
AIDS Informationsdienst

Juni Juli 1986

4 DM

10 / 11

Intro S. 3

Redaktion S. 4 - 10

Allgemeine Presse S. 11 - 34

Verschwörer und Sündenböcke (Zeit)	11
AIDS und die Verantwortung (FAZ)	15
Die Angst, die das Wort AIDS auslöst (Bad. Zeitung)	19
Internationaler AIDS-Kongreß in Paris (taz)	29
Sex, with Care (U.S. News)	31
u.a.m.	

Schwule Presse S. 35 - 55

Kliniker, Betroffene und Helfer... (Gay Express)	36
Gay Physicians Find Different Ways to Deal With AIDS (N.Y. Native)	46
Subkultur: Treibminen für die Verarbeitung von AIDS? (Rosa Flieder)	49
Bonner Ignoranz (Siegessäule)	52
u.a.m.	

Fachpresse S. 56 - 71

State aid offered for vaccine (Nature, London)	56
AIDS-Forscher blicken nach Afrika (Selecta)	67

Service S. 73 - 74

a.i.d.s.-Datenbank	72
Abo-Bestellung	73
Informationsbestellungen	74

Impressum

Herausgeber: DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V., Bundesverband, Berlin
 Redaktion: Angelika Thiel, 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: 03. Juli 1986



Tu felix Helvetia...

"Eine Unterdrückung unserer Sexualität ist...ganz sicher nicht wünschbar."

Dies ist ein Zitat aus dem Schlußsatz der Schweizer Safer-Sex-Broschüre, die für den Hot Rubber wirbt. Gemeinsamer Herausgeber: Das Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) der Schweiz und die AIDS-Hilfe Schweiz (AHS). Zielgruppenorientierte Aufklärungsarbeit, deren Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig läßt und Maßnahmen, die der Dringlichkeit des Problems AIDS Rechnung tragen, fielen uns auf am "Schweizer Modell".

Wie und warum dieses Modell so gut funktioniert, wollten wir wissen. Zur Vorbereitung unserer Hot-Rubber-Kampagne besuchte Christa Brunswicker (DAH) die AHS.

"Da war ein Problem, da mußte man sich etwas einfallen lassen, um schnell handeln zu können, oder?" (O-Ton, Direktor des Bundesamts für Gesundheitswesen, Schweiz)

Und sie haben sich etwas einfallen lassen:

- 3,5 Mio. Franken stehen dem BAG jährlich zur Verfügung (zugesichert auf mind. 5 Jahre) für die AIDS-Prophylaxe, davon 1 Mio. für die Informationsarbeit der AHS
- ein eigens zu diesem Zweck ausgegrabenes Bundesepidemiegesetz aus 1890 (!) erlaubt bundesweites Handeln
- Beratende Delegierte der AHS sitzen in allen Arbeitsgruppen (z.B. psychosoziale Aspekte, Prävention, Medien, Öffentlichkeitsarbeit) der BAG-Fachkommission AIDS
- Alle Projekte werden auf der Grundlage arbeitsteiliger Kooperation BAG-AHS entwickelt und durchgeführt
- Dringlichkeit gestattet unbürokratische Wege (es genügt vorerst auch schon mal ein Telefonat)
- Die Dinge werden beim Namen genannt. Wer Zielgruppen erreichen will, muß deren Sprache sprechen.

Das Fehlen von Berührungspunkten beim BAG und die Vertrauensbasis, auf der BAG und AHS kooperieren (beim BAG spricht man vom "Glücksfall AIDS-Hilfe Schweiz") lassen uns neidvoll über den Zaun blicken.



Interna - Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Berlin (aid) Zum 1. Juli 1986 hat Wolfram Schweizer seine Funktion als Pressesprecher der DAH und Redakteur des AIDS-Infodienstes aufgegeben. Er startet eine Hospitanz beim ZDF. Im übrigen wurde Wolfram Schweizer in den Vorstand der Berliner AIDS-Hilfe gewählt.

Ebenfalls zum 1. Juli 1986 verläßt Ulf Paepcke, seit Sommer letzten Jahres zuständig für den Bereich Fachpresse des Infodienstes, Berlin. Ulf Paepcke, Mediziner und Bibliothekar, geht aus beruflichen Gründen nach Hamburg.

Beiden herzlichen Dank und viel Glück!

=====

S P E N D E N A U F R U F

Handeln heißt an erster Stelle: aufklären, aufklären, aufklären.

Für ihre Aufklärungsarbeit braucht die DEUTSCHE AIDS-HILFE e.V. dringend Geld. Viel Geld. Daran fehlt es.

Unterstützen Sie die Arbeit der DEUTSCHEN AIDS-HILFE e.V.! Spenden Sie Geld!

Ermuntern Sie auch Freunde und Bekannte, Geld zu spenden!

Ein Überweisungsschein liegt diesem Info-Dienst bei.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berliner Str. 37, 1000 Berlin 31. Deutsche Apotheker- und Ärztebank Berlin, Kto: 003 93 300 (BLZ 100 906 03), Postgiroamt Berlin-West, Kto: 179 00-105 (BLZ 100 100 10).



Deutsche AIDS-Hilfe legt Jahresbericht 1985/86 vor

Berlin (aid) Die Deutsche AIDS-Hilfe hat ihren Jahresbericht 1985/86 vorgelegt. Der Bericht kann ab sofort kostenlos bei der Deutschen AIDS-Hilfe in Berlin angefordert werden.

Expertenhearing des Bundestags-Gesundheitsausschusses

Berlin (aid) Die Beiträge von Jackson Peyton (SFA), Nathan Fain (GMHC) und Gerd Paul (DAH) zum Expertenhearing des Bundestags-Gesundheitsausschusses am 19.03.1986 liegen jetzt bei der DAH vor und können dort kostenlos angefordert werden (Peyton und Fain in englischer Sprache).

"Eine Stadt lebt mit AIDS" - Buch der Deutschen AIDS-Hilfe erschienen

Berlin (aid) "Eine Stadt lebt mit AIDS - Hilfe und Selbsthilfe in San Francisco", herausgegeben von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., zusammengestellt von Gerd Paul und Loretta Walz, ist beim Dirk-Nishen-Verlag in Kreuzberg erschienen.

Das Buch ist ein Begleit- und Ergänzungsband zum Video "Zum Beispiel San Francisco - eine Stadt lebt mit AIDS" und enthält eine Sammlung von Interviews, Materialien und Erlebnisberichten der Filmemacher, die deutlich machen, was im Umgang mit AIDS auf politischer, medizinischer und psychosozialer Ebene in San Francisco getan wird.

Als Orientierungs- und Aktivierungshilfe hält die DAH den Modellfall San Francisco für so wichtig, daß sie auf Herausgabe des Buches (aus DAH-Eigenmitteln) trotz Streichung von Bundesmitteln nicht verzichten mochte.

Das Buch ist ab sofort im Buchhandel (DM 12,--) erhältlich. Verleih und Verkauf des Videos werden von der Medienoperative Berlin organisiert.



Hannöversche AIDS-Hilfe e.V. in neuen Räumen

Hannover (aid) Die Hannöversche AIDS-Hilfe hat eine eigene Beratungs- und Geschäftsstelle (Johannsenstr. 8, 3000 Hannover¹) bezogen. Die Anmietung der Räume ist gelungen, weil das Spendenaufkommen - neben den Mitgliedsbeiträgen einzige Finanzquelle - erfreulich gewachsen ist. Mit dem Umzug hat sich auch die Rufnummer des AIDS-Telefons geändert, das unter 0511/327771 von montags-freitags zwischen 19.00 - 21.00 h zu erreichen ist.

AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. erweitert telefonische Beratung

Frankfurt (aid) Ab sofort ist das Beratungstelefon der AIDS-Hilfe Frankfurt unter der Rufnummer 069/597 55 77 täglich (ausser samstags) von 19.00 - 22.00 h erreichbar. Für individuelle Gespräche können zusätzliche Termine vereinbart werden.

AIDS-Hilfe Aachen e.V. - Neugründung

Aachen (aid) Anfang Februar 1986 wurde die AIDS-Hilfe Aachen e.V. ins Leben gerufen. Die 8 Gründungsmitglieder sind zur Zeit auf Wohnungssuche. Vorläufige Anschrift: AHA, c/o Frank Fleuth, Schloßstr. 2, 5100 Aachen. Der Arbeitskreis AIDS Aachen hat sich Anfang des Jahres aufgelöst.

AIDS-Hilfe Berlin e.V. erweitert Telefondienst

Berlin (aid) Seit 1. Juli 1986 ist das Beratungstelefon der Berliner AIDS-Hilfe rund um die Uhr, auch an Sonn- und Feiertagen, besetzt. Rufnummer: 030/853 20 00.

AIDS-Hilfe Dortmund e.V. - Neue Adresse

Dortmund (aid) Ab sofort ist die AIDS-Hilfe Dortmund unter neuer Adresse zu erreichen: Gerichtsstr. 5, 4600 Dortmund, Tel.: 0231/55 11 87.



Mehr finanzielle Mittel für AIDS-Hilfe Hamburg e.V.

Hamburg (aid) In ihrer Sitzung Mitte Juni bewilligte die Hamburger Bürgerschaft der AIDS-Hilfe Hamburg finanzielle Mittel für ein Betreuungszentrum (Schwerpunkt: Antikörper-Positive und manifest an AIDS Erkrankte) sowie für 5 Planstellen (2 Krankenpfleger, 1 Sozialarbeiter, 1 Psychologe und 1 Arzt). Die Sachmittel sind noch knapp, die Stellen vorerst nur bis Ende 1986 bewilligt, aber die AHH hofft und rechnet auf Verlängerung.

Zweites bundesweites Positiven-Treffen

Bonn (aid) Das zweite bundesweite Treffen für HTLV-III-Positive und deren Freunde/Freundinnen wird vom 05. - 07.09.1986 im Waldschlösschen stattfinden. Kosten für Unterkunft und Verpflegung: DM 76,--. Anmeldungen und Informationen über AIDS-Hilfe Bonn e.V., z.Hd. Bernd F., Postfach 410 135, 53 Bonn 1 oder über AIDS-Hilfe Mannheim e.V., z.Hd. Jörg, Postfach 161, 6800 Mannheim 1.

Rundbrief für HTLV-III-Positive

Köln (aid) Einige der Veranstalter des ersten bundesweiten Positiven-Treffen im Waldschlösschen geben ab sofort einen Rundbrief für HTLV-III-Positive heraus, der ein- bis zweimonatlich erscheinen soll. Der erste Rundbrief ist bereits gegen DM 1,60 in Briefmarken erhältlich bei: Rainer Jarchow, Bechergasse 9, 5000 Köln 1.

AIDS-Hilfe Bremen e.V. hat neue Räume

Bremen (aid) Nach harten Kämpfen und viel bürokratischem Hick-Hack konnte die AIDS-Hilfe Bremen nun endlich die notwendigen neuen Räume beziehen: Friedrich-Karl-Str. 20 A, 2800 Bremen 1, Tel.: 0421/44 49 47.

AIDS-Hilfe Mainz e.V. hat neue Räume

Mainz (aid) Die AIDS-Hilfe Mainz hat eine neue Adresse: Hopfengarten 19, 6500 Mainz 1, Tel.: 06131/22 22 75. Das Beratungstelefon ist mittwochs und sonntags von 19.00 - 22.00 h unter 06131/22 10 20 zu erreichen.

"Safer-Sex"-Leporello - Neuauflage

Berlin (aid) In neuer, überarbeiteter und "ganz deutlicher" Form wird nun der "Safer-Sex"-Leporello der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. aufgelegt. In ca. 4 Wochen kann er bei der DAH angefordert werden.



Landtag Hessen verwirft einstimmig Meldepflicht für AIDS-Kranke

Wiesbaden (dpa) In seiner Debatte im Anschluß an den Tätigkeitsbericht des Datenschutzbeauftragten hat der Hessische Landtag die generelle Meldepflicht für AIDS-Kranke abgelehnt. Blutproben dürfen nach Meinung der Parlamentarier auch künftig nur auf freiwilliger Basis nach AIDS untersucht werden. Es müsse gewährleistet sein, daß die gewonnenen Daten anonymisiert in AIDS-Register übernommen werden. Eine kassenübergreifende Verwendung von Krankheitsdaten sieht der Landtag als unzulässig an. Er forderte die Ortskrankenkassen und psychiatrischen Krankenhäuser auf, Mängel bei ihren Datensystemen zu beseitigen.

Bundesweit 507 AIDS-Fälle - Neue Testverfahren entwickelt

München (dpa) Bundesweit sind jetzt 507 AIDS-Fälle gemeldet, davon 248 Verstorbene. Das teilte das Bundesgesundheitsamt auf einer Veranstaltung der Bayerischen AIDS-Stiftung in München mit. Bei dem Expertengespräch erläuterte der Zairer AIDS-Experte Prof. Zirimwabagabo Lurhuma erneut, daß es mit dem von ihm zur Erkennung der Schlafkrankheit entwickelten "Agglutinationstest" möglich sei, in wenigen Minuten und auf einfache Art und Weise festzustellen, ob ein Patient Träger des AIDS-Virus ist. Anders als bei dem herkömmlichen "Eliza-Test", wo festgestellt wird, ob jemand Antikörper gegen den LAV/HTLV-III gebildet habe, basiere seine Methode auf dem Nachweis von Antigenen. In Zusammenarbeit mit den bayerischen Forschern wolle er prüfen, inwieweit diese Testtechnik zu einer Serienreife entwickelt werden kann.

Erste positive Auswirkungen von "Safer Sex"

Paris (dpa) Die Propagierung ungefährlicher Praktiken beim Geschlechtsverkehr ("Safer Sex") zur Reduzierung des AIDS-Risikos zeigt in den USA und Europa erste positive Auswirkungen. Darauf wies Dr. Hans Jäger von der Arbeitsgruppe AIDS am Krankenhaus München-Schwabing in einem Gespräch mit der dpa auf dem Inter-

nationalen AIDS-Kongreß in Paris hin. So geht bei Homosexuellen die Zahl der Geschlechtspartner "deutlich zurück", Analverkehr ist reduziert und der Gebrauch von Kondomen hat zugenommen.

Die Tatsache, daß sich AIDS-Gefährdete einem Bluttest unterziehen, um festzustellen ob sie infiziert sind oder nicht, bedeutet nicht unbedingt, daß sie sich auch verantwortungsbewußt verhalten. So wurde beobachtet, daß Homosexuelle, in deren Blut keine AIDS-Antikörper nachgewiesen werden konnten, ihr Sexualverhalten - offenbar aus einem Gefühl der Erleichterung heraus - nicht änderten. Im Gegensatz dazu seien Homosexuelle mit einem positiven Testergebnis selbstmordgefährdet, sagte Dr. Jäger.

Eine Impfung kann, so Dr. Jäger, das AIDS-Problem allein nicht lösen. "Die Impfung ist kein Allheilmittel", sagte er. Sie nützt nicht bei bereits Infizierten. Außerdem ist nicht erkennbar, wer infiziert ist und wer geimpft ist, da in beiden Fällen vom Organismus Antikörper gegen das Virus produziert werden. Auch wenn es eine Schutzimpfung geben sollte, kann nach Auffassung von Dr. Jäger auf "Safer Sex" nicht verzichtet werden.

DDR führt AIDS-Test für Blutspender ein

Berlin (lbn) Die DDR will in diesem Jahr schrittweise einen AIDS-Test für Blutspender einführen, um der Übertragung der erworbenen Immunschwäche durch Transfusionen vorzubeugen. Der AIDS-Test für Blutspender ist Bestandteil einer ganzen Reihe von Maßnahmen der DDR, die in eine Richtlinie des Gesundheitsministeriums zur Verhütung und Bekämpfung von AIDS vom 28.02.86 zusammengefaßt sind. Seit Mitte vergangenen Jahres besteht bereits eine ärztliche Meldepflicht für den Verdacht auf AIDS, die klinisch manifeste Erkrankung, den Tod an Erscheinungen von AIDS, für Personen mit dem Nachweis AIDS-spezifischer Antikörper sowie für die Aufnahme entsprechender Fälle in die stationäre Behandlung und die Entlassung aus ihr.



Verschwörer und Sündenböcke

Über die hilflosen Theorien der Sexualwissenschaftler / Von Justin Westhoff

Kennen Sie *Cosmopolitan*? Das ist eine Frauenzeitschrift klassischer Art, nur etwas „stilvoller“ als andere, insgesamt nachgerade ein Sinnbild dessen, was gerne „bürgerliche Presse“ geheißen wird.

Kennen Sie Volkmar Sigusch? Der Frankfurter Professor kann als führender Kopf der bundesdeutschen Sexualwissenschaft gelten, intellektuell, persönlich sympathisch, ein linker Humanist.

Konkret ist jenes Magazin, das sich als „progressives“ Gegenstück zum *Spiegel* versteht. *Konkret* hat ein „Sonderheft Sexualität“ herausgegeben, Titel: „Operation Aids – Das Geschäft mit der Angst – Sexuallforscher geben Auskunft“ (was sie dann aber doch nicht tun). Als Co-Herausgeber firmiert Volkmar Sigusch. Er schreibt: „Die bürgerliche Presse ist weder hysterisch noch paranoid. Sie ist nicht krank, sie macht krank. Gefühlos kalkuliert sie ihre Geschäfte mit der Angst vor der ‚Todesseuche‘, die sie eigens dazu fabriziert, mal zynisch, mal sentimental, wie es gerade kommt. Hauptsache, die Kasse stimmt.“

In eben jener bürgerlichen Presse, im schicken *Cosmopolitan* gibt jetzt Sigusch seine Sicht der Aids-Dinge in Interviewform zum besten. Kompromittiert wird da wiederholt, was deutsche Sexologen, Sigusch an der Spitze, so meinen, seitdem es das erworbene Immundefekt-Syndrom gibt. Tenor: erstens ist alles halb so schlimm. Zweitens stellt Aids die willkommene Gelegenheit zur Re-Diskriminierung von Minderheiten dar. Drittens macht „die“ Presse (wer wird denn da differenzieren) aus eindeutigen Interessen heraus Panik.

Dies ist auch die Botschaft auf 100 *Konkret*-Sonderseiten. Als einziger Vertreter einer sachgerechten Auffassung kommt Rosa von Praunheim zu Wort. Aber der ist ja auch kein Wissenschaftler, sondern nur „Betroffener“ und ein reflektierender Filmemacher. Martin Dannecker, Sexualwissenschaftler ebenfalls aus Frankfurt, windet sich in einem Streitgespräch mit Praunheim wie ein Aal, wenn es um die Frage geht: Was hältst du denn nun vom „safer sex“, neben Enthaltbarkeit der einzigen Möglichkeit der Ansteckungs-Verhütung? Praunheim („Ein Virus kennt keine Moral“) bezieht Stellung: „Wir haben eine Verantwortung zu übernehmen . . . Dein Verhalten in der Öffentlichkeit ist verharmlosend und nicht konstruktiv. du entziehst dich und förderst damit die Krankheitszahlen.“

Cosmopolitan und Sigusch meinen dennoch, das Maß sei übertoll. Ihr Vorwurf: Die Medien unterscheiden nicht zwischen den Angehörigen der Risikogruppen (Sigusch sagt: „Riskierten“), den mit dem Aids-Erreger LAV/HTLV-3* infizierten sowie den Aids-Kranken.

Das ist falsch. Erstens wird unterschieden und zweitens stellen die „Infizierten“, seuchenmedizinisch ebenso wie für ihr persönliches Schicksal, das größte „Problem“ dar. Oder will der Sexualforscher negieren, daß nach dem derzeitigen Wissensstand mindestens 30 bis 40 Prozent (vielleicht mehr) der Antikörperträger nach einer ungewöhnlich langen Inkubationszeit an Aids erkranken werden? Um so schlimmer ist die vorgeblich rationale Verharmlosung, es seien doch nur 0,03 Prozent der Bevölkerung erkrankt. Noch! Und, bisher, unheilbar. Angesteckt sind, schätzungsweise, Hunderttausende.

„Einfacher“ heterosexueller Verkehr, meint Sigusch in *Cosmopolitan*, reicht nicht aus, um Aids zu bekommen, die infizierten Frauen seien alle Fixerinnen gewesen. Und um krank zu werden, seien höchstwahrscheinlich Mehrfachinfektionen erforderlich.

Das ist nicht korrekt. Redlicherweise hätte er, bisheriger Erkenntnis zufolge, sagen müssen: Wir wissen beides nicht.

Die „Medienkampagne“ selbst müsse „als riskanter bis krank machender Vorgang bezeichnet werden“. Denn: „Jemand, dessen seelische Abwehrkräfte so stark sind, daß er bei einer Infektion den Erreger niederringen würde“, werde nun durch die „inszenierte Panik“ in seiner Abwehr geschwächt. Und außerdem gebe es Menschen, „die milde Symptome, besser gesagt, Vorstufen von Aids haben – deren Körper und Seele die Krankheit gewiß bewältigen.“

Das ist schlimm. Es wäre interessant zu untersuchen, ob es psychische Kofaktoren gibt, welche die Wirkung des Virus im Organismus fördern oder hemmen. Wissenschaftliche Ergebnisse dazu liegen noch nicht vor. Beim LAV/HTLV-3 ist dies eher unwahrscheinlich. Auf jeden Fall wird hier medizinisch Unbewiesenes als Wahrheit verkauft. Professor Sigusch ist übrigens nicht nur Freudianer, sondern auch Mediziner.

Wenn man von der Unheilbarkeit des Aids

*LAV = französische Abkürzung, Lymphadenopathieassoziiertes Virus; HTLV-3 = amerikan. Kürzel, Human T-cell Leucaemia Virus No. 3.

(Fortsetzung)

ZEIT, Nr. 20

spreche, argumentiert der Sexualforscher, sortiere man wieder aus und stelle zur Vernichtung bereit.

Das ist ungeheuerlich. Sigusch: „Seit dem Zusammenbruch des sogenannten Dritten Reiches kämpfen wir um die Zurückgewinnung der als nicht behandelbar bezeichneten Menschengruppen, z. B. bei den Geisteskranken oder Sexualstraftätern.“ Bei allem Respekt vor Siguschs Engagement in Sachen Minoritätenschutz und Antifaschismus: Was hat die Infektionskrankheit Aids damit zu tun?

Sigusch ist Wissenschaftler. Das hält ihn nicht davon ab, unwissenschaftlich über die Herkunft der Aids-Viren zu spekulieren: „Wir haben es eher mit Folgen oder Entgleisungen dessen zu tun, was der Mensch selbst in Szene gesetzt hat – zum Beispiel durch einen Labor-Unfall.“ Aids, das ist mittlerweile unbestritten, gab es (wenn auch damals nicht erkannt) lange vor der Möglichkeit, im Labor am Erbgut von Mikroben zu manipulieren. Sigusch geht noch weiter: „Durch Aids sind wir möglicherweise mit der Gefahr der biomedizinischen Forschung in Berührung gekommen . . . Auszuschließen ist jedenfalls nicht, daß Waffen wie der Aids-Erreger in Laboratorien bereitgehalten werden.“

Aber Herr Professor! Ist das Virus nicht angeblich so harmlos? Und welcher Kriegsherr würde denn eine Waffe einsetzen, deren tödliche Wirkung mit zwei- bis fünfjähriger Verspätung einsetzt? Und wie will man, bitte schön, eine Bevölkerung mit dieser „B-Waffe“ beschließen, die im wesentlichen per Sexualverkehr übertragen wird? Die tolle These stellte er auch noch auf, wörtlich, „ohne paranoid werden zu wollen“.

Verschwörertheorien und Sündenbock-Suche – so kommt auch die Medienschelte zustande. Gewiß, es gab etliche unerträgliche Sensationsberichte über Aids. Auch sollten Journalisten nicht kleinlich auf Kritik reagieren. Aber es gab in den letzten Jahren wohl kaum ein medizinisches Thema, bei dem sich ein guter Teil der Massenmedien derart bemüht hat, verantwortungsbewußt auf dem schmalen Grat zwischen Panikmache und Beschönigung zu wandern, wie beim Thema Aids, einschließlich der sozialen Auswirkungen.

Zur Aufgabe von Sexualwissenschaftlern gehört es, vor Diskriminierungs- und sinnlosen Kasernierungstendenzen zu warnen. Konkrete eigene Forschungsarbeiten und mutige Aussagen zu Verhaltensmöglichkeiten ersetzt das nicht.

Tagesspiegel, Berlin, 27.06.1986

DDR führt AIDS-Test für Blutspender ein

Die DDR will in diesem Jahr schrittweise einen AIDS-Test für alle Blutspender einführen, um der Übertragung der erworbenen Immunschwäche durch Transfusionen vorzubeugen. Das teilte der Vorsitzende der AIDS-Beratergruppe des DDR-Gesundheitsministeriums, der Ost-Berliner Dermatologe Professor Niels Sönichsen, mit.

Der AIDS-Test für Blutspender ist Bestandteil einer ganzen Reihe von Maßnahmen der DDR, die in einer Richtlinie des Gesundheitsministeriums zur Verhütung und Bekämpfung von AIDS vom 28. Februar 1986 zusammengefaßt sind. Seit Mitte vergangenen Jahres besteht bereits eine ärztliche Meldepflicht für den Verdacht auf AIDS, die klinisch manifeste Erkrankung, den Tod an Erscheinungen von AIDS, für Personen mit dem Nachweis AIDS-spezifischer Antikörper sowie für die Aufnahme entsprechender Fälle in die stationäre Behandlung und die Entlassung aus ihr.

In allen Bezirken der DDR wurden Konsultationsstellen gebildet. Sie sind verantwortlich für die Klärung von auftretenden Verdachtsfällen, für die Betreuung von Antikörperträgern sowie für die Beratung der Bevölkerung und des medizinischen Personals. Die Behandlung klinisch manifester Erkrankungsfälle an AIDS soll ausschließlich in dafür vorgesehenen zentralen Einrichtungen in Ost-Berlin erfolgen.

Wie das Ost-Berliner Gesundheitsministerium mitteilte, habe es bislang in der DDR keinen klinisch manifesten Erkrankungsfall an AIDS gegeben. Über Träger von Antikörpern gegen das AIDS-Virus ist dem Ministerium angeblich nichts bekannt. (IWE)

Tagesspiegel, Berlin, 07.06.86

„AIDS, Wirkungen – Nebenwirkungen“ hieß eine Hörfunkreihe des Senders Freies Berlin vom 14. bis zum 19. April. Die Texte dieser „Werkstattwoche Wissenschaft“ sind jetzt – herausgegeben von SFB-Redakteur Eckart Schibber – unter dem gleichen Titel als Broschüre erschienen (Nicolaische Verlagsbuchhandlung Berlin, 64 S., 6,80 DM). Die Autoren Ina Götz, Roland Röhl und Justin Westhoff behandeln medizinische, aber auch soziale Aspekte der Krankheit. Die Broschüre enthält außerdem eine Liste der AIDS-Hilfe-Organisationen. (Tsp)



Frankfurter Rundschau, 23.05.1986

„Schwangere verstärkt durch AIDS gefährdet“

Auf Ärztekongreß zu mehr Aufklärung geraten / Bundesweit bisher insgesamt 472 Fälle

lo BERLIN, 22. Mai. Infektionen mit dem Virus der Immunschwäche-Krankheit AIDS drohen künftig zum größten Risiko für Mütter und Neugeborene zu werden. Davor warnte die Professorin Johanna L'Age-Stehr, Direktorin am Robert-Koch-Institut des Bundesgesundheitsamtes (BGA), jetzt in einem Vortrag zum 35. Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung in West-Berlin. Mädchen und Frauen sollten über die Gefahr aufgeklärt werden und wissen, daß sich das Risiko einer Übertragung durch empfängnisverhütende Zäpfchen oder die Benutzung von Kondomen eingrenzen lasse. Die Ärztin: „Die Pille schützt nicht.“

Die Wissenschaftlerin berichtete über Untersuchungsergebnisse aus der Universitäts-Frauenklinik in Berlin-Charlottenburg. Dort wird inzwischen routinemäßig das Blut aller Frauen, die zur ambulanten Schwangeren-Beratung kommen, auf Antikörper gegen den AIDS-Virus LAV/HTLV III getestet (nur eine Schwangere versagte bislang ihre Zu-

stimmung). Bei elf der zwischen Juli vergangenen und April dieses Jahres untersuchten 859 werdenden Mütter wiesen die Ärzte eine Infektion nach (1,3 Prozent). Während sechs der betroffenen einer Risikogruppe zugezählt wurden (heroinabhängige Fixerinnen oder Frauen, die sich in der Vergangenheit Drogen injiziert hatten), war bei fünf Frauen keine Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe festzustellen. Bei zweien dieser fünf Frauen ließ sich auch nicht erkennen, daß der Sexualpartner einer Risikogruppe zuzurechnen war.

Bereits bevor sich die Klinik zu Routineuntersuchungen entschloß, hatten die Mediziner bei Patientinnen mit erwarteter Gefährdung in zehn Fällen eine Infektion entdeckt. Die insgesamt 21 infizierten Frauen brachten bis Ende April zwölf Kinder zur Welt. Bisher haben sich die Kinder, von denen das älteste jetzt ein Jahr und zwei Monate alt ist, ihrem Lebensalter entsprechend entwickelt. LAV/HTLV III-Viren wurden bis jetzt bei

keinem Kind nachgewiesen. Nur in einem Fall, in dem eine Abtreibung vorgenommen wurde, fanden die Ärzte Antikörper in Organen des Fötus.

Fast alle Frauen wollten ihr Kind austragen, sagte Johanna L'Age-Stehr, „obwohl das Risiko besteht, ein infiziertes Baby zur Welt zu bringen“. Erfahrungen aus den USA hätten gezeigt, daß beim Kind einer infizierten Frau noch sechs Jahre nach der Geburt plötzlich Antikörper entdeckt werden können. Eine erhöhte Gefahr bestehe auch für die Mutter selbst. Offenbar werde der AIDS-Virus durch eine Schwangerschaft in seinem Wachstum angeregt und in seiner Vermehrungsfähigkeit gestärkt.

