

---

---

# AIDS Informationsdienst

Mai 1986

4 DM

# 9

---

**Intro**

---

---

**Redaktion**

---

---

**Allgemeine Presse**

---

Ungefährlichkeit sozialer Kontakte (Tagesspiegel)	12
AIDS-Helfer fordern mehr Unterstützung (Berliner Morgenpost)	15
Die Hysterie flaut ab (Demokratisches Gesundheitswesen)	16
Liz`'s role: AIDS Lobbyist (USA today)	22
AIDS in Kenia und Venezuela (Frankfurter Allgemeine Ztg.)	24
AIDS against a cruel world (Guardian weekly)	25
AIDS und die Richter (ZEIT)	26
Bayern lehnt Meldepflicht ab (Frankfurter Rundschau)	27
AIDS-Kranke wollen zu Hause sterben (Tagesspiegel)	28
u.v.a.m.	

---

**Schwule Presse**

---

Saving Sex (New York Native)	30
Athletes challenge AIDS (Coming up)	35
CDC issues new guidelines on AIDS (Gay Times)	36
Die Institute des Dr. Jensen (Gay Express)	38
u.v.a.m.	

---

**Fachpresse**

---

Jeder hat schon Kontakte... (Ärzte Zeitung)	41
new human retroviruses (Nature)	44
u.v.a.m.	

---

**Service**

---

a.i.d.s. Datenbank	54
Abonnementbestellungen	55
Informationsanforderungen	57

---

**Impressum**

---

Herausgeber: DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V., Bundesverband, Berlin  
 Redaktion: Wolfram Schweizer, Michael J. Breuer, Ulf Paepcke  
 Druck: Oktoberdruck GmbH, Berlin

Der "AIDS-Informationsdienst" erscheint monatlich. Einzelexemplar:  
 DM 4,--, Jahresabonnement DM 37,50 / für Institutionen DM 75,--,  
 Bestellschein am Ende dieser Ausgabe, für Mitglieder im Jahresbei-  
 trag enthalten. Angemeldet bei der VG Wort, München.

**REDAKTIONSADRESSE:**

AIDS-INFORMATIONSDIENST, BERLINER STRASSE 37, 1000 BERLIN 31  
 Telefon-Sammelruf: (030) 86.06.51 - Telex 1 86576 aids d

Redaktionsschluß dieser Ausgabe: 21. Mai 1986



GUTEN TAG AUS BERLIN,

der Verband der niedergelassenen Ärzte fordert es, die katholische Kirche teilt diese Meinung, der Staat und seine Parteien sehen eigentlich die Notwendigkeit. Für was ? Für Aufklärung und nochmals Aufklärung als derzeit einzig wirksame Waffe gegen AIDS.

Genau diesem Ziel hat sich die Deutsche AIDS-Hilfe verschrieben. Dafür braucht sie Unterstützung, besonders finanzieller Art. Doch inzwischen scheint AIDS in den Gesundheitszentralen des Bundes schon geheilt zu sein. Seit Wochen schlummern bei der - für die DAH zuständigen - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln wichtige Finanzanträge des Bundesverbandes. Diese Anträge sind notwendig, um die Arbeit der DAH weiter fortsetzen zu können, keine neue oder wiederaufgelegte Broschüre kann ohne das grüne Licht der BZgA in Auftrag gegeben werden. Doch seit Wochen steht diese Ampel auf rot.

Während die britische Regierung für Millionen DM Anzeigen zum Thema AIDS geschaltet hat (s. Infodienst Seite 40), versuchen Bonn und Köln den deutschen Geldhahn langsam, aber sicher zu drosseln, oder zumindest durch Zeitverzug einen Großteil der DAH-Planungen lahmzulegen.

London hat verstanden, daß sich heute investiertes Geld in einigen Jahren mehrfach bezahlt macht. Bonn und Köln scheinen von dieser Einsicht noch meilenweit entfernt zu sein.

Mit herzlichen Grüßen

Wolfram Linn



DAH-Informationstournee ein großer Erfolg

Hamburg (aid) Mehr als 1.000 Besucher erlebten Annemarie Madison vom San Francisco HOSPICE auf ihrer Informationstournee durch 5 Städte des Bundesgebietes. In der Folge der Veranstaltungen zeigten sich spontane, erste Erfolge, so gründete sich noch am selben Abend in Hamburg eine Medizinergruppe, die sich der AIDS-Hilfe Hamburg anschloß.

Hoechst AG hofft auf AIDS-Impfstoff

Frankfurt (dpa) Hoffnungen auf einen Impfstoff gegen AIDS und eine Krebstherapie mit Hilfe sogenannter monoklonaler Antikörper hegen die Pharma-Forscher des Hoechst-Konzerns. Auf Gewebekulturen isolierter AIDS-Viren sollen in den Behringwerken (Marburg) wirksame Substanzen gegen die erworbene Immunabwehrschwäche geprüft werden, teilte der Leiter der Pharma-Forschung, Prof. Dr. Martin Kramer, vor der Presse in einem Ausblick auf die neunziger Jahre mit. Die Behringwerke sind ein hundertprozentiges Tochterunternehmen von Hoechst. In der Tumorbehandlung der Zukunft setzen die Pharma-Forscher auf monoklonale Antikörper, die für eine Strahlen- oder Chemotherapie in Frage kommen könnten.

AIDS-Hilfe Heidelberg: Neue Adresse

Heidelberg (aid) Ab sofort ist die AIDS-Hilfe Heidelberg unter neuer Adresse und mit eigenem Telefonanschluß erreichbar. Das Beratungstelefon wird zu Beginn zwei Stunden pro Woche geschaltet. Die neue Adresse lautet: AIDS-Hilfe Heidelberg, Postfach 12 12 43, 6900 Heidelberg, Telefon: (0 62 21) 16 17 00.

Katholische Kirche: AIDS aus der Tabuzone holen

Köln (dpa) Die katholische Kirche in der Bundesrepublik hat sich auf einer Tagung in Köln erstmals in einem bundesweiten Rahmen mit dem Problem der erworbenen Immunschwäche AIDS



beschäftigt. Der Veranstalter der Tagung, die der katholischen Deutschen Bischofskonferenz unterstellte Katholische Sozialethische Arbeitsstelle, vertrat dabei in einem Forderungskatalog die Auffassung, die katholischen Seelsorger sollten das Thema AIDS in den Gemeinden "aus der Tabuzone" holen. Die AIDS-Kranken selbst, die meist in einer Randgruppensituation stünden, sollten in die Gemeinde integriert werden. Aufklärung über Verlauf und Umgang mit der Krankheit sollte fester Bestandteil von Sexualerziehung in Schule und Elternhaus sein, hieß es.

#### Erstes bundesweites Positiven-Treffen

Göttingen (aid) Vom 08. - 11. Mai fand in Südniedersachsen das erste bundesweite Treffen von HTLV-3-Antikörperträgern/innen ("Positive") statt. An der auf Privatinitiative zustande gekommenen Tagung nahmen rd. 40 Personen teil, darunter Vertreter von Positivengruppen aus dem In- und Ausland (Schweiz, England, Österreich). Unter den Teilnehmern und Teilnehmerinnen herrschte Übereinstimmung in den wichtigsten Problemen: so wurden eine namentliche Meldepflicht und Zwangstestung als bekanntlich ungeeignete Mittel zur Eindämmung der Infektionsausbreitung abgelehnt. Der HTLV-3-Antikörpertest müsse der individuellen Entscheidungsfreiheit überlassen werden. Als adäquates Mittel zur Infektionsverhütung wurden der Bevölkerung Präventionsmaßnahmen empfohlen. So betonten die Tagungsteilnehmer die Notwendigkeit von "sichererem Sex" (safer sex), der kostenlosen Verteilung von Kondomen in Gefängnissen und von Kanülen an Fixer. Die Versammlung appellierte an jeden Einzelnen, größere Partnerverantwortung besonders in der Sexualität zu übernehmen. Staatliche Stellen wurden darüber hinaus aufgefordert, eine verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit und eine Intensivierung der Forschung durch Zurverfügungstellung von finanziellen Mitteln sicherzustellen.

AIDS-Initiative Karlsruhe bezieht eigene Räume

Karlsruhe (aid) Die AIDS-Initiative Karlsruhe hat Anfang Mai eigene Räume bezogen, wobei die bisherige Telefonnummer unverändert blieb. Neue Adresse: AIDS-Initiative Karlsruhe e.V., Kronenstr. 2, Postfach 12 66, 7500 Karlsruhe 1, Tel.: (07 21) 69 34 04, Do 20-22 h.

AIDS: Neonazis mißbrauchen DGB-Aktion

Düsseldorf (dpa) Einen systematischen Mißbrauch der DGB-Aktion gegen Ausländerfeindlichkeit und Rassismus unter dem Motto "Mach' meinen Kumpel nicht an" sieht der DGB in den seit einiger Zeit in Nordrhein-Westfalens Städten kursierenden Aufklebern "Mach' meinen Kumpel nicht an - der hat AIDS". Der stellvertretende DGB-Landesbezirksvorsitzende Walter Haas kündigte "umgehend rechtliche Schritte" gegen die noch unbekanntes Urheber der Aktion an, die der DGB in Alt- oder Neonazi-Kreisen vermutet. Haas fordert die Ordnungsbehörden auf, alles zu tun, um die Initiatoren der Aktion möglichst schnell zu finden.

AIDS in Indien diagnostiziert

Neu Delhi (dpa) Im Rahmen ihrer Dissertation untersuchte die Mikrobiologin Suniti Solomon 200 Personen in der südindischen Stadt Madras. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde bei 6 weiblichen Prostituierten im Alter von 20 - 30 Jahren LAV/HTLV-III-positiv diagnostiziert. Jahrelang hatten Mediziner und Soziologen mit dem Brustton der Überzeugung bekräftigt: "Eine Verbreitung von AIDS in Indien ist nicht möglich". Die sexuellen Gewohnheiten der Inder unterschieden sich zu stark von denen anderer Völker. Zudem ist eine Aufklärung der Bevölkerung angesichts einer Analphabetenrate von 65 Prozent nahezu unmöglich.



# WARUM OPERATION AIDS?

**W**eil es jetzt reicht.

Weil nicht Mikroben Geschichte machen.

Weil mit Mikroben genug Geschäfte gemacht sind.

Weil die Statistiker lügen.

Weil die Gesundheitspolizei aufmarschiert.

Weil ein Virus keine Unmoral kennt.

Weil die Scharlatane ins Kraut schießen.

Weil verheerender als Seuchen der Seich der Journaille ist.

Weil den Handlungsreisenden in Angst der Musterkoffer abgenommen werden muß.

»Mikroben machen Geschichte, immer noch« (»Der Spiegel«)

Herausgegeben von Volkmar Sigusch und Hermann L. Grentzsch 1986, DM 10,-

# OPERATION AIDS

Das Geschäft mit  
der Angst  
Sexualforscher  
geben Auskunft

Konkret *Sexualität*

Ab 25.3.1986 am Kiosk. Oder direkt beim Verlag

**D**arum OPERATION AIDS: Eine kompetente Auskunft der seriösen Sexualwissenschaftler über eine Krankheit und was mit ihr getrieben wird.

In OPERATION AIDS schreiben: Volkmar Sigusch, Eberhard Schorsch, Günter Amendt, Gunter Schmidt, Paul Parin, Frank Rühmann, Ulrich Clement, Michael Lukas Moeller, Sophinette Becker, Christel Dormagen, Irene Stratenwerth, Gabriele Kreis, Heide Soltau, Edith Kohn u.a. Und: »Sind die Sexualforscher kriminell?« Ein Streitgespräch zwischen Martin Dannecker und Rosa von Praunheim.

**Coupon:** Ich bestelle ..... Ex. OPERATION AIDS 1986 à DM 10,-. Den Betrag von DM ..... habe ich überwiesen auf die Bank für Gemeinwirtschaft, Hamburg, BLZ 200 101 11, Kto.-Nr. 1186 539300, auf das Post-scheckkonto Hamburg, Nr. 202 68-208 oder beigiegt (Scheck, Schein oder Briefmarken).  
An: KONKRET-Service, Osterstraße 124, 2000 Hamburg 20

Name/Vorname

Straße,

Wohnort/PLZ

Datum, Unterschrift

Jede AIDS-Erkrankung kostet 100.000 Mark

Köln (dpa) Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands in Köln hat dringend "offensive" Vorbeugungsmaßnahmen gegen die erworbene Immunschwäche AIDS gefordert. Es sei höchste Zeit, daß sich die Parteien "einen Ruck geben und sich des Themas annehmen", heißt es in der Verbandszeitschrift. Jede AIDS-Erkrankung koste die Gesellschaft Beträge von 100.000 Mark und mehr. "Wenn die moderne Lustseuche die Gesellschaft nicht ökonomisch aus den Angeln heben und schwerwiegende Nachteile im Zusammenleben auslösen soll, muß schnell und effektiv gehandelt werden", meinte der Ärzteverband. "Handeln heißt an erster Stelle aufklären, aufklären und nochmals aufklären".

Neue AIDS-Hilfen in Konstanz und Tübingen

Konstanz (aid) In den beiden baden-württembergischen Städten haben sich in diesen Tagen AIDS-Hilfe-Gruppen konstituiert. Die Adressen lauten: AIDS-Hilfe Konstanz e.V., Friedrichstr. 21, 7750 Konstanz, Tel.: (0 75 31) 5 60 62 (Mi 20-22 h) und AIDS-Hilfe Tübingen e.V., Postfach 11 22, 7400 Tübingen, Tel.: (0 70 71) 3 41 51 (Di 20-22 h).

Städtische Fördermittel für die Münchner AIDS-Hilfe

München (aid) Der Gesundheitsausschuß der Stadt München hat nach langen Verhandlungen der Münchner AIDS-Hilfe Fördermittel in Höhe von rd. DM 120.000 für Büro-, Personal- und Sachkosten bewilligt. Die MAH hat inzwischen mit dem "Telefonnotruf für Suchtgefährdete" eine Kooperation begonnen. Ebenso wird in Zusammenarbeit mit Pro Familia eine Broschüre zum Thema AIDS und Sexualität konzipiert. Geplantes Erscheinungsdatum wird Juli dieses Jahres sein.





Rapide Zunahme der AIDS-Kranken in New York

New York (dpa) Die Zahl der AIDS-Neuerkrankungen, die in New York ein halbes Jahr lang nahezu stabil geblieben war, ist im Februar und März steil angestiegen. Nach einem Bericht der "New York Times" erhöhte sie sich im Februar 1986 auf 228. Im März gab es sogar 282 neue AIDS-Fälle. In der zweiten Hälfte des vergangenen Jahres waren nach Angaben der Zeitung in New York durchschnittlich 190 neue AIDS-Patienten im Monat erfaßt worden. Die Mehrheit (56 Prozent) der Kranken ist homosexuell. Die zweite große Gruppe (27 Prozent) bilden Drogensüchtige, die sich Rauschgift intravenös spritzten. Jeder dritte der etwa 18.000 AIDS-Kranken in den USA lebt in New York.

Drogenexperten fordern deutsche AIDS-Klinik

Parsberg/Bay. (dpa) Auf den zunehmenden Bedarf für eine erste deutsche AIDS-Klinik hat der Leiter von Süddeutschlands einzigem geschlossenem Krankenhaus zur Behandlung straffällig gewordener jugendlicher Drogensüchtiger, Paul Frangos, hingewiesen. Frangos zufolge ist bereits ein Drittel der Patienten in dem vom Bezirk Oberpfalz geführten und für ganz Bayern zuständigen Behandlungszentrum für Suchtkranke in Parsberg heute Träger des AIDS-Virus. In freien Therapiezentren für Rauschgiftsüchtige liege die Infektionsquote teilweise bereits bei 50 Prozent. Besorgniserregendste Entwicklung bei der Behandlung Drogenkranker bleibe das AIDS-Problem. Für die Klinik gebe es formaljuristisch keine Möglichkeit, die von einem Richter verfügte Einweisung eines Virusträgers oder AIDS-Kranken abzulehnen. Auch die Versorgung aufgenommener AIDS-Infizierter nach der Therapie im Drogenkrankenhaus sei unzulänglich.

Nieders.AIDS-Arbeitskreis bereitet Erfassung vor

Hannover (aid) Der Arbeitskreis AIDS Niedersachsen, ein Zusammenschluß staatlicher Institutionen, bereitet eine Massentestung vor. In einem internen Grundlagenpapier wird unter der Rubrik Prävention eine möglichst schnelle, weitgefächerte und landesweit durchgeführte Erfassung aller Infizierten vorgeschlagen. Bei möglichen "Risikopatienten" sollen insgesamt bis zu 150.000 Untersuchungen pro Jahr durchgeführt werden, nach Wunsch der Autoren möglichst zwei Mal pro Jahr bei "der Risikogruppe der Homosexuellen mit aggressiven Geschlechtspraktiken". Ferner soll eine Studie "Zur Klärung der Promiskuität und der Homosexuellen" erstellt werden.

Neue AIDS-Zeitung gegründet

Berlin (aid) Unter dem Titel "Vor-Sicht" wird Ende Mai eine neue AIDS-Zeitung in Berlin erscheinen. Fünf Freiwillige der Berliner AIDS-Hilfe zeichnen für diese Publikation, die kostenlos erhältlich sein wird, verantwortlich. Die Berliner AIDS-Hilfe legt jedoch Wert auf die Feststellung, daß es sich bei der Zeitung um eine private Initiative und nicht um eine Aktion der Berliner AIDS-Hilfe handelt. Kontakt: Klaus Maaß, Tel.: (0 30) 7 82 51 49, Di 19-21 h.

Safer-Sex-Workshop-Materialien abrufbar

Berlin (aid) AIDS-Hilfe-Organisationen, die an Safer-Sex-Workshop-Materialien interessiert sind, können Beispiele aus der Arbeit der New Yorker AIDS-Hilfe GMHC ab sofort schriftlich bei der DAH-Pressestelle, Berliner Str. 37, 1000 Berlin 31, anfordern. (Englischsprachige Unterlagen)



Deutsches AIDS-Kuratorium sagt AIDS-Kongress ab

Königstein (ijp) Aufgrund mangelndem Interesse sagte das Deutsche AIDS-Kuratorium mit Sitz in Frankfurt den am 23./24.Mai 86 geplanten "1. öffentlichen Kongress zur Vorbeugung gegen die Krankheit AIDS" ab. Das Kuratorium hatte zu Beginn dieses Jahres zahlreiche deutsche Großunternehmen zur Unterstützung aufgerufen, jedoch keine Resonanz erfahren. Auch war es "trotz intensivster Bemühungen", so der Vorsitzende Armin Priester, nicht möglich, Politiker für eine Mitwirkung oder Übernahme einer Schirmherrschaft zu gewinnen. Nach Auskunft der Veranstalter ist man jedoch bemüht, den Kongress bis Ende dieses Jahres neu zu organisieren.

Bayr. Justizminister sieht Straftatbestand bei AIDS-Übertragung

München (dpa) Der bayerische Justizminister August R. Lang sieht "in aller Regel" einen Tatbestand des Strafgesetzbuches (StGB) verwirklicht, wenn es zu einer Übertragung des HTLV-III-Virus kommt. In einem Beitrag für die Zeitschrift "AIDS-Forschung" schreibt Lang: "Weiß ein AIDS-Kranker von seiner Krankheit, will er das Virus übertragen und kommt es - etwa durch Geschlechtsverkehr oder Aggressionshandlungen zu einer Virusübertragung, wird ein Verbrechen der Vergiftung ernsthaft zu erwägen sein." Das AIDS-Virus sei zwar kein Gift, jedoch als "anderer Stoff, der zur Gesundheitszerstörung geeignet ist", anzusehen.

Informationsbroschüre auf serbo-kroatisch erschienen

Berlin (aid) Nach der zum Jahresanfang veröffentlichten Informationsbroschüre in türkisch ist ab sofort eine Version auf serbo-kroatisch bei der Deutschen AIDS-Hilfe abrufbereit. (Siehe Versandbestellschein am Ende dieser Ausgabe.)

Tagesspiegel, Berlin, 13.4

## AIDS: Ungefährlichkeit sozialer Kontakte bestätigt

Geringes Infektionsrisiko für Familienmitglieder — Neue Studie aus den Vereinigten Staaten

Weder in öffentlichen Verkehrsmitteln noch in Schulen, weder für Beschäftigte im Gaststättengewerbe noch im Krankenhaus ist eine Ansteckung mit dem AIDS-Virus zu befürchten. Eine neue Studie im New England Journal of Medicine (Bd. 314, Nr. 6, 1986) belegt jetzt, daß die Angst der Öffentlichkeit vor Ansteckung unbegründet ist. Dabei hatte kaum eine Mitteilung über die Ansteckungsgefahr von AIDS mehr Unruhe gestiftet als — vor rund einem halben Jahr — die über den Nachweis von Viruspartikeln in Speichel und Tränenflüssigkeit von AIDS-Erkrankten. Diese Befunde erweckten den Anschein, als handle es sich bei der erworbenen Immunschwäche AIDS um eine höchst ansteckende Krankheit. Rufe wurden laut nach Meldepflicht für Erkrankte oder gar Gesunde mit positivem Antikörpertest, Quarantäne, Ausschluß von Schülern und Studenten vom gemeinsamen Unterricht.

Anders als bei dem sehr infektiösen Hepatitis-B-Virus ist aber die Zahl der AIDS-Virus-Partikel im Blut gering. Wiederholte Versuche, Viren aus Speichel oder Tränen zu isolieren, führten zu einer sehr geringen Erfolgsrate, nur in einer aus 83 Speichelproben von Antikörpertragenden Individuen konnte das Virus isoliert werden. Es gibt darüber hinaus keinen einzigen Hinweis, daß Viren durch Händeschütteln oder Küsse übertragen wurden.

### Kind drogensüchtiger Eltern

Die Studie beschreibt Untersuchungsergebnisse über die Ansteckungsrate von Familienangehörigen von AIDS-Virus-Trägern. 101 Familienangehörige wurden untersucht, die über einen Zeitraum von drei bis 48 Monaten mit einem Patienten Kontakt hatten. Obwohl die meisten Familien arm waren und in sehr beengten Verhältnissen lebten, Geschirr und Toilettenartikel gemeinsam benutzten und die unter Verwandten üblichen Zärtlichkeiten austauschten, wurde eine AIDS-Virus-Infektion nur bei einem einzigen Kind nachgewiesen. Dieses fünfjährige Mädchen war Kind drogensüchtiger Eltern und hatte die Infektion vermutlich von der AIDS-kranken Mutter während der Schwangerschaft oder während der Geburt erworben. Fünf andere Kinder, die von AIDS-kranken Müttern geboren wurden, waren nicht infiziert.

Diese Studie zeigt eindeutig, wie gering die Ansteckungsgefahr ist. Die Familienmitglieder hatten einen hinlänglich langen Zeitraum mit dem Kranken verbracht. Die Nähe der Kontakte war viel intensiver als sie im täglichen Umgang mit Patienten außerhalb der Familie ist. Die Studie bestätigt eine frühere, kleinere Untersuchung an dänischen Blutern. Nur eines von 35 Familienmitgliedern hatte eine positive Antikörpermenge — diese Person hatte sich vermutlich durch sexuellen Kontakt infiziert.

### Auf Risikogruppe beschränkt

Vor fünf Jahren wurde die AIDS-Epidemie bekannt. Wie hat sich ihre Ausbreitung inzwi-

sehen entwickelt? Trotz der weltweiten Zunahme der AIDS-Erkrankungen ist die Krankheit weitgehend auf die Risikogruppen beschränkt geblieben. Die Hochrechnungen, wieviel erkranken werden, haben sich nicht bestätigt. In den Hochburgen wie in New York und San Francisco hat sich der bisher steigende Trend abgeschwächt. Die Fallzahlen im letzten Jahr blieben konstant. AIDS wird fast ausschließlich durch Sexualverkehr Homosexueller übertragen, und das Risiko ist proportional zur Partnerfrequenz. Eine weitere Risikogruppe sind nach wie vor die Drogenabhängigen, die verschmutzte Nadeln gemeinsam verwenden. AIDS-kranke Frauen können außerdem ihr Kind während der Schwangerschaft infizieren. Bluttransfusionen mit infiziertem Blut stellen ebenfalls noch immer eine gefährliche Ansteckungsmöglichkeit dar.

Die Ansteckungsgefahr durch heterosexuelle Kontakte von Männern auf Frauen und umgekehrt wird als mittelgroß dargestellt. Dieser Übertragungsmechanismus wird vor allem in Afrika als häufig angenommen, wo weibliche Prostituierte als eine Hochrisikogruppe gelten. In den USA sind 152 Fälle bekannt, in denen das Virus von Männern auf Frauen übertragen wurde und 28 Fälle mit umgekehrtem Infektionsweg — wobei letzterer schwerer nachweisbar ist. Wie das Bundesgesundheitsamt auf Anfragen mitteilte, liegen für die Bundesrepublik hierfür keine Zahlen vor, wohl aber serologische Hinweise, daß die Infektionsgefahr bei heterosexuellen Partnern beiderlei Geschlechts nicht zu unterschätzen sei.

### Krankenhauspersonal nicht gefährdet

Krankenhauspersonal ist laut der amerikanischen Studie nicht besonders gefährdet. Bisher ist, wie schon mehrfach berichtet, ein einziger Fall dokumentiert, in welchem sich eine Krankenschwester in England mit dem Virus infizierte, indem sie sich nicht nur versehentlich mit einer infizierten Spritze stach, sondern auch noch einen Teil des Blutes injizierte. 1750 Angehörige dieses Berufszweiges in den USA wiesen einen antikörperpositiven Fall auf. Die Ansteckungsgefahr ist also geringer als 0,1 Prozent. Diese Gruppe wird sogar als risikolos definiert. Ebensolches gilt für Schulkinder, Gemüsehändler, Arbeitskollegen — und eben Familienangehörige.

Dr. M. Sande vom San Francisco General Hospital schreibt in seinem Kommentar zu der erwähnten Studie, es sei an der Zeit, daß sich Ärzte aktiver einsetzen sollten, um zur Dämpfung der Hysterie um eine zufällige AIDS-Übertragung beizutragen. Die Schlüssel zur Verhinderung der Virusausbreitung seien einmal, alle Blutspender zu testen und zum anderen, alle Anstrengungen zu unternehmen, riskante sexuelle Praktiken und Drogenabhängigkeit zu beeinflussen.

Karin Mölling



Frankfurter Allgemeine Zeitung, 26.3.1986

## Neopterin als Signal der Immunabwehr

Erhöhte Ausscheidung im Urin / Früherkennung von Abstoßungs-Krisen

Krebskranke scheiden im Urin oft fluoreszierende Stoffe aus. Eine dieser Substanzen ist das Neopterin, eines der in der belebten Natur weit verbreiteten Pterine. Professor H. Wachter vom Institut für medizinische Chemie und Biochemie der Universität Innsbruck fand, daß die Ausscheidung von Neopterin mit dem Urin ein zuverlässiger Indikator für zelluläre Immunreaktionen ist; denn sie steigt rasch auf das Zwei- bis Zwanzigfache an, wenn es — etwa durch eine Virusinfektion — zu einer Reaktion der Immunabwehr kommt. Aus dem zeitlichen Verlauf der Neopterinausscheidung kann die Intensität der Immunreaktion abgeschätzt werden, und manchmal lassen sich sogar Rückschlüsse auf den Verlauf der zugrunde liegenden Erkrankung ziehen. Eine Aussage über den „Erfolg“ der Immunreaktion ist freilich nicht möglich. Mit der Hochdruckflüssigchromatographie läßt sich das Neopterin im Urin recht einfach und rasch messen. Angewendet wird der Neopterintest schon nach Organtransplantationen, um Abstoßungsreaktionen rechtzeitig zu erkennen. Mit diesem Test lassen sich derartige Komplikationen meist mehrere Tage früher erkennen als mit anderen Untersuchungsverfahren. Verläuft die Behandlung erfolgreich, normalisiert sich auch die Neopterinausscheidung rasch wieder. An der chirurgischen Klinik in Innsbruck wird der Test deshalb nach Transplantationen schon routinemäßig angewandt.

