

Antwort
der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Klaus Kirschner, Dr. Ulrich Böhme (Unna), Peter Büchner (Speyer), Rudolf Dreßler, Achim Großmann, Karl Hermann Haack (Extertal), Lothar Ibrügger, Horst Jaunich, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Horst Peter (Kassel), Dr. Martin Pfaff, Gudrun Schaich-Walch, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Regina Schmidt-Zadel, Antje-Marie Steen, Uta Titze, Dr. Peter Struck, Dr. Hans-Jochen Vogel und der Fraktion der SPD
— Drucksache 12/1160 —

Umsetzung der Empfehlungen der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ des 11. Deutschen Bundestages durch die Bundesregierung

Die Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ hat auf Basis ihrer nahezu dreijährigen Arbeit sowohl im Zwischenbericht (Drucksache 11/2495) als auch im Endbericht (Drucksache 11/7200) zahlreiche Empfehlungen

- zur allgemeinen und zielgruppenspezifischen Verhütung von Infektionen (Primärprävention),
- zur Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten (Sekundärprävention),
- zur Betreuung und Versorgung der Erkrankten,
- zur rechtlichen Regulierung der mit der HIV-Infektion und ihren Folgen verbundenen Probleme sowie
- zur sozial- und medizinwissenschaftlichen Erforschung der HIV- und AIDS-Problematik

ausgesprochen. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist weitgehend unklar geblieben, ob und wie die Bundesregierung diese Empfehlungen in ihrer Politik umzusetzen gedenkt.

Hinzu kommt, daß mit der staatlichen Vereinigung Deutschlands, die erst nach Vollendung der Arbeiten der Enquete-Kommission vollzogen wurde und somit ihre Auswirkungen nicht berücksichtigt werden konnten, sich zusätzliche Probleme ergeben, die gelöst werden müssen.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben der Bundesministerin für Gesundheit vom 25. März 1992 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vorbemerkung

Die Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ hat mit ihrem Zwischen- und Endbericht eine umfassende Darstellung der AIDS-Problematik vorgelegt, die mit den detaillierten Bestandsaufnahmen, Auswertungen und empfohlenen Maßnahmen ein hohes Maß an allgemeiner Akzeptanz gefunden hat.

Die Empfehlungen der Kommission sind von der Bundesregierung sorgfältig geprüft und gewürdigt worden. Die Bundesregierung begrüßt, daß die Enquete-Kommission die eingeschlagene Strategie zur Bekämpfung von AIDS ausdrücklich bestätigt. Zahlreiche Überlegungen und Empfehlungen aus Zwischen- und Endbericht entsprechen Maßnahmen, die im Rahmen des 1987 beschlossenen Sofortprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung von AIDS eingeleitet bzw. entsprechend gewonnener Erkenntnisse weiterentwickelt worden sind.

Länder und Kommunen sind grundsätzlich für die Gesundheitsvorsorge und -versorgung zuständig. Gleichwohl hat die Bundesregierung frühzeitig gesundheitspolitische Verantwortung angesichts der besonderen Herausforderung durch HIV und AIDS wahrgenommen und wird dies auch zukünftig tun. Die Länder sind aufgerufen, ihren Beitrag zu leisten.

Die Bundesregierung beantwortet die Große Anfrage zur Umsetzung der Empfehlungen der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ wie folgt:

I. Zum Bereich der Primärprävention:

1. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über die Wirkung der allgemeinen und zielgruppenspezifischen Kampagnen zur Information und Einstellungs- und Verhaltensbeeinflussung?

Seit 1987 läßt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag der Bundesregierung jährlich untersuchen, wie sich in der Bevölkerung Informationsstand, Einstellungen und Verhalten in bezug auf AIDS entwickeln (Allensbach/Forsa). Ergänzend fand eine „Vergleichende Sekundäranalyse von Umfragedaten über Wissen, Einstellungen, artikuliertes Verhalten und Verhaltensabsichten“ (INIFES) statt, um die Erkenntnisse der eigenen Studien mit denen anderer Untersuchungen zu vergleichen. Die Ergebnisse wurden durch andere Studien ergänzt.

Zusammenfassend kann gesagt werden:

- Der in den Studien festgestellte Wissenszuwachs wird durch weitere nationale Studien bestätigt. Internationale Untersuchungen weisen ebenfalls in die Richtung eines kontinuierlich ansteigenden Informationsniveaus – parallel zur Intensivierung von Aufklärung.
- Forschungsergebnisse zum Themenkomplex „Sexualität“ belegen ebenfalls Veränderungen im Verhalten vieler Menschen. Dies gilt in der Tendenz insbesondere für Männer, jüngere

Altersgruppen (16- bis 20jährige) und für solche Personen, die aufgrund ihres Lebensstils einer potentiell höheren Infektionsgefahr ausgesetzt sind. Letzteres konnte z. B. in der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie „Homosexuelle Männer und AIDS“ gezeigt werden, aber auch durch eine wiederholte Erhebung, die die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) mit Bundesmitteln durchgeführt hat (s. u. zu Frage 4).

- Spezifische Verhaltensänderungen im sexuellen Bereich lassen sich auf der Grundlage aller Umfrageergebnisse wie folgt umreißen:

Die Zahl der Sexualpartner ist in den letzten Jahren rückläufig. Die Verwendung von Kondomen als Mittel zum Schutz vor einer HIV-Infektion ist zunehmend bekannt und akzeptiert. Die Häufigkeit der Kondombenutzung ist dementsprechend gestiegen. Dieser Befund korrespondiert mit dem kontinuierlich steigenden Umsatz von Kondomen.

- Die Ergebnisse zu „Einstellungen und Verhalten gegenüber HIV-Positiven und AIDS-Kranken“ stehen im Zusammenhang mit dem in den Jahren 1985 bis 1990 nachweisbar gestiegenen Informationsniveau. Im sozialen Umgang mit Betroffenen zeigt sich eine deutliche Zunahme von Toleranz und Solidarität.

Insgesamt belegen alle Studien übereinstimmend, daß die AIDS-Aufklärung gewünschte Einstellungs- und z. T. auch Verhaltensänderungen bewirkt hat. Allerdings zeigt sich auch, daß Verhaltensänderungen langsamer auftreten und kontinuierliche weitere Aufklärungsaktivitäten langfristig stabilisiert werden müssen.

2. Werden die Maßnahmen „unter Aufnahme wesentlicher Erkenntnisse aus der Lern-, Sozial- und Werbepsychologie sowie der Kommunikations- und Verhaltensforschung entworfen, durchgeführt und evaluiert“ (Zwischenbericht, Empfehlung 5.1.2)?

Wird dabei insbesondere „Wert auf eine klare, offene und verständliche Sprache gelegt“ (ebd. 5.1.4), die den Kommunikationsgewohnheiten der angesprochenen Gruppen und Subkulturen entspricht?

Für die AIDS-Aufklärungsmaßnahmen und ihre Evaluation, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag der Bundesregierung durchführen läßt, ist die Berücksichtigung der angeführten Wissenschaftsbereiche sichergestellt. Dies gilt insbesondere auch für die innovativen personalkommunikativen Teile der AIDS-Präventionskampagne.

Sprachlich wird sowohl in den Medien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als auch insbesondere der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., die zum wesentlichen Teil aus Bundesmitteln gefördert wird, jeweils zielgruppenadäquat Wert auf eine klare, offene und verständliche Ausdrucksweise und optische Darstellung gelegt.

3. Welche Anstrengungen haben die Bundesregierung und die von ihr beauftragten Institutionen unternommen, um dabei den gewachsenen Besonderheiten in Verhalten und Sprache sowie der besonderen Umbruchsituation in der Bevölkerung der neuen Länder Rechnung zu tragen?

Aufgrund von gezielten Evaluationen in den neuen Bundesländern wurden die Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auch für die neuen Bundesländer als geeignet bewertet. Gleichwohl wird in neuen Materialien soziokulturellen Besonderheiten Rechnung getragen.

Die Personalkommunikative Kampagne (PK) wird seit Beginn 1991 in den neuen Bundesländern zu 50 Prozent ihrer Kapazität – im Verhältnis zu den alten Bundesländern also überrepräsentativ – eingesetzt. Das Konzept der PK ermöglicht ein schnelles Reagieren auf die jeweiligen Besonderheiten und neuen Bedürfnislagen der Zielgruppen. Die Gesprächspartner, die das Konzept zusammen mit Agenturmitarbeitern in der Praxis umsetzen, sind durch Fortbildungen auf die spezielle Situation in den neuen Bundesländern vorbereitet worden.

Bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. wurde eine zusätzliche Referentenstelle für den Bereich der neuen Bundesländer eingerichtet und mit einem Mitarbeiter aus den neuen Bundesländern besetzt. Zusätzlich werden bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. fünf Stellen für „Streetwork“ in ausgewählten Modell-Regionen gefördert.

Darüber hinaus unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit Fortbildungsveranstaltungen für Lehrer in den neuen Bundesländern zum Thema „AIDS-Prävention und Sexualerziehung“.

Auf die Beantwortung der Frage 6 wird ergänzend verwiesen.

4. Teilt die Bundesregierung die Ansicht führender Repräsentanten der Weltgesundheitsorganisation, daß das epidemiologische Muster von AIDS in der Bundesrepublik Deutschland für die Primärprävention nach wie vor eine besondere Konzentration auf die Bereiche der Homo- und Bisexualität, des intravenösen Drogengebrauchs der Jugendlichen und Heranwachsenden, der Prostitution und des Sex-Tourismus erfordert?

Wenn nein: Welche andere Schwerpunktsetzung verfolgt die Bundesregierung?

Wenn ja: Welche wissenschaftlichen und praktischen Maßnahmen hat die Bundesregierung veranlaßt bzw. durchgeführt, um die Prävention in diesen Bereichen zu effektivieren und zu evaluieren?

Die Bundesregierung teilt die Ansicht der Weltgesundheitsorganisation. Deshalb stellen die genannten Zielbereiche innerhalb der Aufklärungskampagne seit Jahren einen deutlichen Schwerpunkt dar.

