

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Bärbel Bas, Angelika Graf (Rosenheim), Mechthild Rawert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD – Drucksache 17/11734 –

Prävention und Bekämpfung von HIV und AIDS in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Drei Jahrzehnte intensiver medizinischer Forschung und erfolgreicher Präventionsarbeit haben dazu geführt, dass HIV/AIDS in Deutschland ein neues Gesicht bekommen hat. Aus einer unmittelbar tödlichen Krankheit ist nach und nach eine schwere chronische Erkrankung geworden, die sich über eine große Lebensspanne hinweg behandeln lässt. HIV-Positive haben heute statistisch annähernd die gleiche Lebenserwartung wie HIV-Negative. Darüber hinaus hat sich ein breites Netzwerk an Selbsthilfeorganisationen, Stiftungen und Verbänden herausgebildet, welches tief in der Gesellschaft verankert ist und Betroffene und deren Angehörige unterstützt. Die Aufklärung der deutschen Bevölkerung über die Ansteckungsgefahr und den Schutz vor einer HIV-Infektion ist vorbildlich in ganz Europa. Die Neuinfektionsrate ist eine der niedrigsten weltweit. Doch dürfen diese Erfolge die ca. 73 000 HIV-infizierten Menschen und die zuletzt 2 700 jährlichen Neuinfektionen in Deutschland keinesfalls vergessen machen.

Im Gegenteil: Unsere Gesellschaft darf die Krankheit AIDS und die Gefahren einer HIV-Infektion nicht auf die leichte Schulter nehmen; das würde alle bisherigen Erfolge gefährden. Wir beobachten, dass in den Risikogruppen die Bereitschaft immer noch zu hoch ist, auf wirksame Verhütungsmethoden zu verzichten. Außerdem infizieren sich immer noch zu viele Drogenabhängige, insbesondere im Strafvollzug, etwa durch die Verwendung von unsauberem Spritzbesteck. In unserer Nachbarschaft, jenseits der EU-Außengrenze in Osteuropa, in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) und in Russland hat die Epidemie noch längst nicht ihren Höhepunkt erreicht. Geschätzte 1,5 Millionen HIV-Positive leben heute laut dem Gemeinsamen Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS (UNAIDS) in Osteuropa und Zentralasien. Neben dem humanitären Aspekt gibt es in der globalisierten Welt mehr als genug handfeste Gründe, warum wir unseren Nachbarn bei der Prävention und der Bekämpfung von HIV und AIDS helfen sollten.

Den Gewöhnungseffekten und dem abnehmenden Gefahrenbewusstseins müssen wir entschlossen begegnen; HIV/AIDS ist weiterhin nicht heilbar. Dazu müssen wir in der Aufklärung neue Wege betreten. Es ist uns gelungen, die

*** Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.**

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 13. Dezember 2012 übermittelt.

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

HIV-Inzidenz zu stabilisieren; seit 2007 ist der Epidemieverlauf rückläufig. Damit die Anzahl an Neuerkrankungen weiter sinkt, sind besondere Anstrengungen bei Risikogruppen gefragt, die bisher kaum oder gar nicht erreicht wurden.

Der Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung (HIV/AIDS-Aktionsplan) lässt nicht erkennen, dass die Bundesregierung seit dem Jahr 2009 neue Akzente gesetzt oder Ideen zur HIV/AIDS-Bekämpfung eingebracht hat. Viele der im Aktionsplan genannten Ziele lassen sich aber ohne neue Ansätze kaum erreichen.

Vor diesen Hintergründen sind die Haushaltskürzungen der Bundesregierung bei der Aufklärung und Bekämpfung von HIV/AIDS fatal und unverantwortlich. So bleibt wenig Spielraum, die Präventionskampagnen etwa an die Bedingungen des längeren Lebens mit HIV/AIDS anzupassen und die schwer zu erreichenden Bevölkerungsgruppen besser anzusprechen. Auch neue Entwicklungen, wie beispielweise der Umgang von Jugendlichen und Migrantinnen und Migranten mit dem Thema HIV/AIDS, müssten berücksichtigt werden. Unser gemeinsames Ziel war, ist und bleibt es, die Bekämpfung von HIV und AIDS in Deutschland intensiv und mit aller Entschlossenheit fortzuführen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Das hohe Engagement der verschiedenen Bundesregierungen bei der Eindämmung der HIV-Epidemie und der Unterstützung von HIV-gefährdeten und betroffenen Menschen ist seit Jahrzehnten von einem fraktionsübergreifenden Konsens getragen. Die deutsche Strategie zur Bekämpfung von HIV/AIDS ist erfolgreich. Sie vereint einen wirksamen, international anerkannten Präventionsansatz mit einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung und einer Vielzahl anderer Unterstützungsangebote für von HIV gefährdete oder betroffene Menschen.

Der Erfolg des kontinuierlich an neue Herausforderungen angepassten deutschen Präventionsansatzes lässt sich nicht nur an der im internationalen Vergleich sehr niedrigen Zahl von HIV-Neuinfektionen ablesen. Auch das Schutzverhalten unter jungen Menschen sowie in der Allgemeinbevölkerung ist in den letzten Jahren auf hohem Niveau stabil. Studien weisen darüber hinaus kontinuierlich nach, dass auch von HIV besonders gefährdete Menschen mehrheitlich von der Aufklärung und Prävention gut erreicht werden.

Mit dem Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie vom Juni 2011 (www.bmg.bund.de/praevention/gesundheitsgefahren/hiv aids.html) hat die Bundesregierung die notwendigen Akzente für eine Weiterentwicklung der deutschen Strategie gesetzt und über die neuen Präventionsansätze ausführlich berichtet. Insbesondere wird die stärkere Verknüpfung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in Prävention, Gesundheitsüberwachung, medizinischer Versorgung und Forschung weiterentwickelt und umgesetzt.

Entwicklung von HIV und AIDS in Deutschland

1. Wie hat sich die Zahl der HIV-Neudiagnosen seit dem Bericht der Bundesregierung zum Stand der Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS in Deutschland (Bundestagsdrucksache 17/2058) entwickelt?

Entwicklung der HIV-Neudiagnosen in Deutschland

2009: 3 041

2010: 2 894

2011: 2 790

2012: 2 901 (Schätzung).

Meldungen von HIV-Neudiagnosen erlauben keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt, da diese auch vom Angebot der Testmöglichkeiten und ihrer Inanspruchnahme sowie vom Meldeverhalten der Ärzte abhängen können. HIV-Infektion und HIV-Diagnose können daher zeitlich weit auseinander liegen, was die Interpretationsgenauigkeit der Daten erschwert.

2. Wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung?

Die Bundesregierung betrachtet den Anstieg der HIV-Neudiagnosen in diesem Jahr aufmerksam und mit Sorge. Aufgabe wird es auch in Zukunft sein, die Präventionsmaßnahmen zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen weiter zu optimieren und an den spezifischen Kontext der einzelnen Zielgruppen anzupassen.

3. Welche neuen Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zu den HIV-Neudiagnosen bei der Risikogruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) und zur Veränderung im Risikoverhalten der Gruppe vor?

4. Wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung?

Die Fragen 3 und 4 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) stellen nach Berichten des Robert Koch-Instituts (RKI) unverändert (Stand Ende 2012) mit 51 000 den größten Anteil an allen Menschen mit HIV in Deutschland (rund 65 Prozent).

Das RKI geht davon aus, dass auch bei den HIV-Neudiagnosen der Großteil unverändert auf die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, zurückgeht. Dies gilt ebenfalls für die in diesem Jahr beobachtete Zunahme der neu diagnostizierten HIV-Infektionen.

Als mögliche Ursache für diesen Anstieg bei MSM wird durch das RKI eine seit einigen Monaten parallel verlaufende Zunahme von Syphilis-Infektionen vermutet, die ihrerseits die Übertragungswahrscheinlichkeit für HIV erhöhen. Aus anderen Ländern Westeuropas werden ähnliche Trends berichtet.

Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) belegen, dass sich das Schutzverhalten von MSM nicht grundsätzlich verändert hat; eine deutliche Mehrheit schützt sich nach wie vor konsequent. Allerdings ist, unter anderem im Zuge einer guten Behandelbarkeit von HIV, seit einigen Jahren wieder eine Zunahme der Sexualkontakte und eine teilweise veränderte Risikowahrnehmung in dieser Gruppe zu verzeichnen. Außerdem hat eine weitere Ausdifferenzierung der schwulen Szene insgesamt stattgefunden, so dass zunehmend spezifische Subgruppen in der Prävention angesprochen und für diese passgenaue Präventionsangebote entwickelt werden müssen. Dies erfordert eine weitere Ausdifferenzierung bei der Ansprache der verschiedenen Zielgruppen, wie dies beispielsweise im Rahmen der Kampagne „Ich weiß was ich tu“ von der Deutschen AIDS-Hilfe im Auftrag der BZgA umgesetzt wird.

Zielgruppenspezifische Präventionsansätze haben auch weiterhin eine besondere Bedeutung. Die Bundesregierung wird auch im Haushaltsjahr 2013 über 40 Prozent der Bundesmittel für die Prävention von HIV und STI als Zuwendungen an die Deutsche AIDS-Hilfe zur Verfügung stellen.

