

DR. HERIBERT KNECHTEN, AACHEN

Warum die DAGNÄ entstand

Im Jahr 1985 habe ich mich niedergelassen und gleich von Anfang an HIV-Patienten betreut. Die Patienten brauchten uns HIV-Schwerpunktärzte und wir erfüllten diese Aufgabe gerne. Doch anders als bei anderen Erkrankungen gab es für AIDS und HIV keine adäquate Vergütung. Erst durch den Zusammenschluss der niedergelassenen HIV-Ärzte in der DAGNÄ konnten entsprechende Verträge erkämpft werden.



Gewidmet Hans Jacob Trost, gestorben 1994, einem Aktivist der ersten Stunde aus Düsseldorf, mit dem ich zusammenarbeiten durfte.

Nach meiner Niederlassung 1985 wollte ich eine Praxis für Schwule aufbauen – ein Umfeld, das mir am nächsten war und dem ich im privaten Umfeld sehr eng verbunden war. Denn ich hatte persönlich auch schon erlebt, dass es nicht so ganz einfach ist, seine speziellen Themen und Probleme als schwuler Mann bei Ärzten loszuwerden. Davor hatte ich zwar von HIV gehört, aber keinen Kontakt zu HIV-Infizierten. Ich ging damals davon aus, dass HIV ein vorübergehendes Phänomen ist, aber ein Phänomen, das ein großes Diskriminierungspotenzial hat. Meine erste Vermutung hat die Realität widerlegt, meine zweite Vermutung dagegen hat sich bestätigt.

„Für mich war das vertrauensvolle Umfeld wichtig.“

Im Jahr 1985 kam der HIV-Antikörper-Test auf den Markt und damit waren HIV-Infizierte erkennbar und ausgrenzbar. Für mich war ganz wichtig, dass sich Betroffene, insbesondere schwule Männer in einem vertrauensvollen Umfeld

testen lassen konnten und ich mich um die Konsequenzen der Infektion kümmern konnte. Zu dieser Zeit diagnostizierte ich die HIV-Infektion eines Freundes und der erste Patient, bei dem ich den HIV-Antikörper-Test gemacht habe, verstarb wenige Wochen später an einem primären Lymphom des ZNS. Viele schwule Männer haben sich zu dieser Zeit in meiner Praxis testen lassen – und manche von ihnen waren HIV-positiv. Die Anzahl der AIDS-Patienten in der Praxis wuchs ständig und die Probleme wurden immer größer. Infusionstherapien und Transfusionen waren tägliche Routine, um die vielen opportunistischen Infektionen zu behandeln. Die traurige Herausforderung damals: Wir konnten nicht sehr viel ändern, sondern haben vor allem die Sterbenden begleitet.

„Mit war relativ schnell klar, [...] dass die HIV-Behandler eine Organisation brauchen.“

Das Engagement der HIV-Behandler war im Leitungskatalog der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nicht abgebildet. Für AIDS und HIV gab es keine spezifischen Möglichkeiten der Abrechnung. Mir war relativ schnell klar, vor allem aufgrund meiner Erfahrungen in der Onkologie, dass wir HIV-Behandler eine Organisation brauchen, denn das Anliegen eines einzelnen Arztes hat im KV-System keine Be-

deutung, egal wie groß das Engagement oder Interesse des Einzelnen ist. Nur als große Gruppe kann man etwas erreichen. Das haben die Onkologen vorgemacht, die bereits damals eine effektive und schlagkräftige Gruppe waren.

„Daraus entstand [...] die nordrheinische Gruppe, die sich nach KV-Prinzip regional organisierte.“

Ich habe daraufhin eine ganze Reihe von Kollegen angesprochen, die auch HIV-Patienten behandelten oder besser gesagt, die sterbenden AIDS-Patienten begleiteten. Es bildete sich eine Gruppe von etwa 12-14 Ärzten, die sich regelmäßig traf – die nordrheinische Gruppe. Wir haben auch Ärzten in anderen Regionen empfohlen, sich zusammenzuschließen. Die Kliniken in Berlin, Frankfurt und Hamburg waren schon ganz gut organisiert, aber es gab noch nicht so viele niedergelassene Ärzte, die HIV-Patienten behandelten.

