

## Positionspapier Infektiologie

### Ausgangslage und künftige Herausforderungen

Ausbrüche von Infektionskrankheiten stellen in der Regel eine große Herausforderung für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen dar, wie sich im Rahmen der COVID-19 Pandemie, der Mpox-Epidemie oder des EHEC-Ausbruchs eindrücklich gezeigt hat. In Zukunft wird aufgrund des Klimawandels und veränderter Ökosysteme sowie im Zuge der zunehmenden Globalisierung und Migrationsbewegungen häufiger mit infektiologischen Problemsituationen in Deutschland zu rechnen sein. Mit steigendem klinischem Einsatz von Immunsuppressiva- und Biologika-Therapien sowie Prothesen und anderen Fremdkörpern werden infektiologische Krankheitsbilder weiter zunehmen. Ein ernsthaftes Problem stellt zudem die Ausbreitung von antibiotikaresistenten Erregern weltweit und in Deutschland dar, mit teils dramatischen Folgen für das Individuum. Patienten mit postinfektiösen Krankheitsbildern wie ME/CFS werden aktuell nur unzureichend versorgt.

Infektionen gehören bereits jetzt in der ambulanten Medizin zu den häufigsten Erkrankungen. Im Jahr 2015 suchten z.B. in NRW 18% der Bevölkerung eine Arztpraxis aufgrund einer Atemwegsinfektion auf<sup>1</sup>, in Deutschland werden jährlich schätzungsweise 200.000 bis 300.000 Pneumonien ambulant therapiert.<sup>2</sup> Vor dem Hintergrund zunehmender Verbreitung antibiotikaresistenter Erreger ist es hier besonders relevant, dass 85% aller Antibiotikaverordnungen durch niedergelassene ÄrztInnen erfolgen.<sup>3</sup> Viele der Verordnungen könnten durch verbesserte Kenntnisse bzw. Akzeptanz aktueller Leitlinien vermieden werden.<sup>4</sup>

Die ambulante Versorgung spezieller Infektionskrankheiten wie z.B. HIV, Virushepatitiden sowie sexuell übertragbarer Infektionen wird aktuell vor allem von niedergelassenen Infektiologen übernommen. Aufgrund des demographischen Wandels ist jedoch zukünftig ein Mangel an infektiologischen Fachkräften erwartbar, einhergehend mit einer zunehmend unzureichenden Flächenabdeckung der infektiologischen Versorgung. Der neu eingeführte Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ist aktuell ambulant nicht ausgestaltet. Die fachärztliche Niederlassung „Infektiologie“ ist aufgrund fehlender Leistungsziffern derzeit ökonomisch nicht tragfähig. Eine verpflichtende ambulante infektiologische Weiterbildung ist nicht vorgesehen, ebenso wenig existiert eine ambulante Weiterbildungsförderung. Eine institutionalisierte sektorenübergreifende Verzahnung der infektiologischen Versorgung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich ist derzeit nur unzureichend vorhanden. Nicht zuletzt steht zu befürchten, dass die steigenden Kosten im Gesundheitssystem sowie der aktuelle Rückgang der finanziellen Ressourcen sich negativ auf die infektiologische Versorgung in Deutschland auswirken werden.

Zusammenfassend stehen zunehmende und erwartbare infektiologische Herausforderungen in Deutschland einem drohenden Mangel an infektiologischer Infrastruktur gegenüber – mit einer absehbaren Unter- und Fehlversorgung in der ambulanten und stationären infektiologischen Versorgung.

### Lösungsansätze

Die infektiologischen Fachgesellschaften bzw. Berufsverbände (dgi und dagnä) schlagen daher folgende Herangehensweise zur Verbesserung der infektiologischen Versorgung in Deutschland vor:

Die ambulante und stationäre infektiologische Versorgung sollte intersektoral besser vernetzt werden. Dadurch kann eine Optimierung der Versorgung von Patienten mit infektiologischen Krankheitsbildern erreicht werden, wie sie zum Beispiel im Bereich der HIV-Versorgung durch das sogenannte Schöneberger Modell in Berlin etabliert wurde. Durch eine verbesserte ambulante infektiologische Primärprävention, Früherkennung und ein qualitätsgesichertes Krankheitsmanagement lassen sich kostenintensive stationäre Behandlungen vermeiden.<sup>5</sup> Weiterhin können eine Entlastung der stationären Versorgung und eine Kostenreduktion durch Verkürzung der Liegedauer zum Beispiel durch eine ambulante Weiterbehandlung komplexer Infektionen mit parenteraler Antibiotikaapplikation (APAT) erreicht werden. Evidenzbasierte Versorgungsmodelle liegen bereits vor<sup>6</sup>, eine strukturierte Umsetzung steht hingegen noch aus.

