

Änderungsantrag

der Abgeordneten Antje-Marie Steen, Brigitte Adler, Ingrid Becker-Inglau, Dr. Ulrich Böhme (Unna), Anni Brandt-Elsweiler, Edelgard Bulmahn, Dr. Marliese Dobberthien, Dr. Konrad Elmer, Karl Hermann Haack (Extertal), Dr. Ingomar Hauchler, Dr. Uwe Holtz, Klaus Kirschner, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Christoph Matschie, Dr. Edith Niehuis, Horst Peter (Kassel), Dr. Martin Pfaff, Günter Rixe, Dr. Helga Otto, Gudrun Schaich-Walch, Dieter Schanz, Günter Schluckebier, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Wilhelm Schmidt (Salzgitter), Regina Schmidt-Zadel, Dr. R. Werner Schuster, Erika Simm, Uta Titze-Stecher, Dr. Peter Struck, Hans-Günther Toetemeyer, Hans Wallow, Ralf Walter (Cochem), Verena Wohlleben, Hanna Wolf, Hans-Ulrich Klose und der Fraktion der SPD

zu der Beschlußempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (15. Ausschuß)
— Drucksache 12/4485 —

- a) zu dem Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“
— Drucksachen 11/244 (neu), 11/1754, 11/2495 —
- b) zu dem Endbericht der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“
— Drucksachen 11/244 (neu), 11/1754, 11/7200 —

Der Bundestag wolle beschließen:

Die EntschlieÙung erhält folgende Fassung:

„Der Deutsche Bundestag stellt fest, daß die mit Beschluß vom 8. Mai 1987 [Drucksachen 11/244 (neu), 11/1754] eingesetzte Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ mit der Vorlage eines Zwischen- und Endberichts (Drucksachen 11/2495, 11/7200) eine umfassende Beratungsgrundlage erarbeitet hat, die den Informations- und Wissensstand des Deutschen Bundestages über die Immunschwächekrankheit AIDS entscheidend verbessern konnte.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, aus den vorliegenden Erkenntnissen Konsequenzen zu ziehen und in Zusammenarbeit mit den Ländern die nachfolgenden Empfehlungen umzusetzen:

1. Prävention

Die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Aufklärungsarbeit bleibt wichtiger Bestandteil der Präventionsarbeit. Dabei ist ein neuer Schwerpunkt auf die Zielgruppe heterosexueller Lebensgemeinschaften sowie Jugendlicher zu legen.

Die über heterosexuellen Kontakt Infizierten bilden in Europa nach den über homosexuelle Kontakte Infizierten und den intravenös-Drogenabhängigen die drittgrößte Betroffenenengruppe. Seit 1988 ist eine relative Zunahme der Meldungen zu beobachten, bei denen heterosexuelle Kontakte als möglicher Infektionsweg angegeben wird. Darum ist diesem Infektionsweg unter dem Gesichtspunkt der zielgruppenspezifischen Prävention besondere Aufmerksamkeit zu widmen. In diese Aufgabe sind die Ärzte (Hausärzte) und der öffentliche Gesundheitsdienst mehr einzubeziehen. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist dafür insbesondere in seiner Beratungstätigkeit auszubauen. Außerdem sind die Möglichkeiten der Familienberatungsstellen zu nutzen, um über heterosexuelle Ansteckungsgefahren aufzuklären.

Die HIV-Prävention muß in allen Erziehungs- und Bildungseinrichtungen (z. B. Schulen, Berufsschulen), in der außerschulischen Jugendarbeit, in Arbeitswelt sowie Bundeswehr und Zivildienst Bestandteil einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung unter Einbeziehung von Sexualerziehung und Aufklärung werden.

Bei der Aufklärung von Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gilt es, die Gefahren einer HIV-Infektion bewußt zu machen und einer Intoleranz gegenüber Infizierten und Erkrankten entgegenzuwirken. Es sind speziell für diese Zielgruppe entwickelte Aufklärungsmaterialien zur Verfügung zu stellen bzw. bedarfsmäßig zu aktualisieren. Insbesondere Aufklärungskampagnen über Massenmedien sind zu zielgruppenspezifischen Sendezeiten anzubieten (Jugendsendungen etc.). Auch in die schulischen Lehrpläne sind Fragen der Sexualität, der Partnerschaft und der HIV-Prävention aufzunehmen. Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter müssen zu dieser Thematik speziell geschult werden und regelmäßig entsprechende Fortbildungen erhalten. Das Thema AIDS ist in die Ausbildungs- und Lehrpläne der ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe aufzunehmen.