Bei einer Gruppe von Patienten, die an der Immunschwäche Aids oder den Vorstufen dieser Erkrankung litten, ist die Ausscheidung von Neopterin ebenfalls erhöht, was auf eine Stimulierung der Immunabwehr hinweist. Anders als bei einer Infektion durch „normale“ Viren oder Bakterien kann die Immunabwehr aber den Aids-Virus offenbar nicht oder nicht immer unter Kontrolle

bringen. In einer Untersuchung, die zusammen mit dem amerikanischen Center of Disease Control in Atlanta vorgenommen wurde, hat man auch eine Aids-Risikogruppe einbezogen. Etwa jeder dritte schied vermehrt Neopterin aus. Bei Drogensüchtigen mit Antikörpern gegen das Aids-Virus hat Wachter gemeinsam mit Wissenschaftlern der Universität München ebenfalls vermehrt Neopterin im Harn gefunden („Deutsche Medizinische Wochenschrift“, Bd. 111, S. 453). Die Bedeutung der Ergebnisse für die frühzeitige Erkennung und vielleicht sogar für die Prognose dieser Erkrankung muß allerdings noch geklärt werden.

Ein widersprüchliches Bild ergab die Untersuchung einer größeren Zahl von Krebskranken. Bei Patienten mit Blutkrebs war die Neopterinausscheidung schon in den frühen Stadien der Erkrankung erhöht, was eine Früherkennung ermöglichen könnte. Bei Kranken mit anderen Tumoren war jedoch oft erst in den fortgeschrittenen Stadien eine Reaktion der Immunabwehr zu erkennen.

Das ausgeschiedene Neopterin stammt aus Immunzellen, aus den sogenannten Freßzellen (Makrophagen). Diese reagieren rasch und heftig, wenn sie einen „Eindringling“ erkannt haben, unabhängig davon, um welchen Fremdkörper — einen Virus oder eine transplantierte Zelle — es sich handelt. Die Stimulierung der Freßzellen wird durch Gamma-Interferon ausgelöst, welches von den sogenannten T-Lymphozyten gebildet wird. Die biologische Bedeutung der erhöhten Neopterinproduktion in den Freßzellen ist bislang unbekannt. Da Pterine als Kofaktoren bei verschiedenen durch Enzyme gesteuerten biochemischen Reaktionen eine Rolle spielen, könnte es sich um ein Signal der Immunzellen zur Steuerung von Stoffwechselfvorgängen handeln. dpt

### Zahl der Aids-Fälle verdoppelt sich in einem Jahr

MÜNCHEN, 24. März (dpa). Die Zahl der Aids-Erkrankungen in der Bundesrepublik steigt nicht mehr so schnell. Hatten die Wissenschaftler bisher mit einer Verdoppelung der Fälle in sechs Monaten gerechnet, so habe sich dieser Zeitraum jetzt auf zwölf Monate ausgedehnt, sagte der Vorsitzende der Bayerischen Aids-Stiftung, Professor Otto Braun-Falco, am Montag in München.

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 25.3.1986

### Das Aids-Virus hat viele Verwandte

Das beim Menschen für die erworbene Immunschwäche Aids verantwortliche Virus scheint eine ganze Reihe von Verwandten zu haben. Die bislang isolierten Erreger waren einander alle recht ähnlich. Es handelte sich ausnahmslos um Varianten des zu den sogenannten Retroviren gehörenden Human-T-Lymphotropic-Virus III (HTLV 3). Im vergangenen Jahr wurde dann bei Affen ein Virus aufgespürt, das mit dem menschlichen Aids-Erreger verwandt ist. Es wurde Simian-T-Lymphotropic-Virus III (STLV 3) genannt. Nun hat der amerikanische Forscher M. Essex beim Menschen einen Erreger isoliert, der stärker dem Affenvirus ähnelt als dem menschlichen Aids-Erreger. Dieses Virus stammt aus dem Blut von offensichtlich gesunden, im Senegal lebenden Menschen. Während alle bisher aufgespürten Aids-Viren die zu den Immunzellen gehörenden T-Lymphozyten zerstören, ist dies bei dem neuen Virus nicht der Fall. Das könnte erklären, warum Infektionen mit dem als HTLV 4 bezeichneten Virus keine Immunschwäche auslösen. Schließlich hat der Entdecker des ersten Aids-Virus, der Franzose L. Montagnier, in Lissabon bei (bislang noch) gesunden Menschen ein weiteres sich deutlich von den früheren Aids-Erregern unterscheidendes Virus entdeckt. Es zerstört ebenfalls die T-Zellen. Diese Befunde stützen die These, daß die Aids-Viren ausnahmslos aus Afrika stammen. Offensichtlich ist der für den Menschen gefährliche Erreger schon vor langer Zeit vom Tier auf den Menschen übergegangen, der sich — zumindest in Afrika — an das Virus angepaßt hat. Mit der Erschließung des Schwarzen Kontinents scheint der Erreger in Populationen gelangt zu sein, die ihm nicht genügend Widerstand zu leisten vermögen. F.A.Z.

### DDR will AIDS-Fälle melden

zba BERLIN, 10. April. In der DDR sind nach Angaben des Gesundheitsministers Ludwig Mecklinger „bis heute noch keine klinisch manifesten AIDS-Erkrankungen festgestellt worden“. Vor in der DDR akkreditierten Journalisten sagte Mecklinger, ihm sei natürlich bewußt, daß diese Immunschwächekrankheit um die DDR keinen Bogen machen werde. Die Gruppe der Bevölkerung, die gefährdet sei, nachgewiesen durch den sogenannten Anti-Körper-Nachweis, sei „sehr klein“, und werde ganz besonders beobachtet und betreut. Die DDR habe gegenüber der Weltgesundheitsorganisation WHO ihre Bereitschaft erklärt, klinisch behandelte AIDS-Fälle zu melden. Mecklinger teilte mit, daß in Ost-Berlin und in allen Bezirksstädten besondere, für alle zugängliche Beratungszentren für Fragen zu AIDS eingerichtet worden seien.

Frankfurter Rundschau, 11.4.1986

City Limits, London, 17.4.1986

# AIDS BEHIND BARS

PRISONER USED AS GUINEA PIG FOR GUIDELINES

**A prisoner with AIDS had his condition announced to inmates by staff and is now in isolation to avoid intimidation. The Home Office has admitted that lack of policy guidelines led to serious misjudgements, as Peter Lang reports.**



The prisoner has spent a year on his own following a decision by the prison governor not to tell staff and inmates he was a suspected AIDS victim. The Home Office now admits the decision to release the man's name was wrong, and they have issued guidelines to prevent it happening again.

The prisoner, who has asked that the prison not be named, has become increasingly more depressed by the situation, spending his time in an isolation unit with little exercise, no work, little human contact, and just a television to help pass the time. His isolation began when he told the prison Medical Officer he had previously had contact with a man who had died from AIDS.

According to Lord Glenarthur, Under Secretary of State for the Home Office, in a letter to MP Harry Cohen (Labour, Leyton): "Rumours began to circulate very quickly in the prison. There was a good deal of anxiety among both prisoners and staff. The governor was concerned that unless management acted at once to make the facts known, fear and uncertainty among prisoners might lead to serious control problems." Glenarthur went on: "The governor therefore reached the view it was essential to present all the facts, including the prisoner's identification, to both prisoners and staff in order to retain control of a difficult and volatile situation."

A year later the prisoner has complained to Harry Cohen: "The Home Office's reply is to admit that the prison service has fallen short of what is now known to be the best practice. They say there is little hope of improvement for the man as 'the threat of violence against him by other prisoners still rules out a move to an ordinary location.'" Glenarthur does, however, say: "In view of the

unusual circumstances of his case, directions have been given for a special parole review and this is now underway."

In the event, the man is not displaying symptoms of AIDS, but has been identified as being infected with the virus and could infect others through sexual contact or through blood contact. He maintains now that he "couldn't take" another year of isolation. "I'm inclined to believe the Home Office don't really know what to do with me," he explains. "I recognise I am an embarrassment to them."

The prisoner says he's "totally miserable" and warns that unless the Home Office has a special prison for AIDS victims, or early release, there will be a witch hunt for AIDS victims and people will get hurt.

The new guidelines issued by the Home Office specify that names of AIDS sufferers should not be generally released, and people with the virus but with no symptoms should be kept in single cells and allowed to mix with other prisoners.

A spoke-person for the Terence Higgins Trust, a charity set up to educate the public about the disease, welcomed the new guidelines but commented that the lack of proper toilets in prisons could contribute to the spread of AIDS and other infectious diseases.

## Ältere Rekruten für Aids eher anfällig

WASHINGTON, 2. April (AFP). Die in der amerikanischen Armee vorgenommenen Aids-Tests haben ergeben, daß ältere Rekruten für die unheilbare Immunschwäche offenbar anfälliger sind als jüngere. Dies geht aus einer Studie des amerikanischen Verteidigungsministeriums hervor, wie in Washington aus Pentagon-nahen Kreisen verlautete. Unter den 138 000 Rekruten, die sich zwischen dem 15. Oktober und dem 31. Dezember des vergangenen Jahres dem Test unterziehen mußten, wiesen bei den Siebzehn- bis Zwanzigjährigen 0,6 Promille Aids-Antikörper auf. Bei den 21 bis 25 Jahre alten Männern lag die Quote bei 2,5 Promille und bei Rekruten, die 26 und älter sind, bei 4,6 Promille.

Frankfurter Allgemeine Zeitung,

3.4.1986



Berliner Morgenpost,  
18.4.1986

## AIDS-Helfer fordern mehr Unterstützung

Die AIDS-Betreuung in Berlin fühlt sich vom Senat stiefmütterlich behandelt. Bernd Röhrig, zweiter Vorsitzender des Vereins, fürchtet, daß er sich bald nicht mehr den beiden aidskranken Kindern widmen kann, die er gegenwärtig betreut. Doch eben diese Betreuung von Kindern will die Gesundheitsverwaltung nicht unterstützen.

Sie finanziert die Stelle des zweiten Vorsitzenden 1986 mit 37 000 Mark. Als Vollzeitkraft soll Bernd Röhrig nach dem Willen der Gesundheitsverwaltung AIDS-Erkrankte betreuen und Selbsthilfegruppen anleiten. Die Betreuung von Kleinkindern hat die Gesundheitsverwaltung ausdrücklich ausgenommen. „Wir können nicht beurteilen, ob Herr Röhrig dafür geeignet ist“, erklärt Dr. Johannes Kramer, in der Gesundheitsverwaltung für Selbsthilfe zuständig.

Das Bezirksamt Tiergarten hegt derartige Zweifel nicht. Für ein zweijähriges aidskrankes Mädchen und ein vier Monate altes infiziertes Baby erhält Röhrig nach eigenen Angaben vom Bezirksamt 1600 und 1120 Mark Pflegegeld. Den Säugling betreut er rund um die Uhr, das Mädchen wird abends von seinen Eltern abgeholt.

Die Gesundheitsverwaltung sieht in den Zuschüssen von Bezirksamt und Senat eine „Doppelfinanzierung“ und will die Zuschüsse überprüfen. Das Pflegegeld, so Bernd Röhrig, benötige er allein für Pflege und Versorgung der Kinder. Ohne die 37 000 Mark vom Senat müsse er die Kinder abgeben. Sein Verein hat bei der Gesundheitsverwaltung außerdem Zuschüsse für Vereinsräume und weitere Kinderpflegestellen beantragt. Dies wird von der Verwaltung geprüft. **Jim**

zitty, Berlin, Nr.9/1986

## Für'n guten Zweck

### Aids-Benefiz

Die „Berliner Aids-Hilfe“ ist eine Selbsthilfeorganisation, die zwar vom Gesundheitsminister finanziell gefördert wird, dennoch auf Spenden für ihre Arbeit angewiesen ist. Aus diesem Grund findet am 25. April um 19 Uhr in den Ausstellungsräumen der TU, Ackerstr. 76, 1/65, eine Benefiz-Veranstaltung statt. Von dem Erlös soll ein Kleinbus angeschafft werden, der dringend für den Transport von Informationsmaterialien für den sonntäglichen Info-Stand am Witten-

bergplatz und zur Beförderung von Kranken gebraucht wird. Bei dem Benefiz werden Arbeiten namhafter Berliner Künstler und Künstlerinnen wie Luciano Castelli, Monika Wapnewska, Ter Hell oder Ulrich Eller zugunsten der „Berliner Aids-Hilfe“ versteigert. Die Moderation wird Evelyn Kühncke übernehmen. Gesundheitsminister Fink hat die Schirmherrschaft übernommen und die „Berliner Aids-Hilfe“ wird an einem Stand über ihre Arbeit informieren. **FT**

Tagesspiegel, Berlin, 4.4.1986

## Gegen Diskriminierung bei AIDS

### Alternative Liste fordert entsprechende Verordnungen

Eine „klare Linie“ gegen Diskriminierung von AIDS-Kranken und Trägern von LAV/HTLV-III-Viren fordert die Alternative Liste von den Gesundheits- und Justizministerien des Bundes und der Länder. Wie Stefan Reiß, Mitglied der AL-Fraktion des Abgeordnetenhauses, gestern vor der Presse betonte, halte die AL gesetzgeberische Maßnahmen — also ein Antidiskriminierungsgesetz — nur für die äußerste Möglichkeit, Virusträger oder AIDS-Kranke zum Beispiel davor zu schützen, daß sie „Wohnung oder Arbeitsplatz verlieren“. Er forderte die Justizminister und -senatoren auf, entsprechende Verordnungen zu erlassen. Anlaß dieser Pressekonferenz war Reiß Teilnahme an dem Vierten Nationalen AIDS-Forum der USA und der Siebenten Lesbian/Gay Health Conference in Washington.

Wie Reiß berichtete, sei zur Zeit des Forums in New York ein Gesetz — Gay Rights Bill — verabschiedet worden, daß die Rechte Homosexueller, der größten Risikogruppe der AIDS-Kranken, sichern soll. Bereits vorher hatte es in Los Angeles eine Anordnung des Bürgermeisters gegeben, das Benachteiligung von AIDS-Kranken oder Virus-Trägern verbietet.

Für Reiß ist es fahrlässig, daß in deutschen Strafvollzugsanstalten nicht Nadeln für Spritzen oder Kondome verteilt werden — unsaubere Nadeln beim Drogenmißbrauch und der Sexualverkehr sind die häufigsten Übertragungsmöglichkeiten für das AIDS-Virus. Die Justizverwaltung lehnt eine solche Verteilung ab, da Drogengebrauch und Sexualität in Gefängnissen nicht gestattet seien. Reiß argumentiert dagegen, daß die Nadel allein nicht den „Schuß“ ermöglicht, sondern daß dafür der Stoff da sein müsse. Und wenn der Stoff vorhanden ist, sei es besser, eine saubere Nadel als eine infizierte zu benutzen. Außerdem fänden seit Jahrhunderten in Gefängnissen sexuelle Handlungen unter Männern statt, die gar nicht immer Homosexuelle sein müßten. Warum, so fragt er, dann nicht bei etwas, das sowieso stattfindet, Infektionen durch Kondome verhindern?

Kondome beim Sexualverkehr zu empfehlen, gehört zur Propagierung von „Safer Sex“-Praktiken. Eine entsprechende Kampagne gibt es in der Bundesrepublik von der Deutschen AIDS-Hilfe. Reiß berichtete, wie auf dem Forum verschiedene Werbekampagnen in den USA vorgestellt wurden — in Los Angeles erinnert auf Plakaten und Werbespots ein rundlicher Muttertyp die starken Söhne, die Präservative nicht zu vergessen, in San Francisco informiert im Fernsehen eine Krankenschwester sachlich, in Chicago gehen Aufklärungsgruppen durch die Saunen.

Reiß hat an Diskussionen und Workshops zu diesem Thema auf dem Forum teilgenommen. Seiner Erfahrung nach sei es jetzt wichtig, den einzelnen die Angst vor Sex zu nehmen. Bei einem Workshop in Washington zum Beispiel sei herausgekommen, daß von Ansteckungsgefahr (die natürlich weiterhin ernstzunehmen ist) auch dann gesprochen werde, wenn tatsächlich „Moral“ oder sogar Angst vor Sex gemeint seien.

Le

Demokratisches Gesundheitswesen, Köln, Nr.4/1986

# Die Hysterie flaut ab – die Arbeit bleibt

Die Aids-Hysterie scheint fürs erste abzuflauen. Die Zahl der Beratungen geht vielerorts zurück. Von den anstehenden Problemen kann das jedoch nicht behauptet werden. Über Sinn und Unsinn der Tests, über die Schwierigkeiten von Safer sex, über anstehende Aufgaben und einige nächste Perspektiven sprach dg-Redakteur Peter Walger mit **Wilfried Neuhaus** vom Vorstand der **Aids-Hilfe Nordrhein-Westfalen** und der Gruppe Münster.

**dg:** Gibt es eine Versachlichung der Diskussion über Aids?

Haben Sie den Eindruck, daß sich wichtige Informationen über die Ansteckungsmöglichkeiten in der Bevölkerung verbreiten, daß etwa die Angst, sich durch Eßgeschirr oder auf der Toilette anzustecken, abgebaut wird?

**Neuhaus:** Die sachliche Information in der Bevölkerung nimmt zu, ist aber immer noch nicht ausreichend. Wir erleben es noch häufig, daß Leute Angst haben, sich auf Toiletten oder über Eßgeschirr anzustecken. Zum zweiten reicht es nicht, nur eine sachliche Aufklärung zu betreiben, denn damit werden die irrationalen Ängste, die in der Bevölkerung herrschen, nicht abgebaut.

**dg:** Was meinen Sie mit »irrationalen Ängsten«, etwa, daß die Leute vor Tuberkulose oder Tod im Straßenverkehr mehr Angst haben müßten, als an Aids zu sterben?

**Neuhaus:** Ja. Auf der Tagung in München fiel ein Satz »Wenn die Leute so viel Angst vor der Bombe hätten, wie sie vor Aids haben, gäbe es die Bombe nicht mehr«. Ein Aspekt, warum die Leute so irrational mit dieser Angst umgehen, ist, daß Aids in der Hauptsache eine sexuell übertragbare Krankheit ist, d.h. sie fällt in einen Tabubereich. Aber ich denke, dieses als alleiniger Grund für den irrationalen Umgang mit dieser Krankheit reicht nicht.

**dg:** Sie erwähnten eine Münchener Tagung. Was war da los, wer hat sich da getroffen?

**Neuhaus:** Das war eine Tagung jetzt im Februar, die von der Münchener Aids-Hilfe und von der Arbeitsgruppe Aids am Städtischen Krankenhaus München

Schwabing veranstaltet wurde. Das Thema war die psychosoziale Betreuung von Aids-Kranken und Aids-Vorfeldpatienten. Getroffen haben sich dort unter diesem Aspekt die Beratungsstellen, d.h. die Aids-Hilfen, die Drogenberatungsstellen, Ärzte aus Krankenhäusern und Gesundheitsämtern, die Aids-Patienten beraten oder versorgen, Sozialarbeiter aus diesen Bereichen und Streetworker, die mit Prostituierten und Drogenabhängigen arbeiten.

**dg:** Gab es gemeinsame Erfahrungen aus diesem bunten Spektrum von Leuten, die mit der Aids-Problematik zu tun haben? Haben Sie Schwerpunkte diskutiert?

**Neuhaus:** Für mich war zunächst einmal erschreckend, wie wenig noch viele der Teilnehmer über den Umgang mit Aids-Patienten und Test-Positiven wußten. Ich hatte den Eindruck, drei Viertel der Teilnehmer waren dort, um überhaupt die ersten Grundlagen für ihre Arbeit zu bekommen. Das dominierte sehr stark die Tagung, so daß sie mir kaum Neues gebracht hat. Ansonsten bietet sich mir das Bild, daß ein durchgängiges Konzept noch fehlt. Wir arbeiten alle an kleinen Mosaiksteinchen. Alle versuchen, die notdürftigsten Löcher zu flicken, aber ein koordiniertes Programm, das den Gesamtbereich abdeckt, ist noch nicht vorhanden.

**dg:** Könnten Sie Beispiele für solche Mosaiksteinchen nennen?

**Neuhaus:** Da ist der Umgang mit dem Antikörper-Test, da ist die Beratung über Safer sex, d.h. die Information

über sichere Sexualpraktiken, und dann die Überlegungen, die in Bezug auf Drogenabhängige laufen. Ist es möglich, sie vor Aids zu schützen, ohne sie von der Sucht herunter zu bekommen. Es sind solche Dinge, die nur einen kleinen Bereich betreffen, aber in sich sind sie schon wichtig.

**dg:** Ich weiß aus eigener Erfahrung, daß es eine starke Tendenz, besonders an Krankenhäusern, gibt, bestimmte Patienten, bei denen invasive Eingriffe gemacht werden oder die dauerdialysiert werden oder auch sämtliche PJ-Studenten grundsätzlich zu testen, also Screening-Test durchzuführen. Was halten Sie davon?

**Neuhaus:** Ich persönlich halte von solchen Screening-Tests überhaupt nichts. Man muß sich vorher überlegen, welche Konsequenzen ein solches Screening hat? Eine Voraussetzung, um überhaupt den Test machen zu dürfen, ist erstens die Zustimmung des Betroffenen und zweitens, daß diejenigen, die bei einem solchen Screening positiv auffallen, interher auch psychisch aufgefangen werden. Es ist möglich, alleine durch die Anamnese weitgehend einzuschränken, bei wem der Test sinnvoll ist. Das ist ja nur ein relativ kleiner Personenkreis. Weiterhin muß man sich vorher überlegen, welche Konsequenzen erfolgen daraus, wenn ich zum Beispiel den Test vor Operationen mache. Operiere ich dann einen Postiven nicht mehr, oder sollte ich nicht die Sicherheitsmaßnahmen, die bei einer solchen Operation nötig sind, generell bei Operationen einhalten.

**dg:** Abgesehen davon weiß niemand ob der Test nicht innerhalb





(Fortsetzung) Demokratisches Gesundheitswesen, Köln, Nr.4/1986

der möglichen Inkubationszeit durchgeführt wird, also daß bei einer Infektion vorliegt aber noch keine Antikörper gebildet wurden.

**Neuhaus:** Da gebe ich Ihnen ganz recht. Der Test kann erstens in der Inkubationsphase stattfinden, zweitens haben wir immer noch die Leute, wenn auch selten, die keine Antikörper bilden, zum dritten haben wir die falsch-positiven und die falsch-negativen Tests. Dieser ganze Test ist in seiner Aussage einfach zu vage. Von daher wäre eine Durchuntersuchung der Bevölkerung, wie sie aus der rechten Ecke gefordert wird, absolut sinnlos. Es bringt uns nichts.

**dg:** Was meinen Sie denn, was sinnvoll ist?

Hat die Münchener Tagung da Schwerpunkte gesetzt?

**Neuhaus:** In München wurden an sich nur zwei Aufgabenfelder erfaßt, nämlich wie die Gruppe der Kranken psychosozial aufgefangen werden können und wie mit den Gesunden, aber Testpositiven betreut werden sollen. Ein dritter Bereich, den wir von den Aids-Hilfen ist darüber hinaus die Präventionsarbeit.

Wenn die Leute so viel Angst vor der Bombe hätten wie vor Aids, dann gäbe es die Bombe nicht mehr.

**dg:** Nun wissen Sie ja sicher, daß es hierzu auch kritische Positionen gibt. Wenn man zum Beispiel

davon ausgeht, daß der eigentliche Kern der Risikogruppe die von Sigusch geschätzten 15 Prozent innerhalb der gesamten Homosexuellen sind, deren Verhalten vielleicht mehr mit dem Etikett »Sexualsucht« zu versehen ist, meinen Sie denn, daß da Aufklärung, Information über Safer sex, überhaupt Gehör findet? Müßten nicht eher intensivste Psychotherapieprogramme statt Aufklärung durch Flugblätter durchgeführt werden?

**Neuhaus:** Zunächst einmal wehre ich mich dagegeben, nur eine Betroffenengruppe zu benennen. Aber wir wären blind und selbstüberheblich, wenn wir meinen würden, mit einer solchen Safer-sex-Kampagne die Homosexuellen alle so weit zu bekommen, sich anders zu verhalten. Von einem Aufklärungsflugblatt allein wird niemand – auch kein Heterosexueller – seine sexuellen Gewohnheiten ändern oder nur die allerwenigsten. Aber eine andere Möglichkeit steht den Beratungsstellen, für die ich jetzt spreche, nicht zur Verfügung. Wir können keine wissenschaftliche Forschung am Impfstoff betreiben, wir können nur in der Zeit, bis es medizinische Wege gibt, versuchen, die Anzahl von Neuinfektionen so gering wie möglich zu halten. Wir werden sie nicht bremsen können, aber wir werden sie vielleicht etwas verlangsamen.

**dg:** Kommen wir noch einmal auf die Münchener Tagung zurück. Sie sprachen von zwei großen Themenfeldern, einmal den Positiven, dann den eigentlichen Aids-Kranken. War man sich da eigentlich in allen Aspekten, auch was die zukünftigen Aufgaben angeht, einig?

**Neuhaus:** Man war sich in dem Punkt einig, daß die Versorgung optimiert werden muß. Uneinig, und das macht mir die größten Sorgen, war man sich darüber, wer es machen soll. Mich hat auf dieser Tagung erschreckt, daß hier ein Konkurrenzkampf unter den Gruppen

losgeht. Das Problemfeld Aids beinhaltet mittlerweile Geld und Personalstellen, und die Institutionen, die sich damit befassen oder neu befassen möchten, kloppen sich nicht zuletzt aufgrund dieser Tatsache. Das wird einen großen Teil der Arbeit kaputt machen.

Eine Durchuntersuchung der Bevölkerung wäre absolut sinnlos. Der Test ist in seiner Aussage zu vage.

**dg:** Gut, ich kann mir schon vorstellen, daß der Anreiz besteht, über die Arbeit mit Infizierten oder Erkrankten den einen oder anderen Stellenplan zu verbessern. Aber steckt darin nicht auch ein konstruktives Moment. Schließlich existiert ja zur Zeit noch keine einheitliche Versorgungsstruktur.

**Neuhaus:** Es könnte konstruktiv sein, wenn die Gruppen stärker als bisher zusammenarbeiten würden, die Fachleute kommen halt aus verschiedenen Gebieten. Aber die Diskussion darf nicht so geführt werden, wie zum Teil in München gesche-

hen. Dort hat man sich gegenseitig Kompetenzen abgestritten, gesagt »Ihr könnt das gar nicht, weil ihr keine Ahnung davon habt« und »Wir sind allein als Kleingruppe für den und den Bereich zuständig«, statt ein gemeinsames Konzept zu entwickeln. Wenn das so läuft, werden wir keine konstruktive Zusammenarbeit bekommen.

**dg:** Nun haben meinem Eindruck nach die allermeisten Gruppen, Institutionen und Versorgungsträger einen hohen Respekt vor der Arbeit der Selbsthilfegruppen. Nutzen Sie diese Chance, koordinierend zu wirken?