Derzeit müsse man damit rechnen, daß innerhalb von acht Jahren 40 Prozent der infizierten Personen auch tatsächlich an der erworbenen Immunschwäche AIDS erkranken und daran sterben. Bis Ende April 1985 wurden bundesweit 472 AIDS-Fälle bekannt, 22 der Betroffenen waren Frauen. 243 Patienten sind gestorben.

Frankfurter Rundschau, 30.06.1986

„AIDS-Test ist zuverlässig“

Forscher sieht keine Probleme mehr bei Blutspenden-Kontrolle

BERLIN, 29. Juni (AP). Die Diagnoseverfahren zur Feststellung der Immunschwäche AIDS werden immer zuverlässiger. Wie der Berliner Virusforscher Karl-Otto Habermehl am Wochenende auf einem internationalen Expertentreffen über AIDS-Diagnostik in Berlin berichtete, verfügen die Mediziner inzwischen über gentechnisch hergestellte Testverfahren, die wesentlich exaktere Ergebnisse bringen als der bisherige „Elisa“-Test auf AIDS-Antikörper. Ein in den USA entwickelter AIDS-Test dieser zweiten Generation sei von den Behörden bereits zugelassen. Ein weiteres Testverfahren aus der Bundesrepublik befinde sich noch in der Prüfung.

Der bisherige vor allem für Blutspenden benutzte AIDS-Test hatte durch Zellverunreinigungen in zwei von Tausend Fällen zu falschen Ergebnissen geführt. Inzwischen sei jedoch sichergestellt, daß aufgrund der Fortschritte der Diagnostik in den zwei Jahren seit der Entdeckung des AIDS-Virus HTLV-III „heute mit Sicherheit keine positiven Blutkonserven mehr durchrutschen“, sagte Habermehl.

Intensiv gearbeitet werde daran, für die nach einem positiven Testergebnis erforderlichen Bestätigungstests weniger komplizierte Verfahren zu entwickeln. Im

Mittelpunkt des noch bis zum heutigen Montag dauernden Treffens von rund 40 Virusforschern aus 15 Ländern stehen Trainingskurse im Institut für klinische und experimentelle Virologie der Freien Universität Berlin. Das Institut unter der Leitung Habermehls war kürzlich von der Weltgesundheitsorganisation zum Schwerpunktzentrum für AIDS-Diagnostik ernannt worden.

★
GENF (AP). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am Wochenende bei einer Tagung über die Immunschwächekrankheit AIDS dazu aufgerufen, 11,7 Millionen US-Dollar für ein Programm gegen die Ausbreitung der Krankheit bereitzustellen. Der Aufruf wurde jedoch zunächst nur von Schweden befolgt, das eine Million Dollar zur Verfügung stellte. Wie der WHO-Seuchenexperte Fachri Assad in Genf berichtete, sollen mit dem Programm die Wirksamkeit von Vorbeugungs- und Kontrollmaßnahmen exemplarisch am Beispiel zweier Länder untersucht werden.

Die beiden zu untersuchenden Länder seien noch nicht ausgewählt worden. Sie sollen jedoch nach den Worten Assads so verschieden wie möglich sein und über Gebiete verfügen, in denen die Krankheit noch nicht aufgetreten sei.



Time Out, London, 28.05.1986

In the wake of the Government's weedy advertising campaign on the facts about AIDS, the pioneering Terrence Higgins Trust is launching a new campaign to promote safer sex among gay men. 25,000 copies of a free pamphlet have been produced, giving explicit, witty, details of safer sex. A 40-minute video, originally produced by New York's Gay Men's Health Crisis to 'eroticise' safe sex, is also being offered as part of a three-

hour safer sex workshop being run by the Trust in pubs, clubs and gay groups. The Trust says that while attitudes are changing not enough people are adopting the potential lifesaver of SS. Screened at a launch party in Heaven last week, the video proved hornier than even we imagined. The Trust welcomes enquiries about both: Terrence Higgins Trust, BM AIDS, London WC1N 3XX. 01-833 2971.



SUCKING is OK: but cum or pre-cum in the mouth is risky if there are cuts or sores on your cock or gums.

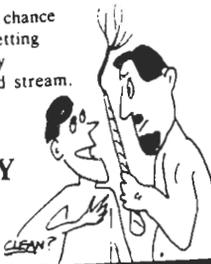
TOYS and DILDOS can be a real turn-on but: DON'T share them. Have one each!

SEX is SAFEST

when there's no chance of the Virus getting into the body and the blood stream.

SEX is RISKY if it can.

YES, BUT IS IT CLEAN?



Tagesspiegel, Berlin, 28.05.1986

Langsamere Ausbreitung von AIDS

Bericht von Fink für das Parlament — Mehr Geld für Aufklärung

Der Senat will seine Bemühungen, der Ausbreitung der Krankheit AIDS entgegenzuwirken, weiter verstärken. Dazu soll die am Landestropeninstitut eingerichtete Sondereinheit ausgebaut werden. Allein für die Erweiterung der medizinischen und technischen Untersuchungsmöglichkeiten sind hierfür in diesem Jahr mehr als eine Million DM veranschlagt. Die gezielte Ausbildung von Ärzten und Krankenschwestern bei der Pflege von AIDS-Kranken am Rudolf-Virchow-Krankenhaus wird mit 250 000 DM gefördert, und für weitere Aufklärungskampagnen sind ebenfalls 250 000 DM vorgesehen. Das geht aus dem gestern vom Senat verabschiedeten AIDS-Bericht an das Abgeordnetenhaus hervor.

Gesundheitssenator Fink betonte, daß darüber hinaus aber auch die Arbeit der Selbsthilfegruppen, ohne die Erfolge nicht möglich wären, verstärkt gefördert werde. Allein für dieses Jahr sei eine Summe von mehr als 500 000 DM vorgesehen. Da es nach wie vor keinen Impfstoff und keine wirksame Behandlungsmöglichkeit gegen AIDS gebe, bleibe die Vorsorge und Aufklärung der Bevölkerung Schwerpunkt der Arbeit.

Als einen ersten Erfolg wertete Fink, daß die befürchtete Ausbreitung der Krankheit über die Risikogruppen hinaus nicht stattgefunden habe. Auch der Leiter der Sondereinheit am Tropen-

institut, Bienzele, konstatierte ein weiteres Abflachen bei der Zunahme von AIDS. Daß jetzt nicht mehr halbjährlich, sondern jährlich von einer Verdoppelung der Krankheitsfälle ausgegangen werden könne, zeige, daß die Aufklärung greife. Er verwies in diesem Zusammenhang auf den Rückgang von Geschlechtskrankheiten bei Homosexuellen, einer der AIDS-Risikogruppen.

Nach Angaben Bienzles gibt es in Berlin derzeit 90 AIDS-Patienten. Allerdings müsse von einer Dunkelziffer von 30 bis 40 weiteren Erkrankten ausgegangen werden. Die Zahl der mit dem AIDS-Virus Infizierten, von denen aber nur 15 bis 30 Prozent tatsächlich erkranken, liegt nach den Worten Bienzles jedoch um das 100fache höher.

Ende Januar dieses Jahres waren in Berlin 77 Fälle dieser Krankheit, im gesamten Bundesgebiet 408 bekannt. Fink betonte in diesem Zusammenhang, daß der Senat sich auch weiterhin dafür einsetzen werde, daß keine Meldepflicht für AIDS-Kranke eingeführt werde. Dies sei eine der Voraussetzungen für eine erfolgreiche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Risikogruppen. Er kündigte an, daß er beabsichtige, in Berlin eine AIDS-Tagung mit Sexualwissenschaftlern, Medizinern und deutschen AIDS-Hilfsgruppen abzuhalten.

(Tsp)



Frankfurter Allgemeine Zeitung, 02.06.1986

Aids und die Verantwortung

Von Georg Paul Hefty

Eine Krankheit stellt die Gemeinschaft auf die Probe: Aids. Diese sogenannte erworbene Immunschwäche droht immer mehr Opfer zu fordern — deutsche Krankenhäuser registrierten bisher mehr als 200 Tote — und trifft unterschiedslos Frauen und Männer, auch Kinder. Sie alle haben Anspruch auf Verständnis und Hilfe. Der Statistik nach ist Aids keineswegs die „tödlichste“ Krankheit, aber sie lastet wegen der Ansteckungsgefahr schwer auf dem einzelnen und auf der Gesellschaft. Ihre Grausamkeit beruht darauf, daß sie hauptsächlich über einen der drei Grundtriebe des Menschen erworben werden kann und daß man als Infizierter gerade den Menschen der größten Gefahr aussetzt, den man liebt — Mann und Frau ihre jeweiligen Sexualpartner, die Schwangere ihre Leibesfrucht, ihr Kind.

Gezielte Beobachtungen lassen darauf schließen, daß der Krankheitserreger — das LAV/HTLV III-Virus — (fast?) ausschließlich über die Körperflüssigkeiten Blut, Sperma und Muttermilch übertragen wird und daß es so gut wie keine Infektion über einen Händedruck oder die gemeinsame Benützung etwa von sanitären Anlagen gibt. Da die Blutkonserven nicht mehr — wie lange Zeit — wichtige Infektionsquellen sind, betrifft die Krankheit vor allem Rauschgiftsüchtige, Homosexuelle, Partner von Bisexuellen und deren Partner sowie Säuglinge von infizierten Müttern. Auf ihrem Weg in die gewöhnliche — um nicht zu sagen „normale“ — Gesellschaft wird Aids aber weder von der Medizin noch vom gültigen Moralkodex aufgehalten. In der Bundesrepublik sind nach amtlichen Schätzungen etwa 30 000 oder gar 100 000 Personen infiziert, von ärztlicher Seite wird bisweilen sogar die Zahl 250 000 genannt. Der Virusbefall offenbart sich nicht sogleich; nach sachkundigen Annahmen läßt vorerst lediglich etwa ein Viertel der Betroffenen überhaupt eine Blutanalyse machen.

Ergibt sich auf Grund verschiedener Testmethoden der Nachweis von HTLV III-Antikörpern — also ein „positiver“ Befund —, so erscheint

ein Überdenken des eigenen Status und des Verhältnisses zu den Mitmenschen als zwingend. Alle öffentlichen Äußerungen drehen sich letztendlich um die Frage der Isolierung, sei es als Diskriminierung am Arbeitsplatz oder als namentliche Meldepflicht beim Bundesgesundheitsamt. Eine obligatorische Untersuchung ist nicht diskutabel.

Unstrittig sollte sein, daß ein nachgewiesener Aids-Infizierter mit dem Virus eine besondere Verantwortung übernommen hat. Je mehr er darauf selbst Rücksicht nimmt, um so weniger müssen es die anderen — die Partner und die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit — tun. Das flapsige „Weitermachen wie bisher“ sollte sich von selbst verbieten. In den allermeisten Fällen weiß der Infizierte durchaus, auf welchem Wege er angesteckt wurde, wenn er auch nicht den Einzelkontakt eingrenzen kann. Daraus muß für ihn folgen, daß er diesen Weg nicht mehr zu vermeintlich „unverbindlichen“ Kontakten — oder gar um „Rache zu nehmen an der Welt“ — begeht: weder Rauschgiftsüchtige noch Homosexuelle dürfen sich im fliegenden Wechsel mit unbekanntem Partnern zusammentun, über deren Aids-Befund sie nichts wissen; gleiches gilt für Bi- und Heterosexuelle, aber auch für nachweislich infizierte Frauen, die sich aus einer Panik „noch“ ein Kind wünschen.

Zwar ist die Erkenntnis, selbst „positiv“ zu sein, niederschmetternd — Psychologen berichten über eine plötzliche Selbstmordgefährdung —, aber es wäre unverzeihlich, Unschuldige, nämlich Unwissende, in dasselbe Unglück zu stürzen. Der Schutz der Nicht-Infizierten, seien es Lebensgefährten oder beliebige Personen, hat prinzipiell Vorrang vor der Aufrechterhaltung einer Scheinwirklichkeit, die spätestens dann zusammenbricht, wenn der „geschönte“ Partner erkennt, daß er angesteckt wurde. Der in Berichten oft erwähnte bewußte Verzicht — unter Berufung auf die sogenannte Lebensqualität — auf „sicherere Sexualpraktiken“ gleicht einer Körperverletzung mit wahrscheinlicher Todesfolge.

Die festen Partner, doch auch die allernächsten Angehörigen oder Mitwohnenden, der Zahnarzt und andere Heilberufler haben ein Recht darauf, von einem „positiven“ Befund in Kenntnis gesetzt zu werden.

Die Arbeitgeber scheinen sich mit solchen Informationen schwer zu tun; sie sollten die Offenheit honorieren, indem sie das Beschäftigungsverhältnis so lange aufrechterhalten, wie es medizinisch möglich ist. Es wäre von der Gesellschaft scheinheilig, mit Blick auf die Infektionswegen „Toleranten“ hervorzukehren, gegenüber einem Infizierten aber den „Besorgten“.

Psychologen und Ärzte, die in der Aids-Hilfe tätig sind, weisen darauf hin, daß Partnerschaften und Ehen schon allein deswegen in die Brüche gehen, weil der eine vom positiven Befund des anderen erfahren hat. Hier den Vorwurf mangelnder Solidarität zu erheben hieße, nicht zur Kenntnis zu nehmen, daß der „Positive“ häufig gerade dadurch infiziert wurde, daß er die Partnerschaft verletzt hat. Insoweit ist Aids nicht mit anderen Krankheiten, etwa Krebs, vergleichbar.

Die vorläufig einzig vernünftige Prävention gegen Aids scheint in der bewußten Beschränkung auf eine einzige, dauerhafte Sexualpartnerschaft zu bestehen, denn jeder Außenkontakt kann nach langer Inkubationszeit lebensgefährliche Folgen haben. Die brennendste Frage aber bleibt: Wie können sich jugendliche Liebespaare, für die die körperliche Beziehung ein sinngebendes Element ihrer Existenz ist, sicher sein, daß ihr entscheidender Schritt zum Erwachsenwerden nicht eine tödliche Gefahr in sich birgt?

Tagesspiegel, Berlin, 15.06.1986

Mit Ende Zwanzig den Tod vor Augen

Ein AIDS-Kranker berichtet — Hilfsorganisation Shanti in San Francisco

Peter S. weiß seit dem September, daß er AIDS hat. Er ist am Kaposi Sarkom erkrankt, einem Hautkrebs, der vor dem Auftreten der Erworbenen Immunschwäche in unseren Breiten nur alte Menschen befiehl, deren Abwehrsystem geschwächt war. Laut statistischen Erkenntnissen tritt 18 Monate, nachdem AIDS diagnostiziert wurde, der Tod ein. Danach hätte Peter noch eine Lebenserwartung von neun Monaten. Wie lebt ein junger Mann von Ende Zwanzig mit dem Tod vor Augen? „Sterben“, so sagte er jetzt vor freiwilligen Helfern der Berliner AIDS-Hilfe, „ist jetzt Teil meines Lebens geworden.“ Das sagt sich so. Aber was bedeutet es?

Peter S. lebt seit acht Jahren in San Francisco, einer Stadt mit ungefähr 700 000 Einwohnern, von denen rund zehn Prozent homosexuell sind. Entsprechend hoch sind die Zahlen der AIDS-Fälle. Wie bereits berichtet, gibt die Stadt jährlich zehn Millionen Dollar für drei AIDS-Hilfsorganisationen aus. Eine Million bekommt Shanti, eine Organisation, die „lehrt, wie man mit der Krankheit leben kann“. Diese Million ist mit der Auflage verbunden, daß die gleiche Summe an freiwilligen Spenden zur Verfügung stehen muß. Über Shanti und über sich berichtete Peter S. Er hat bei der Organisation ein „Training“ absolviert, das auch für die freiwilligen Betreuer obligatorisch ist. Man lernt, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen und sich auf ein langsames, grausames Sterben vorzubereiten.

„Warum trifft es gerade mich?“

Die ersten AIDS-Fälle traten in Peters Freundeskreis 1982 auf. Damals, so sagt er, habe er sie verdrängt — „es ist eine Krankheit von Schwulen, die viel ausgehen“ sagte er sich, der in einer festen Beziehung mit einem Freund lebte. Die AIDS-Fälle wurden immer häufiger, schließlich gehörte er selbst zu ihnen. „Ärger,

Wut, Angst“, waren seine ersten Reaktionen. „Warum trifft es gerade mich, was habe ich falsch gemacht?“

Gemeinsam über Ängste sprechen

Er hat sich einer Gruppe von AIDS-Kranken angeschlossen. Sie unternehmen gemeinsame Sachen, vor allem aber sprechen sie über ihre Ängste. Reden ist wichtig, betonte er, man muß sich aussprechen können, um zu lernen, wie man mit der Angst umgeht. Er habe seit der Diagnose keine Illusionen mehr, keine Tagträume, er lebe für das „Heute“, nicht mehr für das „Morgen“. Und er hängt am Leben. Peter S. erwähnte, daß die 18 Monate Lebenserwartung statistische Zahlen seien, daß es Kranke gebe, die vier Jahre nach der Diagnose noch am Leben sind. Er hofft auf ein Medikament, das das Virus (das LAV/HTLV-III-Virus zerstört das Immunsystem des Körpers) zum Stillstand bringen könnte.

Mit der Tatsache seines nahenden Todes wurde er bei Shanti sofort konfrontiert. Ob er ein Testament gemacht habe, ob er die Entscheidungen getroffen habe, die er im Koma nicht mehr treffen könne, wer dabei sein solle, wenn er stirbt.

Da wußte er, was kommen würde. Und mit dem Humor der Verzweiflung, der Homosexuellen eigen ist — wahrscheinlich in jahrhundertelanger Unterdrückung herausdestilliert — fragt er nun: „Und wer bekommt meine Lieblingsvase?“ Seltsam findet er auch, daß die Mutter nach dem ersten Schmerz sich nun schon praktische Gedanken über den Grabstein macht. Ein Bruder — die Familie lebt in der Bundesrepublik — wollte immerhin seine Stereoanlage verkaufen und mit dem Geld zum sterbenden Bruder nach Amerika fahren.

Ablehnung hat Peter S. nicht erfahren, als er seiner Umgebung sagte, daß er AIDS hat.

Die Freunde rufen an, kommen vorbei, helfen beim Kochen oder hören einfach zu. Er fühlt sich jetzt auch in der Lage, Schwäche zuzugeben. „Ich brauche keine Ratschläge“, sagte er, „sondern Verständnis und Unterstützung.“

Peter S. berichtete über seine Erfahrungen vor Betreuern der Berliner AIDS-Hilfe, Freiwilligen, die durch ihren Beruf — Ärzte, Schwestern, Seelsorger — sich mit der Krankheit beschäftigen, und andere, die sich auf eine Betreuung vorbereiten. Noch gibt es nicht so viele Fälle wie in den USA, aber alle Fachleute sind der Meinung, daß wir nur drei Jahre im Rückstand sind und daß die Zeit genutzt werden müsse, sich vorzubereiten.

Mit der Vorbereitung hapert es noch. Eine Krankenschwester aus dem Virchow-Krankenhaus berichtete von ihren Schwierigkeiten im Umgang mit AIDS-Patienten. Sie ist verzweifelt, weil hier junge Menschen sterben, die im Alter ihres Sohnes sind und für die sie nicht genug Zeit hat.

Berliner AIDS-Hilfe sucht Räume

Mit Verständnis und Toleranz scheint es hierzulande auch nicht so weit her zu sein: Seit zwei Monaten sucht die Berliner AIDS-Hilfe neue Räume für Verwaltung und Beratung. Seit zwei Monaten bekommt sie Absagen. Ihre Räume am Bundesplatz sind zu klein. Sie braucht jetzt 200 Quadratmeter.

Wolfgang Lehmann

Tagesspiegel, Berlin, 15.06.1986

Berlin ein Modell für AIDS-Aufklärung

Deutsche, die in Saudi-Arabien arbeiten wollen, müssen der saudischen Botschaft in der Bundesrepublik eine medizinische Bescheinigung vorlegen, nach der sie nicht mit dem AIDS-Virus HTLV-III infiziert sind. Dies berichtete die AIDS-Expertin Gundel Harms vom Berliner Landesinstitut für Tropenmedizin auf dem sechsten Krankenhaushygienischen Symposium im Institut für Allgemeine Hygiene der Freien Universität. Dies sei auch eine Reaktion auf Bonner Bestrebungen im vorigen Jahr, Stipendiaten aus Entwicklungsländern erst nach einem negativen AIDS-Test in die Bundesrepublik zu lassen, meinte die Medizinerin.

Veranstaltet wurde das Krankenhaushygienische Symposium in diesem Jahr zu Ehren von Professor Gerhard Schmidt, des früheren Direktors des Instituts für Hygiene und medizinische Mikrobiologie der FU. Themen der von Schmidt selbst geleiteten Veranstaltung: aus Anlaß seines 80. Geburtstages waren die AIDS-Prophylaxe und die Anwendung von Formaldehyd im Krankenhaus.

Da noch kein Heilmittel gegen AIDS gefunden sei, helfe derzeit nur „rigorose Aufklärung“, sagte Frau Harms vom Tropeninstitut, das auch als „AIDS task-force“ des Senats fungiert. Berlin sei in dieser Hinsicht mittlerweile zu einem Modell geworden. Nach der Information der Risikogruppen über die Übertragungswege des Virus und vorbeugende Maßnahmen werde inzwischen auch jedem Berlinbesucher ein AIDS-Merkblatt auf den Hotel-Nachttisch gelegt. Ein besonderes Problem stelle nämlich die Beschaffungsprostitution von drogenabhängigen Frauen dar. (Tsp)



Auszugsweise aus: Süddeutsche Zeitung, München, 16.05.1986

Aids: Stand der Forschung und klinische Erfahrung

Ergebnisse eines Podiumsgesprächs im Münchner Klinikum rechts der Isar

VON HEIDRUN GRAUPNER

(...) Die Krankheit Aids bezeichnete Haas als ein Drama in zwei Akten. Das Virus zerstört eine der wichtigsten Säulen des Immunsystems, die T-Helferzellen. Diese Zellen haben die Aufgabe, Antikörper gegen fremde Stoffe im Organismus zu bilden. Der Aids-Kranke wird nach den Ausführungen von Haas zu einem „zellulären Krüppel“. Sein Leiden aber bemerkt er erst im zweiten Stadium der Krankheit, wenn sich sein Immunsystem nicht mehr gegen harmlose Keime, die überall verbreitet sind, wehren kann. Solche opportunistische Infektionen befallen Aids-Patienten in ständiger Folge, sie werden für sie zu lebensbedrohlichen Krankheiten. Weitere Leiden wie das Kaposi-Sarkom kommen hinzu. Das Kaposi-Sarkom, sagte der Dermatologe *Otto Braun-Falco* (Dermatologische Klinik der Universität München), sei als lokalisierter Tumor bei älteren Menschen bekannt gewesen. Bei den Aids-Kranken dagegen tritt er überall, an der Haut, der Schleimhaut in den inneren Organen auf. Ähnliche Krankheitsbilder des Kaposi-Sarkoms kenne man bei anderen Immunschwächen, etwa bei transplantierten Patienten.

Herausgefunden haben die Wissenschaftler, wie sich das Virus im Immunsystem ausbreitet. Es verfügt nach den Erklärungen von Haas über ein besonderes Enzym, welches das genetische Material des Virus in die DNS der Helferzelle überträgt und in das Genom der Zelle integriert. Mit jeder Teilung einer Helferzelle wird das Virus dann auf die Tochterzellgenerationen mit übertragen, es vermehrt sich also nicht, sondern wird reproduziert.

Gleichzeitig aber zerstört das Virus die Helferzellen. Aids sei bisher das erste Beispiel einer Virusinfektion, die zu einer solchen Zerstörung des T-Helfersystems führe, sagte *Frank-Detlef Goebel* (Medizinische Poliklinik der Universität München). Infiziert werde jede 1000. bis 10 000. Zelle. Dies sei der Grund, daß die Ärzte zunächst große Schwierigkeiten hatten, den Erreger überhaupt zu finden. Man habe sich die Frage gestellt, warum es zu einer völligen Zerstörung des Helferzellsystems komme, wenn nur jede 1000. bis 10 000. Zelle befallen sei. Zunächst habe man angenommen, das Virus stimuliere die Zelle zu einer Neubildung und diese Neubildung zerstöre dann die Zelle. Dies schein aber nicht der Fall zu sein. Mittlerweile gebe es eine neue Hypothese, die sich aber bisher nicht beweisen lasse. Möglich sei es, daß der Erreger bestimmte Proteine entwickle. Gegen diese Proteine entstehen Antikörper,

die an der Oberfläche der Helferzellen binden. Diese Antikörper könnten eine zellzerstörende Wirkung haben.

Neue Erkenntnisse kamen außerdem vor wenigen Tagen auf einem Kongreß in Washington zur Sprache. Im Mittelpunkt standen dabei nach den Worten von *Braun-Falco* die Langerhans-Zellen, die als Vorposten des Immunsystems in der Oberhaut liegen. Wenn fremde Stoffe durch die Haut kommen, werden sie von den Langerhans-Zellen angenommen, verwandelt und den Lymphozyten zur Abwehr angeboten. In diesen Vorposten des Immunsystems hat man nun Strukturen des Aids-Virus festgestellt. Gleichzeitig fanden die Wissenschaftler heraus, daß sich die Langerhans-Zellen nur noch in geringer Zahl nachweisen ließen oder vollkommen verschwunden waren. Dies schein ein ganz neuer Aspekt zu sein, meinte *Braun-Falco*. Denn an Aggressionsmöglichkeiten eines Virus in dieser Form habe die Wissenschaft bisher nicht gedacht (...)

In der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten und nach einem Impfstoff laufen, wie sich *Gerhard Schwick* (Behringwerke AG, Marburg) ausdrückte, Grundlagenforschung und klinische Arbeit nebeneinander her. Noch weiß man nicht, warum die Mehrzahl der Infizierten ein völlig normales Immunsystem hat, warum bei einigen nach einem halben Jahr, bei anderen nach sieben Jahren plötzlich die Krankheit ausbricht, es zu Aids-varianten Krankheitsbildern, zu Vorstadien und zu Aids kommt (...)

Mit Chemotherapeutika versuche man, die Fülle von Infektionen des Aids-Patienten zu behandeln, sagte *Ernst Holzer* (IV. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing). Die Chemotherapie aber entfalte ihre Wirkung erst in der Zusammenarbeit mit den körpereigenen Zellen, sie brauche also ein intaktes Immunsystem. Wenn das Immunsystem nicht mehr reagiere oder nicht mehr vorhanden sei, werde die Verwendung von Chemotherapeutika problematisch. Man habe zwar verschiedene Medikamente gehabt, mit denen man auch den Erreger in seiner Entwicklung hemmen konnte. Diese Medikamente aber sind nach Auffassung der Expertenrunde in ihrer Wirkung nicht umfassend, und sie haben gravierende Nebenwirkungen. Sobald sie nicht mehr genommen werden, blüht der Erreger wieder auf. Doch suche man sehr intensiv nach geeigneten Substanzen, berichtete *Schwick*. Man greife in

(Fortsetzung) Süddeutsche-Zeitung, 16.05.1986

das gesamte Arsenal von vorhandenen Chemikalien, baue Zellkulturen auf und beobachte, wie das Virus darauf reagiere.

Gefährlich könnten nach Meinung von Goebel Substanzen werden, die das Immunsystem in ihrer Abwehrkraft anregen. Versuche im Reagenzglas hätten gezeigt, daß sich mit solchen Mitteln bei Aids die Abwehrlage nicht verbessere, sondern das Gegenteil erreicht werde. Denn mit einer Anregung des Immunsystems wird auch die Produktion des Virus in den Helferzellen erhöht. Erprobt werden außerdem Stoffe, die jenes Enzym hemmen, das dem Virus den Zugang zur Zelle eröffnet. Dieser Weg, der sich im Versuchsstadium befindet, gilt als eine Möglichkeit zur Behandlung. Denn wenn man das Enzym hemme, sagte Goebel, so hemme man auch den Einbau des Virus in gesunde Zellen. Doch auch mit dieser Methode werde das Virus nur unterdrückt und nicht ausgerottet. Solange die Zelle vorhanden sei, existiere das Virus darin. Außerdem, so wandte Reinhard Engst (Dermatologische Klinik der Technischen Universität München) ein, könne eine solche Methode nur das Immunsystem beeinflussen. Viren, die die Gehirnzellen befallen hätten, ließen sich auf diese Weise nicht hemmen.

Als schwierig erweist sich auch die Entwicklung eines Impfstoffes, mit dem man Nichtinfizierte vor einer Ansteckung schützen könnte. Denn das Virus tritt in unterschiedlichen Formen auf, changiert wie ein bunter Vogel. Die gängigen Methoden in der Herstellung eines Impfstoffes, die Verwendung von Lebend- oder Totimpfstoff, ist bei Aids nicht möglich. Denn auf diese Weise könnte Erbmateriale des Virus in die Zellen gelangen, erläuterte Haas. Eine Möglichkeit sieht Haas in der gentechnischen Produktion, bei der sich eine solche Gefahr ausschalten läßt. Vermutlich wird es aber noch fünf bis sieben Jahre dauern, bis ein Impfstoff auf dem Markt ist. Haas vermutet außerdem, daß der Impfstoff nicht mehr, wie man noch vor einem Jahr glaubte, den Ärzten aus den Händen gerissen werde. Man frage sich heute, wer sich impfen lassen wolle, wenn die Substanz aus den Labors komme, meinte Haas. (...)

Trotz eines Geschlechtskrankheitengesetzes, das aus epidemiologischen Gründen und aus der Fürsorge für die Bevölkerung verabschiedet wurde, habe die Zahl der Geschlechtskrankheiten nicht abgenommen, meinte Braun-Falco. Man habe das Problem, daß man Geschlechtskrankheiten kenne und wirksam behandeln könne, aber ihre Zahl ginge nicht zurück. Die Gonorrhö sei immer noch häufiger als Masern. Eine Verminderung dieser Krankheitszahlen sei kein medizinisches, sondern ein psychosoziales Problem. Denn dies verlange eine Veränderung der Lebensführung. So lasse sich bei Aids-Patienten nachweisen, daß sich 80 Prozent von ihnen mit Syphilis infiziert hatten. Noch vor einer Ansteckung mit dem Virus HTLV-III/LAV hätten sehr viele der Patienten die verschiedenen infektiösen Krankheiten wie Hepatitis B durchgemacht. Diese ständig wechselnden Infekte jedoch strapazierten das Immunsystem, sagte Braun-Falco.