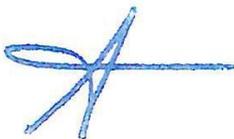
Erforderlich ist auch eine strukturiertere Verzahnung der ambulanten und stationären Weiterbildung, um die infektiologische Expertise in der gesamten Breite verfügbar zu machen und drohende Weiterbildungslücken zu schließen. Wesentliche infektiologische Krankheitsbilder sind nur ambulant zu erlernen. Dazu wird eine verpflichtende sektorenübergreifende Weiterbildungsrotation vorgeschlagen. Die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen sind in ambulanten Schwerpunktzentren ebenso wie in Klinikambulanzen gegeben. Ein Modellprojekt für eine barrierefreie Ausbildungsrotation wird gerade in Berlin erarbeitet.

Um dem wachsenden infektiologischen Behandlungsbedarf zu begegnen, muss die Expertise des Facharztes für Infektiologie ambulant verfügbar gemacht werden. Dafür sind die Möglichkeit der fachärztlichen Niederlassung zu schaffen ebenso wie auskömmliche Abrechnungsmöglichkeiten für spezifische infektiologische Leistungen. Den drohenden infektiologischen Versorgungslücken in ländlichen Bereichen kann hierbei durch die Etablierung einer flächendeckenden infektiologischen Konsiliartätigkeit entgegengewirkt werden.

Die ambulante antiinfektive Therapie in Deutschland sollte fachgerecht gesteuert und infektiologisch supervidiert werden, zum Beispiel durch die Etablierung eines ambulanten *Antibiotic Stewardship* (ABS) Systems (analog dem stationären ABS-System). Hierdurch sollen die Ausbreitung von resistenten Erregern eingedämmt, infektiologische Komplikationen minimiert sowie Kosten reduziert werden. Entsprechende Konzepte sind bereits in Arbeit.

Schließlich sollten lokale infektiologische Expertengremien geschaffen werden, um zukünftigen Ausbruchsgeschehen koordinierter und schneller entgegenwirken zu können. Diese sollten sich aus der jeweiligen Gesundheitsverwaltung, stationären und ambulanten Infektiologen, lokalen Laboren und dem RKI sowie bei Bedarf aus weiteren Fachgruppen und Betroffenenverbänden zusammensetzen.

für die dgi



Prof. Dr. med. Maria Vehreschild

für die dagnä



Dr. med. Heiko Karcher

1. [https://www.lzg.nrw.de/ges\\_bericht/factsheets/chronische\\_erkrankungen/diagnosen/index.html#:~:text=In%20der%20ambulanten%20medizinischen%20Versorgung,an%20der%20Spitze%20oder%20Behandlungsdiagnosen.](https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/chronische_erkrankungen/diagnosen/index.html#:~:text=In%20der%20ambulanten%20medizinischen%20Versorgung,an%20der%20Spitze%20oder%20Behandlungsdiagnosen.)
2. Dalhoff K. Ambulant erworbene Pneumonie bei Erwachsenen. CME (Berl). 2017;14(11):46-54. German. doi: 10.1007/s11298-017-5989-y. Epub 2017 Nov 24. PMID: 32288717; PMCID: PMC7111790.
3. GERMAP 2015-Antibiotika-Resistenz und -verbrauch. 2016. (<http://www.p-e-g.org/econtext/germap>)
4. Davey P, Brown E, Charani E, et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 4: CD003543.
5. Sundmacher L, Schüttig, W, Faisst C. Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/18. Berlin, 2015. Link:
6. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/k-apat-ambulante-parenterale-antibiotikatherapie-in-der-koelner-metropolregion.237>