**Neuhaus:** Dem Begriff Selbsthilfegruppe möchte ich ganz klar widersprechen, das ist nicht das Verständnis der Aids-Hilfen. Sie verstehen sich als Hilfestrukturen, d.h. als Versorgungsstruktur und nicht nur als ein Zusammenschluß von Betroffenen. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit von staatlicher Seite aus besteht häufig nur darin, daß man sieht, an die Schwulen, an die Homosexuellen kommt zur Zeit kaum eine andere Institution heran. Wir sind eher eine, glaube ich, nicht so gern gesehene Notwendigkeit. Die anderen respektieren uns, weil wir hier die meisten und die längsten Erfahrungen haben. Unserem Verständnis entspricht es schon, eine solche Koordinierungsarbeit zu leisten, dazu müssen aber die anderen Institutionen bereit sein mitzuarbeiten. Vorbildlich in diesem Sinne könnte vielleicht Hamburg sein, wo es ein Aids-Koordinations-treffen gibt, einmal im Monat, wo alle beteiligten Gruppen, d.h. die Aids-Hilfe, die Beratungsstellen, Drogenberatungsstellen, die Gesundheitsämter, die Krankenhäuser sich treffen und gemeinsam besprechen, wie sie weiter vorgehen. Erste Ansätze gibt es auch bei uns in Münster. Wir sitzen mit den Kliniken mittlerweile an einem Tisch. □



Pforzheimer Zeitung, 19.4.1986

Kontroverse Debatte im Sozialausschuß**Pforzheimer Aids-Hilfe-Verein soll vom Enzkreis Unterstützung erhalten**

Zustimmung auch zu erhöhter Förderung der „Pro Familia“-Beratung

Die Pforzheimer Beratungsstelle Aids-Hilfe e.V. soll in diesem Jahr mit 12 500 Mark vom Enzkreis gefördert werden. Ein entsprechender Antrag des Vereins wurde vom Sozial- und Krankenhausausschuß des Kreistags mit knapper Mehrheit befürwortet, die letzte Entscheidung fällt allerdings noch im Kreistag. Der Beschluß war im Ausschuß allerdings sehr umstritten, insbesondere die CDU-Fraktion zeigte sich nicht gewillt, eine neue Organisation „für diesen Personenkreis“ zu unterstützen, während andere Hilfen – Ärzte, Gesundheitsamt – zur Verfügung stünden.

In Rage brachte die CDU-Riege insbesondere eine Passage im Antragsschreiben des Aids-Hilfevereins, in dem die Pforzheimer den Personenkreis aufschlüsselten, der mit dem Aids-Virus in Berührung kommen kann – von Drogen-Abhängigen bis Prostituierten, einschließlich deren Sexualpartner, und so zu dem Fazit kamen, daß „wir alle“ gefährdet seien. Insbesondere die Kreisräte Scheuermann und Freiherr von Gaisberg wiesen diese Formulierung als „Unverschämtheit“ zurück.

Kreisrat Fischer (FWV) schloß sich in der Tendenz seiner Meinung der CDU an und betonte insbesondere, daß es verfrüht sei, jetzt diese Organisation zu unterstützen, weil man noch auf keine Erfahrungen zurückgreifen könne. Einen anderen Aspekt beleuchtete Grüne-Kreisrat Oberdorf, bei der Arbeit der Aids-Hilfe gehe es nicht um medizinische, sondern um soziale Betreuung der Betroffenen, die Todesangst dieser Leute. Letzteres Argument wollte SPD-Sprecher Thevenot durchaus gelten lassen, Zweifel hatte er jedoch darin, ob diese Beratungsstelle einer öffentlichen Unterstützung bedarf. Es gebe viele Krankheiten, die zum Tode führten, nur seien diese nicht so modern; wenn man nun für alle Krankheiten eine Beratungsstelle einrichte, führe dies ins Unferlose.

Kreisrat Knapp modifizierte den Antrag der Verwaltung: Die Förderung

durch den Enzkreis werde auf die Jahre 1986 und '87 beschränkt, dann habe der Verein einen Erfahrungsbericht vorzulegen und der Kreistag über eine mögliche weitere Förderung zu beraten. Mit neun zu sieben Stimmen wurde die Empfehlung an den Kreistag beschlossen.

Zuvor hatte der Vorsitzende des Aids-Hilfe-Vereins, Dr. Alfred Scheld, dem Gremium die Arbeit der Organisation erläutert. Die Betreuung Betroffener am Krankenbett könnte mitunter Stunden in der Woche in Anspruch nehmen, und dies könne ehrenamtlich nicht mehr erfolgen. Der Verein wolle daher eine Sozialarbeiterin einstellen, möglichst schon um 1. Mai. Dr. Scheld verwies darauf, daß der Verein im Bereich Pforzheim/Enzkreis mit zwischenzeitlich 19 Infizierten in Kontakt stehe, die Zahl der Betroffenen steige bis zum Jahresende bestimmt an, man müsse im schlimmsten Fall sogar mit dem ersten Toten rechnen.

In gleicher Zuschuß-Höhe wie der Enzkreis fördert die Stadt Pforzheim den Aids-Hilfeverein. Mit diesen 25 000 Mark deckt der Verein die Personalkosten einer Halbtagskraft, Raum- sowie Telefonkosten.

**Aids-Faltblatt auch in türkischer Sprache**

Die Deutsche Aids-Hilfe hat kürzlich in Zusammenarbeit mit dem Berliner Senator für Gesundheit und Soziales sowie dem Verein Türkischer Mediziner ein Informationsblatt auf türkisch herausgegeben, das jetzt auch in Hannover vorliegt. Es gibt einen kurzen Überblick über die erworbene Immunschwäche (Aids), nennt die häufigsten Ansteckungswege und gibt Ratschläge für Vorbeugungsmaßnahmen.

In Kürze sollen auch Veröffentlichungen in anderen Sprachen folgen.

Interessenten erhalten das Blatt kostenlos (frankierten Rückumschlag beifügen) bei der „Hannoverschen Aids-Hilfe e.V.“, Edenstraße 20, 3000 Hannover 1. Außerdem kann man unter der Berliner Rufnummer (0 30) 3 02 60 31 auch telefonische Auskünfte in türkischer Sprache erhalten, und zwar mittwochs von 13 bis 18 Uhr.

Hannoversche Allgemeine Zeitung, 17.4.1986



Village Voice, New York, 1.4.1986

*With Friends Like These . . .*

# PBS Exploits an AIDS Victim

**Geoffrey Stokes**

There is always a chance, I suppose, that the live "discussion/debate" segment of last night's (March 25) PBS special on AIDS rescued a problematic documentary, but I'm not optimistic.

The heart of the show is a 35-minute film, produced by *Frontline* and CBS's Minneapolis affiliate; it focuses on one Fabian Bridges, an undereducated gay hustler who continued to have unsafe sex, with as many as six partners a night, for several months after he was diagnosed with AIDS. In the film, Bridges emerges both as genuinely pathetic—broke, shunted from city to city, deserted and misunderstood by his family, isolated from groups in the gay community that might have helped him—and murderously irresponsible. Yet because of legislative restrictions, we are told, none of the various concerned public health agencies

could stop him—and merely by allowing himself to be followed around, it seems, Bridges made an uncomfortably impressive case for those who would quarantine at least some AIDS victims.

But simply as journalism, the documentary is so deeply flawed that this initial impression is, at very best, questionable. The narration, for instance, makes much of the production crew's ethical dilemma—i.e., should they, for the sake of their documentary, let Bridges continue his life-threatening career?—but fudges their inadequate answer. With classic self-protection, the crew reported Bridges's behavior only to municipal authorities—the agencies *least* likely to help him. And the bureaucracies' dithering then became more grist for their mill.

Perhaps even more seriously—though this manipulation is glossed over in the narration and by *Frontline* producer Mike Kirk as "humanitarian"—they es-

tablished a financial and emotional relationship with Bridges that made it possible and necessary for him to continue hustling. In Houston, for instance, these penurious checkbook journalists gave the homeless Bridges just enough money (\$15 a night) so that he could stay in a flophouse or the baths, but not enough so he could clean up his act. By cooperating with the publicity-happy Houston vice squad, they also guaranteed that local television crews (which the *Frontline* team then gleefully filmed) would be all over his case. (They then failed to place this hue and cry in the context of a concurrent Houston mayoral election that pitted the self-proclaimed "Straight Slate" against incumbent Kathy Whitmire.)

*Frontline's* derelictions are more serious, for the camera crew had at least a "heat of battle" excuse. But executive producer David Fanning's decision to air their work even after it had been criticized in Houston (where KRIV-TV reporter Hank Plante discovered they'd given Bridges money and let him live out of their camera van), in Minneapolis when it was aired by CBS, and in the January *Washington Journalism Review* is particularly troubling because its focus on an individual even Kirk admits is "atypical" leads away from such larger public-policy questions as what to do about the million or more symptomless Americans who are infected with the HTLV-3 virus. By treating Bridges as typical, *Frontline* implicitly argues for broad-based intrusive quarantine. The only rational explanation for this irresponsibility is that the producers hope the show will quiet right-wing complaints about their progressive foreign policy documentaries.

Bridges would have died anyway, of course, but this filmed epitaph is especially ugly because he stopped having unsafe sex only after local gay activists successfully isolated him from the camera crew that had "befriended" him. ■

Tagesspiegel, Berlin, 18.4.1986

## AIDS als Strafe?

Nach neuesten Schätzungen sollen allein in der Bundesrepublik über 100 000 Menschen mit dem heimtückischen Virus in Kontakt gekommen sein, der die Krankheit AIDS auslöst. In über 30 Städten sind sogenannte AIDS-Hilfen und andere spezielle Beratungsstellen entstanden. Anders als etwa in den USA haben sich Kirchen und Gemeinden in Deutschland bislang wenig auf die psychosozialen und seelsorglichen Probleme dieser neuen Krankheit eingelassen. Beschämend ist, daß einzelne Vertreter der Kirche AIDS als Strafe oder Heim-suchung Gottes qualifizieren.

Die Dokumentation berichtet über AIDS-Initiativen, an denen Christen beteiligt sind, so zum Beispiel in Frankfurt am Main; sie stellt ein Projekt der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart vor und zeigt, zu welchem Engagement Christen in New York bereit sind. (Erstes Programm 21 Uhr 55)

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 21.4.1986

## Eine Strafe Gottes?

„Vom Virus nicht berührt“ (ARD)

Von Aids betroffen zu sein ist alles andere als eine gute, vielmehr eine tödliche, ironieabweisende Angelegenheit. Anders verhält es sich mit den „Betroffenen“, die sich mit dem Guten im Bunde fühlen, eben weil sie betroffen sind. Wo etwas in weltlicher, sprich: medizinischer und psychologischer Hinsicht so unlösbar scheint wie jene neueste Seuche Aids, da können diese Betroffenenheitsapostel nicht weit sein. Jedenfalls blieb in dem Filmbericht mit dem vorwurfsvollen Titel „Vom Virus nicht berührt“, der die Themen Aids, Kirche und Moral zu einer betroffenen Melange zusammenrührte, nicht verborgen, auf welcher Seite das Gute ist.

Derartig gutgemeinte Sozialreportagen, die meist bebilderte Radiosendungen sind, in denen die Bekenntnisse der Betroffenen und Fürsprecher des Guten mit sich selbst entlarvenden Ansichten der verstockten und verhärteten Traditionshüter konfrontiert werden, haben leicht einen Geschmack manichäischer Selbstgerechtigkeit. Dabei hatte diese Sendung noch ein spekulations- und sensationsträchtiges Motiv: Der Hintergedanke war, eine Analogie herzustellen zwischen den Pestseuchen vergangener Jahrhunderte, die nach damaliger Auffassung als Geißel Gottes über die Menschheit kamen, und der Aidsseuche, in der mancher reaktionäre Kirchenmann eine Strafe Gottes für abartiges homosexuelles Treiben sieht. Damit

hatte man das Thema am Wickel und zugleich einen Popanz: die Kirche und ihre Theologie.

Aber was verlangen nur alle diese guten Menschen, ob Theologiestudenten oder Sozialpfleger, die sich, Gutes tuend, hartnäckig im Weichbild der Kirche aufhalten, von ebendieser kritisierten Kirche und ihrer Theologie? Sie erinnern an Erwachsene, die nicht erwachsen werden wollen und immer noch an ihren Eltern herumnörgeln, obwohl diese längst tot sind. Da bekannte ein Theologiestudent: „Ich empfinde mein Schwulsein überhaupt nicht als Sünde. Ich als schwuler Christ erlebe das als etwas Schönes.“ Und larmoyant fügte er hinzu: „Daß Kirche und Gesellschaft so beschissen mit mir und anderen umgehen“, darin liege das Problem. Immerhin muß man ihm zugute halten, daß ein Kölner Weihbischof zur Zurechtweisung eines menschenfreundlichen Pfarrers, der sich um Aidskranke kümmert, dekretiert hatte: „Eine von Gott verhängte Strafe ist Mittel der Hinführung zur Umkehr.“ Jener menschenfreundliche Pfarrer wies das indessen als „theologisch unhaltbar“ zurück, denn: „Gott zeigt uns, daß er uns in der Krankheit annimmt.“ Nun ist weder das eine noch das andere beweisbar und zeigt nur, daß Theologie kein besonders geeignetes Mittel ist, um mit dem Problem Aids fertig zu werden. **KS.**

Tagesspiegel, Berlin, 8.4.1986

### Mediziner fordert rasche Hilfe für AIDS-Patienten

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Professor Nepomuk Zöllner, hat die Politiker aufgefordert, „an geeigneten Orten rasch und viel“ in die Hilfe für AIDS-Patienten zu investieren und Zentren für deren Behandlung einzurichten. In einer Pressekonferenz vor Eröffnung der 92. Tagung der Gesellschaft sagte Zöllner jetzt in Wiesbaden, zur medizinischen Versorgung der schwerkranken AIDS-Patienten müßten Mittel für die Schaffung von Einzelräumen, die verstärkte Einstellung von Pflegepersonal, Psychologen und Psychotherapeuten sowie Finanzmittel für die teuren Medikamente bereitgestellt werden. Dies sei eine „Aufgabe für 1986, nicht für 1987 und 1988“, sagte Zöllner.

Nach Einschätzung von Professorin Johanna L'Age-Stehr, Direktorin am Robert-Koch-

Institut des Bundesgesundheitsamtes, wird sich die Zahl der AIDS-Kranken in der Bundesrepublik in den nächsten zwei bis drei Jahren voraussichtlich alle sieben bis acht Monate verdoppeln. Entsprechend werde auch die Zahl der Todesopfer zunehmen, sagte Frau L'Age-Stehr am Wochenende auf dem 38. Reinbeker Kolloquium über AIDS in Reinbek (Kreis Stormarn) bei Hamburg. Bis zum 4. April waren 451 AIDS-Kranke gemeldet, von denen 219 gestorben sind.

Frau L'Age-Stehr erwartet, daß auch die AIDS-Übertragung durch Prostituierte zunehmen wird. Es müsse damit gerechnet werden, daß in den nächsten Jahren mehr als nur fünf bis zehn Prozent der Bundesbürger, die LAV/HTLV-III-Antikörper im Blut haben, an AIDS erkranken werden. Nach den Ergebnissen der amerikanischen Manhattan-Studie seien bereits 38 bis 40 Prozent der Antikörper-Positive an AIDS erkrankt. (AP/dpa)



Frankfurter Allgemeine Zeitung, 29.4.1986



Luc MONTAGNIER

Foto dpa

## Den Aids-Viren auf der Spur

Der ehrwürdige Klinkerbau, ein Seitenflügel des Instituts Pasteur in Paris, in dem Professor Luc Montagnier residiert, trägt sinnigerweise den Namen „Bâtiment des Virus“. Nach der Lektüre von tausend Zeitungs- und Zeitschriften-Artikeln über „Aids“ betritt man das Haus mit gehörigem Respekt. Professor Montagnier wurde berühmt, nachdem er 1983 zusammen mit den Forschern J. C. Chermann und F. Barre hier den vermutlichen Erreger von Aids entdeckt hatte; er nannte ihn „lymphadenopathy associated virus“, LAV. Die schleichende Krankheit auf den Tod, die übrigens in Frankreich „Sida“ heißt, „syndrome d'immuno-déficience acquise“, was wie Aids soviel wie „Erworbene Abwehrschwäche“ bedeutet, trägt schon im Namen ihre Rätselhaftigkeit vor sich her. Montagnier wurde noch berühmter, als amerikanische Wissenschaftler geltend machten, sie und nicht Montagnier hätten als erste den Aids-Virus entdeckt, HTLV-III. Der Streit darüber dauert noch an, aber er interessiert den Franzosen nicht.

Vor wenigen Wochen wurde nun bekannt, zusammen mit portugiesischen Forschern habe Montagnier einen zweiten Aids/Sida-Virus entdeckt, LAV-II, als wenn einer nicht schon mehr als genug wäre. Den Professor machen jedoch solche eher poetischen Interpretationen skeptisch. Wie soll er es einem Laien nur erklären, daß der zweite Virus, der im Serum eines (bisher noch) gesunden Menschen gefunden wurde, dem ersten Virus zwar gleicht, aber

dennoch von ihm verschieden ist? Es geht ihm bei seiner Arbeit vor allem darum, sagt der Professor, die Geschichte der Krankheit zu rekonstruieren, um auf diese Weise zuletzt, als Fernziel, er sagt es wohl nur zur Beruhigung des ängstlich fragenden Laien, einen Impfstoff gegen Aids/Sida zu finden.

Montagnier, 54 Jahre alt, versteht sich als Forscher, nicht als Arzt. Aber immer wieder unterbricht er seine Arbeit, um öffentlich über die Krankheit zu sprechen. Er tritt im Fernsehen auf, schreibt Artikel für die Presse der französischen Homosexuellen. Sein Büro im Institut Pasteur darf man sich nicht so arg professoral vorstellen. Es geht darin zu wie in einem Taubenschlag. Studenten, Assistenten, Fragen, Antworten, schematische Kreidezeichnungen auf einer Tafel (der Virus vielleicht?). Schreibtisch und Besuchertisch sind bis zu zehn Zentimeter dick mit Büchern, Manuskripten, Zeitschriften zugelegt. Montagnier, wie das Zentrum im Wirbelsturm, bleibt ruhig, immer freundlich, charmant, er fühlt sich wohl in der Mitte.

Montagnier wurde als Kind französischer Eltern in Indien geboren, ist verheiratet, hat drei Kinder und wohnt etwas außerhalb von Paris. Er hat in Poitiers und Paris studiert. Seit 1960 arbeitet er für das Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS); seit 1974 ist er dessen Direktor. Er war einige Jahre im Auftrag des CNRS als Wissenschaftler in England tätig. Seit 1982 ist er der Direktor der Virologie am Institut Pasteur. Sein Hauptinteresse galt von Anfang an und gilt der Krebsforschung. Daß seine diesbezüglichen wissenschaftlichen Erfolge weit weniger bekannt geworden sind als die der Aids/Sida-Forschung, hat mit dem besonderen Interesse der Öffentlichkeit an dieser Krankheit zu tun. Montagnier zuckt mit den Schultern: Wie soll man es ändern? Als das gefährlichste Phänomen dieser Krankheit erscheint es ihm, wie er sagt, daß die meisten Leute immer noch glauben, Aids/Sida sei die Krankheit der anderen, sie selbst hätten damit nichts zu tun; ein fataler Irrtum, wie sich mehr und mehr zeige.

HANS SCHERER

USA Today, Arlington, 9.5.1986

# Liz's role: AIDS lobbyist

By John Gittelsohn  
USA TODAY

WASHINGTON — Elizabeth Taylor gave one of her longest performances since *Private Lives* Thursday, testifying before a Senate subcommittee hearing on AIDS.

Taylor, chairman of the American Foundation for AIDS Research, requested \$50 million to research an AIDS vaccine in 1987 and a 10-fold increase in research funds over the next two years.

"AIDS can be conquered just

as tuberculosis and polio (have been)," Taylor testified. "However, the effort will take time. It will also take money, and it must involve both the public and the private sectors."

Taylor also asked for \$30 million for public education about AIDS, double the 1986 appropriation.

Under questioning from Sen. Lowell Weicker, R-Conn., Taylor suggested that some of the funding come from the defense budget, an area her ex-husband, Sen. John Warner, R-Va., shares discretion over as a

member of Senate Armed Services Committee.

Warner breezed in as Taylor wrapped up her 20-minute talk and passed up his chance to question her.

"Let's work it out together," he said to other senators, "and don't send a lobbyist to see me."

"John," Taylor rejoined, "we'll talk later."

The slimmed-down star looked composed in a red and white suit. Does she have any secrets for staying in shape?

"I wish I did," she said.



By Tim Dillon, USA TODAY

**ON STAGE:** Actress Elizabeth Taylor testifies on Capitol Hill.

## ISLINGTON HEALTH AUTHORITY

Health Education Department

### AIDS Information Advisor

Scale 4. £8,085—£9,855 + £1,133 London Weighting

This is a new post, funded initially for one year. You will advise the local working and resident population on HTLV3 virus and AIDS with respect to minimising risks and thus reducing inappropriate reactions based on ignorance of the facts. You should have confidence to work in a very new area, and have health education or counselling experience, with an ability to communicate well with people on a sensitive topic.

A current driving licence should be held.

The post will be based in the Health Education Dept. and you will liaise with relevant clinicians.

For an informal discussion contact Fanny Mitchell, District Health Education Officer—01-272 7777 ext 383.

Application form available from District Personnel. Telephone 272-3070 ext 4116/4123. District Offices, Whittington Hospital, Highgate Wing, Dartmouth Park Hill, London, N19 5JG.

Closing date: 23rd May, 1986.

An Equal Opportunities Employer.



Time Out, London, 7.5.1986

# GAY MURDERS PANIC

**AIDS hysteria is seriously delaying a major London murder investigation, causing further rifts between the gay community and police.**

The murder of 26-year-old Tony Connolly in a hut on a Brixton railway embankment has caused a scandal over police ethics, the health authorities and what amounts to the slander of AIDS infection.

Connolly's body was discovered by children on the morning of April 6. He had gone, or been taken, there during the previous weekend for sex, and was strangled with his own scarf. His body was taken to Southwark mortuary, where it was established that he was gay and shared a flat with a man who is HTLV3 positive. Southwark Council say they followed DHSS guidelines and requested an HTLV3 blood test on his body before allowing a post-mortem. Police and pathologist say, however, that they were frustrated in every attempt to obtain forensic evidence from a post-mortem; to the extent that they approached hospitals outside London and, in desperation, even military ones.

Local papers reported his death as an 'AIDS murder' and last Thursday's *Streatham Guardian* alleged it was a 'revenge' killing by someone who feared Connolly had given them AIDS. Police deny that any such information came from their offices.

Last Thursday, a belated blood test on Connolly's body found him free of the HTLV3 virus, although his flatmate had told the police this some three weeks earlier. A post-mortem was arranged for last Friday morning.

During the intervening period, however, Connolly's flatmate was sacked after a group of Brixton police arrived at his workplace to break the news of the murder and he is now having to leave his council flat. Connolly's mother is pleading for the return of her son's body to

**Tony Connolly, 24, found murdered on a Brixton railway embankment.**



Newcastle. Police have been in Brixton's Prince of Wales pub, where Connolly was last seen, virtually every night, and last weekend mounted roadblocks and pedestrian checks in the area. A South London gay group has lodged complaints about police actions, and is meeting with a police advisory group this week.

The controversy arises from mutual distrust between a gay community fed up with police harassment and a police force bemusedly ignorant of the ways of the community. Until last week police were still considering a mishap during SM sex as a possible cause of Connolly's death, even though Connolly's flatmate dismissed this as unlikely. Gay activists are of the opinion that their erstwhile prosecutors are glad-handing the community because they desperately need its help. This is understandable.

Anthony Connolly's murder is by no means the first in the gay community recently. His flatmate asserts that all the signs were wrong. Connolly was unaware of the railway facility, and should not have needed it: he had taken a casual sex partner home on an earlier occasion. Why did he decide to tackle a work site, embankment, and 100 yards of railway one freezing, rainy night for a fuck he could have taken to his flat five minutes away?

There is something frightening about the death of Anthony Connolly. While police hedge their comments, a source links it to the one death by strangulation and one attempted murder in a worksite in Earls Court recently. It took this writer to inform the police of an attempted assault on a gay man near the scene of Anthony Connolly's murder mere days after. Gay men questioned at the roadblocks speak of police questioning them on subjects which would suggest a link. It is far too early and far too dangerous to suggest a serial murderer is at large in the gay community. It is, however, urgent that anyone who might have seen Anthony Connolly leaving the Prince of Wales guard themselves and call the police on 01-622 5156/4342, where they are guaranteed anonymity.

*John Gill*

Het Parool, Amsterdam, 2.5.1986

## Druk gebruik van AIDS-lijn

**AMSTERDAM** - De AIDS-infolijn voorziet in een grote behoefte. Gedurende de eerste vier maanden werd er bijna 3000 keer gebruik van de lijn gemaakt. Er kwamen gemiddeld 165 gesprekken per week binnen. Mannen belden twee maal zo vaak op als vrouwen. De telefoontjes kwamen vanuit het hele land maar dertig procent van de vragen kwam uit Amsterdam en de rest van de provincie Noord-Holland. Dit staat in het eerste jaarverslag van de AIDS-infolijn.

Uit het verslag blijkt dat de helft van de vragenstellers behoorde tot de risicogroepen van homoseksuele mannen, druggebruikers en hemo-

gen hadden betrekking op de wijze van besmetting. In het jaarverslag aangehaalde voorbeelden daarvan zijn, 'Is zoenen gevaarlijk', of 'Kan ik via een kopje, bestek of WC-bril besmet raken', en 'Mijn vriend is positief, ben ik nu ook besmet?'

Volgens de samenstellers van het verslag was in bijna alle gevallen van angst en onrust sprake, zodat lang niet altijd volstaan kon worden met het alleen maar geven van informatie. In bijna één derde van de gevallen werden de vragenstellers daarom doorverwezen naar instellingen als de GG&GD's, de poliklinieken voor geslachtsziekten of gezondheidsinstellingen voor homoseksuele mannen.

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 8.4.1986

Tagesspiegel, Berlin, 4.4.1986

## Zur Vorsicht bei Aids-Kranken geraten

### Weniger Mund-zu-Mund-Beatmung?

wol. HAMBURG, 7. April. Der berufliche Umgang mit Aids-Patienten, Gefahren für schwangere Frauen am Arbeitsplatz und krebserregende Stoffe bei bestimmten Arbeitsvorgängen in der Industrie — das sind drei Schwerpunktthemen, mit denen sich die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin eine Woche lang auf ihrer 26. wissenschaftlichen Jahrestagung in Hamburg befassen wird. Besonders heikel ist, was die Arbeitsmediziner zum Problem der Immunschwäche Aids zu sagen haben. Eines der Vorstandsmitglieder der Gesellschaft verwies zu Beginn des Kongresses darauf, daß Rettungssanitäter bei Personen, die als Träger des Aids-Virus bekannt sind, von der Mund-zu-Mund-Beatmung Abstand nehmen sollten, weil dabei eine gewisse Infektionsgefahr bestehe. Freilich, einen Bewußtlosen kann man nicht fragen, ob er Aids-Virus-Träger ist, und häufig sehen sich nicht nur Sanitäter, sondern auch Passanten mit der Aufgabe konfrontiert, bei Verunglückten oder aufgrund einer Krankheit zusammengebrochenen Menschen Wiederbelebnungsmaßnahmen einleiten zu müssen.

Es könne sein, hieß es denn auch, daß mit der Mund-zu-Mund-Beatmung künftig sehr viel zurückhaltender verfahren werden müsse als bisher. Ärzten, Krankenschwestern und -pflegern raten die Arbeitsmediziner, bei chirurgischen Eingriffen und Zahnbehandlungen an Aids-infizierten Patienten und auch bei Blutentnahme und Injektionen Handschuhe anzuziehen und in bestimmten Fällen einen Mundschutz zu verwenden.

