

## Bericht

### der AIDS-Kommission

Inhalt	Seite
<b>Einleitung</b>	1
<b>I. Verfahrensablauf</b>	1
1. Aufgabe der Kommission	1
2. Zusammensetzung	2
3. Mitarbeiter	2
4. Sitzungsübersicht	2
<b>II. Arbeitsprogramm</b>	2
<b>III. Gewonnene Erkenntnisse</b>	3
<b>A) Forschung</b>	3
1. Bericht Staatssekretär Dr. Goppel	3
2. Universitätspoliklinik München	3
3. Institut für Virologie und Immunbiologie, Würzburg	3
4. Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung (GSF) München	3
<b>B) Aufklärung</b>	4
1. Aufklärungsmaterial	4
1.1 Broschüren, Bücher	4
1.2 Fernsehspots, Filme	4
1.3 Ausländische Broschüren	4
2. Aufklärungspraxis	5
2.1 Schulen	5
2.2 Gesundheitsämter	5
2.3 Andere Institutionen	5
2.4 Sondermaßnahmen	5
3. Fortbildung	5
3.1 Lehrer	5
3.2 Aids-Fachkräfte	5
3.3 Allgemeinärzte	5
<b>C) Maßnahmen zur Unterbindung der Infektionskette</b>	5
1. Verhaltensänderung	5
2. Erfassung der Infizierten	6
2.1 Reihentestung	6
2.2 Freiwillige anonyme Testungen	6
2.3 Laborberichtspflicht	6
2.4 Erfassung der „Erkrankten“	6
2.5 Testung durch andere Institutionen	6
2.6 Staatliche Maßnahmen	7
3. Beratung der Testpersonen	7
4. Praxis bei der Stadt München	7
<b>D) Betreuung der Infizierten</b>	8
1. Medizinische Betreuung	8
2. Psychosoziale Betreuung	8
<b>E) Versorgung und Betreuung der Kranken</b>	8
1. Medizinische Versorgung	8
2. Psychosoziale Versorgung	9

### F) Spezialthemen

1. Drogen und Aids	10
2. Kinder und Aids	11
3. Strafvollzug und Aids	11
4. Prostituierte und Aids	12

### IV. Folgerungen

13

### Schlußbemerkung

14

#### Einleitung

Aids, Sammelname für eine neue Krankheit, breitete sich Ende der 70er Jahre, Anfang der 80er Jahre aus, noch ehe wir wußten: woher kommt sie, wer bekommt sie, wie bekommt man sie.

Die Medien stürzten sich auf dieses Thema, erste wissenschaftliche Erkenntnisse – vor allem nach der schnellen Ausbreitung in der Gruppe der Homosexuellen – führten zum Begriff der „Lustseuche“ und mehr und mehr ertönte dann der Ruf nach der „Politik“. Diese nahm sich des Themas an, die Staatsregierung setzte 1984 eine interministerielle Arbeitsgruppe ein und berief einen wissenschaftlichen Beirat aus Universitätsprofessoren, dem auch ein Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer angehörte. Diese Arbeitsgruppe hat am 8. April 1986 dem Ministerrat einen umfassenden Bericht über Bekämpfungsmöglichkeiten vorgelegt. Nach der Bundestagswahl 1986 wurden bundeseinheitliche Konzepte erarbeitet, basierend auf einer Koalitionsvereinbarung vom März 1987 zwischen CDU, CSU und FDP. Es entstanden ein „Sofortprogramm der Bundesregierung“ mit Priorität „Aufklärung und Beratung“ und auch Konzepte der Länder in unterschiedlicher Gewichtung. Die Bayerische Staatsregierung hat am 25. Februar 1987 einen Maßnahmenkatalog beschlossen, der in den Bekanntmachungen vom 19. Mai 1987 (Vollzug des Seuchen-, Ausländer- und Polizeirechts) und vom 2. Juni 1987 (Aufklärungs- und Beratungskonzept) die nähere Ausgestaltung bekam.

Die CSU-Landtagsfraktion führte am 27. und 28. April 1987 eine Expertenanhörung durch, die in einer umfangreichen Dokumentation niedergelegt wurde, im Landtag selbst wurden eine Reihe von Anfragen und Anträgen zu diesem Thema eingereicht. Unter dem 17. März 1987 beantragten die Abgeordneten Hiersemann, Karl Heinz Müller und Fraktion der SPD die Einsetzung einer „Enquete-Kommission“ zur „Beratung und Erarbeitung eines umfassenden Landesprogramms“ (Drs. 11/1009); dieses führte nach Beratung in verschiedenen Ausschüssen zur Einsetzung einer Kommission nach § 45 der Geschäftsordnung des Bayerischen Landtags.

#### I. Verfahrensablauf

1. Aufgabe  
Der Bayerische Landtag hat in seiner öffentlichen Sitzung vom 14. Oktober 1987 folgenden Beschluß gefaßt:  
„Einsetzung einer „Enquete-Kommission“  
Zur Vorbereitung von Entscheidungen des Landtags im Zusammenhang mit der Immunschwächekrankheit AIDS wird eine Kommission nach § 45 der Geschäftsordnung eingesetzt.

Die Kommission besteht aus acht Abgeordneten (CSU 5, SPD 2, Grüne 1). Die Tätigkeit und das Verfahren der Kommission richten sich in analoger Anwendung nach den Geschäftsordnungsbestimmungen über die Ausschüsse."

Eine nähere Umschreibung der Aufgabe ist nicht erfolgt.

2. Zusammensetzung der Kommission  
Der Bayerische Landtag hat folgende Abgeordnete zu Mitgliedern der Kommission bestimmt:

CSU	SPD	DIE GRÜNEN
Dr. Elisabeth Biebl	Karl Heinz Müller	Christine Scheel
Karl Freller	Klaus Warnecke	
Rudolf Klinger		
Dr. Gerhard Merkl		
Dr. Heinz Pollwein		

Zum Vorsitzenden der Kommission wurde von der Vollversammlung der Abgeordnete Dr. Gerhard Merkl, zum stellvertretenden Vorsitzenden der Abgeordnete Karl Heinz Müller bestellt.

3. Mitarbeiter  
Für Schreibearbeiten und zur Vorbereitung der Informationsbesuche wurde der Kommission vom Landtagsamt Frau Renate Metzler zugeteilt. Die Sitzungsniederschriften wurden vom Stenografischen Dienst (vornehmlich Dr. Kroiß) erstellt.

4. Sitzungen  
Die Kommission führte insgesamt 25 Sitzungen durch, davon 12 Informationsbesuche, und zwar am

20. Januar 1988	Universitätspoliklinik, München
4. Februar 1988	Städt. Gesundheitsbehörde München
22. Februar 1988	Institut für Virologie und Immunbiologie, Würzburg
23. März 1988	DAYTOP, Grafrath b. München
20. April 1988	Zentralklinikum Augsburg
26. Oktober 1988	Dermatologische Universitätsklinik, München
21. November 1988	Nürnberger Stadtmission, Aids-Beratungsstelle
26. Januar 1989	Aids-Hilfe, München
28. Februar 1989	Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, Neuherberg b. München
12. Juni 1989	Psych. Universitätsklinik, Sozialpsychiatrischer Dienst, Zürich
13. Juni 1989	Stadtärztlicher Dienst, Zürich
6. Juli 1989	Schwabinger Krankenhaus, München

Am 11. Oktober 1989 wurde der Schlußbericht erörtert.

## II. Arbeitsprogramm

Mangels klar umrissener Aufgabenstellung seitens des Bayerischen Landtags hat die Kommission in der Sitzung vom 25. November 1987 ein eigenes (vorläufiges) Arbeitsprogramm erstellt, das im Laufe der Beratungen geringfügig geändert wurde.

### Gefahren von Aids

Sorge für Gesunde, Infizierte und Kranke  
(Arbeitsprogramm für die AIDS-Kommission des Bayerischen Landtags)

Aids ist eine uns alle bedrohende Krankheit, zu deren Verhütung und Bekämpfung jeder beitragen muß. Viele widmen sich bereits dieser Aufgabe. Auch die vom Bayerischen Landtag durch Beschluß vom 14. Oktober 1987 gem. § 45

GO eingesetzte Kommission will versuchen, einen Beitrag zu leisten zum Schutz der Gesunden vor Ansteckung und Betreuung und Versorgung der Infizierten und Kranken.

Dazu ist es notwendig, daß sich die Kommission über den Stand von Forschung und Wissenschaft sowie die theoretischen und praktischen Erfahrungen bei Aufklärung und Beratung informiert, und die in den verschiedenen politischen Gremien erzielten Kenntnisse ihrer Arbeit zugrunde legt, um darauf aufzubauen und Doppelarbeit zu vermeiden (dazu gehören u.a. das Aids-Hearing der CSU-Landtagsfraktion und die Ergebnisse der Aids-Kommission des Deutschen Bundestags).

1. Forschung  
Bericht des Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst über Aids-Forschung in Bayern
2. Medizinischer Wissensstand (Informationsbesuche bei)
  - a) Medizinische Poliklinik der LMU München
  - b) Dermatologische Klinik der LMU München
  - c) Institut für Virologie und Immunbiologie der Universität Würzburg
3. Erfahrungen bei der Aufklärung und Beratung (Informationsbesuche bei)
  - a) Städtisches Gesundheitsamt München
  - b) Aids-Hilfe e.V. München
  - c) Aids-Beratungsstelle der Diakonie Nürnberg
4. Aids und Drogen (Informationsbesuche bei)
  - a) DAYTOP München
  - b) Städtische Drogenberatungsstelle München

Zur möglichst umfassenden Erörterung der mit dem Thema Aids zusammenhängenden Fragen und zur Erstellung eines Berichts über Verhütungs- und Bekämpfungsmöglichkeiten der HIV-Infektion und der Immunschwächekrankheit Aids dient nachfolgender vorläufiger Themenkatalog, der je nach Erkenntnisstand ergänzt bzw. abgeändert wird.

### I. Vorsorge für die „Gesunden“

1. Aufklärung über Übertragungswege und Schutz vor Ansteckung
  - a) allgemeine Aufklärung der Bevölkerung
  - b) spezielle Aufklärung bestimmter Gruppen (u.a. Schüler, Heranwachsende, Bluter, Krankenpflegepersonal)
  - c) spezielle Aufklärung und Beratung:
    - aa) „Risikogruppen“ (Homosexuelle, Bisexuelle, Fixer, Prostituierte)
    - bb) Partner von Risikogruppen (insbesondere von Bisexuellen)
2. Maßnahmen zur Unterbrechung der Infektionskette
  - a) Verhalten(sänderung) aller (gefährdeten) Gruppen
  - b) Erfassung und individuelle Beratung der (aller) Infizierten
  - c) Staatliche Maßnahmen allgemein
  - d) Zwangsmaßnahmen (bei Uneinsichtigkeit)

## II. Betreuung der „Infizierten“

1. Aufklärung über Verhaltensänderung zum eigenen Nutzen zum fremden Nutzen
2. Entsprechende Anwendung von I.2.

## III. Versorgung und Betreuung der „Kranken“

1. Angemessene medizinische Versorgung
2. Psychologische Versorgung

## IV. Spezialthemen

1. Behinderte und Aids, Bluter, durch Bluttransfusion Infizierte u.a.
2. Von der Kommission vorgeschlagene Themen
3. Eventuell von Ausschüssen zugewiesene Anträge

### III. Gewonnene Erkenntnisse

Die Kommission hat ihre Informationsveranstaltungen und Beratungen unter dem Gesichtspunkt durchgeführt, welche Schlußfolgerungen für das Bayerische Parlament zu ziehen sind, insbesondere ob die getroffenen Maßnahmen ausreichen oder verbessert werden müssen. In den Hintergrund gerückt waren daher die grundsätzlichen medizinischen Fragen nach Entstehung und Übertragung der Krankheit; dazu wurde aufgebaut auf den Erkenntnissen der von der CSU-Landtagsfraktion im April 1987 durchgeführten Expertenanhörung und dem Zwischenbericht der Aids-Kommission des Deutschen Bundestages. (Die von der Kommission zum Thema „Übertragungswege“ befragten Wissenschaftler (u.a. die Professoren ter Meulen, Wecker, Braun-Falco) waren übereinstimmend der Meinung, daß die Übertragung fast ausnahmslos durch den Geschlechtsverkehr erfolgt, nicht aber zum Beispiel durch Speichel). Auch wurde versucht, die für erforderlich erkannten Maßnahmen sofort mit den bei den Sitzungen anwesenden Vertretern der Ministerien (fast immer Innen- und Sozialministerium, gelegentlich Wissenschaftsministerium) zu erörtern und „weiterzugeben“; diese Anregungen wurden zum Teil erfolgreich umgesetzt (vgl. z.B. unten C 2.6.3)

### A. Forschung

#### 1. Bericht Staatssekretär Dr. Goppel am 2. Dezember 1987

##### 1.1 Bisherige Erkenntnisse der Aids-Forschung

Das Hauptaugenmerk der Forscher richtet sich auf Verbesserungen in der Diagnostik und vor allem auf die Suche nach einer vernünftigen Therapie. Die Diagnose erfolgt aus der Bewertung klinischer Symptomatik und dem serologischen Befund. Da der direkte Virusnachweis extrem aufwendig ist, gilt bisher der Nachweis von Antikörpern gegen HIV als Beweis für eine Infektion. Eine kausale Therapie für HIV-Infektionen ist noch nicht bekannt. Aids-Kranke werden nur hinsichtlich ihrer Folgeinfektionen und der damit verbundenen bösartigen Erkrankungen behandelt, vornehmlich in Universitätskliniken. Das Max-von-Pettenkofer-Institut in München ist Aids-Referenzzentrum der WHO, somit aus internationaler Sicht die Zentrale für Deutschland. Es besteht wenig Hoffnung, daß in allernächster Zeit der ersehnte Durchbruch bei der Entwicklung einer spezifischen Behandlung oder eines Impfstoffes gelingen könnte.

##### 1.2 Probleme der Forschungsförderung

Die Koordinierung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland obliegt dem Bundesgesundheitsamt in Berlin, so daß Doppelforschung weitgehend ausgeschlossen ist. Das Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst ist für die personelle und sachliche Grundausstattung der Universitätskliniken verantwortlich und vergibt die im August 1986 von der Bayerischen Staatsregierung beschlossenen Sondermittel (jährlich 6 Mill.) zur Verbesserung der Grundausstattung der Institute. Staatssekretär Dr. Goppel hält eine Aufstockung nach 1988 für notwendig. Das Ministerium hat aber keinen Überblick über die Forschungsvorhaben außerhalb der staatlichen Kliniken, z.B. bei Chemieunternehmen.