5. Welche neuen Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zur Einschätzung des Robert Koch-Instituts (RKI) aus dem Bericht der Bundesregierung zum Stand der Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS in Deutschland vor, dass der Anstieg der HIV-Neudiagnosen in der Gruppe MSM auf eine erhöhte Testbereitschaft bei Personen mit zum Teil lange zurückliegenden Infektionen zurückzuführen ist?

Das RKI geht davon aus, dass ein Teil der HIV-Neudiagnosen nach wie vor auf die erhöhte Testbereitschaft zurückzuführen sein könnte, die auch durch entsprechende Kampagnen (beispielsweise die Kampagne „Ich weiß was ich tu“ der Deutschen AIDS-Hilfe) beworben wurde.

6. Hat die Bundesregierung das Ziel ihres HIV/AIDS-Aktionsplans erreicht, den Anstieg der Neuinfektionen in der Gruppe MSM aufzuhalten und den Trend umzukehren, und wenn ja, welche Maßnahmen waren nach Erkenntnis der Bundesregierung hierfür ausschlaggebend?

Wenn nein, welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um den Anstieg der Neuinfektionen in dieser Gruppe aufzuhalten und den Trend umzukehren?

Nach den aktuellen Schätzungen des RKI (Stand: Ende 2012) befinden sich die HIV-Neuinfektionen seit 2004 insgesamt auf einem weitgehend stabilen Niveau mit leichten Auf- und Abwärtsbewegungen (Schwankungen). Dabei geht das RKI auch für MSM von einer Plateauphase des epidemiologischen Trends seit 2004 aus, innerhalb dessen ein leichter Anstieg bis 2006, ein leichter Rückgang bis 2010 und ein erneuter leichter Anstieg seit 2011 zu verzeichnen ist.

Die relativ stabile Situation bei den HIV-Neuinfektionszahlen ist ein Erfolg der Präventionsarbeit in Deutschland. Dazu beigetragen hat unter anderem die Intensivierung der Prävention bei der Gruppe der MSM durch die bundesweite zielgruppenspezifische Präventionskampagne „Ich weiß was ich tu“. Die Kampagne wird daher auch in den kommenden Jahren fortgeführt.

Auch die Kommunikation zu sexuell übertragbaren Infektionen ist von hoher Bedeutung in der zielgruppenspezifischen Präventionsarbeit; sie wird daher zukünftig weiter ausgebaut. Im Frühjahr 2013 wird die Deutsche AIDS-Hilfe erneut Testwochen im Rahmen ihrer zielgruppenspezifischen Kampagne anbieten und hierbei auch einen Fokus auf die Testung von STI legen. Des Weiteren wird die Kooperation und Vernetzung der Kampagne mit regionalen Projekten und der personalkommunikativen Vor-Ort-Arbeit weiter ausgebaut und verstetigt.

7. Welche neuen Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Testbereitschaft und das Testverhalten in allen HIV-Risikogruppen vor?

Zum HIV-Testverhalten verfügt das RKI über entsprechende Hinweise aus aktuellen Studien zu Männern, die Sex mit Männern haben, Sexarbeiterinnen und intravenös Drogengebrauchenden.

So berichteten rund 70 Prozent der Männer, die Sex mit Männern haben, dass sie einen HIV-Test gemacht haben. Rund 34 Prozent berichteten von einem Test in den letzten zwölf Monaten (European MSM Internet Survey, EMIS 2010).

Unter intravenös Drogengebrauchenden bejahten rund 61 Prozent der Befragten eine HIV-Testung innerhalb der letzten sechs Monate. Lediglich rund 9 Prozent gaben an, niemals auf HIV getestet worden zu sein (Pilotstudie zur DRUCK-Studie des RKI, 2011).

In einer nicht repräsentativen Studie des RKI in Gesundheitsämtern aus dem Jahr 2010/2011 unter Sexarbeiterinnen gaben rund 75 Prozent der befragten Frauen an, dass sie entweder in den letzten zwölf Monaten oder zuvor einen HIV-Test durchgeführt hatten.

Diese Zahlen deuten auf eine hohe HIV-Testbereitschaft in diesen Gruppen hin und lassen darauf schließen, dass die Zugänglichkeit von Testungsangeboten für diese Gruppen grundsätzlich gegeben ist.

8. Wie hat sich nach dem Kenntnisstand der Bundesregierung die Zahl der Koinfektionen mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) entwickelt?

Koinfektionen von HIV und sexuell übertragbaren Infektionen werden im Rahmen der bestehenden Surveillance-Instrumente nicht systematisch erfasst. Hinweise über den Grad von Koinfektionen in Deutschland geben jedoch einzelne Studien.

In einer Sentinel-Erhebung des RKI zu sexuell übertragbaren Infektionen aus den Jahren 2003 bis 2009 wurden Daten aus verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens erfasst. Bei rund 10 Prozent der Männer mit HIV-Erstdiagnose wurde gleichzeitig eine Syphilis-Infektion und bei 1 bis 2 Prozent eine Chlamydien- oder Gonokokken-Infektion nachgewiesen. Bei Frauen wurden im Rahmen der Studie nur vereinzelt Koinfektionen beobachtet.

Chlamydien- oder Gonokokken-Infektionen wurden bei Männern, die Sex mit Männern haben, auch im Rachen oder im Enddarm nachgewiesen. Die PARIS-Studie (Pharyngeal And Rectal Infection Screening, 2009 bis 2010) ergab Infektionsraten für Chlamydia trachomatis von rund 1 Prozent im Rachen und rund 8 Prozent im Enddarm sowie für Gonokokken von rund 5 Prozent (Rachen) und rund 12 Prozent (Enddarm). Nur eine Minderheit dieser Männer berichtete über Krankheitssymptome.

Hinsichtlich einer Hepatitis C (HCV) wurden seit dem Jahr 2000 für verschiedene westeuropäische Länder Ausbrüche bei HIV-positiven MSM beschrieben. Es wird mehrheitlich eine sexuelle Übertragung von HCV angenommen. Für Deutschland ergab eine retrospektive Untersuchung von Laborproben unter Männern (MSM-Anteil: 84 Prozent) mit einer frischen HIV-Infektion eine HCV-Infektionsrate von rund 5 Prozent (HIV-1 Serokonverterstudie, 2008).

9. Welche Risikogruppen sind nach Erkenntnissen der Bundesregierung besonders von Infektionen durch STI betroffen?

Dem RKI vorliegenden Studien (siehe Antwort zu Frage 7) zufolge, haben insbesondere Männer, die Sex mit Männern haben, intravenös Drogengebrauchende und Sexarbeiterinnen eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höhere Wahrscheinlichkeit für die Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Infektion.

10. Welche neuen Erkenntnisse über ein steigendes HIV-Infektionsrisiko bei Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten liegen der Bundesregierung vor, und wie beurteilt sie diese Zusammenhänge?

Der Zusammenhang zwischen einer Übertragung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen ist seit längerem bekannt. Es wird davon ausgegangen, dass STI durch die Schädigung der Schleimhautbarriere und die Aktivie-

zung des Immunsystems die Wahrscheinlichkeit für eine gleichzeitige Übertragung von HIV erhöhen.

Aktuellen internationalen Studien (u. a. HPTN052-Studie) zufolge, scheinen dagegen STI unter einer antiretroviralen Therapie (mit einer wirksamen Unterdrückung der HIV-Virusvermehrung) kaum Einfluss auf die sexuelle HIV-Übertragung zu haben. Eine HIV-Therapie scheint somit auch in Gegenwart einer STI einen Schutzeffekt gegen eine Weitergabe des Virus zu haben. Dieser Sachverhalt wird derzeit international weiter erforscht.

Insgesamt ist festzustellen, dass STI ein entscheidender Faktor für die Übertragung von HIV sind. Mit der Weiterentwicklung der Präventionskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) seit 2009 und der Einbindung der STI-Prävention in die Präventionsmaßnahmen der BZgA und der DAH wird diesem Sachverhalt in besonderer Weise Rechnung getragen.

11. In welcher Form und durch welche Maßnahmen reagiert die Bundesregierung auf den Zusammenhang einer steigenden Zahl von HIV-Infektionen und der Infektion mit Tuberkulose, vor allem den multiresistenten Formen?

Wird der Zusammenhang in Programmen und Projekten berücksichtigt?

Im Gegensatz zur globalen Entwicklung sind in Deutschland seit Jahren sinkende Tuberkulose (TB)-Fallzahlen zu beobachten. Im Jahr 2010 wurden 4 330 TB-Erkrankungen gemeldet. Die HIV-Prävalenz unter von 2002 bis 2009 gemeldeten TB-Patientinnen und Patienten wurde auf 4,5 Prozent geschätzt.