**AIDS-Welle in Uganda.** In Uganda ist in letzter Zeit eine „alarmierende Zahl“ von Menschen an der erworbenen Immunschwäche AIDS gestorben, meldete Radio Kampala. Die Viruskrankheit grassiere vor allem im Süden des Landes an der Grenze zu Tansania. (dpa)

Tagesspiegel, Berlin, 23.3.1986

## Mehr als 300 Brasilianer starben an AIDS

In Brasilien sind nach Angaben des Gesundheitsministeriums mindestens 308 Menschen an der Immunschwächekrankheit AIDS gestorben. Wie aus einer Mitteilung des Ministeriums hervorgeht, sind unter den Toten auch 13 Kinder unter neun Jahren. Bis zum 20. März waren in Brasilien 657 Fälle der noch immer als unheilbar geltenden AIDS-Krankheit offiziell registriert. Vielfach sei die Ansteckung nicht durch sexuelle Kontakte, sondern über infizierte Blutkonserven zustande gekommen, erklärte das Ministerium. (Reuter)

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 2.4.1986

## Aids-Infektionen in Kenia und Venezuela

Mehr als die Hälfte der in Nairobi untersuchten Prostituierten ist mit Aids-Viren infiziert. Der Erreger dürfte aus Zentralafrika stammen. Er ist wahrscheinlich durch Männer aus Uganda, Ruanda und Burundi nach Kenia gelangt. Die Prostituierten kommen vor allem aus Tansania. Am häufigsten waren Antikörper gegen Aids-Viren bei Frauen anzutreffen, die sich mehrere Geschlechtskrankheiten zugezogen hatten. Wenngleich bei den Prostituierten Arzneimittel intramuskulär injiziert wurden, dürften die Erreger — anders als bei Drogensüchtigen — nicht durch Spritzen übertragen worden sein. Fortgeschrittene Aids-Erkrankungen sind in

Nairobi noch nicht aufgetreten. Da in Afrika viele Frauen infiziert sind, besteht die Gefahr, daß deren Kinder bereits im Mutterleib angesteckt werden.

Antikörper gegen das Aids-Virus oder einen eng verwandten Erreger sind inzwischen auch in Venezuela nachgewiesen worden. Bislang beschränken sich die Untersuchungen auf Patienten, die an Malaria litten. Bei dieser Krankheit treten häufig immunologische Veränderungen auf, wie sie für Aids charakteristisch sind. Aus den weißen Blutkörperchen eines dieser Kranken konnte ein Virus isoliert werden, das dem Aids-Erreger ähnelt. F.A.Z.

## Aids in Polen

**Warschau (AFP)** — Auch in Polen ist jetzt erstmals der Aids-Erreger nachgewiesen worden. Bei ärztlichen Untersuchungen von insgesamt 10 000 Menschen wurden 15 Personen entdeckt, die mit dem Erreger dieser Immunschwächekrankheit, einem als HTLV-III bezeichneten Virus infiziert sind. Nach Angaben des Regierungssprechers Jerzy Urban zeigen die Betroffenen allerdings noch keine Symptome der Krankheit. Bei den Virusträgern handelt es sich um zwei Prostituierte, vier Homosexuelle sowie um Bluter.

Die Welt, Bonn, 17.4.1986





Guardian Weekly, London, 13.4.1986

## Aids against a cruel world

Nicholas de Jongh at The Royal Cou

THE Normal Heart is an anguished alarm call to indifferent governments and the blithely unaware, a warning that we risk a pandemic of Aids, affecting not only homosexuals but heterosexuals as well. And its author, the American Larry Kramer, urges that we treat it as the gravest health crisis of the century.

The play, first seen last year at Jo Papp's Public Theatre in New York, is written in aggressive lines of polemic and occasional melodrama, and it is liberal in its just blaming fervour, its plea that gay men should not be regarded as natural pariahs in a cold society. The Reagan Administration, the New York mayor and the American Medical Association are all accused of sacrificing lives, of jeopardising infinite futures by inertia when Aids was first detected; of believing that it mattered not at all if gay men had perished in their thousands. The New York Times is judged as scarcely less guilty.

In an indictment even more sweeping and a provocative analogy he compares these symptoms of

indifference with those manifested to Jews when Hitler's final solution began its ghastly business. American gay men are not spared either, since Kramer through his mouthpiece Ned Weeks characterises them as screwing themselves through promiscuous couplings into premature coffins and failing to achieve organisational militancy.

David Hayman's superlative production, in which Martin Sheen gives a searing central performance as Ned, accepts the play's governing weakness — its use of banter insult and repartee rather than serious argument — and makes a virtue of the piece's hustling, emotional extremities. He sends the play rushing breathlessly across its course of 16 scenes and the first three epidemic years at a pace of unrelieved urgency. He is thus able to stress and mirror the play's emotional tones. And Geoff Roses's design with its walls and arched structure on which are imprinted a collage of headline Aids hysterics from the English gutter press contributes to the atmosphere of panic. The masked

medical orderlies whose scene change further enhance this sombre mood, lightened by gay banter.

The play's perspective is filtered through Ned Weeks, Jewish gay activist and author who is alerted to the crisis by a wheelchair polio victim, played by Frances Tomelty with a little too much impersonal rasp and some shafts of warmer concern. And its political scenes involve Ned as the founding force of the Gay Men's Health Crisis and his subsequent falling out with his fellows because of his uncloseted militancy falls foul of all, especially Bruce Niles, the Citibank vice-president, who majors in Moderation. And Ned's conviction that gay promiscuity merely sows the seeds of death is the last insult to them. Running in counterpoint to this public debate is Ned's first late love affair with a New York Times journalist and his battle to persuade his rich brother to accept him for what he is. The battle is too glibly and easily consummated in a reconciliation over the hospital bed of his lover, dying dreadfully of Aids. For all the undertones of soap opera these personal scenes of tear and grief do strike home.

Although as a call to alter consciences and minds the Normal Heart does not ask why gay men are despised and hated for promiscuity when similar heterosexual manifestations are generally applauded, nor does it argue about the reasons for promiscuity, or the effectiveness of militant action. Its characters are very generally sketched though as performed by this excellent passionate cast they are never stereotypes. John Terry's stiff vice-president and Paul Jesson's dying ironies as Ned's lover are notable acting performances. Sheen himself does not yet have quite the full emotional force that we expect of him.

This then is a play overwhelming emotional impact against all the odds and despite its limitation, it will both alarm and unsettle. And the first night audience responded with a gesture that I had never observed before — a standing ovation. The Normal Heart is bound to be the most noble play of our theatrical year.

Frankfurter Allgemeine Zeitung,  
10.4.1986

### Aids-Infektionsgefahr beunruhigt Polizisten

Tgn. HANNOVER, 9. April. In der niedersächsischen Polizei herrscht offenbar zunehmende Besorgnis wegen möglicher Infektionsgefahren im Umgang mit Aids-Risikogruppen, in denen sich die Immunschwäche-Krankheit immer noch ausbreitet. Innenminister Möcklinghoff hat die Beamten jetzt zu beruhigen versucht. Es gebe keinen Grund zur Panik, sagte er in einer besonderen „Aids-Information“. Für Polizeibeamte in der Ausübung ihres Dienstes sei die Infektionsgefahr als gering einzuschätzen. Eine Übertragung des Aids-Virus sei theoretisch nur dann denkbar, wenn es zu Widerstandshandlungen mit Bißverletzungen oder zu Widerstandshandlungen blutender Personen aus dem Kreis der Aids-Risikogruppen komme und dabei Blut auf Hautverletzungen eines Beamten gelange.

Die Zeit, Hanmburg, Nr.16/1986

## Recht im Alltag

# Aids und die Richter

So hilflos Ärzte heute bei der Behandlung Aidskranker sind, so deutlich kennen sie Ansteckungsquellen und Risikogruppen: Aids wird in erster Linie durch sexuelle Kontakte übertragen; besonders gefährdet – und damit auch für andere gefährlich – sind männliche Homosexuelle und Bisexuelle. Die Reaktion des Staates setzt bisher auf Information und Aufklärung nach dem Motto „Der Bundesgesundheitsminister warnt“. Was darüber hinaus geschehen sollte – Meldepflicht? Isolierung Aids-Kranker? Kontrolle gefährlicher Personen? – ist unter Politikern streitig. Verwaltungsbehörden aber können auf das Ergebnis dieses Streits nicht warten und versuchen schon jetzt, Ansteckungsquellen zu verstopfen.

Einem solchen Versuch verdanken wir jetzt eine erste gerichtliche Entscheidung in Sachen Aids. Die Verwaltung der Stadt München hatte einem Unternehmer, der eine „Kurbad-Sauna“ betrieb, drastische Auflagen „zur weiteren Führung des Betriebes“ aufgegeben. Beamte hatten nämlich erfahren, daß in der Sauna Strichjungen vermittelt wurden, daß enthemmende Medikamente verkauft und pornographische Filme gezeigt wurden und daß in abschließbaren Ruhekabinen homosexuelle Praktiken zumindest geduldet wurden.

Die Stadt verlangte nun vom Unternehmer „das vollständige Offenhalten der Kabinen . . . durch Entfernen der Kabinentüren, das Entfernen aller Vorhänge mit Ausnahme des Vorhangs zwischen Treppe und Empfangsraum bzw. Bar“. Sie verbot ihm die Vorführung pornographischer Filme und Videos, den Verkauf von Medikamenten, die Vermittlung der Prostitution und die „Duldung, Zulassung oder Förderung des Geschlechtsverkehrs“.

Der Unternehmer wehrte sich und zog vors Verwaltungsgericht. Er meinte, derart massive Auflagen seien „im Ergebnis einer Gewerbeunter-sagung gleichzusetzen“; er habe deshalb „ein starkes wirtschaftliches Interesse daran“, daß die Frage, ob die behördlichen Forderungen berechtigt und notwendig seien oder nicht, erst einmal gerichtlich geprüft würden.

Die Verwaltungsrichter in München entschieden zugunsten der Stadt. Sie stützten ihre Entscheidung „insbesondere“ auf das „schützenswerte Rechtsgut der Volksgesundheit“, das „im höchsten Grade gefährdet“ sei. Denn: Ein solcher Sauna-klub trägt „erheblich dazu bei, daß die Viruserkrankung Aids, die noch nicht wirksam bekämpft werden kann, sich . . . weiterverbreitet“. (Aktenzeichen: M 5684 XVI/85).

Eine Entscheidung, der sicher noch viele ähnliche folgen werden. Eine Entscheidung aber auch, die zeigt, wie leicht der Angsttraum Aids zu Überreaktionen der Verwaltungsbehörden führen könnte. Immerhin wird hier behördliches Handeln der Kontrolle des Richters praktisch entzogen: Die strengen Auflagen der Verwaltung sind „sofort vollziehbar“, der Prozeß darüber, ob sie rechtmäßig und angemessen waren, kann Jahre dauern; wenn der Saunaclub inzwischen pleite macht – na ja, das muß in Kauf genommen werden. Niemand kann den Münchener Verwaltungsbeamten und den bayerischen Richtern böse Absichten unterstellen. Aber daß die Angst vor Aids unter der Devise der sogenannten Volksgesundheit auch ein wenig Aversion gegen Homosexuelle kassiert, das läßt sich eben auch nicht ausschließen.

Eva Marie von Münch

## US-Lebensversicherungen lehnen AIDS-Kranke ab

CHICAGO, 11. April (AFP). AIDS-Kranke oder Träger des AIDS-Virus werden von zahlreichen US-amerikanischen Lebensversicherungen als Versicherungsnehmer abgelehnt. Der US-Ärzteverband AMA, der mehrere tausend Mitglieder zählt, kritisierte am Freitag in Chicago die von den Gesellschaften geforderten Voruntersuchungen im Falle eines Verdachts auf die erworbene Immunschwäche. Ein Mitglied des jüngst vom Verband der Lebensversicherungen gegründeten AIDS-Untersuchungskomitees, Donald Chambers, begründete die Haltung der Versicherungen mit den außerordentlich hohen Kosten, die den Gesellschaften entstehen könnten. AIDS könne sich als „eines der größten Risiken der Versicherungen“ erweisen, meinte der Experte. Nach Angaben der US-Gesundheitsbehörde sind in den USA bisher 9865 Menschen an AIDS gestorben.

## Einreiseverbot bei AIDS?

WASHINGTON, 24. April (AP). Die US-Regierung erwägt nach einem am Mittwoch in Washington vorgelegten Vorschlag ein Einwanderungsverbot für Personen, die an der Immunschwäche AIDS leiden. Außerdem sollen die Konsulate von Personen, die ein Einreisevisum für die USA beantragen, eine ärztliche Untersuchung verlangen können, wenn Verdacht auf eine Infizierung mit dem AIDS-Virus besteht. Dies würde vor allem Touristen betreffen, aber auch Studenten, die zu einem Studienaufenthalt in die USA einreisen wollen.

12.4.1986

Frankfurter Rundschau

25.4.1986



Frankfurter Rundschau, 9.4.1986

# Bayern lehnt Meldepflicht für AIDS-Kranke ab

Im Freistaat sind 15 000 Menschen mit dem Erreger infiziert / Bereits 44 Personen gestorben

MÜNCHEN, 8. April. Bayern lehnt eine persönliche Meldepflicht für an der Immunschwäche AIDS Erkrankte ab. In der Frage einer anonymen Meldepflicht allerdings sei die Staatsregierung „völlig offen“, teilte Innenminister Karl Hillermeier am Dienstag nach einer Kabinettsitzung mit. Da „zur Zeit die Nachteile noch“ überwögen und sich auch aus einer anonymen Meldepflicht eine „Gefährdung der Vertrauensbasis“ zwischen AIDS-Betroffenen und Betreuungsstellen ergeben könnte, wie Hillermeier sagte, sieht die Regierung derzeit auch keinen Anlaß, die Einführung einer solchen Meldepflicht zu fordern. In ihrer Haltung stimmt die Staatsregierung überein mit einer Arbeitsgruppe aus vier Ministerien und einem wissenschaftlichen Beirat.

Der Bericht der interministeriellen Arbeitsgruppe soll in Bayern breit gestreut

werden, um zur Aufklärung über die Ansteckung mit dem LAV/HTLV-III-Virus und deren Vermeidung beizutragen. Zu diesem Zweck werden auch die Rundfunkanstalten um wiederholte Sendungen von Fernsehspots gebeten. Zur Förderung der AIDS-Forschung stellt die Staatsregierung für die nächsten drei Jahre sechs Millionen Mark zur Verfügung, mit denen die Grundausrüstung verbessert und eine erfolgreiche Bewerbung um Forschungsmittel von überregionalen Förderinstitutionen ermöglicht werden soll.

Bis zu vier psychosoziale Beratungsstellen sollen von den drei Millionen Mark eingerichtet werden, den die Regierung für die nächsten drei Jahre für einen Modellversuch bereitstellt. Da es bislang weder Therapie noch Impfstoff gebe, müsse den Betroffenen und auch

ihrem Umfeld neben medizinischer Betreuung psychologische und soziale Hilfestellung gewährt werden, meinte Sozialminister Franz Neubauer.

Nach einer Umfrage des Sozialministeriums sei gegenwärtig in Bayern mit rund 150 „Voll-AIDS-Fällen“ und etwa 15 000 Infizierten zu rechnen. Im Bundesgebiet, so die Schätzung des Ministeriums, dürften Anfang 1990 bei gleichbleibender Entwicklung bereits mehr als 10 000 Personen an AIDS erkrankt und mehr als 100 000 infiziert sein.

Gemeldet worden seien bisher in der Bundesrepublik 438 Personen mit einer Vollerkrankung, wovon bereits 219 gestorben seien, sagte Minister Neubauer, eine Mitteilung des Bundesgesundheitsamtes zitierend. In Bayern sind von den bislang gemeldeten 74 an AIDS Erkrankten 44 gestorben.

## AIDS breitet sich weiter aus

Zahl der Erkrankten in Europa auf über 2000 gestiegen

Genf (dpa). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am Freitag alle Mitgliedsländer aufgerufen, zur Bekämpfung der tödlich verlaufenden Immunschwächekrankheit AIDS zusammenzuarbeiten. Nach einem Treffen der Vertreter von 15 Ländern, an dem auch die EG-Kommission und die Weltbank teilgenommen hatten, teilte die Organisation in Genf mit, daß sie die Voraussetzungen für ein weltweites Programm zur Bekämpfung der Krankheit schaffen will. An der Tagung nahmen unter anderen die Bundesrepublik, Österreich, Dänemark, Finnland, Norwegen, die Niederlande, Schweden und die Schweiz teil.

In einer am gleichen Tag veröffentlichten Statistik stellt die WHO fest, daß sich die Krankheit weiter ausbreitet. Danach waren am 31. Dezember des vergangenen Jahres in Europa 2006 Menschen an AIDS erkrankt. Ein Jahr zuvor betrug die Gesamtzahl der europäischen AIDS-Kranken noch 762.

Die meisten Erkrankten, nämlich 573, wurden in Frankreich gezählt, vor der Bundesrepublik mit 377 und Großbritannien mit 287 Fällen. In Italien verzehnfachte sich die Zahl der AIDS-Kranken in einem Jahr von 14 auf 140. Belgien verzeichnete einen Anstieg von 65 auf 139, in Dänemark verdoppelte sich die Zahl von 34 auf 68 und in Österreich stieg sie von 13 auf 28. In den Niederlanden gab es Ende 1985 98 AIDS-Kranke, gegenüber 42 ein Jahr zuvor. In Norwegen stieg die Zahl der Erkrankungen von fünf auf 17, in Schweden von 16 auf 42 und in der Schweiz von 41 auf 100.

Als einziges westeuropäisches Land blieb Island von der Krankheit völlig verschont. Aus Irland, das nach vorhergehenden Statistiken nicht betroffen war, lagen die Angaben für Dezember 1985 nicht vor. Aus den osteuropäischen Ländern werden keine Erkrankungen gemeldet. Für die Sowjetunion gilt das gleiche wie für Irland. Polen, die Tschechoslowakei und Ungarn melden keinen einzigen AIDS-Fall.

Von den insgesamt 2006 AIDS-Patienten in Europa stammen 279 von anderen Kontinenten, 175 aus Afrika, 94 vom amerikanischen Kontinent, fünf aus Asien und zwei aus Ozeanien. Die Herkunft der drei übrigen Erkrankten konnte nicht ermittelt werden.

Die WHO-Statistik stellte fest, daß über 90 Prozent der Erkrankten Männer, zumeist im Alter von 20 bis 49 Jahren sind. Von den 1698 Fällen, in denen die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe ermittelt wurde, sind 1279, also 75 Prozent, Homosexuelle oder Bisexuelle, 147 Drogenabhängige und 35 homosexuelle Drogensüchtige. 68 Kranke litten unter der Bluterkrankheit und bei 45 weiteren sind Bluttransfusionen die Krankheitsursache.

Tagesspiegel, Berlin,  
26.4.1986



Tagesspiegel, Berlin, 13.4.1986

## AIDS-Kranke wollen zu Hause sterben

### Erfahrungen aus San Francisco — Bericht über eine Hilfsorganisation

Die AIDS Foundation San Francisco klärt auf und informiert, „Shanti“ lehrt, wie man mit der Krankheit leben kann, „Hospice“ kümmert sich ums Sterben. Denn immer noch bedeutet es das Todesurteil, wenn bei einem Patienten AIDS diagnostiziert wird. Durch den Defekt des körpereigenen Immunsystems, hervorgerufen durch das Virus LAV/HTLV III, können Infektionen nicht mehr abgewehrt werden. Annemarie Madison ist eine der 350 freiwilligen Mitarbeiter von Hospice of San Francisco, der einzigen durch Bürgerinitiative entstandenen Hilfsorganisation, die Krankenpflege betreibt.

In einer Veranstaltung der Deutschen AIDS-Hilfe berichtete sie jetzt in westdeutschen Städten und in Berlin über ihre Arbeit. „Hospice“ wurde 1972 gegründet, um Menschen, die kurz vor dem Tod standen, in Würde sterben zu lassen. Das AIDS-Programm wurde nach 1981 entwickelt, als die ersten Fälle von AIDS in San Francisco diagnostiziert wurden und die ersten starben. Finanziert wird das Projekt (Jahresetat zwei Millionen Dollar) zu 65 Prozent von der Stadt, zu 30 Prozent von Versicherungsleistungen für die Kranken, zu fünf Prozent aus privaten Spenden. San Francisco gibt jährlich zehn Millionen Dollar für die drei AIDS-Hilfsorganisationen aus.

45 Pfleger und Krankenschwestern (die bezahlt, aber nicht so gut dotiert werden wie in Krankenhäusern) übernehmen die Pflege am Tage. Danach springen die freiwilligen Mitarbeiter ein. „Wir bleiben bis zum letzten Atemzug“, sagte Annemarie Madison, die Kranken werden Tag und Nacht betreut. Die geschulten Helfer bemühen sich, den Todgeweihten Wärme zu geben, sie aufs Sterben vorzubereiten, ihnen Mut zu machen zu sterben.

Sterben wollen alle zu Hause. Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus — auf der AIDS-Station arbeiten nur Schwestern, die sich freiwillig dahin gemeldet haben — beträgt durchschnittlich 24 Tage und wird so kurz wie möglich gehalten, damit die Patienten in ihre vertraute Umgebung zurück können. Nicht alle aber können zurück, nicht alle haben ein Zuhause. „Oft steht der Koffer vor der Tür“, sagte Annemarie Madison, der Vermieter, der Freund oder auch die Eltern haben den AIDS-Kranken hinausgeworfen. Zwar habe die Bevölkerung erkannt, daß AIDS eine humanitäre Frage ist, aber wo denken schon alle Bürger das Gleiche? Oft steht aber auch der Koffer

nicht in San Francisco vor der Tür, sondern in Teilen der USA, die nicht so tolerant sind wie die Stadt an der Westküste. Es kommen AIDS-Kranke aus Staaten, deren Repräsentanten offiziell verkünden, bei ihnen gebe es kein AIDS. „Wir wissen es besser“, sagte Frau Madison.

Rund drei Viertel aller AIDS-Kranken sind homosexuelle Männer. In San Francisco, wo seit Jahren die Gay Community, also der homosexuelle Teil der Bevölkerung (zehn Prozent der 700 000 Einwohner) einen wichtigen wirtschaftlichen und politischen Faktor darstellt, ist der Anteil noch höher. Die Drogenszene — Fixer, die sich durch unsaubere Nadeln infizieren, sind die zweitgrößte AIDS-Risikogruppe — sei in San Francisco nicht so umfangreich, meinte Frau Madison.

Für AIDS-Patienten, die kein Zuhause mehr haben, hat „Shanti“ Häuser und Wohnungen gemietet. Die Katholische Kirche hat jetzt in einem Pfarramt 16 Zimmer zur Verfügung gestellt. „Die Kirchen benehmen sich phantastisch“, meinte Annemarie Madison und fügte hinzu, daß alle, „die so viel von Christlichkeit reden, jetzt eine enorme Chance haben, es zu zeigen“. Sie hatte ihren Vortrag begonnen mit dem letzten Satz des Video-Films der Deutschen AIDS-Hilfe „Zum Beispiel San Francisco — Eine Stadt lebt mit AIDS“: „Wartet nicht bis morgen, fangt heute an.“ In San Francisco gab es bis Anfang März 1990 AIDS-Fälle. In den letzten acht Monaten hat sich die Zahl verdoppelt. Amerika hat einen „Vorsprung“ von drei Jahren. Das heißt, daß bei uns sich die AIDS-Fälle auch vermehren werden, wenn nichts oder zu wenig getan wird.

Kann man das Beispiel San Francisco übertragen? Man kann, meinte die Samariterin von der Westküste. Man kann es, wenn sich die Bevölkerung engagiert. „Sie sollen nicht vergleichen, sondern es nachmachen“, antwortete sie skeptischen Fragern. Die gebürtige Deutsche erinnerte am Schluß des Abends an die Solidarität der Deutschen während des Bombenkriegs: „Da sind wir nach einem Angriff nicht eher ins Bett gegangen, ehe wir uns nicht überzeugt hatten, daß in keiner Wohnung etwas passiert war.“ Eine Mark pro Monat für die Deutsche oder Berliner AIDS-Hilfe (die im übrigen auch eine Wohngemeinschaft von AIDS-Kranken unterstützt) wäre schon genug.

Wolfgang Lehmann



# A Possible AIDS Vaccine

An old cure for smallpox may prove to be effective

**T**he vaccine an 18th-century country doctor named Edward Jenner developed to prevent smallpox—and which ultimately eradicated it—may come back to fight this century's most frightening infectious disease. Two teams of U.S. researchers reported last week that a modified form of the old vaccinia virus—or cowpox, the relatively mild disease in cows that was used to protect man from smallpox—may become the first effective inoculation against AIDS. If tests go well, a vaccine might be ready for trials within a year.

The potential AIDS vaccine was developed independently by researchers at the National Institutes of Health and at Oncogen, a Seattle-based biotechnology firm. It is one of the new "recombinant" live-virus vaccines, in which bits of genetic material from disease-causing viruses are inserted into the vaccinia virus, which then acts as a carrier in immunizing recipients.

In the case of the AIDS vaccine, described in the British journal *Nature*, the investigators insert into the vaccinia virus the gene directing the production of two proteins from the outer coat, or envelope, of the AIDS virus. First they add the AIDS virus to laboratory cultures of lymphocytes, the white blood cells that are invaded in the course of the disease. The viral genes, made up of RNA, are converted to DNA, the substance comprising the genetic material of the vaccinia virus. The researchers

then extract the DNA carrying the AIDS gene and chemically link it to the other genes within the vaccinia virus. Mice and monkeys inoculated with the synthesized vaccine develop antibodies to the proteins in the outer coat of the AIDS virus.

**High risk:** Will the vaccine prevent AIDS? No one can tell from mice and monkeys; they don't get the disease. Oncogen plans to inoculate chimps, which are susceptible, and then expose them to the virus. If effective, the vaccine would then be tested in high-risk volunteers, probably gay men.

Vaccinia can cause severe reactions, including encephalitis, and the AIDS vaccine might be extremely dangerous if given to someone unknowingly infected with the virus whose immune system had already been compromised. There is a safer but more expensive alternative: a "subunit" vaccine, consisting of purified proteins from the AIDS envelope. It would stimulate antibodies but not cause disease.

• NIH researchers also say that the AIDS virus is tougher than was thought. Their tests, reported in the *Journal of the American Medical Association*, show that it can remain alive and active for up to 15 days outside the body. Even so, they emphasized, the virus can *not* be transmitted by touching a toilet seat and is quickly destroyed by common disinfectants.

MATT CLARK with MARY HAGER in Washington and MICHAEL ROGERS in San Francisco

USA Today, Arlington,  
5.4.1986

## Spread of AIDS may stabilize

By Steven Findlay  
USA TODAY

AIDS may never be conquered, but it probably won't spread out of control in the USA, experts say.

Cases of acquired immune deficiency syndrome probably will continue to increase for several years, approaching 30,000 a year before stabilizing.

Even if an effective treatment were developed, the virus causing AIDS could still spread, predicted Dr. James Curran, chief of AIDS epidemiology at the Centers for Disease Control in Atlanta.

Smallpox is the only infectious disease ever eradicated, Curran said. "It's more likely that AIDS will rise, peak, then decline — but not go away."

Dr. Robert Gallo of the National Cancer Institute, discoverer of the AIDS virus, said the virus isn't likely to mutate into something harmless or "evolve out of existence."

Curran and Gallo, speaking at an AIDS conference in Boston on Thursday, stressed the future of the AIDS epidemic is unknown, but the spread can be controlled by behavior changes among people at risk.

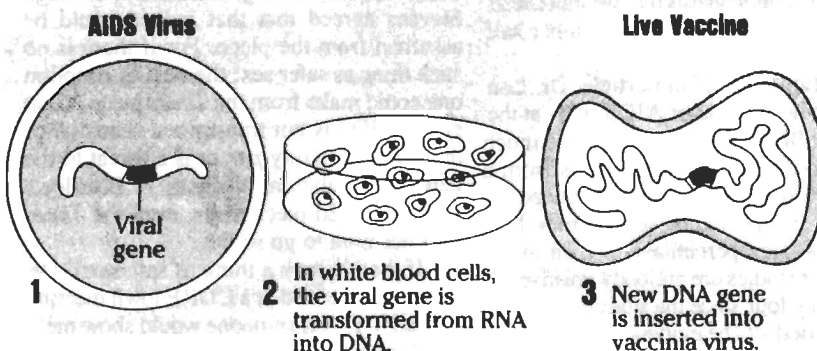
"Unlike the plague of the Middle Ages, AIDS can be controlled and limited through individual choice," said Curran.

Curran, Gallo and other experts said mandatory blood testing for the virus isn't necessary now, but might be if AIDS spreads unchecked in the next decade.