Den Aids-Kranken, bemerkte Holzer, rate man, bestimmte Kontakte zu meiden, um sich vor unnötigen Infektionen zu schützen. So könne man die Krankheit wenigstens in ihrer Geschwindigkeit bremsen. Denn für den Kranken sei jede Infektion eine Herausforderung an das Immunsystem. Jene, die sich infiziert haben, aber ge-

sund sind, weise man darauf hin, Alkohol, Drogen und UV-Strahlung zu meiden, da dies alles vermutlich das Immunsystem angreife, meinte Engst. Auch auf Reisen in südliche Länder sollten diese Menschen verzichten, da sie dort besonders vielen Infektionen ausgesetzt seien.

Dem Vorwurf, daß hierzulande im Gegensatz zu San Francisco die Aufklärungsarbeit vernachlässigt werde, widersprach Engst. Merkblätter und Beratungen der Selbsthilfegruppen und Behörden zeigten bereits eine Wirkung. So sei in München die Zahl der Gonorrhö-Erkrankungen zwischen 1983 und 1985 von 1650 auf 1100 gesunken. Bei der Syphilis seien die Fälle von 351 auf 181 zurückgegangen.

Noch allerdings gibt die Krankheit Aids, das Virus HTLV-III/LAV, zu viele Rätsel auf. Differenziertere Ratschläge, wie man sich nach der Ansteckung vor dem Ausbruch der Krankheit schützen könne, konnten die Ärzte nicht geben. Mittlerweile kämen auch Patienten mit dem vollen Krankheitsbild von Aids in die Klinik, die ihre Partner nicht häufig gewechselt hatten, die ihr Leben lang gesund waren, keine Hepatitis B oder Syphilis durchgemacht hatten. „Wir sagen den Patienten zwar: Schützen Sie sich“, meinte Goebel. „Wie aber eine Entlastung des Immunsystems wirklich aussieht, wissen wir nicht.“

DIE DISKUSSIONSTEILNEHMER

Professor Dr. med. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. med. Reinhard Engst, Oberarzt, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München

Dr. jur. Hans-Ullrich Gallwas, Professor für Staats- und Verwaltungsrecht an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Professor Dr. med. Frank-Detlef Goebel, Medizinische Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Professor Dr. med. Dipl.-Chem. Richard Haas, Kempten

Professor Dr. med. Ernst Holzer, Chefarzt, IV. medizinische Abteilung, Städtisches Krankenhaus München Schwabing

Professor Dr. med. Kurt Liebermeister, Vorstand des Instituts für medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

Professor Dr. phil. Gerhard Schwick, Behringwerke AG, Marburg/Lahn

Die Diskussion leitete Dr. Christian Schütze, Süddeutsche Zeitung, Ressortleiter Innenpolitik.



Badische Zeitung, Freiburg, 22.05.1986

Die Angst, die das Wort „Aids“ auslöst

In Freiburg haben sich LAV/HTLV-III-Positive zu einer Selbsthilfegruppe zusammengefunden
Von unserer Mitarbeiterin Monika Frühe

In Ihrem Blut sind Antikörper gegen LAV/HTLV-III nachgewiesen worden. Das heißt, Ihr Körper hat sich mit diesem Erreger auseinandergesetzt. Das heißt nicht, daß Sie an Aids erkranken müssen. Wir wissen, daß nur ein kleiner Teil, etwa fünf bis fünfzehn, vielleicht 20 Prozent der Infizierten diese schwere Erkrankung entwickelt.“ Für Michael König (Name von der Redaktion geändert) sind diese Sätze aus einem Informationsblatt über Aids der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mehr als bedrucktes Papier. Im September vergangenen Jahres erhielt der Freiburger Student das Ergebnis eines LAV/HTLV-III-Tests: positiv. Michael König schloß sich der vor einigen Monaten neugegründeten „Positiven-Gruppe“ in Freiburg an; mit den anderen in der Gruppe spricht er über Ängste, Betroffenheit, Sexualität, aber auch über medizinische und rechtliche Fragen.

HTLV-III-positiv: kein Aids-Befund, nur der Nachweis von Antikörpern. Als Michael König bei der Gruppe Schwuler Mediziner in Freiburg den anonymen Test machen ließ, hatte er sich vorher schon gründlich mit der „Erworbenen Abwehr-Schwäche“ und den möglichen Folgen der Ansteckung mit dem Virus befaßt. Immer wieder auftretende Infektionskrankheiten waren der Grund, daß er schon früher einmal in Berlin den Test machen ließ. Das Ergebnis damals lautete zwar „negativ“, hatte aber zur Folge, daß Michael König sich in der Fachliteratur informierte, mit Freunden über das Thema „Aids“ sprach.

Deshalb, meint er, war es für ihn einfacher, das positive Ergebnis des einige Zeit später in Freiburg gemachten Tests anzunehmen. Und dennoch: „Ängste traten auf, beispielsweise die Angst vor einem möglicherweise qualvollen Sterben, Angst, daß die Beziehung zu dem Partner zerstört wird.“ In der Anfangsphase, erinnert sich der Student, half ihm auch das Wissen nicht weiter, daß die Krankheit Aids nicht ausbrechen muß. Ähnliche Erfahrungen hat auch Peter Berens (Name von der Redaktion geändert) gemacht: „In den ersten vier Wochen, nachdem ich das positive Ergebnis

erfahren hatte, wollte ich nicht vor die Tür gehen.“

Bei beiden war das Bedürfnis, über das „Positiv-Sein“ zu sprechen, groß. Nicht minder groß aber war die Scheu, sich Freunden und Bekannten anzuvertrauen. Die Gründe: Furcht, von anderen gemieden zu werden, bei ihnen Hysterie und Berührungs-Ängste auszulösen, ausgegrenzt zu werden. Die Gesellschaft, so ihre Erfahrung, neige ohnehin dazu, sie als Homosexuelle zu diskriminieren. Doppelt zum Außenseiter werde einer dann, wenn er als Homosexueller mit positivem Testergebnis bekannt wäre.

Von Berlin her bereits über Positiven-Gruppen informiert, erhielt Michael König in Freiburg von der Gruppe Schwuler Mediziner die Telefonnummer einer neugegründeten Gruppe. „Die Erfahrungen von anderen Betroffenen könnten mir vielleicht nützlich sein“, umschreibt er seine Erwartungen, „mir bei Fragen weiterhelfen, mit denen ich alleine nicht zurechtkomme.“ In der anonymen Selbsthilfegruppe könnten Themen angesprochen werden, die ein HTLV-III-Positiver im Bekanntenkreis nicht zu berühren wagt, umreißt der Diplompsychologe Matthias Fünfgeld eine der Zielsetzungen der Gruppe.

Für den Psychologen, auf dessen Anregung hin die Gruppe zustandekam, steht der Aspekt „Selbsthilfe“ im Vordergrund; Fünfgeld sieht sich als Ansprechpartner nach außen hin, nicht aber als Leiter der Gruppe oder gar als Therapeut. Nach seinen Informationen gibt es inzwischen „mehrere hundert“ HTLV-III-Positive in Freiburg; er findet es erstaunlich, daß die Positiven-Gruppe sehr klein geblieben ist, sogar die Zahl der ständigen Mitglieder von sechs auf drei schrumpfte.

Inzwischen weisen Ärzte und Gesundheitsamt Betroffene bei einem positiven Befund auf die Existenz der Gruppe hin, dennoch aber war die bisherige Resonanz gering. Matthias Fünfgeld sieht als mögliche Erklärung die Befürchtung Betroffener, daß sich das Ergebnis „Test – positiv“ bei Teilnahme an der Gruppe „herumsprechen könnte“ – derzeit sind etwa 80 Prozent der Positiven Homosexuelle, und die Homosexuellen-Szene, so Fünfgeld, sei in einer Stadt wie Freiburg klein. Deshalb ist, betonen er und die Mitglieder der Gruppe, die Anonymität wichtig: man kennt sich nur beim Vornamen, trifft sich an einem „neutralen“ Ort, und

außerhalb der Gruppe gibt es kaum Berührungspunkte.

Einmal in der Woche kommen die Mitglieder der Positivengruppe zusammen. Bei ihren bisherigen Gesprächen haben sie festgestellt, daß sich manches Thema in der Gruppe besser angehen läßt. Daß das Testergebnis „in mein Leben eingegriffen hat“ stellen Michael König und Peter Berens übereinstimmend fest. „Es war, als ob ich einen Knoten im Hals hatte, den ich nicht runterschlucken konnte“, beschreibt Berens seine erste Reaktion auf den Befund „positiv“. Anfangs hat er sich gedanklich ständig mit dem Thema beschäftigt; nun versucht er, selbst dem Wort „Aids“ aus dem Weg zu gehen, die Gedanken daran zu verdrängen, weil er Angst vor der Erkrankung hat.

Daß Umgang mit der Abwehrschwäche auf rationaler und irrationaler Ebene zwei ganz verschiedene Dinge sein können, hat Michael König in seinem täglichen Verhalten festgestellt: „Obwohl ich mich über die Ansteckungswege genau informiert habe, bin ich im Umgang mit anderen, beispielsweise Kindern, doch längst nicht mehr so unbefangen wie früher. Und immer wieder tauchen Fragen auf wie ‚Warum gerade ich‘ oder ‚Wieso war mein Körper bereit, dieses Virus anzunehmen?‘“ Beim Sexualleben stehe ständig das Gespenst der Ansteckung im Hintergrund; verändert habe sich deshalb auch die Beziehung zum Partner und die Einstellung zur Sexualität.

Wichtig ist den Mitgliedern der Positivengruppe auch die gemeinsame Weiterbildung im medizinischen und juristischen Bereich. Michael König und Peter Berens haben die Erfahrung gemacht, daß sie als Patienten oft besser unterrichtet sind als ihre Ärzte – die zum Teil Erschrecken bei dem Thema „Aids“ zeigen, sich nicht trauen, Fragen zu stellen, oder die falschen Gesprächspartner sind. Gewappnet sein wollen die Gruppenmitglieder auch bei möglichen beruflichen Schwierigkeiten: Was würde beispielsweise auf Angestellte im Gaststättengewerbe oder im Pflegebereich, deren Testergebnis positiv ist, zukommen, falls jemals eine Untersuchungs- oder Meldepflicht eingeführt würde, fragt Michael König. Auch bei solchen Problemen hofft er, könne die Gruppe „einiges auffangen“.

Nähere Informationen sind bei der Freiburger Aids-Hilfe, Telefon 276924 (montags, mittwochs, freitags, 19 bis 21 Uhr) und beim Rosa Telefon, 25161 (donnerstags, 19.30 bis 22.30 Uhr) erhältlich.



Frankfurter Rundschau, 25.06.1986

AIDS als Entlassungsgrund

US-Justizministerium: Erkrankter ist ein Gesundheitsrisiko

sie WASHINGTON, 24. Juni. US-Bundesbehörden verstoßen nicht gegen Gesetze und Vorschriften, wenn sie an der Immunschwäche AIDS erkrankte Beschäftigte entlassen, die sie als Gesundheitsrisiko für andere Mitarbeiter einschätzen. Das Justizministerium unterschied jetzt in einer Entscheidung zwischen der Behinderung, die AIDS für den einzelnen Erkrankten bedeutet, und seiner Fähigkeit, andere anzustecken. Die Behinderung dürfe kein Entlassungsgrund sein, vielmehr schütze das Gesetz vor Diskriminierungen. Habe der Arbeitgeber aber den Eindruck, ein AIDS-Erkrankter könne am Arbeitsplatz ein Gesundheitsrisiko für Mitarbeiter bedeuten, sei dies ein Entlassungsgrund.

Obwohl nicht angenommen wird, daß die Rechtsauffassung des Justizministeriums vor Gerichten standhalten und deshalb in ihrer praktischen Bedeutung

gering sein wird, wurde sie sofort von Ärzten, Gesundheitsverbänden und Homosexuellengruppen stark kritisiert. Sie nannten die Entscheidung des Justizministeriums einen ernsthaften Rückschlag für alle Anstrengungen, der Bevölkerung klarzumachen, daß AIDS nicht durch Händeschütteln oder gemeinsame Benutzung einer Schreibmaschine übertragen werden könne.

★

VIRGINIA BEACH (AP). In einem Musterprozeß der US-Streitkräfte ist ein Maat der US-Kriegsmarine, der 25jährige Philip Nolan, wegen seiner Weigerung, sich dem seit Oktober 1985 obligatorischen AIDS-Bluttest zu unterziehen, hart gemäßregelt worden. Ein Militärgericht in Virginia Beach fand den Maat am Montag schuldig, sich der für alle Angehörigen der US-Streitkräfte obligatorischen Untersuchung widersetzt zu haben.

Frankfurter Rundschau, 26.05.1986

Wenig AIDS-Kranke in Asien

Allein 80 Prozent aller Fälle werden aus den USA gemeldet

PARIS, 25. Juni (dpa). Bis Mitte der 90er Jahre könnten weltweit 300 000 Menschen an AIDS erkrankt sein. Diese Auffassung vertrat James Curran (Atlanta/USA) am Mittwoch auf dem internationalen AIDS-Kongreß in Paris. Fünf Jahre nach dem ersten Auftreten von AIDS in Los Angeles leiden derzeit weltweit 25 000 Menschen an der Immunschwächekrankheit. Allein 80 Prozent der AIDS-Fälle werden aus den USA gemeldet. In Europa wurden über 2500 AIDS-Erkrankte festgestellt.

Nach Schätzungen des Epidemiologen Curran sind in den USA zur Zeit etwa eine bis eineinhalb Millionen Menschen mit dem AIDS-Erreger infiziert. In fünf Jahren werde es in den USA rund 74 000 AIDS-Kranke geben. 12 000 dieser Fälle seien nicht mehr zu verhindern, da die Betroffenen bereits jetzt schon mit dem AIDS-Erreger infiziert seien, sagte Curran. Von der Infektion mit dem Virus bis zum Ausbruch der Erkrankung vergehen

zumeist mehrere Jahre. Brunet wies darauf hin, daß sich die Zahl der AIDS-Erkrankungen etwa alle acht Monate verdoppelt. 40 Prozent der AIDS-Fälle in Europa treten nach seinen Angaben in Frankreich (707 AIDS-Kranke), Großbritannien (340) und in der Bundesrepublik (457) auf. Erstaunlich sei die „extrem niedrige“ Zahl der AIDS-Erkrankungen in Asien.

In der UdSSR ist eine systematische Überprüfung von Blutspendern aufgenommen worden, außerdem sucht man herauszufinden, welche Risikogruppen für AIDS existieren. Das berichtete auf dem Pariser Kongreß am Mittwoch der sowjetische Experte Viktor Schdanow, Direktor des D.I. Iwanowski-Instituts für Virologie der Sowjetischen Akademie der Wissenschaften in Moskau. Schdanow teilte mit, sein Institut habe unter 10 000 untersuchten Personen zwölf Fälle von Leuten mit AIDS oder AIDS-Infektion festgestellt.



U.S. Expects Tenfold Rise in AIDS by '91

By Robert Pear
New York Times Service

WASHINGTON — The number of AIDS cases and deaths from the disease in the United States will increase more than tenfold in the next five years as the virus spreads widely outside New York and San Francisco and infects more heterosexuals, the government has predicted.

Federal health officials, reporting the results of a conference of experts on acquired immune deficiency syndrome, estimated Thursday that by 1991 care of patients would cost \$8 billion to \$16 billion a year.

Dr. Donald Ian Macdonald, acting assistant secretary of Health and Human Services, described as "staggering" the "huge problem" caused by the escalating AIDS epidemic.

To date, the government has recorded 21,517 cases of AIDS and 11,713 deaths from the disease, which destroys the body's resistance to disease. The Public Health Service estimated that by the end of 1991 there would be a cumulative total of 270,000 cases and 179,000 deaths.

The number of diagnosed cases is small compared with the 1 million to 1.5 million Americans infected by the AIDS virus and who are potential carriers, officials said. Of that number, they said, 20 percent to 30 percent would develop the disease by the end of 1991.

"We expect to see AIDS spreading geographically and occurring much more widely outside of the New York City and San Francisco area."

Most of the people who will develop AIDS by 1991 have already been infected with the virus, and a vaccine may not be available for general use before 1993, the officials said. They added that projections for 1991 were conservative and might understate the situation by 20 percent.

The Public Health Service estimated that

there would be 54,000 deaths from AIDS in 1991 alone, as against 9,000 this year. By comparison, 45,800 people died in motor vehicle accidents in 1982, according to the Statistical Abstract of the United States, a Census Bureau publication.

A report on AIDS issued Thursday by the

'We expect to see AIDS occurring much more widely outside of the New York City and San Francisco areas.'

— Dr. Donald Ian Macdonald,
U.S. health services official

Public Health Service saying that "increases in heterosexual transmission are likely" did not describe new methods of transmission or identify new groups with a high risk of developing the disease.

But it said, "Additional cases in heterosexual men and women are projected." Such cases, the agency estimated, will rise from 1,100 in 1986, representing 7 percent of newly diagnosed cases, to nearly 7,000 in 1991, representing 9 percent of cases diagnosed in that year.

In its report, the Public Health Service did not discuss the international incidence of AIDS. Dr. James O. Mason, director of the federal Centers for Disease Control, said: "I have difficulty making projections for either Europe or Africa. We just don't have enough data on trends."

Shellie L. Lengel, a spokesman for the Public

Health Service, said "the blood supply is safer than it has ever been" because of screening for antibodies to the AIDS virus and because homosexual men are generally not giving blood.

She acknowledged that there was normally a period of six weeks between the time of an individual's infection and the development of antibodies. In this period, she said, the virus can be transmitted through the blood.

The service's report grew out of a meeting of 85 physicians, biomedical researchers and health care administrators held June 4-6 in Berkeley Springs, West Virginia. It made these points:

- Many people already infected by the AIDS virus may appear healthy. It takes an average of four years for an infected person to develop the disease.

- Homosexual and bisexual men will account for more than 70 percent of the cases diagnosed in the next five years. About 25 percent of the new cases will be among people who use contaminated syringes for injecting drugs. There is some overlap between these groups.

- Doctors will have diagnosed a total of more than 3,000 cases of AIDS in children by 1991. So far there have been fewer than 400 such cases.

- "Only a very small number of additional infections are likely to occur through blood and plasma transfusions."

- The New York area now accounts for 31 percent of all AIDS cases, and the San Francisco area for 10 percent. By 1991, these cities will account for less than 20 percent of the national total.

- Blacks and Hispanics account for 39 percent of all AIDS cases.

About 1,400 women have been diagnosed as having the disease.

AIDS spreads; 100,000 victims?

PARIS — Up to 100,000 people worldwide may have acquired immune deficiency syndrome, the director general of the World Health Organization said Monday at the start of an AIDS conference.

Dr. Halphand Mahler said that between 5 million and 10 million people are believed to be infected with the virus and could carry it.

He said 50 percent of AIDS patients die within a year of being diagnosed with the disease.

"It's an epidemic that is going to cost society dearly. We must not take it lightly," said AIDS researcher Dr. Luc Montagnier of France.

At the three-day conference at the Palais des Congres, sponsored chiefly by the World Health Organization, some 900 scientific papers on the deadly virus will be presented.

The gathering — involving about 3,000 experts — is the second world conference on

AIDS; the first was held in Atlanta in 1981.

Recent AIDS studies show:

- In France, 6 in 10,000 people in the general population are infected with the virus, studies of 3 million blood donations show. That's similar to the 4 in 10,000 in the USA.

- Another French study found 51 percent of drug users and 15 percent of gay men infected.

- In Italy, 12 percent of gay men and 28 percent of drug users are infected.

- In Sweden, 20 percent of gay men, 7 percent of drug users, 5 in 10,000 in the general population are infected.

- In Africa, 4.2 percent of those in urban areas in the central republics are infected —

among the highest incidence in any general population.

Infected in the USA:

- San Francisco. More than half of gay men and 10 percent of heterosexual drug users.

- New York. 53 percent of gay men, and about 35 percent of drug users.

- Omaha. 14 percent of gay men, a rate roughly equal to the USA's gay male population.

USA Today, Arlington,
24.06.1986

Tagesspiegel, Berlin, 01.06.1986

AIDS-Hilfe sucht neue Räume

Über Probleme bei der Suche nach geeigneten Büroräumen klagt die Berliner AIDS-Hilfe e. V. Insgesamt fünf hauptamtliche und rund 40 ehrenamtliche Mitarbeiter drängen sich derzeit noch auf einer Fläche von 100 Quadratmetern.

Man brauche aber ungefähr doppelt soviel Platz, sagte Konrad Möckel von der AIDS-Hilfe.

Die Berliner AIDS-Hilfe, die von der Gesundheitsverwaltung mit 280 000 DM gefördert wird, ist bereit, 2000 bis 3000 DM für die Miete aufzubringen. (Tsp)

Tagesspiegel, Berlin, 08.06.1986

AIDS-Hilfe zieht Bilanz

Mehr als 50 000 Informationsbroschüren hat die Berliner AIDS-Hilfe im ersten Jahr ihres Bestehens in der Stadt verteilt. Im gleichen Zeitraum seien 25 000 telefonische und 2000 persönliche Beratungsgespräche geführt worden, teilte die AIDS-Hilfe in ihrer ersten Jahresbilanz mit. Neben einem 24stündigen Telefonberatungsdienst würden Gesprächskreise zum Thema Safer-Sex sowie Gruppen für Betroffene und Workshops zu medizinischen und psychosozialen Fragen angeboten. (Tsp)

NRC Handelsblad, Rotterdam, 23.6.86

Studie: verband tussen cannabis en ziekte Aids

Door onze redacteur
TRACY METZ

AMSTERDAM, 23 juni — Uit een onderzoek van de Amsterdamse GGD onder 115 drugsgebruikers in de hoofdstad is gebleken dat er een verband bestaat tussen het gebruik van cannabis-producten en de ziekte Aids. Van de onderzochten die het Aids-virus onder de leden hebben zijn er „significant meer” die cannabis gebruiken dan onder de niet-besmetten. Dit maakt dr. R. Coutinho, hoofd sector volksgezondheid van de Amsterdamse GGD, vandaag bekend op het internationale Aids-congres in Parijs.

Over de aard van het verband kan het GGD-onderzoeksteam nog niets zeggen. Vermoed wordt dat ze niet rechtstreeks met elkaar te maken hebben, maar dat er misschien iets in het gedragspatroon van cannabisgebruikers is wat tot een verhoogd Aids-risico leidt. Precieze cijfers hierover kan de GGD niet geven.

Volksblatt, Berlin, 26.6.86

Positive Auswirkungen

Paris (dpa)

Die Propagierung ungefährlicher Praktiken beim Geschlechtsverkehr („Safer Sex“) zur Reduzierung des AIDS-Risikos zeigt in den USA und Europa erste positive Auswirkungen.

Darauf wies Dr. Hans Jäger von der Arbeitsgruppe AIDS am Krankenhaus München-Schwabing in einem Gespräch mit der Deutschen Presse-Agentur auf dem Internationalen AIDS-Kongreß in Paris hin. So geht bei Homosexuellen die Zahl der Geschlechtspartner „deutlich zurück“, Analverkehr ist reduziert und der Gebrauch von Kondomen hat zugenommen.

Benutzten 1981 erst etwa drei Prozent der Homosexuellen Kondome, so waren es im vergangenen Jahr bereits 60 Prozent. Kondome sind sicher, wenn sie nicht reißen, sagte Dr. Jäger. Weiter sei ein Rückgang der rektalen Gonorrhoe zu beobachten, ein Zeichen für verändertes Sexualverhalten.

Aan de hand van een test die de Amerikaanse farmaceutische industrie heeft ontwikkeld zijn Amsterdamse onderzoekers in het bloed van Aids-patiënten een belangrijk viruseiwit op het spoor gekomen. Volgens onderzoeksleider dr. J. van der Noorda van het AMC „heeft het vinden van dit viruseiwit vermoedelijk een voorspellende waarde voor het krijgen van Aids”. Het viruseiwit is aangetroffen zowel bij Aids-patiënten als bij mensen die geïnfecteerd zijn, maar nog geen Aids hebben. Ook dit maakt de Nederlandse delegatie vandaag in Parijs bekend.

„Het Aids-virus kan lange tijd in sluimerende toestand in het lichaam aanwezig zijn”, zegt Van der Noorda. „Het lijkt erop, dat er dan bij een aantal mensen van binnen uit een hernieuwde infectie ontstaat. Pas dan wordt het natuurlijke afweersysteem aangeast”. Volgens hem is het nu voor de controle op deze resultaten belangrijk te weten of er Aids-patiënten zijn die dit viruseiwit niet hebben.

In Amerika blijkt tussen de 5 en de 25 procent van de virusdragers daadwerkelijk Aids te krijgen, afhankelijk van welke groep wordt onderzocht. Voor Nederland is er nog geen percentage bekend.



Berliner Morgenpost, 26.06.1986

AIDS-Beratungsstelle will Unkenntnis über die tödliche Krankheit abbauen

Die Krankheit ist seit Monaten als „die Seuche des Jahrhunderts“ in aller Munde: AIDS, eine Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems. Die Schätzungen über Infizierte in Berlin schwanken zwischen 5000 und 50 000 Menschen. Noch sind die Mediziner weit davon entfernt, AIDS in den Griff zu bekommen. Vor allem Aufklärung tut Not. Genau darum bemühen sich zahllose staatliche Institutionen. Dazu gehören die AIDS-Beratungsstellen in den Bezirken. Seit 15. April bietet auch das Gesundheitsamt Wilmersdorf einen solchen Service.

Dank der Eigeninitiative von Mitarbeitern des Gesundheitsamtes konnte die Beratungsstelle pro-

blemlos ins Leben gerufen werden. Nach und nach verschafften sie sich durch Fortbildung den neuesten Kenntnisstand über AIDS. Danach begannen sie, auch andere „Multiplikatoren“ wie beispielsweise Lehrer zu schulen. In dieser Phase wurde dann letztes Jahr vom Gesundheitssenator die Bitte an die Bezirke gerichtet, AIDS-Beratungsstellen einzurichten.

Seit 15. April bietet das Gesundheitsamt Wilmersdorf in der Westfälischen Straße 18 eine eigene AIDS-Beratung an. Es stehen drei Ärzte und zwei Sozialarbeiter auf Wunsch zur Verfügung. Noch müssen sie ihre Beratertätigkeit quasi nebenbei erledigen, da für die Beratungsstelle kein zusätzliches Per-

sonal eingestellt wurde.

Unter der Telefonnummer 8889 78 79 können wochentags Beratungstermine mit ärztlicher Untersuchung und gegebenenfalls Bluttests vereinbart werden. Bisher waren bei der Wilmersdorfer Stelle jedoch überwiegend telefonische Auskünfte gefragt. Beispielsweise erfährt man, daß der AIDS-Virus 1982 zum erstenmal in Berlin auftauchte und von den bisher 83 Erkrankten ungefähr die Hälfte starben.

Da noch sehr viel Unkenntnis und Unsicherheit über die Krankheit herrschen, plant die Beratungsstelle in Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe Berlin für den Herbst eine Aufklärungsaktion. JK

Hannoversche Allgemeine Zeitung, 16.06.1986

Hartes Nein zu Aids-Verein

Ministerin Süßmuth warnt / Ärztegruppe fordert Zwangstestung

Göttingen (pid)

Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth (CDU) hat vor einem „Verein zur Aids-Verhütung e. V.“ gewarnt, der bundesweit radikale Maßnahmen zur „Ausrottung der Aids-Viren“ propagiert. Der Verein, der nach eigenen Angaben im Oktober 1985 gegründet wurde und zur Zeit aus etwa 50 Ärzten und Zahnärzten besteht, fordert eine regelmäßige „Zwangstestung“ aller Bundesbürger und aller Ausländer im Bundesgebiet. Wer dabei als Aids-Infizierter ermittelt wird, sollte „an Stellen, die beim Geschlechtsverkehr nicht zu verbergen sind“, eine entsprechende Kennzeichnung erhalten – zum Beispiel als Tätowierung am Gesäß, wie ein Vorstandsmitglied des Vereins kürzlich in Göttingen erläuterte. Alle Ausländer, die bei ihrer Einreise in die Bundesrepublik keinen Testnachweis vorle-

gen können, sollten nach Vorstellungen des Vereins eine Einreiseperrre erhalten.

Bei einem Besuch in Göttingen meinte Ministerin Süßmuth am Wochenende auf Anfrage, sie könne nur ein „uneingeschränktes Nein zu solchen menschenverachtenden Maßnahmen“ sagen. Auch die „Deutsche Aids-Hilfe e. V.“ in Berlin, die mit Bundesbehörden zusammenarbeitet, hat sich auf Anfrage bereits kritisch über den „Verein zur Aids-Verhütung e. V.“ geäußert.

Der Vereinsvorsitzende, Dr. Andreas Freudemann (Freiburg/Lörrach), wollte auf Anfrage keinen Kommentar zu den Forderungen seiner Organisation abgeben. Er lehnt jedes Interview ab, solange sich die anfragenden Journalisten nicht verpflichten, ihre Texte von ihm gegenlesen zu lassen oder anderenfalls 100 000 Mark Konventionalstrafe zu zahlen.

Der Tagesspiegel, 24.6.1986

„Bis zu 100 000 Menschen haben AIDS“

Internationaler Kongreß in Paris — Impfstoff erst nach Jahren

Die Entwicklung eines Impfstoffs gegen die erworbene Immunschwäche AIDS wird nach den Worten von Professor Luc Montagnier vom Pasteur-Institut in Paris noch viele Jahre dauern. Der Grund hierfür, unterstrich der Wissenschaftler gestern zu Beginn des zweiten internationalen AIDS-Kongresses in Paris, liegt in der Fähigkeit des AIDS-Erregers, seine Oberflächenstruktur ständig zu ändern.

Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Halphard Mahler, schätzt, daß weltweit bis zu 100 000 Menschen an AIDS erkrankt seien und daß zwischen fünf und zehn Millionen mit dem HTLV-III-/LAV-Virus infiziert seien und es übertragen können. Das Virus sei nicht mehr auf die „traditionellen Risikogruppen“ wie Homosexuelle, Fixer, Bluter oder Empfänger von Blutspenden beschränkt, sagte der Kongreßvorsitzende Jean-Claude Gluckman. „Es passiert nicht mehr nur den anderen“, warnte er. „Es kann jedem passieren, der sich nicht aus dem Sexualleben zurückgezogen hat.“

Abgesehen von der Behandlung sekundärer Infektionen hat sich nach den Worten des Professors keine Therapie als wirksam erwiesen. AIDS habe dazu geführt, daß die Bedeutung einfacher Vorbeugemaßnahmen wie Aufklärung der Öffentlichkeit und Beratung der Betroffenen wiederentdeckt worden sei. Von den Politikern forderte er, ihre „schönen Worte“ über die AIDS-Bekämpfung mit Geld, vor allem für Personal, zu ergänzen.

Eines der Hauptthemen der über 2000 Fachleute ist die AIDS-Ausbreitung vor allem in Zentralafrika, die als „versteckte Epidemie“ beschrieben wird. Während Gluckman den bei Affen vorkommenden Virus für afrikanischen Ursprung hält, vertritt der zairische Experte Bila Kapita die Auffassung, daß das Menschen-

virus um 1975 nach Afrika eingeschleppt worden sein müsse.

AIDS kann Kündigungsgrund sein

In den USA kann AIDS-kranken Arbeitnehmern jetzt unter bestimmten Voraussetzungen gekündigt werden. In der gestrigen Ausgabe der „New York Times“ heißt es, das US-Justizministerium habe in einer vertraulichen Rechtsauslegung entschieden, daß die Kündigung eines AIDS-kranken Arbeitnehmers nicht grundsätzlich ungültig sei, wenn der Arbeitgeber durch ihn eine Verbreitung der Seuche befürchtet. Eine Entlassung nur aus dem Grund, daß der Betroffene AIDS habe, sei aber illegal.

Ärzte-Zeitung, 7.7.1986

BMJFG / Seuchenhygiene

Referat soll personell aufgestockt werden

Bonn (rv/k). Das Referat „Seuchenhygiene“ im Bundesgesundheitsministerium muß personell besser besetzt werden. Dies forderte die FDP-Abgeordnete Inge Segall in Bonn.

Nach dem Stellenplan ist das Referat, das sich auch mit der Immunschwäche AIDS befaßt, nur von einer einzigen Person besetzt. Da diese im Moment nicht einsatzfähig ist, wird das Referat von einem Experten des Berliner Bundesgesundheitsamtes nebenbei betreut. Das sei angesichts der anstehenden Probleme ein unbefriedigender Zustand. Die FDP-Politikerin hält es weiterhin für dringend nötig, daß sich das Gesundheitsministerium vor Ort über die Probleme informiert, die sich bei der Versorgung der AIDS-Kranken und bei der Erforschung von Impfstoffen und Medikamenten ergeben.

Der Tagesspiegel, 29.6.1986

Die Zahl der Geschlechtskrankheiten ist rückläufig. Im vergangenen Jahr wurden nach Darstellung des Statistischen Landesamtes 8325 Neuerkrankungen gemeldet. Mit 1984 verglichen ist das ein Rückgang um mehr als zehn Prozent. Am häufigsten treten Tripper und Syphilis auf, am meisten betroffen ist die Gruppe der 20- bis 30jährigen Männer. (Tsp)



F.A.Z., 25.6.1986

Bürokratie hemmt Aids-Bekämpfung

Verfahren der langfristigen Forschungsförderung zu starr

Ungefähr alle acht Monate verdoppelt sich die Zahl der Aids-Erkrankungen in der Bundesrepublik. Mehr als 500 Fälle sind dem Bundesgesundheitsamt inzwischen gemeldet worden. Angesichts dieser Situation hat Professor Gerhard Hunsmann, der Leiter der Abteilung für Virologie und Immunologie am Deutschen Primatenzentrum in Göttingen, eine Beschleunigung der deutschen Aids-Forschung gefordert. Obwohl man mit einem starken Anstieg der Aids-Erkrankungen rechne, werde die Forschungsförderung betrieben, als handele es sich um langfristige Grundlagenforschung. Für Aids-Forschungsmittel sollte es schnellere Genehmigungsverfahren geben. Der bürokratische Weg zur Bewilligung von Geldern müsse verkürzt werden, auch um international konkurrenzfähig bleiben zu können.

Zur Konkurrenzfähigkeit der deutschen Forschung hätte auch das frühere Max-Planck-Institut für Virusforschung in Tübingen beitragen können. Es wurde im Jahr 1984 jedoch in „Max-Planck-Institut für Entwicklungsbiologie“ um-

benannt. Dennoch schätzt die Max-Planck-Gesellschaft die Verlagerung des Forschungsschwerpunktes nicht als Fehler ein: „Als die Entscheidung getroffen wurde, war zwar die praktische Bedeutung dieser (Retrovirus-)Forschung nicht bekannt, doch dürfte ebenso auf der Hand liegen, daß die heute im Rahmen der Entwicklungsbiologie verfolgten Ziele sich durchaus in absehbarer Zukunft auch für praktisch-medizinische Probleme als wichtig und richtungweisend herausstellen.“

Zugleich hat sich Hunsmann gegen eine Zentralisierung der Aids-Forschung gewandt. Großer materieller Aufwand sei noch keine Garantie für den Erfolg. Hunsmann empfiehlt, die vorhandenen Finanzmittel zur Förderung junger Virologen und für Verbundforschung zu nutzen. An solchen Projekten könnten sich Institute in verschiedenen Ländern beteiligen. Nur von einer solchen umfassenden Zusammenarbeit erhofft Hunsmann Erfolge im Kampf gegen ein Phänomen wie Aids. OLIVER SCHMID

Der Tagesspiegel, 27.6.1986

300 000 AIDS-Fälle in zehn Jahren?

Verstärkung der gesundheitspolitischen Maßnahmen gefordert

Bis Mitte der 90er Jahre könnten weltweit 300 000 Menschen an AIDS erkrankt sein. Diese Auffassung vertrat Dr. James Curran (Atlanta/USA) auf dem jetzt in Paris beendeten internationalen AIDS-Kongreß. Fünf Jahre nach dem ersten Auftreten von AIDS in Los Angeles/USA leiden derzeit weltweit 25 000 Menschen an der Immunschwächekrankheit. Allein 80 Prozent der AIDS-Fälle werden aus den USA gemeldet. In Europa wurden bisher über 2500 AIDS-Erkrankte festgestellt. Diese Zahlen sind jedoch, wie Dr. Jean-Baptiste Brunet (Paris) sagte, nur die „Spitze des Eisbergs“.

Nach Schätzungen des Epidemiologen Curran sind in den USA zur Zeit etwa eine bis eineinhalb Millionen Menschen mit dem AIDS-Erreger infiziert. In fünf Jahren könne es in den USA rund 74 000 AIDS-Kranke geben. 12 000 dieser Fälle seien nicht mehr zu verhindern, da die Betroffenen bereits jetzt schon mit dem AIDS-Erreger infiziert seien, sagte Curran. Von der Infektion mit dem Virus bis zum Ausbruch der Erkrankung vergehen zumeist mehrere Jahre.

Dr. Brunet wies darauf hin, daß sich die Zahl der AIDS-Erkrankungen etwa alle acht Monate verdoppelt. 60 Prozent der AIDS-Fälle in Europa

treten nach seinen Angaben in Frankreich (707 AIDS-Kranke), Großbritannien (340) und in der Bundesrepublik (457) auf. Nach wie vor gilt, daß Homosexuelle am stärksten AIDS-gefährdet sind. Etwa 70 bis 80 Prozent der Erkrankten kommen aus dieser Gruppe.

In Südeuropa, etwa Spanien und Italien, sei die Hälfte der AIDS-Kranken drogensüchtig, sagte Dr. Brunet. (dpa)



Süddeutsche Zeitung, München, 30.06.1986

Aids-Untersuchungen bei Prostituierten

Drei Viertel der FixerInnen sind in Zürich infiziert / Erfolg mit Hellmittel

Von unserem Korrespondenten Alexander Mayr

Zürich, 29. Juni

Zumindest in Zürich sind Prostituierte keine Aids-Hauptübertragungsquelle. Eine Ausnahme bilden jene FixerInnen, die sich auf dem Strich den Heroinkonsum verdienen. Drei Viertel von ihnen weisen LAV/THLV-III Antikörper im Blut auf. Ob sich die Zürcher Verhältnisse, die aus einer bisher einzigartigen Untersuchung hervorgehen, auch aufs übrige Europa übertragen lassen, ist freilich ungewiß. Denn in Zürcher Prostituiertenkreisen wird ziemlich strikt nur mit Kondom „gearbeitet“. Eine weitere gute Nachricht von der Aids-Front kommt ebenfalls aus der Schweiz: Interferon zeigt zumindest gegen gewisse Aids-Nebenwirkungen in einigen Fällen Erfolge.

Während die Prostitution in Afrika erwiesenermaßen eine der Hauptansteckungsquellen von Aids ist, präsentieren sich die Verhältnisse in Europa zumindest partiell etwas anders. Das hat eine Untersuchung von Privatdozent Ruedi Lüthy von der Zürcher Poliklinik ergeben. Von 123 in die Untersuchung einbezogenen Zürcher Liebesdienerinnen wiesen zwar 15 LAV/HTLV-III-Antikörper im Blut auf. Aber 14 von ihnen gehörten eindeutig jener achtzehnköpfigen Gruppe an, die mit dem Strichgang den eigenen Heroinkonsum finanziert. Nur eine einzige Dirne mit Antikörpern konnte nicht eindeutig dem Drogenmilieu zugeordnet werden.

Ebenfalls in der Schweiz hat ein anderer Lichtblick an der Aids-Front in jüngster Zeit Schlagzeilen gemacht: Denn in der Schweiz wurde das Interferon alfa 2a von Roche und Schering Plough jetzt nicht nur wie in Amerika zur Therapie der relativ seltenen Haarzell-Leukämie, sondern auch des Karposi-Sarkoms zugelassen. Etwa ein Viertel der Aids-Kranken entwickelt ein

Karposi-Sarkom. Es handelt sich um einen Haut-Tumor, der rasch im ganzen Körper Krebsabläger bildet. Der Tumor ist von einer Reihe gravierender Symptome begleitet. Das Karposi-Sarkom wächst auch in Weichteile und innere Organe hinein und führt in vier Fünfteln aller Fälle innerhalb von zwei Jahren zum Tode.

Die konventionellen Krebstherapien brachten bisher beim Karposi-Sarkom nur kurzzeitig Erfolg. Bei einer Prüfung des Interferon alfa 2a durch Roche an über 300 Aids-Kranken sprach etwa ein Drittel der Patienten auf die Interferon-Behandlung an, und in zehn Prozent der Fälle trat eine völlige Rückbildung der Geschwülste ein.

Wissenschaftler vermuten als Krankheitsursache der Haarzell-Leukämie eine Verbindung der Familie der HTLV-Viren, zu denen auch das Aids-Virus gehört. Eine Forscherin vom New Yorker Sloan-Kettering-Memorial-Krebszentrum hat denn auch am Pariser Aids-Kongreß von hoffnungsvollen Ergebnissen bei 16 Aids-Kranken berichtet, die sich einer Interferon-Behandlung gegen das Karposi-Sarkom unterzogen hatten. Bei den meisten hätten sich nach einiger Zeit keine Aids-Viren mehr in den von ihren Blutzellen angelegten Kulturen feststellen lassen. Dieses Resultat könnte andeuten, daß Interferon die Vermehrung der Aids-Viren in Blutzellen unterdrückt.

Tagesspiegel, Berlin, 25.06.86 Anstieg an Aids-Erkrankungen vorerst nicht zu verhindern

Paris (dpa)

Bis Mitte der 90er Jahre könnten weltweit 300 000 Menschen an Aids erkrankt sein. Diese Auffassung vertrat Dr. James Curran aus den Vereinigten Staaten am Mittwoch auf dem internationalen Aids-Kongreß in Paris. Fünf Jahre nach dem ersten Auftreten der Immunschwäche in Los Angeles leiden derzeit weltweit 25 000 Menschen an dieser Krankheit. Allein 80 Prozent der Aids-Fälle werden aus den USA gemeldet. In Europa wurden bisher über 2500 Erkrankte festgestellt. Diese Zahlen sind jedoch, wie Dr. Jean-Baptiste Brunet aus Paris sagte, nur die „Spitze des Eisbergs“. Nach Schätzungen des Epidemiologen Curran sind in den USA zur Zeit etwa eine bis eineinhalb Millionen Menschen mit dem Aids-Erreger infiziert. In fünf Jahren werde es in den USA rund 74 000 Aids-Kranke geben. Brunet und Curran sprachen sich dafür aus, die gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Verminderung des Aids-Risikos zu verstärken und eng mit den Entwicklungsländern zusammenzuarbeiten. Der dreitägige Kongreß unter Schirmherrschaft der Weltgesundheits-Organisation, zu dem rund 2500 Wissenschaftler nach Paris gekommen waren, ging am Mittwoch zu Ende.

Süddeutsche-Zeitung, München, 26.6.

AIDS: Erfolg mit Knochenmarkübertragung

Durch Übertragung von Knochenmark und zusätzliche Injektionen weißer Blutkörperchen seines eineiigen Zwillingbruders ist es offenbar gelungen, das Immunsystem eines AIDS-Kranken in den USA wiederherzustellen. Wie sein behandelnder Arzt, Dr. Anthony Fauci, gestern auf der Internationalen AIDS-Konferenz in Paris betonte, bedeute das aber noch keinen Durchbruch bei der Behandlung der im allgemeinen tödlich verlaufenden Immunschwäche. Es sei vielmehr ein „kleiner, aber wichtiger Schritt“.

Im Körper des Patienten hätten sich T-4-Zellen vermehrt, die vom AIDS-Virus zerstört werden. Bei Tests habe nichts mehr auf das Vorhandensein des AIDS-Virus hingedeutet. Ob die Behandlung ein Erfolg war, kann aber erst in einem Jahr gesagt werden.

Bei zwei anderen Patienten habe die Behandlung mit Übertragung von Knochenmark gesunder Zwillingbrüder nicht angeschlagen. Möglicherweise sei bei ihnen die Krankheit schon zu weit fortgeschritten gewesen. (AP/dpa)



Frankfurter Allgemeine Zeitung, 25.06.1986

Infektionsrate bei Aids in Afrika am höchsten

Gefährlichkeit noch nicht erkannt / Kongress in Paris

vM. PARIS, 24. Juni. Mit einer bislang nicht üblichen Deutlichkeit ist auf dem zweiten Internationalen Kongreß über Aids in Paris auf Afrika als Ursprungs- und Verbreitungsgebiet der gefürchteten Immunschwäche-Krankheit hingewiesen worden. Nach Ansicht des Arztes Bila Kapita vom Hauptkrankenhaus in Kinshasa (Zaire) sind etwa sechs Prozent der Gesamtbevölkerung Afrikas mit dem Erreger infiziert.

Die Infektionsrate liegt am höchsten in Ostafrika und im südlichen Afrika: zwischen acht und 23 Prozent. In Zentral- und Westafrika beträgt sie vier bis sechs Prozent. Bei einzelnen besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen liegt die Rate weit über dem Durchschnitt. Die Prostituierten von Ruanda seien zu fast 90 Prozent infiziert, die von Nairobi zu fast 60 Prozent, die von Kinshasa zu 27 Prozent, teilte Kapita mit. Die Gefährlichkeit der Krankheit sei aus mehreren Gründen in Afrika noch nicht klar erkannt. „Der wichtigste Grund ist die bewußte oder unbewußte Gleichgültigkeit verschiedener Staaten gegenüber Aids.“ Kapita sprach in diesem Zusammenhang von einer „verborgenen oder verschwiegenen Epidemie“.

An der Konferenz, die von Montag bis Mittwoch in Paris stattfindet, nehmen mehr als 2000 Wissenschaftler teil. Nach Ansicht des Direktors der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Mahler, liegen die 30000 erklärten Aids-Fälle seit dem Bekanntwerden der Krankheit 1980 erheblich unter dem tatsächlichen Stand. Schätzungen nehmen 100 000 Krankheitsfälle in der ganzen Welt an. Mahler hält es für möglich, daß gegenwärtig

fünf bis zehn Millionen Menschen Träger und damit Verbreiter des Virus sind.

„Aids ist seit 1975 in Afrika aufgetreten, also früher als in anderen Ländern“, führte Kapita aus. Doch es sei voreilig, anzunehmen, daß das Virus in Afrika entstanden sei. Ebenso gut könne es von außen eingeführt worden sein. Nach der Erfahrung Kapitas – „der Mann, der die meisten Fälle von Aids gesehen hat“ (Mahler) – sterben 45 Prozent der Erkrankten innerhalb eines Jahres, die übrigen innerhalb von fünf Jahren.

Die afrikanischen Gesundheitsbehörden sprechen von tausend Krankheitsfällen von Algerien bis zum Kap. Ein Bericht der Weltgesundheitsorganisation, der in Kürze veröffentlicht wird, spricht dagegen von 50 000 Krankheitsfällen und zwei Millionen Infizierten auf dem afrikanischen Kontinent. Diese offiziellen Zahlen dürften dem Arzt aus Kinshasa Mut gemacht haben, mit seinen eigenen Werten an die Öffentlichkeit zu treten. Kapita sagte eine starke Zunahme der Krankheit voraus. Nach seinen Berechnungen werden jedes Jahr ein bis zwei Prozent der Infizierten zu Krankheitsfällen. In den großen Städten breitet sich die Krankheit rascher aus als auf dem flachen Land.

„Die Situation ist äußerst besorgniserregend“, erklärte auch die französische Gesundheitsministerin Barzach bei der Eröffnungssitzung. In Frankreich sind zur Zeit 878 Fälle von Aids registriert. Im vergangenen Vierteljahr haben die Behörden eine Zunahme von vierzehn Fällen in der Woche beobachtet. Die Zahl der Krankheitsfälle in Westeuropa beläuft sich auf mehr als 2000.

F.A.Z., 24.6.1986

„Nicht mehr nur die Risikogruppen“

Aids-Kongreß in Paris

PARIS, 23. Juni (AP). In Paris ist am Montag der zweite internationale Aids-Kongreß eröffnet worden. Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation, Halphand Mahler, schätzte, daß auf der ganzen Welt zwischen fünf und zehn Millionen Infizierte das Virus übertragen können. Das Virus sei nicht mehr auf die „traditionellen Risikogruppen“ wie Homosexuelle, Fixer, Bluter oder Empfänger von Blutspenden beschränkt, sagte der Kongreßvorsitzende Jean-Claude Gluckman. „Es passiert nicht mehr nur

den Anderen“, sagte er, „es kann jedem passieren, der sich nicht aus dem Sexualleben zurückgezogen hat.“

Alle Forscher seien sich einig darüber, daß die Gentechnik auf lange Sicht einen Impfstoff hervorbringen wird. Abgesehen von der Behandlung sekundärer Infektionen hat sich nach den Worten des Professors keine Therapie als wirksam erwiesen. Aids habe dazu geführt, daß die Bedeutung einfacher Vorbeugemaßnahmen wie Aufklärung der Öffentlichkeit und Beratung der Gefährdeten wiederentdeckt worden seien.

Berliner Morgenpost, 24.06.1986

Paris: Mediziner hoffen auf Impfstoff gegen die Krankheit

Zehn Millionen haben AIDS-Viren im Blut

AP/rtr/SAD Paris/London, 24. Juni

An der Immunschwächekrankheit AIDS sind bisher nach den Worten des Chefs der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit bis zu 100 000 Menschen erkrankt. Zu Beginn einer dreitägigen Internationalen AIDS-Konferenz in Paris sagte Hafdan Mahler, offizielle Zahlen von unter 30 000 AIDS-Fällen in aller Welt seien eine „grobe Unterbewertung“. Im Verlauf des ersten Kongrestages zeigten sich gestern Experten vorsichtig optimistisch, daß bald ein Impfstoff gegen die tödliche Immunschwäche gefunden wird.

Mehrere Jahre soll es jedoch noch dauern, bis ein Impfstoff gegen die tödliche Krankheit auf breiter Basis eingesetzt werden kann. Zu Beginn des dreitägigen Kongresses wurde über Entwicklungen in der Forschung und Behandlung sowie über Probleme im Gesundheitswesen berichtet, über die die mehr als 2000 Fachleute beraten.

Nicht mehr nur Risikogruppen gefährdet

Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation schätzt, daß weltweit bis zu zehn Millionen AIDS-Infizierte das Virus übertragen können. Das Virus sei nicht mehr auf die „traditionellen Risikogruppen“ wie Homosexuelle, Fixer, Bluter oder Empfänger von Blutspenden beschränkt, sagte der Kongreßvorsitzende Jean-Claude Gluckman. „Es kann jedem passieren, der sich nicht aus dem Sexualleben zurückgezogen hat.“ Alle Forscher sind sich nach Gluck-

mans Worten einig darüber, daß die Gentechnik bald einen Impfstoff hervorbringen wird und erste Versuche ermutigend verlaufen.

Der französische Professor Luc Montagnier, einer der Mitentdecker des Virus, erwartet bis Ende des Jahres Erkenntnisse, ob eine Impfung Schimpansen vor Ansteckung schützt. Es werde aber noch lange dauern, bis sie beim Menschen allgemein angewandt werden könne.

Mit anderen Kollegen warb Gluckman dafür, einheitlich die neue Bezeichnung HIV-1 (human immunodeficiency virus one) zu verwenden anstelle der verwirrenden Vielfalt von Namen wie LAV, HTLV-III oder ARV, die die jeweiligen Entdecker dem AIDS-Erreger gegeben hatten. Der Kongreß werde deutlich machen, daß HIV-1 nur durch Geschlechtsverkehr und über das Blut übertragen werde, sagte er weiter.

In einigen Ländern sei die Gefahr, bei Bluttransfusionen AIDS zu bekommen, mit der Überprüfung der Spender und der Behandlung des Blutes bereits beseitigt. Für Beschäftigte im Gesundheitswesen bestehe ein „echtes, aber geringes“ Risiko. Der Kongreß wolle genaue und realistische Informationen geben, „um Hysterie ebenso wie unentschuld bare Verantwortungslosigkeit zu vermeiden“.

Abgesehen von der Behandlung sekundärer Infektionen hat sich nach den Worten des Professors keine Therapie als wirksam erwiesen. AIDS habe dazu geführt, daß die Bedeutung einfacher Vorbeugemaßnahmen wie Aufklärung und Beratung der Betroffenen wie-

derentdeckt worden sei. Von den Politikern forderte er, ihre „schönen Worte“ über die AIDS-Bekämpfung mit Geld, vor allem für Personal, zu ergänzen.

Zentralafrika registriert „versteckte Epidemie“

Eines der Hauptthemen der Fachleute ist die AIDS-Ausbreitung vor allem in Zentralafrika, die als „versteckte Epidemie“ beschrieben wird. Während Gluckman den bei Affen vorkommenden HIV-Verwandten für afrikanischen Ursprungs hält, vertritt der zairische Experte Joseph Kapita die Auffassung, daß das Menschenvirus um 1975 nach Afrika eingeschleppt worden sein müsse. Die ersten bekannten Fälle seien 1978 aufgetreten, gleichzeitig wie in den USA und Europa.

Aus London verlautete gestern unterdessen, daß die Befehlshaber aller drei Waffengattungen der britischen Streitkräfte das Verteidigungsministerium diese Woche zur Einführung eines AIDS-Bluttests für alle Soldaten ersuchen wollen. Wie gestern in London bekannt wurde, erfolgt dieser Vorstoß im Zusammenhang mit Berichten über die Erkrankung eines jungen Gardisten an AIDS.

Der 20jährige hatte in seiner Kaserne Blut gespendet. Eine Analyse ergab „Unregelmäßigkeiten“ im Blut, so daß der Spender auffindig gemacht wurde. Eine erste Untersuchung ergab, daß er AIDS-infiziert ist. Dies wäre der erste Fall von AIDS in den britischen Streitkräften.



taz, Berlin, 26.06.1986

Internationaler AIDS-Kongreß in Paris

Forschungserfolge stehen noch aus / Erschreckende Zahlen aus Afrika

Aus Paris Georg Blume

Paris liebt die Superlative. Schon wurde die Metropole zur „AIDS-Welthauptstadt“ erklärt, als sich während der vergangenen drei Tage mehr als 2.000 Wissenschaftler aus aller Welt zur zweiten internationalen AIDS-Konferenz an der Seine trafen, um sich über den Fortgang ihrer Forschungsarbeiten auszutauschen. Der pompöse Pariser Kongreßpalast gab den entsprechenden äußeren Rahmen ab. Zu neuen wissenschaftlichen Enthüllungen kam es, wie erwartet, nicht. Professor Luc Montagnier vom führenden französischen Pasteur-Institut veranschlagte einmal mehr eine Zeitspanne bis zu zehn Jahren, die benötigt werde, um einen Impfstoff gegen den AIDS-Virus zu entwickeln. Fortgeschrittene Versuche, einem Impfstoff auf die Spur zu kommen, unternehmen derzeit die US-amerikanischen Forscher Berman und Lasky in San Francisco. An Schimpansen erproben sie die Injektion künstlich hergestellter Proteinmembranen. Sie ähneln jenen, die das AIDS-Virus umschließen und so den Körper veranlassen, AIDS-Antikörperchen im Blut zu erzeugen. „Es ist uns gelungen, einen 40-kg-Affen zu immunisieren“, so Berman in Paris, der noch für dieses Jahr erste Versuche bei Menschen voraussagt. Allerdings sieht Luc Montagnier eine „lange Periode der Auswertung“ solcher Testergebnisse voraus. Insbesondere bestehe bei derartigen Impfstoffen die Gefahr, daß der menschliche Organismus eigene Immunsysteme gegen die in der Virusmembran enthaltenen Proteine entwickeln könnte, die der Körper dann wieder an anderer Stelle verarbeiten muß. Auch ein Versuch, einem AIDS-kranken Menschen Knochenmark zu trans-

plantieren und durch zusätzliche Transfusionen von weißen Blutkörperchen das Immunsystem wieder herzustellen, der von dem US-amerikanischen Professor Anthony Fauci vorgestellt wurde, kann bislang nur vorsichtigen Optimismus wecken.

Bleibt die Suche nach einem wirksamen Impfstoff offen, die zudem von beträchtlichen Rivalitäten zwischen führenden amerikanischen und französischen In-

stituten belastet ist, so konnten in Paris erstmals Kinder- und Frauenärzte den Wert ihrer AIDS-Forschungen verdeutlichen. Infizierte schwangere Frauen geben den Virus in der Hälfte aller Fälle an ihre Neugeborenen weiter. Völlig unklar ist jedoch, in welchem Stadium der Schwangerschaft die Übertragung geschieht. Des weiteren bringt die Blutabnahme beim Fötus nicht vermeidbare Ansteckungsgefahren mit sich. Untersuchungen des franzö-

sischen Kinderarztes Griscelli ergaben, daß bei AIDS-infizierten Neugeborenen erhebliche Unregelmäßigkeiten bei der Antikörperbildung auftreten; 50 Prozent dieser Kinder sterben noch vor Erreichen des zweiten Lebensjahres.

Sozialmediziner beschäftigen sich indessen mit den Konsequenzen einer allgemeinen Anwendung von AIDS-Antikörpertests, mit denen heute in der Regel das

AIDS-Virus im Blut nachgewiesen wird. Statistische Untersuchungen von Peter O'Malley in San Francisco haben ergeben, daß bei Menschen mit positivem Testergebnis fast durchweg negative psychologische Folgeerscheinungen auftreten, die nicht aufgefangen werden. Sein Kollege J.L. Martin aus New York konstatierte den drastischen Rückgang sexueller Kontakte (bis zum Küssen) bei „zeropositiven“ Testteilnehmern. Für den AIDS-Forscher Jean Nkurunziza aus Ruanda (Ostafrika) bringen die Tests sowieso nichts. „Wir müßten die ganze Bevölkerung jedes Jahr testen. Das geht einfach nicht. Die Tests dienen nur der Ermutigung.“ Er wirft den westlichen Medizinern vor, sich in ihre Forschungsanstrengungen zu verrennen, ohne sich mit konkreten Vorbeugungsmaßnahmen gegen AIDS insbesondere für die Länder Afrikas zu beschäftigen. Daß Vorbeugung bis heute die einzig wirksame Methode der AIDS-Bekämpfung ist, weiß auch Luc Montagnier vom Pasteur-Institut. Auch er mußte sich indessen überraschen lassen, als Bila Kapita, Arzt aus Kinshasa (Zaire) zu Beginn der Pariser AIDS-Konferenz wahrscheinlich erstmals genauere Auskunft über das Ausmaß der AIDS-Verbreitung in Afrika gab. Für Ost- und Zentralafrika schätzt Kapita nach amtlichen Zahlen, daß etwa sechs von hundert Menschen das AIDS-Virus tragen. Frauen ebenso wie Männer. Afrikanische Regierungen hatten diese Zahlen aus Angst vor Sanktionen bisher nicht veröffentlicht. Offen ist, wie die Weltgesundheitsorganisation der UNO nun reagieren wird. Sie hatte die Höhe ihrer AIDS-Bekämpfungsmittel für die Länder der Dritten Welt bisher an die offiziell angemeldete Zahl von Erkrankungsfällen gebunden.



Auszugsweise aus: Pforzheimer Zeitung, 31.05.1986



PZ-Jugendredakteur Lothar Neff (links) im Gespräch mit Pforzheimer Homosexuellen.