##### 2. Universitätspoliklinik München

(20. Januar 1988, Gesprächspartner insbesondere die Professoren Dr. Zöllner und Dr. Göbel)  
Das von München bevorzugte Forschungsfeld „Opportunistische Infektionen“ – bei einem Erfolg wären gerade da die größten Einsparungen zu erzielen – darf nicht dadurch beeinträchtigt werden, daß das BMFT die Aids-Forschung in Berlin konzentriert. Die Forschungsförderung über Bonn geht zu langsam, zu bürokratisch, mit der Förderung durch den Freistaat Bayern ist Prof. Zöllner zufrieden, die Grundausstattung sollte aber erweitert werden. Auch die Zusammenarbeit mit der Dermatologischen Klinik in München funktioniert.

##### 3. Institut für Virologie und Immunbiologie, Würzburg

(22. Februar 1988, Gesprächspartner insbesondere die Professoren Dr. Wecker und ter Meulen)

##### 3.1 Forschungsschwerpunkte

Das Institut arbeitet an sechs Aids-Forschungsschwerpunkten:

- Angriff des Aids-Virus auf das Zentralnervensystem
- Zeitpunkt des Viruseindringens ins Gehirn
- Forschungsstudie in Tansania über Infektionswege
- Studie über die Entstehung der Krankheit an Rhesusaffen
- neues Verfahren zum Infektionsnachweis schon nach 2 Tagen
- zelluläre Immunreaktion im Zusammenhang mit „Killerzellen“

##### 3.2 Ausstattung

Die für die Forschung erforderlichen Sicherheitseinrichtungen fehlen (z.B. ungehinderter Zugang zu den Gebäuden mangels Pfortner), der Bau des neuen Laborgebäudes ist dringlich, da die Aids-Forschung sämtliche jetzt zur Verfügung stehenden Labors benötigt, andere Forschungsvorhaben können aber nicht gänzlich zurückgestellt werden.

##### 4. Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung GmbH (GSF), Neuherberg/München am 28.2.1989

Der Informationsbesuch bei der GSF wurde angeregt durch eine Meldung in der Münchner Presse, wonach dort Versuche an Rhesusaffen für die Aids-Forschung vorgenommen werden sollen.

##### 4.1 Biomedizinische Forschung

Schwerpunkt der Forschung ist die Hinauszögerung des Krankheitsausbruchs durch (Nach-)Impfung und damit Anregung der Bildung von Antikörpern; dazu sollen die Tierversuche dienen, auf die nach Aussagen der Ge-

sprächspartner nicht verzichtet werden kann. Diese Meinung wurde nicht von allen Kommissionsmitgliedern geteilt, zumal im Zeitpunkt des Besuchs noch bei keinem der Versuchstiere die Impfung mit dem Virus eine Reaktion gezeigt hatte.

#### 4.2 Sozioökonomische Forschung

Eine Arbeitsgruppe entwickelt computergestützte Indikatoren-systeme und erforscht die Entwicklungstrends im Gesundheitswesen unter dem Gesichtspunkt Aids (Entwurf verschiedener Modelle).

### B. Aufklärung

Die „wichtigste Strategie“ bei der Bekämpfung von Aids ist die Aufklärung mit dem Ziel eines „entsprechenden“ Verhaltens bzw. einer Verhaltensänderung. Die Bayerische Staatsregierung hat daher unter dem 2. Juni 1987 ein umfangreiches Aufklärungs- und Beratungskonzept vorgelegt, das zwischenzeitlich weitgehend umgesetzt wurde.

#### 1. Aufklärungsmaterial

1.1 Den staatlichen Gesundheitsämtern, Selbsthilfeorganen, Schulen usw. steht umfangreiches Aufklärungsmaterial zur Verfügung.

1.1.1 Dieses stammt in erster Linie von der Bundesregierung, zum Beispiel:

- Was Sie über Aids wissen sollten
- Was jeder über Aids wissen sollte
- Was Studierende über Aids wissen sollten
- Für alle, deren Test positiv ausgefallen ist
- Für Krankenpflegepersonal und andere Gesundheitsberufe
- Für Drogenberater und Suchttherapeuten
- Für Friseure, Kosmetiker usw.
- Was Arbeitnehmer und Arbeitgeber wissen sollten
- Informationen für die Drogenarbeit

1.1.2 Die bayerischen Ministerien beschränken sich weitgehend darauf, „Lücken“ zu füllen. Hierzu dienen u.a. folgende Broschüren:

- Aids – Gefahr am Arbeitsplatz?
- Aids – Wissen schützt und hilft (Informationen für Krankenhauspersonal)
- Some facts about Aids
- Information zu Aids – Was Reisende wissen sollten

1.1.3 Verschiedene Organisationen haben eigene Broschüren entwickelt, zum Beispiel:

- Aids und unsere Kinder (DAK-Gesundheitsdienst)
- Aids – das vermeidbare Risiko (AOK)
- Aids – eine Handreichung für Eltern, Lehrer u. Schüler (Zentralstelle der Deutschen Bischofskonferenz)
- Angst vor Aids? (Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg e.V.)
- Was Frauen über Aids wissen sollten (Berufsverband der Frauenärzte e.V.)
- Zahlreiche Broschüren der Deutschen Aids-Hilfe

1.1.4 Für ein vertieftes Studium über das Thema Aids gibt es eine Reihe von Büchern und (wissenschaftlichen) Abhandlungen, z.B.:

- Aids – Leitlinien für die Praxis (Braun-Falco, Deinhart, Goebel, Medizin-Verlag, München)
- Aids-Kompendium Hoechst, 1987
- Aids-Herausforderung an Gesellschaft und Moral (Johannes Gründel – Herausgeber – Patmos-Verlag, Düsseldorf)
- Aids – vom Molekül zur Pandemie (Michael G. Koch, Spektrum der Wissenschaft, Heidelberg)
- Aids – der aktuelle Ratgeber (Hans Jäger, Mosaik-Verlag)
- Aids und HIV-Infektionen, Ekomed-Verlag, Landsberg)

Auch prominente Politiker haben über das Thema geschrieben, so die ehemalige Bundesministerin Rita Süßmuth:

- Aids – Wege aus der Angst, Hoffmann und Campe Verlag, Hamburg

und Staatssekretär Dr. Peter Gauweiler:

- „Was tun gegen Aids?“, Schulz Verlag, Percha

1.2 Neben den Broschüren dienen der Aufklärung „Fernseh-Spots“, einige Zeit (Dezember 1987 bis Januar 1988) lief ein eigener „Kino-Spot“ der Bayerischen Staatsregierung (Kosten ca. DM 400.000), der besonders die Begriffe Treue und partnerschaftliche Verantwortung in den Vordergrund stellte (und von den Kommissionsmitgliedern unterschiedlich bewertet wurde). Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat einen Videofilm für das Krankenhauspersonal über den Umgang mit Aids erstellen lassen (von allen Kommissionsmitgliedern als gut bewertet). Für den Schulunterricht gibt es eigene Videokassetten (z.B. „Aids – sei klug und vorsichtig“).

1.3 Von verschiedenen Selbsthilfeorganisationen werden auch ausländische Broschüren ausgegeben, u.a. einige in der Schweiz erstellte, z.B.:

- Aids – wer die Risiken kennt, kann sich wirksam schützen
- Aids – steck Dich nicht an
- Frau und Aids
- Stopp Aids – Infos, Facts, Tipps
- Sondernummern des PS-Magazins (Sonderheft für Jugendliche, Sonderheft für den Mann)

Der beim Besuch der Diakonie Nürnberg geäußerte Wunsch, den Kauf dieser Broschüren von seiten der Staatsregierung zu bezuschussen, wurde von der Kommission befürwortend weitergeleitet, allerdings hat das Staatsministerium für Unterricht und Kultus Bedenken gegen den „freizügigen Inhalt“ erhoben, so daß bisher weder die von der Schweiz angebotene Überlassung des Druckmaterials mit der Möglichkeit, Änderungen vorzunehmen, angenommen noch ein Zuschuß für den Ankauf gewährt wurde.

1.4 Die vom ehemaligen Aids-Berater des Staatsministeriums des Innern Dr. Koch konzipierten Broschüren u.a. zu den Themen:

„Sport“ und „Kindergarten“ werden nach Auskunft des Vertreters des Innenministeriums nicht verlegt.

## 2. Aufklärungspraxis

### 2.1 Schulen

2.1.1 Die Aufklärung an den Schulen läuft – zumindest so vorgesehen – unter drei Teilaspekten fächerübergreifend ab:

- biologisch-medizinisch
- gesellschafts(politisch)
- ethisch/religiös

2.1.2 Die medizinischen Fachkräfte an den Gesundheitsämtern führen in den Schulen eine Elternaufklärung durch, zu der alle Eltern und der Schularzt eingeladen werden (mit sehr unterschiedlicher Resonanz!).

2.1.3 Die Aufklärung beginnt in der Haupt- und Realschule ab der 8., am Gymnasium ab der 9. Klasse, bei den Berufsschulen, bei denen es in der Regel keinen Biologieunterricht gibt, wird das Thema vom Schulleiter an geeignete Lehrer delegiert.

### 2.2 Allgemeine Vorträge

- bei allen Gesundheitsämtern wurden aufgrund einer Bonner Koalitionsvereinbarung sogenannte Aids-Fachkräfte angestellt, denen insbesondere die allgemeine Aids-Aufklärung (Beratung im Gesundheitsamt, Vorträge außerhalb, z.B. in den Schulen, bei Verbänden und Vereinen) obliegt (die meisten sind Ärzte, gefolgt von Sozialarbeitern und Psychologen)

- die Stadt München hat dafür folgende Zahlen vorgelegt:

Vom 01. 08. 1987 bis 30. 06. 1989:

– eingehende Beratungen durch Ärzte	11 918
– eingehende tel. Beratung durch die Ärzte	4 005
– die Sozialpädagoginnen	1 771
– das Vorzimmer	4 049
– Gesamt	9 825
– eingehende Gespräche und Beratungen durch die Sozialpädagoginnen	1 485
– Versand von Merkblättern und Informationsmaterial	756
– Aufklärungsveranstaltungen	427

2.3 Auch andere Institutionen sind in der Aufklärung tätig:

- Aidshilfe-Einrichtungen
- Selbsthilfe-Gruppen
- Bayerische Aids-Stiftung
- Medien (Veranstalter von Symposien; Dokumentationen, Aufrufen)
- kirchliche Einrichtungen
- caritative Verbände
- Krankenkassen, Ärzteverbände
- Volkshochschulen etc.

### 2.4 Sondermaßnahmen

Um möglichst viele, vor allem die Angehörigen der „Risi-

kogruppen“ zu erreichen, gibt es eine Reihe von Sondermaßnahmen:

- z.B. den Einsatz von Streetworkern
- die Stadtmission Nürnberg setzt einen „Info-Bus“ ein
- der Leiter des Gesundheitsamtes München, Dr. Kathke, ging mit einem Mitarbeiter in eine Münchner Diskothek, um dort „vor Ort“ einen Aufklärungsvortrag zu halten (der Bund fördert ein „Projekt zur Aids-Aufklärung in Diskotheken“)

## 3. Fortbildung

Das Beratungskonzept umfaßt auch die Fortbildung der „Aufklärer“.

3.1 Für die Biologielehrer gab es 1987 eine verpflichtende Fortbildung. Halbjährlich finden an der Akademie für Lehrerfortbildung in Dillingen Kurse statt.

3.2 Für „Aids-Ärzte“ an den Gesundheitsämtern werden spezielle Fortbildungskurse durchgeführt.

3.3 Für die Allgemeinärzte sollte das Thema schon beim Studium ausführlich behandelt werden (so Prof. Dr. Braun-Falco, der im Rahmen der Bayerischen Aids-Stiftung selbst Vorträge hält). Es gibt monatliche Vortragsveranstaltungen im Max-von-Pettenkofer-Institut in München, ähnlich im Schwabinger Krankenhaus. Eine „Sockelinformation“ ist für jeden Arzt notwendig, weil dann gewisse Symptome „schärfer unter dem Aids-Aspekt“ gesehen würden (Dr. Jäger; dies zu erreichen ist in erster Linie Aufgabe der Landesorganisationen). Für Ärzte-Informationsveranstaltungen gibt es im Sozialministerium eine Referentenliste. Wünschenswert wären nach Prof. Braun-Falco Informationsteams, die „über Land fahren“ oder angefordert werden können.

Der Informationsstand der Allgemeinärzte sei zum Teil sehr dürftig, wichtig sei ein Grundwissen (so Prof. Dr. Braun-Falco) vor allem dort, wo die Ärzte mit Aids zu tun haben: Dermatologie, Innere Medizin, Neurologie und Psychologie sowie Infektiologie.

## C. Maßnahmen zur Unterbindung der Infektionskette

### 1. Verhaltensänderung

Der oft gehörte Satz „Aids bekommt man nicht, man holt es sich“, ist nur bedingt richtig, wenn insbesondere die große Zahl derer bedacht wird, die durch Bluttransfusionen infiziert wurden. Die beiden Hauptübertragungswege – Geschlechtsverkehr und Benützung gleichen Injektionsbestecks – liegen aber weitgehend im Bereich des eigenverantwortlichen Handelns der Betroffenen. Zumindest in den Kreisen, die durch Risikoverhalten besonders gefährdet sind (homo- und bisexuelle Männer, Fixer, Prostituierte, Freier), ist ein ausreichendes Grundwissen über die Übertragungswege vorhanden, nur „vom Kopf zum Bauch“ – wie es einer der Wissenschaftler ausgedrückt hat – „ist offensichtlich ein weiter Weg“.

Die beste, mangels Impfstoff und Therapie gleichsam einzige Möglichkeit, der weiteren Verbreitung von Aids Einhalt zu gebieten, ist, daß alle Menschen ihr Verhalten im Umgang mit dem anderen darauf ausrichten, daß Ansteckungen möglichst vermieden werden können, insbesondere, daß die „Risikogruppen“ ihr Verhalten ändern, z.B. beim Geschlechtsverkehr Kondome und beim Fixen sterile Nadeln verwenden.

Wer bereits infiziert ist, muß sein Verhalten darauf abstellen, daß er andere nicht ansteckt und ist daher zu besonderer Vorsicht verpflichtet.

Die Uneinsichtigkeit ist nach Auffassung aller Befragten immer noch groß, so daß „weiterhin verstärkt“ Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit geleistet werden muß.

## 2. Erfassung der Infizierten

Wichtige Hilfe im Rahmen von „Aufklärung und Beratung“ ist die Schaffung von Testmöglichkeiten. Die zu Beginn der Aids-Diskussion strittige Frage, ob das Wissen „positiv“ zu sein, nicht eher kontraproduktiv wirke, ist zurückgetreten hinter die Erkenntnis, daß zum einen die Testung – zumindest für Angehörige von Risikogruppen – sowohl zum Schutz der eigenen Person als auch der Partner eine wichtige Voraussetzung zur Unterbrechung der Infektionskette darstellt und daß zum anderen die Kenntnis über den „Verbreitungsgrad“ wichtig ist für (staatlicherseits) zu treffende Maßnahmen.