### From One Virus to Another

**A**IDS virus (1) is added to culture of white blood cells (2). Viral genes change from RNA to DNA. Gene for

AIDS envelope protein is inserted into vaccinia virus (3), which then produces protein to trigger immune response.



New York Native, 19.5.1986

# Saving Sex

*Despite Lies in the New York Times and Other Major Media, Gay Men Are Taking Their Health Into Their Own Hands and Saving Lives*

by Allen Barnett

**O**n April 25, the *New York Times* reported a sharp increase in the number of AIDS cases in New York City. According to the *Times*, the rise over the months of February and March ended a six-month period in which newly reported cases had fluctuated around 190 per month. The total number of new cases for the two months was 510.

Dr. Stephen Schultz, deputy director for epidemiology at the City Health Department, said, "The leveling off" over the six months, rather than the increase over the two, "may have been just a statistical variation." At the end of the *Times* article, it was reported that increases in AIDS cases in San Francisco over those two months, though not as sharp, were seen by health officials there as "anomalies, not a trend."

In the same article, the *Times* wrote of a report in the *Journal of the American Medical Association* in which "scientists said reported reductions in the number of sex partners and in such high-risk activities as anal intercourse, as surveyed among a study group of New York homosexuals, had not been enough to halt the spread of the virus." Members of the gay community, as well as the scientific community, have taken umbrage at the juxtaposition of the February/March rise in the number of AIDS cases in New York City with a study based on data collected two years ago.

"People around the country are concluding from the *Times* article that there is no such thing as safe sex," said Raymond Jacobs, coordinator of GMHC's AIDS Prevention Program. "Instantly we were getting phone calls from people who asked, 'What is GMHC going to do now?'"

Dr. Cladd Stevens, head of the Laboratory of Epidemiology of the New York Blood

Center and author of the *Journal* report, said, "I don't think the *New York Times* portrayed the information in my article correctly, and if the *Native* can clarify these issues you will be doing a great service."

Is sex without the exchange of body fluids safe?

"I would think so," she said. "The GMHC recommendations for safer sex are conservative and reasonable. The problem is that many men are not following them. We are still seeing new infections in our study, but for the most part these are in people who are still practicing unprotected anal intercourse. No one doubts that anal sex is a risk, but it's hard to say that oral sex is safe. If there is a risk, it seems to be considerably lower."

The *Times* article interpreted Stevens' report to say "the virus believed to cause the disease has continued to spread rapidly among the city's homosexual men despite marked changes in their sexual habits." Stevens claimed her report did not make this generalization. "These safer sex campaigns are critical," she said. "In our study we find about 45% of men are antibody positive. That's not good, but over half of the men are not infected. This suggests that we must be as vigorous as possible in getting this other half to protect itself."

Responding to the *Times* article, Dr. Lou Baker, who heads another AIDS study at the New York Blood Center, said, "It's much too soon to draw these conclusions from a two-month increase in cases. One needs to see this over a period of several months." Although a large percentage of men in the group Baker studies are antibody positive, he said that only four since the study began have sero-converted. "The evidence we have suggests that gay men are being careful, but one thing not in their favor is the high percentage of those in New York who are seropositive."

"The article was not very clear," said Richard Dunne, executive director of GMHC. "If you believe that AIDS is caused by a retrovirus, in theory there is such a thing as safer sex. In practice, there has been considerable data to suggest that large numbers of men are having it." What Dunne finds most annoying about AIDS coverage in the *Times* is that paper's continuing focus on numbers of sex partners and the number of anonymous partners. "Because of the prevalence of the virus in New York City, reducing the number of sex partners will do nothing to stop the spread of AIDS if you are having 'high-risk' sex. This obsession with the number of partners has confused the issue; it is not the issue. You can have sex with someone you know well and be infected with the virus; you can have safer sex with a hundred strangers and have nothing to worry about. Whatever the agent of infection is, the safer sex guidelines have got to be followed 100% of the time."

## "Safe Sex" Controversy

It may not be the case, as Dunne suggested, that the *Times* wanted to imply that there was no such thing as safer sex, although Stevens agreed that that indeed could be assumed from the piece. For if there is no such thing as safer sex, the next assumption one could make from the *Times* piece is that either AIDS is not transmitted sexually, or that homosexuality *per se* is a threat to the general population. William F. Buckley's vicious Op-Ed piece aside, even the *Times* may not want to go so far.

"If there's such a thing as safe sex," Dr. Joyce Wallace said at a CURE town meeting last fall, "I wish someone would show me." Was Wallace suggesting that the growing ex-



(Fortsetzung) N.Y. Native, 10.5.1986

citement of any sexual encounter raises the possibility of high-risk acts, no matter how good our intentions? The dramatic decrease of sexually transmitted diseases on both coasts should be evidence that gay men are doing something Wallace can't imagine for herself.

There is a lot we don't know about AIDS, and one of the things we don't know is what role other sexually transmitted diseases play in this syndrome. For that reason alone it is necessary for gay men to protect themselves from a variety of sexually transmitted diseases, such as cytomegalovirus, Epstein Barr virus, herpes, amoebiasis, and hepatitis, the last being a disease one can infect others with unwittingly. And there may be thousands of gay men in this city carrying the hepatitis virus *knowing* that they can infect those who have not had the disease. These men have faced this ethical dilemma for years. Before there was AIDS, there were support groups for gay men dealing with this issue.

In a report on AIDS prevention programs last fall, the *Times* described GMHC's *800 Men* workshop, a study to determine the best ways to educate gay men on the subject of safer sex, as "a weekend for 800 sexually compulsive men." This was slander and the *Times* got away with it. In the same article, they pointed to the deaths of our friends, lovers, and tricks, and said, "The sexual revolution is over."

The fact of the matter is, safer sex suggests that the sexual revolution is not over, but one that is born again. Dr. Larry Mass reminded me recently that the "sexual revolution" goes back long before the baths and backrooms, long before Stonewall, even before the discovery of the birth control pill. In his mind, the specter of sexually transmitted diseases (STDs) as part and parcel of the sexual revolution has never been dealt with sufficiently by any of the fine theorists on sexuality. At this point in the 20th century, however, gay men do not have time for theory, we only have time for practice.

John Lewis, who directed the video *Chance of a Lifetime* for use in the GMHC's safer sex workshops, anticipated the well-placed concern of Mass when he told me this winter, "I think the safer sex campaigns of the gay community will propel us outward. This response to the epidemic is more than being forced to do something, and so we do it. It has larger ramifications than that. If there were educational precedents in the larger heterosexual population, say in other STDs and birth control, we wouldn't feel as if we were inventing the wheel."

In an interview last summer in the *Connection*, the now-defunct Long Island gay newspaper, playwright/novelist Larry Kramer called for gay men to "live each and every day as if we were dying of AIDS." Safer sex is a psychologically more feasible way of dealing with the epidemic, certainly less crippling, and potentially as powerful a way of rallying the community to the battle Kramer rightly sees we need to fight. Safer sex is not "living in fear till nothing else remains," as Tina Turner was singing last summer. It is a kind of victory. It is living without AIDS. As Jacobs said, "People have got to start thinking of sex as a way of preventing this disease, not as a way to transmit it." We can close ranks around this epidemic by acting responsible for the life of whoever, the how many, we choose to have sex with. Is that such a difficult task? It depends on how good you are in bed.

Lewis said that he came onto the video project "because a lot of my friends were forgetting the pleasures available to them as sexual beings." With the "media-ization" of the epidemic, gay men were acting as if they were being forced out to the suburbs of desire. In actuality, the safer sex efforts of many AIDS service organizations are teaching us that we are only revitalizing an old neighborhood, something gay men have always been good at.

GMHC's *800 Men* project, their video, their workshops, are the most life-affirming, future-looking projects that the Gay Men's Health Crisis has embarked on. But they aren't doing it alone. They are exchanging their material with other projects, receiving in return, for example, a very sexy, funny, and informative tabloid that instructs gay men on the use of condoms. Alongside this organized, ever-growing, cross-country effort, gay men are showing how adaptable they are: Circle jerks and JO clubs are socializing safer sex. Closing the orgy rooms at the baths, and policing sex acts with telescoping mirrors is not. These Carrie A. Nation's with mirrors serve more to satisfy the concerns of a sexphobic state than to engage our own in the necessary intimate negotiations of responsible sex.

No one can tell you what you can or cannot do in bed, but GMHC's workshop facilitators will tell you that you must inform yourself. If science now suggests that deep kissing may be safe, *you* define the boundaries of your own concern. As we choose our battles, we choose our fears. We can choose to live with the anxieties of sex during the AIDS crisis, or we can take hold of what holds us. One man said to me recently, "Safe sex may just be a matter of attitude." It offers the potential to reclaim our sexuality. We may also learn that it is a simple, not a threatening, exercise in intimacy. And if there is anything that we should heed in GMHC's safer sex video, it is the instruction to "relax, use your imagination, and have fun." ■



Bay Area Reporter, San Francisco, 1.5.1986

# Racism Blocks AIDS Progress

## High Number of Minority Cases; But Services, Education Said to Lag

by George Mendenhall

Racism has joined homophobia as a reason why there is slow progress in combatting AIDS, according to speakers at a national conference here, April 26-27. The first Western Regional Conference on AIDS and Ethnic Minorities drew 150 participants here to discuss the politics and legal problems related to AIDS.

The alarming statistics were there: 41 percent of those who have AIDS are ethnic minorities; 25 percent are black, 14 percent Hispanic, 2 percent Asian. Speakers pleaded that racism within and without the gay community, has hampered the educational efforts to reach minority people, who may be outside the mainstream of society.

Assembly Speaker Willie Brown received a standing ovation when he told the group, "Public officials would love to consider it a white-male-gay problem. I hear ministers in black churches say AIDS is not a problem among my good God-fearing friends."

Brown pleaded that legislators will not properly fund or develop intelligent policies as long as they see AIDS as a gay problem and not a general health issue. He said a lobbying effort that is just gay, white, and male would "not go anywhere."

The gathering was organized by the Third World AIDS Advisory Task Force. If there was any criticism it was that there was too much for participants to comprehend. There were 14 workshops where outstanding speakers discussed almost every aspect of the crisis—people with AIDS, women with AIDS, politics, insurance, substance abuse, youth, the media, HTLV-3 testing, risk education, mental health, support services, and institutions.

One panelist activist Pat Norman said, "We must never stop showing our outrage at the attempt to whittle away the confidentiality of AIDS testing."

City Health Commission member Naomi Grey related the success of putting together a meeting of black leaders to talk about AIDS. Paul Kawata, National AIDS Network, stressed that AIDS money must be "new money and not drawn from the needs of other people."

Carl Heiman, insurance broker, said there are already some insurance companies that will not insure single men in San Francisco.

Atty. Paul Wotman said there are now legal cases where even friends of people with AIDS are losing their jobs because of the association. Atty. Ben Schtaz said professionals are increasingly making available the names of people who test positive on the HTLV test.

A second AIDS and Ethnic Minorities conference will be held July 18 in Washington, D.C.

It will also address the fact that many minority people have and will contract AIDS because there is a lack of AIDS educational materials directed to minorities, a lack of services that involve minority participants, and a failure of the AIDS service providers to address the needs of minorities. Particular attention will continue to be drawn to the lack of minority staffing in AIDS service groups, particularly the lack of bilingual staffing.





Coming Up!, San Francisco, Mai 1986 (auszugsweise)



Photo by Tony Plewlik

# ATHLETES CHALLENGE AIDS

By Rick Osmon

**T**housands of Bay Area residents will take to the streets the first weekend in May to raise money for AIDS. The "Athletes Challenge AIDS" weekend begins Saturday, May 3, with the '86 AIDS Bike-A-Thon, and winds up Sunday, May 4, with the Run for Life. Organizers hope to raise over a quarter of a million dollars.

Besides raising money, the people behind the "Athletes Challenge AIDS" weekend want to get more people involved in the fight against AIDS and to improve attitudes. Ron DeLuca, development director of the San Francisco AIDS Foundation which is sponsoring the Run for Life, emphasizes, "We need to associate some positive activities with AIDS. Of course, we have suffered tremendous losses, but the lesbian and gay community, along with our friends and supporters, is still strong. These events allow a broad selection of people to participate and give us the chance to reach beyond the community."

The response to the challenge has been greater than anyone anticipated. Tom Walther,

a Bike-A-Thon organizer, has revised his estimates of cyclists who would register from 200 to 300 to 500 and now 700. He exclaims, "We didn't really expect this many people to participate. The event's going to be a lot of work, but it's going to be a lot of fun, too." Ron DeLuca says the Run for Life has already registered 500 people and expects at least that many more on the day of the race. Among the endorsers of the "Athletes Challenge AIDS" weekend are Governor George Deukmejian, Representatives Barbara Boxer and Sala Burton, Assemblymembers Willie Brown and Art Agnos, Mayor Dianne Feinstein and Supervisors Harry Britt, Nancy Walker, Louise Renne, Bill Maher and John Molinari. (...)

Last year, athletes raised \$30,000 through donor pledges. This year they hope to reach a goal of a quarter of a million dollars for eight local AIDS organizations. Walther says proud-

ly, "Other events like this have never been organized by bike clubs, but were pulled together by the Heart or Lung Association. This is a first and the Bike-A-Thon has generated interest from bike clubs around the country."

The eight agencies have promised that all funds will go directly for patient services. None of the money will go toward any administrative costs of the agencies. And all production costs for the Bike-A-Thon itself have been donated.

The participating agencies are AIDS Hospice, the San Francisco AIDS Foundation, the San Francisco AIDS Fund, the Godfather Service Fund, the Pacific Center AIDS Project, People with AIDS, the Shanti Project and the Sonoma County AIDS Network. Donors may earmark their pledges for the agency of their choice.



Advocate, Malibu, 13.5.1986

## Questions from Israel

Why is AIDS so unlike other simple infectious diseases? Most infectious diseases do not remain relatively contained within certain sub-populations of high-risk groups. Why is AIDS, the supposed result of exposure to an infectious virus, the exception?

Zvi Bentwich MD, a top AIDS researcher in Israel, has asked himself these questions time after time. The Israeli scientist believes that the well-defined risk groups for AIDS may yield important clues for the understanding and treatment of the disease. Bentwich and his colleagues at the Kaplan Medical Center and the Weizmann Institute in Rehovet, Israel, have developed a treatment that may prove beneficial to people with impaired immune systems.

*"...the immune systems in normal healthy homosexual men are impaired and abnormal long before they have had any exposure to the AIDS virus..."*

"From the very beginning I was impressed by the fact that there were such well-defined groups," Bentwich explained during a recent visit to San Francisco. "I kept asking myself, 'Why are these groups more susceptible?'"

To answer his question, Bentwich, a clinical immunologist, and a team of colleagues established a research center to study the disease. During the last two years, 400 generally healthy gay men participated in studies at the center. Although less than 10% of the 400 men showed evidence of exposure to the AIDS virus, they all revealed signs of having impaired immune systems. These findings were the same for both men who tested positive and for those whose

results were negative to the AIDS antibody test.

"The results clearly demonstrated that the immune systems in normal healthy homosexual men are impaired and abnormal long before they have had any exposure to the AIDS virus," Bentwich declared. He believes that this impaired condition could explain the susceptibility of gay men to AIDS and why exposure to the AIDS virus may not be sufficient in itself to cause the disease. The Israeli researcher noted that similar immune impairments exist among needle-sharing IV drug users and hemophiliacs, groups also at high risk for AIDS.

The research team recently synthesized a factor, called THF, from calf thymuses that restores immune response. Initial studies of 17 children afflicted with lymphomas found THF restored cellular immunity in 16 of the children. In further testing with THF, a recently-diagnosed hemophiliac child with AIDS showed "dramatic signs of recovery."

Bentwich acknowledged that although the child's improvement was supported by both clinical observations and laboratory findings, "one case is far from being enough." More recent studies using THF have been undertaken with healthy gay men.

Although Bentwich said it felt like "taking coals to Newcastle" to suggest a treatment for American AIDS research centers to consider, he has discussed THF with scientists in this country. To date the thymus factor has not been clinically studied in the United States, but "agreements in principle" to look more closely at THF have been made with a number of American research centers.

Bay Area Reporter, San Francisco,  
1. Mai 1986

## Asian Blood Study

AIDS is still very unusual among Asians. Less than .5 percent of all cases involve persons of Asian descent. The reasons for this discrepancy are unclear. UCSF is doing a study to explore possible factors. Part of this study involves taking blood samples from gay Asian men.

They then run two separate antibody tests on these samples, as well as attempt to culture virus out of the blood. Because they are a research facility, their tests are far more elaborate than those available to the general public.

They are interested in having any gay Asian patients contribute samples of their blood for this important research. In addition, they will reimburse them \$15 to cover any transportation expenses. Please call 476-4071 and ask for the Asian Blood Study. ■



Gay Times, London, Nr.91 (April 1986)

# Trust calls for sexually explicit language in ads

## Battles ahead for 'safe sex' health campaign

by John Marshall

THE Department of Health has at last taken the plunge by launching its much-needed health education campaign to prevent the spread of Aids.

But Tony Whitehead, chair of the Terrence Higgins Trust, has predicted that fierce battles will have to be fought to convince the Government that much stronger language is needed on 'safe sex' advice.

The campaign started on March 18th with full-page advertisements in the national press, followed by similar ads in the gay press. These ads are aimed at a general audience and are intended to dispel myths surrounding the disease.

But critics point out that the language used in the ads is too cautious when describing sexual behaviour.

Commenting on the ads, Tony Whitehead said: "As a first step it's not too bad. But we did ask for simple Anglo-Saxon language to describe sexual behaviour. The reference in the ads

to rectal sex is probably meaningless to most people. Anal sex would have been better but why not use words like bum fucking? There would be no ambiguity about that."

The next part of the campaign, he said, must be more explicit if lives are to be saved.

### Cavalier

At a special briefing for the gay press, Dr Donald Acheson, Chief Medical Officer at the DHSS, said efforts had been made to provide facts about Aids without causing offence by giving too much detail.

He said: "The Government has taken a very courageous step by advertising in the nationals on matters of such a personal nature." And he added that the most important message of the current campaign was that Aids can't be caught through casual contact.

A booklet on Aids has also been prepared and further information is available from a special health phonenumber.

The first phase of the health campaign was

prepared after consultation with an expert advisory committee at the DHSS. But members of the committee told *Gay Times* that their advice has been over-ruled.



Tony Whitehead

A committee member told us: "There's been a considerable modification in the original plans and the initial impact of the campaign has been severely dampened. I am well aware that the DHSS has been under pressure but I think they've been rather cavalier in dismissing the ad-

vice of their own advisory committee."

He was particularly concerned that advice on condoms does not mention the need for water-based lubricants. It would be "potentially disastrous", he said, if people use condoms with the wrong type of lubricant.

He also expressed surprise that the DHSS seems to have dropped plans for television ads.

### Honest

Tony Whitehead, who is also a member of the advisory committee, is calling on the Government to focus attention on three specific areas in the next phase of the health drive. He wants ads directed at gay men, drug users, and ads which confront fear of Aids in the workplace.

But he warned that an honest campaign will require further struggles with the DHSS. He said: "I think it's going to be a battle and I'm not confident of anything."

He added that if the Government refuses to use explicit language, the initial campaign will be useless. "I'm certainly going to kick up a stink because if this is all they're going to do I'll be really pissed off," he said.

Gay Times, London, Nr.91 (April 1986)

# CDC issues new guidelines on Aids

Julian Meldrum  
reports from Washington

THE United States Centres for Disease Control (CDC) has published a new set of guidelines to prevent the transmission of HTLV-3, the Aids virus, and recommended voluntary anti-body testing for anyone "at increased risk" and closing down places, such as bathhouses, where "high risk" activities are still taking place.

The guidelines were debated at the Seventh National Lesbian/Gay Health Conference and Fourth National Aids Forum, held over three days in Washington, DC, from March 13th. Five hundred people turned up, from forty-five American States and ten other countries, including four representatives from the Terrence Higgins Trust.

## Mainstream

The CDC statement angered delegates, as it failed to point out that confidentiality of named medical records is not guaranteed under American law, and as it was thought likely to divert funds away from education programmes which have been shown to work towards testing programmes which have not. A statement was issued from the conference, calling for all testing of people "at risk" to be anonymous and urging gay men and others not to cooperate in any programme of mass testing which failed to meet that condition.

The official theme of the conference was "moving lesbian and gay

health care into the mainstream." In the United States, this means both the medical profession and corporate finance.

One sponsor of the event was the George Washington University Medical School, and another was the Addiction Recovery Corporation, which had just opened a multi-million dollar residential centre, in Minneapolis, for lesbians and gay men recovering from alcoholism or drug dependency. The Pride Institute, slogan "Recover with Pride", is the first of its kind anywhere but, on the evidence of this conference; certainly won't be the last.



Julian Meldrum

The conference was dominated by Aids, to the extent that there was not a single session on any other sexually transmitted disease. Even the discussion of alcohol and drug use was oriented towards Aids: how gay men are being kept out of mainstream treatment programmes; how "sober sex" is needed before "safer sex" is possible; how drugs (including poppers) could be possible co-factors for Aids among gay men who are anti-body positive to HTLV-3.

## Poppers

Dr Harry Haverkos, of the National Institute of Health, presented evidence from several studies that Americans with Aids who have Kaposi's sarcoma had used poppers far more heavily than those who had pneumocystis pneumonia or other conditions. Since 1983, the proportion of people with Aids who have Kaposi's sarcoma has been falling rapidly. While the evidence is not conclusive, an increasing number of American gay venues are refusing to sell poppers and some gay publications are refusing to accept adverts for them.

On a more positive note, Gay Men's Health Crisis of New York has produced a sexually explicit video, "A Chance of a Lifetime", which features three gay couples having safer sex, and is a central feature of a major new safer sex education programme.

The film opens in a jokey way, with a dinner date where the host—who hasn't had sex for months—is worrying about how to break the news that he wants safer sex with his guest... who wouldn't have anything else. There is then a raunchy S&M number, involving condoms. And, finally, a man who has just returned to his lover after being in hospital with Aids, has sex with him by a swimming pool.

The film had a budget of \$39,000, with \$50,000-worth of services in kind, and inspired 21 people from 19 organisations to put their names to an open letter to makers of

gay "erotic art" movies calling for more evidence of safer sex awareness in their output. This was needed to protect the actors, quite apart from anything it might do for the audience. And, as Raymond Jacobs of GMHC put it, "A picture is worth a thousand words" when it comes to persuading people that safer sex is a real option.

Conference closed with an award ceremony in which the most memorable was given to Dr Paul Volberding, Director of the San Francisco General Hospital Aids/KS Clinic, by three of his Aids patients. Two of them had been diagnosed as long ago as 1982.

For all the very real evidence and hopes of survival, the main emotion of the conference was one of grief, for friends and lovers who have died or are dying. The conference closed with all of the people with Aids or Arc (the "Aids-Related Complex") invited onto the stage, and with a closing meditation lead by Bobby Reynolds, a gay man with Aids from San Francisco. And, finally, we all tried to sing along to the Judy Garland version of "Somewhere, over the rainbow."



# MELDRUM ON AIDS



Capital Gay, London, 11.4.1986

## LAV vs HTLV, Round 2

The failure to agree on a scientific name for Aids-related viruses has taken a new turn with the naming, in Boston and Paris, of further viruses.

This time, the Americans may have been first. Max Essex and colleagues at Harvard were first to report on the "STLV-3" (S for Simian) they found in African green monkeys. With other doctors in France and Senegal they have found a related virus in the blood of Senegalese prostitute women who did not have Aids and who still do not have Aids a year later. (Senegal is a West African state well away from the majority of African Aids cases.) They have now cultured the virus from these women and call it "HTLV-4".

Meanwhile, in Lisbon, Luc Montagnier of the Pasteur Institute has announced a new Aids-related virus found in Aids patients from Guinea-Bissau (another West African country). While these patients do have Aids, their blood is antibody-negative for HTLV-3 (or LAV-1). The Lisbon virus has been called "LAV-2" and will be described fully in a paper in the American journal *Science* this week.

Trouble is, LAV-2 and HTLV-4 may be different. In which case, HTLV-4 becomes LAV-3 and LAV-2 becomes HTLV-5. For about a year now, an international committee on viral names has been looking into this problem, and was rumoured to have agreed on "human immune deficiency virus" (HIDV or HIV). I wish they would pull their fingers out before any more names are given.

So far, both these findings are irrelevant to Aids as it affects gay men or drug users or haemophiliacs in Britain, Europe, or the United States. Suggestions that they could lead to a live retrovirus vaccine are, frankly, absurd. Any vaccine against Aids will be of a different type.

One real possibility for a live vaccine involves splicing the genes for the HTLV-3 "envelope" protein into the virus used as a vaccine against smallpox. This week's issue of *Nature* promises a report that this has been done. If the system is

By Julian Meldrum

shown to work in animals and people, it could open the way to a practical and cheap vaccine for use in African and Latin American countries which will never be able to afford mass treatment with antiviral drugs.

.....

Action Against Aids, the fund-raising charity which is to hold a star-studded theatrical benefit at the Adelphi Theatre on May 18th, has had a warning letter from another "Triple A", "Action on Alcohol Abuse". AAA (Alcohol) thinks AAA (Aids) should have asked their permission and preferably chosen another name. In the dictionary, "AAA" stands for "Amateur Athletics Association". I wonder if AAA (Alcohol) asked before choosing their own "soberiqueet"?

.....

I have read two new books on Aids this week.

Dr Jonathan Weber and Annabel Ferriman have written *Aids Concerns You: What every man and every woman should know about AIDS*, at £2.95 from Pagoda Books, with 50 pence on each copy going to the Jefferiss Trust. Weber used to be at St Mary's, Paddington, and now works at the Chester Beatty Laboratories of the Institute for Cancer Research. Ferriman is health correspondent of *The Observer*.

It is easy to read, accurate, avoids

scare-mongering, and is coy enough about sex to have a chance of getting into W.H. Smith's and school libraries. It begins in question-and-answer format, then has a series of well-chosen "case histories", and simple definitions of terms. Unlike the unreliable and nasty Gollancz book, *Aids: The Deadly Epidemic*, this one lists useful telephone numbers and addresses - and gets them right! Again unlike the Gollancz book, it has an index.

At a scientific or medical level, this book will tell you nothing you couldn't get from the Terrence Higgins Trust's *Medical Briefing* and, in fact, does not say as much. My only disagreement with the authors is their endorsement of HTLV-3 antibody testing for people in high-risk groups. Even here, they balance their enthusiasm with the personal account of a gay man, a volunteer with a counselling organisation, who explains why he advises other gay men against being tested.

Dr Antony A Vass is a senior lecturer in criminology and social work at the Middlesex Polytechnic, and has written an original and interesting account of public reaction to Aids in Britain and how it has gone from being a medical problem to being a social problem. His book, *Aids: A Plague in Us* (Venus Aademica, £7.95) gives a useful summary of events and is thought-provoking in what it says about the relation between media concern and policy formation. However, the book is flawed by its reliance on the media for information about policy formation, whether by voluntary groups or by government. He doesn't appear to have read the gay press, and doesn't examine the gay community response to Aids in any depth. He sees Barney Hayhoe as reversing Kenneth Clarke's policy, rather than continuing it on a departmental line which owes more to civil servants than to ministers. But, for all that, its approach is humane and I think it a worthwhile book.

Gay Express, Hamburg, Nr.4 (April 1986)

# Die Institute des Dr. Jensen

Einem der Gründer der dubiosen AIDS-Stiftung in Hamburg ist der Boden offensichtlich zu heiß geworden. Kurzerhand verlegte er seinen Geschäftssitz nach München, um dort mit einer »Deutschen AIDS-Hilfe« (!) erneut ins Geschäft einzusteigen.