PZ-Jugendforum mit Pforzheimer Schwulengruppe zeigt:

Aids-Angst hat Diskriminierung Homosexueller noch verschärft

Seit die Krankheit Aids immer wieder in den Medien auftaucht, interessiert es uns, wie die davon am meisten Betroffenen, die Homosexuellen, mit ihr fertig werden. Zu den Folgen von Aids gehört eine zwischen Hysterie, Hilflosigkeit und Vorurteilen gegen Homosexuelle pendelnde Öffentlichkeit. Deshalb haben sich Lothar Neff, Michael Schenk und Peter Laudenbach von der PZ-Jugendredaktion im „Goldenen Anker“ mit Homosexuellen aus Pforzheim unterhalten: Stefan (22) und Kai (22) von der Schwulengruppe „Ponte Rosa“ und Petra (20) von der Lesbengruppe „Isis“. Daß sie auf dem Foto mit verdeckten Gesichtern abgebildet werden, ist bezeichnend für die Situation der Homosexuellen, die gezwungen sind, ihre Gefühle zu verstecken, wenn sie nicht Repressalien in Kauf nehmen möchten. In Pforzheim gibt es derzeit nur zehn Fälle von Aids-Infektionen, darunter sind nach Angaben des Gesundheitsamts drei erkrankte Personen.

Wie reagiert die Gesellschaft auf Aids-Kranke?

Stephan: Durch meine Arbeit bei der Aidshilfe Pforzheim höre ich oft von Reaktionen, die man als Hilflosigkeit, oft aber auch als menschenverachtend bezeichnen kann. So lag vor einiger Zeit der erste Aidskranke in einem Pforzheimer Krankenhaus. Sowohl das Pflegepersonal als auch die Ärzte waren mehr oder weniger hilflos. Sie wußten nicht, wie sie mit ihm umgehen sollten. Gleichzeitig würde er wie ein exotisches Marsmännchen behandelt, jeder Arzt wollte mal seine Lymphknoten betasten. Als er zum Vertrauensarzt ging, bekam er zu hören, daß dieser ihm nicht die Hand geben wolle, er habe schließlich seine Akte vor sich.

Werden Aidskranke diskriminiert?

Stephan: Ja. Ein Bekannter von mir ist HTLV positiv (Virusträger, d. Red.), al-

so Aids-verdächtig. Als er an einem neuen Arbeitsplatz anfang, erhielt sein Arbeitgeber einen anonymen Brief, der ihn als Aidskranke denunzierte. Er wurde ohne Angabe von Gründen fristlos gekündigt. Ein anderer Bekannter, ein Kaufmann, erzählte seinen Kollegen, daß er Aidskranke kenne. Die Geschäftsleitung stellte ihn vor die Wahl, sich einem Aidsstest zu unterziehen oder fristlos gekündigt zu werden. Zu seiner eigenen Überraschung war er positiv. Das genügte der Firma, um ihn zu entlassen. Offenbar gibt es wirklich die Angst, daß Aids durch die Luft oder durch einen Händedruck übertragen wird.

Du meinst, eine irrationale Hysterie?

Stephan: Ja. Aidsviren befinden sich nur in Körperflüssigkeiten, sie können also nur durch Körperflüssigkeiten, etwa Blut oder Sperma, übertragen werden.

„Safer Sex“

Wie reagieren die Homosexuellen auf Aids?

Kai: Viele ziehen sich aus der Szene zurück, streng monogame Beziehungen sind wichtiger geworden. Ich glaube, viele Beziehungen werden durch die Angst vor Aids zusammengehalten. Andere Schwule verdrängen Aids vollkommen. Wichtig und erfolgreich war die Kampagne für „Safer Sex“, risikoreiche Sexualpraktiken werden immer stärker vermieden, zum Beispiel benutzen immer mehr Leute Präservative.

Wie werdet Ihr persönlich mit der Krankheit fertig?

Kai: Ich glaube, daß im letzten Sommer, als Aids langsam ins öffentliche Bewußtsein drang, jeder von uns große Angst hatte.

Glaubt Ihr, daß durch Aids die Lage der Homosexuellen schwieriger geworden ist?

Stephan: Ja. Das gefährliche an Aids ist ja, daß Vorurteile gegen Schwule wieder Hochkonjunktur bekommen. Oft werden sie für die Krankheit verantwortlich gemacht, das ist absurd, aber es paßt ganz gut in eine Stimmung, in der wir wieder stärker diskriminiert werden. Heute ist es sicher schwerer, sich zu seiner Homosexualität zu bekennen, als noch vor zwei Jahren.

Auszugsweise aus: U.S. News + World Report, Washington, 02.06.1986

HORIZONS

SEX, WITH CARE

America's affair with casual sex, that two-decade adventure launched by the Pill, is giving way to a time of caution and commitment. (...)

Single people in their 20s and 30s are worried by what public-health professionals call STD's, or sexually transmitted diseases. Not since the early years of this century, when pregnancy and childbirth were still considered major risks, have so many Americans viewed promiscuity as a hazard to health—and for good reason.

According to the federal Centers for Disease Control (CDC), the nation is in the grip of an STD epidemic that infects an average of 33,000 people a day. That figures to 12 million cases a year, up from 4 million in 1980. At this rate, 1 in 4 Americans between ages 15 and 55 eventually will acquire an STD. Millions will suffer from a painful infection that even doctors until recent years had never heard of—chlamydia, with its risk of infertility and botched pregnancies. Others will be pestered for life by herpes lesions. Thousands will be stricken and, unless a cure is found, die from acquired-immune-deficiency syndrome, or AIDS. (...)

Fear of AIDS has prompted significant, well documented changes in the lifestyles of homosexual men, who comprise three fourths of its victims. Surveys show gays having fewer sex partners and making greater use of condoms, generally considered the most effective shield against STD's.

More difficult to assess is the impact of STD's on heterosexual conduct. A *Los Angeles Times* poll of adults across the U.S.—marrieds, singles, heterosexuals, homosexuals—found 4 percent making major changes in their lives because of AIDS and 13 percent making lesser changes. Eighty-one percent reported no change—no surprise since most Americans, the authorities say, don't need to change. All along, a majority of adults have endorsed monogamy and the idea that sex should be accompanied by commitment. (...)

No disease rivals AIDS in stirring confusion and alarm. "Even intelligent people," says Atlanta therapist Stephen Sloan, "think herpes or gonorrhea can turn into AIDS." One woman recently phoned Virginia's Alexandria Hospital in a dither, asking whether she would die if she used her false teeth, which had fallen to the floor in a dentist's office.

"AIDS is quite different from any other disease," notes Allan Brandt of Harvard, assistant professor of medical history. "It strikes down people in their very early years very, very quickly and kills them." As a result, "it is affecting the way people think about sexuality and the way people act sexually."

Physicians and psychologists stress that fears of catching AIDS from heterosexual sex far outweigh the chances of that happening. Since 1981, the CDC has counted 266 cases spread by heterosexual contact—47 men and 219 wom-

en. That's roughly 1 percent of all AIDS victims.

Still, much remains a mystery. The CDC notes there is no evidence that saliva can transmit AIDS. But the virus has been found in saliva, and Dr. George Pazin of the University of Pittsburgh Medical School says it may be years before anyone knows for sure the disease can't be passed on through long kisses with someone carrying the AIDS virus. Before starting a sexual relationship, he says, one should ponder the prospects of it enduring.

Legitimate or not, scares are prompting a sharp rise in cases of what psychologists call ISD—inhibited sexual desire. "Ten years ago," observes Houston psychologist Alice Gates, "women were dealing with men the same way men had dealt with women—they were sexually aggressive. They were into one-night stands. Now, my patients don't want to sleep with anyone. They are worried about AIDS and dying." (...)

Counselors are advising singles that they should not be intimate physically unless they can be intimate verbally. Here's what Paul Pearsall, who teaches sex education at Dearborn's Henry Ford Community College, suggests that his students say to partners: "I have never had, nor do I now have, any symptoms of sexually transmissible disease, nor have I knowingly been intimate with anyone who has. Have you?"

Traditional candlelight conversation it's not, but Abigail Van Buren of "Dear Abby" fame says such a quiz is prudent. "You have to be very careful about your companions nowadays," the advice columnist notes.

How do you know that a partner is being truthful? "You don't," says Martha Gross, a psychologist in Washington, D.C. "And that's all the more reason for slowing down the sexual pace. A person is more likely to talk about a bisexual relationship after six months than on the first night."

Even an honest answer to an intimate question is no guarantee that a person is safe. While dormant in one person, an STD can be transmitted to another. Dr.

Edward Wiesmeier, director of the UCLA Student Health Center, warns students that one chance encounter can infect a person with as many as five different diseases.

That's why nearly every campaign against STD's stresses the use of condoms. AIDS has prompted a dramatic increase in condom sales to gay men. Many women in New York carry condoms in their purses, says psychotherapist Shirley Zussman. "It's kind of like a security blanket."

Physicians are complaining, though, that condoms too often are shunned. Dr. Steven R. Mostow, director of the University of Colorado's STD clinic, stockpiled 1,000 last summer and has tried ever since to give them away. But "we rarely get a taker," he laments.



Het Vrije Volk Weekeditie, Rotterdam, 12.06.1986

Afrika's vrees voor AIDS waart sneller rond dan virus zelf

Door FRITS BAARDA

Afrika staat onder westerse wetenschappers al langer bekend als de bron van Aids, de dodelijke ziekte die de menselijke afweersystemen afbreekt. Dat continent zou het virus hebben verspreid naar Europa en de Verenigde Staten, waar met de aantallen patiënten de zorgen groeiden om de bedreigde volksgezondheid. Het Westen kreeg de ellende van Afrika op hun bord, zo klonk het.

Niet de VS, maar Afrika blijkt nu koploper wat betreft het aantal patiënten. De Wereldgezondheidsorganisatie WHO publiceerde vorige week een rapport waarin melding wordt gemaakt van 50.000 Afrikaanse Aids-lijdende sinds 1980. Amerika telde er tot dusver 20.000. De cijfers worden op 28 juni in Genève tijdens een congres over dit onderwerp besproken.

In bijgaand artikel wordt onderzocht waarom Afrikaanse landen zo huiverig zijn voor veel publiciteit over de ziekte en ook waarom Aids oorzaak is van een botsing der continenten.

De verslaggever bezocht het Afrikaanse Oeganda, waar na de burgeroorlog nu de "slankheids-ziekte" het gesprek van de dag is.

Een afkeer van meisjes had John Mayanja vóór die tijd nooit gekend. Integendeel, ze betekenden de opwindende afwisseling van een zware studie medicijnen. Maar onlangs won de angst het toch van de verleiding. Toen hij met vrienden in Masaka een discotheek bezocht, verschanste hij zich de hele avond achter zijn cola en liet hij de dansende meisjes voor wat ze waren. John bleef liever uit de buurt van Aids.

In zijn vrees voor de nieuwe ziekte staat John niet alleen. Heel Oeganda raakt in de ban van Aids, de ziekte die het menselijke afweersysteem genadeloos afbreekt tot de dood erop volgt. Het is, na de burgeroorlog, een nieuwe bedreiging voor de Oostafrikanen.

Nu het oorlogsnieuws weg-ep, verwerpen alle kranten zich op het ongrijpbare medische verschijnsel, waarvan de symptomen breed worden uitgesponnen. Onvermijdelijk volgt een opsomming van maatregelen ter voorkoming van de ziekte, die zich als een „top-killer" tussen mazelen, diarree en malaria heeft genesteld.

Silimu, de „slankheids-ziekte", sluipt ook in de gesprekken, zeker in de discotheken van Masaka. Daar, en in het naburige district Rakai zou zich de kraamkamer van de besmettelijke ziekten bevinden.

„Het verspreidt zich als een bosbrand over Oeganda," wakkert een krant de vrees nog eens aan. Een weekblad weet te melden dat in Rakai reeds enkele meisjes zijn "gearresteerd" en verbannen omdat ze Aids bij zich zouden dragen.

Aids blijkt in Oeganda, behalve medisch, minstens een even groot psychologisch en sociaal probleem. Het virus HTLV-3, de verspreider van de ziekte, besmet ook het gedrag van de mensen. De seksuele omgang verandert. De Oegandese man beperkt zijn aandacht meer en meer tot slechts één vrouw, in strijd met de tot voor kort voortlevende gewoonte en traditie. Aids breekt

in enkele maanden af waar de Afrikaanse samenleving mischien jaren over zou hebben gedaan.

Paniek

Angst is ook in Oeganda een goede voedingsbodem voor geruchten. Iedereen slaat een slag naar de aantallen doden die Aids maakt. Kranten melden al vijfhonderd slachtoffers afgelopen jaar in het district Rakai alleen. Ze laten dorpeelingen zeggen dat begrafenissen een "dagelijks terugkerende activiteit" is. De minister van Gezondheid kan de wanhoop nauwelijks meer bezworen en was gedwongen deze week internationale hulp in te roepen.

De nieuwe regering van Oeganda vreest behalve de ziekte, vooral de paniek, zo kan worden opgemaakt uit haar reacties. Artsen van het grote ziekenhuis Mulago in Kampale, het Aids-centrum, hebben van de regering een verbod opgelegd gekregen om nieuwsgierige journalisten over het onderwerp te woord te staan. Een maandelijks door de autoriteiten te verstreken persbericht moet volstaan.

De doktoren houden zich over het algemeen voorbeeldig aan het verbod. Pas na herhaald aandringen wil een enkele, uiteraard onder strikte geheimhouding van diens naam, toegeven dat de toestand "hoewel door de pers overdreven toch explosief is."

Elke dag zouden tenminste twee tot drie Aids-patiënten het ziekenhuis worden binnengedragen. „Een paar minuten geleden zat zo'n ten dode opgeschreven man nog op uw stoel," zegt een van de doktoren in de beslotenheid van zijn behandelkamer.

De Oegandese arts is een van de samenstellers van een vorig jaar oktober verschenen artikel over de verspreiding van Aids in zijn land, dat het Britse internationaal gerenommeerde medische tijdschrift *The Lancet* van zoveel gewicht achtte dat het daarvoor de kolommen vrijmaakte. De auteurs spreken over de "slankheids-ziekte" als een afgeleide van het Acquired Immunity Deficiency Syndrome, afgekort Aids. Diarree, gewichtsverlies, koorts en jeuk worden de verschijnselen genoemd die gepaard gaan met de ziekte.

De schrijvers van het artikel verschaffen de lezer opzienbarende cijfers. Zo zou tien procent van het gezonde medische personeel dat in het Mulago-ziekenhuis werkzaam is, drager zijn van antistoffen tegen het Aids-virus. Zij moeten dus allen met de ziekte in aanraking zijn geweest. Overigens loopt van hen tien procent kans aan Aids te sterven.

Het zijn deze cijfers die de Oegandese regering zo huiverig maakt voor grote ruchtbaarheid van het medisch probleem. De ziekte kan ongehinderd zijn weg gaan onder de bevolking omdat wetenschappers tot nu toe in gebreke zijn gebleven bij het vinden van een remedie tegen het kwaad.

De cijfers zijn evenwel onweerlegbaar. In alle Oostafrikaanse staten is een snelle toename gemeld van het aantal Aids-dragers. De registratie van het aantal Aids-patiënten laat echter te wensen over. Terwijl de ziekte, in 1981 in de VS ontdekt, in 1983 voor het eerst als wereldwijd probleem werd erkend, heeft tot op heden geen enkel Afrikaans land bij de Wereldgezondheidsorganisatie WHO opgave gedaan van aantallen patiënten.

Dat is niet volledig toe te schrijven aan onwil bij de regeringen. De herkenning van Aids blijkt een probleem op zich. De symptomen vertonen vaak gelijkenis met tropische ziekten. Gewichtsverlies is in Afrika niet uitzonderlijk.

Bovendien verkeren weinig Afrikanen in de gelegenheid zich nauwkeurig te laten onderwerpen aan een onderzoek. Dat kan alleen met de meest moderne en zeer dure apparatuur geschieden. Wat dat betreft is het continent dus ook al het kind van de rekening.

Maar er is nog een hindernis voor wetenschappers die in Afrika onderzoek willen doen naar de ziekte en dat zijn de regeringen zelf. Zij zijn bevreesd dat een overmatige belangstelling voor het verschijnsel onder meer het toerisme grote schade zal berokkenen. In een land als Kenia zeggen regeringsfunctionarissen dat Aids slechts enkele malen heeft toegeslagen. Maar privé spreken artsen dit tegen.

Aids is voor de regering van Kenia een besmet woord. Dat is begrijpelijk omdat dit land in Afrika het Mekka is voor de Westerse toeristen. Jaarlijks ontvangt Kenia bijna een half miljoen bezoekers, van wie tallozen een safari koppelen aan



(Fortsetzung) Het Vrije Volk, 12.06.1986

een tochtje langs de hoeren van Nairobi, Malindi of het eiland Lamu.

Het zijn de prostituees die algemeen als de overdragers van Aids worden beschouwd. In het Westen verspreidt de ziekte zich vooral via homoseksuele ontmoetingen, die het virus doen overspringen, zo blijkt uit tal van onderzoekingen. Bijna evenveel mannen als vrouwen worden het slachtoffer.

Een steekproef onder de hoeren van Nairobi, van wie velen 150 tot 200 klanten per maand hadden, wees uit dat meer dan de helft met het Aids-virus in contact is geweest.

Deze en andere rapporten joegen zoveel schrik aan dat ze de kapiteins van een Amerikaanse oorlogsvloot noopten een waarschuwing te doen uitgaan naar de 11.000 mariniers die te verstaan werd gegeven uit de buurt van de hoertjes te blijven.

Tot dusver heeft Kenia alleen de controle bij de bloedbanken verscherpt, want Aids vindt ook via bloed zijn weg. De regering van Kenia deed daarmee al meer dan die van Tanzania of Oeganda, waar Aids vrijwel wordt doodgezwegen. Wel hebben medici van diverse Afrikaanse landen besloten gezamenlijk onderzoek te doen.

Westerse collega's juichen dit voornemen toe. Zij menen namelijk dat Aids onder Afrikanen een veel groter aantal slachtoffers kan maken dan in het Westen. Ze wijzen op de heteroseksuele overdracht, de nog veelvuldig voorkomende *polygamie* (één man met meerdere vrouwen), maar ook bijvoorbeeld op de vaak povere medische zorg.

Injectienaalden prikken meestal in meerdere lichamen voordat ze als afgeschreven worden beschouwd en ook de grote aantallen open wonden en zweren zouden de kans op verspreiding aanzienlijk vergroten. Het ontbreken van simpele pleisters maakt overbrenging van het Aids-virus bij intensief contact al mogelijk.

„In ontwikkelingslanden kan Aids dan ook vrijwel onbeperkt om zich heen grijpen,” concludeert de Britse specialist John Seale. Volgens de deskundige, die vanaf het eerste uur bij het onderzoek is betrokken, geven armoede, een zwakke gezondheid en slechte hygiëne de ziekte alle kans. In het Westen zijn de risicogroepen vrijwel beperkt tot homofielen, drugs-verslaafden die injectieaal-

den gebruiken en mensen die bloedtransfusies ondergaan.

Boosheid

Afrikaanse regeringen storten zich aan dit soort analyses. Ze menen dat het Westen hen de schuld van de Aids-epidemie in de schoenen wil schuiven. De irritaties beginnen nu ook politieke golven voort te brengen. Sommige Afrikaanse regeringen zouden hun medici het spreken hebben verboden op een congres over Aids vorig jaar in Brussel.

De neiging van de Afrikanen om over Aids te zwijgen komt vooral voort uit de boosheid over de theorie van Amerikanen en Europeanen dat de kwaal zijn wortels heeft in het "zwarte continent".

Dat was ook de conclusie van het Brusselse congres over de kwestie. Vijftig afgevaardigden van vijftien Afrikaanse landen schreven na afloop echter een nijldige verklaring dat "het symposium geen enkel sluitend bewijs heeft opgeleverd voor de stelling dat Aids in Afrika zijn oorsprong vindt". De ziekte, volgens hen een speling der natuur, zou de Verenigde Staten meer aangaan dan Afrika.

Onder geleerden bestond geruime tijd de vrij algemene opvatting dat Aids zijn haard had in Zaire, Centraal-Afrika. Maar recente speurtochten naar de bron leidden naar West-Afrika. Twee Amerikaanse deskundigen stuitten op bewaard gebleven bloedmonsters van twee kinderen die in 1963 woonden in Boven-Volta, het tegenwoordige Burkina Faso. Het bloed droeg sporen van Aids of een daarmee verwant virus.

Een ander team van doktoren verraste collega's in Brussel met hun ontdekking dat het Aids-virus HTLV-3, in overvloed aanwezig onder Senegalese prostituees, sterke overeenkomsten vertoont met het SLTV-virus, waarvan de dragers groene apen zijn. Die ontdekking heeft onderzoekers hoopvoller gestemd over de vraag of ooit de herkomst van het virus kan worden vastgesteld, een gegeven dat essentieel is voor het ontwikkelen van een anti-virus.

Pessimisten spreken schamper over de revolutionaire vondst. Ze houden hun collega-artsen voor dat de oorsprong van de meeste mensenziekten tot op de dag van vandaag in nevelen is gehuld.

Zeker in het begin van het onderzoek gaven Afrikaanse regeringen blij van een groot

wantrouwen jegens de teams van doktoren die zo nodig "veldwerk" moesten doen in hun landen. Ze zeiden dat dit veldwerk nog nimmer tot onomstotelijke bewijzen had geleid en ze verdachten de westerlingen ervan de schuld van het probleem op hun bord te willen schuiven.

Het is begrijpelijk dat geen enkel land gebrandmerkt wil worden als voedingsbodem van een ziekte die in heel de wereld wordt gevreesd zijn om genadeloosheid. Dat geldt overigens niet alleen voor Afrikaanse landen. Ook in de VS gaan bij de autoriteiten de stekels overeind als wordt beweerd dat Amerikaans bloed dat naar elders is geëxporteerd, het virus over de wereld heeft doen uitzwermen.

Kennis en geld ontbreken bij Afrikaanse landen om — als dat al mogelijk is — bij Amerika en Europa hun gelijk te halen. Veel ziekenhuizen ontberen zelfs de meest noodzakelijke middelen als rubberen handschoenen en propere injectienaalden om de ziekte binnen de grenzen te houden, laat staan dat ze apparatuur hebben voor geavanceerd onderzoek.

Afrikaanse regeringen spelen elkaar ook steeds meer de zwarte piet toe. Rwanda en Zambia wijzen Zaire als schuldige aan. Oeganda kijkt in de richting van Kenia en Tanzania.

„Aids trekt van de havenstad Mombassa in Kenia een spoor door Midden-Afrika, naar Zaire,” weet een arts in het Mulago-ziekenhuis, „vrachtwagenschauffeurs bevoorraden van daaruit een heel groot gedeelte van Afrika. De lange nachten onderweg brengen ze nogal eens door bij hoertjes, vooral bij de grenzen waar ze lang moeten wachten.”

Maar ook Tanzaniaanse soldaten, die in 1979 de Oegandese diktator Idi Amin hielpen verdrijven, zouden boosdoeners zijn. De dokter houdt het eveneens voor mogelijk dat de burgeroorlog, die vrij snel op de wisseling van de macht volgde, het Aidsvirus van dienst is geweest. Vooral toen de laatste dagen van Amins opvolger, president Milton Obote, waren geteld, gingen diens soldaten zich op ongekende schaal te buiten aan verkrachtingen. Aids heeft zich daardoor mogelijk in rap tempo kunnen verspreiden over heel Oeganda.

Behalve met de ravage die de vijf jaar durende burgeroorlog heeft aangericht, zit de

nieuwe regering van president Yoweri Museveni daarom nu ook met het probleem Aids opgescheept. Ze kan nog niet méér doen dan het ophangen van posters waarop de bevolking op de hoogte wordt gebracht van de gevaren van de ziekte en vooral van de voorzorgsmaatregelen die je er tegen kunt nemen. Een medicijn tegen Aids kan niet geboden worden.

Geruchten

De Oegandezen zijn zich langzamerhand goed bewust dat de ziekte door het land waart. Geruchten vinden snel hun weg. In het stadje Kyotera in het district Rakai zou in elke tweede hut inmiddels iemand zijn bezweken. Een dorpje aan het Victoria Meer, tegenover Tanzania, zou geen inwoner meer hebben — wie niet is overleden is in paniek gevlucht.

De Oegandese autoriteiten willen het nog niet echt weten. Ze doen er liever het zwijgen toe. Maar een wandeling over de vierde verdieping van het Mulago-ziekenhuis leert voldoende over de omvang van de epidemie. De speciale Aids-afdeling is ruim bezet met sterk vermagerde patiënten, die nauwelijks meer aandacht schenken aan het bezoek dat zich met potten, pannen en etenswaren op de grond rond de bedden heeft genesteld. Velen wachten de dood in het ziekenhuis niet af en keren met de familieleden terug naar hun dorpen, waar ze in hun hutjes hun lot lijdzaam ondergaan.

Maar de talloze begrafenissen blijven niet ongemerkt. De mensen zijn bang voor het onzichtbare gevaar. Het spookbeeld van Aids verlamt ook de liefde. Nog altijd vullen de discotheken in Kampala zich met Oegandezen die zich — bevrijd van de oorlog — laven aan drank en vrouwen. Met een machinegeweer om de schouders gaan de soldaten er met de meissjes in het rond. Maar velen kiezen toch een plekje aan de donkere randen van de dansvloer en kijken liever naar het schurken van de lijven in de broeierige hitte van de discolampen.

De vrees voor Aids verspreidt zich in Oeganda mogelijk sneller dan het virus zelf. In Jinja, 's lands tweede stad, zijn de vrouwen van lichte zeden door angst onder de klanten brodeloos, zo weet een lokale krant te melden.



Nieuws van de Dag, Amsterdam, 23.06.1986

Nederlandse deskundigen blij met test

door Frits Gonggrijp

Parijs, maandag
Onderzoek met behulp van de in Amsterdam ontwikkelde nieuwe AIDS-test zal de weg openen naar belangrijke nieuwe gegevens over de vraag hoe het virus zijn vernietigende veldtocht voert, de zogenaamde pathogenese.

Dr. J. Goudsmit: „We kunnen nu gaan kijken of AIDS Russische roulette met ons speelt, dat wil zeggen één op de zoveel AIDS-positief geworden mensen krijgt het, of

dat het van bepaalde factoren afhankelijk is of je het krijgt, en of die zijn te beïnvloeden. De test voorziet ons van een belangrijk ontbrekend stuk diagnostisch gereedschap.”

AIDS-behandelaar Sven Danner: „Als wij kunnen vaststellen wanneer zich de fatale fase aankondigt, en hoe vaak dat gebeurt, bij welke patiënten, dan kunnen wij ook gaan kijken wie het vatbaarst is en wie niet, wie betere kansen heeft, waar-

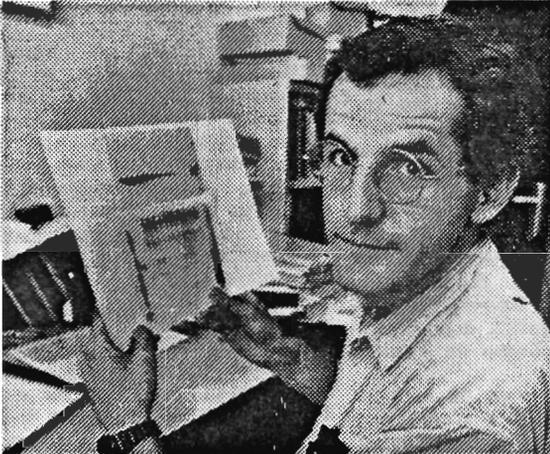
om, en of daar in de vroegere stadia iets aan te doen is.

Dat voorspellen van het eindstadium is voorlopig voor de patiënten alleen maar een bevestiging van hun vrees en dus eigenlijk slecht nieuws. Maar het vormt een antwoord op de vraag die ze toch al voortdurend stellen.

Verbeterde diagnostiek zal een betrouwbare beantwoording mogelijk maken van de vraag 'krijg ik het nou of

krijg ik het (nog) niet', maar er is nog steeds geen enkele therapie. We kunnen nog steeds niets meer dan de symptomen van de eindfase zo lang mogelijk bestrijden.

Ook het oppeppen van de eigen afweer, als dat al eens tijdelijk lijkt te lukken, bleek tot nu toe zinloos. Met de hulp van een betrouwbare test kunnen we veel beter zoeken naar een effectieve therapie, die de versterkte virusvermenigvuldiging van de fatale fase blokkeert.”



DR. LANGE



DR. DANNER



DR. GOUDSMIT

Na bloedtransfusie in 1981 Niet vijf maar negen Nederlandse baby's met AIDS besmet

Van onze speciale verslaggever

PARIJS, maandag

Pas hier op het Internationale AIDS-congres, kan een Nederlandse medische journalist te weten komen, dat het niet vijf, maar NEGEN baby's waren die al in 1981 in ons land door één en dezelfde bloedplasma-donor met AIDS werden besmet!

Het wordt de wetenschappelijke wereld trots getoond op poster nummer 416 tijdens dit congres met tweeduizend deelnemers. Toen Nederland vorig jaar nog rilde van de berichten, dat in Australië een soortgelijke cumulatie had geleid tot de besmetting van vijf baby's via de door hen ontvangen bloedtransfusies na de geboorten, waren

in Nederland in 1981 negen baby's besmet in vier maanden tijd.

De berichtgeving in Nederland beperkte zich vorig jaar tot de twee baby's die inmiddels waren overleden en de drie bij wie reeds beginnende symptomen van AIDS waren waargenomen, maar men maakte nooit melding van die anderen die ook AIDS-antistoffen hebben maar hopelijk nooit aan AIDS zullen lijden.

Nederland is dus recordhouder in het toedienen van bloedplasma van één besmette donor aan een maximum aantal baby's. Een feit dat discreet verzwegen werd voor de Nederlandse pers. Geluk-

kig dat de nieuwe tests dit risico van overbrenging van AIDS via bloedtransfusie sinds het vorig jaar tot een absoluut minimum hebben teruggebracht.