Für die zielgruppennahe Arbeit in den Hauptbetroffenengruppen unterstützt die Bundesregierung über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung insbesondere die Deutsche AIDS-Hilfe e.V., die seit 1988 durchschnittlich fast 7 Mio. DM jährlich an Bundesmitteln erhält. Diese Gelder werden vor allem einge-

setzt für die Arbeit in den Zielgruppen homo-/bisexuelle Männer, Menschen im Strafvollzug, männliche und weibliche (Beschäftigungs-)Prostituierte sowie im Drogenbereich vor allem zur Förderung der Zusammenarbeit mit Drogenhilfe-Einrichtungen.

Im Bereich der Prostitution sind nach Auffassung der Bundesregierung nicht nur die Prostituierten, sondern auch die Freier wesentliche Zielgruppe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit werden daher von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in regelmäßigen Abständen Anzeigen mit Schutzbotschaften in den entsprechenden Spalten der Tagespresse (Kontaktanzeigen) und in speziell für kontaktsuchende Menschen erscheinenden Medien geschaltet. Die Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Studie „Soziale und psychologische Charakteristika von Besuchern weiblicher Prostituiertes“ (Freier-Studie) werden in Kürze vorgelegt.

Die praktische und wissenschaftliche Schwerpunktsetzung, die die Bundesregierung in den angesprochenen Bereichen vollzogen hat, kommt auch in vielen der wissenschaftlich begleiteten Modellmaßnahmen und Projekten zum Ausdruck.

So wurden für die Gruppe der HIV-gefährdeten bzw. -infizierten Drogenabhängigen im Rahmen des Modellprogramms „Drogen und AIDS“ zusätzliche Hilfen geschaffen, um ihnen den Zugang zu Beratungsangeboten zu erleichtern und sie für eine gesündere Lebensführung zu gewinnen. Auch die anderen Modellmaßnahmen im Drogenbereich – „Ambulante Ganztagsbetreuung langjährig Drogenabhängiger“, das „Booster-Programm“ mit seinem Unterprogramm „Kompakt-Therapie“ sowie „stationäre Krisenintervention“, „Wohndependancen im stationären Teilbereich“ und „Mobile Drogenprävention“ – haben direkt oder indirekt auch immer einen HIV-/AIDS-präventiven Effekt. Ferner wurde eine „Repräsentative Untersuchung zur Prävalenz und zu den Ursachen der HIV-Infektion in der Drogen-Szene“ durchgeführt.

Im Rahmen des „Streetworker-Modells“ wurden Wege der aufsuchenden Sozialarbeit erprobt. Gesundheitsämtern, AIDS-Hilfen und anderen Freien Trägern wurde die Anstellung von sog. Streetworkern ermöglicht. Diese berieten „vor Ort“, d.h. in Szene-Treffpunkten, insbesondere Homosexuelle, intravenös-Drogenabhängige sowie männliche und weibliche Prostituierte. Zugeordnet zur Deutschen AIDS-Hilfe e.V. werden ab Mitte 1991 fünf Streetworker für aufsuchende Sozialarbeit in den neuen Bundesländern gefördert.

Hinsichtlich der Hauptbetroffenengruppe der homo-/bisexuellen Männer förderte das Bundesministerium für Gesundheit die Untersuchung „Homosexuelle Männer und AIDS“, die wichtige Einsichten erbracht hat. Mit anderen Forschungsschwerpunkten wurden ferner über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Studien gefördert, die die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. unter dem Titel „Schwule und AIDS“ in den Jahren 1987, 1988/89 sowie 1991 durchführen ließ. Parallel dazu ist in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. für die gleiche Zielgruppe

die Durchführung einer Medienakzeptanzuntersuchung vorgesehen.

Weitere Erkenntnisse für die Ausgestaltung der Präventionsarbeit in unterschiedlichen Zielgruppen liefert das Forschungsprojekt „Was hindert Menschen daran, risikoarmes Sexualverhalten zu praktizieren“.

Die 1990 speziell für Jugendliche entwickelte Broschüre „Nanu“ wurde breit gestreut und findet rege Nachfrage. Ergänzend dazu wurden Anzeigenmotive für Jugendzeitschriften geschaltet. Der Jugendpressedienst erschien 1991 in zweiter, neu gestalteter Ausgabe und wurde zusammen mit eigens konzipierten Anzeigenmotiven Schülerzeitungen zur Verfügung gestellt. Für Jugendliche auf Reisen wurden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Zusammenarbeit mit der Deutschen Bundesbahn sowie mit dem Deutschen Jugendherbergswerk Faltblätter erarbeitet. Ergebnisse aus dem Forschungsschwerpunkt „Jugend und AIDS“ (besondere Zielgruppen: Jugendliche in der Heim-erziehung; männliche Jugendliche aus sozialen Randbereichen; weibliche Jugendliche in Krisen sexueller Entwicklung) werden demnächst veröffentlicht.

Auch im Rahmen der Evaluation der Personalkommunikativen Kampagne werden aus den einzelnen Untersuchungen Hinweise auf die Effektivierung von Kommunikationskonzepten erwartet.

Die Bundesregierung teilt Besorgnisse der Experten hinsichtlich zunehmender Infektionsrisiken als Folge eines wachsenden Tourismus insbesondere in den Ländern der Dritten Welt. Es wird in der Zukunft verstärkt darauf ankommen, sowohl im Inland als auch in den Reiseländern selbst in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten eine wirkungsvolle Aufklärung – insbesondere ohne Diskriminierung der Zielländer – zu realisieren.

Für eine wirksame AIDS-Prävention ist es notwendig, der Infektionsgefahr auf Reisen generell zu begegnen. Die Gefährdung betrifft alle Reisenden, die ungeschützte Sexualkontakte eingehen. Dies sind nicht nur die sog. „Sextouristen“, sondern auch Urlaubsreisende, Dienst- und Geschäftsreisende sowie Menschen, die sich berufsbedingt längere Zeit im Ausland aufhalten. In diesem Sinne hat auch der Nationale AIDS-Beirat ein Votum verabschiedet, das Reisende auf diese Gefahren hinweist und die am Reiseverkehr Beteiligten zu präventiven Maßnahmen auffordert.

In Zusammenarbeit von Bund und Ländern wird gegenwärtig ein Präventionskonzept gegen die Ansteckung mit HIV auf Reisen erarbeitet. Punktuell wird bereits heute die Kooperationsbereitschaft einzelner Reiseveranstalter zur Durchführung von gemeinsamen Präventionsmaßnahmen genutzt. Es wird angestrebt, auf der Grundlage des oben genannten Konzepts diese ersten Ansätze erheblich auszuweiten.

Die Präventionsbemühungen im Tourismus-Bereich werden durch Untersuchungen und Studien gestützt:

- Im Anschluß an eine vom Land Berlin geförderte Pilotstudie zu dem Thema „AIDS und (Sex-)Tourismus“ finanziert das Bun-

desministerium für Gesundheit die Ende 1991 angelaufene Hauptstudie.

Im Rahmen des Projektes sollen in bestimmten touristischen Zielländern Befragungen zum Risiko der Ausbreitung von HIV-Infektionen infolge des Tourismus durchgeführt werden. Mit-zuerheben sind Daten zum Komplex Geschlechtskrankheiten bzw. Infektionen. Zur Entwicklung und Umsetzung von geeigneten AIDS-Präventionskonzepten vor Ort sollen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Kontakte zu Touristikverbänden ausgebaut werden.

- Untersuchungen über die Motivationsstruktur von sogenannten „Prostitutionstouristen“ sind in dem vom Bundesministerium für Frauen und Jugend geförderten Projekt „Umfeld und Ausmaß des Menschenhandels mit ausländischen Mädchen und Frauen, einschließlich des Heiratshandels und des Prostitutionstourismus“ enthalten. Der Endbericht wird voraussichtlich Mitte 1992 veröffentlicht.
- Eine Bestandsaufnahme über „Frauenhandel und Prostitutionstourismus“, ebenfalls gefördert vom Bundesministerium für Frauen und Jugend, wurde 1990 herausgegeben.

5. Ist gewährleistet, daß auch nach Auslaufen der Bundesmodellprojekte „Gesundheitsämter“, „Streetwork“, „Drogen und AIDS“, die als notwendig angesehenen Daueraufgaben dieser Programme weiter wahrgenommen werden, und wenn ja, wie?

Grundsatz bei der Förderung von Bundesmodellprogrammen ist, daß der Bund lediglich zeitlich befristet und nicht flächendeckend Methoden erproben läßt, die, sofern sie sich bewähren, in eine Regelfinanzierung durch die Länder übergehen können.

Die Bundesregierung hat im Hinblick auf das reguläre Auslaufen der Modellprogramme „Gesundheitsämter“, „Streetwork“, „Drogen und AIDS“ zum 30. Juni 1991 im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel eine Überbrückungsfinanzierung bis Ende 1991 in den Fällen geleistet, in denen von den Ländern eine nahtlose Anschlußfinanzierung der Modellprojektstellen ab Januar 1992 zugesichert wurde. In Berlin war diese Überbrückungsfinanzierung antragsgemäß nur bis Ende Oktober 1991 befristet. Über diese einvernehmliche Regelung ist dem Anliegen der Länder, die Überführung bisheriger Modellaufgaben in eine dauerhafte Regelfinanzierung zu ermöglichen, entsprochen und auf ein auch künftig bedarfsangemessenes Angebot hingewirkt worden.

Sofern die im Rahmen des „Großmodells Gesundheitsämter“ von den AIDS-Fachkräften wahrgenommenen Aufgaben zu den grundsätzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter gehören, werden sie von dort auch nach Auslaufen der Bundesförderung wahrgenommen.

Es war Sache der Länder, darüber zu entscheiden, bewährte Modelle ab 1992 weiter zu finanzieren, so daß eine Wahrung der Daueraufgaben erfolgen konnte. Der Ministerrat von Baden-Württemberg hat z. B. bereits in seiner Sitzung am 25. März 1991

beschlossen, daß alle bei den staatlichen Gesundheitsämtern beschäftigten 36 AIDS-Modellfachkräfte vom Land weiterfinanziert werden. In 13 von 25 hessischen Stadt- oder Kreisgesundheitsämtern werden die AIDS-Fachkräfte bei teilweiser Anreicherung mit anderen Aufgaben aus Mitteln der Kommunen weiterbeschäftigt.