Die Rede ist von Dr. Jochen Geyer, Badearzt in Westerland und Präsident der Hamburger AIDS-Stiftung. Diese Stiftung war ins Gerede gekommen, nachdem Erlöse aus einer Kunstauktion ausschließlich dazu verwendet worden waren, die erforderlichen 100.000 DM aufzutreiben, die zur Gründung einer gemeinnützigen Stiftung erforderlich sind. Trotz großen Aufwandes – so wurde ein Mitarbeiter des renommierten Auktionshauses Sothebys bemüht – konnten von den 154 Kunstwerken nur 30 verkauft werden. Der Traum von der Gemeinnützigkeit war damit zumindest in Hamburg ausgeträumt.

Ein anderes Mitglied der Stiftungsinitiatoren hält jedoch weiterhin in Hamburg die Stellung: nachdem die Räume in der Tesdorpfstraße zwangsweise geräumt wurden, verlegte man das Büro in die Privatwohnung von Dr. Dr. Paul Jensen in die Hochallee 85. Da gerichtliche Schritte gegen die Organisation nun nicht mehr zu erwarten sind – Stiftung darf sich jede Gruppe nennen – ist anzunehmen, daß im kleineren Rahmen weiterhin für Spenden geworben wird. Sofern der Anspruch auf Gemeinnützigkeit nicht erhoben wird, braucht über die Verwendung der so beschafften Gelder keine Rechenschaft abgelegt zu werden. Hochtrabende Versprechen, Namen und Titel wirken oft Wunder, und darin hat Dr. Jensen Übung.

Wo seine eigenen Dokortitel herkommen, weiß niemand so genau. *Bernd Seguin* von der »Hansawelle« hat recherchiert, daß *Jensen* bis zum ersten theologischen Examen an der Christian Albrecht Universität in Kiel Theologie

studiert hat. Das war 1983. Ein knappes Vierteljahr nach Beendigung des Studiums – so *Seguin* – »war aus Paul Jensen Dr. Jensen geworden. Von der Kieler Universität stammt der Titel jedenfalls nicht.« Nach weiteren sechs Monaten ließ sich Dr. Jensen dann einen weiteren Dokortitel verleihen – diesmal von der von ihm selbst ins Leben gerufenen »Hochschule Christiana Ecclesia«, bevor die Wissenschaftsbehörde untersagte, die Bezeichnung Hochschule zu führen und akademische Titel zu verleihen.

Als das Geschäft mit den Dokortiteln aus war, sah sich Jensen dann nach anderen Möglichkeiten des Broterwerbs um. Zusammen mit *Dr. Geyer* rief er die AIDS-Stiftung ins Leben.

*Wolfram Schweizer*, Pressesprecher der (echten) Deutschen AIDS-Hilfe mit Sitz in Berlin, beklagte in einem Interview mit Panorama, daß die rechtlichen Möglichkeiten, gegen unseriöse Vereine vorzugehen, äußerst gering sind. Es gebe inzwischen »circa 20 Organisationen, die direkt mit dem Thema AIDS versuchen, Geschäfte zu machen. Die sind von Hamburg bis Bayern vorhanden.«

In der Tat: die sog. »Deutsche AIDS-Hilfe« mit Sitz in München versucht nun ebenfalls unter der bereitwilligen Mithilfe des Dr. Geyer, ans Geld der Spender zu kommen. Gezielt wird mit der Bezeichnung »Deutsche AIDS-Hilfe« Verwirrung gestiftet, weil und obwohl sie bereits von dem in Berlin ansässigen Bundesverband Deutsche AIDS-Hilfe beansprucht wird.

Der Schaden solchen Geschäftsgebarens ist nicht abzusehen. Wer sicher gehen will, daß sein Geld in die rechten Hände gerät, sollte nicht blind vertrauen, sondern sich vorher an die Deutsche AIDS-Hilfe in Berlin wenden, die über ausreichend Informationen verfügt, entsprechende Anfragen sachkundig zu beantworten.

Deutsche AIDS-Hilfe, Berliner Str. 37, 1000 Berlin 31, Tel. 030/860651

## Höheres Risiko

Washington (taz). Auf einem Aids-Symposium, das Anfang des Jahres auf Martinique abgehalten wurde, zeichnete sich ein weit negativeres Bild der Krankheitszukunft als vielfach bisher angenommen wurde. So ist der Prozentsatz der HTLV III-Infizierten, die das Vollbild der Krankheit entwickeln werden, weitaus höher als bislang vermutet. Nach Angaben des »Center for Disease Control« (CDC) schwanken die Vermutungen zwischen 30 bis sogar 60%. Weitere 25% der mit Aids-Viren Infizierten entwickeln die weniger gefährliche Krankheit ARC (Aids-Related Complex), die aber eine Vorstufe von Aids zu sein scheint.

In den USA sind laut Schätzungen, die auf Grund von Aids-Antikörpertests bei Blutspenden gemacht wurden, ein und drei Viertel Millionen Amerikaner infiziert. Von den bisher 16.138 bekanntgewordenen Aids-Krankungen haben bisher 8.220 Fälle zum Tode geführt. Eine Studie aus Haiti weist darauf hin, daß auch Heterosexuelle in weit höherem Maße von einer Ansteckung gefährdet sind. Während noch 1979 nur 12% der dortigen Aids-Patienten Frauen waren, sind es heute bereits 30%. Auch aus Afrika sind ähnliche Entwicklungen bekannt.

rosa flieder, Nürnberg, Nr. 41 Mai 1986,

## Neues Kondom für Safer Sex

Berlin (as). Der Kondom-Fabrikant *Mapa* (Blausiegel, Fromms) hat ein neues Kondom, *H.T. Special*, auf den Markt gebracht, das auf Grund seiner besonderen Elastizität für den Analverkehr geeignet ist. Das Kondom ist ca. doppelt so dick wie normale Fabrikate und somit besonders reißfest, womit das Hauptproblem bei der Nutzung von Präservativen für Safer Sex gelöst scheint. *Mapa* entwickelte das neue Fabrikat in halbjähriger Testphase gemeinsam mit AIDS-Hilfegruppen in der Bundesrepublik und Holland. Leider wurde der Plan, den Kondomen auch Portionspackungen Gleitmittel beizulegen, wieder aufgegeben.

Siegessäule, Berlin,  
Nr.4 (April 1986)



Gay Times, London, Nr.91 (April 1986)  
**Sex, disease and stigma**

**Aids and the New Puritanism**—Dennis Altman (Pluto Press, £4.95)

**Aids: The Deadly Epidemic**—Graham Hancock & Enver Carim (Victor Gollancz, £2.95)

THE Library of Aids continues to grow almost as quickly as the disease itself.

These two latest additions both focus on the social impact of Aids. Altman writes predominantly for a gay audience in a measured, thoughtful style about the political history of Aids up to mid-1985—showing the dilemmas it has posed for the US gay world in particular.



Dennis Altman

Hancock and Carim write for a wider audience—charging through everything in sight, from medical background to holistic healing, from the 'End of the sexual revolution' to predictions of a devastated future world! It is somewhat sensationalist, often sloppy, and obviously written in great haste. But for all that it often harbours much new and interesting information.

Altman's work needs little introduction. From his *Homosexual: Oppression and Liberation* through to his more recent (and, in this country, sadly neglected) *The Americanisation of the Homosexual*, he has established himself as one of the leading radical gay commentators in the world. His new book is an absolute must for any gay man who wants to keep abreast of how Aids is shaping the gay world.

Altman is primarily concerned to show how the fear and stigma surrounding Aids has created the social shape of the disease. Because of the way it has been linked to gayness in the public mind, it has become the most politicised of all diseases. Everything—from government policy and medical research to the myriad of day to day discriminations and hostilities towards people with Aids and gays—has been touched by this stigma. And he devotes chapter after chapter to documenting its impact.

Of great interest to an English gay audience is the detailed discussion of how

America's gay community has experienced and responded to Aids. Aids, says Altman, "is becoming omnipresent within the gay world." As long ago as early 1983, "few gay men in large American cities had not lost someone to Aids," and one man is quoted as saying "Aids has infected my dreams." The old days have gone: as another man says—

*"This disease marks the end of gay life as we know it. It's over. All that disco shit is over."*

Large chunks of the book are devoted to showing what gay men (and some lesbians) have done in the face of all this death and disease, shame and blame. From the thousands involved in self help to the shifts in sexual practice, a new gay culture seems to be in the making. Yet the irony of this doesn't escape Altman: whilst gay men rightly and furiously attack the idea that Aids is a 'gay disease', they actually act as if it were. In resistance and support, gay men have actually organised the links between gayness and disease. Most of the other groups involved are too disorganised, scattered or too few to effectively campaign. Gay politics has led the way, and curiously served to reinforce the very idea it finds most abhorrent.

Hancock and Carim's *Aids: The Deadly Epidemic* tries to make it clear that Aids is an international problem knowing no boundaries. One section

discusses in some detail the African connection where Aids may have originated. In the cautious and balanced language so typical of their book we are informed that "as many as 10 million Africans in the continent's central tropical zone may now be infected carriers," that the disease is "out of control" and that "the continent is now irrevocably on the course for a health disaster of biblical proportions." Biblical!

This is mild language compared to the rest of the book. These prophets of doom conjure up images of Aids as a global problem existing now only in a prefigurative form: worse, much worse, is yet to come. Brain disorders await most people with the virus (page 26); everyone in the USA could *theoretically* (!) have Aids by 1992, and everyone in the UK by 1994 (page 33); it brings "unprecedented implications for the economics of the industrialised and developing countries alike." And so it goes on.

Sadly, there are no references to help me sort out the hype from the information. Often I found myself in the midst of new ideas only to worry about how accurate they'd been. Their tone often doesn't inspire confidence and I almost felt—with the way it's written, packaged and marketed (and not even an index!)—that the book itself may be part of the problem—not the solution. There is a need for a comprehensive overview for a general audience; but somehow I don't trust this one.

Ken Plummer

# ARE YOU AT RISK FROM AIDS?

*AIDS is a serious disease. Not all the information available has been entirely accurate, so many people are confused about who is at risk, how the disease is spread and how dangerous it is.*

*To explain the facts entirely, it is necessary to describe certain sexual practices. These may shock but should not offend you as we are talking about an urgent medical problem.*

*Please read this carefully. It is up-to-date and authoritative. It is only by knowing the true facts about AIDS that we can hope to control the spread of this disease. This requires an effort by all of us*

*Donald Acheson*  
THE DONALD ACHESON  
*Simon*  
THE C. THOMPSON

*A. S. Morrison*  
THE A. S. MORRISON  
*R. J. Wain*  
THE R. J. WAIN  
CHIEF MEDICAL OFFICERS OF THE HEALTH DEPARTMENTS OF THE UNITED KINGDOM

## WHAT IS AIDS?

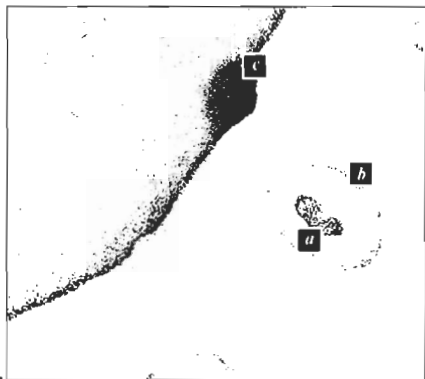
AIDS stands for Acquired Immune Deficiency Syndrome.

It is caused by a virus that attacks the body's natural defence system.

This is why some people who have the virus can fall prey to infections and other illnesses which rarely trouble healthy people.

Not everyone who carries the virus develops AIDS. But, anyone who has the virus can pass it on.

At present there is neither a vaccine to prevent people catching the virus nor a cure for those who develop AIDS.



*a. AIDS nucleoid containing the biological message for virus through lipid membrane virus fragments. b. Lipid membrane virus fragments. c. Helper cell (white cell)*

## IS AIDS SPREAD THROUGH NORMAL CONTACT WITH OTHER PEOPLE?

AIDS is caused by a virus which is spread by having sex with an infected person or by injection of contaminated blood.

So normal social contact with a person who carries the virus such as shaking hands, hugging and social kissing carries no risk. Nor does being at school or at work with infected people.

## DOES AIDS ONLY AFFECT HOMOSEXUALS?

NO.

## IS AIDS SPREAD BY OBJECTS TOUCHED BY INFECTED PEOPLE?

No-one has ever become infected from toilet seats, door knobs, clothes, towels, swimming pools, food, cups, cutlery or glasses.

## ARE BLOOD TRANSFUSIONS SAFE?

Before the virus was discovered, there was a very small risk from blood transfusions. Now all blood donations are screened for the infection. Any blood found to be infected is rejected.

The process of giving blood is not and never has been risky. All the equipment at blood donation centres is sterile and used once only.

## HOW IS AIDS SPREAD?

In two ways.

The virus spreads mostly through sexual intercourse with an infected person.

It is also spread if an infected person's blood gets into someone else's blood. The major risk of this happening is to drug users who share needles or other equipment.

Babies of infected mothers are also at risk, in the womb, during birth, or from breast milk.

## HOW DO YOU KNOW IF YOU ARE AT RISK?

Injecting drug users are at risk if they share needles or other equipment. By far the best solution is not to inject at all. Those who persist, should not share equipment.

However, the major risk of infection is through sex.

The more sexual partners someone has the more likely they are to have sex with an infected person.

Cutting down on casual relationships cuts down the risk.

The next line of defence is to know what is safe sexual practice and what is not.

## WHAT IS SAFE SEX?

Any sex between two people who are uninfected is completely safe.

Hugging, squeezing and feeling are all safe with anyone.

## WHAT IS RISKY SEX?

Sexual intercourse with an infected person is risky.

Using a sheath reduces the risk of AIDS and other diseases.

Rectal sex involves the highest risk and should be avoided.

Any act that damages the penis, vagina, anus or mouth is dangerous, particularly if it causes bleeding.

Intimate kissing with an infected person may be risky.

## WHAT OF THE FUTURE?

Doctors and scientists around the world are searching urgently for a vaccine or cure.

No-one can predict when this might be found, but it is almost certain it will take some time yet.

But AIDS can be controlled by reducing the spread of infection.

These facts show how it can be done.

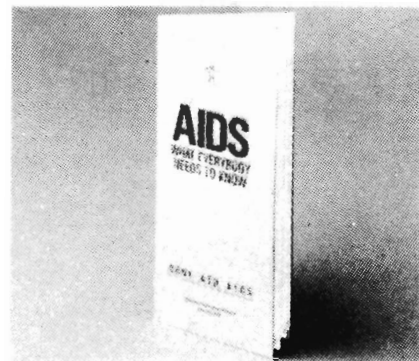
## MORE INFORMATION

For the booklet on AIDS, containing more detailed information and advice, write to Dept A, P.O. Box 100, Milton Keynes MK1 1TX.

Or call in strict confidence

**THE HEALTHLINE  
TELEPHONE SERVICE:**  
01-981 2717,  
01-980 7222 or  
0345 581151.

If you are calling from outside London, use the 0345 number and you will be charged at local rates.



DONT AID AIDS



Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg, 10.4.1986

## 2. Rundtischgespräch: AIDS-Entwicklungen seit 1984

# „Jeder hat schon Kontakt mit AIDS-Virus-Infizierten“

**Wiesbaden (wah).** Da wir die AIDS-Virus-Infektion nicht wie eine Gonorrhoe oder Syphilis kurativ behandeln könnten, erreiche ihre Aufnahme in die Liste der „gesetzlichen“ Geschlechtskrankheiten nicht das, was mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten letztlich erreicht werden sollte. Deshalb sei aber auch eine Meldepflicht nicht sinnvoll: „Wir erreichten damit nur ein Abtauchen in den Untergrund derer, bei denen wir etwas erreichen können.“ Vielmehr sei angesichts der „Panikmache“ im letzten Sommer eine Gegenwirkung erforderlich.

So umriß Professor Manfred Steinbach als Vertreter des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit seine aus dem gegenwärtigen Stand der AIDS-Forschung abgeleitete Grundeinschätzung der öffentlich/sozial-medizinischen Situation bei „AIDS“, nachdem sechs Experten zum Thema Stellung genommen hatten.

Professor R. Lüthy, Zürich, betonte in seinem Referat über „Definitionen, Klinik und Epidemiologie der HTLV-III-assoziierten Erkrankungen“, daß als Spektrum der opportunistischen Infektionen eine wesentliche Erweiterung erfahren habe. Über die Anzahl der betroffenen Personen in den einzelnen Kategorien seien jedoch nur Abschätzungen möglich, da bisher nirgendwo eine systematische Meldung stattfinde. Nach Lüthy ist anzunehmen, daß die Zahl der Patienten mit ARC, LAS oder L-AIDS weit über die Zahl der AIDS-Patienten hinausgeht

(etwa um den Faktor 10), bei denen ebenfalls mit einer hohen Dunkelziffer gerechnet werden müsse. Die derzeitige Abschätzung, wie häufig eine Infektion zu AIDS führe, läge zwischen 2 und 10 Prozent. Etwa 10 bis 30 Prozent erkrankten klinisch an ARC, LAS oder L-AIDS und etwa 60 Prozent sind bisher asymptomatisch geblieben.

Professor O. Braun-Falco von der Dermatologischen Klinik der Universität München konnte in seinem Referat „**Diagnostik und Klinik von AIDS aus venereologischer Sicht; Behandlung von Kaposi-Sarkom und Haut- und Geschlechtskrankheiten bei AIDS**“ über relativ gute, allerdings nicht anhaltende Erfolge der Behandlung des Kaposi-Sarkoms in seinen verschiedenen Ausprägungsformen berichten. Während die Behandlung mit Chemotherapeutika angesichts der bereits bestehenden Immunsuppression problematisch sei, sei die Anwendung von alpha-Interferon in Erprobung.

Professor D. Huhn, Berlin, sprach über „**Klinik und Therapie maligner Lymphome bei AIDS; Symptomatologie der AIDS-Enzephalopathie**“. Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) kommen bei AIDS gehäuft vor und sind fast ausschließlich B-Zell-Lymphome, zu zwei Dritteln hoher Malignität. Die Therapie der malignen Lymphome folge den bekannten Richtlinien, doch seien Remissionsraten und Überlebenschancen deutlich schlechter, insbesondere dann, wenn die Patienten ein generalisiertes Lymphadenopathie-Syndrom zeigten.

### Diagnostik der HTLV-III-Infektion. Tests, Infektionsschutz.

Nach Professor R. Hehlmann, München, werde zwar durch die Testung aller Blutspenden auf HTLV-III-Antikörper eine Verbreitung der Infektion durch Bluttransfusion weitgehend verhindert, ein derzeit noch nicht voll abschätzbares Problem stellten jedoch falsch-negative, das heißt Antikörper-negative aber Virus-positive Personen dar. Hier könne erst ein Antigen-test Abhilfe schaffen.

### Behandlung opportunistischer Infektionen bei AIDS.

Nach Frau Professor E.B. Helm stehe in der Häufigkeit der opportunistischen Infektionen die Pneumozystis-carinii-Pneumonie noch weit an erster Stelle. Die hochdosierte Cotrimoxazol-Behandlung habe sich bewährt, eine Prophylaxe mit normaler Dosierung sei in Ausnahmefällen möglich. Pentamidin kann bei Cotrimoxazol-Unverträglichkeit indiziert sein, doch muß auch hier mit Nebenwirkungen gerechnet werden.

### Ansätze zur Impfprophylaxe und Therapie der HTLV-III-Infektion.

Nach Professor F.D. Goebel, München, komme einer möglichen Impfung hohe Bedeutung zu, da eine wirksame Therapie der HTLV-III-Infektion bisher nicht existiere. Es komme jedoch weder eine passive Impfung in Form von Serum-Antikörperübertragung, noch eine konventionelle aktive Impfung durch Inokulation abgetöteter oder abgeschwächter Viren in Frage, da neutralisierende Antikörper gegen das

(Fortsetzung) Ärzte Zeitung, 10.4.1986

HTLV-III bisher nicht gefunden wurden. Theoretische Ansätze gehen von der Entwicklung Monoklonaler Antikörper gegen Strukturproteine der Virushülle oder von chemischen Substanzen zur Veränderung der Virushülle aus, beziehungsweise richten sich gegen die retrovirustypische Reverstranskriptase.

Bisherige klinische Prüfungen von in vitro wirksamen Enzymhemmern haben jedoch keine Änderung des Immundefekts ergeben, nach Absetzen der zum Teil hochtoxischen Substanzen werden meist nach kurzer Zeit erneute Virusreplikation beobachtet. Neuere Versuche kombinieren Enzymhemmer mit Immunmodulatoren.

**Gesundheitspolitische Maßnahmen und Aspekte zur Eindämmung der HTLV-III-Infektion.**

Der Staatssekretär im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Professor Manfred Steinbach umriß die Aufgaben des Bundes bei der derzeitigen AIDS-Situation wie folgt: (1) Forschungsförderung in großartigem Maßstab, (2) Aufklärung und Beratung (a) der beunruhigten Bevölkerung, (b) der Risikogruppen, (c) der Personen mit positivem Antikörpertest und schließlich (d) der klinisch-manifest AIDS-Kranken. Zu letzterem gehöre vor allem der Aufbau ambulanter und klinischer Behandlungsmöglichkeiten speziell für AIDS-Patienten.

Zu den rechtlichen Aspekten erklärte Professor Steinbach, daß ein AIDS-Gesetz auf Bundesebene nicht diskutiert wird, insbesondere da der Paragraph 10 Bundesseuchengesetz den Landesregierungen sehr pauschale Handlungsspielräume eröffnet. Die Bundesregierung wird sich deshalb auf die sozialpolitischen Besonderheiten des AIDS konzentrieren: Dazu gehört unter anderem (1) die Gewährleistung der Therapiehandlung oder anderer Maßnah-

men zur Verhinderung der HTLV-III-Übertragung durch Plasma und Plasmaprodukte insbesondere für die Behandlung der Bluterkrankheit, (2) Maßnahmen zur Verhinderung der Übertragung durch Bluttransfusionen und (3) Maßnahmen und Hilfen zur Teststandardisierung.

Ärzte-zeitung, Neu-Isenburg, 10.4.1986

### Arbeitsmedizin

## „AIDS sollte als Berufskrankheit anerkannt werden“

**H a m b u r g (jof).** Eine AIDS-Erkrankung bei Personen, die sich berufsbedingt in bestimmten Regionen Afrikas aufhalten, sollte als Berufskrankheit anerkannt werden.

Das haben Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin auf ihrer 26. Jahrestagung in Hamburg vorgeschlagen.

Die Wissenschaftler wiesen darauf hin, daß es in Teilen des „schwarzen Kontinents“ ein wesentlich höheres AIDS-Risiko gibt. Auch bei anderen Infektionskrankheiten werde der besonderen Gefährdung durch die Anerkennung einer Berufskrankheit Rechnung getragen.

Ferner wurde die Frage diskutiert ob Ärzte oder Pflegekräfte, die selbst HTLV-III-infiziert sind, ihren Beruf weiter ausüben dürften. Bei den üblichen Schutzmaßnahmen bestehe keine Gefährdung der Patienten, wurde betont. Es sei denn, derartige Personen hätten offene Wunden.



Science, Washington D.C.,  
Vol. 231, No. 4745,  
28.03.86, S. 1500

### Institute of Medicine Launches Assessment of AIDS Programs

The National Academy of Sciences and the Institute of Medicine have begun a major assessment of national strategies to combat acquired immune deficiency syndrome (AIDS). The study, which is being funded by a consortium of foundations, has been put on a fast track. A report is due in 6 months.

A stellar cast has been assembled to conduct the study. It will be carried out by two panels and the effort will be coordinated by a steering committee jointly chaired by David Baltimore of the Whitehead Institute and Massachusetts Institute of Technology and Sheldon M. Wolff of Tufts University and the New England Medical Center.

One panel, chaired by Baltimore, will examine national research efforts, looking in particular at whether the resources being devoted to AIDS research are adequate and whether sufficient numbers of researchers are being drawn into the field. According to Baltimore, the panel will also look at possible barriers to participation by private industry in areas such as vaccine development and drug therapy.

The second panel, chaired by Wolff, will look at the public health aspects of AIDS, including evidence on the spread of the disease in industrialized and developing countries, the cost and effectiveness of various treatment programs, and the impact of education and public health efforts.

The steering committee will report directly to the councils of the Academy and the Institute of Medicine, which both approved the effort. The study was sparked in part by recommendations made during a day-long meeting on AIDS sponsored last fall by the institute. ■ COLIN NORMAN

Science, Washington D.C., Vol. 231,  
No. 4744, 21.03.86  
S. 1364 ff.

### Congress Likely to Halt Shrinkage in AIDS Funds

Last December, Congress approved an appropriations bill for the Department of Health and Human Services that contained \$234 million for research and education on AIDS in fiscal year 1986, more than double the amount spent last year.

The ink was barely dry on the legislation before the funds began to shrink, however. Some \$10 million got wiped out in automatic cuts required by the Gramm-Rudman-Hollings deficit reduction act. And the Administration has proposed reducing the total even further, to \$193 million, by rescinding some of the appropriated funds. For FY 1987, the Administration has requested a modest "increase," to \$213 million.

The appropriations committees must approve the rescissions before they take effect, however, and that is highly unlikely. Last week, Senator Lowell P. Weicker (R-CT), who chairs the key Senate appropriations subcommittee, said "I don't understand why anybody should be grateful that [AIDS] took the least cut." Included in the proposed rescission is \$16 million for a new program to fund demonstration projects to provide health care to AIDS patients, a program that Weicker himself sponsored.

Most of the funds will thus eventually come through—although the Gramm-Rudman cut will probably stick—but senior NIH officials are concerned about the impact of the funding uncertainties. NIH was due to receive \$140 million for AIDS research, but the Gramm-Rudman cut removed \$6 million and the Administration's proposed rescission would slice off another \$14 million.

These cuts would be made in a \$70-million block of money that NIH director James B. Wyngaarden is to distribute

among NIH programs. In effect, Congress gave NIH considerable flexibility in determining its spending priorities. NIH was supposed to provide Congress with a plan for distributing the funds, but the plan has not yet been transmitted because of uncertainties over how much will eventually be available. Thus, NIH researchers and grantees still do not know how much they are likely to be able to spend in the fiscal year that is already almost halfway through.

Uncertainty over funding is only one problem that NIH has with the Administration's AIDS proposals. Next year, all AIDS funds will be channeled through an office in the Department of Health and Human Services. The idea is to provide central management and direction of the department's AIDS programs, and the assumption is that coordination will be more effective if the coordinator holds the purse strings. NIH officials are wary, however, that the scheme will add a layer of bureaucracy in AIDS research and exacerbate interagency rivalries over funding.

Asked by Weicker at appropriations hearings last week whether he approves of this arrangement, Wyngaarden gave a guarded response. Noting that there is already "excellent coordination," he said "I do not see this as deterring the coordination."

In fact, coordination of the AIDS effort has improved recently with the appointment of a full-time coordinator in the office of the assistant secretary of health. The job is being filled temporarily by Walter Dowdle, the deputy director of the Centers for Disease Control. Dowdle, who assumed the position on 1 January, initially said he would stay for 90 days. ■ COLIN NORMAN



Nature, London, Vol. 320, No. 6061, 3.04.86., S. 385

## AIDS research

# New human retroviruses: One causes AIDS . . .

ACQUIRED immune deficiency syndrome (AIDS) can be caused by a second virus, at least 30 per cent different in sequence from the virus particle, termed HTLV-III in the United States and LAV in France, that is currently implicated in the disease. So claimed Luc Montagnier, head of the French group that discovered LAV at the Institut Pasteur in Paris, at a meeting in Lisbon, Portugal, last week. (HTLV, or human T-lymphotropic virus, was isolated by Robert Gallo and his colleagues at the US National Institutes of Health and Montagnier and his group isolated what they called LAV, or lymphadenopathy virus.)

Montagnier is sending his paper on the

discovery to the *Comptes Rendues* of the French Academy of Sciences, and to *Science*, but was prepared last week to outline what he had said in his Lisbon address. According to Montagnier, the new virus, which he calls LAV-II, was discovered in two patients with AIDS symptoms in a Lisbon hospital. The patients' sera showed no antibodies against LAV (now called LAV-I). There were, however, viruses present that looked just like LAV-I in the electron microscope, and which had the same T-lymphotropic and cytopathic properties.