„Niedergelassene [...], die eine von den Kliniken unabhängige HIV-Versorgung garantieren können.“

Die nordrheinische Gruppe hatte es sich zur Aufgabe gemacht, die niedergelassenen HIV-Ärzte zu repräsentieren, die eine von den Kliniken unabhängige HIV-Versorgung garantieren können. Damals wurden die HIV-Patienten vor allem in den Kliniken behandelt und hochrangige C4-Professoren waren der Ansicht, dass die ambulante HIV-Therapie auch in der Klinik stattfinden muss. Da gab es viel böses Blut, als wir niedergelassenen Ärzte sagten: Das können wir auch! Im Jahr 1990 wurde dann die DAGNÄ, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung der HIV-Infizierten, in Hamburg während des 3. Deutschen AIDS Kongresses gegründet, unterstützt vom Kongresspräsi-



dentem Prof. Manfred Dietrich, Leiter des Tropen-Institutes Hamburg (, der später die DAGNÄ nicht mehr so gut fand).

„Nur durch unsere Organisation und durch unser Engagement, haben wir es überhaupt geschafft, gehört zu werden.“

Zuerst einmal ging es darum, analog zu den Onkologen Sonderverträge auszuhandeln. Bis diese Verträge (zunächst regional) unter Dach und Fach waren, hat es sieben Jahre gedauert. Armin Goetzenich als fester Mitarbeiter und ich als Vorstand der DAGNÄ mussten sehr viele dicke Bretter bohren, um weiterzukommen. Mit Unterstützung einer Krankenkasse in Nordrhein (eigentlich der Unterstützung eines einzelnen leitenden Mitarbeiters der Krankenkasse) ist der von uns vorgelegte HIV-Sondervertrag auf den Weg gekommen. Wir konnten ihn davon überzeugen, wie wichtig es ist, die Versorgung der

HIV-Patienten zu regeln. Mit ihm klärten wir die Modalitäten des Vertrages und gingen dann zur KV. Die KV hatte zuvor kein Interesse an diesem Sondervertrag – die natürliche Trägheit des Systems, die erst überwunden werden musste. Nur durch unsere Organisation und durch unser Engagement, haben wir es überhaupt geschafft, gehört zu werden. Armin Goetzenich und ich waren dafür die ideale Besetzung.

„Spezialisierte Praxen werden auf lange Sicht nicht überleben!“

Die spezialisierte Versorgung von komplexen Krankheiten soll in Zukunft an Krankenhäusern durchgeführt werden. Spezialisierte Institutionen außerhalb von Krankenhäusern werden dann wohl auf lange Sicht nicht überleben. Für die Krankenhausbetreiber sind die Geldmittel der ambulanten Versorgung neben den Geldern für die stationäre Versorgung eine überlebensnotwendige Einnahmequelle. Das Überleben eines Krankenhauses hat mehr Bedeutung als das Überleben einer Praxis. Die gesetzlichen Weichen für diese Entwicklung sind längst gestellt, wir werden den Vollzug erleben. Von daher ist die DAGNÄ eine wichtige, aber hoffentlich nicht vorübergehende Besonderheit im deutschen Gesundheitssystem.

Dr. Heribert Knechten · Aachen · niedergelassener Internist mit dem Schwerpunkt „HIV und Aids“

Heribert Knechten studierte Medizin an der RWTH Aachen und arbeitete von 1978-1984 in der Abteilung Innere Medizin (Nephrologie inkl. Onkologie, Kardiologie und Gastroenterologie) des Klinikums der RWTH Aachen. Seit 1985 ist er niedergelassener Internist mit dem Schwerpunkt „HIV und Aids“ und betreut rund 550 HIV-Patienten im Quartal. Von 1990-2008 war er Vorsitzender der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. (DAGNÄ). Aufgrund seiner zahlreichen Verdienste im Bereich HIV und Aids wurde Heribert Knechten im Dezember 2005 mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.



w w w . h i v a n d m o r e . d e

• Kongress-Service • Fortbildung • Interviews • Archiv