Für die Streetworker-Modellstellen gilt grundsätzlich, daß sie entweder mit Landesmitteln – beispielsweise in Baden-Württemberg, Berlin, Bremen – weitergeführt werden oder die Kosten der bei den kommunalen Gesundheitsämtern angesiedelten Modellstellen nunmehr von den Städten getragen werden – beispielsweise von den Städten München und Augsburg. In Hessen werden von den sechs Stellen für Streetworker insgesamt vier mit Mitteln des Landes und der Kommunen weitergefördert.

Alle durch das Modell „Drogen und AIDS“ wahrgenommenen Aufgaben werden 1992 entweder aus Landesmitteln weiterfinanziert oder durch die vorhandenen spezifischen Beratungsdienste – so in Schleswig-Holstein – aufgefangen. Durch Aufnahme der beiden in Baden-Württemberg modellgeförderten Stellen in das Landesprogramm „Drogen und AIDS“ ist die Anschlußfinanzierung zumindest für die Dauer des auf drei Jahre angelegten Landesprogramms gesichert. In Hessen läuft das Programm in seiner ehemaligen Form aus und wird als Substitutionsambulanz in Frankfurt fortgesetzt.

Das Landeskonzept Nordrhein-Westfalen für AIDS-Koordinatoren an den Gesundheitsämtern sowie das Konzept für aufsuchende Betreuung von Hauptbetroffenen in schwierigen Lebenszusammenhängen versucht, die Beratung und Betreuung für Hauptbetroffene und die Allgemeinbevölkerung sicherzustellen. In diesem Zusammenhang wird die Kompetenz einiger in den Bundesmodellen beschäftigten Mitarbeiter genutzt, zu deren Weiterbeschäftigung eine Festbetragsfinanzierung ab 1992 pro Vollzeitstelle in Höhe von 35 000 DM gewährt wird.

6. Welche Maßnahmen unternimmt bzw. fördert die Bundesregierung, um zu verhindern, daß die Infektions- und Erkrankungsziffern in den neuen Bundesländern sich alsbald dem Stand in den alten Bundesländern angleichen?

Die vergleichsweise günstige epidemiologische Situation in den neuen Bundesländern (238 HIV-Infizierte, davon 42 an AIDS Erkrankte, Stand: 29. Februar 1992) eröffnet gute Chancen für eine erfolgreiche Primärprävention.

Nach der Vereinigung Deutschlands hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich ein Sonderprogramm zur AIDS-Prävention in den neuen Bundesländern eingeleitet, um die günstige epidemiologische Situation möglichst zu bewahren. Es soll den neuen Bundesländern helfen, effektive Strukturen zur Bekämpfung von AIDS aufzubauen und zu organisieren.

Bei der Förderung dieser Modellmaßnahmen zum Aufbau und zur Organisation der AIDS-Prävention in den fünf neuen Bundeslän-

dem und im Ostteil der Stadt Berlin werden verschiedene Schwerpunkte gesetzt.

Jedem neuen Bundesland werden fünf Personalstellen über einen Zeitraum von Mitte 1991 bis Ende 1993 finanziert. Die Modellförderung erfolgt entsprechend folgender, mit den Ländern vereinbarter Vorgaben:

Aufbau und Organisation der AIDS-Prävention obliegt jeweils einem Projekt-Team. Bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeitern, sind die Projekt-Teams fachübergreifend damit betraut, die zur Bekämpfung von AIDS gefaßten Entschlüsseungen der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) in die Praxis umzusetzen. Die AIDS-Koordinatoren der neuen Bundesländer haben dafür Konzepte aufgestellt. Besonders hervorgehoben wird dabei die Entwicklung von zielgruppengerechten AIDS-Beratungsangeboten und deren landesweiter Ausbau. Die Beratungsangebote sollen, in Abkehr von der AIDS-Politik der ehemaligen DDR-Regierung, darauf hinwirken, die Eigenverantwortlichkeit der Menschen zu fördern und zu stärken sowie präventionsgerechtes Verhalten herauszubilden. Zu dem Aufgabenbereich der Projekt-Teams gehören daher im einzelnen:

- Multiplikatoren-schulung;
- Beratung von Einrichtungen, z. B. Gesundheitsämter, Schulen;
- Gestaltung von Vorträgen;
- Aufbau und Pflege von Kooperationsbeziehungen zu Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege;
- Aufbau und Pflege von Kooperationsbeziehungen zum Bereich der Drogenbekämpfung.

Die Projekt-Teams sind verwaltungsorganisatorisch unterschiedlichen Trägern zugeordnet, z. B. Landesober- oder -mittelbehörden.

Zum Aufbau und zur Organisation der AIDS-Prävention im Ostteil der Stadt Berlin trägt die Bundesregierung auf besondere Weise bei, weil die Ausgangs- und Rahmenbedingungen im Vergleich zu West-Berlin sehr unterschiedlich sind. Unter die Bundesförderung fallen im Bereich

- Gesundheitsdienst: sechs Personalstellen bei drei Gesundheitsämtern (je ein Arzt und eine Sozialarbeiterstelle),
- Information und Betreuung: eine Personalstelle bei „Pluspunkt Berlin e. V.“ (Sozialarbeiterstelle),
- Streetwork: zwei Personalstellen bei „Pluspunkt Berlin e. V.“ (Sozialarbeiterstellen),
- Dermatologische Klinik und Poliklinik, Charité: eine Arztstelle,
- AIDS und Drogen: eine Sozialarbeiterstelle bei der Drogenberatungsstelle HALTESTELLE.

Die Förderung setzt einen besonderen Akzent auf effektive und sachgerechte Selbsthilfeaktivitäten. Der Verein „Pluspunkt Berlin e. V.“ war in der ehemaligen DDR einer der wenigen Selbsthilfe-

vereine und hat seit der Vereinigung ständig weiteren Zulauf gewonnen. Die Modellförderung soll dazu beitragen, das Leistungsspektrum zu erweitern und das Beratungsangebot dem konkreten Bedarf anzupassen.

Für die Aufgabe der Durchführung speziell aufsuchender Sozialarbeit (Streetwork) in den neuen Bundesländern werden seit Mitte 1991 der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Mittel zur Verfügung gestellt. Mit diesen Mitteln werden insgesamt fünf Personalstellen gefördert. Als Modellregionen wurden Orte ausgewählt, in denen sich eine relevante Szene herausgebildet hat: Rostock, Magdeburg, Weimar, Leipzig, Dresden. Aufgrund der sehr knappen Haushaltsmittel der neuen Bundesländer trägt die Bundesregierung auch Kosten für Räume, Ausstattung und andere notwendige Sachmittel.

Wie die Erfahrung zeigt, hatten die neuen Bundesländer erhebliche Schwierigkeiten, die bewilligten Bundesmittel schon 1991 für die genannten Maßnahmen voll einzusetzen. Als besonders problematisch erwiesen sich die Stellenbesetzungen und das Anmieten geeigneter Räumlichkeiten für die Fachkräfte. Inzwischen sind die größten Hindernisse überwunden und die Projekt-Teams soweit konsolidiert, daß sie in die Alltagsarbeit einsteigen können.

Die in den neuen Bundesländern geförderten Modellfachkräfte werden durch das AIDS-Zentrum beim Bundesgesundheitsamt für ihr spezielles Aufgabenfeld qualifiziert. Fortbildungsbedarf besteht vornehmlich in den Bereichen „Wissensstand zu HIV/AIDS“, „Beratung zu HIV/AIDS“, „Sexualberatung“. Es liegen bisher wenig Erfahrungen vor, auf die sich Berater aus dem Beitrittsgebiet stützen können. Angesichts der marginalen Behandlung des Themas AIDS in der ehemaligen DDR besteht ein hohes Informationsdefizit insbesondere in bezug auf psychische und soziale Folgen, denen Menschen ausgesetzt sein können, die ein positives Testergebnis befürchten oder erhalten. Befähigung zu Eigenverantwortlichkeit, bisher von untergeordnetem Stellenwert, sowie das Aneignen von entsprechenden Verhaltensmustern und -stilen in der Beratung lassen sich ohne Fortbildung nicht erreichen.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung ist es zu überprüfen, ob die Projekte den spezifischen Lebensumständen und Bedürfnissen der Menschen in den neuen Bundesländern gerecht werden und die gewünschten Effekte erzielen.

Über die Weiterförderung der AIDS-Frauenberatungsstelle in Lübeck und Braunschweig über 1991 hinaus stehen erfahrene Modellfachkräfte zur Verfügung, die ihre Beratungstätigkeit nunmehr auch auf die Belange von Frauen aus ehemals grenznahen Orten ausrichten, die im Prostitutionsbereich anzutreffen sind. Mit einer Verlängerung der Modellförderung der Frauenberatungsstelle in Hannover wird dem Umstand entsprochen, daß hier zu Messezeiten verstärkt Beratung für Gelegenheitsprostituierte u. a. aus dem Beitrittsgebiet vorgehalten werden muß.

Auf die Beantwortung der Frage 3 wird ergänzend verwiesen. Parallel zu den eingeleiteten Projekten setzt die Bundeszentrale

für gesundheitliche Aufklärung einen deutlichen Schwerpunkt ihrer Arbeit in den neuen Bundesländern. Der Anteil der Aufklärungsmaßnahmen im Beitrittsgebiet ist überproportional.

Bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. werden ca. 20 Prozent des Projektvolumens ausschließlich für spezielle Maßnahmen in den neuen Bundesländern verwendet. Darüber hinaus werden die Veranstaltungen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. stark von Interessenten aus den neuen Bundesländern frequentiert.

7. Welche Konsequenzen für die Primärprävention von HIV und AIDS zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, daß in den neuen Bundesländern die breite Kommerzialisierung der Sexualität auf eine darauf nicht vorbereitete Bevölkerung trifft?

Bei den o. g. Präventionsmaßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in den neuen Bundesländern werden soziokulturelle Besonderheiten berücksichtigt. Innerhalb der AIDS-Kampagne werden zunehmend sexualpädagogisch orientierte Medien angeboten, die diesen Tatsachen Rechnung tragen.

8. Welche Konsequenzen für die Primärprävention von HIV und AIDS zieht die Bundesregierung aus der unter Experten unstrittigen Einschätzung, daß im Bereich der neuen Bundesländer mit einer rasch anwachsenden Drogenproblematik in einer darauf nicht vorbereiteten Bevölkerung zu rechnen ist?
Welche Maßnahmen unternimmt bzw. fördert die Bundesregierung, um die von ihr veranlaßten bzw. geförderten Aufklärungsmaterialien und -maßnahmen in ihren Wirkungen zu bewerten?

