

**Antwort
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Ursula Fischer und der Gruppe
der PDS/Linke Liste
— Drucksache 12/1231 —**

Zur AIDS- und Drogenproblematik

1. Welche Aufgaben erfüllt die Kommission A 1 im Ministerium für Gesundheit, und nach welchen Richtlinien arbeitet diese Kommission?

Im Bundesministerium für Gesundheit ist eine Kommission A 1 nicht bekannt.

2. Ist diese Kommission als Nachfolgerin des Koordinierungsstabes AIDS aufzufassen, die von Mitgliedern aller Parteien zusammengesetzt war?

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

3. Wer sind jetzt die Mitglieder der Kommission A 1 (bitte namentlich mit Parteizugehörigkeit)?

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen. Im übrigen ist es nicht üblich, die Parteizugehörigkeit eines Kommissionsmitglieds oder Beraters zu erfragen.

4. Wer erhält regelmäßig Auskünfte (Verteiler) über Ergebnisse/Materialien/Empfehlungen dieser Kommission?

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

5. Gibt es bereits Ergebnisse (Statistik) zur Problematik der Testung von Ärzten und Ärztinnen?
Wie werden positive Testergebnisse gehandhabt?
Werden in Fällen einer positiven Testung Empfehlungen und Aufgaben verteilt, z. B. sich beruflich zu verändern?
Wenn ja, welche Unterstützung in welche Empfehlungen sind dann vorgesehen?

Eine Statistik über die Testung von Ärzten und Ärztinnen wird nicht geführt. Im Juli dieses Jahres haben sich die Spitzenorganisationen der Ärzteschaft und die Bundesministerin für Gesundheit auf eine gemeinsame Empfehlung an die Ärzteschaft zur Durchführung von freiwilligen HIV-Antikörpertests verständigt. Darin wird an diejenigen Ärzte und Zahnärzte, bei deren Arbeit es zu blutenden Selbstverletzungen kommen kann, appelliert, sich einem freiwilligen HIV-Antikörpertest zu unterziehen. Für den negativen Testausfall und ein weiterbestehendes Infektionsrisiko wird die Wiederholung des Tests in regelmäßigen Abständen empfohlen. Weiter heißt es zu einem positiven Testergebnis:

„Bei positivem Testausfall sollten keine ärztlichen oder zahnärztlichen Eingriffe vorgenommen werden, die eine Verletzungsgefahr für den Operateur selbst beinhalten und somit auch eine Infektionsgefahr für den jeweiligen Patienten. Alle anderen ärztlichen Tätigkeiten können ohne Vorbehalte ausgeübt werden. Der HIV-infizierte Arzt oder Zahnarzt soll gegebenenfalls seine Tätigkeit einschränken oder in ein anderes Tätigkeitsfeld wechseln. Ihm ist hierbei weitgehende Unterstützung zu gewähren, insbesondere ist dafür Sorge zu tragen, daß er in seinen sonstigen ärztlichen Tätigkeitsbereichen oder seinem beruflichen Fortkommen nicht darüber hinaus beeinträchtigt wird. Der Fürsorgepflicht der Ärzteschaft bzw. der Arbeitgeber kommt in dieser Situation eine besondere Bedeutung zu. Die gebotene Hilfe muß angemessen sein und ohne Diskriminierung gewährt werden.“

Auf den genauen Wortlaut der Empfehlung wird ergänzend verwiesen.

6. Ist der Datenschutz für positiv getestetes medizinisches Personal gewährleistet?
Wer erhält diese Testergebnisse zur Einsichtnahme?

Auf die Antwort zu Frage 5 wird verwiesen. Es dürfte im übrigen bekannt sein, daß es in der Bundesrepublik Deutschland keine namentliche Meldepflicht für AIDS und die HIV-Infektion gibt. Jeder, der die HIV-Diagnostik durchführen lassen will, kann dies anonym tun. Seitdem entsprechende Testmethoden zur Verfügung stehen, ist die Bundesregierung immer dafür eingetreten, daß der Test, falls gewünscht, anonym erfolgt.