2.1 Allgemeine Testung der Gesamtbevölkerung (Reihentestung) wird von keinem der von der Kommission Befragten befürwortet, da neben Akzeptanzproblemen in der Bevölkerung Reihenuntersuchungen nur eine „Statusaufnahme“ brächten, jedes Jahr wiederholt werden müßten, und außerdem würden diejenigen, die erfaßt werden sollten, vorher „wegtauchen“ (so z.B. Prof. ter Meulen, Würzburg).

### 2.2 Freiwillige, anonyme Testmöglichkeit:

2.2.1 Bei allen Gesundheitsämtern besteht die Möglichkeit, einen kostenlosen HIV-Test durchführen zu lassen; dieser erfolgt anonym (die Testperson erhält lediglich eine Zahl oder ein Codewort, mit der/dem sie das Testergebnis erfragen kann), es werden lediglich „Zählblätter“ angelegt, in die z.B. Alter, Geschlecht, Wohnregion evtl. Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe und dergleichen aufgenommen werden.

Auf dieser freiwilligen Basis wurden 1987 64944 Testungen vorgenommen, von denen 361 positiv waren, für 1988 waren die entsprechenden Zahlen 15611 und 120 (wegen des Rückgangs siehe nachfolgend 2.2.2).

2.2.2 Seit 1988 besteht in Bayern auch die Möglichkeit, die Testung kostenlos von einem niedergelassenen Arzt („dem Arzt des Vertrauens“) vornehmen zu lassen. Diese nahmen 1988 insgesamt 66225 Testungen vor, 209 waren „positiv“ (diese hohe Zahl von Testungen erklärt den Rückgang bei den Gesundheitsämtern).

2.2.3 1988 wurden somit bei den Gesundheitsämtern und den niedergelassenen Ärzten insgesamt 81836 Testungen auf freiwilliger Basis durchgeführt, davon waren 339 „positiv“.

### 2.3 Laborberichtspflicht

Um einen ungefähren Überblick über die Ausbreitung von HIV-Infektionen zu erhalten, hat die Bundesregierung mit Wirkung vom 01. 10. 1987 gemäß § 7 Bundesseuchengesetz eine sogenannte Laborberichtspflicht eingeführt. Danach haben alle, die Testungen durchführen, in anonymisierter Form dem „Zentralen Aids-Register“ in Berlin die „positiven Testungen“ zu melden. Mehrfach-Nennungen sind dabei nicht ganz auszuschließen, so daß die Zahlen bereinigt werden müssen.

Bis zum 30. 06. 1989 wurden – erkennbare Doppelmeldungen abgezogen – insgesamt 32779 HIV-Infektionen gemeldet (darunter 52 mit HIV 2). Wird der Zeitpunkt zugrunde gelegt, in denen das „Material“ beim untersuchenden Labor einging, so teilen sich die positiven Testungen folgendermaßen auf:

1981:	5
1982:	18
1983:	92
1984:	1010
1985:	5994
1986:	5664
1987:	9020
1988:	8367
1989:	2609 (nur 1. Halbj.)

### 2.4 Erfassung der im „Vollbild-Erkrankten“:

Seit 1983 erfaßt das Bundesgesundheitsamt alle bei ihm gemeldeten im „Vollbild-Erkrankten“ und die aufgrund dieser Krankheit Verstorbenen. Bis zum 31. 08. 1989 hat das Bundesgesundheitsamt für den Bereich der Bundesrepublik 3739 Erkrankte, davon 1615 Verstorbene registriert, die entsprechenden Zahlen für Bayern lauten:

632 Erkrankte, davon 257 verstorben.

Die einzelnen Monatsstatistiken zeigen einheitlich, daß 70% der Erkrankten der Risikogruppe „homo- und bisexuelle Männer“ angehören, und über 10% (mit steigender Tendenz) betreffen „männliche und weibliche Fixer“ (vgl. Anlagen 1, 2).

### 2.5 Testung durch andere Institutionen

#### 2.5.1 Blutspendedienste

Die Blutkonserve kann ihre Aufgabe als Lebensretter nur erfüllen, wenn sie qualitativ einwandfrei ist; deshalb wird jede einzelne Konserve seit Jahren auf Krankheiten wie Hepatitis B oder Syphilis geprüft, seit Verfügbarkeit entsprechender Testmöglichkeiten auch auf HIV (seit Mai 85 obligatorisch).

Die DRK-Blutspendedienste haben folgende Zahlen ermittelt:

1985 ca. 1,1 Mio. Blutproben:	87 positiv (0,079%)
1986 ca. 2,2 Mio. Blutproben:	79 positiv (0,035%)
1987 ca. 1,7 Mio. Blutproben:	38 positiv (0,002%) (vom 01. 01. – 30. 09. 1987)

#### 2.5.2 Bundeswehr

In der Zeit vom 01. 10. 1985 bis 30. 06. 1989 wurden 334000 Soldaten getestet, dabei wurden 131 HIV-Infektionen festgestellt. Für die 1987 getesteten 171000 Soldaten hat das BMJFG am 21. 03. 1988 folgende Aufschlüsselung veröffentlicht:

105 (0,07 %) positiv,  
85% davon gehören zu den Homosexuellen oder Fixern.  
Nur 2 waren jünger als 23 Jahre,  
90 = 86 % waren über 30 Jahre alt.

Unter den Wehrpflichtigen war die Infektionsrate somit gleich 0.

#### 2.5.3 Krankenhaus

Auch in den Krankenhäusern werden Blutuntersuchungen auf HIV vorgenommen, statistisches Zahlenmaterial hierüber ist aber offensichtlich nicht vorhanden. In diesem Zusammenhang hat die Kommission die rechtlich sehr problematischen Fragen erörtert, ob und wann eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist und welche (vorherige) Informationspflicht den Ärzten obliegt. In den bayerischen Universitätskliniken ist in den Aufnahmeformularen eine Einwilligungsklausel mit aufgenommen. Die Kommissionsmitglieder stimmen darin überein, diesen Textteil zumindest so zu

kennzeichnen, daß er vom Patienten bei der Unterschriftsleistung normalerweise nicht übersehen werden kann. Auch soll zumindest dann, wenn der Patient den ausdrücklichen Wunsch auf ein Arztgespräch vor der Durchführung des Tests äußert, dem entsprochen werden. Staatssekretär Dr. Goppel sicherte bei seiner Anhörung vor der Kommission zu, dieses Thema im Staatssekretärsausschuß aufzugreifen.

Alle diese Erfassungssysteme müssen lückenhaft bleiben, da aus verschiedenen Gründen nicht alle Infektionen auch tatsächlich erfaßt, ja nicht einmal alle Erfassten auch weitergemeldet werden. Die „Dunkelziffer“ wird unterschiedlich geschätzt, z.B. geht Prof. Frösner bis zu 100% (verschiedene Aussagen in der Zeitschrift Aifo („Aids-Forschung“)), die von der Kommission danach befragten Wissenschaftler setzen die Dunkelziffer weit niedriger an (Prof. ter Meulen hält sie für „sehr gering“), alle betonen aber dabei die „Spekulation“.

## 2.6 Staatliche „Maßnahmen“

Aufgrund des Bayerischen Maßnahmenkatalogs werden in Bayern verschiedene Personengruppen, soweit sie nicht schon gemäß 2.2 erfaßt sind – notfalls unter Anwendung von Zwang – (vgl. über den Verfahrensablauf unter C 4.4) – getestet. Dies brachte folgende Ergebnisse:

### 2.6.1 Prostituierte (männlich und weiblich)

Hierbei ist zu unterscheiden zwischen den Prostituierten, die sich schon aufgrund des Geschlechtskrankheitengesetzes in der Überwachung des Gesundheitsamtes befinden (vgl. hierzu unter C 4) und den „nicht registrierten“, die neu von den Gesundheitsämtern vorgeladen werden (Abschnitt A Nr. 3.1. Satz 1 der Bekanntmachung); für letztere gilt:

In der Zeit vom 19. 05. 1987 bis 30. 06. 1989:  
Vorgeladen: 1014  
davon positive Ergebnisse: 8

### 2.6.2 Fixer (männlich und weiblich):

Sofern dem Gesundheitsamt Fixer bekanntwerden, erhalten sie eine formlose Vorladung; ergibt sich, daß noch keine (freiwillige) Testung erfolgt ist und ergeben sich Verdachtsmomente für eine Infektion, wird eine Blutentnahme vorgenommen; dies ergab folgende Ergebnisse:

In der Zeit vom 19. 05. 1987 bis 30. 06. 1989:  
Vorgeladen: 2314  
davon positive Ergebnisse: 44

### 2.6.3 Ausländer, die eine Aufenthaltserlaubnis beantragen:

Nach Abschnitt B Nr. 1 der Bekanntmachung haben sich Ausländer, die eine Aufenthaltserlaubnis beantragen, einem HIV-Test zu unterziehen. Ausgenommen davon sind die Angehörigen der unmittelbar benachbarten und der übrigen westeuropäischen Staaten. Außerdem unterliegen der Testungspflicht nicht diejenigen Personen, die sich nur relativ kurzzeitig in der Bundesrepublik aufhalten, z.B. Geschäftsreisende, Abnahmeingenieure, Praktikanten, es sei denn, der Aufenthalt wird um mehr als 3 Monate verlängert. (Auf entsprechende Weitergabe einer der Kommission übermittelten „Beschwerde“ von Schülern aus Argentinien, die das Münchner Goethe-Institut für 5 Monate besuchten, hat Staatssekretär Dr. Beckstein die Freistellung von der Untersuchungspflicht ähnlich der Regelung von Geschäftsreisenden auf 6 Monate verlängert).

Ergebnis:  
In der Zeit vom 19. 05. 1987 bis 30. 06. 1989

Getestet: 8613  
davon positiv: 9

### 2.6.4 Asylbewerber

Asylbewerber werden grundsätzlich getestet – unabhängig vom Herkunftsland (Abschnitt B Nr. 6 der Bekanntmachung). Die Testung erbrachte folgende Ergebnisse:

In der Zeit vom 19. 05. 1987 bis 30. 06. 1989:  
Getestet: 24 199  
davon positiv: 28

### 2.6.5 Einstellungsuntersuchungen

Die nach dem Maßnahmenkatalog und dem IMS vom 02. 06. 1987 durchzuführende HIV-Testung von Personen, die sich für eine Beamtenlaufbahn bewerben, hat zum Teil zu heftiger Kritik geführt, insbesondere deshalb, weil die Testung im Zusammenhang mit „Risiko-Gruppen“ in den Maßnahmenkatalog aufgenommen worden war. Die Testung der Beamtenanwärter wird damit gerechtfertigt, daß die Einstellungsuntersuchungen durch den Amtsarzt feststellen sollen, ob der Beamtenanwärter an Krankheiten leidet, die den Schluß nahelegen, daß ein vorzeitiges Ausscheiden zu erwarten ist, dazu müsse auch die Untersuchung auf eine HIV-Infektion gehören.

Ergebnisse:

In der Zeit vom 02. 06. 1987 bis 30. 06. 1989:  
Testungen: 20 646  
davon positiv: 1

## 3. Beratung der Testpersonen

3.1 Der HIV-Test ist für die meisten der Testpersonen ein gewisse Ängste auslösender Vorgang, so daß der Beratung schon vor dem Test eine große Bedeutung zukommt. Die Testperson muß ja wissen, was sie im Falle eines positiven Ergebnisses erwartet und wie diese Situation dann physisch und psychisch verarbeitet werden kann. In der anonymen Aids-Beratung in München wurde erklärt, daß sich diese Gespräche oft bis zu einer Stunde erstrecken, bevor eine Testung durchgeführt werde. Ergebe sich bei der ersten Testung ein „Positiv“, werde der Anrufer getröstet auf „ca. eine Woche später“; in der Zwischenzeit werde der Bestätigungstest durchgeführt, sofern auch dieses Ergebnis positiv sei, werde die Testperson ins Amt gebeten, um dann in einem persönlichen Gespräch das Ergebnis zu eröffnen. Gerade in diesem Moment sei die psychische Unterstützung besonders notwendig.

3.2 Die Testung an sich bringt nur einen ungefähren, allgemeinen Überblick über den Verbreitungsgrad in der Bevölkerung, eine Unterbrechung in der Infektionskette erfolgt aber nur dann, wenn die „Positiven“, wie unter 1. schon dargelegt, ihr weiteres Leben darauf abstellen, also entweder Schutzmaßnahmen beim sexuellen Verkehr ergreifen, nur sterile Nadeln beim „Fixen“ verwenden usw. oder eben „Übertragungswege“ gänzlich verlassen. Um dies zu erreichen, ist auch nach der Testung eine umfangreiche, individuelle Beratung notwendig. (Bei der anonymen Testung muß allerdings die Testperson mitmachen, es kann aber auch sein, daß sich diese Person nach der Bekanntgabe nicht mehr meldet und damit weiterer Beratung und Betreuung nicht mehr zugänglich ist).

## 4. Die Stadt München

Die Stadt München, in der sich die Aids-Problematik in Bayern konzentriert (von allen 229 vom August 1988 bis

August 1989 in Bayern neu Erkrankten stammen 176 aus dem Großraum München), führt eine sehr umfangreiche Statistik über ihre Aktivitäten: „95% Aufklärung und Beratung, 5 % Maßnahmen“ umschrieb Kreisverwaltungsreferent Dr. Uhl gegenüber der Kommission die „Münchner Aids-Strategie“. Diese stellt sich in Zahlen ausgedrückt wie folgt dar:

(Statistik, siehe Anlage 3)

Von Juni 1985 bis 31. August 1989 wurden in der Anonymen Aids-Beratungsstelle 19978 Testungen durchgeführt (davon 3324 Wiederholungen), davon positiv 476.

Im Städtischen Gesundheitsamt wurden aufgrund des Bayerischen Maßnahmenkatalogs von Januar bis August 1989 folgende Testungen vorgenommen:

– Ausländer: 3335	keiner positiv
– Beamtenanwärter: 1255	keiner positiv
– Prostituierte (monatl. im Schnitt ca. 280)	1 positiv (April 1989)

#### 4.1 Erfahrungen der Stadt München im „Umfeld des Maßnahmenkatalogs“

##### 4.1.1 Zwangsvorladungen

Auf das „diskrete Anschreiben“ ansteckungsverdächtiger Personen – siehe Anlage 4 – (Hinweise von Polizei und Staatsanwaltschaft) erfolgt bei Ignorieren ein zweites mit dem Hinweis, bei Nichtbefolgen eine förmliche Vorladungsanordnung mit Androhung, ein Zwangsgeld zu erlassen – siehe Anlage 5 –, als drittes ergeht dann eine diesbezügliche Anordnung, die bei vergeblicher Durchsetzung letztlich in einer zwangsweisen Vorführung beim Gesundheitsamt enden kann. Zwangsmaßnahmen müssen aber nur sehr vereinzelt angewandt werden.