Im Rahmen einer Projektstudie am RKI wird eine Studie zur Tuberkulose als AIDS-definierende Erkrankung in Deutschland durchgeführt. Untersucht wird in einer HIV-Langzeitbeobachtungsstudie die Inzidenz und Krankheitslast von Tuberkulose-Erkrankungen unter HIV-positiven Personen. Neben epidemiologischen Untersuchungen zu HIV/TB koinfizierten Patienten und zur Überlebenszeit bei dieser Koinfektion werden auch Angaben zur antituberkulösen Therapie in Bezug auf geltende Empfehlungen überprüft.

Im Rahmen der Begleitforschung zur Gesundheitsüberwachung werden HIV-Infektion und Tuberkuloseinfektion in einem weiteren Forschungsvorhaben am RKI adressiert. Anhand von Daten der Langzeitbeobachtungsstudie „ClinSurv“ sowie aus Befragungen von Gesundheitsämtern wird untersucht, ob Informationen über die Durchführung der Tuberkulosedagnostik bei HIV-Infizierten beziehungsweise der HIV-Testung bei Tuberkulosepatienten vorliegen.

Zur Bewertung der Resistenzsituation der Tuberkulose in Deutschland werden seit 2001 im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsüberwachung Angaben zur Arzneimittelresistenz erfasst. Mit einem Anteil von rund 2 Prozent ist die multiresistente Tuberkulose (MDR-TB) in Deutschland in den vergangenen Jahren stabil. Seit 1995 werden alle multiresistenten Tuberkulosestämme routinemäßig am Nationalen Referenzzentrum für Mykobakterien feintypisiert.

Prävention und Aufklärung

12. Welche Maßnahmen zur Prävention und Aufklärung von HIV/AIDS wurden in den vergangenen fünf Jahren und werden im kommenden Haushaltsjahr von der Bundesregierung mit Bundesmitteln unterstützt (bitte mit Beginn, Laufzeit und Kosten der Maßnahmen benennen), und welche Einrichtungen, Strukturen, Vereine und Verbände aus diesem Bereich wurden bisher und werden im kommenden Haushaltsjahr mit Bundesmitteln finanziell unterstützt?

Die zielgruppenspezifische Präventionsarbeit der Deutschen AIDS-Hilfe wird seit Jahren durch Zuwendungen aus Bundesmitteln gefördert.

In den Jahren 2008 bis 2012 war der Mittelansatz wie folgt:

2008	4,7 Mio. Euro
2009	5,0 Mio. Euro
2010	5,0 Mio. Euro
2011	4,9 Mio. Euro
2012	4,8 Mio. Euro.

Die Deutsche AIDS-Hilfe führt jährlich rund 300 Einzelmaßnahmen durch. Eine konkrete Aufschlüsselung der Maßnahmen zur Prävention und Aufklärung von HIV/AIDS war innerhalb der kurzen Beantwortungsfrist nicht leistbar. Es wird diesbezüglich auf den „Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ (www.bmg.bund.de/praevention/gesundheitsgefahren/hivaids.html) vom Juni 2011 und die Jahresberichte der Deutschen AIDS-Hilfe (www.aidshilfe.de/) verwiesen.

13. Wie haben sich die Haushaltsmittel für Prävention und Aufklärung im Bereich HIV und AIDS seit 2008 jährlich entwickelt, und welche Mittel sind für 2013 vorgesehen?

Für die Zeit von 2008 bis 2012 wurden der BZgA durch die Bundesregierung für die Prävention und Aufklärung im Bereich HIV, STI und AIDS folgende Mittel bereitgestellt:

2008:	12,203 Mio. Euro
2009:	13,203 Mio. Euro
2010:	13,203 Mio. Euro
2011:	13,00 Mio. Euro
2012:	12,35 Mio. Euro.

Für das Jahr 2013 sind Haushaltsmittel in Höhe von 11,15 Mio. Euro vorgesehen.

14. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Aufwendungen der Bundesländer zur Prävention von und Aufklärung über HIV/AIDS vor?

Die Bundesregierung hat keine genaue Kenntnis über die Aufwendungen der Länder, da in den Flächenstaaten die Finanzierungen stark differieren, je nachdem ob die Finanzierung über Landesmittel und/oder Kommunalmittel erfolgt. Nach einer Abfrage der Bundesregierung aus dem Jahr 2011 haben die Länder in 2010 mindestens 16 Mio. Euro für Prävention und Aufklärung im Bereich HIV/AIDS und STI aufgewendet.

15. Welche der Maßnahmen und Projekte werden in welchem Umfang von Bund, Ländern und Kommunen gemeinsam finanziell unterstützt?

Eine gemeinsame Finanzierung von Maßnahmen durch die Bundesregierung und die Länder ist im Rahmen von Bundesmodellprojekten erfolgt. Zwischen 2008 und 2011 hat die Bundesregierung die Bundesmodellprojekte „Gemo“ und „PaKoMi“ zur Entwicklung von Präventionsansätzen für Menschen mit Migrationshintergrund gefördert. Die Bundesregierung hat dafür insgesamt rund 900 000 Euro zur Verfügung gestellt. Die jeweiligen Einrichtungen in den beteiligten Ländern haben sich mit Sach- und Personalmitteln beteiligt. Zur inhaltlichen Beschreibung der beiden Projekte wird auf Kapitel 1.2.4. des „Berichts zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ verwiesen (www.bmg.bund.de/praevention/gesundheitsgefahren/hiv aids.html).

16. Mit welchen Bundesländern ist die Bundesregierung im Gespräch, um zu erwirken, dass Prävention gegen und Aufklärung über HIV/AIDS auch in die jeweiligen Rahmenschulprogramme aufgenommen wird, um Jugendliche bereits frühzeitig dafür zu sensibilisieren, dass diese Erkrankung nach wie vor unheilbar ist?

HIV/AIDS-Aufklärung in Schulen ist ein zentraler Baustein der Präventionsarbeit der BZgA. Umfassende Sexual- und HIV/AIDS-Aufklärung ist heute als Teil schulischer Gesundheitserziehung und -förderung fest verankert. BZgA-Umfragen zeigen, dass heute nahezu alle Schülerinnen und Schüler in der Schule Informationen zu HIV/AIDS erhalten. Die Materialien, die die BZgA für den Unterricht in den Schulen erstellt, spielen dabei eine wichtige Rolle. Sie werden ständig aktualisiert und durch neue Angebote ergänzt. Diese Angebote sind mit den Kultusministerinnen und -ministern sowie Schulsenatorinnen und -senatoren der 16 Bundesländer abgestimmt.

17. Welche Public-Private Partnerships (PPP) auf dem Gebiet der Prävention und Bekämpfung von HIV/AIDS sind der Bundesregierung bekannt, und an welchen ist sie selbst beteiligt?

Im Bereich der HIV/AIDS-Prävention setzt die BZgA Public Private Partnerships (PPP) mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), dem Fachverband für Außenwerbung (FAW) und den Ambient-Media-Anbietern (für die Streuung von Postkarten) um.

18. Welche bestehenden PPP beabsichtigt die Bundesregierung weiterzuführen, und wie viel Geld hat sie dafür im Jahr 2012 ausgegeben und wird sie dafür im Jahr 2013 ausgeben?

Die in der Antwort zu Frage 17 genannten PPP sollen 2013 fortgesetzt werden. In diesem Zusammenhang stellt die BZgA einen Eigenanteil für die Erstellung der Materialien in Höhe von jeweils 250 000 Euro in den Jahren 2012 und 2013 zur Verfügung.

19. Welche neuen PPP sind seit 2009 mit Beteiligung der Bundesregierung entstanden, und wie viel Geld hat die Bundesregierung dafür im Jahr 2012 ausgegeben und wird sie dafür im Jahr 2013 ausgeben?

Seit 2009 sind keine weiteren PPP entstanden.

20. Welche neuen Präventionsprogramme wurden seit 2009 und werden im kommenden Jahr von der Bundesregierung aufgelegt, und welchen Präventionsansatz verfolgen sie?

Es wird auf den Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie vom Juni 2011 (www.bmg.bund.de/praevention/gesundheitsgefahren/hiv aids.html) sowie auf die Antworten zu den Fragen 3, 4, 6 und 22 verwiesen.

21. Welche neuen Ansätze in der HIV/AIDS-Prävention wurden von der Bundesregierung seit 2009 und werden im kommenden Jahr unterstützt, die mit Hilfe des Austauschs über bewährte Maßnahmen mit Partnerländern oder internationalen Organisationen (Best Practice) erlangt wurden?

Die BZgA und die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) stehen in einem kontinuierlichen Fachaustausch mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ländern und europäischen und internationalen Organisationen; dabei greifen sie regelmäßig neue Ansätze auf, die für Deutschland relevant erscheinen.

Die erfolgreichen deutschen Präventionsansätze wurden zugleich anderen europäischen Partnern zur Verfügung gestellt. Die BZgA hat beispielsweise von 2010 bis 2012 gemeinsam mit dem Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das europäische Projekt IQ HIV (www.iquiv.org) durchgeführt. Zielsetzung ist die Qualitätsverbesserung der HIV-Prävention in Europa. Das Projekt wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit insgesamt 400 000 Euro kofinanziert.

22. Welche Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von HIV/AIDS nebst Koinfektionen mit STI hat die Bundesregierung seit 2009 initiiert oder finanziert?