7. Wie stehen Sie zur Tatsache, daß ein AIDS-Erkrankter, der eine Operation braucht, von Ärzten und Ärztinnen abgewiesen wird – der Eingriff verwehrt wird?

Welche Möglichkeiten sieht das Ministerium, die Behandlung unter dem Aspekt des chirurgischen Eingriffes für diesen Personenkreis sicherzustellen – medizinische und finanzielle?

Krankenhäuser sind grundsätzlich verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit und ihres Behandlungsspektrums stationär behandlungsbedürftige Patienten aufzunehmen und ihnen die nach Art und Schwere ihrer Erkrankung notwendige, zweckmäßige und ausreichende ärztliche und pflegerische Versorgung zu gewähren. Dies gilt auch für HIV-infizierte und AIDS-erkrankte Patienten.

Die Verpflichtung der Krankenhäuser, stationär behandlungsbedürftige Patienten aufzunehmen, ergibt sich zum einen aus gesetzlichen Vorschriften. Zum anderen dürfte es die karitative Zielsetzung insbesondere freigemeinnütziger Krankenhäuser verbieten, die Behandlungspflicht einzuschränken und Patienten wegen ihrer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung nicht zu behandeln. Ausnahmen von der im Grundsatz uneingeschränkt bestehenden Behandlungspflicht im Krankenhaus können sich nur im Einzelfall bei Vorliegen besonderer Gründe ergeben. Ähnliches gilt für den niedergelassenen Kassenarzt. Da für den behandelnden Arzt und die Pflegekräfte nur ein extrem geringes Infektionsrisiko besteht, das zudem durch die Einhaltung der entsprechenden Hygienevorschriften noch weiter gemindert werden kann, können HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung allein die Behandlungsverweigerung nicht rechtfertigen.

Die Bundesregierung verweist ergänzend auf Voten des Nationalen AIDS-Beirates vom 16. Dezember 1987 und 21. September 1988, in denen darauf hingewiesen wird, daß der Arzt, selbst wenn er unter Umständen ein Recht habe, die Weiterbehandlung des Patienten zu verweigern, wenn dieser einer HIV-Diagnostik bei gegebener Indikation nicht zustimmt, von dieser Möglichkeit aus ethischen Gründen keinen Gebrauch machen sollte.

Im Rahmen des „Sofortprogrammes der Bundesregierung zur AIDS-Bekämpfung“ wird Ärzten und Pflegekräften aus Krankenhäusern die Möglichkeit der Hospitation in AIDS-Behandlungsschwerpunkten finanziert, um sie mit den Problemen bei der Versorgung von AIDS-Kranken vertraut zu machen und in die Lage zu versetzen, eine qualifizierte Versorgung von AIDS-Patienten auch außerhalb der Behandlungszentren durchzuführen. Es ist zu erwarten, daß hiermit die Kompetenz der medizinischen Versorgung von AIDS-Kranken wächst und eventuell vorhandene Ängste in diesem Bereich abgebaut werden können.

Darüber hinaus wird der geplante Aufbau eines überregionalen telefonischen Konsiliardienstes für Ärzte aus Klinik und Praxis dazu beitragen, die zum Teil noch vorhandene Unsicherheit in der Behandlung von AIDS-Kranken außerhalb der Behandlungszentren abzubauen.

8. Ist den Ministerien bekannt, daß die Bewilligungsverfahren Pflegesätze/Schwerbehindertenanerkennung oft so schleppend verlaufen, daß Patienten in diesem Zeitraum versterben?
(Material kann auf Wunsch vorgelegt werden.)
Sind Maßnahmen vorgesehen, um Anerkennungsverfahren für Schwerbeschädigte zu beschleunigen?

Die Durchführung des Schwerbehindertengesetzes obliegt den Ländern bzw. den entsprechenden Landesbehörden. Die Bundesregierung hat keinen Einfluß auf die Beschleunigung der Feststellungsverfahren. Im übrigen sollte das angebotene Material vorgelegt werden.

9. Womit beschäftigt sich die Kommission A 1 im Ministerium zur Zeit?
Was sind die Aufgabenbereiche für die Zukunft?
Wäre es möglich, uns die Materialien aus dieser Kommission ständig zur Verfügung zu stellen?

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.