle 1:

anteiliger Honorarumsatz in Euro für die Leistungen des Abschnitts 1.7.8				
nach Leistungsregion				
Kassenärztliche Vereinigung	3. + 4. Quartal 2019	2020	2021	1. Quartal 2022
Hamburg	41381	127252	174585	57021
Bremen	1839	8286	11324	3492
Niedersachsen	20764	67637	97217	31833
Westfalen-Lippe	24563	99801	161567	48999
Nordrhein	82908	311980	488263	150263
Hessen	80865	256681	358405	108855
Rheinland-Pfalz	5034	30334	49001	16370
Baden-Württemberg	35401	165199	256968	71740
Bayerns	80433	359753	527392	167879
Berlin	329826	1215573	1740223	531398
Saarland	4749	16565	17497	4768
Sachsen	20740	88460	126460	36147
Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen	37498	158165	214736	66303
<b>Gesamt</b>	<b>765999</b>	<b>2905686</b>	<b>4223639</b>	<b>1295067</b>
Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung				

Anlage – Kleine Anfrage BT-Drs. 20/4177

Tabelle 2:

Anzahl abrechnende Ärztinnen und Ärzte, die über eine Genehmigung gem. Anlage 33 zum BMV-Ä verfügen				
nach Leistungsregion, Quartals- bzw. Jahresdurchschnitt				
Kassenärztliche Vereinigung	3. + 4. Quartal 2019	2020	2021	1. Quartal 2022
Hamburg	21	26	30	30
Bremen	5	7	8	8
Niedersachsen	12	15	16	16
Westfalen-Lippe	13	15	14	14
Nordrhein	32	38	40	43
Hessen	24	26	31	33
Rheinland-Pfalz	6	10	11	11
Baden-Württemberg	18	26	29	29
Bayerns	27	34	39	42
Berlin	59	77	84	90
Saarland	4	6	5	5
Sachsen	8	8	8	8
Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen	5	10	12	12
<b>Gesamt</b>	<b>230</b>	<b>296</b>	<b>324</b>	<b>339</b>
Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung				

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.*