##### 4.1.2 Testung der Prostituierten

Während sich männliche Prostituierte der Erfassung und Testung entziehen möchten, nehmen die weiblichen Prostituierten sowohl die Testmöglichkeiten wie auch die Kondomanordnungen an. Letztere besagt, daß bei allen Formen des Geschlechtsverkehrs im Rahmen der Prostitution ein Kondom zu gebrauchen ist und daß alle 3 Monate eine HIV-Testung durchgeführt werden muß. Die meisten Prostituierten lassen sich aber freiwillig schon alle 2 Monate im Rahmen der Blutabnahme für die Lues-Untersuchung testen und erhalten darüber eine Bescheinigung. („Schein“ siehe Anlage 6).

##### 4.1.3 Ausländertestung

Hier ist das eigentliche Problem die Sprache, da es sich zum Teil um „komplizierte Erklärungen“ handelt, die den Ausländern gegeben werden müßten.

##### 4.1.4 Hygieneverordnung

Zum Teil „erschütternde Unkenntnis“ über hygienische Mindestvoraussetzungen (Aussage vom 04. 02. 1988).

### D. Betreuung der Infizierten

Der Betreuung der Infizierten kommt eine große Bedeutung zu: Der weitere Weg muß zum einen medizinisch, zum anderen „psychisch“ begleitet werden, und zwar so, daß die Infizierten weitgehend im normalen Alltagsleben integriert bleiben. Dies ist natürlich am leichtesten möglich, wenn und solange sich keinerlei Krankheitssymptome zeigen; dies kann Jahre dauern. Aber auch in dieser Zeit ist der Infizierte in der

ständigen Angst und Beobachtung seiner selbst, ob er Anzeichen für den Ausbruch der Krankheit an sich entdeckt, er weiß nicht, ob er sich anderen anvertrauen soll oder muß – zum Beispiel Freunden, dem Arbeitgeber usw.. Es ist daher verständlich, daß auch schon in diesem Stadium eine Betreuung sachdienlich, bei psychisch labilen Personen sogar geboten ist.

#### 1. Medizinische Betreuung

Es gibt trotz der positiven Meldungen in den Medien noch keine wirksame Therapie. Auch das Medikament Azidothymidin (AZT) vermag nach jetziger Erkenntnis den Ausbruch der Krankheit nur hinauszuzögern, nicht aber gänzlich zu verhindern. Daneben werden verschiedene andere Medikamente verabreicht, Inhalationsbehandlungen durchgeführt, zur medizinischen Versorgung gehören auch Infusionen von Immunglobulin zur Stärkung des Immunsystems oder Transfusionen für blutarme Patienten.

#### 2. Soziale Betreuung

Neben den ärztlichen Versorgungsstellen, die sich auch mit der „sozialen Seite“ der Infektion auseinandersetzen, kommen für die soziale Betreuung im Vorfeld der Erkrankung vor allem caritative und Selbsthilfeorganisationen in Betracht. Beim Informationsbesuch der Stadtmission Nürnberg und der Aids-Hilfe München wurde der Kommission vorgetragen, daß mangels ausreichenden Personals auch die Betreuung mangelhaft bleiben müsse.

Die Betreuung erstreckt sich im Vorfeld der Erkrankung vor allem auf die Beratung zur Verhaltensänderung sowohl auf dem Gebiet des Risikoverhaltens wie auch im allgemeinen Leben (Ernährung, Rauchen etc.). Die Intensität der Betreuung hängt davon ab, ob der Infizierte ein familiäres Umfeld hat oder einen Freundeskreis oder alleinstehend und daher evtl. sogar Suizidgefahr besteht. Der Infizierte ist auch psychisch auf einen evtl. Ausbruch der Krankheit vorzubereiten.

Manche Infizierte wollen aus „Schwellenangst“ vor behördlicher Erfassung untertauchen. Um hier zu helfen, gibt es zum Beispiel in der Aids-Hilfe München eine eigene Gruppe „Streetwork“, deren Mitarbeiter in die „Szene gehen“, um dort als Gesprächspartner in weitgehender Anonymität zur Verfügung zu stehen.

### E. Versorgung und Betreuung der Kranken

Die Hauptaufgabe der Versorgung und Betreuung der HIV-Positiven beginnt aber dann, wenn erste Krankheitssymptome auftreten und verstärkt sich mit der zunehmenden Krankheitsentwicklung.

#### 1. Medizinische Versorgung

Zunächst bestand die Befürchtung, daß die Erkrankten bereits in einem sehr frühen Stadium die Klinik aufsuchen, um sich in stationäre Behandlung zu begeben; dies hätte zu einer enormen Ausweitung der Bettenkapazität, des Personals und der Kosten führen müssen. Zwischenzeitlich hat sich aber herausgestellt, daß rund „80% aller mit Aids zusammenhängenden Probleme ambulant gelöst werden können“ (Dr. Jäger), vor allem, wenn „Spezialambulanz“ eingerichtet werden, wie dies zwischenzeitlich in München in der Universitätspoliklinik, in der Dermatologischen Universitätsklinik und im Schwabinger Krankenhaus der Fall ist.

##### 1.1 Das sogenannte Schwabinger Modell baut dabei auf drei Ebenen auf, dem „Kerndreieck“ (enge Verbindung von Hausarzt, Ambulanz und stationärer Versorgung), dem „inneren Zirkel“ (Zusammenarbeit mit den verschiede-

nen Vorhaltungen im Krankenhaus selbst wie Neurologie, Endoskopie, Lungenheilkunde bis hin zur Krankengymnastik und zur Krankenhausseelsorge) und dem „äußeren Zirkel“, der den „inneren“ ergänzen muß (Institutionen, die häufig in die Betreuung mit eingeschaltet werden müssen, wie caritative Einrichtungen, Aids-Hilfe und niedergelassene Therapeuten).

Auf diese Art kann gewährleistet werden, daß der Patient weitgehend in seinem privaten Kreis verbleiben kann, je nach Zustand kommt er „dreimal pro Woche, mancher nur dreimal pro Jahr“ in die Ambulanz, die dann in einer Art „Tagesklinik“ den Patienten gemäß dem Kontakt beim „engeren Dreieck“ im „inneren Zirkel“ versorgt, z.B. Medikamentenverabreichung, Inhalationen, Infusionen und dergleichen. Die Patientenkontakte sind zwischen dem ersten (02. 12. 1988) und zweiten (06. 07. 1989) Gespräch, das die Kommission mit Dr. Jäger geführt hat, von ca. 300 auf 400 pro Monat angestiegen bei einem Gesamt von ca. 150 Patienten. Im Durchschnitt kommt täglich ein neuer hinzu, der bis dahin das Krankenhaus noch nicht konsultiert hat. Das bedeutet stete Mehrbelastung für das Personal. Es bietet sich daher eine Überprüfung an, ob nicht eine Anzahl von Stellen aus dem prophylaktischen in den Versorgungsbereich übergeleitet werden kann.

- 1.2 Für die stationäre Behandlung der Kranken sind in den drei genannten Kliniken verhältnismäßig wenig Betten vorhanden (zwischen 10 und 30), die auch nicht in einer Spezialabteilung untergebracht sind, sondern „quer Beet“ durch die Abteilungen, weil grundsätzlich keine Ansteckungsgefahr der Mitpatienten gegeben ist. Die Professoren Zöllner und Braun-Falco haben dies auch damit begründet, daß das Pflegepersonal bei Verteilung auf mehrere Stationen jeweils nur ein oder zwei Aids-Kranke zu betreuen habe, daneben „weniger anstrengende“ andere Patienten.
- 1.3 Die medizinische Versorgung der Aids-Kranken stellt an das Klinikpersonal erhebliche Anforderungen. Das beginnt bei den Pflegekräften, die sowohl physisch wie psychisch erheblich mehr gefordert sind – vor allem bei fortgeschrittenem Krankheitsstadium – als bei anderen Patienten (Prof. Zöllner: „Pflegeaufwand ist 1,6 mal größer als bei einem Durchschnittspatienten) bis hin zu den Ärzten, die verständlicherweise ebenso mehr gefordert sind als üblich. Daher ist sowohl ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Personal notwendig, wie auch eine regelmäßige „Supervision“. Das Personal ist nach Auskunft aller befragten Ärzte zu wenig. Auch müßten unbedingt Zulagen gegeben werden, um wenigstens einen gewissen finanziellen Ausgleich für die erschwerte Tätigkeit zu bieten. Die von der Bundesregierung im Zuge des „Sofortprogramms“ zusätzlich zur Verfügung gestellten Kräfte haben außerdem meist nur kurzfristige Arbeitsverträge, was sich negativ zum einen auf die Bewerberzahl, zum anderen auf die Psyche der Eingestellten auswirkt. So mußte die Dermatologische Klinik in ihrem Tätigkeitsbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vom 25. 10. 1988 darauf hinweisen, daß von den zwei vom Ministerium zur Verfügung gestellten Planstellen für Pflegekräfte „trotz mehrfacher Ausschreibung in regionalen und überregionalen Zeitungen“ nur eine Stelle besetzt werden konnte.
- 1.4 Die Bettenzahl in den Kliniken ist nach jetziger Erkenntnis und aufgrund der weiteren Ausbreitung der „Spezialambulanzen“ ausreichend. Zu diesem Ergebnis kommt auch die Staatsregierung in der Antwort auf eine Schriftliche Anfrage des Kommissionsvorsitzenden vom 17. 10.

1988 (Antwort vom 21. 02. bzw. 01. 03. 1989); als die wesentlichsten Aussagen sind festzuhalten (zum vollständigen Text siehe Anlage 7):

- Die jetzigen Zahlen hochgerechnet ergeben für Ende 1992 in Bayern etwa 800 noch lebende Aids-Kranke
- Bei einer angenommenen Krankenhausverweildauer von 30 Tagen pro Patient und Jahr wäre dies ein Bedarf von 80 Betten
- Selbst bei einer doppelten Zahl von Aids-Kranken wäre die jetzige Bettenkapazität ausreichend

#### 1.5 Behandlung in Allgemein-Krankenhäusern

Übereinstimmung bestand bei allen Befragten, daß Allgemein-Krankenhäuser nur unter besonderen Voraussetzungen zur Aids-Versorgung herangezogen werden können. Zum einen fehlt es am Wissensstand des Personals, zum anderen an der erforderlichen Ausstattung (mindestens erforderlich: Computer-Tomograph und gutes Labor für Diagnosearbeit). Deshalb sollte die Behandlung der Aids-Patienten weitgehend auf die Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe beschränkt bleiben. Zum Teil muß man auch dort, wie zum Beispiel beim „hochmodernen“ Klinikum in Augsburg „personell und apparativ ganz massiv nachrüsten“ (Prof. Balda).

Auf die Schriftliche Anfrage des Kommissionsvorsitzenden vom 18. 04. 1989 hat das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung unter dem 03. 07. 1989 geantwortet, daß die Staatsregierung das Anliegen, im Zentralklinikum in Augsburg eine Aids-Institutsambulanz einzurichten, unterstützt und die kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Krankenkassenverbände gebeten hat, in „diesem Sinn bemüht zu sein“.

Damit wäre auch der schwäbische Raum mit einer entsprechenden Spezialambulanz abgedeckt.

#### 2. Psychosoziale Versorgung der Kranken

Die Notwendigkeit, die HIV-Positiven einer psychosozialen Betreuung zu unterstellen, wurde von allen Befragten – auch den Wissenschaftlern und Ärzten – besonders betont, wobei verständlicherweise mit dem Fortschreiten der Krankheit die Betreuung umfangreicher wird. Diese reicht von der „psychischen Aufbauarbeit“ bis zur Sorge um Arbeitsplatz und Wohnung, Angehörigenbetreuung, ja auch über den Tod hinaus, weil oft die Angehörigen dringend eines Beistandes bedürfen, da sie sich – vor allem, wenn der Verstorbene einer „Risikogruppe“ angehörte, mit niemand aussprechen können.

- 2.1 Für diese Betreuung gibt es verschiedene Institutionen: Neben den allgemein bestehenden caritativen Einrichtungen wurden auch speziell im Rahmen von „Aids“ neue Institutionen geschaffen:
  - 2.1.1 Psychosoziale Beratungsstellen  
Durch die Schaffung von 10 psychosozialen Beratungsstellen, die von verschiedenen freien Trägern der Wohlfahrtseinrichtungen betrieben, vom Freistaat Bayern installiert und bis zu 80% finanziert werden, soll gewährleistet sein, daß in jedem Regierungsbezirk mindestens eine zentrale Anlauf- und Beratungsstelle vorhanden ist.
  - 2.1.2 Aids-Hilfe  
Anfang der 80er Jahre wurden in der Bundesrepublik Aids-Selbsthilfeorganisationen gegründet, so die Deutsche Aids-Hilfe e.V. in Berlin – gleichsam als Dachorganisation – aber auch in vielen Städten, so zum Beispiel die Münchner Aids-Hilfe e.V., die im Februar

1984 ihre Tätigkeit aufnahm. An der Spitze dieses Vereins steht ein fünfköpfiger ehrenamtlich tätiger Vorstand. Neben einigen hauptamtlichen Kräften sind in den Bereichen „Betreuung, Streetwork, Öffentlichkeits- und Benefizarbeit“ rund 120 ehrenamtliche Mitarbeiter tätig, die zum Zeitpunkt des Informationsbesuchs durch die Kommission (Januar 1989) etwa 50 Aids-Kranke betreuten.

Zur Betreuung gehört auch die Beschaffung geeigneten Wohnraums für (alleinstehende) Kranke. Verschiedene Projekte von Wohngemeinschaften werden staatlicherseits gefördert, zur Zeit können aber diese Mittel mangels geeigneter Wohnräume nicht voll ausgeschöpft werden. In der Bevölkerung ist eine große Ablehnung von aids-infizierten „Nachbarn“ zu verzeichnen, die manche Anmietung durch die Aids-Hilfe verhindert hat.

Große Probleme bereitet der Aids-Hilfe der Personalmangel an hauptamtlichen Kräften. Diese müßten sehr viele unbezahlte Überstunden leisten (40 pro Quartal dürfen vergütet werden). Die Bitte um Abhilfe richtet sich sowohl an das Land Bayern wie an den Bund.