Um einer möglicherweise rasch anwachsenden Drogenproblematik in den neuen Bundesländern entgegenzuwirken, steht als wichtigstes Ziel der Ausbau der Präventionsmaßnahmen im Vordergrund der Drogen- und AIDS-Politik der Bundesregierung.

Die Sucht- und die AIDS-Präventionskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ergänzen sich gegenseitig. Im Rahmen der Primärprävention von HIV und AIDS in den neuen Bundesländern wird das Thema Drogen vor allem in der Personalkommunikativen Kampagne berücksichtigt. Der starken Nachfrage nach Hilfestellungen zur Drogenprävention wurde durch entsprechende inhaltliche und methodische Multiplikatoren-schulung bereits in hohem Maß Rechnung getragen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt in den neuen Ländern zudem Aktionswochen unter dem Motto „Be-wußter leben – Möglichkeiten und Methoden der Gesundheitsförderung“ durch. Diese Aktionswochen umfassen Ausstellungen und Präsentationen, Informationsveranstaltungen sowie Seminare zu Themen der Gesundheitserziehung und -förderung, die schwerpunktmäßig auch den Suchtbereich beinhalten. Angesprochen werden insbesondere Multiplikatoren aus dem schulischen und außerschulischen Bereich.

Auch die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren informiert im Rahmen dieser Veranstaltungen über ihre Arbeit. Die Resonanz der ersten Aktionswochen, die vom 4. Mai bis 1. Juni 1991 im Hygiene-Museum in Dresden stattfanden, war gut.

Die bisher vorliegenden Daten zur Prävalenz des Konsums illegaler Drogen zeigen, daß eine Angleichung der Verhältnisse zwischen neuen und alten Bundesländern bisher noch nicht stattgefunden hat. Es deutet sich allerdings an, daß auf der Ebene der grundsätzlichen Bereitschaft, Drogen zu probieren, ein „Bedarf“ geweckt scheint.

Aus diesem Grunde ist das im Zuge der Umsetzung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes 1990 in den alten Bundesländern angelaufene Bundesmodell „Mobile Drogenprävention“ zwischenzeitlich auf die neuen Länder ausgeweitet worden. Es wurden in Berlin (Ost), Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen je zwei und in Sachsen (wegen der deutlich höheren Gesamtbevölkerung) drei Präventionsstellen mit jeweils zwei Präventionsfachkräften eingerichtet. Dieses Mitte 1991 angelaufene Modellprogramm soll voraussichtlich eine Laufzeit von drei Jahren haben. Es soll die Nachfrage nach Drogen und die Ansprechbarkeit auf Drogenangebote senken.

Folgende Maßnahmen werden durchgeführt/sind vorgesehen:

- Zusammenarbeit mit Trägern der Jugendhilfe/Jugendarbeit,
- Zusammenarbeit mit den Schulen (mit Wirkung im Sozialkunde- und Biologieunterricht, Beratungsstunden für Schüler),
- Elternberatung, Zusammenarbeit mit den Drogen-Vertrauenslehrern der Schulen,
- Informationsveranstaltungen in Betrieben in Abstimmung mit Betriebsleitungen und Personalvertretungen,
- „Problem-Sprechstunden“ in Betrieben.

Die im Rahmen des Programms eingesetzten Fachkräfte haben ebenfalls Multiplikatorfunktion. Sie wirken auf Anforderung in unterschiedlichen Einrichtungen der Erziehungsberatung, des Sozialdienstes, des schulpsychologischen Dienstes, in kirchlichen Institutionen mit. Sie kooperieren ferner mit den Elternkreisen drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher.

Weiterhin hat ein Bundesmodell „Integrierte Suchtberatungsstellen“ in den neuen Ländern begonnen. Ziel dieses Modells ist es, in den neuen Bundesländern vorhandene Beratungs- und Behandlungsangebote für Abhängige von legalen und illegalen Drogen auszubauen und zu qualifizieren.

Beide Modellprogramme werden wissenschaftlich begleitet.

Darüber hinaus erfolgen im Auftrag der Bundesregierung Qualifizierungsprogramme zur Fortbildung von Mitarbeitern der Suchthilfe sowie anderen im Suchtbereich tätigen Personen.

Auf die Beantwortung der Fragen 1 und 2 wird ergänzend verwiesen. Die dort beschriebenen Untersuchungen (Medienakzeptanzanalysen und repräsentative Befragungen über Wissen, Einstel-

lungen und Verhalten) wurden auch in den neuen Bundesländern durchgeführt, um Gemeinsamkeiten und Differenzen zu erforschen. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse gehen in die Planung der weiteren Aufklärungsmaßnahmen ein.

II. Zum Bereich der Sekundärprävention

9. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um sicherzustellen, daß Menschen mit einem befürchteten oder tatsächlichen Infektionsrisiko eine ihren Bedürfnissen und ihrer Problemlage entsprechende Beratung angeboten wird?

Die Bundesregierung ist dieser Anforderung durch die Förderung verschiedener Modellprogramme nachgekommen. Sie hat damit das Ziel verbunden, Beiträge zur Entwicklung und Erprobung zielgruppenspezifischer und bedürfnisgerechter Beratungs- und Betreuungsangebote zu leisten.

Die Modelle richteten sich im wesentlichen darauf,

- die Betroffenen in ihren Problemsituationen zu erreichen,
- sie wirkungsvoll zu unterstützen,
- innovativ tätig zu sein,
- durch effektive Maßnahmen an einer Stabilisierung tragfähiger Strukturen im Beratungs- und Betreuungsbereich mitzuwirken.

Die (Zwischen-)Berichte der wissenschaftlichen Begleitungen geben Hinweise darauf, daß dies im Rahmen der Modellprogramme

- Großmodell Gesundheitsämter,
- Psychosoziale Beratungsmaßnahmen,
- Streetworker,
- Drogen und AIDS,
- Sozialstationen,
- AIDS und Kinder,
- Frauen und AIDS

gelingen ist.

Der Verbesserung der verschiedenen Beratungsangebote dienen auch die zahlreichen sozial- und sexualwissenschaftlichen Forschungsprojekte, mit deren Förderung die Bundesregierung frühzeitig begonnen hat und die sich bei breiter thematischer Ausrichtung durch ihren unmittelbaren Anwendungsbezug auszeichnen. Einige dieser Projekte, z. B. zum Sexualverhalten von Männern und Frauen in der Bundesrepublik Deutschland, zum Sexualverhalten und zum Lebensstil homosexueller Männer, zu begünstigenden Faktoren für risikoarmes Sexualverhalten, zu AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik Deutschland u. a., sind inzwischen abgeschlossen und fließen in Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen ein. Andere Projekte, z. B. über die Bewältigung psychischer und sozialer Probleme im Zusammenhang mit AIDS, über soziale und psychologische Charakteristika von Besuchern weiblicher Prostituierten, über ethische Aspekte von AIDS etc., stehen kurz vor dem Abschluß.

10. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen bzw. in Auftrag gegeben, um das Beratungs- und Betreuungsangebot für die größer werdende Gruppe der symptomlos HIV-Infizierten auf den von der Enquete-Kommission empfohlenen Stand zu bringen?

Grundsätzlich sind die Länder und Kommunen für die Gesundheitsvorsorge und -versorgung zuständig. Das von der Bundesregierung in den Modellregionen Frankfurt und Köln/Bonn/Aachen geförderte „Ärztliche Modell für symptomlos HIV-Infizierte“ leistet ergänzend dazu einen wichtigen Beitrag für die Betreuung HIV-Infizierter. Neben der medizinischen und psychosozialen Betreuung wird dabei nach Faktoren gesucht, die den Ausbruch der Krankheit verzögern oder abmildern können. Dieses Ziel soll durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den wissenschaftlich begleitenden Instituten und den niedergelassenen behandelnden Ärzten einerseits sowie zwischen Arzt und HIV-Patienten andererseits erreicht werden. Zugleich wird die zunehmende Orientierung der HIV-Infizierten auf den ambulanten Bereich berücksichtigt. Niedergelassene Ärzte werden mit ihren Patienten in den Forschungsprozeß einbezogen. Im HIV-Modell werden derzeit etwa 2000 Patienten regelmäßig betreut.

Im Rahmen des Modells wurde ein Fortbildungsprogramm für niedergelassene Ärzte und medizinisches Personal, die HIV-Patienten in der Praxis betreuen, entwickelt. Die Fortbildungsangebote in den Modellregionen haben folgende Schwerpunkte:

- Medizinische Problematik der HIV-Infektion, der Krankheit AIDS und der ärztlichen Behandlung von Patienten,
- Psychologisch-gesprächstherapeutische Fortbildung für Ärzte,
- Medizinische und psychologische Fortbildung für Praxispersonal.

Um die kompetente Versorgung von Ratsuchenden im Bereich der niedergelassenen Ärzte zu gewährleisten, hat auch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) eine Reihe von Maßnahmen zur Organisation und Durchführung gezielter Fortbildung niedergelassener Ärzte ergriffen. Zum Teil existieren entsprechende Fortbildungsangebote auch in anderen Bundesländern.

Auf die Beantwortung der Frage 9 wird ergänzend verwiesen. Das Angebot zielgruppenspezifischer und bedürfnisgerechter Beratungs- und Betreuungsangebote richtet sich gleichermaßen an symptomlos HIV-Infizierte.

11. Ist der Übergang des Bundesmodellprogramms „Psychosoziale Beratungsmaßnahmen“ in die Länderfinanzierung dergestalt gesichert, daß dadurch keine als notwendig angesehenen Aufgabefelder unbesetzt bleiben?

In dem seit Mitte 1986 bis Ende 1991 durchgeführten Modellprogramm „Psychosoziale Beratungsmaßnahmen in den Ländern im Zusammenhang mit AIDS“ war es Aufgabe der insgesamt 28 an Gesundheitsämtern, bei AIDS-Hilfen und anderen Beratungsein-

richtungen freier Träger angesiedelten Fachkräfte, gezielt den Beratungsbedarf abzudecken, für den sonstige Angebote nicht genügten. Dabei war aus der Aufgabenstellung, dem Ansatz und der Vorkenntnis des Feldes zu Projektbeginn klar, daß ein weitgehend unerschlossenes Feld zu begehen war. Inzwischen ist das große Spektrum von Beratungsbedarf und -angebot ermittelt, beschrieben und analysiert, beispielsweise auch im Rahmen des „Großmodell Gesundheitsämter“. Vor diesem Hintergrund lassen sich als notwendig angesehene Aufgabengebiete nicht einem Projekt allein zuschreiben. Daher ist, selbst wenn eine Fortsetzung des genannten Modellprogramms aus Landesmitteln nicht beabsichtigt wird, psychosoziale Beratung nicht in Frage gestellt.