De Telegraaf, Amsterdam, 23.06.1986



Die Arbeit der Helfer

Es ist wie ein Sprung ins kalte Wasser. Obwohl Andreas praktisch wie auch theoretisch gut vorbereitet ist, empfindet er den ersten Kontakt mit einem AIDS-Kranken immer wieder als verdammt hart. Der Verlauf dieser Begegnung hängt von so vielen Faktoren ab. Wichtig sind gegenseitige Sympathie, Respekt, Verständnis und absolute Offenheit, wenn man einen AIDS-Kranken betreuen will.

Andreas ist einer von 25 ehrenamtlichen Mitarbeitern der Betreuungsgruppe für AIDS-Kranke, die von der Hamburger AIDS-Hilfe ins Leben gerufen wurde. Meist wird sie einfach »Pfleger-Gruppe« genannt, obwohl diese Bezeichnung ihr Selbstverständnis nicht ganz trifft. Denn als die Gruppe ihre Arbeit aufnahm, wollte sie in erster Linie Gesprächspartner und »Buddy« für Kranke sein. Doch die Mitarbeiter mußten bald feststellen, daß nicht einmal die Grundpflege für AIDS-Kranke ausreichend gewährleistet ist. Teils fehlt es den zuständigen Stellen an Personal, teils haben selbst ausgebildete Pflegekräfte irrationale Berührungängste vor AIDS-Kranken und wollen nichts mit ihnen zu tun haben.

So kümmern sich die Mitarbeiter der Gruppe auch um diesen Bereich. Wir besuchen Patienten in den Krankenhäusern oder zu Hause, besorgen Wege und erledigen Behördengänge. Dabei versuchen wir, dem Kranken solange es geht, den Aufenthalt zu Hause, in der ihm vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

Die Betreuungsgruppe setzt sich aus den unterschiedlichsten Leuten zusammen, die nur eines verbindet: Wir fühlen uns betroffen. Diese ganz persönliche Betroffenheit hilft uns, Emotionen zu be-

greifen. Im Umgang mit den Patienten verstehen wir uns nicht als barmherzige Samariter, sondern eher als Partner.

Bisher sind nur wenige Mitarbeiter wieder abgesprungen – trotz des hohen Zeitaufwandes, den der Einsatz von jedem einzelnen fordert. Dies liegt sicher daran, daß der Umgang mit dem zu Betreuenden nicht nur belastend ist. Im Laufe der Zeit entwickelt sich zwischen Buddy und Krankem eine Beziehung, die aufgrund der besonderen Situation sehr intensiv werden kann. Wie bei jeder anderen Freundschaft auch gibt es Nähe und schöne gemeinsame Stunden. Dies hilft *beiden* mit Ängsten und Schuldgefühlen umzugehen. Sie können sie zeigen. So viel Offenheit ist im üblichen Umgang mit Menschen, insbesondere in der Szene schlicht unmöglich.

Das Bewußtsein, daß die Krankheit AIDS nach heutigem Wissensstand mit

dem Tod endet, überschattet den Aufbau der Freundschaft. Wir als Betreuer müssen uns dieser Tatsache immer wieder von neuem stellen. Dabei hilft uns die Supervision. Man kann sie als psychologische Betreuung der Betreuer bezeichnen. Die Auseinandersetzung mit dem Tabu-Thema Sterben führt immer wieder an die Grenzen der eigenen Belastbarkeit. Wichtig ist daher der Rückhalt durch die Gruppe. Sie fängt ihre Mitglieder in schwierigen Situationen auf.

Denn oft erweist es sich als problematisch, außerhalb der Gruppe über das Erlebte zu reden. Wir machen die Erfahrung, daß sich Bekannte von uns zurückgezogen haben. Offensichtlich wird über das Thema AIDS nach wie vor am liebsten geschwiegen, wenn es persönlich werden könnte. Auch dagegen wehrt sich die Betreuungsgruppe mit ihrer Arbeit.

Wenn Sie unsere Hilfe benötigen oder bei uns mitarbeiten möchten, stehen wir Ihnen gern zur weiteren Information zur Verfügung.

Um unsere Arbeit weiterhin wirksam fortführen zu können, benötigen wir Geld. Spenden an die AIDS-Hilfe Hamburg e.V. sind steuerabzugsfähig, Spendenquittungen stellen wir aus. Konten: Haspa 1242/121125 BLZ 200 505 50 oder Postgiro Hamburg 499 13-202, BLZ 200 100 20

Seit kurzem kommt die Betreuungsgruppe der AIDS-Hilfe Hamburg jeden ersten Mittwoch im Monat um 20 Uhr zu einem *offenen Treffen* zusammen. Kontakt: AIDS-Hilfe Hamburg e.V., Magnus-Hirschfeld-Centrum, Borgweg 8, 2000 Hamburg 60, Tel.: 040/2705330.

GAY EXPRESS, Hamburg, Nr. 6 (Juni 1986)

Kliniker, Betroffene und Helfer aus ihrem Umgang mit AIDS

Am 19. März fand auf der 76. Sitzung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit eine öffentliche Anhörung zum Thema »Bekämpfung des erworbenen Immun-Mangel-Syndroms (AIDS) – Maßnahmen gegen AIDS« statt. Aus dem stenographischen und bislang noch unkorrigierten Protokoll wollen wir hier aus der Fülle der Vorträge den Beitrag von Frau Prof. Helm in Auszügen wiedergeben, der sich vor allem mit den klinischen Erfahrungen beschäftigt, die man in der Frankfurter Klinik mit Positiven und mit AIDS-Patienten gemacht hat.

Frau Prof. Helm: »Zunächst möchte ich für die Kliniken folgendes sagen: Es gibt heute sicherlich in der ganzen Bundesrepublik Institutionen, die AIDS behandeln müssen. In den Krankenhäusern ist man sich teilweise gar nicht klar darüber, welche Patienten man da vor sich hat. Denn die Erkenntnisse über diese Krankheit sind noch viel zu wenig verbreitet.

Wir haben in der Inneren Medizin unserer Großklinik in Frankfurt – das ist eine Universitätsklinik – bislang 63 Patienten mit AIDS. Nehmen Sie einmal die Zahlen anderer Institutionen bzw. Krankenhäuser. Die sind wesentlich geringer. Oder es gibt überhaupt keine. Meines Erachtens wird bei den meisten Patienten mit AIDS diese Krankheit heute noch nicht richtig dia-

gnostiziert. Ich kann mir gar nicht vorstellen, warum ausgerechnet Frankfurt – die Stadt ist ja auch nicht viel größer als eine Reihe anderer Städte und stellt auch sonst nichts Besonderes dar – so viele AIDS-Patienten hat.

Im Jahre 1982 haben wir die ersten drei Patienten gesehen. Seit dieser Zeit untersuchen wir kontinuierlich Patienten aus Risikogruppen, die zu uns kommen. Das gilt insbesondere für die Freunde der zuerst Erkrankten. Von daher haben wir mittlerweile eine große Erfahrung im Hinblick auf die Langzeitbeobachtung.

Noch ganz kurz ein paar Sätze über die Zahlen: Wir haben im März 1986 63 Patienten. Zum Jahreswechsel waren es 50. Alle acht bis neun Monate – Herr Professor Koch hat das ja bereits

gesagt – haben wir eine Verdoppelung der Zahlen zu verzeichnen.

Es war bislang so, daß in etwa die Hälfte der Patienten starb. Man kann es auch so ausdrücken: Ein Patient stirbt, zwei neue kommen. Wenn Sie von einer Verdoppelung in etwa neun Monaten ausgehen, würden wir zum Jahreswechsel in Frankfurt etwa 120 Patienten in unserer Klinik haben. Davon wären dann aber bereits gut 70 gestorben. Spätestens 1987 werden wir in Größenordnungen kommen, die wir nicht mehr bewältigen können.

... Die Langzeit-Beobachtung ist sehr wichtig ... Wenn man eine Langzeitbeobachtung in Gang setzt, muß man sich darüber im klaren sein, in welchem Zustand sich die Patienten bei Beginn der Erkrankung befinden. Aus diesem Grunde muß man eine Stadien-Einteilung – selbst wenn sie etwas Schematisches hat – etablieren. Und diese Stadien-Einteilung deckt sich weitgehend mit den in Amerika jetzt angewandten Einteilungen.

Danach ist es so, daß die Gruppe Ia lediglich Personen aus Risikogruppen beinhaltet. In der Gruppe Ib finden sich Personen aus Risikogruppen, die bereits

AIDS-Hilfe Frankfurt: Ist Safer Sex wirkungsvoll?

Helm: Ja, das ist wirkungsvoll, das kann ich Ihnen ganz genau sagen. Es gibt eine so schöne Tabelle, daß die Anzahl der Geschlechtskrankheiten abgenommen hat. Das halte ich schon für wichtig. Wir haben im Moment nichts Besseres. Die Ansteckungsgefahr wird dadurch reduziert. Die Mehrzahl der Betroffenen ist sehr darauf bedacht, das Virus nicht weiterzugeben.

AIDS-Hilfe Frankfurt: Sollten Positive gar keinen Sex haben?

Helm: Mit Vorsichtsmaßnahmen. Die heterosexuelle Szene hat aus Angst vor ungewollten Schwangerschaften schon immer mit Vorsichtsmaßnahmen gearbeitet – schrecklicher Ausdruck. Ich halte es aber für undurchführbar z.B. ohne Hautkontakte zu leben auch für unmenschlich. Es gibt nur wenige Menschen, die ohne so etwas auskommen. Ich fasse die Patienten immer an, und ich merke, daß ihnen das gut tut.

AIDS-Hilfe Frankfurt: Wie ist das mit

Sex von Positiven untereinander?

Helm: Das kann man z.Zt. noch nicht abschließend beantworten. Es sind sicherlich mehrere Virus-Mutanten möglich, und so kann es sein, daß sich ein Patient diese Superinfektion holt, die die schwere Immunschwäche ausmacht. Wir werden mehr wissen, wenn wir das Antigen, also den Erreger selbst, nachweisen können. Dann können wir z.B. sagen: »Hör mal, du hast den Typ von Virus im Blut und du einen anderen.«

AIDS-Hilfe Frankfurt: Was halten Sie von der These, daß sich für zwei miteinander monogame Positive das Risiko minimiert?

Helm: Ja, das glaube ich auch. Wenn Sie einen Zirkel mit zehn Positiven machen, und 9 verschiedene Viren dabei sind, dann nicht. Wenn beide den absolut gleichen Virusstamm haben und miteinander monogam sind, ist das Risiko wahrscheinlich minimiert.

AIDS-Hilfe Frankfurt: Wann sollte ein Positiver zum Arzt?

Helm: Es ist folgendermaßen: Über eine gewisse Zeit ist der Infizierte ganz gesund. Diese Phase kann sicherlich unterschiedlich lang sein, möglicherweise mehr als 5 Jahre. Wenn der Betroffene aber nach dem Testergebnis wissen will, wo er steht, dann muß man gleich immunologische Untersuchungen machen. Bei uns werden die Patienten regelmäßig bestellt, damit wir die Krankheit richtig kennenlernen und Erfahrungen sammeln können.

Ansonsten sollte man immer zum Arzt gehen, wenn man eine Verschlechterung bemerkt, oder etwas Ungewöhnliches (z.B. Gürtelrose).

Wer sich körperlich fit fühlt, braucht keinen Arzt in nächster Zeit – vielleicht ein oder zwei Jahre. Das hängt auch ein wenig vom eigenen Gefühl ab.

Aber ich möchte auch betonen – und das tut mir leid –: Hausärzte haben oft noch sehr große Schwierigkeiten. Es wird wirklich noch sehr viel gezögert. Zum Teil wundern mich schon die Fragen, die an mich gestellt werden.



infiziert sind. Dagegen sind in der Gruppe 2a Personen mit einem mäßigen Immundefekt, in der Gruppe 2b solche mit einem schweren Immundefekt. Und die Patienten mit AIDS befinden sich in der Gruppe 3a.

Was ist aus den Patienten geworden, die wir drei bis 36 Monate lang beobachtet haben? Insgesamt 8 Prozent dieser Patienten haben AIDS bekommen. Es zeigt sich ganz klar: Je weiter der Immundefekt beim Eingang in diese Studie war, um so größer ist der Prozentsatz derjenigen, bei denen sich AIDS entwickelt hat ... Der Trend geht immer zur Verschlechterung hin. Nur in Ausnahmefällen – da handelt es sich meines Erachtens aber um eine Fehlbeurteilung des Gesundheitszustandes zu Beginn der Untersuchung – gibt es eine Besserung.

Wir wollen uns jetzt den Patienten zuwenden, die mittlerweile 24 bis 36 Monate beobachtet werden: Bei Eingang in die Studie waren sie alle infiziert; das war das Kriterium. Aber sie hatten zum Teil noch keine Krankheits-symptome. Aus dieser Patientengruppe haben 19,2 Prozent AIDS entwickelt.

Bei denen, die zwischen einem Jahr und zwei Jahren beobachtet wurden, waren es 15 Prozent. Und bei denen, die zwischen einem halben und einem Jahr beobachtet wurden, betrug die entsprechende Zahl drei Prozent. Von den Patienten, die bis zu einem halben Jahr beobachtet werden, hat noch niemand AIDS.

Daraus resultiert: Je länger die Beobachtungszeit, um so höher der Anteil der Patienten, die AIDS bekommen.

Wenn man die Patienten daraufhin betrachtet, wie ihr Gesundheitsgrad zu Beginn der Studie war, kommt man zu ganz anderen Zahlen. Von denjenigen, die 1982 einen schweren Immundefekt hatten, sind heute 57 Prozent an AIDS erkrankt. Daraus resultiert meines Erachtens, daß ein bedeutend höherer Prozentsatz von Patienten AIDS bekommen wird, als bisher angegeben wurde. Ich wage zu sagen, daß von denen, die schon einen Immundefekt haben, an die 100 Prozent bekommen werden.

Über die Menschen, die nur infiziert wurden, aber noch gesund sind, kann ich nichts im Hinblick auf den Prozentsatz sagen. Dafür habe ich meine Studien noch nicht lange genug durchgeführt. Ich weiß auch nicht, wie hoch der Prozentsatz bei dieser Gruppe sein wird, der überhaupt Krankheitssymptome zeigen wird.«

Gai Pied Hebdo, Paris, Nr. 225 (21.06.1986)

L'association AIDES : un bilan positif

Au Palais des congrès de Paris, dans le cadre de la conférence internationale sur le sida (du 23 au 25 juin), une **journée des associations d'aide aux malades** se déroulera le 25 juin dans l'après-midi. Une initiative que l'on doit au comité d'organisation du congrès, présidé par Jean-Claude Gluckman, de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Daniel Defert, président de l'**association AIDES**, s'en montre tout particulièrement satisfait : « *Contrairement à ce qui s'était passé lors du premier congrès à Atlanta, l'an dernier, où les associations étaient présentes, mais non invitées, là, les scientifiques ont compris que notre rôle dans l'aide aux malades et la prévention de la maladie était très important. Ils nous ont donc demandé de nous associer à part entière à cette manifestation.* » Des Etats-Unis et de l'Europe entière, des membres des associations d'aide vont donc venir à Paris pour confronter leurs expériences. Dans la plupart des pays européens, des structures se sont mises en place pour lutter contre la maladie. Elles sont quelquefois spécifiquement destinées aux homosexuels, comme **Allô homo sida** en Belgique, mais la plupart se sont fixé comme but d'informer et d'aider en dehors de tout critère sexuel. C'est le cas d'**AIDES** en France ou de **Deutsche Aids Hilfe** en Allemagne fédérale.

Mais ce mouvement n'est rien si on le compare à celui observé aux Etats-Unis où plus de mille associations se sont créées. Certaines comme le **Gay Men's Health Crisis** à New York ou le **Shanti Project** à San Francisco, disposent de structures et de moyens considérables : « *Le congrès, poursuit Daniel Defert, va nous permettre, en tout cas, de faire le point sur le travail*

effectué, et nous commencerons la journée par une plate-forme commune des groupes européens. » A noter que pour la journée des associations, le congrès (dont l'organisation coûte fort cher) sera accessible au public pour la somme de 200 F (au lieu de 2 000 F pour le congrès). Le bilan qu'**AIDES** pourra présenter sera largement positif. Dans le rapport de l'association pour l'année 85, Daniel Defert se félicite qu'« *AIDES ait fait la preuve de la force de son projet, de sa rigueur et de la stabilité de son organisation.* »

Aujourd'hui, **AIDES** compte 1 200 adhérents. 80 volontaires ont suivi des week-ends de formation pour « *l'accompagnement psychologique des grands malades* » et 31 malades ont bénéficié de cette assistance. La permanence téléphonique a reçu près de 8 000 appels. Un réseau de médecins de ville, une aide sociale et juridique, un groupe de loisirs, une politique de prévention de la maladie ont été mis en place. Enfin, grâce aux dons (1 million de francs grâce à l'action de Line Renaud), aux subventions (250 000 F du secrétariat à la Santé et 40 000 F des laboratoires Abbott), **AIDES** peut présenter un bilan financier équilibré.

R.S.

AIDES, BP 759, 75123 Paris cedex 03.
Permanence téléphonique – 7 jours sur 7 – de 19 à 23 heures (Me et D : médecins spécialistes) : (1) 42.72.19.99.
Radio-répondeur et bulletins d'information : (1) 48.04.00.99.
AIDES sur minitel : 36.15.91.77 – code d'accès : TV INFO puis AIDES.
AIDES-Marseille Me de 20 à 22 heures : 91.25.61.29.

Wir danken Frau Professor Helm für das Gespräch, das **André Koskowski** und **Willi Brandt** von der AIDS-Hilfe Frankfurt mit ihr führten.

Abdruck mit freundlicher Genehmigung der AIDS-Hilfe Frankfurt.

(Fortsetzung) GAY EXPRESS, Nr. 6



Bay Area Reportes, San Francisco, 19.06.1986

Scientists Puzzled Over Drop In KS

Decline in Use of Poppers May Explain Fewer Cancer Cases

by George Mendenhall

Scientists and health officials are baffled as to why Kaposi's sarcoma has dropped from 34 percent to 14 percent among AIDS cases since 1981. There is speculation that it may be related to safer sexual practices among gay men and to a decline in the use of amyl and butyl nitrites (poppers). Only 5 percent of all KS cases are non-gay.

It has also been revealed that those 100 people who have lived three or more years with AIDS primarily have KS, according to Dr. Harold W. Jaffe of the federal Centers for Disease Control in Atlanta. Researchers are hopeful that they will now be able to discover what medical or lifestyle factor exists that would cause KS cases to decline and prolong life.

NITRITES AND KS

Nitrite drugs, when inhaled, produce a "rush" that is believed by some to enhance sexual pleasure. The drugs have been widely used in urban gay communities in the past.

Dr. Harry Haverkos, an AIDS epidemiologist at the National Institutes of Allergy and Infectious Diseases in Bethesda, Md., has called for extensive research into the possible relationship between KS and nitrites. The doctor produced a research paper in 1984 that indicated that nitrite usage negatively affected the immune system. His study was leaked to the gay press after the CDC refused to announce its contents to the public.

Hank Wilson, local health advocate, states that the decline in the use of nitrites could be a contributing factor in the decline of

KS. He attacked the CDC for its refusal to do research on nitrites.

"The gay press," Wilson stresses, "has made the most significant contribution in this effort. But it is a running battle with the CDC to convince them that they should at least give out a warning to the nation. While the CDC has indicated to me in correspondence that the use of poppers is a possible co-factor it will not take a public position."

A San Francisco ordinance requires warning signs be posted wherever nitrites are sold. Legislation is pending in Sacramento (SB-1928) that would require similar signs throughout the state wherever nitrites are sold. Both measures were initiated by Wilson.

"While popper sales have declined," Wilson said, "they are still being sold in many discos

and adult bookstores. Some people buy them through the mail. Most gay people around the country are still closeted and do not see the gay press. If the CDC put out even a qualified warning, it would be in the daily press and reach these people."

Dr. Jaffe is urging the CDC to begin interviewing people with AIDS who are not gay but who have KS in order to determine what factors there are that result in their getting KS. He said the CDC should be interested in what they have in common with gay men sexually or what common environmental conditions there are.

The average survival time, the CDC reports, for a person diagnosed with KS is 18 months. The CDC suggests that there is a higher incidence of KS than is being reported since some doctors rely more on their visual observations than on taking biopsies. Biopsies are required for federal statistical purposes. Some doctors may not be well informed about AIDS and may not be observing AIDS conditions and, thus, not reporting them. This may be particularly true outside California and New York where doctors are less knowledgeable about AIDS.

The June 9 national CDC statistics give a total of 21,517 reported cases thus far of AIDS. Of these, 11,713 have died. The CDC predicts that the number of reported cases and deaths will increase tenfold in the next five years as the disease spreads. ●

G. Mendenhall



interview

FACED with the problem of Aids, one of the most difficult decisions which gay men must make is whether to take the test. And this decision is made much harder by the knowledge that no firm conclusions can be reached from the vague implications of an antibody test.

As yet, there is no test which will tell you if you're likely to develop the syndrome, but there *are* tests which will tell you if you've been in contact with the HTLV-3 virus.

Those who have been in contact with the virus will usually develop antibodies and it is the presence of these antibodies which is being checked by the test. But the presence of antibodies (a condition known as 'antibody positive') does not mean that a person will develop Aids. Most estimates suggest that only 10 percent of people who are antibody positive will develop full-blown Aids.

Similarly, those who have no sign of antibodies (a condition known as 'antibody negative') have no sure way of knowing that they won't develop Aids.

People who discover they are antibody positive usually remain healthy—but they often face a high level of anxiety about the prospect of getting Aids. Such anxieties can have a damaging impact on gay lifestyles and relationships, as Sue Winter found when she talked last year to American gay novelist Edmund White, who now lives in Paris.

Sue Winter: Why did you leave New York?

Edmund White: My flatmate and I left at the same time. We're the best of friends and having had so many friends die in New York we felt that our own days were numbered if we stayed there. When we came here we were initially quite promiscuous because at that point there were few people who had Aids in Paris. We did not observe safe sex rules, actually the concept is fairly new. The Gay Men's Health Crisis in New York has recently completely changed its tune. They now seem to say that it's safer to go to the sauna and have safe sex with thirty people than to have unsafe sex with your lover in bed.

SW: What made you decide to take an HTLV-3 test?

EW: I have a lover who has had a very sheltered sex life. Until he met me, he had only had sex with the same lover for ten years and they had been faithful. He insisted that we have the test because he assumed that we'd both be negative; he's very obsessed with health issues in general, not just Aids.

To me it was obvious that he was going to test negative and I positive and I

said so. That is, since I knew that a large percentage of gay men in New York were testing positive this would probably include me, but because of the nature of our kind of sex life—no exchange of body fluids—which was the accommodation we had come to, he would be all right. He felt that we would both be the same either way.

I said that I felt that if I were positive and he negative it would introduce an unbearable strain on our relationship. What would we really know? Since only 5-10% of those who are antibody positive later develop Aids symptoms and, as sero-conversion can take up to six months thus making a negative result dubious, it had limited value. It's therefore possible that the positive partner would remain healthy, but the one who now appeared safe might yet be the one who got Aids. As there is no cure it seemed useless information.

However, we took the test. We did not get it done in Paris and waited two months for interpretation of the results. It was an agonising period. Just before, he chickened out as he couldn't live with knowing were he to be 'positive', as in the intervening time his ex-lover and new friend had tested and were antibody positive. He was appalled and realised

□



(Fortsetzung) Gay Times, Nr. 93

A TESTING DILEMMA

▷ the likelihood was there for anyone actively gay. I got impatient and told him that it was always better to know. If he were negative (as I believed) then it would be important to preserve that status, by continuing safe sex, for when a vaccine was produced. He was persuaded and, sure enough, we went in and were told that he was 'negative' and I 'positive', just as I had thought.

SW: What was the initial impact on your lives?

EW: Well, we then went off for a romantic trip to Vienna which had already been planned. I just wept the whole time. I didn't want him to go through it all, felt I was being irrational, would get up, go to the bathroom, cry and then come back. Finally he realised what was happening and was sweet and reassuring. That was all last summer.

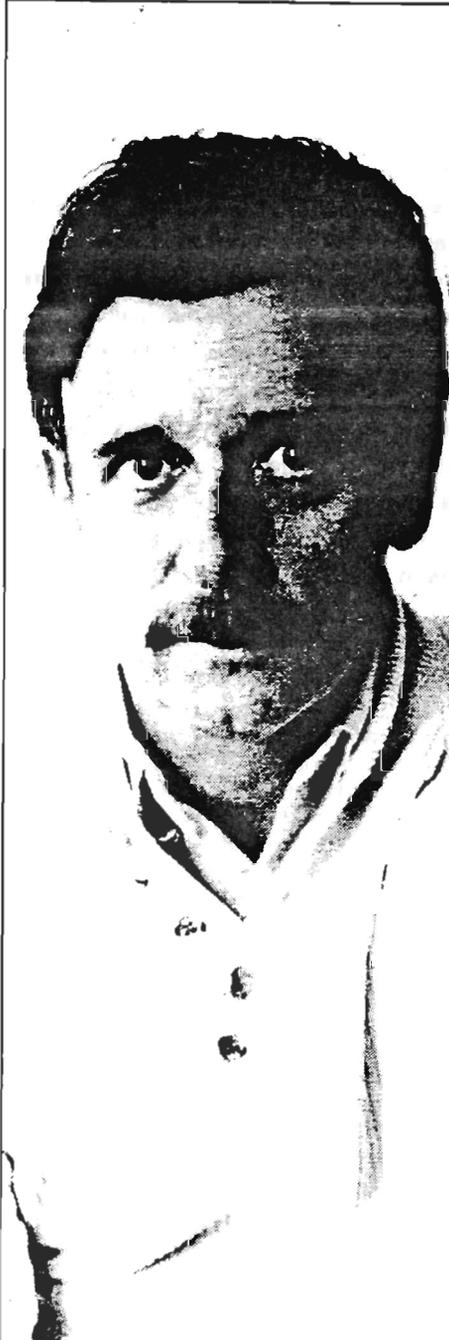
SW: How are things now?

EW: Since then, I would say we've had real strains on the relationship but it continues. Now, however as we are speaking a new hurdle has come up. He has a good friend who had developed Aids, specifically Kaposi's Sarcoma, and has seen the spots that the man has developed all over. And now my lover has developed one spot on his leg. It was removed for biopsy and they have grown a culture.

The doctors have refused to say "Oh, it's probably nothing". They say it could very well be Kaposi's Sarcoma. I think that's very peculiar. I've never heard of such a case in which there were no other symptoms, particularly as he tested negative. It may be a little local skin cancer of course, but I still feel that, having been through all this mental suffering, he's not going to want to renew our sex life.

I should point out that he lives in a different city so we only see each other about once a month. This already makes the relationship fairly difficult to maintain, although we do phone or write every day. I really do love him; we've been together a year and a half now and I've never been quite so happy in an affair so it's just terribly depressing to think that it could end over this.

'I WOULD BE HEART-BROKEN IF I WERE TO TRANSMIT AIDS TO MY LOVER'



SW: What wider implications have your own personal experiences highlighted?

EW: Every gay couple I know is going through something like this. I know that

we're not alone in this kind of suffering. It seems to me that if both lovers are negative that's good, because it would suggest to them that they should continue to be utterly faithful to one another. If both lovers are positive then that's okay, because they're both in the same boat, although obviously prey to all the fears that a positive result may bring.

When only one is positive then there is the danger that he may feel like a pariah. This whole thing therefore creates a total new moralistic atmosphere.

SW: And your own feelings?

EW: Irrationally I'm bitter, as I feel that had we not known we could have gone on as before—being faithful and hoping for the best. Rationally, I'm not so bitter. I would be heart-broken and guilt-ridden if I were to transmit Aids to my lover, or anyone for that matter.

I know of a case where one lover was faithful but the other played around. Ironically the faithful one is now terminally ill. I wouldn't like to be in that situation. There's no way to win all the way round. It's all very fraught.

SW: It would seem from your experiences that the test was unhelpful.

EW: Yes. There are tests which are now being developed in France which it is hoped will prove to be a far more accurate diagnostic tool and may even allow doctors to predict the likelihood of going on to develop Aids if positive and whether one is contagious. These are the two great questions—are you a healthy 'carrier' and will you develop Aids yourself?

SW: How do you see the immediate future for the gay community?

EW: What is important is that gay life should not be allowed to dwindle into a single issue experience. Not only must we fight the fight of Aids, but we must also fight the fight to maintain gay culture. It's important to have gay plays, music, literature and dancing as well as gay pride. The whole full effort of gay culture must continue. The sad thing is that since gay liberation, gays have fought to de-medicalise the concept of gayness. It is now being re-medicalised; it's being handed back to the doctors. It is up to us to hang on to what we have gained as a community. ■

FOOTNOTE: Latest news from Ed White is that the biopsy done on his friend's leg has proved negative and, despite all the traumas of the last year, their relationship has survived.



Aids: Questions and Answers—V G Daniels (Cambridge Medical Books, £3.95); **Aids Concerns You**—Jonathan Weber & Annabel Ferriman (Pagoda Books, £2.95); **The Management of Aids Patients**—David Miller, Jonathan Weber & John Green (Macmillan, £10.95); **The Plague Years: A Chronicle of Aids the Epidemic of Our Time**—David Black (Picador, £3.50); **Aids: A Plague in Us**—Tony Vass (Venus Academia, £6.95)

It's been impossible for some time to keep abreast of the enormous outpouring of writing on Aids. Here are five more contributions to recently land on my desk.

The first two—by Daniels and Weber/Ferriman—join the already estab-

The library of Aids

lished tradition of basic information texts; where straightforward answers are given to often complex questions. For readers who've kept up with debates, these books provide nothing new; but for a novice they will be valuable. Daniels book answers fewer questions, but more fully, than Weber and Ferrimans. The latter book however also provides some detailed and insightful case studies and because it is both cheaper and will give 50p of its proceeds to Aids research, it is the one I would go for. Both however are very limited, and out of date before they're even published. They will have many successors.