Nevertheless, DNA probes derived from LAV-I did not hybridize with the DNA from the new virus "in stringent

conditions". Sera from LAV-I patients contained no antibodies for the envelope part of the new virus, although sera from patients infected by the new virus showed a small reactivity with LAV-I core proteins. These data suggested that the new LAV-II virus diverged at least 30 per cent in sequence from LAV-I, Montagnier said.

LAV-II patients also showed some antibodies against the green monkey virus considered similar to LAV-I, "and the interesting question now will be how similar LAV-II is to the simian virus", Montagnier said. **Robert Walgate**

## . . . and the other does not

### Washington

ANOTHER dispute over scientific primacy has erupted between the United States and France about a human retrovirus. Max Essex and Phyllis Kanki of the Harvard School of Public Health in Boston, together with colleagues at Harvard and in France and Senegal, have found a virus related to Simian T-lymphotropic virus type III found in African Green Monkey (STLV-III<sub>AGM</sub>) that can be detected in healthy humans. Essex announced the discovery last week to coincide with an announcement by Luc Montagnier of the Institut Pasteur about another human retrovirus (see above). A paper describing Essex's virus will appear in the 11 April issue of *Science*.

Like human T-lymphotropic virus type-III/lymphadenopathy virus (HTLV-III/LAV), the new virus, termed HTLV-IV, infects helper T-cells. But unlike HTLV-III, it is not cytopathic for T-cells.

Last year, Essex and his colleagues reported finding healthy individuals from West Africa who displayed strong anti-

body reactivity to all STLV-III<sub>AGM</sub> viral proteins, but reacted weakly with viral proteins from HTLV-III/LAV. They concluded that there was in Africa a human virus more closely related to STLV-III than HTLV-III that either shared a common genetic ancestor or derived directly from the monkey virus.

The Harvard team successfully grew HTLV-IV from serum of three seropositive individuals. Analysis of the new virus shows that it shares many proteins with STLV-III<sub>AGM</sub>, more so than with HTLV-III/LAV, notably a 32,000 dalton protein suspected to be a transmembrane envelope protein. The analogous protein in HTLV-III/LAV weighs 42,000 daltons. Electron micrograph morphology of HTLV-IV likewise shows greater similarities to the monkey virus than to HTLV-III/LAV.

At a press conference at the American Society of Microbiologists' annual meeting in Washington, DC, Essex said the new virus described by Montagnier "appears to be related" to HTLV-IV. Unlike LAV-II, HTLV-IV does not appear

to cause illness, but Essex would not rule out the possibility that infected individuals might develop disease later in life. Essex believes there is a continuum of retroviruses from those closely related to STLV-III to those closer to HTLV-III/LAV, and it may be that LAV-II lies on that continuum.

Essex was prompted to release details of his discovery in advance of its formal publication because of intense pressure from the media both on him and his collaborator Francis Barin in Tours, France, to comment on Montagnier's discovery. Essex maintains he learned of Montagnier's work only on 22 March, and then only at second hand. Essex worried that he would be "raked over the coals" by the press for refusing to comment on his own work at a time of intense public interest in human retroviruses.

US journalists were alerted to the Institut Pasteur discovery by a press release from a New York public relations company. **Joseph Palca**



JAMA, Chicago, Vol. 255, No. 13, 4.04.86, S. 1706

### Condoms Prevent Transmission of AIDS-Associated Retrovirus

*To the Editor.*—The majority of cases of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) have occurred after exposure to seminal fluid, blood, or blood products. It has been recommended that individuals avoid contact with seminal fluid through the use of prophylactic sheaths, although the proof that the virus could not pass through these commercial products has not been established. In previous studies we demonstrated that herpesvirus could not pass through condoms.<sup>1</sup> We have now performed similar studies to determine whether retroviruses would be retained by these materials.

*Report of a Study.*—For the experiments, both a mouse retrovirus and the AIDS-associated retrovirus (ARV-2) were employed. A solution of tissue-culture medium containing either  $10^{7.5}$  infectious mouse xenotropic type C retrovirus particles per milliliter or  $10^6$  infectious ARV-2 particles per milliliter was used.<sup>2</sup> The plunger from a 12-mL syringe was placed inside the condom, to which was added 4 mL of the virus-containing medium. The condom was then placed inside the syringe barrel and the entire unit was submerged in a beaker containing 2.5 mL of tissue-culture medium supplemented with 10% fetal calf serum and antibiotics.

The procedure involved 15 cycles of aspiration and expulsion of the tissue-culture medium surrounding the barrel of the syringe. In this manner, tissue-culture fluid was drawn through the syringe in very close proximity to the condom, which was subjected to the pressure created by the aspiration of the plunger within the condom. The condom was subsequently removed from the syringe barrel and its distal surface containing the viral fluid was placed directly in the tissue-culture medium for 30 minutes on ice.

The tissue-culture fluid on the outside of the condom was then assayed for the mouse xenotropic virus on mink S+L-

cells and on mink lung cells, as described previously.<sup>3</sup> By this latter technique, the inoculated mink lung cells were passed weekly for three weeks and then assayed for infectious virus through focus formation in mink S+L- cells. Infectious ARV-2 was measured by induction of particle-associated reverse transcriptase activity and ARV-2 antigens in cultured mitogen-stimulated normal human peripheral mononuclear cells.<sup>4</sup>

*Comment.*—The results of these studies are presented in the Table. The titers of the viruses before these experiments were substantial and were well above levels found in seminal fluid.<sup>4</sup> Following the experiments, no infectious virus was found present in the tissue culture fluid placed in close contact with the prophylactics. These experiments, particularly those with the mouse retrovirus, which was present in exceptionally high titer, conclusively indicate that retroviruses cannot pass through the condom membranes. The data mirror the observations made with herpesvirus.<sup>1</sup> These results should encourage persons known to be at risk for passing or contacting the AIDS virus to use condoms as a safety procedure.

MARCUS CONANT, MD  
DENISE HARDY  
JUDITH SERNATINGER  
D. SPICER  
J. A. LEVY, MD  
University of California,  
San Francisco

This study was supported by the San Francisco AIDS Foundation.

1. Conant M, Spicer DW, Smith C. Herpes simplex virus transmission: Condom studies. *Sex Transm Dis* 1984;11:94-95.

2. Levy JA. Xenotropic type C viruses. *Curr Top Microbiol Immunol* 1978;79:111-213.

3. Levy JA, Hoffman AD, Kramer SM, et al: isolation of lymphocytopathic retroviruses from San Francisco patients with AIDS. *Science* 1984;225:840-842.

4. Levy JA, Kaminsky LS, Morrow WJW, et al: Infection by the retrovirus associated with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985; 103:694-699.

Passage of Retroviruses Through Prophylactics				
Sample	Prophylactic	Material	Virus Inoculum (Infectious Particles per Milliliter)*	
			Mouse Retrovirus ( $10^{7.5}$ )	ARV-2† ( $10^{6.4}$ )
1	Trojan ENZ	Latex	—	—
2	Trojan ENZ‡	Latex	—	—
3	Fourer‡	Natural lambskin	—	—
4	Ramess Extra‡§	Latex	—	—
5	Skinless Skin‡	Synthetic skin	—	—

\*Minus indicates no virus detected.

†ARV indicates acquired immunodeficiency syndrome-associated retrovirus.

‡Lubricated.

§Spermicidal drug added.



NEJM, Boston, Vol. 314, No. 15, 10.04.86, S. 987

TRANSMISSION OF HTLV-III INFECTION  
FROM MAN TO WOMAN TO MAN

*To the Editor:* Approximately 1 percent of reported cases of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) are presumed to be due to heterosexual transmission, with the vast majority of these reported in women who have contracted the virus from infected men. Among the few men thus far thought to have acquired human T-cell lymphotropic virus Type III (HTLV-III) infection from women, there appears to be a high incidence of contact with prostitutes.<sup>1</sup> The lack of clear epidemiologic data on individual cases, particularly relating to details of sexual activity, and the constant suspicion that potentially embarrassing information about personal behavior is being withheld (i.e., drug abuse or homosexuality) have led many in the general public and some in the scientific community<sup>2</sup> to doubt whether infected women are capable of transmitting HTLV-III infection through sexual contact. We would like to report one well-studied example of such apparent transmission.

Subject 1 was a 37-year-old married bisexual man who traveled frequently between New York City and Cleveland from 1981 through 1983. He admitted predominantly homosexual activity on weekend business trips to New York City, and in 1983 progressive constitutional symptoms developed, culminating in *Pneumocystis carinii* pneumonia and death.

Subject 2 was a 33-year-old woman married to Subject 1 for 10 years and residing in Cleveland. After her husband's death, a doctor took her history and examined her, and immunologic testing was performed. She was found to be totally asymptomatic and free of lymphadenopathy, and her T-cell subsets and serum immunoglobulins were normal. Serum was drawn and stored at -70°C. She reported no contact with other sexual partners and no drug abuse; she said she had had vaginal intercourse with her husband twice monthly, accompanied by heavy mouth kissing but no other form of sexual contact. Approximately 18 months later, *Pneumocystis carinii*

pneumonia developed and she died. The serum samples stored since 1983 were subsequently found by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) to be strongly reactive for HTLV-III antibody.

Subject 3 was a 26-year-old next-door neighbor of the couple, who had a sexual relationship with the woman several months after her husband's death. They began to cohabit and participated for approximately a year in daily vaginal intercourse accompanied by heavy mouth kissing. He reported no intercourse during periods of active menstruation. He also reported no other form of sexual contact with the woman and no history of homosexuality, drug abuse, or contact with prostitutes. He now has generalized lymphadenopathy and oral thrush, his serum is strongly reactive for HTLV-III antibody by ELISA, and his helper-to-suppressor ratio is 0.05.

A 10-year-old daughter of Subjects 1 and 2, who lived in the same house with her parents, remains healthy and is nonreactive for HTLV-III antibody.

Although it represents only a single instance, this cohort appears to represent a well-documented example of sexual transmission of HTLV-III from a man to a woman to a man through frequent but traditional sexual practices. We believe the risk of such transmission is real and that sexually active heterosexual men and women should be aware of these data.

Cleveland, OH 44106

L.H. CALABRESE, D.O.  
Cleveland Clinic Foundation

Cleveland, OH 44111-5660

K.V. GOPALAKRISHNA, M.D.  
Fairview General Hospital

1. Heterosexual transmission of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy associated virus. MMWR 1985; 34:561-3.
2. Polk BF. Female-to-male transmission of AIDS. JAMA 1985; 254:3177-8.

Science, Washington D.C., Vol. 231, No. 4745, 28.03.86., S. 1556ff.

## Antiserum to a Synthetic Peptide Recognizes the HTLV-III Envelope Glycoprotein

R. C. KENNEDY, R. D. HENKEL, D. PAULETTI, J. S. ALLAN, T. H. LEE, M. ESSEX, G. R. DREESMAN

In a study performed to determine which regions of the human T-cell lymphotropic virus type III (HTLV-III) may represent vaccine candidates to prevent the acquired immune deficiency syndrome (AIDS), a synthetic peptide corresponding to amino acid sequence 735 to 752 of the precursor envelope glycoprotein of HTLV-III was used to immunize rabbits. The resulting rabbit antiserum to the synthetic peptide specifically recognized the precursor envelope glycoprotein (gp160) of HTLV-III. Human sera positive for antibody to HTLV-III reacted with this peptide. These findings indicate that synthetic peptides can be used to induce an immune response directed against a native envelope glycoprotein epitope of HTLV-III. The data are discussed in terms of using synthetic peptides to identify antigenic determinants involved in the induction of protective immunity and possibly as vaccine candidates against the etiologic agent of AIDS.



Hautarzt, Berlin, 3 (1986) S. 159 ff.

## Akute exanthematische Eruption multipler Kaposi-Sarkome vom AIDS-Typ bei einer drogenabhängigen Frau

Erfolgreiche Chemotherapie mit Vincristin, Bleomycin und Dactinomycin

Helmut Schöfer<sup>1</sup>, Ulf Runne<sup>1</sup>, Lothar Bergmann<sup>2</sup>, Reinhard Saller<sup>2</sup> und Eilke B. Helm<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zentrum der Dermatologie und Venerologie (Abteilung I, Leiter: Prof. Dr. H. Holzmann und Abteilung II, Leiter: Prof. Dr. R. Milbradt) der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

<sup>2</sup> Zentrum der Inneren Medizin (Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. W. Schoeppe) der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

**Zusammenfassung.** Bei einer 30jährigen drogenabhängigen deutschen Prostituierten traten aus völligem Wohlbefinden heraus innerhalb weniger Tage disseminierte Kaposi-Sarkome vom AIDS-Typ auf. Gesicht und Stamm waren von dichtstehenden, bis zu 1,5 cm großen, livid-roten Tumoren übersät. Arme, Beine und Mundschleimhaut waren ebenfalls befallen. Die Tumoren folgten in ihrer Längsachse den Hautspaltlinien. Serologisch wurden Antikörper gegen HTLV III nachgewiesen. Ein ausgeprägter zellulärer Immundefekt ließ sich

nicht sichern. Die OKT4+/OKT8+-Ratio lag bei 1,15, später sogar bei 2,4. Die Recallantigene waren negativ. Unter diesen Voraussetzungen erfolgte eine zytostatische Therapie mit Vincristin, Bleomycin und Dactinomycin. Nach 4 Therapiezyklen war das Gesicht frei von Hautveränderungen. Am Thorax fanden sich noch geringfügige Resterytheme, die histologisch tumorfrei waren. An den Beinen bestanden noch bräunliche Infiltrate. Somit zeigt sich, daß Kaposi-Sarkome vom AIDS-Typ auf eine kombinierte zyklische Chemotherapie ansprechen.

Lancet, London, No. 8481, 15.03.86, S. 575 ff.

### ADMINISTRATION OF 3'-AZIDO-3'-DEOXYTHYMIDINE, AN INHIBITOR OF HTLV-III/LAV REPLICATION, TO PATIENTS WITH AIDS OR AIDS-RELATED COMPLEX

ROBERT YARCHOAN*	RAYMOND W. KLECKER*
KEN F. WEINHOLD†	PHILLIP D. MARKHAM*
H. KIM LYERLY†	DAVID T. DURACK†
EDWARD GELMANN*	S. NUSINOFF LEHRMAN‡
ROBERT M. BLUM‡	DAVID W. BARRY‡
GENE M. SHEARER*	MARGARET A. FISCHL§
HIROAKI MITSUYA*	ROBERT C. GALLO*
JERRY M. COLLINS*	DANI P. BOLOGNESI†
CHARLES E. MYERS*	SAMUEL BRODER*

National Cancer Institute,\* Bethesda, Maryland; Duke University Medical Center,† Durham, North Carolina; Wellcome Research Laboratories,‡ Research Triangle Park, North Carolina; and University of Miami,§ Miami, Florida, USA

**Summary** In a 6-week clinical trial 4 dose regimens of 3'-azido-3'-deoxythymidine (AZT), a thymidine analogue with potent anti-viral activity against HTLV-III in vitro, were examined in 19 patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or AIDS-related complex (ARC). AZT was given intravenously for 2 weeks, then orally for 4 weeks at twice the intravenous dose. AZT was well absorbed from the gut and crossed the blood-brain barrier. Therapeutic levels were maintained with 5 mg given intravenously or 10 mg given orally every 4 h. Treatment was not limited by side-effects, the commonest of which were headaches and depression of white-cell counts. 15 of the 19 patients had increases in their numbers of circulating helper-inducer T lymphocytes ( $p < 0.001$ ) during therapy, 6 who were anergic at entry showed positive delayed type hypersensitivity skin test reactions during treatment, 2 had clearance of chronic fungal nailbed infections without specific anti-fungal therapy, 6 had other evidence of clinical improvement, and the group as a whole had a weight gain of 2.2 kg. Also, with the highest dose regimen cultures of peripheral blood mononuclear cells for HTLV III became negative.

#### Corrections

*Administration of 3'-azido-3'-deoxythymidine, an Inhibitor of HTLV-III/LAV Replication, to Patients with AIDS or AIDS-related Complex.*—In the summary of this article by Dr Robert Yarchoan and colleagues (March 15, p 575), the doses giving therapeutic levels should read 5 mg/kg intravenously or 10 mg/kg orally every 4 h.

Selecta, München, Nr. 14, 7.04.86, S. 1066

## Immunstimulans bremst Progredienz von AIDS

Schon bald, nachdem das *acquired immune deficiency syndrome (AIDS)* als Virus-induzierte Immunschwäche-Krankheit erkannt worden war, begannen Versuche, den Verfall der Abwehrpotenz mit Gaben antiviraler oder immunstimulierender Mittel aufzuhalten.

Zu den Substanzen, auf die man dabei zurückgriff, gehörte unter anderem *Suramin* (Germanin<sup>®</sup> Bayer), das schon 1921 als Mittel gegen die afrikanische Schlafkrankheit eingeführt worden war. Suramin hemmt bekanntermaßen das Enzym *reverse Transkriptase*, mit dem sich RNA-Viren wie der AIDS-Erreger HTLV III Eingang in die menschliche DNA verschaffen.

Erfolge waren den Studien mit Suramin jedoch bisher nicht beschieden. Zwar war die Virus-Replikation nach Suramin-Gaben deutlich reduziert, aber am klinischen Zustand der Patienten änderte das nichts (*SELECTA* Nr. 30, S. 2813, 1985).

Erste Versuche mit Immunstimulanzien litten noch darunter, daß man erst seit etwa zwei Jahren Vorformen und Frühstadien der Krankheit sicher identifizieren kann. Gerade für solche Patienten, die zwar schon mit HTLV III infiziert, aber noch nicht klinisch manifest erkrankt sind, erscheinen jedoch abwehrstärkende Mittel am aussichtsreichsten.

In einer neueren Studie konnte jetzt der Nutzen der frühen Anwendung von Immunstimulanzien erstmals bestätigt werden. Auf einem Kongreß der International Society for Sexually Transmitted Diseases, der sich in

Brighton/England wurde über Ergebnisse mit dem Immunmodulator *Inosiplex* berichtet, der ursprünglich vor allem gegen Herpes-simplex-Infektionen eingesetzt wurde (in der Bundesrepublik z. B. Delimmun<sup>®</sup>).

### T-Zell-Depression gestoppt

In die multizentrische Doppelblindstudie aufgenommen wurden 61 HTLV-III-infizierte homosexuelle Männer und zwei Frauen mit einer beginnenden T-Zell-Depression und Lymphadenopathie als Vorzeichen von AIDS. Am New Yorker Mount Sinai Hospital und anderen an der Studie beteiligten Kliniken erhielten die Patienten vier Wochen lang täglich entweder 1 oder 3 g Inosiplex oder Placebo. Während der Einnahmepériode und danach wurden Weiterentwicklung der T-Zell-Depression und klinischer Verlauf regelmäßig kontrolliert.

Nach beiden Kriterien war der Vorteil der Behandelten gegenüber der Placebo-Gruppe signifikant, berichtete in Brighton Dr. *Joyce I. Wallace*, New York. Noch zwei Monate nach Ende der Einnahmepériode war vor allem bei den mit 3 g Inosiplex pro Tag Behandelten die Zahl der T-Helfer-Zellen deutlich höher als im Placebo-Kollektiv und blieb es noch mehrere Monate.

Gleichzeitig besserten sich auch die klinischen Befunde von 21% der Behandelten oder wurden, außer bei einem, zumindest nicht schlechter. Auch gingen Lymphdrüsen-Schwellung und andere Symptome wie

Schmerzen und leichte Ermüdbarkeit bei vielen zurück. In der Placebo-Gruppe verschlechterten sich währenddessen durchweg immunologischer wie klinischer Status der Patienten.

Eine vierwöchige Behandlung mit dem Immunstimulans könne also den Verlauf der Krankheit bei solchen „Prä-AIDS-Patienten“ um weit mehr als vier Wochen aufhalten, folgerte die amerikanische Immunologin auf dem Kongreß in Brighton.

### Ermutigende Ergebnisse

Ob eine fortgesetzte immunstimulierende Therapie die Progredienz der Immunschwäche gänzlich stoppen könnte, ist vorerst noch spekulativ. Dr. *George Bekesi*, New York, der die multizentrische Studie leitete, hält die bisherigen Ergebnisse schon für ermutigend genug, daß er das Immunstimulans keinem Patienten mit serologischem HTLV-III-Nachweis mehr vorenthalten möchte. Antikörperpositiv ist allerdings in den USA schon jetzt schätzungsweise eine Million Menschen.

Zwischenresultate der Studie waren im übrigen schon früher an die Öffentlichkeit durchgesickert. Weil Inosiplex in den USA nach wie vor nicht rezeptfrei im Handel ist, setzte im Frühjahr ein Run amerikanischer Prä-AIDS- und AIDS-Kranker auf mexikanische Apotheken ein, wo 20 Tabletten Inosiplex für etwa 2,50 Dollar verkauft werden. Auf dem schwarzen Markt amerikanischer Großstädte werden inzwischen weit höhere Preise dafür erzielt.

H. K.





Dt. Ärzteblatt, Köln, Heft 15, 11.04.86, S. 1045

## Wie stabil sind LAV/HTLV-III-Viren?

Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten

Eine Arbeitsgruppe des Pasteur-Instituts hat kürzlich Ergebnisse von Untersuchungen zur Resistenz des LAV/HTLV III bei Zimmertemperatur vorgelegt. Geprüft wurde die Infektiosität von LAV/HTLV III, das entweder in Gewebekulturmedium suspendiert oder in einer Petrischale angetrocknet war und sieben Tage bei Zimmertemperatur gehalten wurde.

Proben wurden am vierten und siebten Tag in T-Zellkulturen verimpft und das Erscheinen der für Retroviren typischen reversen Transkriptase als Nachweis einer erfolgreichen Infektion mit LAV/HTLV III gewertet.

Es wurde nicht versucht, zusätzlich virusspezifische Proteine nachzuweisen oder die bei allen untersuchten Proben beobachtete Transkriptaseaktivität als virusspezifisch zu identifizieren. Die Autoren glauben, daß ihre Beobachtung eine meßbare Resistenz des LAV/HTLV-III-Virus belegt und das Auftreten einiger AIDS-Fälle in Nicht-Risikogruppen hinreichend erklärt.

Dieser Bericht hat verständlicherweise in der Laienpresse besondere Aufmerksamkeit gefunden und große Besorgnis induziert. Zu dieser Mitteilung ist folgendes anzumerken.

Die Versuchsbedingungen sind äußerst artifiziell und ahmen nicht in der Natur gefundene Bedingungen nach; der benutzte indirekte Virusnachweis erlaubt keine Aussagen über die Menge des initial eingesetzten und am Versuchsende verbliebenen infektiösen Virus; es wurde darüber hinaus kein Beweis geführt, daß die beobachtete reverse Transkriptaseaktivität virusspezifisch ist.

Dies ist besonders bedeutsam bei den Versuchen mit eingetrocknetem Virus, das zu den geprüften Zeiten nur noch kaum meßbar erhöhte Transkriptaseaktivität induziert.

Daß im sterilen, schützenden, eiweißreichen Gewebekulturmedium die Inaktivierung verzögert abzulaufen scheint, ist nicht überraschend. Allerdings werden solche Bedingungen in der Natur nicht angetroffen; sie ähneln eher den Bedingungen der Blutspende, von der bekannt ist, daß, solange die Blutspenden nicht geprüft wurden, durch sie LAV/HTLV III übertragen werden kann.

Bei kritischer Würdigung der Befunde ergibt sich kein Hinweis dafür, die durch langjährige epidemiologische Erfahrung gedeckte Aussage, daß Schmierinfektionen bei der Übertragung von LAV/HTLV-III-Infektionen keine wesentliche Rolle spielen, revidieren zu müssen.

Dagegen ist nach wie vor richtig, daß LAV/HTLV-III-Infektionen vorwiegend durch intimen Sexualverkehr mit Kontakt von Sperma mit Schleimhäuten und vor allem mit Schleimhautverletzungen oder durch das gemeinsame Benutzen von mit Blut verunreinigten Spritzen bei Drogensüchtigen übertragen wird. In der Vergangenheit spielten auch Übertragungen durch mit LAV/HTLV III kontaminiertem Blut oder Blutprodukten eine gewisse Rolle, doch dieser Übertragungsweg ist in der BRD durch die Untersuchung aller Blutspender seit Mai 1985 weitgehend ausgeschlossen.

Eine weitere mögliche Verbreitung von LAV/HTLV III besteht in der prä- oder perinatalen Infektion

von Neugeborenen von Anti-LAV/HTLV-III-positiven Müttern. Anti-LAV/HTLV-III-positive Frauen sollten deshalb eine Schwangerschaft vermeiden, solange keine spezifische Therapie gegen LAV/HTLV-III-Infektionen existiert.

Ein Kontakt im täglichen Leben mit LAV/HTLV-III-Virusträgern führt nach bisherigen Erkenntnissen dagegen nicht zu einer Übertragung der Infektion, und die Virusträger sind im üblichen seuchenhygienischen Sinne nicht für ihre Umwelt infektiös und müssen deshalb auch nicht isoliert werden. Hierzu haben auch die Expertenkomitees der Welt-Gesundheits-Organisation eindeutig festgestellt, daß diese Personen ihren Berufen nachgehen können und viruspositive, psychisch unauffällige Kinder am normalen Schulbetrieb teilnehmen können.

Professor Dr. med. Friedrich Deinhardt, Präsident der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V., Pettenkoferstraße 9a, 8000 München 2.

Professor Dr. med. Meinrad Koch, Robert-Koch-Institut des Bundesgesundheitsamtes, Berlin

Professor Dr. med. Hans J. Eggers, Sektion Virologie der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Köln

Professor Dr. med. Karl-Otto Habermehl, Vorsitzender des Diagnostikausschusses der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V., Berlin

Professor Dr. med. Reinhard Kurth, Paul-Ehrlich-Institut, Bundesamt für Sera und Impfstoffe, Frankfurt/Main

Professor Dr. med. Günther Maass, Vorsitzender des Immunsierungsausschusses der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V., Münster □



# Stability and Inactivation of HTLV-III/LAV Under Clinical and Laboratory Environments

(...)

## COMMENT

Human T-cell lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus, in the presence of human plasma, was exposed to several environmental conditions encountered in natural, clinical, or laboratory settings. It should be emphasized that the concentration of virus used for these experimental studies (7 to 10 logs of viral activity) was many orders of magnitude above those commonly encountered from patient-derived specimens. However, it is important not to ignore any potential implications regarding possible transmission of virus by contaminated needles and syringes or in clinical situations involving contact with patient tissues or body fluids.

Infectious cell-free virus could be recovered from dried material after up to three days at room temperature, and in an aqueous environment, infectious virus survived longer than 15 days at room temperature (23 to 27 °C) and 11 days at 36 to 37 °C. Even under the more rigorous heating conditions commonly used to inactivate complement (54 to 56 °C), infectious virus was detected after three hours of exposure. The approximate rate of HTLV-III inactivation observed, about 1 log<sub>10</sub>TCID<sub>50</sub>/20 min, is much slower than previously reported, ie, inactivation of HTLV-III/LAV after 30 minutes<sup>15</sup> or within ten minutes<sup>16,17</sup> at 54 to 56 °C.

It is not known why an almost tenfold difference in the apparent rate of inactivation at 54 to 56 °C was found. It appears that the rate of inactivation determined herein more closely approximates that reported for 50 °C in a previous report.<sup>17</sup> These data emphasize the necessity of taking into account initial virus titers and the effect of different experimental conditions (eg, volumes used, supplements added, and the types of assays used) before reaching a conclu-

From the Laboratory of Tumor Cell Biology, National Institutes of Health, Bethesda, Md (Dr Resnick and Mr Salahuddin); the Department of Cell Biology, Bionetics Research, Inc, Rockville, Md (Mr Veren, Ms Tondreau, and Dr Markham); and the

Dermatology Department, Mount Sinai Hospital-Medical Center, Miami Beach, Fla (Dr Resnick).  
Reprint requests to Bionetics Research, Inc, 1330 Piccard Dr, Rockville, MD 20850-4373 (Dr Markham).