Daß als notwendig angesehene Aufgabengebiete, die bisher von Mitarbeitern des Bundesmodellprogramms wahrgenommen wurden, auch weiterhin personell abgedeckt sind, zeigen folgende Berichte:

Das Land Nordrhein-Westfalen teilt mit, daß zwar eine Weiterförderung des Programms „Psychosoziale Beratungsmaßnahmen“ nicht vorgesehen sei, mit dem Landeskonzept zur medizinischen und psychosozialen Betreuung und Versorgung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker aber angestrebt werde, in den regionalen Schwerpunkten psychosoziale Beratung und Betreuung sicherzustellen. Hierbei werde die Kompetenz von Mitarbeitern aus dem Bundesmodellprogramm „Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen“ genutzt.

Daß psychosoziale Beratungsmaßnahmen im Zusammenhang mit AIDS fortgeführt werden, berichten die Länder Bayern, Berlin, Bremen, Schleswig-Holstein. So hat die Stadt München die Weiterfinanzierung ihrer beim kommunalen Gesundheitsamt angesiedelten Stelle zugesichert, bei der Stadt Nürnberg steht die entsprechende Entscheidung noch aus. Das Land Berlin finanziert ab 1. Januar 1992 zwei unbefristete Beschäftigungspositionen und stellt durch Abordnung Personalkapazität von einer weiteren halben Stelle vorerst unbefristet zur Verfügung. Das Land Bremen hat zur Wahrung der Daueraufgabe psychosozialer Beratung Mittel im Haushalt eingestellt. Schleswig-Holstein berichtet, daß es den Kommunen Lübeck und Kiel zur Weiterführung ihrer jeweils am Gesundheitsamt angesiedelten Personalstelle einen jährlichen Personalkostenzuschuß in Höhe von 37 500 DM zu gewähren beabsichtigt.

12. Tragen die Bundesregierung und die von ihr beauftragten Institutionen der Forderung der Enquete-Kommission (Empfehlung Schlußbericht 2.2) Rechnung, daß „in der Beratung... die positiven und negativen Aspekte des HIV-Antikörpertests objektiv und ohne Tendenz mit den Beratenen erörtert werden“ sollen, wobei die „Autonomie des einzelnen zu respektieren“ ist?

Die Basisbroschüre „Wissenswertes über den HIV-Test“, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag der Bundesregierung entwickelt hat, entspricht der Empfehlung der Enquete-Kommission in vollem Umfang. In anderen Aufklärungs-

materialien wird der Test sinnentsprechend thematisiert. Die Bundesregierung hat dabei die Notwendigkeit einer Beratung vor einem Test und nach Durchführung eines Tests stets betont.

13. Warum verweigert die Bundesregierung der einzigen deutschen Zeitung von und für HIV-Infizierte „Virulent – Zeitung von Positiven für Positive“ nach anfänglicher Unterstützung die Finanzierung, obgleich der stabilisierende Wert gruppenspezifischer Kommunikation in dieser Betroffenenengruppe gesundheitswissenschaftlich als hoch eingeschätzt wird?

Entgegen ursprünglicher Erwartungen wurden in der sog. Nullnummer von „Virulent“ Auffassungen vertreten, deren Verbreitung mit Hilfe von Steuermitteln ausgeschlossen ist.

14. Hat die Bundesregierung Vorsorge getroffen, daß auch in jenen Bundesländern, die noch keine ausreichende Anschlußfinanzierung für die Beratungs- und Betreuungsangebote aus den auslaufenden Bundesmodellprojekten gefunden haben, solche Strukturen nicht abrupt – und damit irreversibel – wegbrechen?

Der Bundesförderung ist aus verfassungsrechtlichen Gründen über die Laufzeit eines Modellprogramms eine deutliche Grenze gesetzt. Mit der bis Ende 1991 verlängerten Förderung von solchen Modellprogrammen, deren Laufzeit auf Mitte 1991 festgelegt war und deren Fortführung von den Ländern zugesichert worden ist, hat die Bundesregierung Vorsorge getroffen, daß ab 1992 ein bedarfswirksames Angebot an Beratung und Betreuung fortgesetzt wird. Die Länder haben durch die nahtlose Übernahme von Modellstellen das ihre dazu beigetragen, bewährte Strukturen aufrechtzuerhalten. Auf die Beantwortung der Frage 5 wird ergänzend verwiesen.

15. Welches Konzept verfolgt die Bundesregierung für die Etablierung entsprechender Strukturen der Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten in den neuen Bundesländern?

Das Krankenhaus „Prenzlauer Berg“ (Ost-Berlin) nimmt seit 1990 an einer multizentrischen Studie „Intensivierung der klinischen Forschung“ teil, die allerdings stärker auf HIV-positive Patienten ausgerichtet ist, die bereits Krankheitssymptome aufweisen. Aufgrund der derzeit sehr niedrigen Fallzahlen in den fünf neuen Bundesländern (238 gemeldete HIV-Infizierte, davon über 50 Prozent in Ost-Berlin, Stand 29. Februar 1992) ist eine Ausdehnung der medizinischen Behandlungs- bzw. Betreuungsangebote zur Zeit kein drängendes Problem.

Auf die Beantwortung der Frage 6 wird ergänzend verwiesen. Die von der Bundesregierung eingeleiteten Maßnahmen zum Aufbau effektiver Strukturen zur AIDS-Bekämpfung in den neuen Bundesländern kommen auch symptomlos HIV-Infizierten zugute.

- III. Zum Bereich der Betreuung und Versorgung von Erkrankten
16. Von welchen Erkrankungsziffern und von welcher regionalen Verteilung geht die Bundesregierung für die nächsten Jahre aus, und welche Vorsorge trifft sie gemeinsam mit den Bundesländern, den Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen, daß diese Anhaltzahlen in die Kapazitätsplanung der ambulanten und stationären Versorgung eingehen?

Die in der nahen Zukunft zu erwartenden Erkrankungsziffern für HIV-Infizierte müssen auf der Basis der vorliegenden Erfahrungen geschätzt werden. Den Schätzungen werden die Meldungen an das AIDS-Fallregister sowie die Meldungen über entdeckte HIV-Infektionen entsprechend der Laborberichtspflicht zugrunde gelegt.

Die Daten dieser beiden Erhebungsinstrumente werden überprüft und unterstützt durch Ergebnisse von regelmäßig wiederholten Befragungen niedergelassener Ärzte über die Zahl der HIV-Infizierten und AIDS-Kranken unter ihren Patienten (sogenannte Anomo-Studie).

Die höchste Zahl von AIDS-Erkrankungen wurde nach dem Bericht des AIDS-Zentrums beim Bundesgesundheitsamt mit 800 Fällen im zweiten Halbjahr 1989 diagnostiziert. Die seitdem eingegangenen Meldungen lassen nicht vermuten, daß diese Zahl in absehbarer Zeit überschritten werden wird. Unter Einrechnung einer Dunkelziffer von 20 Prozent dürfte demnach in der nahen Zukunft bei jährlich 2 000 HIV-Infizierten erstmals AIDS diagnostiziert werden.

Die Gesamtzahl der Infizierten in der Bundesrepublik Deutschland seit Beginn der Epidemie wird vom AIDS-Zentrum auf 50 000 bis 60 000 geschätzt. Hiervon sind bisher um 10 000 Personen an AIDS erkrankt und zum Teil verstorben. Nach den Erfahrungen aus prospektiven Kohortenstudien erkranken von den länger als zwei Jahre Infizierten jährlich fünf Prozent. Hieraus ergibt sich eine jährliche Zahl von Neuerkrankungen mit AIDS zwischen 2 000 und 2 500.

Die mittlere Überlebenszeit nach der Erstmanifestation des Immundefektes hat sich dank neu entwickelter Medikamente und wachsender Erfahrung bei der Betreuung der AIDS-Patienten deutlich erhöht. Die Daten des AIDS-Fallregisters bestätigen diesen Trend. Anzumerken ist, daß das AIDS-Fallregister die tatsächlichen Überlebenszeiten systematisch unterschätzt, da nur die bereits Verstorbenen in derartige Beobachtungen miteingehen können. Das AIDS-Fallregister zeigt einen Anstieg der „Überlebenszeiten“ von im Mittel sechs Monaten im Jahr 1986 auf 14 Monate im Jahr 1991. Diese Zunahme wird mit weiterer Verbesserung der Therapie noch größer werden. Gleichzeitig werden die Intervalle zwischen den Phasen intensiver klinischer Betreuung an Dauer zunehmen, so daß die Belastung der Systeme der klinischen Versorgung nicht parallel zur Anzahl der zu versorgenden Patienten ansteigen wird.

Umgekehrt wird durch diese Entwicklung die Belastung der Systeme der ambulanten Versorgung weiter zunehmen, d. h. der Großteil der AIDS-Patienten wird – abgesehen von den zumeist

kurzen Perioden der klinischen Behandlung – fortlaufend von niedergelassenen Ärzten oder in Sozialstationen betreut. Die Zahl der heute zu betreuenden AIDS-Patienten wird auf höchstens 4 000 geschätzt.

Schwer abzuschätzen ist, in welchem Umfang HIV-Infizierte (aber nicht AIDS-Kranke) wegen HIV-bedingter Erkrankungen – meist nur gelegentlich und kurzfristig – ärztlich versorgt werden müssen. Nach den vorliegenden Erfahrungen könnte diese Zahl etwa doppelt so hoch sein wie die Zahl der zu betreuenden AIDS-Patienten, d. h. in der Bundesrepublik Deutschland 8 000. Demgegenüber ist anzumerken, daß von den seit 1984 intensiv betreuten HIV-infizierten Teilnehmern an der Kohortenstudie in den Jahren 1989 bis 1990 zwei Drittel der bisher nicht an AIDS Erkrankten fortlaufend ärztlich betreut wurden. Hierbei dürfte es sich aber um eine besondere Situation handeln. Realistischer erscheint für die Gesamtheit der Infizierten die Annahme, daß 20 Prozent wegen HIV-bedingter Erkrankungen ambulant behandelt werden. Nimmt man als maximale Zahl nicht an AIDS erkrankter HIV-Infizierter 45 000 an, wären demnach 9 000 HIV-Infizierte in Betreuung.