Seit dem Jahr 2012 hat die „mach's mit“-Kampagne der BZgA eine integrierte Kommunikation zu HIV und STI fest etabliert. Dieser Kampagnenansatz wird fortgesetzt, um einen gesellschaftlichen Lernprozess zur deutlichen Wahrnehmung der Risiken sexuell übertragbarer Infektionen, auch in Bezug auf HIV, zu verstärken.

Im Rahmen der Zuwendung an die Deutsche AIDS-Hilfe wurden in den letzten Jahren kontinuierlich neue Projekte in den verschiedenen zielgruppenspezifischen Fachbereichen gefördert und modellhaft erprobt. Innerhalb der kurzen Beantwortungsfrist war die Erstellung einer detaillierten Liste der rund 300 Einzelprojekte der DAH nicht möglich. Des Weiteren wird auf die Darstellung im „Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ aus dem Jahr 2011 verwiesen (www.bmg.bund.de/praevention/gesundheitsgefahren/hiv aids.html).

Bezüglich der Finanzierung der DAH wird auf die Antwort zu Frage 12 verwiesen.

23. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zur Übernahme des so genannten Kölner Modells durch die Gesundheitsämter oder Behörden anderer deutscher Städte oder Landkreise vor, und wie unterstützt die Bundesregierung diesen Ansatz?
24. Welche neuen Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie die Selbstverpflichtung der Anbieter von Orten sexueller Begegnung umge-

setzt wird, und welche Schlussfolgerungen zieht sie für diese Selbstverpflichtung hinsichtlich ihrer Ergebnisse?

25. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob und in welchem Umfang die Selbstverpflichtung eingehalten wird?

Die Fragen 23 bis 25 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zur Beantwortung wird auf den Bericht der Bundesregierung zum Stand der Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS in Deutschland (Bundestagsdrucksache 17/2058) vom 9. Juni 2010 verwiesen.

In der Zwischenzeit haben sowohl die Deutsche AIDS-Hilfe als auch einzelne Länder weitere Maßnahmen durch zusätzliche Vereinbarungen umgesetzt. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat durch eine Kooperationsvereinbarung mit dem Europäischen Gay-Sauna-Bund den Kreis der teilnehmenden Sauna-Betreiber in Deutschland erweitert.

Die regionale Umsetzung fällt in die Zuständigkeit der Länder und ist weiterhin uneinheitlich. Nach Angaben der elf Länder, die innerhalb der Frist geantwortet haben, gibt es inzwischen in fast allen Ländern Vereinbarungen zwischen Betreibern von schwulen Clubs sowie anderen Einrichtungsbetreibern und regionalen AIDS-Hilfen bzw. anderen Präventionseinrichtungen. In einzelnen Ländern ist es durch die Stärkung von personellen und finanziellen Kapazitäten zudem gelungen, den Kreis der teilnehmenden Einrichtungsbetreiber zu erweitern und die Einhaltung der Vereinbarungen durch AIDS-Hilfen und andere regionale HIV-Präventionseinrichtungen zu überprüfen. Die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungsbetreibern, Gesundheitsämtern und den örtlichen AIDS-Hilfen bzw. HIV-Präventionseinrichtungen hat sich nach den vorliegenden Angaben der Länder weiter verbessert und verstetigt.

Versorgung

26. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die aktuelle Lage der stationären Versorgung von HIV-infizierten und AIDS-kranken Patienten in Deutschland, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor, da zur stationären Versorgungslage von HIV-infizierten und AIDS-kranken Patienten keine gesonderten statistischen Daten erhoben werden.

27. Welche Unterschiede sind in der ambulanten und stationären Versorgung zwischen HIV-infizierten Frauen und Männern festzustellen?

Unterschiedliche Versorgungsangebote bestehen nach Erkenntnissen der Bundesregierung insoweit, als es auch geschlechtsspezifische Versorgungsbedarfe gibt, die einer spezialisierten Betreuung und Behandlung bedürfen. Ein Beispiel hierfür ist die Betreuung von HIV-infizierten Schwangeren durch entsprechend qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Daten oder verlässliche Erkenntnisse über den Umfang und die Flächendeckung solcher spezifischen Versorgungsangebote im Einzelnen liegen der Bundesregierung nicht vor.

28. Welche besonderen Projekte und Unterstützungsmaßnahmen sind der Bundesregierung für HIV-infizierte Frauen bzw. Mütter bekannt, und denkt sie an einen entsprechenden Ausbau der Hilfsangebote?

Die Einrichtung von spezifischen Angeboten zur Beratung und Versorgung von Frauen fällt in die Zuständigkeit der Länder und Kommunen. Innerhalb der Beantwortungsfrist konnten der Bundesregierung keine entsprechenden Daten zur Verfügung gestellt werden.

Die Deutsche AIDS-Hilfe bietet zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen für HIV-positive Frauen an mit dem Ziel, die Selbsthilfe der betroffenen Frauen zu stärken. Sie berücksichtigt dabei in ihrem Angebot auch besondere Hintergründe und Lebensumstände von Frauen. Ebenso werden zielgruppenspezifische Medien für betroffene Frauen/Mütter erarbeitet und kostenlos zur Verfügung gestellt. Diese Arbeit wird auch zukünftig fortgeführt werden.

29. Welche Auswirkungen hatte die Umstellung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) 2008 auf die Behandlung von HIV-infizierten und AIDS-kranken Patienten?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung vom 11. Dezember 2008 (Bundestagsdrucksache 16/11345) verwiesen. Nach Kenntnis der Bundesregierung sind Versorgungsengpässe aufgrund von Übergangsregelungen bis zum 30. September 2009 nicht eingetreten. Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen hat mit Wirkung zum 1. Juli 2009 spezifische Gebührenordnungspositionen für die qualitätsgesicherte, spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patientinnen und Patienten in Schwerpunktpraxen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen (neuer Gebührenordnungsabschnitt 30.10).

Seither gibt es bundeseinheitliche Regelungen zur qualifizierten Versorgung dieses Patientenkreises, einschließlich bundesweit einheitlicher Vergütungsgrundsätze. Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HIV und AIDS können die in die Versorgung eingebundenen Hausärztinnen und Hausärzte seit dem 1. Juli 2009 zudem den Chronikerzuschlag abrechnen.

30. Wie ist die ärztliche Weiterbildung im Umgang mit und in der Behandlung von HIV-infizierten und AIDS-kranken Menschen geregelt, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus diesen Regelungen?

Der Bund hat nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes die Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zum ärztlichen Heilberuf und kann auf dieser Grundlage die Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner regeln. Fort- und Weiterbildung liegen in der Verantwortung der Länder, die diese Aufgabe für den ärztlichen Bereich den Ärztekammern übertragen haben.

Vor Ort haben sich angesichts der notwendigen hohen Spezialisierung in den verschiedenen Aspekten der Behandlung von HIV-Patienten flächendeckend HIV-Schwerpunktpraxen zur Betreuung HIV-infizierter Patientinnen und Patienten etabliert. Diese erlauben eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung mit kompetenter Beratung und Betreuung in medizinischen, psychischen und sozialen Aspekten sowie den Zugang zu neuen Medikamenten und Forschungsergebnissen.

Um diese flächendeckende, besondere Versorgungsstruktur nach einheitlichen Qualitätsstandards weiter gewährleisten zu können, haben sich die Partner der Bundesmantelverträge auf die Einführung einer Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung („Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/

AIDS“) nach § 135 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genehmigt. Nach den §§ 3 und 10 dieser Vereinbarung muss der HIV-Arzt seine fachliche Befähigung für die spezialisierte HIV-Versorgung durch Mindestqualifikationen und regelmäßige themenspezifische Fortbildungen nachweisen.

31. Wie sind die pflegerischen Aus- und Weiterbildungen zum kompetenten Umgang mit HIV-infizierten Menschen in Deutschland auf Bundesebene geregelt?

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist im Krankenpflegegesetz geregelt. Dieses stellt in seiner Ausbildungszielbeschreibung darauf ab, dass die Ausbildung „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse“ erfolgt und „fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten“ vermittelt, wobei „die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen“ sind.

In der Anlage 1A zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, in der die Inhalte der Ausbildung näher geregelt werden, finden sich zur Umsetzung der Vorgaben der Ausbildungszielbeschreibung insbesondere Themenbereiche wie „Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten, Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten sowie Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten“, in denen die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen vermittelt werden, um Patientinnen und Patienten entsprechend ihren Krankheitsbildern angemessen versorgen zu können. Hierzu zählen auch HIV-assoziierte Erkrankungen.

Soweit die Versorgung von HIV-infizierten Menschen Sonderkenntnisse erfordert, die über die in Erstausbildung vermittelten Kompetenzen hinausgehen, sind diese üblicherweise in Fort- oder Weiterbildungen zu erwerben. Die Regelungskompetenz des Bundes beschränkt sich auf die Erstzulassung zum Beruf; Fort- und Weiterbildungsregelungen fallen in die Zuständigkeit der Länder.