Prävention muß auch in Form von niederschwelliger und aufsuchender Beratung angeboten werden (z. B. Streetwork), um Bürgerinnen und Bürger zu erreichen, die eine Hemmschwelle daran hindert, zum Arzt oder zum Gesundheitsamt zu gehen. Insbesondere für Drogenabhängige müssen mehr niedrigschwellige Präventionsangebote geschaffen werden, die mit medizinischer und psychosozialer Betreuung verknüpft sind und die die Möglichkeiten zur sozialen Integration eröffnen. Die Deutsche AIDS-Hilfe und Selbsthilfegruppen sind hier besonders gefordert.

AIDS-Prävention bei den Hauptgefährdetengruppen erfolgt am wirksamsten unter weitgehender Inanspruchnahme der Betroffenenkompetenz in diesen Gruppen, wie sie in der Deutschen AIDS-Hilfe und ihren über 120 Mitgliedsorganisationen sowie in

anderen Selbsthilfegruppen zum Ausdruck kommt. Die AIDS-Hilfen, die sich primär aus der Hauptbetroffenengruppe der homosexuellen Männer heraus entwickelt haben, konnten mit Unterstützung der öffentlichen Hand in der Vergangenheit gute Arbeit leisten und haben entscheidend dazu beigetragen, daß die Zuwachsraten der Infektionen gerade in dieser Gruppe der Hauptgefährdeten deutlich gesunken ist.

Die Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe ist weiterhin in ausreichendem Maße zu unterstützen, damit sie ihrem Auftrag im Rahmen der Prävention gerecht werden kann. Es dürfen keine Mittelkürzungen vorgenommen werden. Hier ist insbesondere an die neuen Bundesländer zu denken, deren derzeitige noch günstige epidemiologische Situation durch die Arbeit der AIDS-Hilfe stabilisiert werden soll.

Für die Prävention im Tourismus sind von der Bundesregierung eindringliche und deutliche Aufklärungskampagnen zu entwickeln, um angesichts zunehmender Infektionsrisiken als Folge eines wachsenden Tourismus, insbesondere in den Entwicklungsländern, entsprechende Verhaltensänderungen herbeizuführen. Hierfür ist sowohl im Inland als auch in den Reiseländern selbst in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten eine wirkungsvolle Aufklärungsarbeit – ohne Diskriminierung der Zielländer – durchzuführen. Es sind Konzepte zu entwickeln, die insbesondere Reiseveranstalter, Luftfahrtgesellschaften usw. zu einer entsprechenden Kooperation motivieren. Im Zuge einer wirksamen AIDS-Prävention wird es notwendig sein, nicht nur die „Sextouristen“ im engeren Sinn anzusprechen, sondern die generelle Infektionsgefahr auf Reisen in das Bewußtsein des einzelnen zu rücken.

2. Soziale und pflegerische Betreuung

Die Strukturen interdisziplinärer ambulanter Betreuung und Pflege von HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten, die ihren Alltag nicht mehr eigenständig bewältigen können, ist in Form von Modellen professionell betreuter Wohngemeinschaften weiterzuentwickeln.

Im Rahmen des Modellprojekts „Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen“ werden bereits in verschiedenen Regionen betreute Wohnformen aufgebaut und erprobt, wobei das Bundesministerium für Gesundheit durch Finanzierung der Personalkosten im Rahmen des Modellprogramms bis Ende 1991 unterstützend tätig gewesen ist. Allerdings ist die Frage, wie die konzeptionelle Gestaltung, die organisatorische Umsetzung betreuten Wohnens im Idealfall auszusehen habe, noch nicht abschließend beantwortet. Angesichts steigender Zahlen AIDS-kranker Menschen sind die begonnenen Modellprojekte im Hinblick auf mögliche Alternativen weiterzuentwickeln.