### 2.1.3 Kirchliche Einrichtungen

Aus der Vielzahl kirchlicher Einrichtungen, die sich um die psychosoziale Betreuung Aids-Infizierter und -Kranker kümmern, wählte die Kommission für einen Informationsbesuch die „Nürnberger Stadtmission“ aus, die zum Diakonischen Werk der evangelisch-lutherischen Landeskirche gehört. Im wesentlichen übernimmt die innerhalb der Stadtmission eingerichtete Beratungsstelle ähnliche Aufgaben wie die vorhin beschriebenen Aids-Hilfen. Die Finanzierung der Beratungsstelle – soweit sie Aids-Beratung betrifft – erfolgt mit 80% durch staatliche Zuwendungen und 20% Landeskirchenmittel (die von der Stadt Nürnberg ursprünglich erbetene Übernahme von 10% der Kosten wurde mit Hinweis auf die schlechte Finanzlage der Stadt abgelehnt).

### 2.1.4 Sondereinrichtungen

Neben den oben dargelegten allgemeinen Einrichtungen zur Versorgung Aids-Kranker gibt es spezielle Einrichtungen für Drogenabhängige, für HIV-positive Kinder, für Strafgefangene usw., die nachfolgend noch näher beschrieben werden.

## F. Spezialthemen

### 1. Drogen und Aids

Wie sich aus den Statistiken (siehe Anlage 1) zeigt, nimmt die Übertragung von HIV durch Drogenabhängige – durch die gemeinsame Benutzung des gleichen Injektionsbestecks – nach der Gruppe der homo- und biseksuellen Männer den zweiten Rang ein, mit steigender Tendenz. Die Kommission hat daher dieses Thema ausführlich behandelt und bei DAYTOP in Grafrath und in Zürich Informationen gesammelt.

#### 1.1 DAYTOP

DAYTOP (Drug addicted youths treated on probation) eine Einrichtung für „drogenabhängige Jugendliche, die auf Bewährung behandelt werden“, gleichsam ein Fachkrankenhaus für Drogenabhängige, betreibt in der Bundesrepublik 20 Häuser, eines davon in Grafrath. Zur Zeit des Informationsbesuchs (23. 03. 1988) war das Haus mit 35 Personen etwas überbelegt (die Warteliste umfaßt ca. 40 Bewerber), die in einer 12 bis 14 Monate dauern-

den Therapie – in enger fachlicher Zusammenarbeit mit dem Münchner Pettenkofer-Institut – versuchen, drogenunabhängig zu werden. In den DAYTOP-Häusern werden jetzt auch HIV-Positive (keine Aids-Kranken) „ohne Wenn und Aber“ aufgenommen, wobei allerdings eingeräumt wurde, daß die erste Anfrage 1985 ziemliche Ratlosigkeit verursacht hatte. Jetzt wohnen Infizierte und Nichtinfizierte zusammen, es wird offen zwischen allen über die Probleme der Infektion gesprochen und mancher Infizierte ist durch sein „vorbildliches Verhalten“ ein gewisser Ansporn für die übrigen. Alle Insassen werden so behandelt als seien sie positiv, alle verhalten sich untereinander so, dies hebt das Gesundheitsbewußtsein.

Alle Gesprächspartner weisen darauf hin, daß mit „Zwang“ keinerlei Erfolge erreicht werden, sondern daß in jeder Phase – insbesondere beim Gespräch außerhalb der Einrichtung – „mit niederschweligen Angeboten“ (Streetworker, Gespräche in einschlägigen Lokalen etc.) versucht werden müsse, Vertrauen zu erwecken. Für Drogenabhängige seien auch plakative Appelle zur Verhaltensänderung fruchtlos (Litfaßsäulen, Broschüren etc.). Eine solche sei nur bei unmittelbarem persönlichem Kontakt möglich; deshalb müßten diese Aufklärungs- und Beratungsmöglichkeiten verstärkt werden.

### 1.2 Zürich (Psychiatrische Universitätsklinik, Prof. Uechtenhagen und Städtärztlicher Dienst, Zürich, Dr. Wettstein)

#### 1.2.1 Die Drogenszene in der Stadt Zürich hat in den letzten Jahren beängstigende Ausmaße angenommen, so daß nach politischen Aktionen gerufen wurde. Die Politik wurde tätig: Bis Juli 1987 bestand die polizeiliche Aufgabe darin, jegliche Drogenszene sofort zu zerschlagen. Dann entschied das Stadtparlament, auf dem sogenannten Platzspitz-Park im Zentrum Zürichs die Drogenszene zu dulden, sie zu betreuen und polizeilich lediglich noch zu „beaufsichtigen“. Zwischenzeitlich gibt es dort bis zu 3000 Drogenabhängige (ca. 1500 regelmäßige, etwa die gleiche Zahl gelegentliche Fixer), die von verschiedenen im Park oder in unmittelbarer Nähe stationierten Einrichtungen betreut werden. Die Politiker wollten offensichtlich die Drogenabhängigen aus „ihren“ Stadtvierteln weghaben, schufen aber jetzt ein „Getto durch Aussonderung von der normalen Gesellschaft“ (Dr. Wettstein).

Eine der umstrittenen Einrichtungen sei das „Zürcher Methadon-Programm“. Während der „restriktiven Phase“ bis 1987 erhielten etwa 400 Fixer in der Schweiz Methadon, jetzt sind es allein im Kanton Zürich 1500. Das Ergebnis bedeutet: „Bei einem Drittel funktioniert es, bei einem Drittel ist der Erfolg nicht anhaltend, bei einem Drittel ist es ganz erfolglos“. Nachdem es kaum mehr reine Heroinkonsumenten gibt, kann Methadon nur bedingt helfen, die meisten nehmen außerdem (billiges) Kokain, gegen das Methadon „nichts ausrichten“ kann. Methadon-Programme haben nur eine Chance, wenn eine „therapeutische Infrastruktur“ vorhanden ist, zumal Drogensucht kein rein stoffliches Konsumverhalten sondern auch psychische Flucht vor der Realität und Ausdruck eines fehlenden Lebenszieles ist.

#### 1.2.2 Drogen und Aids

Die „Liberalisierung der Drogenszene“ hat sich auch auf die Behandlung von Aids ausgewirkt. Direkt am Platzspitz gibt es in einem Kiosk eine „behördliche Spritzenumtauschstelle“, bei der jeder Drogenabhängige gebrauchte Spritzen umtauschen kann, und zwar bis zu 5 Stück. Wer keine Spritze als Tauschobjekt mit-

bringt, erhält nur eine neue (im gesamten Park finden sich deshalb keine gebrauchten Spritzen!). Dies ist Teil des „Überlebenshilfeprojektes ZIP“ (= Züricher Interventionsprogramm), in dem u.a. auch die Kondomabgabe (die Beschaffungsprostitution und damit die Übertragungsgefahr ist erheblich, da in der Hauptgeschäftszeit der Straßenprostitution zwischen 17.00 und 19.00 Uhr die meisten Freier – Ehemänner nach Büroschluß – Kondome ablehnen und die meist sehr jungen Fixerinnen aus finanziellen Gründen darauf eingehen) und das Angebot, direkt am Platzspitz Aids-Tests durchzuführen, gehören. Der tägliche Spritzenaustausch beläuft sich auf 2000 bis 4000. Damit ist nach Dr. Wettstein zwar die Aids-Infektionsrate zurückgegangen, andererseits aber ist die Zahl der Drogenabhängigen erheblich gestiegen, so daß sich „der Endeffekt auch bei der Aids-Übertragung auf Null reduziert“. Erfolg bringt auch in Zürich allenfalls das breitgefächerte Angebot von „Ausstiegs- und Überlebenshilfen“, von denen „vielleicht eine greift“. Dazu gehören u.a.

- Entzugsstation Frankenthal (jeder kann ohne Aufnahmebedingungen davon Gebrauch machen, wenn eines der 12 Betten frei ist)
- Krankenzimmer für Obdachlose (kranke Obdachlose werden dort behandelt, zum Teil ambulant, zum Teil stationär zur Entlastung der Krankenhäuser und zur spezialisierten Betreuung dieses Personenkreises)
- Ambi-Sanitärkatastrophen-Anhänger (rasche ambulante medizinische Hilfe, besonders Reanimationen)
- spezielle Tagescafes, wo Süchtige geduldet werden
- betreutes Wohnen (das Sozialamt mietet selbst Wohnungen an und gibt sie an Drogenabhängige und Obdachlose weiter)
- „lila Frauenbus“ (Bus am Rande des Platzspitzes von Frauen geführt, als Ausstiegshilfen für prostituierte Fixerinnen)
- Sune-Egge (Projekt der „Stiftung Sozialwerk Pfarrer Sieber“ – eine sozialmedizinische Krankenstation in familiärem Charakter für ca. 30 Aids-Kranke)

## 2. Kinder und Aids

Ein besonderes Problem stellt die HIV-Infizierung von Kindern dar: die medizinische Versorgung, aber insbesondere die psychosoziale Betreuung, auch ihres Umfeldes, der Familie, meist der alleinerziehenden Mutter.

Die Bundesregierung hat ein eigenes Modellprogramm „Aids und Kinder“ entwickelt (vom Gesundheitsministerium mit jährlich 4 Mill. DM gefördert) mit dem Ziel, die medizinische Behandlung und psychosoziale Betreuung HIV-infizierter Kinder und deren Eltern zu verbessern. Dazu sollen u.a. fünf Studienzentren an den Universitätskinder- und Frauenkliniken in Berlin, Hamburg, Düsseldorf, Frankfurt/Heidelberg und München beitragen. Mit dem Leiter des Münchner Studienzentrums, Prof. Dr. Belohradsky (Kinderklinik der Universität im Dr.-von-Haunerschen-Kinderspital), und Frau Irene Huber (Vorsitzende des Bundesverbandes behinderter Pflegekinder e.V.) sowie Herrn Siegfried Oberdörfer (2. Vorsitzender des Landesverbandes der Pflege- und Adoptiveltern in Bayern e.V.) erörterte die Kommission am 08. 03. 1989 die Gesamtproblematik.

2.1 Wegen der verhältnismäßig (noch) geringen Zahl von aids-erkrankten Kindern wird das Thema „kurzsichtig marginalisiert“. Dennoch: In der Bundesrepublik sind derzeit ca. 60 aids-erkrankte Kinder registriert. Die Infizierten können aber ca. 400 bis 600 betragen. Rund 80% der Mütter dieser Kinder sind drogenabhängig und im gebärfähigen Alter, so daß prophylaktische Maßnahmen dringend erscheinen. Einen „erfreulichen“ Aspekt zeigt die Transmissionsrate: Während noch vor 2 Jahren angenommen wurde, es würden sich mehr als 50% der Neugeborenen von ihren HIV-infizierten Müttern anstecken, zeigen neue Studien, daß es etwa nur „30%“ sind; diese Erkenntnis hat u.a. dazu geführt, daß die Gesellschaft für Gynäkologie, die noch vor zwei Jahren generell zur Schwangerschaftsunterbrechung geraten hatte, dies jetzt unterläßt.

2.2 Bezüglich der Lebenserwartung der Infizierten unterscheidet Prof. Belohradsky zwei Gruppen: Bei der größeren, ca. 80%, erkranken die Kinder innerhalb der ersten zwei Jahre und haben dann eine sehr schlechte Prognose (meist sterben sie bereits im dritten oder vierten Lebensjahr). Die zweite Gruppe von ca. 20% zeigt zwar mit vier bis fünf Jahren eine eindeutige HIV-Infektion, aber keinerlei Krankheitssymptome. Gerade bei dieser Gruppe ist eine kinderspezifische medizinische Betreuung notwendig, um insbesondere kindertypische Infektionen (Masern, Windpocken) und Krankheiten der oberen Luftwege zu verhindern (z.B. durch in vierwöchigen Abständen ambulant verabreichte Infusionen). Beim Auftreten von Krankheitssymptomen müssen die gleichen Behandlungen einsetzen wie bei Erwachsenen, also zum Beispiel mit dem Medikament Retrovir, das zur Zeit etwa 20 Kindern in der Bundesrepublik verabreicht wird. Ein steter enger Kontakt mit der Klinik und damit eine stete ärztliche Betreuung sind nötig. Das dafür zur Verfügung stehende Personal reicht bereits jetzt nicht mehr aus, jedenfalls müssen aber die Kräfte, die jetzt mit Zeitarbeitsverträgen vom BMJFFG und vom BMAS zugeteilt sind, „langfristig“ zur Verfügung stehen.

2.3 Weitaus problematischer als die medizinische Betreuung ist die psychosoziale. Betroffen ist ja von der Infektion meist auch die Mutter (sofern es sich nicht um Infektionen durch Blutübertragung oder Hämophile handelt), die in fast 90% der Fälle drogenabhängig ist. Psychisch betroffen ist aber die ganze Familie. Diese muß intensiv vor Ort betreut werden; wenn die Familie zur Betreuung nicht mehr in der Lage ist, bedarf es der Suche nach Pflegefamilien oder der Unterbringung in „professionellen Kleinsteinrichtungen“.

2.4 Von den Vertretern der beiden Verbände wurde die mangelnde Akzeptanz von HIV-infizierten Kindern in der Bevölkerung kritisiert; das „Verschweigenmüssen“ stelle eine weitere psychische Belastung für Kinder und Eltern dar. Um diese Situation zu verbessern, müsse u.a. die Aufklärung darüber, daß durch das normale Spielen der Kinder miteinander keine HIV-Übertragung erfolgt, verstärkt werden.

## 3. Strafvollzug und Aids

3.1 Drei Problemkreise stehen im Vordergrund des Themas „Strafvollzug und Aids“:

3.1.1 Behandlung (medizinisch und psychosozial) von HIV-Positiven oder -Erkrankten im Vollzug

3.1.2 Übertragung auf andere Gefangene, insbesondere durch homosexuelle Kontakte und gemeinsame Benützung von Injektionsbesteck

### 3.1.3 Übertragung auf Bedienstete durch soziale Kontakte

Leitender Ministerialrat Dr. Gerhard vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz berichtete bei seiner Anhörung am 19. 04. 1989, daß diese Probleme in Bayern zufriedenstellend gelöst seien:

#### Zu 3.1.1

Seit September 1987 gilt die Richtlinie, möglichst alle Gefangenen (auch Untersuchungsgefangene) auf freiwilliger Basis zu untersuchen (95 - 97% kommen dem nach). Zwang wurde bisher nicht angewendet, auch wenn dies rechtlich möglich gewesen wäre. Infizierte werden grundsätzlich wie andere Gefangene behandelt, sie verbringen die Frei- und Arbeitszeit zusammen, nachts erfolgt - wie bei allen Gefangenen vorgesehen - die Unterbringung in Einzelhaftzellen. (Ausnahme: Wenn sich ein Infizierter trotz Kenntnis seiner Infektion homosexuell betätigt, wird er auch tagsüber getrennt untergebracht). Wer sich nicht testen läßt und einer Risikogruppe angehört, wird so behandelt, wie wenn er infiziert wäre.