32. Welche Defizite bei der konsiliarärztlichen Versorgung von HIV-infizierten und AIDS-kranken Menschen in stationären Einrichtung mit der DRG-Abrechnungsform (DRG: Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen) sind der Bundesregierung bekannt, und welche Schlussfolgerungen zieht sie aus diesem Bereich der Versorgung?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

33. Welche Ergebnisse sind der Bundesregierung aus der Expertengruppe am RKI hinsichtlich der Überprüfung des Blutspendeverbots für homo- und bisexuelle Männer bekannt?

Welche Veränderungen schlägt die Bundesregierung selbst vor?

Die Auswahlkriterien für Blutspendewillige sind risikobasiert und beruhen in diesem Kontext auf dem Risikoverhalten „Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)“.

Am RKI ist als Expertengremium im Bereich der Blutsicherheit der Arbeitskreis Blut des BMG angesiedelt. Dem Arbeitskreis Blut wurde im Juni und November 2012 ein Positionspapier einer gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundesärztekammer, des Paul-Ehrlich-Instituts, des

RKI und weiterer Experten zur Frage des Blutspenderausschlusses aufgrund sexueller Infektionsrisiken vorgelegt und anschließend dort diskutiert.

Fachliche Kernfrage ist, ob der Dauerausschluss von Personen, die grundsätzlich ein Sexualverhalten mit einem hohen Risiko für den Erwerb einer transfusionsrelevanten Infektion haben, für die Aufrechterhaltung der Blutsicherheit erforderlich ist, ferner, welche realen Faktoren die sogenannte Adhärenz von Spendern beeinflussen und welche rechtlichen Spielräume für nationale Regelungen angesichts EG-rechtlicher Vorgaben bestehen. Zu diesen Fragen wurde bislang kein Konsens erzielt. Es wurde beschlossen, die Diskussion fortzusetzen.

Die Bundesregierung begrüßt einen risikobasierten und nicht diskriminierenden Ansatz für die Auswahl von spendewilligen Personen.

34. Welche besonderen Projekte oder Unterstützungsmaßnahmen für HIV-infizierte und AIDS-kranke Frauen und Männer werden nach Kenntnis der Bundesregierung zusammen mit den Anbietern ambulanter und stationärer Pflegedienstleistungen entwickelt, sind in Planung oder sind bereits vereinbart worden?

Nach Kenntnis der Bundesregierung gibt es bereits eine ganze Reihe von Wohn- und Versorgungsprojekten für Menschen mit HIV und AIDS unter nicht-staatlicher Trägerschaft in Deutschland. Die meisten Projekte liegen in den Ballungsräumen. Sie decken verschiedene Arten von Unterstützungsbedarf ab und reichen von Angeboten des ambulanten betreuten Wohnens über stationäre Wohn- oder Wohn-/Pflegerprojekte, bis hin zu Hospizen (www.aidshilfe.de/sites/default/files/Reader_Adressbuch_Wohnen_2012.pdf).

35. Welche besonderen Projekte oder Unterstützungsmaßnahmen im Sinne der Hospizidee für schwerkranke und sterbende Menschen mit AIDS sind der Bundesregierung bekannt?

Die Geschichte der Hospizbewegung ist in Deutschland eng mit der AIDS-Bewegung verbunden. Daher ist in einigen Hospizen die vorurteilsfreie Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS seit Anfang an gegeben.

Nach Kenntnis der Bundesregierung gibt es einzelne Projekte und Unterstützungsmöglichkeiten, die ausschließlich auf die Bedürfnisse von schwerkranken und sterbenden Menschen mit AIDS ausgerichtet sind (www.aidshilfe.de/sites/default/files/Reader_Adressbuch_Wohnen_2012.pdf). Daneben gibt es Überlegungen in den Ländern, die Pflege von Menschen mit HIV und AIDS auch verstärkt in herkömmliche Pflegeangebote zu integrieren.

36. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass Menschen, die aus den unterschiedlichsten Gründen ohne Versicherungsschutz sind, im Falle einer HIV-Infektion oder einer AIDS-Erkrankung Zugang zum medizinischen Versorgungssystem haben, und wie viele Menschen in welchen Lebenslagen sind nach Erkenntnissen der Bundesregierung davon betroffen?

Zur Beantwortung wird auf Kapitel 2.2.2. des „Berichts zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ vom Juni 2011 verwiesen (www.bmg.bund.de/praevention/gesundheitsgefahren/hiv-aids.html).

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über die Anzahl der HIV-infizierten Menschen, die in Deutschland ohne Versicherungsschutz leben.

37. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Weigerung von Ärzten, HIV-Infizierte zu behandeln, und welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, dieses vom Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, bei der Vorstellung der Kampagne zum Welt-Aids-Tag 2011 angesprochene Problem (u. a. Süddeutsche Zeitung vom 28. Oktober 2011) zu lösen?

Laut einer im Oktober 2011 durchgeführten Studie der Deutschen AIDS-Hilfe (People Living with HIV Stigma Index) berichtet etwa jeder Fünfte der 1 148 befragten Menschen mit HIV, dass ihm in den letzten zwölf Monaten ein Gesundheitsdienst aufgrund seiner HIV-Infektion verweigert wurde. Als Ablehnungsgründe werden genannt: Angst vor einer HIV-Übertragung und Sorge um den Ruf der Einrichtung, aber auch Angst, keine qualitativ angemessene Behandlung gewährleisten zu können. Diesen Ängsten kann mit Informationen für die Ärzteschaft und anderes Gesundheitspersonal entgegengewirkt werden.

Die Regelung von Fort- und Weiterbildungen liegt in der Zuständigkeit der Länder. Einer Länderumfrage der Bundesregierung von Anfang 2012 zufolge gibt es in den Ländern bereits eine Reihe von Initiativen wie z. B. Fortbildungsseminare, die in Zusammenarbeit mit den Landesärzte- und -zahnärztekammern durchgeführt werden, sowie die Veröffentlichung von Artikeln in medizinischen Fachzeitschriften. Die Länder berichten von einem spürbaren Rückgang von berichteten Zurückweisungen HIV-positiver Menschen nach Durchführung dieser Weiterbildungen in den betreffenden Regionen. Auch die Deutsche AIDS-Hilfe bietet regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte an, in denen die Diskriminierung von HIV-positiven Menschen thematisiert wird.

Im Rahmen der von ihr geförderten Welt-AIDS-Tag-Kampagne setzt sich die Bundesregierung zudem aktiv gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit HIV ein und wirbt zugleich für Toleranz und Akzeptanz.

38. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen Krankenkassen Kontakt zu an AIDS erkrankten Frauen und Männern aufgenommen haben, um diese in andere Krankenkassen zu drängen?

Wenn ja, was unternimmt die Bundesregierung gegen solche Praktiken?

Die Bundesregierung hat das Bundesversicherungsamt (BVA) um Stellungnahme dazu gebeten, ob ihm aus seiner aufsichtsrechtlichen Tätigkeit die in der Frage angesprochenen Fälle bekannt sind. Demnach ist dem BVA aktuell lediglich ein konkreter Fall bekannt, in dem eine Krankenkasse Einfluss auf einen HIV-Infizierten hinsichtlich der Kündigung seiner Mitgliedschaft genommen hat: Mitarbeiter der KKH-Allianz haben in der Vergangenheit telefonisch auch kranke Versicherte, welche mit der Zahlung des Zusatzbeitrages säumig waren, telefonisch zum Kassenwechsel bewegen wollen (siehe die Berichterstattung in der ZDF-Sendung „Frontal 21“ vom 30. Oktober 2012 sowie vom 6. November 2012). Betroffen war ausweislich der dem BVA vorliegenden Telefonprotokolle zumindest auch ein HIV-infizierter Versicherter.

Der Gesamtvorgang ist gegenwärtig Gegenstand aufsichtsrechtlicher Ermittlungen des BVA. Über den Stand des Verfahrens informiert die Bundesregierung ausführlich im Rahmen der aktuellen Kleinen Anfrage auf Bundestagsdrucksache 17/11657.

Unabhängig davon weist das BVA darauf hin, dass ihm insbesondere im Rahmen von Eingaben regelmäßig auch rechtliche Auseinandersetzungen zwischen Versicherten und Krankenkassen bekannt werden, welche die Zugangsvoraussetzungen bzw. den Kassenwechsel von Versicherten zum Gegenstand haben. In diesem Zusammenhang sei eine Betroffenheit auch von AIDS-Erkrankten

nicht auszuschließen. Die entsprechenden Fälle würden vom BVA geprüft. Sofern sich eine Rechtsverletzung der Krankenkasse ergebe, genüge regelmäßig ein aufsichtsrechtlicher Hinweis, um eine rechtskonforme Verfahrensweise der Krankenkasse sicherzustellen. Dem Bundesversicherungsamt lägen hingegen keinerlei Erkenntnisse über planmäßige Vorgehensweisen einzelner Versicherungsträger hinsichtlich einer rechtswidrigen Einflussnahme auf HIV-infizierte Versicherte zum Kassenwechsel vor.

Versorgung in Justizvollzugsanstalten

39. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Zahl der HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen von Insassinnen bzw. Insassen von Justizvollzugsanstalten vor?
40. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Zahl der Ko-Infektionen von HIV-infizierten Insassinnen bzw. Insassen von Justizvollzugsanstalten mit STI vor?