Hiervon zu trennen ist die Belastung durch die empfohlene halbjährliche Bestimmung des Immunstatus HIV-Infizierter. Zahlen darüber, in welchem Umfang dieser Empfehlung gefolgt wird, sind nicht verfügbar. Nach dem Eindruck des AIDS-Zentrums macht nur eine Minderheit hiervon Gebrauch.

Aus dem Gesagten folgt, daß in der Bundesrepublik Deutschland derzeit etwa 13 000 HIV-Infizierte und AIDS-Kranke jährlich ärztlich betreut werden müssen. Diese Zahl wird bestätigt durch die Erfahrung, daß in der Bundesrepublik Deutschland weniger als 8 000 HIV-Infizierte mit AZT behandelt werden, einem Medikament, das vor allem bei fortgeschrittener Immunschwäche eingesetzt wird.

Die Entwicklung der Erkrankungsziffern wird von den Ländern sowie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufmerksam beobachtet, um rechtzeitig die Kapazitätsplanungen im ambulanten und stationären Versorgungsbereich anpassen zu können. Die medizinische Versorgung HIV-infizierter und AIDS-kranker Patienten ist nicht in Frage gestellt. Wegen der regional sehr unterschiedlichen Verteilung von HIV-Infizierten kann es aber regional zu überproportionalen Belastungen kommen.

Die Bundesregierung unterstützt verschiedene Modellvorhaben, die das Ziel verfolgen, qualitativ und quantitativ die Versorgungsmöglichkeiten in und außerhalb von AIDS-Behandlungsschwerpunkten zu verbessern.

Im Rahmen von Hospitationsprogrammen werden Ärzte und Pflegekräfte aus Krankenhäusern in AIDS-Behandlungszentren mit den Problemen bei der Behandlung von AIDS-Kranken vertraut gemacht und in die Lage versetzt, nach ihrer Rückkehr in die entsendenden Krankenhäuser eine qualifizierte Versorgung von AIDS-Kranken dort aufbauen zu können. In diese Programme werden die neuen Bundesländer mit einbezogen.

Darüber hinaus wird an vier AIDS-Behandlungsschwerpunkten ein telefonischer Konsiliardienst für Ärzte aus Klinik und Praxis aufgebaut, der die qualifizierte Versorgung von AIDS-Kranken außerhalb der Behandlungszentren nachhaltig unterstützen wird.

Teilstationäre Behandlungseinrichtungen werden an drei Standorten (Hamburg, München, ein vorgesehener weiterer Standort) durch Bundesmittel für drei Jahre gefördert. Diese Behandlungsform bietet sich aufgrund der speziellen Therapiemöglichkeiten bei AIDS-Kranken mit häufig notwendigen regelmäßigen Infusionstherapien an. Darüber hinaus kann mit einer solchen Versorgungsform auch dem Interesse des Patienten, möglichst lang in seiner gewohnten häuslichen Umgebung zu verbleiben, entsprochen werden. Ziel dieses Modellvorhabens ist es, die Praktikabilität, die Akzeptanz bei Patienten und Personal und den Effekt einer teilstationären Behandlungsform auf den stationären und ambulanten Versorgungsbereich auch unter Kosten-Nutzen-Aspekten zu erproben. Eine wissenschaftliche Begleituntersuchung wird unter den genannten Gesichtspunkten übergreifend die Ergebnisse analysieren.

17. Welche Reduzierungen der Versorgungs- und insbesondere Pflegekapazität sind nach dem Auslaufen der Bundesmodellprojekte zu erwarten?

Wie ist sichergestellt, daß nach dem Auslaufen der Bundesmodellprojekte zur Pflege auch dort keine abrupten Brüche mit entsprechenden Versorgungszusammenbrüchen eintreten, wo die Länder noch keine entsprechende Anschlußfinanzierung geschaffen haben?

Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Versorgungsangebote für Menschen mit HIV und AIDS zu erproben, war vor allem Ziel des Bundesmodellprogramms „Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen“.

Der Förderungsrahmen umfaßte rund 200 Personalstellen – i. d. R. Stellen für Krankenpflegepersonen und Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen – bei 75 Sozialstationen, verteilt auf 35 Modellstandorte. Die regionalen Schwerpunkte der Förderung lagen in den Ballungsräumen. Erprobt wurden seit 1987/88 vielfältige, an die epidemiologischen, regionalen und institutionellen Gegebenheiten angepaßte Formen und Strukturen der ambulanten Versorgung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken. Von diesen Gegebenheiten ausgehend, mußten die Länder 1991 darüber entscheiden, welche der vorgehaltenen Versorgungsangebote den Bedarfssituationen entsprechen und in welcher Weise sich das Land bzw. die Kommune oder der jeweilige Träger an der Regelfinanzierung zu beteiligen beabsichtigt.

Wo das Modell „Sozialstationen“ nicht zur Etablierung spezieller Pflegedienste geführt hat, sind alle Sozialstationen – so in Hamburg – durch Fortbildung und Praxisbegleitung für die Pflege von AIDS-Patienten qualifiziert worden. Das Auslaufen des Bundesmodells hat also keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Pflegekapazität und -qualität der Sozialstationen. Im Saarland, wo

das Sozialstationenmodell mit Ende der Bundesförderung ersatzlos beendet wurde, werden die beteiligten – und erfahrenen – Pflegekräfte unter Trägerschaft des Arbeitersamariterbundes im Rahmen einer Sozialstation ambulante Pflege fortsetzen, während die psychosoziale Betreuung auf die AIDS-Hilfe Saar übergeht. Hessen berichtet, daß von den 28 Modellstellen für ambulante Pflege und Betreuung von AIDS-Kranken 16 Stellen mit Mitteln des Landes und der Kommunen weitergefördert werden.

Eine beispielhafte Lösung für die Fortführung des „Sozialstationen-Modells“ ist im Freistaat Bayern ausgehandelt worden. Für alle zusätzlichen Kräfte, für die eine Weiterförderung vom jeweiligen Träger beantragt wurde, ist eine Finanzierungsregelung sichergestellt.

Im übrigen ist die ambulante Versorgung von AIDS-Patienten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung gewährleistet.

Die Empfehlung der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. September 1989 zur Übernahme der im Rahmen des Sofortprogramms der Bundesregierung an 22 AIDS-Behandlungsschwerpunkten geförderten Personalstellen (35 Arzt- und 85,5 Pflegekraftstellen) ist weitgehend umgesetzt bzw. wird in fünf Zentren noch verhandelt, wobei die zwischenzeitliche Weiterbeschäftigung gesichert ist. Es waren daher nach Auslaufen der Personalförderung in den AIDS-Behandlungsschwerpunkten Ende 1990 keine Versorgungsengpässe zu verzeichnen.

18. Welche Schritte hat die Bundesregierung unternommen, um angesichts des allseits befürworteten Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung die Voraussetzung der Finanzierung ambulanter, häuslicher Pflege zu fördern?

Die im Rahmen des Modellprogramms „Sozialstationen“ erprobten Maßnahmen sind zusammen mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung insbesondere Entscheidungsgrundlage für die Länder und Krankenkassen über verbesserte Finanzierungsmöglichkeiten ambulanter Pflege. Da das Modellprogramm „Sozialstationen“ gezeigt hat, wie zeitaufwendig die ambulante Pflege von AIDS-Kranken phasenweise sein kann – insbesondere bei parenteraler Ernährung oder Infusionstherapien –, sind in einzelnen Ländern schon entsprechend höhere Abrechnungsmöglichkeiten für die betreuende Sozialstation vereinbart worden.

Mit Fragen der ambulanten Versorgung von AIDS-Kranken und deren finanzieller Absicherung befaßt sich in diesen Monaten auch der Nationale AIDS-Beirat. Nach einer Ausschußsitzung zu Grundsatzfragen im September 1991 haben im November und Dezember 1991 Arbeitsgruppen zu den Aspekten „Qualifikation und Motivation“ sowie „Struktur- und Finanzierungsfragen“ getagt. Hierbei wurden Vertreter des AOK-Bundesverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Verbandes der Arbeiter-Ersatzkassen und Angestellten- Krankenkassen e. V., der Bun-

des Ärztekammer, der Deutschen AIDS-Hilfe (Referat für die Pflege von AIDS-Kranken) sowie eines „vor Ort“ tätigen Pflegevereins, der Schwulen Initiative für Pflege und Soziales e. V. in Köln, gehört.

Die in diesen Arbeitsgruppen zusammengeführten Erfahrungen und Erkenntnisse werden derzeit im Hinblick auf zukünftige praktische Maßnahmen ausgewertet. Es ist davon auszugehen, daß der Nationale AIDS-Beirat im Rahmen seiner nächsten Plenumsitzung in Form eines Votums zu Fragen der ambulanten Versorgung von AIDS-Kranken Stellung nehmen wird. Es ist in erster Linie Aufgabe der Vertragspartner, wie sie auf neue Herausforderungen im Bereich der Pflege von AIDS-Kranken reagieren.

19. Ist die Bundesregierung bereit, aus den ungewöhnlich positiven Erfahrungen mit zielgruppenspezifisch organisierter ambulanter Pflege (wie z. B. durch HIV e. V. in Berlin) die Konsequenz zu ziehen, solche Ansätze weiter und verstärkt zu fördern?

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung, daß zielgruppenspezifisch organisierte Pflegedienste insbesondere in Zentren mit hoher HIV-Prävalenz Bedeutendes in der Pflege von Menschen mit AIDS leisten. Deshalb wurden im Rahmen des Modellprogramms „Sozialstationen“ die Vereine HIV e. V. in Berlin und Schwule Initiative für Pflege und Soziales e. V. in Köln mit jeweils fünf bzw. vier zusätzlichen Personalstellen gefördert.

Auch von den Bundesländern wird die zielgruppenspezifisch organisierte Pflege positiv bewertet.

