

Diskriminiert schon vor der Serokonversion? HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) in Deutschland – Anspruch und strukturelle Versorgungsdefizite

M. Stoll^{1,2}, K. Cohrs³, M. Künzel³, M. Bruns⁴, G. Ahrenstorf², L. Schreiber⁵, S. Pfungsten-Würzburg¹, K. Mörsch⁶, I. Schmieta¹

¹Aidshilfe Niedersachsen, Landesverband e.V. (AHN), Hannover · ²Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Immunologie und Rheumatologie · ³Hildesheimer AIDS-Hilfe e.V. · ⁴SIDA e.V., Hannover

⁵Aids-Hilfe Neumünster e.V. · ⁶Kontaktstelle der Deutschen AIDS-Hilfe zu HIV-bezogener Diskriminierung, Berlin

Hintergrund/Fragestellung

Eine nach Hochrisiko-Exposition verabreichte HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) vermindert das Serokonversionsrisiko signifikant. Neben beruflichen Expositionsrisiken zählen hierzu sexuelle Exposition oder Nutzung von HIV-kontaminierten Drogenbestecken. Dennoch ist die PEP - trotz aktualisierter Leitlinien - eine nicht zugelassene Behandlung im Sinne eines individuellen Heilversuchs.

- Off-Label Einsatz der ART,
- unscharf definierte bzw. divergierende Begrifflichkeiten der PEP in medizinischer und kassenrechtlicher Hinsicht,
- ungeklärte Kostenübernahmeregelung außerhalb der beruflichen Exposition,
- hohe Anforderungen an die ärztlichen Aufklärungspflichten mit gleichzeitig bestehendem Zeitdruck bei der indikationsgerechten Umsetzung,
- fehlende Verfügbarkeit in den Notfalldepots selbst großer Kliniken bedeuten potenzielle Haftungsrisiken für den indizierenden Arzt und Hemmnisse für eine zeitnahe, fachgerechte PEP-Einleitung.

Beschreibung/Methodik

Eine Arbeitsgruppe aus Vertreter_innen der Selbsthilfe und HIV-Schwerpunktärzten hat kritische Rückmeldungen von HIV-Exponierten diskutiert, Patientenfunde analysiert und individuelle oder strukturelle Versorgungshindernisse beschrieben.

Ergebnisse

Eine PEP wird nur selten innerhalb der ambulanten Regelversorgung nachgefragt. Wenn doch, wird häufig ein kollegiales

Konsil gezielt von niedergelassenen Nicht-HIV-Schwerpunktärzten bei Schwerpunktärzten oder in den Notfallambulanzen großer Kliniken eingeholt. Hier besteht ein offenkundiges Versorgungsgefälle zwischen Großstadt und Landregion. Wurde eine PEP-Indikation dabei in Betracht gezogen, erfolgt meist die Zuweisung an die Klinik oder den Schwerpunktarzt zur Indikationsstellung, Verordnung und Nachsorge.

Klientenseitig genannte Hinderungsgründe zum PEP-Zugang waren häufig:

- fehlendes Laienwissen über die Option
- Unkenntnis über zuständige Ansprechpartner
- Schamgefühl, die als Versagen empfundene Exposition zu offenbaren.

Häufiger erfolgen die Kontaktaufnahme der Exponierten direkt in Krankenhausnotaufnahmen und Notdienst; sehr oft erst im telefonischen Kontakt. Dies geschieht häufiger erst, wenn die Exposition schon Stunden oder Tage zurückliegt und ein Zugang zur Regelversorgung möglich wäre. Ein häufig genannter Kritikpunkt von Klient_innen waren lange Warte-

zeiten und erfolglose Beratungen, die zur Weiterverweisung – selbst von großen Krankenhäusern – an teilweise weit entfernte Zentren führten, meist ohne dass die Transportfrage adressiert oder geklärt war.

Erfragte Hinderungsgründe für das Anbieten einer PEP an Krankenhäusern waren:

- ungeklärtes Problem,
- zu seltene Nachfrage,
- Besorgnis wegen Haftungsrisiken,
- Vermeiden hoher Kosten für die Bevorratung mit Medikation.

Eine (berufsgenossenschaftliche) Kostenübernahme ist lediglich bei beruflicher Exposition gesichert. Ansonsten tragen der verordnende Arzt oder der Exponierte bei sexuellen und anderen nicht-beruflichen HIV-Expositionen das Kostenrisiko für die PEP. Ein Hindernis gegen die gebotene unmittelbare Sofortversorgung in Notaufnahmen sind Kostenrisiken und der potenzielle Verstoß gegen das den Apotheken vorbehaltene Dispensierrecht für ambulante Patienten. Insbesondere für kleinere Krankenhäuser sind die Risiken der PEP-Vergabe höher, da die haftungsrechtlich erforderliche besonders fachkompetente und intensive Beratung nicht leistbar erscheint.

Schlussfolgerung

Eine flächendeckende Versorgung außerhalb von Großkliniken ist nicht gegeben. In allen Fällen setzten sich die beteiligten Beratungsstellen bei den Krankenhäusern dafür ein, die Defizite bei der PEP-Vergabe abzustellen. Offensichtliche strukturelle Defizite erschweren den zeitgerechten PEP-Zugang: Besseres Präventionsbewusstsein, mehr Aufklärung,

vorsorglichere Logistik und Schaffung von Rechtssicherheit (Kostenrückerstattungsfähigkeit, Dispensierrecht, Beipackzettelversorgung der Exponierten bei einer Sofortversorgung) und klarer definierte Zuständigkeiten und Kostenträgerschaften könnten hier entgegen wirken.



Nächste Schritte

Generierung eines strukturierten Fragebogens für die differenzierte

Erfassung von suboptimal versorgten Fällen. Eine systematische Fallerfassung könnte die notwendige Verbesserung der PEP-Versorgungsstruktur auf politischer, administrativer und versorgerischer Ebene befördern.