The Management of Aids Patients is not for general reading—being a much more medical and technical guide for dealing with Aids linked illness. It ranges over clinical management and nursing to counselling and has useful chapters on less discussed areas like 'the worried well' and 'Arc'. Although this is the first book like this to draw upon the UK experience, there are many similar ones already available from the USA. There is little new; and the book is striking for its cold tone: it is all classifications and listings —not a human voice is to

be heard or a human emotion to be felt. Apart from the nursing chapter, there are not even any case materials. It is a cold, dry book—I suppose they have to be?

In contrast David Black's *The Plague Years* takes us to the other extreme: highly readable popular journalism. I first read this in 1985 when it appeared in *Rolling Stone* and this edition is largely unchanged. Some may find its style too flip—it reads almost like a novel—but if you want, dare I say it, an "enjoyable" read on Aids, then this is probably it.

But the best of this month's little bunch, for me, is a sociological study by Tony Vass. A sociologist, he is not concerned with Aids as a medical problem but instead charts how we have turned it into a social problem. He looks in detail at how the British media has handled Aids; produces findings on the attitudes of the public—some of them are truly outrageous; and provides a valuable social history of Aids in the UK. It is a readable introduction to the sociology of Aids.

A lot of new books then—and many more to come. In this batch, though, there's not a single recognisably gay voice! **Ken Plummer**

GAY TIMES, London, Nr. 93, (Juni 1986)



Auszugsweise aus: AIDS-Info 8, (Juni 1986); Beilage zu: Gay Krant, Best. (NL) 6/86

Van normale condoms scheurde 1 op de 5!

Veiliger homocondooms eindelijk op de markt

(Door Janhuib Blans)

Ook het neuken mét condoom is niet zonder risico (scheuren, afglijden), maar als je het toch doet, dan met een goedgekeurd(!) homocondoom. Dat is de mededeling die de homocondooms zal begeleiden die dezer dagen eindelijk op de markt komen.

Ruimschoots later dan aanvankelijk was aangekondigd, zullen eind juni de degelijke homocondooms 'Gay-Safe' (Mapa/HVSH) en 'Duo' (Durex) verkrijgbaar zijn. Gaysafe is te bestellen door f 9,- plus f 5,- verzendkosten over te maken naar giro 1505030 t.n.v. Centraal Middelens Depot NVSH te Den Haag. Vermelde: drie ex. 'Gaysafe' of 'bestelnummer 110'. 'Duo' komt vooral te koop in het homo-circuit.

De condoms voldoen aan zowel hoge technische eisen als aan eisen van gebruiksvriendelijkheid. Uitgebreid onderzoek is aan de productie van deze condoms vooraf gegaan. Zo is vastgesteld welke treksterkte de latex moet hebben, hoe dik het materiaal mag zijn, welke de beste pasvorm is en welk condoom ook bij het vrijen het prettigst ervaren wordt. Het onderzoek is gedaan door Ron Oud, medicijnen-student.

ONDERZOEK

Van zestien deelnemers aan het onderzoek zijn door Oud de gegevens verwerkt tot een advies over stevigheid en aantrekkelijkheid van het nieuw te produceren homocondoom. Stevigheid en aantrekkelijkheid blijken elkaar tegengestelde te zijn: is het stevig dan voelt het niet lekker, is het pijpen ermee onprettig en ben je uren aan het klungelen voor je het ding om je pik hebt. Uiteindelijk zijn er eisen uit de bus gekomen die een goed (toe)pasbaar condoom opleveren. Voldoende glijmiddelen wordt meegeleverd en

een plat ringetje zorgt ervoor dat de dingen op hun plaats blijven. Het ringetje heeft bovendien de werking als cockring, het maakt de penis harder. Inmiddels is ook duidelijk geworden dat het latexvlies geen LTHV-III doorlaat. Eerder berichtten wij al dat mevrouw prof. dr. S. Sprecher, van het Brusselse Instituut Pasteur met dit onderzoek aan de gang was. Haar uitkomsten komen overeen met die uit recent Californisch onderzoek.

WETGEVING AANPASSEN

De eisen die aan condoms gesteld worden in het Besluit Rubbercondomen (Staatcourant 18/8'79) zijn gebaseerd op het gebruik bij vaginaal verkeer. Door het onderzoek van Oud is nu aangetoond wat wij uit de praktijk al wisten: die dingen scheuren bij het kontneuken ('anogenitaal verkeer'). Het Besluit Rubbercondomen moet worden aangepast aan de eisen die bij kontneuken moeten worden gesteld. Daarmee zijn ook hetero's gebaat die soms, op deze wijze de liefde bedrijven.

Interessant is verder dat condoms, naast hun betekenis als middel ter beperking van geboorten, steeds meer gebruikt worden als voorbehoedmiddel tegen ziekten. Het was deze wending die de fabrikant van Durex (Londen Rubber Company) aanvankelijk met argusogen bekeek. De koppeling condoom-ziekte leek de marketingmensen in Londen niet zo gunstig voor de omzet op de lange duur. Ook al rekende het Nederlands reclameburo HVR Advertising voor dat er onder homo's een redelijke markt aanwezig was, de persoonlijke inzet van Annet Welling, van Durex Nederland was er voor nodig om de Londense bazen over hun argwaan heen te helpen.

VERSPREIDING

Hoewel door de mensen die aan het

onderzoek van Oud meewerkten de drogist als een logisch verkooppunt werd beschouwd (voldoende privacy en discreetheid) zal van deze verkooppunten beperkt gebruik worden gemaakt. Dat heeft vooral te maken met het feit dat Durex bang is dat hetero's zich zullen afvragen of 'hun' condoms minder veilig zijn. Bij anaal verkeer is dit zeker het geval. Onder de normale condoms die in het onderzoek werden gebruikt scheurden maar liefst een op de vijf! Ook door dr. Bruce Voeller werd in het afgelopen najaar in het British Medical Journal gewaarschuld voor het gebruik van vaginale condoms bij kontneuken. Hij schatte dat in ongeveer tien procent van de gevallen condoms falen als voorbehoedmiddel bij geboortebepaling. Het is duidelijk dat de faalkans bij kontneuken (Heavy duty) aanzienlijk hoger ligt. 'Daarom is het onverantwoord dat verschillende firma's gewone condoms op de markt brengen onder een 'homo-verpakking', aldus drs. Hans Moerkerk van het Aidscoördinaat. Hij verwijst daarbij onder andere naar het merk 'Gay Gum' dat door bij de B-1 sexshops te koop is. (...)

MARKETINGSRAPPORT

De berekening die HVR Advertising ten behoeve van Durex maakte is de moeite waard te bekijken: 'Het aantal mannen tussen de 20 en 55 jaar, de sexueel meest actieve leeftijdsgroep, bedraagt in Nederland 3,6 miljoen. Laten wij dit cijfer ophogen tot vier miljoen met actieve 20- en 55+ers. Het gemiddelde homo-percentages wordt algemeen geschat op 5%. (Dat is een schatting van de Amerikaanse onderzoeker Kinsey betreffende het percentage exclusieve homo's. Het aantal mannen dat homoseksuele contacten heeft is ook naar zijn schatting zeer aanzienlijk hoger, red.) 'Wij praten dus over ca. 200.000 homoseksuelen', aldus het interne marketing rapport. 'Schatten wij het aantal



mannen dat sexueel actief is, met wisselende partners te maken heeft en technieken hanteert die het grootste risico op het overbrengen van AIDS inhouden op 2/3, dan omvat ons potentieel (de mogelijke markt, red.) 135.000 mannen. Een op de twee mannen koopt het benodigde condoom (wordt niet onderbouwd, red.). Bij een gebruiksfre-

quentie van 75 condooms per jaar zou de doelgroep kunnen afnemen: 135.000 gedeeld door twee maal 75 = vijf miljoen condooms'. Het interne rapport vervolgt: 'Maar binnen de groep die aan bovengenoemde criteria voldoet is natuurlijk lang niet iedereen in voor het condoom. Denken wij bijvoorbeeld aan de promiscue 'hard core' van het flikkerfront,

bezoekers van homobars, sauna's en darkrooms die op 20 á 30% van alle homoseksuelen, dus op 40 á 50.000 geschat wordt en waarvan een deel het condoom zal afwijzen'. Ook wordt in het rapport opgesomd dat een deel van de homoseksuelen de voorkeur zal geven aan 'Veilig Vrijen'-technieken boven het gebruik van een condoom. De verkooppotentie loopt alles bij elkaar aanzienlijk terug: 750.000 exemplaren.

(Fortsetzung) AIDS-Info Nr. 8

GMHC Promotes Safe Sex

The Gay Men's Health Collective continues to promote keeping sex healthy and safe. Clients visiting the GMHC's Sunday Night Men's Clinic are provided with free condoms as well as education and counseling on how to keep their sexual activity healthy, safe, and hot.

Some men who have recently begun following safe sex guidelines because of the AIDS epidemic have wondered whether routine VD screenings are still worthwhile. They are, and for several reasons. One is that some infections have longer in-

incubation periods or take some time before they show up in testing. For example, syphilis does not show up in testing until about six weeks after exposure. It would be wise to be tested for syphilis about two months after you started practicing safe sex. Venereal warts can incubate from a month to a couple of years and can recur in men who have had them in the past so they're still a concern even if you're now having safe sex.

It also makes good sense to be sure you haven't contracted gonorrhea prior to starting safe sex. Throat and rectal cultures

are especially important because gonorrhea frequently is asymptomatic at these sites.

The GMHC provides testing and treatment for gonorrhea, NGU, syphilis, scabies, lice, and venereal warts. Information and referrals are available for clients with concerns around AIDS and ARC, as well as other sexual health matters.

The clinic is run by and especially for gay men, and operates on a drop-in basis, 7-9 p.m. every Sunday evening at the Berkeley Free Clinic, 2339 Durant Avenue at Dana in Berkeley. Services are free to all Bay Area men, though donations are solicited.

Additional information may be had by calling 644-0425. ■

Bay Area Reportes, San Francisco, 27.05.1986



New York Native, 16.06.1986

Sunburn, STDs, and Other Possible Co-Factors in AIDS

by Ann Giudici Fettner

Last year at about this time, I wrote about the dangerous effects of too much sun for those who may be at risk for developing AIDS or AIDS-Related Complex (ARC). I'm going to repeat the information, for readers who might not be aware of potential dangers they should know about.

Just recently, Georg Stingl of the University of Vienna presented evidence that Langerhans cells, which carry the T-4 antigen on their surface and which are in the skin, seem to be a (the?) major reservoir of LAV/HTLV-III.

At a meeting of the Society for Investigative Dermatology, Stingl reported that tiny biopsies of skin, from five of 25 patients with AIDS and ARC contained Langerhans cells infected with LAV/HTLV-III. The researcher speculated on whether these cells are more resistant to LAV/HTLV-III than T-4 cells in the blood, from which it is often impossible to isolate the virus. This is important in an immediate way, as the summer sun beckons. *Resist getting sunburned!* Use a 15 screen before the rays fry your hide and (maybe) activate something you don't want activated.

An Australian study of the immune systems of healthy persons after sunbathing, and the perceptions of New York City dermatologist Dr. Patrick Hennessey that some of his patients at risk for AIDS became ill shortly after exposure to the sun, suggest that tanning might present an *extra* risk factor. Evidence is accumulating that ultraviolet light may play a significant role in triggering malfunctions in immunity. If I were concerned about AIDS, it would be enough to keep me under a parasol while others are striving for a "healthy" look.

The skin, which is the largest organ of the body, recently has been recognized as an active participant in the immune system (as reported in the June 1985 issue of *Scientific American*). Cancers in which the skin may be involved—as opposed to most others with a B cell origin—such as certain lymphomas and leukemias, have been shown to involve

malignant T cells, which have an affinity for the skin. Researchers Richard Edelson and Joseph Fink identified any and all cancers arising first in the skin as being neoplasms of helper T (T-4) cells. In a long and elaborate series of experiments, the scientists showed that incompletely matured lymphocytes could be brought to "adult" status when mixed with keratinocytes. We know that maturation of T cells ordinarily takes place in the thymus gland.

Keratinocytes are skin cells previously thought to be responsible only for producing keratin (and for the "horny" outer layer, what we think of as the skin itself). At the base of the keratinocyte are Langerhans cells, which present antigen to T-helper cells. "Might the skin, like the thymus, be a site where at least certain types of T cells undergo maturation?" ask the article's authors.

The function of this set of immune cells in the skin is at least in part to protect against antigens (foreign substances) with which the skin comes in contact. These immune cells actively go about their business *until they receive large doses of ultraviolet light*. A research team at the University of Utah showed that "injury to the skin can have a profound impact on distant parts of the immune system." This may also account for much of the severe immune depression of people who have survived extensive burns.

Other scientists showed that cancerous T cells in the skin become altered to a form similar to those in the process of maturing in the thymus gland, even to the presence of receptors for the thymosin-1 (thymic hormone) molecule. When they commence malignant changes, these T cells apparently migrate to the skin, where they cause a rash.

At the same time that Langerhans cells are interfacing with T-helper cells, a newly discovered class of cells, Granstein cells, seem to be playing a similar role with suppressor (T-8) cells. When the Langerhans cells are knocked out by ultraviolet light (sunburn), the Granstein are thought to continue to activate suppressor cells. This would create, at least in the skin, the now-familiar imbalance between T-4/T-8 cells seen in AIDS.

Interleukin-1 (IL-1) has to be synthesized by the Langerhans cells before Interleukin-2 (IL-2, T-cell growth factor) can be secreted by macrophages to put the finishing touch on T-cell-mediated immunity. But Thomas Luger and others at the National Institutes of Health (NIH) have shown that cultures containing only keratinocytes also secrete IL-1. "In addition to generating the protective outer layer of keratin and hair, they [keratinocytes] produce hormonelike molecules capable of profoundly affecting T lymphocytes passing through the skin," writes Edelson. Without the IL-1 response, IL-2 proliferation of T cells doesn't occur. Without IL-2, as all who've studied the problems of AIDS know, T cells don't multiply.

If there is a connection between AIDS and the tropics, it might be as simple as exposure to excessive ultraviolet radiation depressing T cell immunity, particularly in those whose immune systems are already working overtime because of multiple infections. All of the Belle Glade, Florida cases are in persons who work outdoors; Africans have constant exposure (AIDS is endemic along the equator, where ultraviolet light is strongest); those who lie on beaches in the Caribbean, or who work under the tropical sun, may be at heightened risk. While such exposure obviously doesn't cause AIDS, it may tip the scale.

In an article two years ago in the *New England Journal of Medicine*, Donald Belsito and others at New York University reported on 24 AIDS patients, six with ARC and 38 controls. They found uniformly low counts (less than half that of the controls) of Langerhans cells in patients in the first two categories. Despite one group of controls having infectious diseases and another group with breast cancer, their skin cell counts were normal, so those illnesses didn't appear to be related to the lowered cell counts of ARC and AIDS. These authors also cite ultraviolet light as depressing the skin's immune function. They questioned whether "we may be dealing with a new disease category—namely, diseases of the antigen-presenting cell system." Alternately, we may be dealing with a stressor that is capable of pushing infected persons over the edge. Take care.

STDs Implicated In Poor Outcome In AIDS

The May 24 issue of *The Lancet* has a report from J. N. Weber and others of St. Mary's Hospital in London detailing a



three-year prospective study of 170 symptom-free gay men, begun in 1983. Of 33 who were positive for LAV/HTLV-III, 12% progressed to AIDS and 48% developed lymphadenopathy; 40% remained symptom free. There are several interesting and different aspects to the report.

One is that T-cell ratios were completely uncorrelated with any of the three groups. The authors said that "T-4/T-8 ratio was not of prognostic value." Seronegative subjects were as likely as seropositives to have abnormal immunological tests. The strongest association with prognosis was an episode of sexually transmitted disease six months before entry to the study. This supports the hypothesis that intercurrent infection may be an important co-factor in the acquisition of LAV/HTLV-III infection, and in subsequent disease progression.

The researchers were "surprised to find that our seronegative cohort had as wide a range of immunological abnormality as the seropositives" after the paper in *Annals of Internal Medicine* (1985: 182) by Harold Jaffe of the Centers for Disease Control (CDC) and others reported that infection caused the abnormalities noted. (I dimly but definitely recall writing about this across-the-board immune abnormality in gay men in my book, the first edition of which was begun in 1982. If the information was available to me then, one might have thought the CDC would also have access to it. I wouldn't believe any science the CDC was involved in reporting about AIDS; they either don't do any homework or have a scenario that long ago was set in stone.)

A tentative conclusion reached by the authors is that those who were infected early in the epidemic "are likely to have been at very high risk of other STDs, and hence could have been especially vulnerable to disease, with other STDs serving as co-factors. As the sexual lifestyle of the cohort is changing, rate of progression from infection to AIDS may also change; the decrease of numbers of sexual part-

ners was greatest in those who knew themselves to be seropositive." This suggests that researchers should look more closely at other STDs as a co-factor and as a common link between worldwide AIDS cases.

African Co-Factors?

In Uganda, 10% of the population is infected and/or suffering from "slim" disease (AIDS). With cases doubling every six months, with 13% of pregnant women infected, 10% of children, and with most of the infected men reporting regular and frequent contact with prostitutes (an average of 35 different contacts a year), the epidemic in Central Africa, as predicted, is literally out of control. Recent studies by the Belgians, reported by *Washington Post* correspondent Blaine Hardin, paint a picture of utter chaos.

With about \$1.60 per capita to spend on all health services—the price of a single ELISA test—Uganda also is reporting epidemics of sleeping sickness, measles, and malaria. These probably are connected in part to immune depression in infected people. Despite years of intertribal warfare that has decimated what was once the continent's most spectacular country, Ugandans are the most intellectually acute black Africans, in my view. This is borne out by the remark of the minister of health, Ruhakama Rugunda, who plans "mass public education" and who is quoted as saying that his country has no intention of trying to hide the prevalence of AIDS: "If anything, in my view, you objectively destroy the standing and pride of your country if you hide such a problem." President Mbutu of Zaire and all others who refuse to acknowledge that their countries are overwhelmed with AIDS should take note.

Brain Deterioration In Children With AIDS

At a recent meeting in New Orleans of the American Academy of Neurology, Anita Belman of the State University of New York at Stony Brook reported in her group's finding that the brains of many infants infected with LAV/HTLV-III fail to develop normally. Also, the brains of some atrophied or shrunk. Belman's report (*Science*, June 6) says that brain deterioration may be caused by other infections, or by hormonal or metabolic dysregulation. In none of those examined has LAV/HTLV-III been found.

The CDC now reports that almost 300 children have contracted AIDS. Physicians caring for them say these figures are greatly underestimated, as the prevailing criteria for AIDS in children is even poorer than those still in place for adult cases. What possible benefit is there in this underreporting? The government agenda is so mysterious that one is hard put to second-guess why their minions at the CDC appear determined to keep various lids on numbers that those in the field say are inaccurate and misleading. ■

(Fortsetzung) New York Native, 16.06.1986



Auszugsweise aus: New York Native, 23.06.1986

Gay Physicians Find Different Ways to Deal With AIDS

by Arthur Lazere

Dick Hamilton Fighting Homophobia

Dick Hamilton remembers an incident that occurred when he was a young doctor in residency at Santa Monica Hospital in southern California. One of his teacher physicians took him off to a corner and said to him, "If you have a patient who you find out is homosexual, you should take him into your office, close the door, and tell him you are happy to be his doctor. But tell him to tell his friends they're not supposed to come to you. If they start telling their friends that you are accepting them, before long you'll have a whole waiting room full of homosexuals. It'll scare away the families."

A recent study, published in *The Western Journal of Medicine*, surveyed the membership of the San Diego County Medical Society regarding their attitudes toward homosexuality, homosexual physicians, and homosexual patients. The study found that strongly negative attitudes toward homosexuality were expressed by nearly a quarter of the doctors who responded. Thirty per cent would not admit a homosexual applicant to medical school. Almost 40% would discourage homosexual physicians from training in pediatrics or psychiatry. More than 39% acknowledged being "sometimes" or "often" uncomfortable treating homosexual patients.

Another physician in training at Santa Monica Hospital was a good friend of Hamilton's. In a teaching session, that physician discussed a young gay patient he had seen. Afterwards, Hamilton came out to his friend and offered to assist him with his gay patient. His colleague never spoke to him again.

Hamilton, now 41, grew up in a ranching family in Colorado. He recalls being a loner as a child and being teased as a "sissy." He chose his career in medicine when he was a sophomore in high school. "I had a great deal of admiration for the local doctors, their dedication to their work, the respect they commanded," he says. "As a person who had been picked

on all through school, I decided that I was going to show these people that I could be somebody with respect and somebody who could do a lot for the community. I really wanted to do something that was noticeable with my life."

At Colorado University, Hamilton first became aware of his homosexuality. "When I realized I was gay," he says, "I had this feeling that nobody out there would want a doctor like that. I felt very strange, very unusual. It took three years to get past that, but there was no break in my resolve to be a person caring for other people's health. It certainly cast some doubt in my mind as to whether I would have a patient population."

Hamilton attended Loma Linda University Medical School, a Seventh Day Adventist institution. "Their interpretation of the Bible was that it's okay to be a homosexual, but not to act it out," he says. "That was the stuff I went to school around for five years." That "stuff" convinced him to stay carefully closeted throughout medical school, internship, and residency.

In 1976, Hamilton moved to San Francisco and started his own practice in family medicine. At that time, he says, there were five openly gay physicians practicing in primary care medicine in San Francisco.

Hamilton wrote a book on herpes, which was published in 1980. The book sold a remarkable 75,000 copies, was the leading work on the subject for about four years, and established him as an authority. It also attracted many herpes patients, gay and non-gay, to his care. His practice is currently 80% gay male, 10% lesbian, and 10% heterosexual, the latter primarily herpes referrals.

Hamilton is affiliated with Presbyterian Hospital. "Most of the staff at the hospital know that I'm gay and that most of my patients are gay," he says. "I am conscientious about making sure my patients are well cared for and that nobody discriminates against them. If I hear anything even remotely discriminatory, I will quietly take that person aside and point out to them the ramifications of what they are doing. I find that most of the time these are mistakes and these people simply didn't realize what they're doing. That gives me

credibility with that person and makes sure also that the patient is properly cared for."

Hamilton was appointed by Governor George Deukmejian to the State of California AIDS Advisory Committee. He is highly critical of the slow pace the state has set in funding AIDS programs. In his practice, he has treated nearly 200 people with AIDS. Half of these patients have died. "Some days I think I'm getting too calloused about it," he worries. "I cry. I regularly see a counselor to talk about my feelings, so that I don't deal with those feelings in the context of treating patients.

"What happens to you with so much death... you get frustrated, you get angry. You tend to reject people's needs, to strike out at them: 'Please stop doing this! Quit being sick!' You've got to prevent yourself from doing that.

"The patient is still fighting, with the attitude that they're going to live through this, they're going to make it, they're going to get out of the hospital one more time. And here they are with a fever of 104 degrees, they're vomiting, they've got diarrhea, they've lost all this weight, and they haven't got the strength to get out of bed more than five minutes a day. They look up at you and their eyes say, 'Help me.'

"What can I do? There are some people who make it real clear that what they want is to be kept comfortable and to be protected from further invasion of their privacy by the medical tool. When they've made that decision, at a reasonable phase, it is much more comfortable being with them because there's an achievable goal.

"The people affected by AIDS are not getting the respect from the general community that they should be getting. They have been stigmatized. They have shown us that there are forces in our lives that can affect us adversely when we are involved in multiple partnering. It puts us in a vulnerable position. We can all learn from those who have died that we can change our lives and we can survive this thing." (...)



Richard Cazen Cutting Tension With Humor

Richard Cazen, 37, grew up near Pittsburgh, Pennsylvania, where his family owned the local Coca-Cola bottling company. Cazen suffered from asthma and hay fever as a child and paid frequent visits to the family physician. He admired the doctor and became interested in medicine as a career. (...)

Cazen moved to San Francisco, where he trained as an intern and a resident physician. He is a gastroenterologist, currently affiliated with Mt. Zion Hospital. "My sexuality is part of my life," he says. "It's part of me and I don't go around advertising it. I don't walk around with a neon sign. On the other hand, I don't hide it either. It's well known in the hospital that I'm gay."

As a specialist, Cazen's practice comes mainly from referrals. "When I first went into practice, I received my fair share of referrals," he says. "But as more people have found out that I'm gay, the referrals have been dwindling and dwindling. I have a reputation for competence and I'm very active in the teaching program. The only referrals they're sending to me now

are gay patients. I'm being labeled as a gay physician."

In the early years, Cazen estimates his practice to have been 60% non-gay, 40% gay. Now, the proportions are 30% non-gay, 70% gay. Cazen's experience seems consistent with one of the findings of the San Diego study of doctors' attitudes. The study found that "referrals to known homosexual physicians would be discontinued by substantial numbers of responding physicians."

Cazen has been a speaker on the subject of AIDS and participated in writing a nationally distributed pamphlet for doctors on the subject of AIDS patient care. He has also been instrumental in developing the concept of an AIDS clinic at Mt. Zion Hospital, a plan that has now been approved.

Cazen has treated two dozen AIDS patients and has seen a lot of AIDS-Related Condition cases as well. "It has affected me a great deal," he says. "It's one thing dealing with an 80-year-old who is dying of colon cancer. That's a shame, but the patient has had a full life. When I see young people with AIDS come in, it tears at my heartstrings. It just doesn't seem fair. Personally, I'm petrified. I know too much. Every morning I look at my lymph glands, I examine my tongue."

Cazen is an amateur comedian who has dabbled at "open mike" nights at local cafes. "It keeps me sane," he says. He is also effective at using humor to cut the tension with patients. But he finds little to joke about in the prevalent homophobia of his heterosexual colleagues. He says with evident bitterness, "Because of the attitudes in the general medical community, being a doctor who is gay takes away from your credibility and hurts your reputation." ■

(Fortsetzung)

N.Y. Native, 23.06.1986



Drs. Dick Hamilton (l) and Richard Cazen.



AIDS ANTIBODY TESTING FORUM

UPDATE '86

Wednesday, June 11, 7:30 PM

At Ralph K. Davies Medical Center
Auditorium

Castro at Duboce

No Admission Charge

SPONSORS

SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION
BAY AREA PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS

SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
SAN FRANCISCO MEDICAL SOCIETY

INTRODUCTION

TIM WOLFRED, Ph.D.
Director, San Francisco AIDS Foundation

WILLIAM KAPLA, M.D.
President, Bay Area Physicians for Human Rights

GEORGE RUTHERFORD, M.D.
*Medical Epidemiologist, Bureau of Disease Control,
San Francisco Department of Public Health*

RON BAKER, Ph.D.
Education Consultant, San Francisco AIDS Foundation

KEYNOTE SPEAKERS / PRESENTATIONS

Who Should Consider Taking the Antibody Test and Why?

James Campbell, M.D., *Associate Clinical Professor of
Medicine, UCSF; Chair, Scientific Affairs Advisory
Committee, BAPHR and SFAF*

The First 10,000: A Report on the First Year of Testing at the Alternative Test Sites in San Francisco

Eileen Eya, *Supervising Counselor, UCSF AIDS Health
Project*

Resolving the Psychological Conflicts of Antibody Testing

Steve Morin, Ph.D., *Assistant Clinical Professor of
Medicine, UCSF*

Antibody Testing and Public Policy Issues

Larry Bush, *Aide, Assemblyman Art Agnos*

Antibody Testing and Legal Issues

Benjamin Schatz, Esq., *Director, AIDS Civil Rights
Project of National Gay Rights Advocates*

MATERIALS AVAILABLE FOR DISTRIBUTION AT FORUM

The Pros and Cons of the HTLV-III Antibody Test: A Position Paper. Developed by Bay Area Physicians for Human Rights and National Gay Rights Advocates (San Francisco)

AIDS Antibody Testing at Alternative Test Sites in San Francisco. Developed by San Francisco AIDS Foundation under contract to San Francisco Department of Public Health



For More Information, call
863-AIDS; TDD: 864-6606

Funding for this event provided by the
San Francisco Department of Public Health

INTERVIEW MIT
DR. PETER GAUWEILER, MÜNCHEN

SUBKULTUR: TREIBMINEN FÜR DIE VERBREITUNG VON AIDS?

Wie durch zahlreiche Presseveröffentlichungen bekannt (vgl. auch ROSA FLIEDER Nr. 46), hat sich der Kreisverwaltungsreferent von München, Herr Dr. Gauweiler, den Ruf als Saubermann der Nation in Sachen AIDS erworben. Wir haben dies zum Anlaß genommen, Herrn Dr. Gauweiler einige Fragen vorzulegen. Leider war das Interview nur in schriftlicher Form möglich, sodaß spontane Nachfragen zu einzelnen Antworten nicht möglich waren. Dennoch halten wir es für interessant, Einstellungen, die behördliches Handeln motivieren, ungekürzt zu dokumentieren.

Rosa Flieder: Die bekanntgewordenen behördlichen Aktivitäten Ihres Referates könnten zu einer Klimaverschlechterung zwischen der schwulen Geschäftswelt Münchens und deren Kundschaft und der Stadtverwaltung führen. Sehen Sie nicht die Gefahr, daß Sie in München ein liberales Image als Schwulmetropole zu verlieren haben und sich sogar den Ruf als schwulfeindlichste Großstadt der Bundesrepublik einhandeln könnten?

Dr. Gauweiler: Der Kampf gegen die Verbreitung der tödlichen Infektionskrankheit AIDS kann nicht unter Beliebtheitsgesichtspunkten geführt werden. Das Gewährlosen bestimmter Gewerbebetriebe, z. B. Saunen und sogenannte Stricherlokale, die im Widerspruch zu ihrem angemeldeten Geschäftszweck und unter Umgehung der gesetzlichen Bestimmungen eine massenhafte Verbreitung der AIDS-Infektion durch die Förderung eines besonders verletzungsträchtigen homosexuellen Geschlechtsverkehrs begünstigen, ist mit der verfassungsrechtlich garantierten Schutzpflicht des Staates und der Stadt für die Gesundheitsfürsorge gegenüber der Allgemeinheit und dem einzelnen nicht vereinbar. Auf die diesbezüglichen, eindrucksvollen Bemühungen und Gesundheitsverordnungen des Staates New York/USA, die vor wenigen Monaten in Kraft getreten sind, sei beispielhaft hingewiesen. Allerdings erklären die zuständigen Amtsträger des

Staates New York, daß diese Verordnungen viele Jahre zu spät gekommen seien.