Die ambulante Schwerstkrankenpflege muß durch ein verzahntes Angebot (z. B. wie im Rahmen des „Schöneberger Modells“, wo ein interdisziplinäres Team aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Psychologinnen und Psychologen kooperativ und kommunikativ zusammen-

arbeiten) erfolgen und durch ausreichende Finanzierung gesichert sein. Als Grundpfeiler der Pflege aller chronisch Schwerkranken kommt der psychosozialen Betreuung auch bei der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung besonderes Gewicht zu. Sie muß folglich als reguläre Leistung über die Krankenkassen abrechenbar sein. Die Länder müssen bei der Ausweitung dieses Angebots unterstützt werden. Die Entwicklung der Strukturen für die ambulante kooperative Betreuung Schwerstkranker ist mit Hilfe weiterer Modelle voranzutreiben. Die Entwicklung dieser Strukturen dient mittelbar auch der Weiterentwicklung in der Schwerstkrankepflege von Patienten, die an anderen Krankheiten leiden.

Rehabilitationsleistungen sind – wie bereits die Enquete-Kommission herausgestellt hat – für die HIV-infizierten Menschen von großer Bedeutung. Sie verzögern den Krankheitsverlauf und dienen somit einer deutlichen Lebensverlängerung. Verschiedene Rehabilitationsleistungen sind Ermessensleistungen der Krankenkassen bzw. Rentenversicherung. Für Versicherte muß im Falle einer HIV-Infektion dieser Rechtsanspruch im Rahmen des neu zu schaffenden Rehabilitationsgesetzes festgeschrieben werden. Für einkommensschwache Personen, die nicht versichert sind, müssen medizinische, soziale und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) bundeseinheitlich sichergestellt sein. Angesichts des progredienten und aggressiven Krankheitsverlaufes bei AIDS muß die Bewilligung der Rehabilitationsleistungen ohne langwierige bürokratische Hemmnisse kurzfristig möglich sein.

Um Alleinerziehenden die Wahrnehmung von Rehabilitationsmaßnahmen zu ermöglichen, sind Möglichkeiten zu schaffen, damit die Kinder bei dem erkrankten Elternteil oder in unmittelbarer Nähe untergebracht werden können. Die Unterbringung der Kinder für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme ist finanziell abzusichern.

Aufgrund des Strukturwandels in der Gesellschaft und somit innerhalb des Gesundheitswesens (u. a. demographische Entwicklung) bedarf es einer Veränderung der Begrifflichkeit „Rehabilitation“. Die Rehabilitationsgrundsätze, die bislang weitgehend mit Blick auf die Wiederherstellung der beruflichen Handlungsfähigkeit ausgerichtet waren („Reha vor Rente und vor Pflege“), müssen erweitert werden. Wie bereits für das Aufgabengebiet der Gerontologie sowie im Rahmen eines durch die Pflegeversicherung neu zu eröffnenden Feldes diskutiert wird, ist der Begriff „Rehabilitation“ neu zu fassen als „Reaktivierung zur größtmöglichen Eigenständigkeit im jeweiligen Lebensumfeld“; physische, psychische und soziale Mobilisation und Stabilisation im privaten wie – wenn das Krankheitsbild es noch zuläßt – im beruflichen Alltag.

Fort- und Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Personal in der Betreuung von AIDS-Kranken muß zur Pflicht gemacht werden. Fortbildungsprogramme, wie sie als Modelle in den Regionen Frankfurt/Köln – Bonn/Aachen von der Bundesregierung gefördert werden, und Fortbildungsmaßnahmen, wie sie die Kassenärztliche Vereinigung z. B. in Hessen er-

griffen hat, müssen gezielt, regelmäßig und dem neuesten Wissensstand entsprechend überarbeitet angeboten werden.

Die Deutsche AIDS-STIFTUNG „Positiv leben“ und die NATIONALE AIDS-Stiftung helfen Infizierten und Kranken, die sozial besonders schlecht gestellt sind und keine andere freiwillige Hilfe finden, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen und sozialen Härten.