Die Fragen 39 und 40 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung verweist auf die Vorbemerkung in der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. vom 24. April 2012 (Bundestagsdrucksache 17/9593) sowie auf die Antwort zu Frage 1 der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. vom 20. September 2012 (Bundestagsdrucksache 17/11136). Die Durchführung des Strafvollzuges und die Gesetzgebung hierzu sind nach der verfassungsmäßigen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland ausschließlich eine Angelegenheit der Länder. Auch obliegt dem Bund nicht die Dienstaufsicht über die Strafvollzugsbehörden; vielmehr wird diese von der jeweiligen obersten Justizbehörde des zuständigen Landes ausgeübt. Die Bundesregierung verfügt damit nur über punktuelle Erkenntnisse in diesem Bereich.

Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 8 der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. vom 24. April 2012 (Bundestagsdrucksache 17/9593) verwiesen, wonach die Zahl der mit HIV und/oder mit anderen sexuell übertragbaren Erregern infizierten Insassinnen und Insassen nicht statistisch erfasst wird.

In einer Befragung von Justizvollzugsärzten in 31 deutschen Justizvollzugsanstalten mit insgesamt 14 537 Gefangenen aus dem Jahr 2008 (Schulte et al. 2009) wurde eine HIV-Prävalenz von rund 1 Prozent ermittelt. Die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) hat im Jahr 2011 die Drogenbeauftragten bzw. die Justizministerien der Länder gebeten, einen umfangreichen Fragenkatalog zur gesundheitlichen Situation Gefangener in ihrem Land zu beantworten. Von 13 Ländern, die den Fragebogen beantwortet haben, konnten fünf Länder Auskunft über die Anteile der HIV-infizierten Gefangenen geben: ca. 0,6 Prozent der Gefangenen wurden in diesen Ländern (Hessen, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein) bei Antritt des Strafvollzuges positiv auf HIV getestet.

Hinsichtlich der Koinfektionen haben je nach Infektion ein bis fünf Länder Auskunft erteilt: bei Antritt des Strafvollzuges wurden ca. 1,5 Prozent der Gefangenen positiv auf Hepatitis B getestet, ca. 15 Prozent auf Hepatitis C und 0,03 Prozent auf Tuberkulose.

41. Wie viele Insassinnen bzw. Insassen von Justizvollzugsanstalten werden derzeit nach Erkenntnissen der Bundesregierung wegen einer HIV-Infektion mit einer Kombinationstherapie behandelt, wie viele Insassinnen bzw. Insassen werden wegen einer Infektion mit einem Hepatitisvirus behandelt, und wie viele Insassinnen bzw. Insassen werden wegen einer Opioidabhängigkeit substituiert?

Die Bundesregierung verweist zur Beantwortung auf die in der Antwort zu Frage 39 genannten Kleinen Anfragen.

42. Wie viele Insassinnen und Insassen von Justizvollzugsanstalten sind nach Erkenntnissen der Bundesregierung gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) gegen Hepatitis B geimpft, und welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Zahl der in den Justizvollzugsanstalten vorgenommenen Impfungen von Personal und Insassinnen und Insassen vor?

Die Bundesregierung verweist zur Beantwortung auf die in der Antwort zu Frage 39 genannten Kleinen Anfragen.

Nach dem REITOX-Bericht 2011 der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) wurden durch die Justizministerien der Länder folgende Angaben gemacht: in 15 Ländern ist eine Impfung gegen Hepatitis B in allen Justizvollzugsanstalten kostenlos möglich, in drei Ländern wurde allen Gefangenen bei Aufnahme eine Impfung angeboten.

43. Wie viele Reinfektionen mit Hepatitis sind der Bundesregierung bei ausgethierten Patientinnen und Patienten bekannt, die inhaftiert werden?

Die Bundesregierung hat hierzu keine Erkenntnisse.

44. Wie viele Kombinationstherapien, Hepatitistherapien und Substitutionsbehandlungen werden nach Erkenntnissen der Bundesregierung jährlich abgebrochen, weil die Patientinnen bzw. Patienten inhaftiert werden, und welche Hindernisse stehen nach Auffassung der Bundesregierung einer Fortsetzung der Therapien in der Haft entgegen?

Die Bundesregierung verweist zur Beantwortung auf die in der Antwort zu Frage 39 genannten Kleinen Anfragen.

45. Inwieweit wirkt die Bundesregierung auf die Bundesländer ein, den Schutz von Insassinnen und Insassen von Justizvollzugsanstalten vor HIV oder anderen Virusinfektionen zu verbessern beziehungsweise die Weiterbehandlung von HIV-Infizierten, AIDS-Kranken, Hepatitisinfizierten oder Drogensubstituierten sicherzustellen?

Hinsichtlich der Zuständigkeiten für die gesundheitliche Versorgung in Justizvollzugsanstalten wird auf die Antwort zu Frage 39 verwiesen.

Unabhängig davon förderte die Bundesregierung beispielsweise mit der von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht am 19. November 2010 veranstalteten Fachtagung „Drogen und Haft“ den Austausch zur Versorgung Drogengebrauchender in Justizvollzugsanstalten (JVA). Darüber hinaus steht die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in Kontakt mit dem Strafvollzugausschuss der Länder, einem Unterausschuss der Justizministerkonferenz. Dabei stehen die Fragen der Versorgung von Drogengebrauchenden in JVAs und bei der Entlassung aus der JVA im Vordergrund.

Forschung und Qualitätssicherung

46. Welche sektorübergreifenden Forschungsprojekte zu HIV/AIDS, wie sie in den Zielen des HIV/AIDS-Aktionsplans (Aktion 6) genannt werden, werden von der Bundesregierung mit welchen Summen gefördert?

Zur Entwicklung neuer Präventions- und Behandlungsoptionen sowie zur Verbesserung der Diagnostik von HIV/AIDS fördert die Bundesregierung ein weites Spektrum von Forschungsprojekten:

Aufbau von Kapazitäten einer klinischen Forschergruppe zu HIV-Infektion und Infektionen bei Immunsuppression an der Universität Köln bis 2017 mit insgesamt 4,5 Mio. Euro.

Entwicklung von Therapeutika und Impfstoffen im Verbundvorhaben „Entwicklung nicht immunsuppressiver virusähnlicher Partikel zur Impfung gegen AIDS“ an der Ruhr-Universität Bochum mit rund 440 000 Euro über einen Zeitraum von fünf Jahren (bis 2013).

Strategischer Einsatz der antiretroviralen Therapie (START-Studie) über einen Zeitraum von sechs Jahren bis 2015 mit rund 2 Mio. Euro. Ziel der multizentrischen Studie ist es, Unterschiede eines raschen gegenüber einem verzögerten Therapiebeginn zu untersuchen.

In einem Verbundvorhaben zur Erforschung von Patienten- und Medikamentenspezifischen Modellen des Viruseintritts in die Zelle werden drei Vorhaben bis ins Jahr 2013 mit rund 720 000 Euro finanziert.

Neben der nationalen Förderung der Forschung zu HIV/AIDS engagiert sich die Bundesregierung auch in internationalen Kooperationen:

Europäisch-afrikanische EDCTP-Initiative (European and Developing Countries Clinical Trials Partnership): Förderung von bisher acht Forschungsvorhaben zur Therapie, Impfstoffentwicklung und Diagnose von HIV/AIDS in Höhe von insgesamt rund 3,7 Mio. Euro (www.edctp.org).

HIVERA Harmonizing, Integrating, Vitalizing European Research on AIDS/HIV im Rahmen des ERA-Netzes: Förderung eines Projekts am Robert Koch-Institut mit rund 640 000 Euro für drei Jahre (www.hivera.eu).

Das zentrale Anliegen der Bundesregierung ist die Übertragung der Forschungsergebnisse in die breite medizinische Versorgung. Zur Stärkung dieser translationalen Forschung wurde in diesem Jahr das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung (DZIF) gegründet. Im Bereich HIV/AIDS hat das DZIF einen Forschungsschwerpunkt eingerichtet. Dieser umfasst Partnerstandorte in Bonn-Köln, Heidelberg, Hamburg, Hannover-Braunschweig, Gießen-Marburg-Langen sowie München und wird die drei Hauptforschungsgebiete Prävention der HIV-Erkrankung, langes Leben mit HIV und HIV-Heilung bearbeiten. Die HIV-Forschung im DZIF wird von der Bundesregierung und den Ländern bis zum Jahr 2015 mit insgesamt 4,5 Mio. Euro gefördert werden.

47. Wie gedenkt die Bundesregierung mit den im Zuge der Umsetzung des HIV/AIDS-Aktionsplans gewonnenen Daten, Ergebnissen und Folgerungen umzugehen, und wie werden die Ergebnisse der Kohortenforschung aufbewahrt?