Die Infektion wird nur ganz wenigen Personen (in der Regel Anstaltsleiter und Stellvertreter) mitgeteilt, manche Infizierte reden aber selbst darüber, in einer Großanstalt gibt es bereits eine Selbsthilfegruppe von HIV-Infizierten; es gibt auch dort keine Probleme im Umgang mit den anderen Gefangenen oder mit dem Personal. Sofern die Krankheit ausbricht, ist eine zusätzliche medizinische Versorgung, wie außerhalb der Anstalten, erforderlich; unter Umständen ist eine Verlegung in ein Krankenhaus außerhalb des Vollzugs oder eine Haftunterbrechung notwendig.

#### Zu 3.1.2

Homosexualität und Fixen läßt sich auch in der Vollzugsanstalt nicht ganz ausschließen. Es ist aber nicht daran gedacht, Kondome zum Verkauf anzubieten oder gar Spritzbesteck auszuteilen. Die Anstaltsärzte würden aber anonym Kondome ausgeben und seien auch großzügig mit der Bereitstellung von Desinfektionsmitteln. Das Personal sei bestrebt, die Gefangenen soweit wie möglich zu überwachen, es sei auch noch kein Fall einer Infektion während der Haft bekannt geworden. Allerdings lassen sich viel weniger Gefangene beim Abgang als beim Zugang testen, so daß eine endgültige Klarheit dafür nicht besteht.

#### Zu 3.1.3

Die Ansteckung des Personals durch soziale Kontakte ist grundsätzlich nicht zu befürchten. Für besondere Fälle gibt es aber Handschuhe und Desinfektionsmittel.

### 3.2 Testergebnisse

Gewisse Aufschlüsse über den Durchseuchungsgrad und evtl. zu treffende Maßnahmen vermitteln auch die in Justizvollzugsanstalten vorgenommenen Testungen:

- 3.2.1 Von 1985 bis 01. 09. 1989 wurden insgesamt 47853 Gefangene getestet. Bei 571 (490 Männer und 81 Frauen) war das Ergebnis positiv (1,19% der Untersuchten). Davon waren 395 (69,2%) Fixer, 54 (9,5%) Homo- oder Bisexuelle, 10 Prostituierte, 10 Tätowierer und 17 (0,04% der Untersuchten) gehörten keiner Risikogruppe an.

Dies bedeutet gegenüber den bei der Anhörung von Herrn Ministerialrat Dr. Gerhard am 19. 04. 1989 genannten Zahlen innerhalb von 5 Monaten bei 5333 Neutestungen eine Zunahme von 43 Infizierten; das sind nur noch 0,81% der Untersuchten. Unter den Ge-

testeten, die keiner Risikogruppe angehören, war bei den in diesen 5 Monaten Getesteten keiner „positiv“.

- 3.2.2 Am 01. 09. 1989 befanden sich in den bayerischen Justizvollzugsanstalten insgesamt 88 Infizierte (78 Männer, 10 Frauen), von denen 66 noch keinerlei Krankheitssymptome zeigten. Ein Gefangener ist am Vollbild erkrankt.

Übereinstimmung zwischen Ministeriumsvertretern und Kommissionsmitgliedern bestand darin, daß die Situation derzeit „gemeistert“ wird, in personeller Hinsicht entstehen - vor allem bei der psychosozialen Betreuung - gewisse Engpässe, die die Justizvollzugsanstalten durch stärkere Einbindung von Hilfsorganisationen von außerhalb (insbesondere Aids-Hilfe) zu beheben versuchen.

### 4. Prostitution und Aids

Auf Wunsch eines Mitglieds befaßte sich die Kommission auch mit dem Sonderthema „Prostitution und Aids“ und befragte am 20. 07. 1989 zwei Mitglieder der Selbsthilfegruppe „Kassandra e.V.“ aus Nürnberg.

Alle Prostituierten, die in Bordellen, Modellappartements, in Clubs und auf den „Straßen“ oder „Autostrich“ arbeiten, werden registriert und müssen sich regelmäßig beim Gesundheitsamt Testungen unterziehen: Alle ein bis zwei Wochen auf Tripper, alle acht Wochen auf Syphilis/Lues und seit Mai 1987 aufgrund des Bayerischen Maßnahmenkatalogs alle drei Monate auf HIV; die meisten lassen den HIV-Test aber alle zwei Monate im Rahmen der Lues-Untersuchung vornehmen.

Registrierte Prostituierte müssen unterschreiben, daß sie ausschließlich mit Kondomen arbeiten (Kondom-Anordnung) und daß sie damit rechnen müssen, bei Zuwiderhandlungen bestraft zu werden. Registrierte Prostituierte gehören daher heute „zu den bestaufgeklärten Risikogruppen“ und sie leisten auch täglich „Aufklärungsarbeit über HIV-Infizierung, die kostenlos ist und nicht gewürdigt wird“.

- 4.1 Das größte Problem ist offensichtlich das Verlangen vieler Freier, nach wie vor von der Kondomanwendung abzusehen, sie bieten dafür Aufzahlungen und suchen die Prostituierten der Reihe nach ab, bis sich eine findet, die eine Ausnahme macht. Beschaffungsprostituierte sind besonders gefährdet, darauf einzugehen. Der „Schein“ (die Bestätigung, daß die letzte Testung negativ war) ist nach Ansicht der Prostituierten kontraproduktiv, da die Freier sich danach sicher fühlen, ohne zu bedenken, welche sexuellen Kontakte die Prostituierte seit dem Test hatte und ob nicht trotz Tests eine Infektion vorliegt, die aber noch keine Antikörper entwickelt hat.

Es muß daher eine weitere gezielte Aufklärung erfolgen. Nach Ansicht der „Betroffenen“ müßte die Strafandrohung nicht für die Prostituierten, sondern für die Freier gelten.

- 4.2 Die Forderung nach Substituierung von drogenabhängigen Prostituierten mit Methadon wird in der Kommission unterschiedlich beurteilt, vor allem, weil damit allenfalls Heroin ersetzt werden kann, nicht aber andere Drogen, wie z.B. das sehr häufig kumulierend genommene Kokain.

- 4.3 Ein wichtiges Thema ist die Schaffung von Ausstiegshilfen.

Bei Beschaffungsprostitution ist das Problem wie bei anderen Drogenabhängigen das erfolgreiche Durchlau-

fen einer Therapie, bei nichtdrogenabhängigen Prostituierten könnte es vor allem bei Älteren erfolgversprechend sein, wenn entsprechend hohe staatliche Leistungen gegeben werden (in Düsseldorf sollen Prostituierte angeblich ein Jahr lang 2500 DM pro Monat erhalten, wenn sie sich zum Ausstieg entschließen) und begleitende Hilfen (wie dies zum Beispiel in Berlin durch die „Hydra“ geschieht) gegeben werden. Das Problem für die Prostituierten ist, daß sie meist teure Wohnungen haben und beim freiwilligen Ausstieg oder in Bayern bei Arbeitsverbot „einfach durchfallen“ mit dem Sozialhilfesatz (viele gehen gar nicht zur Sozialhilfe, weil dann z.B. evtl. die Eltern erstmals von der Tätigkeit der Tochter erfahren würden) und ohne psychosoziale Betreuung, so daß „gar nichts anderes übrig bleibt, als verbotenerweise wieder anzuschaffen“.

#### IV. Folgerungen

##### A. Forschung

Von Bund und Land wird eine Reihe von Forschungsprojekten gefördert; zur optimalen Umsetzung muß aber die Grundausrüstung der Forschungseinrichtungen, für die die Länder zuständig sind, erweitert werden. Es wäre wünschenswert, wenn die im August 1986 von der Bayerischen Staatsregierung beschlossenen Sondermittel von jährlich 6 Mio. DM entsprechend aufgestockt würden.

Der Bau der neuen Laborgebäude in den Universitäten Würzburg und Erlangen/Nürnberg ist dringlich.

##### B. Aufklärung

1. Das „generelle“ Aufklärungsmittel ist ausreichend vorhanden, es fehlt noch an einigen Spezialbroschüren, insbesondere zum besseren Erreichen von Risikogruppen, evtl. Ankauf von Broschüren (bzw. deren Druckvorlagen) der Schweiz.

2. Zahlreiche Institutionen bieten zahlreiche Aufklärungsveranstaltungen.

Eine Intensivierung, zumindest eine regelmäßige Wiederholung in den Schulen, den Medien usw. erscheint notwendig. „Risikogruppen“ sind (fast) nur über persönlichen Kontakt erreichbar; daher Ausbau von Streetwork, Infobusseinrichtungen usw. erforderlich.

3. Fortbildung

– Für die „Aufklärer“ ist eine regelmäßige Fortbildung zu gewährleisten.

Das gilt gleichermaßen für Lehrer, Aids-Fachkräfte und die Ärzte.

– Die Thematik sollte auch in die Lehrpläne des Medizinstudiums aufgenommen werden.

##### C. Maßnahmen zur Unterbindung der Infektionskette

1. Verhaltensänderung

Vom „Wissen“ zum „Befolgen“ ist ein weiter Weg; daher verstärkte Überzeugungsarbeit notwendig.

2. Erfassung der Infizierten

2.1 Das Interesse der Bevölkerung an freiwilligen anonymen Testungen ist nach wie vor groß, der Testungsort hat sich von den Gesundheitsämtern mehr auf die niedergelassenen Ärzte verlagert. Es sollte darauf hingewirkt werden, daß alle positiven Testungen – bei Beantwortung aller im anonymen Berichtsbogen gestellten Fragen –

auch an die zentrale Erfassungsstelle weitergeleitet werden.

2.2 Nachdem die Zahl der monatlich als neuinfiziert Gemeldeten nach wie vor zwischen 400 und 600 (bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland) ist und es sich dabei meist um Angehörige von „Risikogruppen“ handelt, ist eine verstärkte Überzeugungsarbeit notwendig.

2.3 Der Großteil der HIV-Infektionen wird bei den freiwilligen anonymen Testungen ermittelt; die aufgrund des Maßnahmenkatalogs – u.U. zwangsweise – durchgeführte Testungen sind als Ergänzung sinnvoll.

2.4 Einstellungsuntersuchungen sollten aus der Aids-Diskussion ausgeklammert und statistisch nicht mehr öffentlich aufgelistet, sondern wie jede andere (ansteckende) Krankheit bei der Einstellungsprüfung behandelt werden.

3. Die Beratung der Testpersonen bei den Gesundheitsämtern und anonymen Aids-Beratungsstellen ist umfassend, bei den niedergelassenen Ärzten eine Zeit- und Wissensfrage (Fortbildung!).

##### D. Betreuung der Infizierten

Damit die Infizierten weitgehend im normalen Alltagsleben integriert bleiben können, ist zum einen durch weitere Aufklärung der Bevölkerung die „Ansteckungsangst“ bei normalen sozialen Kontakten zu nehmen, andererseits sind die Beratungs- und Betreuungsstellen personell und sachlich entsprechend auszustatten.

##### E. Versorgung und Betreuung der Kranken

1. Medizinische Betreuung

– In den Krankenhäusern der höchsten Versorgungsstufe sind Spezialambulanzen zu fördern und, soweit noch nicht geschehen, einzurichten, insbesondere im Zentralklinikum in Augsburg.

– Die Krankenhäuser, die Aids-Patienten versorgen, sind personell zu verstärken, die Entlohnung des Pflegepersonals ist der größeren Belastung entsprechend anzupassen.

– Die zur Betreuung der Aids-Kranken erforderlichen Betten in den Kliniken sind vorhanden.

2. Psychosoziale Betreuung

– Die 10 psychosozialen Beratungsstellen in Bayern können nur eine zentrale Anlaufstelle sein, die darüber hinaus vorhandenen und notwendigen Organisationen, die sich mit der Betreuung Aids-Kranker befassen, sind entsprechend finanziell zu unterstützen.

– Die Bevölkerung ist aufzurufen, Aids-Kranke nicht auszugrenzen, insbesondere die Beschaffung von Wohnraum nicht zu verhindern.

##### F. Spezialthemen

1. Drogen und Aids

– Nachdem der Übertragungsweg „Fixen“ eine immer größere Bedeutung erlangt, ist diesem Thema auch staatlicherseits eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Diese Personengruppe ist durch „normales“ Aufklärungsmaterial nicht zu erreichen, daher ist verstärkter personeller Einsatz notwendig.

- Eine „behördliche Spritzenumtauschstelle“ (wie in Zürich praktiziert) mindert das Übertragungsrisiko, ist aber aus der Gesamtsicht der Drogenbekämpfung nur dann sinnvoll, wenn entsprechende therapeutische Begleitmaßnahmen möglich sind.
- Das Thema „Methadon“ ist nicht aids-spezifisch, sondern vorwiegend drogenspezifisch zu sehen.

## 2. Kinder und Aids

- Durch gezielte Aufklärung der Bevölkerung ist eine Ausgrenzung infizierter Kinder zu vermeiden.
- Im Hinblick auf die relativ geringe Transmissionsrate von ca. 30% ist auch aus medizinischen Gründen der Rat zur Schwangerschaftsunterbrechung nicht (mehr) vertretbar.

## 3. Strafvollzug und Aids

Die Handhabe in den bayerischen Justizvollzugsanstalten ist „angemessen“. In den größeren Anstalten sollte das Personal zur psychosozialen Betreuung aufgestockt werden.

## 4. Prostitution und Aids

- Die Testung der Prostituierten führt bei vielen Freiern zu falschen Schlüssen und damit zu falschem Verhalten. Eine weitere gezielte Aufklärung ist notwendig.
- Ausstiegshilfen, insbesondere für drogenabhängige Prostituierte, sind zu entwickeln.

## Schlußbemerkung

Die Aids-Kommission, eingesetzt zur „Vorbereitung von Entscheidungen des Landtags“ sollte Erkenntnisse sammeln, die dem Landtag die Prüfung ermöglichen, ob die von der Staatsregierung getroffenen Maßnahmen zutreffend und ausreichend sind. Dazu soll der Teil III „Gewonnene Erkenntnisse“ dienen. Die „Folgerungen“ unter IV sind als Ansatzpunkt für derartige parlamentarische Initiativen gedacht, die im wesentlichen auf einen verstärkten Einsatz des Aufklärungs- und Beratungskonzepts und eine bessere sachliche und personelle Ausstattung der mit der Aids-Bekämpfung befaßten Institutionen zielen.