Damit die AIDS-Stiftungen ihrem Auftrag gerecht werden können und ihre Arbeit langfristig sichergestellt wird, müssen sie eine Zuwendung des Bundes in Höhe von 10 Mio. DM zur Erhöhung des Stiftungskapitals erhalten. Die Stiftungen müssen gleichzeitig ihre Bemühungen zur Spendenakquisition aufrechterhalten. Ohne eine deutliche Erhöhung des Stiftungskapitals jedoch werden die Stiftungen in den nächsten Jahren ihre Arbeit aufgeben müssen. Die von der Bundesregierung und einigen Bundesländern verfolgten Zielsetzungen könnten dann nicht mehr erreicht werden. Die Länder sollen die Stiftungen in entsprechender Weise unterstützen.

3. Entwicklungsländer und AIDS

Die Anstrengungen zur Bekämpfung von AIDS in den betroffenen Regionen der Entwicklungsländer müssen auch in Zukunft fortgesetzt und intensiviert werden: HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen weiten sich dort in Verbindung mit Hunger, Armut und unzureichender medizinischer Versorgung mit katastrophaler Geschwindigkeit aus. Auf der VII. Internationalen AIDS-Konferenz in Florenz (1992) sind neben den bestürzend hohen Zahlen aus afrikanischen Ländern die ersten ebenso dramatischen Zahlen und Schätzungen über HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen aus allen anderen Erdteilen bekanntgeworden. Die Bundesrepublik Deutschland ist verpflichtet, gegenüber dieser Entwicklung, die dazu führt, daß AIDS eine der Haupttodesursachen in den betroffenen Regionen wird, ihr Engagement zu verstärken. Mit Besorgnis ist festzustellen, daß die Zahl der AIDS-Waisen, die teilweise selbst positiv sind, in den Entwicklungsländern täglich steigt. Dieser drohenden sozialen und gesundheitspolitischen Katastrophe muß entgegengewirkt werden.

- Unter Berücksichtigung der Interessen der hilfebedürftigen Länder müssen die Basisgesundheitsdienste und die Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen über Entwicklungshilfemaßnahmen finanziell unterstützt werden. Zusätzlich müssen in Abstimmung mit den betroffenen Regionen alle medizinischen Hilfen zur Verfügung gestellt sowie der regional unterschiedliche Forschungsbedarf unterstützt werden.
- Für die Betreuung von HIV-Infizierten und die Behandlung AIDS-Kranker ist es erforderlich, qualifiziertes medizinisches Personal auszubilden und in die betroffenen Regionen der Entwicklungsländer zu entsenden.
- Zum Zwecke der Aufklärung der Bevölkerung und zum Zwecke einer Präventionspolitik in diesen Ländern ist die finanzielle und praktische Unterstützung der Bundesrepublik

Deutschland geboten. AIDS-Präventionsprogramme, die auch deutsche Urlauber erreichen sollen, müssen mit den Empfängerländern koordiniert werden.

- Es sind effektive Maßnahmen zur Eindämmung des Sextourismus zu konzipieren. Entwicklungshilfe soll darauf einwirken, daß Bildung und Ausbildung sowie frauenspezifische Projekte eine Grundlage zur eigenständigen Lebensführung der Frauen werden. Dabei sind Projektträger, die dort schon tätig sind, einzubeziehen. Die sexuelle Ausbeutung der Frauen soll damit verringert werden.

4. Forschung und AIDS

Die Bundesregierung wird aufgefordert, das AIDS-Forschungsprogramm im Rahmen der Förderung von Infektiologie schwerpunktmäßig zu verfolgen. Es muß darüber hinaus auch Sorge getragen werden, daß den bislang erfolgreich arbeitenden Forschergruppen die Fortsetzung ihrer Arbeit und die Beschäftigung mit neuen relevanten Fragestellungen ermöglicht wird. Dies ist durch eine entsprechende mittelfristige Finanzplanung (auch über 1994 hinaus) sicherzustellen.

Forschung muß künftig mehr als bisher das jeweils spezifische Krankheitsbild sowohl von Frauen als auch von Kindern behandeln, das sich vom Krankheitsbild der erwachsenen Männer deutlich unterscheidet.

5. Rechtliche Maßnahmen

Die Zugangsvoraussetzungen für die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung müssen neu erarbeitet werden. Der Deutsche Bundestag muß durch Änderung des Betäubungsmittelgesetzes die rechtlichen Grundlagen für eine niederschwellige Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen schaffen, die es jedem Arzt ermöglicht, im Rahmen seiner Therapiefreiheit Ersatzbehandlungen als eine zulässige gesundheitliche Hilfe anzuwenden. Bestehende Substitutionsangebote sind zu erweitern und zu evaluieren, andere Formen zu erproben. Diese Maßnahme dient der HIV- und AIDS-Prävention Drogenabhängiger sowie der gesundheitlichen Stabilisierung kranker Drogenabhängiger.