Die Bundesregierung hat von Juni 2002 bis April 2011 das Kompetenznetz HIV/AIDS mit insgesamt 18,5 Mio. Euro gefördert (www.kompetenznetz-hiv.de). Zentrale Aufgabe des Kompetenznetzes war der Aufbau und der Betrieb einer nationalen Patientenkohorte. Der Kohorte gehörten 25 Behandlungszentren an, die fortlaufend klinische und soziodemografische Daten dokumen-

tierten. Darüber hinaus wurden von allen eingeschlossenen Patientinnen und Patienten in regelmäßigen Abständen Blutproben gesammelt sowie weitere Biomaterialien im Rahmen von klinischen Untersuchungen. Die klinischen und soziodemografischen Daten der Kohorte sowie die Biomaterialien sind für alle interessierten Wissenschaftler/-innen und sonstigen Einrichtungen weiterhin auf Antrag nutzbar. Die Ruhr-Universität Bochum sichert bis mindestens 2016 die weitere Nutzung der vorhandenen Daten zu.

Die gewonnenen Erkenntnisse fließen in weitere Forschungsvorhaben ein und dienen u. a. dazu, dass Behandlungsansätze an die heutigen Erkenntnisse angepasst werden. Ergebnisse der Forschungsprojekte wurden in Fachzeitschriften publiziert.

Auch für alle am RKI gewonnenen Daten, die im Rahmen der Langzeitbeobachtungsstudien erhoben werden, gelten die gesetzlich vorgesehenen Vorschriften zur Aufbewahrung sowie die Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Diese Studienergebnisse werden ebenfalls der Fachöffentlichkeit auf nationalen und internationalen Kongressen vorgestellt und in Fachzeitschriften veröffentlicht.

48. Welche konkreten Maßnahmen unabhängiger Forschung zur Bekämpfung von HIV/AIDS sind der Bundesregierung in Deutschland bekannt, und wie werden diese von der Bundesregierung unterstützt?

Forschung wird u. a. auch durch Stiftungen unterstützt, so z. B. im Bereich der vernachlässigten und armutsassoziierten Erkrankungen durch die Bill und Melinda Gates Stiftung. Eine Übersicht zur Forschungsförderung der im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft zusammengeschlossenen Organisationen findet sich unter www.stifterverband.info. Die Bundesregierung unterstützt die Forschungsförderung entsprechender Stiftungen grundsätzlich nicht. Dies gilt auch für den Themenbereich HIV/AIDS.

49. Durch welche Maßnahmen unterstützt die Bundesregierung die Forschung und Entwicklung von kindergerechten HIV-Medikamenten?

Die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche ist auf europäischer Ebene geregelt. Für die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln zur Behandlung HIV-assoziierten Erkrankungen gelten insbesondere die spezifischen arzneimittelrechtlichen Maßgaben der europäischen Verordnung 1901/2006/EG. Aufgrund dieser Verordnung wurde bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) ein Pädiatriciausschuss gebildet, dem auch Vertreter der Deutschen Arzneimittelzulassungsbehörden, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) angehören.

Auch wurden Anreize geschaffen, um neben neuen Arzneimitteln auch zugelassene (noch patentgeschützte und nicht mehr patentgeschützte) Arzneimittel speziell hinsichtlich ihrer Anwendung bei Kindern und Jugendlichen zu untersuchen und zuzulassen, oder diese aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse von einer Anwendung bei Kindern und Jugendlichen auszunehmen. Darüber hinaus bestehen derzeit keine weiteren, spezifisch auf HIV-Arzneimittel innerhalb der EU gerichteten Fördermaßnahmen.

Nach einem aktuellen Bericht des BfArM wurden für 14 HIV-Arzneimittel pädiatrische Prüfkonzepte verabschiedet. Weitere sieben Arzneimittel befinden sich in der fortgeschrittenen klinischen Entwicklung, und 20 Arzneimittel sind für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen zugelassen.

50. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Qualität der staatlichen und nichtstaatlichen Präventionsmaßnahmen zu HIV/AIDS?
51. Wurde mit Unterstützung der Bundesregierung ein System entwickelt, mit dem sich die Qualität der staatlichen und nichtstaatlichen Präventionsmaßnahmen zu HIV/AIDS kontinuierlich überprüfen und ihre Qualität sichern lässt?
- Wenn nicht, wann geschieht dies?

Die Fragen 50 und 51 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Präventionsmaßnahmen der BZgA und der Deutschen AIDS-Hilfe sind wissenschaftlich fundiert und werden regelmäßig evaluiert. Eine kontinuierlich durchgeführte Begleitforschung (z. B. AIDS im öffentlichen Bewusstsein, Schwule Männer und AIDS) gibt seit Beginn der HIV/AIDS-Aufklärung wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung der Präventionsansätze.

BZgA und DAH verfügen auch über begleitende Qualitätssicherungsverfahren. So hat die BZgA gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf das Qualitätsentwicklungsverfahren QIP (Qualität in der Prävention) entwickelt. Mithilfe von QIP kann die Wirksamkeit verschiedenster Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gesichert werden. Die DAH hat, gemeinsam mit dem Wissenschaftszentrum Berlin und mit fachlicher Begleitung der BZgA, ein Verfahren zur „Partizipativen Qualitätsentwicklung“ (PQE) in der Selbsthilfearbeit entwickelt und an die Bedarfe der HIV-Prävention von AIDS-Hilfen angepasst.

Daneben prüft die BZgA anhand eines Prüflitfadens, einem Arbeitsinstrument mit Effizienz- und Qualitätsindikatoren, den Erfolg aller Maßnahmen der DAH. Auch die in den Verwendungsnachweisen enthaltenen Sachberichte zu jeder Maßnahme sowie die Rückmeldebögen zu den einzelnen Fortbildungsveranstaltungen dokumentieren die Qualität der geleisteten Arbeit.

52. Wurde der Aufbau eines HIV/AIDS-Surveillancesystems beim RKI abgeschlossen, und wie beurteilt die Bundesregierung die Erkenntnisse dieses HIV/AIDS-Surveillancesystems?

Grundlage des derzeitigen Gesundheitsüberwachungs-Systems am RKI ist die Meldepflicht von HIV, Syphilis und dem Hepatitis-B- und -C-Virus (HBC und HCV) gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG). Diese wird durch Daten aus der Blutspendergesundheitsüberwachung (Transfusionsgesetz) und dem freiwilligen AIDS-Fallregister ergänzt. Des Weiteren werden regelmäßig Daten zum Verhalten von Erwachsenen, Jugendlichen und Männern, die Sex mit Männern haben sowie vereinzelt auch von anderen Gruppen erhoben.

Der Aufbau eines HIV/AIDS Gesundheitsüberwachungs-Systems ist ein dynamischer Prozess. Er ist daher auch am RKI nicht abgeschlossen und passt sich kontinuierlich an die epidemiologischen Erfordernisse an. Angesichts der steigenden Bedeutung von STI ist geplant, das derzeitige Gesundheitsüberwachungs-System von HIV und STI im Rahmen der vorhandenen Finanzmittel zu erweitern und die Daten besser miteinander zu verknüpfen. Ziel dieser Erweiterung ist es, die aktuelle epidemiologische Situation noch differenzierter abzubilden und passgenaue Informationen für die Planung von HIV/STI-Präventionsmaßnahmen in den relevanten gefährdeten Bevölkerungsgruppen bereitzustellen.

Internationale Zusammenarbeit

53. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Entwicklung der HIV-Infektionsraten und AIDS-Erkrankungen in Osteuropa, Russland und den anderen Staaten der GUS, und welche Auswirkungen haben diese auf die Situation in Deutschland und Mitteleuropa?

Die Bundesregierung betrachtet den fast ungebremsten weiteren Anstieg der HIV-Neuinfektionszahlen, insbesondere in der Gruppe der intravenös Drogengebrauchenden, in einigen Ländern Osteuropas und Zentralasiens mit großer Sorge. Aus diesem Grund hat die Bundesregierung die bilaterale Zusammenarbeit mit einigen osteuropäischen und zentralasiatischen Ländern in den vergangenen Jahren ausgebaut und intensiviert.

Innerhalb von internationalen Gremien, in denen die Bundesregierung vertreten ist, wie beispielsweise UNAIDS und WHO sowie im Rahmen von bilateralen Gesprächen mit Regierungsvertretern aus Osteuropa und Zentralasien, spricht die Bundesregierung die Thematik aktiv an und fordert die nationalen Regierungen zu einem konsequenteren Handeln auf. Zusätzlich wird an andere europäische Regierungen appelliert, das bilaterale Engagement in Osteuropa und Zentralasien ebenfalls zu verstärken.

Die Bundesregierung hat keine Erkenntnisse darüber, dass die HIV-Epidemien in Osteuropa und Zentralasien die epidemiologischen Verläufe in Deutschland und Zentraleuropa direkt beeinflussen.

54. Welche Ergebnisse hat die Bundesregierung in der dreijährigen Zusammenarbeit mit osteuropäischen Ländern zur HIV/AIDS-Bekämpfung erzielt, und wie verlief die konkrete Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern in Osteuropa?

Die Bundesregierung verweist auf den Bericht des BMG, der dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 22. Juni 2012 übermittelt wurde. Weitere Ergebnisse der deutsch-ukrainischen Partnerschaftsinitiative sind auf der Webseite www.hiv-initiative-ukraine.org/ ausführlich dargestellt.