• **The stability of human T-cell lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus (HTLV-III/LAV) under environmental conditions encountered in a clinical or laboratory setting and its inactivation by commonly used chemical disinfectants were investigated. Under our experimental conditions utilizing a highly concentrated viral preparation, virus with an initial infectious titer of approximately 7 log<sub>10</sub> tissue culture infectious dose (TCID<sub>50</sub>) per milliliter can be recovered for more than a week from an aqueous environment held at room temperature (23 to 27 °C) or at 36 to 37 °C. Virus recovery is reduced at a rate of approximately 1 log<sub>10</sub>TCID<sub>50</sub> per 20 minutes when held at 54 to 56 °C. Dried and held at room temperature, HTLV-III/LAV retains infectivity for more than three days with a reduction of approximately 1 log<sub>10</sub>TCID<sub>50</sub> per nine hours. Viral infectivity is undetectable and reduced more than 7 log<sub>10</sub>TCID<sub>50</sub> within one minute with 0.5% sodium hypochlorite, 70% alcohol, or 0.5% nonidet-P40, and within ten minutes with 0.08% quaternary ammonium chloride or with a 1:1 mixture of acetone-alcohol. These results help provide a rational basis to prevent the accidental spread of HTLV-III/LAV in the laboratory or clinical setting.**

(JAMA 1986;255:1887-1891)

sion as to the effectiveness of an inactivation procedure. The stability of HTLV-III at 54 to 56 °C suggests that the inactivation of virus in blood products (eg, antihemophilia factors) could require more extensive treatment, as has been suggested.<sup>17</sup>

An important conclusion from these investigations is that monitoring residual viral reverse transcriptase activity is not a reasonable alternative to tests for infectious virus.<sup>18</sup> In fresh preparations of high titer of virus, the level of viral enzyme activity roughly parallels the quantity of infectious virus. However, the ability to detect viral reverse transcriptase activity is rapidly lost on dilution (Fig 1, top) or treatment of virus. For example, at 54 to 56 °C, the level of viral reverse transcriptase activity rapidly decreased to below detectable levels within 30 minutes, whereas infectivity assays detected virus for a much longer period of time.

It is clear from these and other<sup>16,17</sup> studies that infectious HTLV-III/LAV can be present after exposure to a number of environmental conditions encountered in a laboratory and/or clinical setting. Fortunately, HTLV-III/LAV behaves similarly to

other enveloped retroviruses in its sensitivity to chemical disinfectants and detergents.<sup>16,18,19</sup> We found 0.5% sodium hypochlorite (10% solution of household bleach), 70% alcohol, or 0.5% nonidet-P40 to completely inactivate HTLV-III within one minute of exposure.<sup>16</sup> Also, a combination of quaternary ammonium chlorides (0.08%) completely inactivated 7 log<sub>10</sub>TCID<sub>50</sub> or more of infectious virus within ten minutes. Fixation of infected cells with alcohol and acetone also abolished the ability to recover virus within 20 minutes of exposure.

Laboratory personnel who come into contact with HTLV-III/LAV-contaminated materials, especially concentrated preparations, should be aware that infectious virus can persist in a liquid or dried state for prolonged periods of time, possibly even at elevated temperatures. A thorough cleansing of contaminated surfaces, utensils, and equipment with commonly used disinfectants, however, is sufficient to inactivate the virus. As more is learned regarding the stability of HTLV-III/LAV, a rational basis for prevention of its accidental spread can be formulated.



D M W , Stuttgart, Nr. 13, 28.03.86, S. 516 ff.

### Häufigkeit von HTLV-III-Antikörpern bei Blutspendern des Deutschen Roten Kreuzes

Nach heutigem Wissensstand verursacht das HTLV-III/LAV-Virus das erworbene Immundefektsyndrom (AIDS) und kann durch Blut und Blutprodukte übertragen werden. 1,5% aller AIDS-Fälle in den USA sollen auf die Transfusion von Blut und Blutprodukten als einzige Risikofaktoren zurückzuführen sein (1). Neben dem Spenderausschluß von Risikopersonen durch Aufklärung und Anamnese-Erhebung wurde in der Bundesrepublik Deutschland seit 1. Mai 1985 der Nachweis von HTLV-III-Antikörpern in jeder Blutspende zur Identifikation und zum Ausschluß von möglicherweise infektiösem Blut eingeführt.

Wir berichten hier über den Stand der HTLV-III-Testergebnisse bis 30. September 1985 bei den Blutspendern des Deutschen Roten Kreuzes in der Bundesrepublik und in West-Berlin. Das Screening der Blutspender wird mit einem ELISA auf Antikörper gegen HTLV-III durchgeführt. Wiederholbar reaktive Ergebnisse werden durch das Western-blot-Verfahren auf Spezifität geprüft.

Von 824 964 getesteten Blutspendern waren 1984 (247 von 100 000) beim ersten Ansatz auf Anti-HTLV-III im ELISA reaktiv. Davon waren 672 (81 von 100 000) im ELISA wiederholbar reaktiv (ELISA-positiv). Von den 672 ELISA-positiven Blutspendern wurden 167 (20 von 100 000) in der Western-blot-Analyse als spezifisch positiv bestätigt. In Berlin wurden mehr als siebenmal so häufig ELISA-positiv und Western-blot-positiv Blutspenden gefunden wie im gesamten Bundesgebiet. Von 42 982 Spenden wiesen 158 (368 von 100 000) im ELISA und 60 im Western blot (140 von 100 000) HTLV-III-Antikörper auf. Die Daten für das Bundesgebiet ohne West-Berlin sehen dann wie folgt aus: Von 781 982 Blutspenden waren 514 (66 von 100 000) wiederholbar im ELISA reaktiv. Im Western blot haben sich davon 107 (14 von 100 000) als HTLV-III-Antikörper bestätigt. Das entspricht einem Verhältnis von einem HTLV-III-Blutspender zu 7308 im Bundesgebiet ohne West-Berlin (Tabelle 1).

Von den 824 964 Blutspenden wurden 570 163 in Erstspender und Mehrfach-

Tab. 1. Häufigkeit von Anti-HTLV-III bei Blutspendern in der Bundesrepublik und West-Berlin. Stand. 30. September 1985

	Anzahl	2 × ELISA-positiv		Western-blot-positiv	
		n	%	n	%
Blutspenden insgesamt	824 964	672	0,081	167	0,020
West-Berlin	42 982	158	0,368	60	0,140
Bundesrepublik	781 982	514	0,066	107	0,014

spender aufgeschlüsselt. Von 81 007 Erstspendern, also Spendern, die zum ersten Mal Blut gespendet haben, hatten 134 (165 pro 100 000) einen wiederholbar reaktiven ELISA-Befund. Davon waren 50 Blutspender im Western blot positiv. Das entspricht einer Häufigkeit von 62 ELISA-positiven und Western-blot-positiven Blutspendern pro 100 000. Im Gegensatz dazu wurden bei 489 156 Mehrfachspendern nur 82 ELISA- und Western-blot-positiv Spenden gefunden; das entspricht 17 pro 100 000 Blutspender.

Unter der gesamten Blutspenderpopulation befinden sich 35% Frauen und 65% Männer. Bei den wiederholbar ELISA-positiven Blutspendern wurden 44% Frauen und 56% Männer gefunden. Bei den Western-blot-positiven Spendern waren jedoch nur 25% Frauen und 75% Männer. Der höhere Anteil der Frauen bei den wiederholbar ELISA-positiven Spendern könnte auf HLA-Antikörper gegen Antigene (HLA-DR4) zurückzuführen sein, die als Verunreinigung des Antigens im Testsystem vorhanden sind (2).

Die Häufigkeit aller Anti-HTLV-III-ELISA- und Western-blot-positiven Blutspender ist (mit 20 pro 100 000) um das Zehnfache niedriger als in ersten epidemiologischen Daten für die Bundesrepublik Deutschland angegeben wurde. Im Jahr 1984 wurden bei 7240 Blutspendern (170 pro 100 000) Anti-HTLV-III-positive Seren gefunden (3). Das kann auf die relativ kleine Zahl von untersuchten Seren, die von Blutspendern aus einigen Großstädten stammten, zurückzuführen sein. Auch das Screening von 33 603 Blutspendern in verschiedenen Regionen, meist Städten, der Bundesrepublik zeigte ELISA- und Western-blot-positiv HTLV-III-Befunde in einem Bereich von

10 bis 400 pro 100 000 mit einem Mittelwert von 250 pro 100 000 (4). In der Anfangsphase der HTLV-III-Tests bestanden sowohl für den Western blot als auch für den ELISA Interpretationsschwierigkeiten; daher war zu erwarten, daß bei einer Auswertung über längere Zeit Änderungen der Häufigkeit auftreten würden.

Die Häufigkeit bei Blutspendern des Amerikanischen Roten Kreuzes liegt nach Untersuchung von über einer Million Spendern auf HTLV-III-Antikörper bei 38 pro 100 000. Auch hierbei variierte die Häufigkeit von 110 pro 100 000 in den Städten bis zu 3 pro 100 000 in ländlichen Gebieten (5).

Alle Blutspender, die im ELISA und im Western blot HTLV-III-positiv sind, werden über einen Arzt ihres Vertrauens über den HTLV-III-Befund unterrichtet.

#### Literatur

- (1) Curran, J. W., W. M. Morgan, A. M. Hardy, H. W. Jaffe, W. W. Darrow, W. R. Dowdle: The epidemiology of AIDS: Current status and future prospects. *Science* 229 (1985), 1352.
- (2) Kühnl, P., S. Seidl, G. Holzberger: HLA-DR4 antibodies cause positive HTLV III ELISA results. *Lancet* 1985/1, 1222.
- (3) Hunsinn, G., et al.: Seroepidemiology of HTLV-III (LAV) in the Federal Republic of Germany. *Klin. Wschr.* 63 (1985), 233.
- (4) Kühnl, P., et al.: Human T-cell lymphotropic virus antibody screening. Data survey on 33,603 German blood donors correlated to confirmatory tests. *Vox Sang. (Basel)* 49 (1985), 327.
- (5) Schorr, J. B., A. Berkowitz, P. D. Cumming, A. J. Katz, S. G. Sandler: Prevalence of HTLV III antibody in American blood donors. *New Engl. J. Med.* 311 (1985), 384.

Für die Blutspendezentrale des DRK und BRK, Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin

Prof. Dr. B. Kubanek, Dr. K. Koerner  
DRK-Blutspendezentrale Ulm  
7900 Ulm, Oberer Eselsberg 10

## HTLV-III: Should testing ever be routine?

National AIDS Counselling Training Unit, St Mary's Hospital, London W2  
 DAVID MILLER, MA, DIPCLINPSYCH, clinical psychologist and chief counselling adviser  
 JOJIN GREEN, MSc, PhD, district psychologist and head of AIDS counselling training unit

St Mary's Medical School, London W2  
 DON J JEFFRIES, MB, MRCPATH, head of division of virology  
 ANTHONY J PINCHING, DPHIL, MRCP, senior lecturer and honorary consultant in clinical immunology

St Mary's Hospital, London W2  
 J R WILLIE HARRIS, MB, MRCP, consultant physician in venereal diseases

Correspondence to: Mr Miller.

The clinical and epidemiological features of human T lymphotropic virus type III (HTLV-III) or lymphadenopathy associated virus are now well established.<sup>1,2</sup> The following three modes of transmission have been identified:

**Sexual activity**—HTLV-III may be acquired by homosexual and heterosexual contact, passing from male to male, male to female, and female to male. Convincing evidence also exists for transmission from artificial insemination by a donor.

**Bloodborne**—There are two main risk groups associated with bloodborne transmission: (a) haemophiliacs and (rarely) recipients of other blood products, transfusions, or organs, particularly when the donor pool is large; and (b) intravenous drug abusers, who may share needles, syringes, and drug preparation equipment extensively contaminated with infected blood.

**Maternofetal**—Vertical transmission from mother to baby is thought to occur mainly in utero. There is also evidence for transmission through breast milk. In addition, pregnancy may lead to otherwise asymptomatic infection in the mother being expressed as disease.<sup>3</sup>

There is no evidence for transmission of HTLV-III by any other route—for example, saliva or casual or intimate non-sexual contact—apart from one definite instance of seroconversion after micro-inoculation during a needlestick accident with blood from an infected patient.

### HTLV-III antibody test

The HTLV-III antibody test was introduced, together with self exclusion by blood donors, to reduce the risk of transmission from infected donors in the Blood Transfusion Service. The test was provided at other sites, mainly to avoid the possible but inappropriate use of the service by people at high risk seeking to establish their antibody state. This was important because the small number of false negative test results would become significant only if many high risk subjects donated blood. Heat treatment of factors VIII and IX now makes the risk of future transmission from these materials negligible.

Since the antibody test became available it has been requested at other sites for four main reasons: as a test for acquired immune deficiency syndrome (AIDS); to confirm infection; for reassurance about non-infection; and as a stimulus to changing sexual behaviour. In every instance when the test is requested precounselling is essential and must include discussion of the following five issues:

**Nature and limits of test information**—A confirmed positive HTLV-III antibody result is a marker of prior infection with this retrovirus. Enough time must have elapsed since exposure to the virus for development of an antibody response—two to three months in most, but not all, instances. The antibody test cannot determine when exposure to the virus or seroconversion occurred. Nor does it measure infectiousness, though the potential for this must be assumed from the nature of the virus. It has no predictive value in terms of clinical illness. The test is not foolproof, though the chances of false

positive and false negative results may be minimised by repeat and confirmatory testing. Further, the antibody test is rarely a means to establish a diagnosis of AIDS except in very few cases—for example, B cell lymphomas.

**Consequences of positive result**—Considerable psychological and emotional morbidity may occur in a patient on learning that he or she is seropositive to HTLV-III, and this is especially so when the test was conducted without consent or precounselling. Psychological shock, unremitting uncertainty over prognosis, and the reactions of others may lead to severe anxiety, depression, obsessive disorder, and sometimes suicidal acts (we know of six suicidal attempts by patients recently informed that they were seropositive). These burdens are reflected in the high consequent levels of broken relationships, unemployment, and social dysfunction.<sup>4</sup> Psychological and behavioural adjustment may take weeks or years. In all cases detailed and time consuming follow up will be required if a negative or fatalistic response is to be avoided. Numerous practical consequences also follow from being identified as seropositive. For instance, people who know themselves to be seropositive are barred from taking out life insurance or endowment mortgage policies in Britain. Almost all patients have reported severe difficulties in obtaining basic dental treatment; some have even had difficulty in getting medical treatment, whether in hospital or in general practice, once their viral state was known or suspected. For those who have told their employers, or who fail company medical examinations because of a positive antibody result, dismissal, premature retirement, or redundancy have often followed swiftly. Inevitably there are then financial and accommodation problems, compounding an already difficult personal, medical, and psychological situation. The prospects of compulsory screening for insurance, immigration, or employment (already being enacted in the United States and Saudi Arabia) can only add further pressures.

**Safe sex techniques** may help prevent not only the risk of spreading HTLV-III but also the risk of acquiring other sexually transmitted diseases that may act as cofactors in the development of disease in people infected with HTLV-III. The same advice about these techniques, however, may also be offered to those who are not infected so that they may avoid contracting HTLV-III infection. Thus everyone must be encouraged to adopt these precautions regardless of whether they are seropositive or seronegative.<sup>5</sup>

**Presenting symptoms**—Many patients requesting antibody testing are well but anxious or have a variety of symptoms, many of which may be interpreted by the anxious patient as symptoms of AIDS.<sup>6</sup> Appropriate discussion of the sexual history and the symptoms and process of anxiety states will often provide appreciable and long term benefit.

**Confidentiality and informed consent**—Patients must be reassured that any test results will be kept strictly confidential and not be disclosed to outsiders without their consent.<sup>7</sup> Antibody testing must proceed only with informed consent.

### Arguments in favour of routine screening

#### CLINICAL DIAGNOSIS

Physicians may consider that the antibody test is a useful diagnostic tool, but its value in diagnosis is very limited and dependent on the risk group



Forts.: Brit. Medical Journal, Vol. 292, No. 6525, 5.04.86, S. 941 ff.

examined. The main range of HTLV-III related illness had already been clinically identified before antibody testing. It adds little in the vast majority of clinical settings. It may be useful when a low risk subject such as a neonate presents with a clinical syndrome resembling, say, AIDS; confirmation of an HTLV-III related disorder may help in defining management and prognosis; and it also has a place in epidemiology. In high risk subjects with illnesses apparently unrelated to HTLV-III a negative result may help exclude a disorder associated with HTLV-III. A positive result in a member of a high risk group in whom HTLV-III infection is relatively highly prevalent, however—for example, homosexual men in London, haemophiliacs anywhere in Britain—will not indicate a causative relation between the retrovirus and disease.

In the context of high prevalence of infection it may be thought that screening provides a useful basis for clinical monitoring to detect early evidence of disease. Physicians, however, will need to be alert to the possibility of HTLV-III related disease in all members of a risk group whether known to be seropositive or not. Furthermore, many people at risk will not identify themselves as such, making selective serological monitoring a less viable approach than achieving a thorough understanding of the infection.

#### CONTROL OF INFECTION

A further argument advanced for routine screening of subjects at high risk relates to the need to protect clinical and laboratory personnel against occupational infection with HTLV-III. There is already a substantial body of evidence showing that this risk is negligible provided that basic standards appropriate for the care of all patients are applied.<sup>8</sup> Even in "needlestick" injury the risk appears to be extremely small (only one definite instance of seroconversion in more than 650 accidents)—and substantially less than for hepatitis B. All patients and samples must be handled in a way that avoids risk of inoculation injury. The adoption of precautions as for hepatitis B is, in effect, a way of reinforcing standards that should already be in operation. Given that there is such a low risk of occupational infection and that many patients will remain untested, it is questionable whether any benefit is to be gained from screening for this purpose. The difficulties of identifying all high risk subjects, the potential for generating individual psychosocial casualties, the false negative rate in screening, and the efficacy of precautions against hepatitis B all suggest not.

Importantly, if patients suspect that knowledge of their membership of a risk group or antibody state may result in less than optimal medical (or dental) care they will increasingly be disinclined to disclose such information. The overcautious practitioner will then be unable to implement such precautions as he or she may otherwise think necessary.

Guidelines for infection control and safety have been drawn up for many occupational groups<sup>11</sup> and clearly should now be consulted and applied as a matter of routine. Medical staff must take a lead in allaying public anxiety by an appropriate approach to infection control. If after precounselling a patient is against personal testing it is sensible to assume that he or she is seropositive and to use routine precautions as suggested. If, however, staff base their judgments and practices on ignorance and irrational fears, how can they expect society to do otherwise?

#### PUBLIC HEALTH

A common argument favouring routine screening rests on the issue of public health. It is suggested that identifying seropositive subjects will allow the source of HTLV-III to be isolated so that spread to a wider community may be prevented or contained. Our understanding of the virus at present, however, suggests that people who are infected remain so for life, so is it really realistic or appropriate to suggest lifelong (sexual) isolation? Many patients facing an infection with potentially fatal consequences may fail to accept a suggested lifetime restriction of sexual behaviour, particularly in the context of severe psychological pressures. This highlights the need for guidelines on safer sex to be presented in a considered and sensitive way—not as rigid do's and don'ts that may be interpreted as prescriptive moralising.

Sexual spread of infection requires a tacit compliance between two people, one infected and one not; this suggests that, instead of source isolation, it

would be more effective to advocate behavioural change in both. This may be achieved through individual counselling and public education. Guidelines on safer sex must apply to all at risk, irrespective of viral state. It does, after all, take two to tango, and the steps soon falter if only one partner knows the right moves. Confining such counselling to infection "sources" has been found to be effective, in the short term at least, only in the context of wider social counselling within peer groups.<sup>12</sup> Personal knowledge of antibody state seems to be a less important motivator for behavioural change than sustained and consistent counselling from various sources (hospital and community).

#### Selected settings for routine screening

Our argument so far has been against routine screening, particularly without precounselling and informed consent. If a person wishes to be tested after precounselling and informed consent has been given it should of course be provided. Further, in the following specific medical contexts antibody testing has definite benefits:

- (1) Screening of blood donations ensures the use of HTLV-III negative blood.
- (2) Screening of transplant donors, including donors of kidneys, livers, hearts, lungs, corneas, bone marrow, and so on, ensures the use of HTLV-III negative materials.
- (3) Screening of donors of, for example, semen and growth hormone ensures the use of HTLV-III negative products.

In each of the above cases it is helpful to regard the donations as gifts and there is an obligation to ensure quality control for the sake of the recipient. In two other crucial settings the benefits lie primarily in the welfare of the seropositive patient:

(4) In patients receiving haemodialysis there is a strong argument for screening for HTLV-III antibody (with consent), for in these patients the use of therapeutic immunosuppressive drugs may lead to a genuine risk of clinical deterioration. It may be advisable to maintain these patients with long term haemodialysis or chronic ambulatory peritoneal dialysis. There is no evidence of risk of infection to staff in haemodialysis units, who should be adequately protected by hygiene and safety techniques for hepatitis B and non-A, non-B hepatitis; the widespread use of disposable dialysis systems clearly facilitates this.

(5) Women in high risk groups who are contemplating becoming pregnant or are in early pregnancy may benefit substantially from screening (with consent). Pregnancy has been a definite cofactor in expression of maternal disease and there is a high rate of HTLV-III infection and disease in infants of seropositive mothers; here again the "gift" relation applies.

#### Conclusion

Aside from the selected settings mentioned, the arguments for "routine" screening are not as logical as they at first appear; at best they confer very limited benefits that can be as easily, if not better achieved, by other approaches. The risks to the individual patient of indiscriminate screening are considerable. If a potent vaccine or an effective anti-HTLV-III treatment were to become available the balance would abruptly change to the benefit of the individual. The HTLV-III antibody test is not "just another test"—testing should be anything but routine in view of the potential consequences for those found positive. Too many patients have already suffered from a failure to appreciate this single fact. If we are to have any meaningful impact on the spread of this infection and its tragic consequences counselling on safe sex and positive behavioural change must be taken into the public arena without further delay. In the present circumstances before testing doctors must ask themselves: Why are we testing and what benefits, to the individual or to society, derive uniquely from testing? How can we achieve the benefits of testing by other means? Is the potential harm resulting from the patient justified by the benefits? Do we have the means to deal with it?



\* a . i . d . s . \*

\* AIDS Informations- und Dokumentations-Service \*  
der Deutschen AIDS-Hilfe eV

Interdisziplinäre Literatur-Datenbank  
zum Thema AIDS und LAV/HTLV-III-Infektion

Was bietet a.i.d.s.?

a.i.d.s. ist eine elektronische Literaturkartei, in der bibliografische Daten der internationalen medizinischen und psychologischen Fach- und Kongreßliteratur über AIDS und das Retrovirus HTLV-III/LAV gespeichert sind. Sämtliche Quellen wurden von uns mit Kennziffern versehen, die den Inhalt des Textes sehr fein gegliedert darstellen: über diese 185 besonders auf die AIDS-Problematik abgestellten verschlüsselten Gesichtspunkte können wir mit Hilfe unseres Rechners zu jeder Fragestellung die passende Literaturhinweise finden und auf Wunsch auch die Originalarbeiten beschaffen.

Darüberhinaus arbeiten wir mit den elektronischen Datenbanken der "National Library of Medicine" (Bethesda, USA) und der "American Psychological Association" zusammen: über Datennetze können wir diese Datenbankrechner unmittelbar abfragen und haben somit Zugang zur gesamten, weltweit erscheinenden Fachliteratur zu AIDS. Ebenso steht uns der Informations-Service des Institut Merieux dankenswerterweise zur Verfügung.

Bis heute (März 1986) haben wir in unserem Archiv etwa 800 Originalarbeiten, 500 Zusammenfassungen von Kongreßvorträgen, über 1.000 Quellenangaben seit 1984 aus der amerikanischen medizinischen Zentralbibliothek (die meisten davon mit einer Kurzfassung des Inhalts) und viele Tausend Titel- und Quellenangaben praktisch aller bisher zum Thema AIDS erschienenen Fachaufsätze.

Wem hilft a.i.d.s.?

Wir legen Wert darauf, möglichst alle Gesichtspunkte des AIDS-Problems mit unserem Archiv abzudecken. So finden bei uns niedergelassene Ärzte zusammenfassende Übersichtsaufsätze mit dem neuesten Wissensstand, die Kliniker zahllose Fallberichte mit Hinweisen auf Diagnose und Therapie, Virologen und Forscher viele Originalarbeiten international anerkannter Mikrobiologen, Mitarbeiter im Beratungsdienst Hinweise auf die psychosoziale Problematik der AIDS-Klienten und Möglichkeiten therapeutischer Intervention und schließlich Journalisten und andere Interessierte Texte zum Thema, die auch für Nichtexperten verständlich sind. Kurzum: a.i.d.s. beschafft jedem, der sich mit AIDS beschäftigt, das für seine Arbeit erforderliche Fachwissen zu vertretbaren Kosten.

Studierenden und Doktoranden kommen wir durch besonders günstige Gebühren für die Recherche und die Beschaffung der Originalarbeiten entgegen. In begründeten Einzelfällen übernimmt auch die Deutsche AIDS-Hilfe, Berliner Str.37, 1000 Berlin 31 die Kosten ganz oder teilweise.

Eine Formular für Ihren Rechercheauftrag erhalten Sie postwendend vom

rd Fachverlag GmbH  
Rosenbergstr.180/1  
7000 Stuttgart 1  
Tel. 0711/634261

An die  
DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V.  
- Abonnements -  
Berliner Straße 37

1000 Berlin 31

Ich möchte den AIDS-Informationsdienst regelmäßig zugeschickt bekommen und zwar für den angekreuzten Zeitraum. Danach läuft das Abonnement automatisch aus, wenn es nicht ausdrücklich verlängert wird.

Ich weiß, daß ich diese Bestellung innerhalb 7 Tagen nach Absendung schriftlich widerrufen kann. Dazu reicht eine formlose Nachricht an: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Abonnements, Berliner Str.37, 1000 Berlin 31.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Organisation : \_\_\_\_\_  
Straße/Postfach : \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort : \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**AUF ALLE FÄLLE:**

Abonnementdauer und -zahlweise angeben:

6 Ausgaben (1/2 Jahr) für DM 19,50 (Institutionen DM 39,--)  
 12 Ausgaben (1 Jahr) für DM 37,50 (Institutionen DM 75,--)

Den o.g. Gesamtbetrag habe ich heute wie angekreuzt bezahlt:

Per Verrechnungsscheck (anbei)  
 Per Überweisung auf das Konto der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.  
Kontonummer 003 933 02 bei der  
Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, Berlin  
Bankleitzahl: 100 906 03

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_







An die  
DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V.  
- Versand -  
Berliner Straße 37  
  
1000 Berlin 31

ABSENDER:

Name: \_\_\_\_\_

Organis.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Informationsbestellung

Ich bitte um kostenlose Zusendung der nachfolgend genannten Informationsmaterialien in der angegebenen Stückzahl:

- ... Heutiger Wissensstand AIDS
- ... Safer-Sex-Information für Schwule
- ... AIDS-Information für Fixer
- ... "Wenn ein Freund AIDS hat", Merkblatt
- ... Safer-Sex-Postkarten (Auswahl)
- ... Safer-Sex-Aufkleber (Auswahl)
- ... Safer Sex-Comic Nr. 1
- ... Safer-Sex-Comic Nr. 2
- ... Safer-Sex-Comic Nr. 3
- ... Safer-Sex-Comic Nr. 4
- ... Informationsbroschüre türkisch
- ... Informationsbroschüre serbo-kroatisch

Bitte beachten: Materialien, die vergriffen sind, werden ohne Zwischennachricht von der Bestellung gestrichen und können auch nicht vorgemerkt werden. Ggf. in diesem Falle zu einem späteren Zeitpunkt erneut bestellen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_