Alle Informationen deuten darauf hin, daß die Ausbreitung in der Bundesrepublik Deutschland weniger dramatisch verlaufen ist und auch künftig verlaufen wird, als in manchen anderen westeuropäischen Ländern, insbesondere aber weniger dramatisch als in den USA und in Afrika. Dennoch gilt der Satz „Aids ist aus den Schlagzeilen, aber noch nicht aus der Welt“ und daher dürfen die Anstrengungen nicht nachlassen, der Krankheit Herr zu werden.

München, den 11. Oktober 1989

Dr. Gerhard Merk  
Vorsitzender

**Anlage 1****Beim BGA registrierte Aids-Fälle**

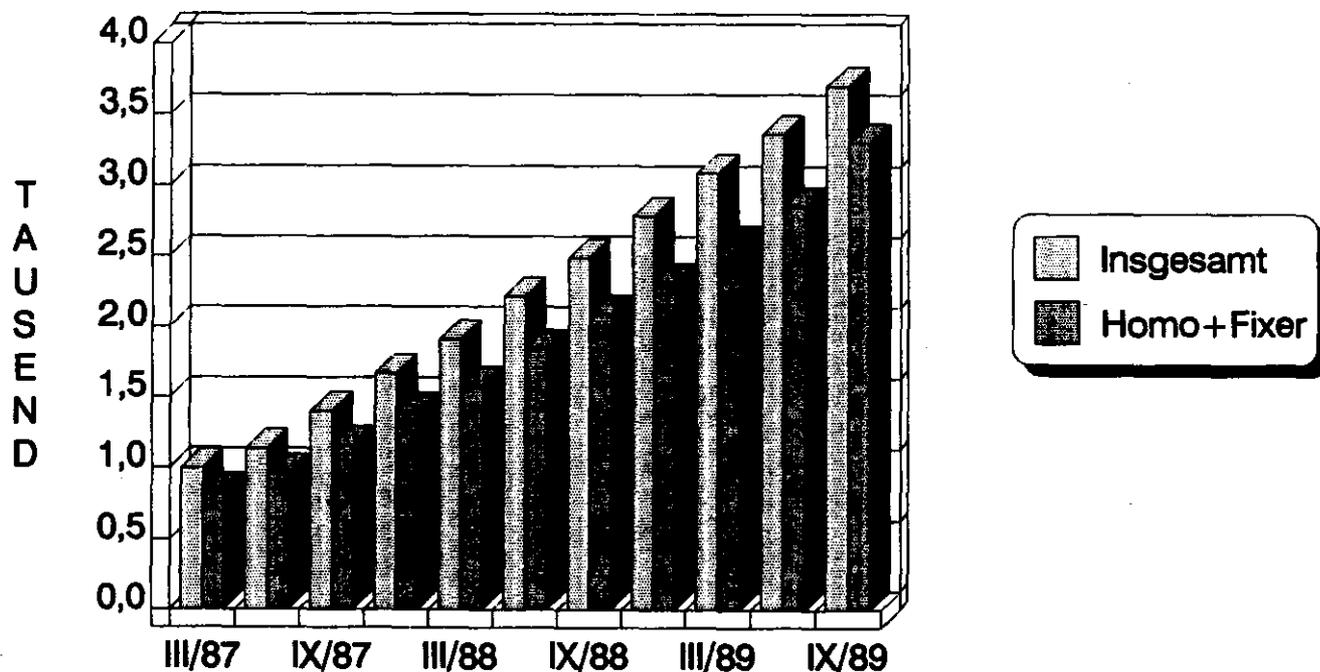
Stichtag	31. 12. 87	30. 06. 88	31. 12. 88	30. 04. 89	30. 06. 89	31. 08. 89
Erkrankte	1669	2210	2779	3194	3497	3739
davon weiblich	101	150	190	228	245	262

**Aufteilung nach Gruppen**

homo- oder bisexuelle Männer	1233	1592	2003	2294	2516	2687
% am Gesamt	73,9	72,0	72,1	71,8	71,9	71,9
Fixer männlich	88	136	180	222	251	305
Fixer weiblich	55	79	98	121	134	142
% am Gesamt	8,6	9,7	10,0	10,7	11,0	12,0
homosexuelle Fixer	19	23	27	29	31	31
% am Gesamt	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9
alle 3 Gruppen % am Gesamt	83,6	82,7	83,1	83,4	83,8	84,8

**Weibliche Erkrankte**

Fixer	55	79	98	121	134	142
Bluttransfusionen	16	24	30	35	35	40
heterosex. Partner v. Risikogruppen	17	24	28	28	32	35
Kinder unter 13 Jahren	4	8	8	10	11	10
andere	9	15	26	33	33	35
zusammen	101	150	190	228	245	262

**Anlage 2****Beim BGA gemeldete Kranke**



Es wird darauf hingewiesen, daß im Falle einer Nichtbefolgung dieser Vorladung eine förmliche Vorladungsanordnung unter Androhung eines Zwangsgeldes in Höhe von DM 1.000.-- erlassen wird.

Falls auch der förmlichen Vorladungsanordnung keine Folge geleistet wird, wird das anzudrohende Zwangsgeld ohne weiteren Bescheid fällig, und von Ihnen unverzüglich eingezogen.

Bei erfolgloser Androhung eines Zwangsgeldes kann das Zwangsmittel in der Form einer erneuten selbständigen Androhung wiederholt und gegebenenfalls gesteigert werden.

Sofern andere Zwangsmittel keinen Erfolg versprechen, kann unmittelbarer Zwang (Vorführung zur Gesundheitsbehörde) angedroht und angewendet werden (Art. 29 ff. des Bayerischen Verwaltungs-, Zustellungs- und Vollstreckungsgesetzes, VwZVG, i.d.F. der Bekanntmachung vom 11.11.1970, BayRS 2010-2-I).

Zur Vermeidung einer förmlichen Vorladungsanordnung werden Sie gebeten, den genannten Termin einzuhalten, bzw. sich im Verhinderungsfall unter der umseitig angegebenen Telefonnummer mit uns in Verbindung zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen  
i. A.

Landeshauptstadt München

Gesundheitsbehörde

Postanschrift, Postfach 37 02 08, 8000 München 37



Landeshauptstadt München, Gesundheitsbehörde,  
Postfach 37 02 08, 8000 München 37

Dachauer Straße 90

Zimmer

Sachbearbeiter

Telefon Durchwahl 52 07

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

München.

Betreff:

Ermittlungen nach dem  
Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG)

Sehr geehrte

mit Schreiben vom \_\_\_\_\_ wurden Sie zu einem Gespräch bei der Gesundheitsbehörde am \_\_\_\_\_ gebeten.

Dieses Gespräch sollte der Abklärung einer wichtigen medizinischen Frage dienen.

Für den Fall Ihrer Verhinderung wurde Ihnen angeboten, sich unter o.g. Telefonnummer mit der Gesundheitsbehörde in Verbindung zu setzen.

Den angebotenen Termin haben Sie nicht wahrgenommen. Auch konnte ein Ausweichtermin nicht vereinbart werden.

Sie werden deshalb erneut zu einem Gespräch  
am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

zur Gesundheitsbehörde der Landeshauptstadt München, Dachauer Str. 90, Zimmer \_\_\_\_\_ im 2. Stock gebeten.

Sollten Sie zu diesem Zeitpunkt verhindert sein, setzen Sie sich bitte unter o.g. Telefonnummer mit uns in Verbindung.

...

Anlage 6

Gültig jeweils drei Monate ab dem letzten Ausstellungsdatum

**ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG**

über das

**n e g a t i v e**

Ergebnis einer HIV-Untersuchung

bei

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Datum                      Labor                      Stempel und Unterschrift des Arztes/des Gesundheitsamtes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**K e i n e   G e w ä h r   f ü r   A n s t e c k u n g s f r e i h e i t**

Bei der Expertenanhörung der Enquete-Kommission AIDS des Deutschen Bundestags zum Thema „Betreuung und Versorgung HIV-Infizierter und AIDS-Krankter“ am 13./14. Oktober 1988 hat der für die Ambulanz von Immunschwächekranken am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing zuständige Arzt berichtet, daß „etwa 80 % aller Fragestellungen, die mit AIDS zusammenhängen, ambulant gelöst werden können“. Diese Zahlenangabe hat der gleiche Arzt vor der AIDS-Kommission des Landtags in deren 15. Sitzung am 2. Dezember 1988 wiederholt.

Was die Verweildauer bei einem stationären Krankenhausaufenthalt betrifft, ist hierbei — entsprechend dem Stadium der Erkrankung — von unterschiedlichen Werten auszugehen. So müssen Patienten zu Beginn des AIDS-Stadiums nur 10 bis 14 Tage stationär aufgenommen werden, während sich die folgenden Krankenhausaufenthalte mit zunehmend schwererem Krankheitsbild verlängern. Manche Patienten müssen mehrmals im Jahr im Krankenhaus behandelt werden.

Außerdem wird die Verweildauer deutlich durch die Entwicklung ambulanter Betreuungsmöglichkeiten beeinflusst.

Ferner hängt die Verweildauer AIDS-Krankter davon ab, inwieweit die Möglichkeit besteht, die Patienten, die nicht zur ambulanten Weiterbehandlung entlassen werden können, in Rehabilitationseinrichtungen oder auch in Pflegeheimen unterzubringen.

Unter Berücksichtigung dieser Einflußfaktoren kann derzeit eine durchschnittliche Verweildauer pro AIDS-Patient im Jahr von 30 Tagen angenommen werden.

Legt man nun den bedarfsplanerischen Überlegungen für 800 AIDS-Patienten eine durchschnittliche Verweildauer von 30 Tagen im Jahr zugrunde, dann errechnet sich für Bayern ein Bedarf von rund 80 Betten.

Dieser Bedarf könnte durch bereits bestehende Bettenkapazitäten abgedeckt werden. Gegenwärtig konzentriert sich die stationäre Versorgung AIDS-Krankter vor allem auf die vier Universitätsklinika und auf die kommunalen Allgemeinkrankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe.

Die Annahme, daß jeweils ein Drittel der AIDS-Erkrankten gleichzeitig stationärer Behandlung bedarf, erscheint nach den obigen Ausführungen nicht realistisch. Dies würde nämlich bedeuten, daß sich jeder AIDS-Patient vier Monate lang jährlich im Krankenhaus befände und die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten völlig außer acht blieben.

Zu 4.:

Auch bei der doppelten Zahl AIDS-Erkrankter würden die bestehenden Bettenkapazitäten ausreichen.

Zu 5.:

Zum 31. Dezember 1988 lagen dem Bundesgesundheitsamt aufgrund der Laborberichtspflicht nach der Laborberichtsverordnung vom 1. Oktober 1987 Berichte über 27 640 positive Bestätigungstests vor. Diese Zahl erlaubt jedoch keinen zuverlässigen Rückschluß auf die tatsächliche Zahl der HIV-Infizierten, da die Laborberichtspflicht lediglich positive HIV-Bestätigungstests bei gewöhnlichen Blutuntersuchungen auf HIV-Infektion erfaßt und Mehrfachzählungen wohl kaum ausgeschlossen werden können.

Eine wirklich exakte, verlässliche Zahl der tatsächlich HIV-Infizierten im Bundesgebiet ist nirgends vorhanden. Die meisten Epidemiologen nennen Zahlen im Bereich von 30 000 bis 100 000 (Schwankung um über 200 %!).

Die Manifestationsrate (Wahrscheinlichkeit, daß die HIV-Infektion auch tatsächlich zu einer AIDS-Erkrankung mit den bekannten Symptomen führt) beträgt nach den gegenwärtigen Beobachtungen mehrerer Verlaufsstudien etwa 50 % im 10-Jahreszeitraum. Geht man von einer Obergrenze gegenwärtig in der Bundesrepublik HIV-Infizierter von 100 000 aus, so hätte dies unter stark vereinfachenden Annahmen zur Folge, daß am Ende des 10-Jahreszeitraums

— im Bundesgebiet 50 000 AIDS-Patienten zu registrieren wären, von denen rd. 60 %, das sind 30 000, am Leben wären, und

— davon auf Bayern rund 15 %, das sind 4500, entfielen.

Würde nun, wie unter Nr. 3 dargestellt, eine durchschnittliche Verweildauer von 30 Tagen zugrundegelegt, dann würde daraus für Bayern ein Bedarf von mindestens rund 450 Betten bei einer 85 %igen Auslastung resultieren.

Für die Annahme, daß rund ein Drittel aller AIDS-Patienten (10 000 im Bundesgebiet, 1500 in Bayern) gleichzeitig stationär versorgt werden mußte, der Bettenbedarf in Bayern daher 1500 betragen würde, gilt das zu Nr. 3 Gesagte entsprechend.

Für den bei fachlich nüchterner Betrachtung unwahrscheinlichen Fall, daß 1500 AIDS-Patienten gleichzeitig in Bayern stationär zu betreuen wären, würden die derzeit vorhandenen stationären Versorgungsmöglichkeiten nicht ausreichen.

Für diesen Fall müßten geeignete krankenhauplanerische Maßnahmen (vor allem Erweiterung bestehender Einrichtungen, Umstrukturierung nicht mehr benötigter Krankenhausabteilungen) in Schwerpunktkrankenhäusern einschließlich der Universitätsklinika getroffen werden. Hierfür besteht derzeit kein Anlaß.

Entscheidend ist vielmehr, wie bisher die weitere Entwicklung sorgfältig zu verfolgen, um rechtzeitig geeignete Maßnahmen einleiten zu können.

## Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten Dr. Merkl CSU  
vom 17. 10. 88

### Bettenbedarfsplanung in Bayern für die Versorgung AIDS-Krankter

In der Zeitschrift „Aids-Forschung“ wird monatlich die Statistik über die beim Bundesgesundheitsamt gemeldeten AIDS-Erkrankungen veröffentlicht. Daraus ergibt sich:

Die Zahl der gemeldeten Erkrankungen betrug am 31. August 1987 1298, am 31. August 1988 2407, nahm damit pro Monat im Schnitt um unter 100 Neuerkrankungen zu. Der Anteil Bayerns an den Erkrankten beträgt ca. 15 Prozent.