Des Weiteren wurden gute Erfolge in Kirgisistan, Tadschikistan und Kasachstan bei der Einführung und Umsetzung sogenannter Mitmachparcours z. B. an Schulen zu den Themen Liebe, Sexualität und AIDS erzielt. Dabei wurde eine sehr gute Kooperation zwischen den beteiligten Gesundheits-, Bildungs-, und Jugendministerien bewirkt. Auch die Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft wurde in diesen Ländern erheblich verbessert, z. B. beauftragen die Ministerien zunehmend zivilgesellschaftliche Organisationen (wie das kirgisische Harm Reduction Network) mit der Durchführung von Einzelmaßnahmen.

55. Wie stellt sich die Bundesregierung die Fortführung dieser Zusammenarbeit nach dem Ende der Finanzierung aus dem Bundeshaushalt vor, und inwiefern plant die Bundesregierung mit ihren Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern die dauerhafte Fortführung der Präventionsmaßnahmen in Osteuropa, Russland und den anderen Staaten der GUS?

Auf die Antwort zu Frage 58 wird verwiesen.

56. Welche weiteren Kooperationsmaßnahmen zur Aufklärung und Prävention von HIV/AIDS in Osteuropa, Russland und den anderen Staaten der GUS plant die Bundesregierung (bitte mit Angabe der vorgesehenen Haushaltsmittel) mit welchen Partnerinnen und Partnern?

Mit einem jährlichen Beitrag von derzeit 200 Mio. Euro ist Deutschland der drittgrößte Geber des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) und trägt so maßgeblich zur Eindämmung der drei Krankheiten bei. Der Regierungsentwurf für den Haushalt 2013 setzt ein klares Zeichen, dass sich Deutschland auch im nächsten Finanzierungszyklus 2014 bis 2016 auf gleichbleibend hohem Niveau engagieren will.

Derzeit werden über den GFATM in den ehemaligen GUS-Staaten 22 HIV-Programme und sieben Programme mit HIV/TB-Komponenten mit einem Gesamtvolumen von rund 669 Mio. US-Dollar gefördert. Eine direkte Zurechnung der deutschen Beiträge ist nicht möglich.

Des Weiteren wird auf die Antwort zu Frage 58 verwiesen.

57. Welche Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV und AIDS in den osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten, Osteuropa, Russland und den anderen Staaten der GUS werden von der Bundesregierung auf EU-Ebene unterstützt, und in welcher Form kommt die Bundesregierung den im Rat der Europäischen Union in der Erklärung zum Welt-Aids-Tag 2011 beschlossenen Maßnahmen und Initiativen nach?

Das durch die Europäische Kommission finanzierte „Central Asia Drug Action Programme“ (CADAP) ist derzeit in seiner fünften Phase. Die Bundesregierung leistet zu diesem mit insgesamt 5,3 Mio. Euro dotierten Programm eine Kofinanzierung, die 2013 ausläuft. CADAP wird in den fünf GUS-Staaten Zentralasiens Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan unter Leitung der Deutschen Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) durchgeführt. Ziel ist es, die zentralasiatischen Partner in den Bereichen Suchtbehandlung, Drogenprävention und Drogenmonitoring zu unterstützen. Maßnahmen der HIV-Prävention spielen dabei eine zentrale Rolle, da HIV in diesen Ländern in erster Linie durch die Injektion von Drogen übertragen wird. Für weitergehende Informationen wird auf die Website: www.cadap.eu/ verwiesen.

Die Erklärung des Rates der Europäischen Union vom 1. Dezember 2011 unterstreicht die Notwendigkeit, in der HIV-Bekämpfung besonders gefährdete Gruppen zu berücksichtigen und die HIV-Prävention mit Tuberkulose- und Hepatitis-Präventionsmaßnahmen zu verknüpfen. Die in der Erklärung geforderten Maßnahmen werden von der Bundesregierung im Rahmen der deutschen HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie sowohl national als auch im Rahmen der bilateralen Zusammenarbeit umgesetzt.

58. Mit welchen konkreten Maßnahmen unterstützt das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung die Regierungen Osteuropas, Russlands und der Staaten der GUS in ihrem Kampf gegen HIV/AIDS (bitte einzeln nach Staaten differenzieren), und welche Haushaltsmittel waren hierfür im Jahr 2012 und sind für das Jahr 2013 vorgesehen?

Die Bundesregierung verweist hinsichtlich der bilateralen Zusammenarbeit in der Ukraine auf den Bericht des BMG, der dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 22. Juni 2012 (Ausschussdrucksache 17(14)0297) übermittelt wurde.

In den GUS-Staaten werden die folgende Maßnahmen durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) gefördert bzw. ist die Förderung in den kommenden Jahren geplant:

Regionalprogramm „Systementwicklung in sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) Zentralasien“: Die Bundesregierung betreibt im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit mit Zentralasien ein Regionalprogramm Gesundheit. In den Jahren 2009 bis 2011 wurden für das Modul HIV/AIDS und Suchtprävention 6,5 Mio. Euro bereitgestellt, um insbesondere bei Jugendlichen und gefährdeten Gruppen Wissen, Einstellungen und Schutzverhalten zu verbessern. Das Regionalprogramm Gesundheit wird bis Dezember 2015 mit 8 Mio. Euro fortgeschrieben; darin integriert sind die mit Kirgisistan, Tadschikistan und Usbekistan abgestimmten geschlechtersensiblen Maßnahmen zu HIV/AIDS und Suchtprävention.

Kirgisistan HIV/AIDS Bekämpfung I: Die Bundesregierung fördert seit 2009 bis 2013 im Rahmen der bilateralen Zusammenarbeit mit etwa 3,5 Mio. Euro die bauliche Erneuerung und Ausstattung von insgesamt 34 medizinischen Laboren in Kirgisistan sowie die Ausbildung des Gesundheitspersonals. Partnerinstitution des Vorhabens ist das kirgisische Gesundheitsministerium.

Kirgisistan HIV/AIDS Bekämpfung II: Die Bundesregierung fördert mittels finanzieller Zusammenarbeit in Höhe von 4 Mio. Euro im Zeitraum von 2012 bis 2015 die Erneuerung und Ausstattung von Blutbanken mit medizinischen und nichtmedizinischen Geräten sowie die Beschaffung von Verbrauchsmaterialien. Partnerinstitution des Vorhabens ist das kirgisische Gesundheitsministerium.

Die Zusammenarbeit mit dem Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) wird auch in der aktuellen Programmphase der deutschen BACKUP-Initiative (Oktober 2012 bis September 2015) fortgesetzt. Das Netzwerk wird mit einem Finanzierungsbeitrag in Höhe von 130 000 Euro dabei unterstützt, zivilgesellschaftliche Organisationen in der Region Osteuropa auf Antragsbasis mit Beratung und Kapazitätsentwicklungsmaßnahmen zu unterstützen. Die Anträge beziehen sich in der Regel auf HIV-Prävention für gefährdete Gruppen – in Osteuropa hauptsächlich auf die Gruppe intravenös Drogengebrauchende, Sexarbeiterinnen und Männer, die Sex mit Männern haben. In der laufenden Projektphase (Oktober 2012 bis September 2015) besteht für zivilgesellschaftliche und staatliche Organisationen aus der Region weiterhin die Möglichkeit, bei der Deutschen BACKUP Initiative technische Unterstützung mit Bezug zu Prozessen des GFATM zu beantragen. Aufgrund der antragsbasierten Arbeitsweise ist es nicht möglich, die vorgesehenen Haushaltsmittel zu benennen.

59. Welche Maßnahmen unternimmt die Bundesregierung, um zur Umsetzung des Europäischen Aktionsplans HIV/Aids (2012–2015) beizutragen, und welche Haushaltsmittel stehen dafür zur Verfügung?

Die in Deutschland durchgeführten Maßnahmen zur Bekämpfung und Eindämmung von HIV/AIDS dienen auch der Umsetzung des Europäischen Aktionsplanes.

Des Weiteren wird auf die Antworten zu den Fragen 54 bis 58 verwiesen.

60. In welcher Form beabsichtigt die Bundesregierung, das Thema HIV/AIDS und die dramatischen Steigerungsraten in Osteuropa, Russland und den übrigen Staaten der GUS auf den nächsten G8-Gipfeln zu verankern?

Das Thema Gesundheit hat einen hohen Stellenwert im Rahmen der G8-Staaten; seit 1996 stehen Gesundheitsthemen regelmäßig auf der Agenda der G8-Staaten.

Auch die Gründung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) im Jahr 2002 geht auf das Engagement der G8-Staaten zurück.

Im Rahmen der britischen G8-Präsidentschaft in 2013 wird es eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung der G8-Muskoka-Zusage von 2010 zu Kinder- und Müttergesundheit geben.

Im Kontext dieses bestehenden Engagements wird sich die Bundesregierung weiterhin für die weltweite Bekämpfung von HIV/AIDS einsetzen.

elektronische Vorab-Fassung

elektronische Vorab-Fassung