Grundsätzlich sehen Bundesregierung und Länder in den Spezialpflegediensten jedoch nur eine unter verschiedenen Möglichkeiten, Menschen mit AIDS ambulant zu betreuen. Vorurteilsfreie, verständnisvolle Pflege von AIDS-Kranken kann durch jedes engagierte Team einer Sozialstation geleistet werden. Dies zeigen entsprechende Erfahrungen im Modellprogramm „Sozialstationen“. Wichtig sind dabei Fort- und Weiterbildungsangebote, die nicht nur auf den rein medizinisch-krankenpflegerischen Teil der Pflege eines AIDS-Kranken eingehen, sondern auch psychosoziale Kenntnisse und Kompetenzen vermitteln.

Davon unabhängig sind örtliche sowie überregionale Gegebenheiten in den einzelnen Bundesländern zu berücksichtigen.

So teilt z. B. Baden-Württemberg mit, daß sich die von der Landesregierung verfolgte Linie, den Versorgungsbedarf AIDS-kranker Menschen mit der örtlichen Infrastruktur aufzufangen, bewährt habe. Spezialdienste für diesen Personenkreis lassen sich nach Auffassung der Landesregierung nicht bedarfsorientiert ausbauen, weil nicht abzusehen sei, wie ein solcher Dienst kontinuierlich ausgelastet werden könne. Die Landesregierung setzt deshalb nach wie vor auch bei der Versorgung von AIDS-kranken Menschen auf die mit der Konzeption zur Neuordnung der ambulanten Hilfen entwickelte Versorgungsstruktur. In den dazu erlassenen Richtlinien für die Förderung der ambulanten Hilfen wurde

bewußt Raum für überregionale Anbieter von Pflegeleistungen für langandauernd und intensiv zu pflegende Patienten geschaffen. Die Landesregierung wirbt derzeit bei den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege für ein Engagement in diesem Bereich.

Mit dem Modellprogramm „Sozialstationen“ hat die Bundesregierung die Möglichkeit geschaffen, die Leistungsfähigkeit und Grenzen zielgruppenspezifisch organisierter ambulanter Pflege festzustellen. Da Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung in den Zuständigkeitsbereich der Länder fallen, ist es der Bundesregierung verfassungsrechtlich nicht möglich, über die befristete Laufzeit eines Modellprogramms hinaus weiter oder gar verstärkt Maßnahmen zu fördern, deren konzeptionelle Grundlagen herausgearbeitet sind und sich bewährt haben. Es war Sache der Länder, anhand der gesammelten Erfahrungen und Ergebnisse der Begleitforschung über die Weiterförderung erprobter Ansätze zu entscheiden.

20. Welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung, um die vielfältigen – positiven wie negativen – Erfahrungen aus der Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS auszuwerten und die Ergebnisse auch für die Versorgung anderer Gruppen chronisch kranker Patienten nutzbar zu machen?

Inwieweit Erfahrungen, die bei der Pflege und Versorgung von AIDS-Kranken gemacht werden, auf „andere Gruppen chronisch kranker Patienten“ übertragen werden können, läßt sich noch nicht abschließend beurteilen. Anders als bei anderen chronisch Kranken ist bei Menschen mit AIDS im Einzelfall die ambulante Versorgung weder dem Zeitaufwand noch den jeweils notwendigen Pflegeleistungen nach mittelfristig absehbar. Dies erschwert die Planung für eine Sozialstation, die die Betreuung von AIDS-Patienten übernimmt, außerordentlich.

Zur Sicherung der Erfahrungen aus der modellhaften Erprobung ambulanter Versorgungsangebote für Menschen mit AIDS wurde das Modellprogramm „Sozialstationen“ – wie alle anderen Modelle auch – wissenschaftlich begleitet. Die Ergebnisse der Begleitforschung werden den Bundesländern als den mit den Gemeinden grundsätzlich für Gesundheitsversorgung Zuständigen zur Verfügung gestellt. Welche weitergehenden Schlüsse – etwa im Hinblick auf die Versorgung chronisch kranker Patienten – die Länder im Benehmen mit den Vertragspartnern aus den Erfahrungen mit solchen Modellmaßnahmen ziehen, ist ihnen anheimgestellt. Bis Ende 1991 wurden mehrere Zwischenberichte von der Begleitforschung vorgelegt. Diese Texte wurden im Bundesministerium für Gesundheit unter Berücksichtigung aller sonstigen vorliegenden Erkenntnisse zur ambulanten Betreuung von Menschen mit AIDS (z. B. aus dem Ärztlichen Modell für HIV-Infizierte oder auch aus den o. g. Arbeitsgruppen des Nationalen AIDS-Beirats zu diesem Thema) ausgewertet. Weitere Aufschlüsse wird der für 1992 erwartete Abschlußbericht zum Modell erbringen.

IV. Zum Bereich der rechtlichen Regulierung

21. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung im Hinblick auf die von der Enquete-Kommission empfohlene Einführung einer Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und eines Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen ergriffen (Empfehlung Endbericht 6.4)?

Die von der Enquete-Kommission mehrheitlich befürwortete Schaffung eines Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter von AIDS-Beratungsstellen innerhalb der Vorschrift des § 53 StPO war Gegenstand eines Gesetzentwurfs, den die Fraktion DIE GRÜNEN in der letzten Legislaturperiode im Deutschen Bundestag eingebracht hatte (Drucksache 11/3483). Der Gesetzentwurf wurde vom federführenden Bundesministerium der Justiz unter Beteiligung der Landesjustizverwaltungen geprüft. Mit Ausnahme Bremens, das sich unentschieden zeigte, sprachen sich die Landesjustizverwaltungen übereinstimmend gegen eine entsprechende gesetzliche Regelung aus, da sie vor allem keinen praktischen Regelungsbedarf sahen. Diese Auffassung wird vom Bundesministerium der Justiz geteilt. Es ist bislang kein Fall bekanntgeworden, daß Strafverfolgungsbehörden die Zeugnispflicht von Mitarbeitern einer AIDS-Beratungsstelle zu entsprechenden Beratungsvorgängen in Anspruch genommen haben. Abgesehen davon handelt es sich bei der AIDS-Beratung überwiegend um private Organisationen mit weitgehend ehrenamtlicher Laienarbeit. Im Gegensatz dazu gilt das Zeugnisverweigerungsrecht des § 53 StPO ausschließlich für bestimmte Berufsheimnisträger, die einer spezifischen Berufsdisziplin bzw. Berufsethik unterstehen (z. B. Geistliche, Ärzte, Anwälte). Soweit das Zeugnisverweigerungsrecht lediglich Mitarbeitern von behördlich anerkannten AIDS-Beratungsstellen zustehen soll, fehlt es an geeigneten Kriterien für eine „Anerkennung“ dieser Institutionen.

Im übrigen sollten zunächst die Erfahrungen mit dem geplanten Zeugnisverweigerungsrecht für Beratung in Fragen der Betäubungsmittelabhängigkeit abgewartet werden. Da die Klientel der AIDS-Beratungsstellen zum Teil auch zu dem Personenkreis gehört, der Hilfe und Sachkunde der Drogen-Beratungsstellen in Anspruch nimmt, dürfte der von der Enquete-Kommission geforderte Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen dem Klienten und seinem Berater gewährleistet sein.

Auch für die von der Enquete-Kommission empfohlene Ausdehnung der Schweigepflicht nach § 203 StGB auf Mitarbeiter von anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen ist derzeit ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf nicht gegeben.

22. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung im Hinblick auf die von der Enquete-Kommission vorgeschlagenen Ergänzungen des öffentlichen Dienstrechts (Präzisierung des Begriffs der „gesundheitlichen Eignung“, Benachteiligungsverbot im Hinblick auf sexuelle Orientierung etc.) ergriffen (Empfehlung Endbericht 6.7)?

Die Prüfung der Empfehlungen der Enquete-Kommission hat ergeben:

Eine Präzisierung des Kriteriums der gesundheitlichen Eignung im Beamtenrechtsrahmengesetz (BRRG) im Hinblick auf prognoseerhebliche Krankheiten und auf Diagnoseverfahren stößt auf rechtliche und praktische Bedenken. In einer gesetzlichen Regelung ließe sich eine vollständige und abschließende Aufzählung kaum verwirklichen. Von der Rahmengesetzgebungskompetenz des Bundes nach Artikel 75 Nr. 1 des Grundgesetzes sind im übrigen grundsätzlich Detail- und Vollregelungen nicht erfaßt.

Die bisherige Praxis bei Einstellungen in den öffentlichen Dienst hat generell kein Bedürfnis für eine solche gesetzliche Präzisierung des Merkmals der gesundheitlichen Eignung ergeben. Durch die jedem Bewerber zustehenden Möglichkeiten gerichtlichen Rechtsschutzes sind auch insoweit sachgerechte Entscheidungen und die Entwicklung einer einheitlichen Rechtspraxis gewährleistet.

Eine Gleichstellung HIV-infizierter Personen mit Schwerbehinderten nach § 2 Abs. 1 des Schwerbehindertengesetzes ist nicht möglich, weil ein Grad der Behinderung von mindestens 30 allein wegen des genannten Umstandes nicht vorliegt.

Es liegen keine Informationen über eine Verwaltungspraxis vor, die dem Grundsatz, daß die Berufung in das Beamtenverhältnis nach Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung zu erfolgen hat, widersprächen. Die Erweiterung des Katalogs der Benachteiligungsverbote in § 7 BRRG, § 8 Abs. 1 BBG im Hinblick auf die sexuelle Orientierung wird nicht als erforderlich angesehen. Die Benachteiligungsverbote lehnen sich an Artikel 3 Abs. 3 und Artikel 33 Abs. 2 GG an.

23. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung im Hinblick auf die unter Präventionsgesichtspunkten als dringlich angesehene rechtliche und soziale Besserstellung von Prostituierten ergriffen (Empfehlung Zwischenbericht 5.1.7; Endbericht 6.9)?

Im Rahmen einer Dokumentation des Bundesministeriums für Frauen und Jugend „Zur sozialen und rechtlichen Lage der Prostituierten in der Bundesrepublik Deutschland“ soll untersucht werden, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der Prostituierten angezeigt sind.

Eine Beratung von Prostituierten erfolgte bereits seit 1987 im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Streetworker-Modells.