Ich frage die Staatsregierung:

1. Kann es — sofern keine Therapiemöglichkeiten gefunden werden — als realistisch angesehen werden, daß bis zum Jahre 1992 die Zahl der Erkrankten weiterhin um durchschnittlich 100 pro Monat steigt und dann, weil ab etwa 1982 die Hauptansteckungswege und damit auch die Schutzmöglichkeiten bekannt wurden, bei Annahme einer Inkubationszeit von durchschnittlich 10 Jahren die Neuerkrankungen rückläufig sein werden?
2. Ist es, wenn die Frage 1. erster Teil, bejaht werden kann, realistisch, daß dann 1992 beim Bundesgesundheitsamt rund 7500 Erkrankte gemeldet sind, von denen zu diesem Zeitpunkt noch ca. 4000 leben?
3. Reicht die derzeitige Bettenkapazität für die Betreuung AIDS-Krankter an Bayerns Krankenhäusern aus, wenn der Anteil Bayerns bei 15 % bleibt und wenn sich rd. ein Drittel der Erkrankten jeweils gleichzeitig in stationärer Behandlung befindet, die Zahl der in bayerischen Krankenhäusern gleichzeitig zu versorgenden Erkrankten also Ende 1992 rd. 200 beträgt?
4. Reicht die Bettenkapazität auch aus, wenn — rein vorsorglich unterstellt — die tatsächliche Zahl der Erkrankten um 100 % höher ist als die der beim Bundesgesundheitsamt gemeldeten, also rund 400 Erkrankte gleichzeitig in den bayerischen Krankenhäusern zu versorgen wären?
5. Welche Realität hat die vielfach vertretene Ansicht, es gebe in der Bundesrepublik ca. 100 000 Infizierte?

Würde dies nicht bedeuten, daß dann, selbst wenn nur 50 % im Laufe der nächsten 10 Jahre erkranken, am Ende dieses Zeitraums 50 000 Krankheitsfälle registriert wären, 25 000 - 30 000 davon noch am Leben wären, rd. 10 000 gleichzeitig in den Krankenhäusern der Bundesrepublik versorgt werden müßten?

Welche Auswirkungen hätte eine solche Berechnung auf die Bedarfsplanung in Bayern, wenn bei einem Anteil von 15 % an den gesamten Krankheitsfällen in bayerischen Krankenhäusern rd. 1500 AIDS-Kranke gleichzeitig stationär behandelt werden müßten?

## Antwort

des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung

Zu 1.:

Eine zuverlässige mittelfristige Prognose über die künftige Zahl AIDS-Krankter in der Bundesrepublik Deutschland kann, wie dem Herrn Fragesteller bekannt ist, derzeit nicht gegeben werden. Aus der bisherigen Entwicklung der dem Bundesgesundheitsamt gemeldeten Anzahl von AIDS-Erkrankungen (durchschnittlicher Monatsanstieg 38 im Jahre 1986, 70 im Jahre 1987 und 93 im Jahre 1988) vermag man für die Zukunft folgern, daß ab 1989 monatlich im Durchschnitt mit mindestens 100 Neuerkrankungen zu rechnen ist.

Aufgrund weitgehend übereinstimmender Untersuchungsergebnisse verschiedener medizinischer Fachleute kann von einer durchschnittlichen Inkubationszeit, d.h., dem Zeitraum von der HIV-Infektion bis zum Auftreten des Krankheitsbildes AIDS, von etwa 10 Jahren ausgegangen werden. Ob jedoch das Bekanntwerden der Hauptübertragungswege und der Möglichkeiten zur Vermeidung einer HIV-Infektion bei einer mittleren Inkubationszeit von 10 Jahren bereits ab 1992 zu einem Rückgang der Neuerkrankungsrate führt, muß leider weiterhin fraglich bleiben.

Zu 2.:

In der Statistik des Bundesgesundheitsamtes sind zum Stichtag 31. Dezember 1988 aufgrund freiwilliger Meldungen von niedergelassenen Ärzten und von Krankenhausärzten

— für das Bundesgebiet 2779 AIDS-Patienten (seit 01. Januar 1982 gemeldet) erfaßt, von denen bisher 1110 (rd. 40 Prozent) verstorben sind, und davon

— für Bayern 481 AIDS-Patienten, von denen 184 (rd. 38 %) verstorben sind.

Unterstellt man für den Zeitraum 1989 bis Ende 1992 im Bundesgebiet eine lineare Zunahme von rd. 100 neuerkrankten AIDS-Patienten im Monat und einen Anteil der jeweils verstorbenen AIDS-Krankter von weiterhin 40 %, so errechnet sich bis Ende 1992 im Bundesgebiet eine Zahl von etwa 7600 AIDS-Patienten, von denen zu diesem Zeitpunkt noch etwa 4600 (60 %) leben.

Für Bayern würde sich — bei Annahme einer linearen Zunahme von 17 bis 18 neuerkrankten AIDS-Patienten pro Monat und einem jeweils verstorbenen Anteil von 38 % — bis Ende 1992 eine Zahl von etwa 1300 AIDS-Patienten hochrechnen lassen, von denen dann noch etwa 800 lebten.

Hierbei handelt es sich lediglich um eine Hochrechnung, deren Ergebnisse in Anbetracht der unvollständigen Datenlage keine gesicherte Prognose auf der Basis epidemiologischer Daten darstellt.

Zu 3.:

Die bedarfsnotwendige Bettenkapazität für AIDS-Kranke bestimmt sich vor allem

- nach der Gesamtzahl der AIDS-Patienten (siehe Nr. 2),
- nach deren stationärer Behandlungsbedürftigkeit unter Berücksichtigung ambulanter Betreuungsmöglichkeiten und
- nach der Verweildauer bei einer stationären Behandlung.

## Ergänzung

zum Bericht der AIDS-Kommission

### Minderheitenbericht

der Abgeordneten Karl Heinz Müller, Warnecke SPD,  
Scheel DIE GRÜNEN

Zum Abschlußbericht der „Aids-Kommission“ des Landtags geben wir folgende ergänzende bzw. abweichende Stellungnahme ab:

#### I.

Die unterschiedliche Bewertung des „Kino-Spots“ der Staatsregierung (vgl. B Aufklärung 1.2 Seite 4 des Berichtes) beruht vor allem darauf, daß

- der Inhalt dieses Spots für eine breitwirkende Aufklärung ungeeignet war und — so wurde der Kommission berichtet — bei den Kinobesuchern allenfalls Heiterkeit auslöste und
- die Kosten von DM 400.000,— für diesen Spot weit überhöht erscheinen.

#### II.

Der Besuch der Kommission in Zürich (vgl. F Spezialthemen 1.2 Seite 10 ff des Berichtes) brachte nach unserer Auffassung folgende Erkenntnisse:

Methadon-Programme müssen kontrolliert und psychosozial begleitet werden. Nach den Informationen der Aids-Kommission ist der teilweise Mißerfolg des Züricher Drogenprogramms insbesondere darauf zurückzuführen, daß es „verwilderte“, indem durch politischen Druck jeder niedergelassene Arzt zur Methadon-Ausgabe zugelassen wurde, ohne daß dabei sofortige Einnahme, Harnkontrollen und ein mindestens einstündiges psychosoziales Beratungsgespräch pro Woche gewährleistet war.

Unter aids-spezifischen Gesichtspunkten kommen Methadon-Programme insbesondere wegen der einfacheren Suchtmittelbeschaffung Bedeutung zu (weitgehender Wegfall der Beschaffungskriminalität, Minderung der Infektionskette durch Beschaffungsprostitution, Streßminderung/Krankheitsverzögerung).

#### III.

Die Folgerungen des Berichtes bedürfen aus unserer Sicht folgender Ergänzungen:

1. Die Staatsregierung hat durch den sogenannten „Maßnahmekatalog“ zur Bekämpfung von Aids, vor allem aber durch die Art und Weise, wie dieser Katalog insbesondere durch den Staatssekretär im Staatsministerium des Innern, Dr. Gauweiler, in der Öffentlichkeit vertreten wurde, der Bekämpfung von Aids einen schlechten Dienst erwiesen.

Durch das Vorgehen der Staatsregierung entstand — nahezu weltweit — der Eindruck, als ob durch staatliche Zwangs- und Kontrollmaßnahmen weniger die Bekämpfung einer tödlichen Krankheit als vielmehr die Ausgren-

zung und Ächtung bestimmter Personengruppen betrieben werden soll. Bei den Betroffenen selbst entstanden Angst- und Panikreaktionen, die einen sinnvollen Kampf gegen Aids zumindest erheblich erschwerten.

2. Wie wir, d.h. SPD und GRÜNE im Landtag bei den Diskussionen des Themas immer wieder betonten, war

— die Erweiterung der Einstellungsuntersuchungen im öffentlichen Dienst auf Aids weder zum Schutz der Bevölkerung vor einer weiteren Ausbreitung von Aids noch zur wirkungsvollen Bekämpfung der Immunschwächekrankheit je erforderlich,

— das Verlangen, Ausländern aus Nicht-EG-Staaten im Verfahren zur Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis einem Aids-Test zu unterziehen, zu keinem Zeitpunkt sachlich gerechtfertigt.

Auch die anderen Maßnahmen nach dem Grundsatzbeschluß der Staatsregierung vom 25. Februar 1987 und die dazu ergangenen innerdienstlichen Regelungen haben nach unserer Erkenntnis keinen nennenswerten Beitrag zur Bekämpfung von Aids erbracht.

3. Für uns steht damit fest, daß der Alleingang der Staatsregierung in Sachen Aids nicht nur gescheitert ist. Er hat darüber hinaus ein Klima des Mißtrauens erzeugt und falsche Sicherheitsgefühle erweckt, weil zu Unrecht der Eindruck entstand, als ob durch die von der Staatsregierung vorgeschlagenen Maßnahmen die Immunschwächekrankheit Aids wirksam bekämpft werden könnte.

4. Nachdem der wichtigste Übertragungsweg für Aids über intravenös Drogenabhängige führt und in diesem Milieu die Beschaffungsprostitution eine große Rolle spielt, halten wir die bisherigen Maßnahmen zur Unterbrechung dieses Übertragungsweges nicht für ausreichend.

Die Staatsregierung soll ihre ablehnende Haltung gegenüber Methadon-Programmen für intravenös Drogenabhängige besonders im Hinblick auf drohende bzw. eingetretene HIV-Infektionen aufgeben.

Die Kommission hat sich in mehreren Expertengesprächen mit der Methadon-Problematik beschäftigt. Insbesondere bei den Besuchen in Zürich, der heutigen Drogenmetropole Europas, haben sich in Gesprächen mit dem stadtärztlichen Dienst und Prof. Uchtenhagen und Dr. Fuchs von der Universitätsklinik Zürich die Grenzen, aber auch die Möglichkeiten von Methadon-Programmen offenbart.

Intravenös Drogenabhängige haben europaweit mit wohl über 30% die höchste Infektionsquote (Prävalenz), mit Abstand weiterhin die höchste Neuansteckungsquote (Inzidenz).

Unter ausdrücklichem Hinweis auf den Zwischenbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, Ziffer 6, Punkt 6 der Empfehlung halten auch die Unterzeichner ein strukturiertes Methadon-Programm für geeignet, intravenös Drogenabhängige sozial zu integrieren,

die HIV-Infektionskette durch Rückgang des Spritzengebrauchs zu unterbrechen, die Beschaffungskriminalität zu reduzieren, insbesondere die unkontrollierbare Beschaffungsprostitution junger HIV-Infizierter intravenös Drogenabhängiger zurückzudrängen und durch Methadon-Substitution die Erkrankungsprogression bei HIV-Infizierten zu verzögern.

Mindestbedingungen für staatlich zu fördernde Methadon-Programme sind nach Auffassung der Unterzeichner:

- Teilnahme an Entwöhnungsprogrammen
- kontrollierte Einnahme von Methadon (nicht Mitgabe)
- Urinkontrollen zur Kontrolle etwaiger Politoxikomanie
- Meldungen an die Gesundheitsbehörde und wiederkehrende Verlaufsbeschreibung
- psychosoziale Beratung in Verbindung mit niederschweligen therapeutischen Angeboten
- wissenschaftliche Begleitung
- bestehende Vertrauensbasis zwischen Ärzten, Ambulanzen, stationären Einrichtungen und anderen Stellen.

Aus diesen Bedingungen ergibt sich, daß niedergelassene Ärzte in der Regel nicht in der Lage sind, solche Programme selbständig durchzuführen. Durch die Anbindung an Institutionen wird eine „Verwilderung“ oder „Verwahrlosung“ der Methadon-Programme, wie in Zürich beklagt, entgegengetreten.

5. Seit Mai 1987 müssen sich Prostituierte nach dem bayerischen Maßnahmenkatalog auf HIV untersuchen lassen. Diese Regelung ist kein sinnvoller Beitrag zur Bekämpfung von Aids. Denn die regelmäßige staatlich verordnete Untersuchung schafft bei vielen Freiern ein trügerisches Gefühl der Sicherheit und motiviert sie in keiner Weise, Selbstschutzmaßnahmen zu ergreifen.

Registrierte Prostituierte legen von sich aus Wert darauf, mit Kondomen zu arbeiten, sind in der Regel nicht intravenös Drogenabhängig und auch ohne staatliche Zwangsandrohung aus eigenem Interesse bereit, einen HIV-Test vornehmen zu lassen und dies oftmals in viel kürzeren Abständen, als ihnen vorgeschrieben wird. Da Freier selten

für das Argument von Prostituierten zugänglich sind, daß diese Angst habe, sich von ihm anzustecken, muß die Regelung des Maßnahmenkatalogs aus kontraproduktiv bezeichnet werden.

Beschaffungsprostituierte sind aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit oftmals gezwungen, sich auf Wunsch des Freiers auf gefährliche Sexualpraktiken ohne Schutz einzulassen, da die Preise auf dem Drogenstrich im allgemeinen sehr niedrig liegen.

Als Konsequenz ergibt sich daraus:

- die Aufhebung des Begriffs Risikogruppe für registrierte Prostituierte und Rücknahme des Maßnahmenkatalogs insoweit,
- Substitution mit Methadon (vgl. oben)
- Ausstiegshilfen für Prostituierte (wie z.B. in Berlin, Nordrhein-Westfalen, Hamburg)
- Anerkennung der täglichen Aufklärungsarbeit, die Prostituierte selbst leisten
- Einsicht, daß das eigentliche Risiko die Freier darstellen.

6. Im Strafvollzug besteht ein wesentliches Problem in Zusammenhang mit Aids darin, daß Gefangene nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Die Gesundheitsfürsorge in den Justizvollzugsanstalten entspricht nicht den üblichen Leistungen der Krankenkassen. So haben die Inhaftierten keine freie Arztwahl und dadurch keine Möglichkeit, den geeigneten Spezialisten zu finden und die Anstaltsärzte/innen sind überlastet und mangels ausreichender Fortbildung nicht in der Lage, die psychosoziale Hygiene als Faktor richtig einzuschätzen.

Zusätzliche Nahrungsmittel werden für HIV-Positive noch immer in geringem Maße bewilligt. Im wesentlichen unterscheidet sich die Kost nicht von der Nahrung für die übrigen Gefangenen.

Die therapeutische Bedeutung von Vollzugslockerungen (Ausgang, Urlaub, Möglichkeit körperlicher Betätigung), um dem Ausbruch der Krankheit entgegenzuwirken, wird im Vollzug leider nicht im notwendigen Maße eingesetzt.