Es ist zu prüfen, ob für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von AIDS-Beratungsstellen Regelungsbedarf zur Schaffung eines Zeugnisverweigerungsrechts innerhalb der Vorschriften des § 53 STPO besteht.

Um einer möglichen Diskriminierung von HIV-Infizierten bei der Einstellung in den Öffentlichen Dienst entgegenwirken zu können, ist – entsprechend der Empfehlung der Enquete-Kommission – eine klarstellende Ergänzung des öffentlichen Dienstrechts (BRRG) notwendig. Diese muß ein Benachteiligungsverbot im Hinblick auf sexuelle Orientierung festlegen und den Begriff der „gesundheitlichen Eignung“ in dem Sinne präzisieren, daß ein HIV/AIDS-Test als Zugangsvoraussetzung ausgeschlossen wird.

Sexueller Mißbrauch durch deutsche Staatsangehörige im Ausland muß auch dann dem deutschen Strafrecht unterliegen, wenn das Opfer nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt.

Es soll darauf hingewirkt werden, daß für den Vertragsabschluß von Lebensversicherungen bzw. für den Vertragsabschluß bei privaten Krankenversicherungen ein HIV-Test nicht gefordert werden kann.

6. Zusätzliche Schwerpunkte in der AIDS-Bekämpfung

AIDS und Frauen

Der Deutsche Bundestag begrüßt, daß das Modellprojekt „AIDS und Frauen“ neben dem Modell „AIDS und Kinder“ noch über den ursprünglich vereinbarten Zeitraum hinaus gefördert wird. Gleichwohl ist es auch danach notwendig, den Problemen HIV-infizierter und erkrankter Frauen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Nach Beendigung des Modellprojektes Ende 1993 muß umgehend ein Abschlußbericht erstellt werden. Auf dieser Grundlage ist zu prüfen, welche neuen Ansätze in der Arbeit zu entwickeln sind.

Anhand des dramatischen Anstiegs der Zahlen HIV-positiver und AIDS-erkrankter Frauen ist bereits jetzt folgender Handlungsbedarf erkennbar:

- Es sind Präventionskonzepte zu entwickeln, die gezielt Frauen ansprechen. Die Primärprävention muß ihnen bewußt machen, daß das Risiko einer heterosexuellen Ansteckung bei Frauen dreimal höher ist als bei Männern.
- Es sind zielgruppenspezifische und aufsuchende Betreuungskonzepte zu entwickeln. Denn infolge des extremen Unverständnisses des sozialen Umfeldes haben HIV-positive Frauen häufig nicht den Mut, Hilfsangebote aufzusuchen. Sie sind für die Betreuungsarbeit daher schwer erreichbar. Modellhafte Ansätze psychosozialer Betreuung müssen dabei mit der medizinischen Betreuung zu einer Gesamtversorgung integriert werden.

Es müssen Broschüren erstellt werden, die die besonderen Probleme von Frauen ansprechen und deren Hemmschwelle überwinden helfen. Diese Broschüren müssen Informationen darüber enthalten, wohin sich Frauen im Bedarfsfall wenden können (z. B. an Frauenbeauftragte, Frauenberatungszentren, Ärztinnen in Gesundheitsämtern) und welche Möglichkeiten der Kinderbetreuung es im Falle einer Erkrankung (z. B. Kontaktstellen in den Jugendämtern) gibt.

- Da infizierte Frauen häufig in sehr jungem Alter an Krebs erkranken, muß der Beginn des sozialrechtlichen Anspruchs auf Krebsvorsorgeuntersuchungen auf das Volljährigkeitsdatum gelegt werden.
- Selbsthilfeorganisationen von Frauen sind finanziell zu unterstützen.