Durch das Modellprogramm Frauen und AIDS werden neben der Klärung zentraler Forschungsfragestellungen frauenspezifische Präventionsinhalte und -formen ermittelt sowie psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützung neben medizinischen Hilfsmaßnahmen entwickelt. Für registrierte Prostituierte und für nicht-registrierte, der Beschaffungsprostitution nachgehende Drogenabhängige werden darüber hinaus spezifische Beratungsangebote und Ausstiegshilfen bereitgestellt. Beispielsweise werden Schuldnerberatung, Hilfen zur Umschulung und Ausbildung

für Prostituierte vermittelt. Die Intensivierung der aufsuchenden Sozialarbeit für Prostituierte und die Förderung des Aufbaus von Selbsthilfegruppen sind Ziel im Rahmen des Modells; ferner wurden eine Übernachtungseinrichtung für drogenabhängige Prostituierte, „Sleep-Ins“ etc. geschaffen. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert dieses Modell, wenn auch in reduzierter Form, über 1991 hinaus. Auf die Beantwortung der Frage 6 wird ergänzend verwiesen. Durch die Weiterförderung der AIDS-Frauenberatungsstellen in Lübeck, Braunschweig und Hannover wird auch den Belangen von Frauen aus dem Beitrittsgebiet, die im Prostitutionsbereich anzutreffen sind, Rechnung getragen.

V. Zum Bereich der Forschung

24. Welchen Umfang hat die von der Bundesregierung unterstützte AIDS-bezogene Forschung?

Wie verteilt sich diese auf die beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen?

Welche Erfolge und Mißerfolge haben sich dabei ergeben?

Die Bundesregierung fördert die AIDS-bezogene Forschung mit einer erheblichen Anzahl von verschiedensten Projekten, wobei zwischen den einzelnen Ressorts Aufgabenteilung im Hinblick auf grundlagenorientierte und anwendungsbezogene Forschungsförderung praktiziert wird. Beteiligt sind naturwissenschaftlich-medizinische sowie sozialwissenschaftliche Disziplinen. Auch die Sexualwissenschaft ist durch die AIDS-Forschung gefördert worden. Bei den Fördermaßnahmen wurde von den somatischen, körperlichen, medizinischen, psychologischen und sozialen Dimensionen dieser Erkrankung ausgegangen. Dieser ganzheitliche Ansatz ist als ein Erfolg sowohl für die von der Bundesregierung geförderten Forschungsprojekte als auch für die Gesundheitspolitik anzusehen.

Für die AIDS-bezogene Grundlagenforschung und klinische Forschung hat das Bundesministerium für Forschung und Technologie von 1984 bis 1994 im Rahmen der Regierungsprogramme „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ 143,0 Mio. DM und „Biotechnologie“ 9,0 Mio DM bereitgestellt. Die insgesamt zur Verfügung gestellten Mittel in Höhe von 152 Mio. DM verteilen sich wie folgt:

– biomedizinische Einzelprojektförderung	64 Mio. DM
– sozialwissenschaftliche Einzelprojektförderung	15 Mio. DM
– Verbundforschungsvorhaben	55 Mio. DM
– AIDS-Stipendienprogramm	9 Mio. DM
– Öffentlichkeitsarbeit, Tagungen, Verwaltung	9 Mio. DM
Summe	152 Mio. DM

Für die angewandte Forschung sind vom Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 1987 bis 1991 weitere Mittel in Höhe von 59,7 Mio. DM aufgewandt worden. Für 1992 stehen 12 Mio. DM zur Verfügung. Die Projekte haben bisher wichtige Ergeb-

nisse erbracht, die unmittelbaren Eingang in Maßnahmen der Aufklärung, Beratung und Betreuung gefunden haben bzw. finden werden.

Diese Aufwendungen des Bundesministeriums für Forschung und Technologie und des Bundesministeriums für Gesundheit stellen nur die zusätzlichen Ausgaben des Bundes für die AIDS-Forschung dar. Weitere Mittel kommen aus den regulären Etats der Forschungseinrichtungen des Bundes und der Länder. Zu diesen Forschungseinrichtungen zählen:

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ),
Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH (GSF),
Gesellschaft für Biotechnologische Forschung mbH (GBF),
Bundesgesundheitsamt (BGA),
Paul-Ehrlich-Institut (PEI),
Deutsches Primatenzentrum (DPZ),
Bernhard-Nocht-Institut (BNI),
Forschungsinstitut Borstel,
Georg-Speyer-Haus.

Die Förderung der AIDS-Forschung durch die Bundesregierung hat die Voraussetzungen geschaffen, daß sich die Wissenschaft rasch und mit der erforderlichen Intensität dem Thema AIDS zuwenden konnte. Damit wurden auch die Möglichkeiten für internationale Kooperation in diesem Bereich eröffnet. Beiträge deutscher Wissenschaftler haben international Anerkennung gefunden und die AIDS-Forschung insgesamt bereichert.

Im Bereich der Therapieforschung, insbesondere bei der Durchführung klinischer Studien, konnte die erforderliche und notwendige Kooperation zwischen Grundlagen- und klinischer Forschung bisher nicht in dem erhofften Umfang erreicht werden. Auch der mit der Förderung von Verbundprojekten zur klinischen Forschung im Jahre 1987 eingeschlagene Weg in Richtung auf eine stärkere Einbindung der Forschung im Klinikbereich war in bezug auf die Etablierung leistungsfähigerer Strukturen bisher nur in Ansätzen erfolgreich.

25. Welche Absichten verfolgt die Bundesregierung im Hinblick auf die weitere Forschungsförderung?

Die außergewöhnliche Bedeutung der AIDS-Forschung soll durch eine spezifische Forschungsförderung hervorgehoben werden. Dafür sind in den nächsten Jahren vor allem für die Etablierung und Stärkung der klinischen Forschung, aber auch für eine begleitende Grundlagenforschung zum allgemeinen Problemfeld der Infektionskrankheiten, Mittel in erheblichem Umfang vorgesehen. Durch die Finanzierung eines Stipendienprogramms wird zusätzlich ein mit internationaler Erfahrung ausgewiesenes Forscherpotential zur Immunologie, Infektiologie und Virologie in Deutschland aufgebaut. Einen breiten Raum wird auch die Unterstützung von Kooperationen zur Verstärkung der Integration deutscher Forschungsgruppen in die internationalen AIDS-Programme einnehmen.

Für den Bereich der sozialwissenschaftlichen Forschung beabsichtigt die Bundesregierung, Studien zu Informationsstand, Einstellungs- und Verhaltensänderungen im Zusammenhang mit AIDS weiter fortzuschreiben unter Einbeziehung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern. Besonderes Augenmerk soll gerichtet werden auf besondere Gruppen, z. B. junge Homosexuelle, Sextouristen. Die Studien sollen dazu dienen, Verhaltensmuster, die im Hinblick auf HIV und AIDS relevant sind, frühzeitig zu erkennen, um Aufklärung und Beratung weiter zu verbessern und gegebenenfalls sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen.

26. Unterstützt die Bundesregierung Forschungen zu den unter dem Gesichtspunkt der Infektionsverhütung (Primärprävention) nach wie vor vordringlichen Fragen der Übertragungsmechanismen (Empfehlung Zwischenbericht 3.2.1 und 3.2.11; Endbericht 8.7)?

Die Erforschung der Übertragungsmechanismen ist sowohl im Rahmen der biomedizinischen Forschung als auch unter sozialwissenschaftlichen Gesichtspunkten Gegenstand der Forschungsförderung durch die Bundesregierung.

Es kann festgestellt werden, daß die für eine Übertragung der Infektion epidemiologisch bedeutsamen Wege heute bekannt sind.

Für spezielle Risikokonstellationen, die sich auf Einzelfälle beschränken, sind weiterhin sorgfältige Untersuchungen und die Auswertung der internationalen Literatur erforderlich.

27. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den Erfahrungen mit HIV und AIDS im Hinblick auf die Förderung von Forschung und Lehre auf dem Gebiet von Public Health (Empfehlung Zwischenbericht 5.2.7; Endbericht 8.4 und 8.20)?

Die Bedeutung der Infektiologie und Infektionsepidemiologie ist mit dem Auftreten von AIDS wieder deutlich geworden und hat u. a. auch zu einem Aufleben der Diskussion um die Public-Health-Forschung beigetragen.

Die Bundesregierung hat unabhängig von der AIDS-Thematik die Initiative für eine Verstärkung von Forschung und Lehre auf dem Gebiet von Public-Health ergriffen und Mittel bereitgestellt, um an Universitäten entsprechende Schwerpunkte einzurichten und Studiengänge aufzubauen. Mit diesem Angebot ist die Hoffnung verbunden, daß die Public-Health-Forschung in Deutschland wieder international Anschluß findet, zumal diese Forschung zu Beginn des Jahrhunderts von Deutschland ihren Ausgang nahm.

VI. Zum Bereich der Finanzierung

28. Treffen Informationen zu, nach denen die Bundesregierung beabsichtigt, die Bundesfinanzierung bis 1994 schrittweise einzustellen?

Wenn nein: Welche Zahlen legt die Bundesregierung für die Finanzierung des AIDS-Bereichs in den nächsten Jahren zugrunde?

Wenn ja: Vor wem glaubt die Bundesregierung dies verantworten zu können, und aus welchen anderen Quellen soll die Finanzierung der Prävention und Versorgung dieser nach wie vor gefährlichen Infektionskrankheit fließen?

In der derzeit geltenden mittelfristigen Finanzplanung sind für die AIDS-Bekämpfung bei Kapitel 15 02 Titelgruppe 12 für das Haushaltsjahr 1993 35 Mio. DM, für das Haushaltsjahr 1994 10 Mio. DM und für 1995 keine Mittel eingestellt.

Wegen der originären Zuständigkeit der Länder auf den Gebieten der Gesundheitsvorsorge und -versorgung war das von der Bundesregierung 1987 eingeleitete Sofortprogramm zur Bekämpfung von AIDS von vornherein bis Ende 1991 auf vier Jahre befristet. Auf die Beantwortung der Fragen 5, 14 und 19 wird ergänzend verwiesen.

Gleichwohl wird die Bundesregierung auch in Zukunft ihre Verantwortung im Bereich der AIDS-Bekämpfung wahrnehmen. Die mittelfristige Finanzplanung 1992 bis 1996 wird im Rahmen der anstehenden Haushaltsverhandlungen für 1993 erneut beraten.