- Frauen, die an einer Therapie teilnehmen, ist im Bedarfsfall die Möglichkeit zu geben, ihre Kinder mitzunehmen. Die Unterbringung der Kinder ist finanziell abzusichern.
- Die medizinische Forschung der Krankheitsentwicklung bei Frauen ist schwerpunktmäßig zu fördern, da sich AIDS bei Frauen meist anders entwickelt als bei Männern und das frauenspezifische Krankheitsbild noch zu wenig erforscht ist.
- Da erkrankte Frauen im Durchschnitt deutlich jünger sind als erkrankte Männer, muß Forschung auch die ökonomische und psychische Situation, die mit der gesundheitlichen Lage verknüpft ist, empirisch untersuchen und Behandlungen sowie Betreuungsmodelle für diese Frauen entwickeln.
- Die Finanzierung der psychosozialen Betreuung muß abgesichert werden.
- Die durch Gelegenheitsprostitution im Grenzgebiet der neuen Bundesländer entstandene neue Risikogruppe bedarf gezielter Aufmerksamkeit. Die besondere Gesundheitsgefährdung dieser Frauen muß thematisiert werden mit dem Ziel, gruppenspezifische Präventionsangebote, Angebote für eine gesundheitliche und psychosoziale Betreuung sowie Ausstiegshilfen zu entwickeln.
- Für drogenabhängige HIV-positive Frauen muß die Möglichkeit geschaffen werden, auch nach Beendigung einer Schwangerschaft aufgrund sozialer Indikation eine Substitutionsbehandlung fortzusetzen.
- Die gynäkologische Vorsorge und Betreuung von HIV-infizierten, AIDS-erkrankten oder gefährdeten Frauen muß im ambulanten Bereich verbessert werden. Darum muß die Aus- und Fortbildung über HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung für das Personal gynäkologischer Praxen ausgebaut werden.

AIDS und Kinder

Die Zahl HIV-infizierter Kinder wird bis zum Jahr 2000 auf 10 Mio. weltweit geschätzt.

Auch in der Bundesrepublik Deutschland sind immer mehr Kinder betroffen. Unter ihnen sind viele Kinder aus Einelternfamilien, in denen der alleinerziehende Elternteil ebenfalls erkrankt ist. Darum müssen Hilfen wie z. B. kurzfristige Versorgungsangebote (Tagespflegeheime, familienergänzende Einrichtungen, Therapieplätze für Eltern und Kinder) ausgebaut werden. Die besondere Lage der Kinder ist in Ambulanzen für Schwerstkranke zu beachten. Darüber hinaus erfordert die steigende Zahl gefährdeter Kinder von drogenabhängigen Eltern ein Umdenken in der Drogenpolitik. Für Kinder von Schwerstkranken sowie für AIDS-Waisen müssen die Jugendämter gezielt Pflegeeltern suchen. Den aufnehmenden Familien ist psychosoziale Betreuung für das Kind und die Familie anzubieten.

Die Eltern von HIV-positiven Kindern sind über ihre und ihrer Kinder Rechte aufzuklären, insbesondere

- über ihr Schweigerecht in bezug auf die Infektion,

- über den Aufnahmeanspruch in Kindergarten, Schule, Vorschule usw.

Das Krankheitsbild bei Kindern unterscheidet sich sehr deutlich vom klinischen Krankheitsbild bei Erwachsenen. Bei Kindern treten z. B. opportunistische Infektionen als erste Symptome einer AIDS-Erkrankung nur sehr selten auf. Meist liegen andere Symptome wie z. B. Gedeihstörungen, neurologische Beeinträchtigungen vor, die den Beginn des Vollbildes ankündigen.

Dieser besonderen Problematik trägt das Modellprogramm „Multizentrische Studie zur Langzeitbetreuung HIV-exponierter und HIV-infizierter Kinder“ Rechnung, in Verbindung mit klinischer Forschung, ambulanter und stationärer Behandlung sowie psychosozialer Betreuung. Ende 1993 läuft auch dieses Modellprojekt, ebenso wie „Frauen und AIDS“, aus. Es ist zu prüfen, ob weitere Forschung auf diesem Gebiet notwendig und damit durch das Bundesministerium für Forschung und Technologie zu unterstützen ist.

Die auf europäischer Ebene bereits mit einem ersten Modellprojekt beginnende pädiatrische AIDS-Forschung ist auch von der Bundesrepublik Deutschland zu unterstützen. Auf dem Gebiet der klinischen Therapie arbeiten bereits 70 europäische Kliniken, weitere europäische Modellprojekte sind in der Planungsphase. Die Bundesrepublik Deutschland darf sich hier nicht ausnehmen. Für die Teilnahme der Bundesrepublik Deutschland an der europaweiten pädiatrischen AIDS-Forschung sind entsprechende Gelder bereitzustellen.

AIDS und BLUTER/Hämophile

Das Problem einer HIV-Infektion bei Bluterkranken und Frischoperierten durch Blutplasmaprodukte war z. Z. der Erstellung des Enquete-Berichts nicht in vollem Ausmaß erkannt und wurde deshalb nicht behandelt.

Den Geschädigten müssen umgehend umfassende Hilfsangebote zuteil werden. Privatrechtliche Abfindungsvereinbarungen, die die Pharmaindustrie unter dem Druck der Ereignisse mit etlichen infizierten Bluterkranken getroffen hat, sind vorschnell abgeschlossen worden. Die Entschädigungszahlungen sind zum einen völlig ungenügend, zum anderen sind Neuerkrankte nicht einbezogen.

Darum erwartet der Deutsche Bundestag, daß ein nationaler Entschädigungsfonds gebildet wird. Die Mittelabforderung aus dem Fonds muß, angesichts des spezifischen Krankheitsverlaufs, schnell und unbürokratisch vonstatten gehen.

Zur Aufarbeitung der Geschehnisse und zur Verhinderung neuer Vorkommnisse gleicher Prägung sind folgende Maßnahmen unabdingbar:

- Das Arzneimittelgesetz ist, auch in bezug auf seine Kontroll- und Sanktionsbestimmungen, konsequent anzuwenden. Das Instrumentarium der Zulassungsbehörden zur Anordnung von Auflagen ist so zu verbessern, daß auf den aktuellen Stand der Wissenschaft schnell reagiert werden kann.

- Die Bundesregierung wird aufgefordert, dem Deutschen Bundestag eine Novelle zum Arzneimittelgesetz vorzulegen mit dem Ziel, die Produktkontrolle sowie Produkthaftung zu verschärfen. Blut- und Plasmaprodukte sowie Blutzubereitungen sind, analog den Impfstoffen und Seren, der staatlichen Chargenprüfung zu unterziehen.
- Zur Verringerung der Risikofaktoren muß verhindert werden, daß Blutkonserven, bei deren Herstellung weder die Identität noch die gesundheitliche Disposition des Spenders kontrolliert worden ist, zur Verarbeitung kommen.
- Es müssen alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die – unter Beibehaltung optimaler medizinischer Versorgung – zur Verringerung der Dosiskonzentration beitragen, um auf diesem Wege den Gesamtblutbedarf zu drosseln.
- Der Aufbau einer nationalen oder EG-weiten Plasma-Eigenversorgung, wie sie bereits 1979 vom Europarat gefordert wurde, kann einen entscheidenden Beitrag zur Verringerung des Infektionsrisikos bei Patienten leisten. Ziel muß es sein, auf Importe von Blut sowie von Blut- und Plasmaprodukten verzichten zu können.

Bonn, den 10. März 1993

Antje-Marie Steen
Brigitte Adler
Ingrid Becker-Inglau
Dr. Ulrich Böhme (Unna)
Anni Brandt-Elsweier
Edelgard Bulmahn
Dr. Marliese Dobberthien
Dr. Konrad Elmer
Karl Hermann Haack (Extertal)
Dr. Ingomar Hauchler
Dr. Uwe Holtz
Klaus Kirschner
Dr. Hans-Hinrich Knaape
Christoph Matschie
Dr. Edith Niehuis
Horst Peter (Kassel)
Dr. Martin Pfaff
Günter Rixe

Dr. Helga Otto
Gudrun Schaich-Walch
Dieter Schanz
Günter Schluckebier
Horst Schmidbauer (Nürnberg)
Wilhelm Schmidt (Salzgitter)
Regina Schmidt-Zadel
Dr. R. Werner Schuster
Erika Simm
Uta Titze-Stecher
Dr. Peter Struck
Hans-Günther Toetemeyer
Hans Wallow
Ralf Walter (Cochem)
Verena Wohlleben
Hanna Wolf
Hans-Ulrich Klose und Fraktion