Rosa Flieder: Ist es zutreffend, daß Sie bei einigen Lokalen die Sperrzeit wieder auf 1.00 Uhr vorverlegen möchten?

Dr. Gauweiler: Die Festlegung der Sperrstunde steht nicht im freien Ermessen der Gaststättenbehörde, sondern ist durch bindende gesetzliche Vorschriften geregelt: Die gaststättenrechtlichen Bestimmungen für den Freistaat Bayern schreiben eine Regelsperrzeit von 1.00 Uhr vor. Die Verkürzung bzw. die Verlängerung dieser Sperrzeit ist nur bei Vorliegen eines öffentlichen Bedürfnisses oder besonderer örtlicher Verhältnisse möglich, wobei die diesbezüglichen amtlichen Feststellungen verwaltungsgerichtlich voll nachprüfbar sind.

Rosa Flieder: Saunen als Orte sozialer und sexueller Begegnung sind seit vielen Jahren bei Schwulen etabliert. Sie sind Bestandteil des sozialen Lebens wohl jeder Großstadt der Bundesrepublik. Seit vielen Jahren existieren — bislang unbeanstaltet — auch in München solche Schwulensaunen. Was hat sie bewogen, gerade zum jetzigen Zeitpunkt aufsichtspolitisch gegen die Saunen aktiv zu werden?

Dr. Gauweiler: Die Benutzer von Saunen haben, wie die Kunden sämtlicher anderer Gewerbebetriebe auch, einen Anspruch, daß die Behörden diese Einrichtungen auf die Einhaltung der im Rechtsstaat selbstver-

ständlichen sicherheitsrechtlichen, brand-schutzrechtlichen und hygienischen Vorschriften überprüfen. Die Befassung der Gesundheitsbehörde ist bei Saunabetrieben (männlich und weiblich) seit Jahren veranlaßt; innerhalb des letzten Jahres mußten in München bei einer — zwischenzeitlich geschlossenen — Sauna wegen gravierender Verstöße gegen das Bundesseuchengesetz und die Bestimmungen der Trinkwasserverordnung gesundheitsbehördliche Auflagen durchgesetzt werden.

Mehrere Saunabetriebe sind mit einem konzessionierten Gaststättenbetrieb verbunden. Das Gaststättengesetz geht von der Unzuverlässigkeit eines Betreibers aus, wenn er „der Unsittlichkeit Vorschub leistet“.

Ihre Frage ist abwegig: Wer die gewerblichen Voraussetzungen für eine ungehinderte Promiskuität, innere und äußere intime Verletzungen, Verkauf von verschreibungspflichtigen Medikamenten (Poppers) und damit — zusammengenommen — die Treibminen für die Verbreitung der grauenhaften AIDS-Erkrankung produziert, bietet keinen „Ort sozialer und sexueller Begegnung“, sondern macht sein Geschäft mit der Begünstigung von Siechtum und Tod.

Es ist unbegreiflich, wieso eine Zeitung, die es angeblich gut mit den Männern meint, sich zum Fürsprecher dieser gewissenlosen Geschäftemacher aufschwingt.

Rosa Flieder: Im Zusammenhang mit den Schwulensaunen wurde von „Förderung der Prostitution“ gesprochen. Schwulenstrich aber, um es einmal deutlich beim Namen zu nennen, findet nach aller Erfahrung und Erkenntnis nicht in der Sauna statt. Dort basieren Kontakte in der Regel auf freiwilliger Basis zwischen Partnern, die frei von finanziellen Ambitionen sind. Worauf stützt sich der Vorwurf des Kreisverwaltungsreferates, es werde Prostitution gefördert?

Dr. Gauweiler: Der Vorwurf der Vermittlung oder wenigstens Duldung männlicher Prostitution wurde nicht nur einzelnen Saunabetrieben, sondern auch bestimmten Lokalen vorgehalten. Diese Vorwürfe stützen sich auf Zeugenaussagen und Anzeigen, die oft sogar von homosexuell veranlagten Bürgern eingereicht werden, die den Wahnsinn dieser tödlichen „Vergnügungen“ nicht mehr mitmachen wollen. Unabhängig vom Prostitutionswesen ist es einem Gastwirt durch das deutsche Gaststättengesetz untersagt, in den Betriebsräumen männlichen/weiblichen Geschlechtsverkehr zu dulden oder gar zu fördern. Es liegt auf der Hand, daß bei derartigen Tatbeständen mit sofortigen gaststätten- und gewerberechtlichen Konsequenzen gerechnet werden muß.

Rosa Flieder: Den AIDS-Selbsthilfegruppen geht es darum, Infektionsgefahren beim Sexualverkehr deutlich zu machen und über sichere Sexualpraktiken zu informieren. Sehen Sie nicht die Gefahr, daß durch das Herausdrängen aus gewohnten Orten die Schwulen unerreikbaar für solch eine Aufklärungsarbeit werden?



NUMMER, Wiesbaden, Nr. 23 (Juli/Aug. 1986)

Aids und Knast

Thomas Kraemer, Postfach 300543, 4000 Düsseldorf 30
infizierter Student

AIDS und Homosexuelle im Strafvollzug

Als Homosexueller im Knast hat man es schon sehr schwer, kommt dann noch das Stigma AIDS hinzu, ist die Diffamierung komplett. Mittlerweile hat die NRW Landesjustiz beschlossen, daß AIDS-Infizierte in Einzelzellen verscharrt werden sollen. Die Isolierungshaft der Gefangenen würde aus sog. prophylaktischen Maßnahmen erforderlich sein. Was geschieht nun mit den einzelnen Gefangenen? Und vor allem, wie wird diesen Leuten psychologisch und medizinisch geholfen? Am Beispiel der JVA Düsseldorf möchte ich skizzieren was im einzelnen geschieht. Der Gefangene, wie bereits erwähnt, wird auf eine Einzelzelle (3 x 5 m) verschubt. Freizeit, Arbeit oder Gruppenveranstaltungen sind nur teilweise erlaubt. Möchte der Gefangene nun aber eine Tätigkeit in der Küche ausüben, da dieser Koch ist/war, wird ihm diese Art Arbeit verwehrt: Verletzungsgefahr!!

Hier zeichnet sich schon ab wie der Gefangene behandelt wird. Übt der Gefangene eine Arbeit aus, wobei er verletzt werden könnte (im Grunde jede Arbeit) sollte auf diesen besonders geachtet werden. In diesem Falle stehen den Wärtern (schließen acht Stunden Türen auf und zu) Gummihandschuhe zur Verfügung. Auf den verschiedenen Abteilungen des Knastes sind bei den Wärtern Hinweise angegeben, die etwa lauten: Blutkontakte vermeiden, Achtung Ansteckung! Die Gefangenen werden so regelrecht zur Antipathie erzogen. Die Hoffnungen der Infizierten sind ausgesprochen pessimistisch, da sie von der Mehrheit der Gefangenen und Wärtern als Aussätzige behandelt werden. Sie erfahren keine Unterstützung von anderen, und verlieren langsam die Lust und die Hoffnung, das Resultat heißt dann: Resignation, evtl. Suizid!

Da das niemals effizient sein kann, ist dies auch nicht der rechte Weg. Psychologen, die normal für die Psyche der Gefangenen verantwortlich zeichnen, begnügen sich damit, dem Gefangenen einen Fernseher zu geben, damit dieser seine tödliche Krankheit vergißt. Tiefgreifende Therapien, Diskussionsgruppen oder aber effiziente Einzelerfahrungen finden in der Regel nicht statt. Wie soll das aber auch organisatorisch möglich sein, wenn gerade zwei Psychologen für über 450 Gefangene zuständig sind? Jeder Leser kann sich ausdenken wann, und wie lange der Psychologe für jeden Zeit hat. Im Grunde genommen ist der Gefangene mit seiner Krankheit alleine; was heißt hier im Grunde? Er ist es! Verständnis, oder aber Bereitschaft,

finden sich hier leider nicht. Genauso ist es auch bei der medizinischen Betreuung. Der Arzt hat geradezu eine Paranoia dem Gefangenen die Hand zu geben. Die Untersuchung erfolgt via Schreibtisch. Besondere Vitaminkost gibt es nicht. Man könnte glauben, daß mit der schlechten Kost versucht wird, einen schnellen Tod zu erzielen, um somit einen neuen Haftplatz zu erhalten. Also auch hier, eine reine Alibifunktion der Institution Knast. Die andere Seite der Medaille sieht so aus, daß der, der sich nicht dem HTLV-III-Test unterziehen will automatisch infiziert ist. Dieser erfährt die selbige Behandlung wie ein Infizierter. Es gibt sogar schon Anregungen, den Sex unter Strafe zu stellen.

So sagte zum Beispiel August R. Lang aus dem bayrischen Justizpalast München: "Der Geschlechtsverkehr als solcher ist bei AIDS zwar nicht strafbar, kommt es jedoch zu einer Virusübertragung wir in aller Regel ein Straftatbestand des StGB (Strafgesetzbuch) verwirklicht sein. Es handelt sich dann um ein Verbrechen der Vergiftung im Sinne des § 229 StGB."

Er zielt dabei besonders auf den Strafvollzug ab. (vgl. dazu AIDS-Forschung, März 1986, Heft 3). Allerdings vergaß der "rechtsgerichtete" Bayersepp, daß dann auch die Grippe demnächst, falls man angesteckt wird, (auch bei der Grippe kann man sterben) ein Verbrechen nach § 229 StGB verübt hat.

Die Justiz sollte sich vielmehr darum kümmern, daß präventive Maßnahmen ergriffen werden, anstatt Panikmache im Knast. Auch im Knast sollte ein jeder das Recht auf seine sexuelle Entfaltung haben. Auch müßten Präservative ausgehändigt werden, um zu schützen, aber dies ist hier verboten, so die Anstaltsleitung! Ganz im Gegenteil, hier wird AIDS gefördert. In einer Männerdomäne ist es doch geradezu normal, daß sexuelle Kontakte entstehen. Ebenso gelten Kontakte zwischen hetero und homo als normal. Hier manifestiert sich im übrigen wieder einmal die bisexuelle Neigung aller. Der Geistliche der Anstalt, Pater Rüber, sieht es so: "Das kleinere Übel ist die 'Lustseuche' AIDS, das größere ist das der Homosexualität."

Der Pater läßt also eher einen Schwulen verrecken, als diesem "Pariser" auszuhändigen. Das ist die "menschliche" Kirche des 20. Jahrhunderts! Die puritanischen Ansichten haben sich nicht verbessert, sondern eher verschlechtert. Wenn sich also in absehbarer Zeit nichts ändert, wird sich die jetzige Hysterie in den Knästen der bunten Republik (BRD) ausbreiten. Aufgrund dessen sind auch Schwulengruppen angesprochen, die Vorort Beratung erteilen sollten, denn auch im Knast gibt es Schwule! Ich möchte nur an § 175 erinnern, dieser kann Euch auch hier hin bringen. Ich bitte daher um Unterstützung und Mithilfe, schreibt mir, damit dieses Problem keinen Aufschwung erhält, sondern Hilfe.

Dr. Gauweiler: Auch wenn man nicht mit jeder Einzelheit der Tätigkeit bei den inzwischen zahlreichen Aidshilfvereinen einverstanden zu sein braucht, verdient das Engagement der dort tätigen Bürger Sympathie und Anerkennung. Die Aidshilfegruppen leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Aufklärung und Information der Betroffenen.

Wenn den Verkäufern von Amylnitrit und Poppers das Handwerk gelegt wird, wenn Männersaunen wieder Orte der Gesundheitspflege und menschlichen Begegnung und nicht suchtartiger Promiskuität sein werden, wenn Strichjungen — wie ihre weiblichen Kollegen seit langem — gezwungen sind, regelmäßig zum Gesundheitsamt zu gehen und im Falle ansteckender Erkrankung sich ihrer Tätigkeit zu enthalten, sind angesichts der bekannten Risikoverteilung die Nutznießer solcher Veränderungen vor allem Bürger mit homosexuellen Neigungen. Die Männer werden durch diese Maßnahmen nicht herausgedrängt, sondern geschützt.

Rosa Flieder: Im Zusammenhang mit AIDS fordern Sie die Meldepflicht. Fürchten Sie nicht, daß sich infolge dieser Meldepflicht weniger Menschen freiwillig dem Antikörpertest unterziehen?

Dr. Gauweiler: Wer eine Epidemie bekämpfen will, muß nicht nur Ansteckungswege abschneiden, sondern auch ihren Ausbreitungsgrad kennen. Der Staat hat dies für über 50 übertragbare Krankheiten, die viel weniger gefährlich sind als AIDS, bereits festgelegt. Wie bei der Bekämpfung aller anderen übertragbaren Krankheiten kann es — gerade im demokratischen Rechtsstaat — nicht der Entscheidung des Infizierten überlassen sein, ob überhaupt und wenn ja wie er jene, mit denen er Kontakt hat, vor einer Übertragung seiner lebensgefährlichen Infektion schützt oder nicht.

Diejenigen unter Ihren Lesern, die sich bereits infiziert haben und Opfer vermeidbarer Ansteckung geworden sind, werden mir recht geben.

Rosa Flieder: Verschiedentlich wird gefordert, in der schwulen Szene das Kondom zu propagieren, ein altbewährtes Verhütungsmittel, welches in unserem Fall statt vor Schwangerschaft vor Infektionen schützen soll. Warum sperren Sie sich also dagegen, daß in Schwulensaunen und sonstigen Lokalen der Vertrieb von Präservativen erfolgt?

Dr. Gauweiler: Jedermann kann in den Toiletten fast aller Gaststätten und Saunen Kondome ohne jede Beanstandung kaufen. Das ändert freilich nichts daran, daß in Gaststätten und Saunen die Förderung bzw. Duldung des Geschlechtsverkehrs — mit oder ohne Kondom — gesetzlich untersagt ist (siehe oben). Eine Ausnahme bilden lediglich Bordelle, deren Betrieb — soweit er außerhalb der Sperrbezirke durchgeführt wird — behördlich geduldet werden muß. Selbstverständlich ist auch hier das Benutzen von Kondomen nicht untersagt, sondern sogar dringend empfohlen.

Rosa Flieder: Ist es zutreffend, daß Sie sich für den Posten des Innenministers in Bayern interessieren?

Dr. Gauweiler: Nein.

(Fortsetzung) Rosa Flieder,
Nr. 47



Government slammed for inadequate funding on Aids

by John Marshall

THE Government was slammed last month for failing to provide adequate funding for the nation's major Aids helpline, the Terrence Higgins Trust.

The Trust had applied for a total of £200,000 to help finance its work in the coming year but the Department of Health has only agreed to a grant of £100,000.

The Trust's chair, Tony Whitehead, said he was grateful for the grant but he attacked the DHSS for failing to recognise the urgency of the Aids crisis.

He said: "We are dismayed that the DHSS could not meet our full grant application. The Trust is the major organisation dealing with Aids in the UK. We

believe that the full amount was justified in recognition of our work and the seriousness of the problem."

The low level of funding was also attacked by the Haemophilia Society which says that much more cash is needed for the Terrence Higgins Trust. A spokesman said: "While any funding is welcome £100,000 can only help with basic administration and not the vast public health role which is required of the Trust. This is particularly true in view of the lack of an effective Government campaign."

Announcing this year's funding for the Trust, Health Minister Barney Heyhoe said the Government fully recognised the valuable work of the Trust. He said: "As the main voluntary organisa-

tion working in the Aids field, the Trust plays a key role in providing information, advice and support to Aids sufferers, their families and friends and to those most at risk from the disease."

He said the grant would go towards staffing and administration costs of the Trust and the provision of counselling

and advice services.

Faced with the apparent reluctance of the Government to provide large sums of cash for Aids, a charitable foundation has been set up to encourage major fundraising for Aids research and patient care, and to co-ordinate the distribution of funds.

The United Kingdom

Aids Foundation is a joint effort by doctors involved in Aids research and treatment at several London hospitals, together with the Terrence Higgins Trust and Body Positive Group.

Launching the charity, Sir Gerard Vaughan, a former Health Minister and top medical consultant, said the problem of Aids was now much greater than had been feared.

"We are facing a major medical problem here and it is important that the money, which is coming in in substantial quantities, is used in a way which will really help research and the treatment of its sufferers," he said. He added: "It is now desperately urgent that action should be taken to stem what otherwise will be a mounting crisis."

The Foundation stresses that funding is also vitally needed for hospice care for the terminally ill and community support for those seriously disabled by the disease.



Tony Whitehead

'Red Stripe'

The Approved Gay Condom

Red Stripe is designed as a tight fitting, long, strong, lubricated teatless condom.

Because of these qualities it can cope with the exact shape of the penis. Therefore it is a unique fitting condom.

available from

LONDON: Body Positive, Bromptons SW5, Body Tech SW3, Duke of York W6, Expectations N1, Kings Arms W1, Market Tavern SW8, Sentry Box SE17, Stud Centre W1, John Hunter Clinic SW3, Studio 40 W1, Stud Books W11, ZIPPER STORE NW1, and Pharmacies at St Stephens Hospital, Westminster Hospital, West London Hospital. Chemists: Clove Link, Praed St, and Patmark, Praed St.

OUT OF LONDON: Lambda Designs, Yorkshire. Gay Clubs In: Norwich, Bristol, Bournemouth, Manchester, Birmingham, Stoke on Trent, Taunton, Leeds, Brighton Derby.

or

to receive 2 packs of 6 condoms plus a FREE tube of SENSITAL, a water based lubricant, send £4 plus 25p p&p.

I enclose a cheque / PO for £ _____ plus 25p p&p.

Name.....

Address.....

.....

Trade enquiries welcome

Send to:

Dept GT, FTC, 2 Ladbrooke Grove, London W11 3RW

GAY TIMES, London, Nr. 93 (Juni 1986)



SIEGESSÄULE, Berlin, Nr. 7 (Juli 1986)

Bonner Ignoranz

Nicht zum ersten Mal weigert sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA) – als vorge-schaltete Behörde des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit Finanzier der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) –, ein Projekt der DAH zu finanzie-

Da sagt einer: „So wie die Dinge liegen, wird Ronald Reagan höchstwahrscheinlich als der Präsident in die Geschichte eingehen, der mehr Amerikaner an AIDS hat sterben lassen als im Vietnamkrieg.“ Das sei antiamerikanisch. Da werden Schwule gezeigt, mal nackt, von hinten. Das sei anstößig. Da kommen schwule Aktivisten zu Wort, die die Versäumnisse ihres Landes bei der Finanzierung der Aufklärung, Behandlung, Forschung und Krankenbetreuung beklagen. Das sei zu schwulenpolitisch.

So gesehen und gehört in dem von der DAH in Auftrag gegebenen Videofilm *Eine Stadt lebt mit AIDS*, ein Film, der die Aufklärung zum Thema AIDS im eigenen Land verbessern soll und der Erfahrungen zeigen will, aus denen wir noch lernen können.

Dieser Film ist „streckenweise antiamerikanisch, anstößig und zu schwulenpolitisch“ urteilt nun die BZGA in Bonn und weigert sich, die Kopien des Films und das dazugehörige Buch – Maßnahmen, um die gestellten Aufgaben wirksamer zu bewältigen –, zu bezahlen. „So etwas kann die Bundesregierung doch nicht fördern“, meinte dazu eine Vertreterin der BZGA in Bonn, und macht damit wiederholt ihre Unsicherheit deutlich im – im Zusammenhang mit AIDS unerlässlichen – Umgang mit der ungeliebten Minderheit der Schwulen.

Über die Hintergründe des Konflikts sprachen Peter Hedenström und Elmar Krausbaar mit dem Vor-

standsvorsitzenden der DAH Gerd Paul und mit Christa Brunswicker, bei der DAH zuständig für Aufklärung. Und zum ersten Mal ist die DAH nicht bereit, die Begründung der Ablehnung widerspruchlos hinzunehmen. Stein des Anstoßes: *Eine Stadt lebt mit AIDS*, ein Videofilm und das dazugehörige Buch* über *Hilfe und Selbsthilfe in San Francisco*.

standsvorsitzenden der DAH Gerd Paul und mit Christa Brunswicker, bei der DAH zuständig für Aufklärung.

SIEGESSÄULE: Wie sieht die Finanzierungspraxis der BZGA bezüglich der DAH aus?

CHRISTA: Für das laufende Jahr steht uns ein schriftlich zugesicherter Gesamtetat von 1,2 Millionen DM zur Verfügung. Die Gelder aber sind projektbezogen und wir müssen jede von uns geplante Maßnahme einzeln beantragen und jeweils ein Genehmigungsverfahren durchlaufen.

SIEGESSÄULE: Gab es damit bisher schon mal Schwierigkeiten?

CHRISTA: Ja. Wir wollten ein Falblatt für die Schwulen zum Thema *Safer Sex* produzieren, mit genauer Erläuterung der für eine Ansteckung gefährlichen und ungefährlichen Sexualpraktiken, das Ganze illustriert mit passenden Comics. Dieses Projekt wurde abgelehnt und wir mußten das Falblatt aus Vereinsmitteln der DAH finanzieren.

SIEGESSÄULE: Wie waren die Reaktionen bei euch nach der neuerlichen Ablehnung dieses Video- und Buchprojekts?

GERD: Schockiert. Unverständnis. Empörung. Die Begründung zur Ablehnung kam für uns aus heiterem Himmel. Diese Interpretation – antiamerikanisch, anstößig und zu schwulenpolitisch – zeugt von einer hinterwäldlerischen Welt-

sicht und hat Rückwirkungen auf alles, was wir tun, bis ins Detail. Wir stehen damit vor einer neuen politischen Ausgangsbasis. Unser Spielraum zum Thema wird damit immer enger. Uns drängt sich die Vermutung auf, daß bei der BZGA ohne innere Reflexion gearbeitet wird, daß unter Druck lediglich ein Minimum geleistet wird, um sich nicht dem Vorwurf auszusetzen, man würde nichts tun. Man hatte sich in der Finanzierung der Arbeit der DAH auf etwas Obszönes in dieser Gesellschaft, auf die Homosexuellen, eingelassen, ohne sich dazu weitere Gedanken zu machen.

SIEGESSÄULE: Aber man wußte doch von Beginn an, daß man es bei einer der Hauptbetroffenengruppen mit Schwulen zu tun hatte. Wurde das nicht bedacht?

GERD: Doch, noch vor Beginn der Zusammenarbeit zwischen DAH und BZGA wurde gar ein Treffen mit verschiedenen Vertretern der Schwulenbewegung von Bonn aus organisiert. Aber so etwas hat es im weiteren Verlauf der Arbeit nicht mehr gegeben.

SIEGESSÄULE: Und wie erklärt ihr euch nun den Sinneswandel bis hin zu dieser – man muß wohl sagen – Zensurmaßnahme?

GERD: Zu Beginn hat man in Bonn wohl geglaubt, AIDS sei eine Krankheit, die die gesamte deutsche Bevölkerung gefährdet. Aber inzwischen ist ihnen klar geworden – sie haben wohl die Daten nie richtig gelesen und die Informationen nicht richtig interpretiert – daß nicht jeder in gleichem Maße betroffen ist. Diese Einsicht scheint zu der makabren Rückwendung geführt zu haben, daß man sich nun doch nicht zu weit aus dem Fenster hängen muß, handelt es sich doch nur um die Minderheiten der Schwulen und der Fixer.

SIEGESSÄULE: Inwieweit wurde nicht auch durch eure Arbeit die anfängliche Meinung gestützt, daß AIDS alle gefährdet?

GERD: Das hat sich ja auch für uns erst nach und nach rausgestellt, daß diese Krankheit nicht überspringen wird auf andere Bevölkerungskreise. Doch wir wissen auch heute noch nichts Endgültiges über den realen Verlauf der Krankheit, aber im Moment sieht es so aus, daß die Krankheit nicht springen wird, glücklicherweise.

CHRISTA: Zu dieser aktuellen Ablehnung aus Bonn kommt sicherlich

hinzu, daß sich auch da inzwischen die Erkenntnis durchgesetzt hat, daß die Auseinandersetzung mit AIDS auch eine schwulenpolitische Dimension hat. Das heißt, es tauchen Schwule und Schwules in der Öffentlichkeit auf, und die muß man ernstnehmen, will man den Kampf gegen diese Krankheit ernstnehmen. Und da wird man vorsichtig, man will ja schließlich nichts Schwulenpolitisches aus Bundesmitteln fördern. Es soll doch nihth so aussehen – wie z.B. bei der Verbreitung des Films – daß aus Bundesmitteln für eine Lebensweise Reklame gemacht wird, die eigentlich als pervers gilt.

SIEGESSÄULE: Habt ihr diese moralischen Vorbehalte aus Bonn bei eurer Arbeit nicht mitbedacht?

GERD: Doch, natürlich. Dieser Wandlung im Denken, wie sie sich jetzt zeigt, wollten wir eigentlich von Beginn an vorbeugen, indem wir immer wieder darauf hingewiesen haben, daß es kein schwules Virus gab, gibt und geben wird. Es gibt zwar epidemiologisch feststellbare Hauptbetroffenengruppen, aber es ist deshalb keine schwule Angelegenheit als solche, sondern es ist politisch und sozial betrachtet eine Angelegenheit der Gesamtgesellschaft, wie bei allen anderen Krankheiten auch. Dabei muß die Gesellschaft immer wieder darauf verwiesen werden – z.B. in Bezug auf Aufklärung – wie sie mit ihren Minderheiten umgeht, mit Krebskranken etc. Diese Zusammenhänge haben wir immer wieder versucht herzustellen.

Wir waren bei unserer Arbeit nicht blind vor der Bonner Ignoranz, das haben wir immer miteflektiert. Und wir dachten auch, daß sie lernen können, damit adäquat umzugehen.

SIEGESSÄULE: Gibt es nicht dennoch von eurer Seite Versäumnisse in der Zusammenarbeit, die zu dieser Entwicklung beigetragen haben, z.B. daß bei eurer Arbeit immer mitbedacht wird, daß es nicht nur um die sofortige humanitäre Hilfe für die direkt Betroffenen geht, sondern daß sich auch mit der Krankheit für die Hauptbetroffenengruppen ganz andere, z.B. sozialpolitische, Gefährdungen abzeichnen?

GERD: Diese Dimensionen zu benennen, war vor allem Gegenstand unserer Pressearbeit. In dem Jahresbericht, der jetzt veröffentlicht wird, ist auf die Vielzahl der Aktivi-



Aids-Hilfe-Zentrum in Mainz

Grund zum Feiern hatte die AIDS-Hilfe Mainz vor einigen Wochen: Sie konnte endlich eigene Räume beziehen und damit ihr Beratungszentrum eröffnen. Vorausgegangen war ein monatelanges Hin und Her, bis endlich die Zusage der Stadt vorlag, geeignete Räume zur Verfügung zu stellen. Es dauerte nochmals einige Monate, bis diese Räume im Hopfengarten 19 dann auch wirklich bezogen werden konnten. Immerhin: das Warten, aber auch der unermüdete Einsatz haben sich gelohnt. Die AIDS-Hilfe Mainz präsentiert sich heute im ehemaligen Altstadtsanierungsbüro mit einem Gruppenraum, einem Beratungszimmer und dem für die unvermeidlichen Verwaltungsarbeiten notwendigen Büroraum.

Hinter der Tatsache, daß die AIDS-Hilfe Mainz nunmehr über ein eigenes Beratungszentrum verfügt, verbirgt sich mehr: nämlich auch so etwas wie Anerkennung und moralische Unterstützung der AIDS-Hilfe-Gruppen allgemein und der Mainzer Gruppe im besonderen:

- immerhin hat die Stadt Mainz diese Räume auf unbefristete Zeit kostenlos zur Verfügung gestellt;
- immerhin hat das Gesundheitsministerium des Landes Rheinland-Pfalz einen einmaligen Zuschuß zur Finanzierung der Grundausstattung geleistet..

Anerkennung wie auch Verpflichtung für die weitere Arbeit zeigten sich auch, als das Mainzer Beratungszentrum offiziell "eingeweiht" wurde: Vertreterinnen und Vertreter zahlreicher Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich und der psychosozialen Betreuung waren der Einladung gefolgt, ebenso solche der politischen Parteien. Bei dieser Gelegenheit betonte Professor Fuchs vom Gesundheitsministerium nachdrücklich, wie wichtig die psychosoziale Betreuung derjenigen sei, die LAV/HTLV-III-positiv oder auch an AIDS erkrankt sind. Bemerkenswert auch seine eindeutige Erklärung, daß eine Meldepflicht für LAV/HTLV-III-Positive nicht geplant sei und auch nicht eingeführt werden dürfe.

(Fortsetzung) SIEGESSÄULE, Nr. 7

täten hingewiesen. Es geht ja nicht, eine generelle AIDS-Hysterie mitzupflegen, um an diesen oder jenen Topf heranzukommen, und sich dann aber darüber zu wundern, daß aus Angst Aggressionen werden und schließlich die Verfolgung von Minderheiten. Dazu in der Arbeit einen vernünftigen Weg zu finden, bedeutet immer eine Gratwanderung. Aber ich denke, das ist bei den wichtigen Medien – den Spiegel einmal ausgenommen – auch immer angekommen.

SIEGESSÄULE: *Kommen wir noch einmal auf die Berührungängste der Bonner mit den Schwulen zu sprechen: Wie läßt sich diese Zurückhaltung erklären?*

GERD: Die Bundespolitiker sind sehr viel vorsichtiger als z.B. die Landespolitiker hier in Bonn. In Bonn müssen andere Rücksichten genommen werden, wie beispielsweise auf die Wähler in ländlichen Gebieten. Das gibt es hier in Berlin in der Metropole nicht in dem Maße. Da gibt es schon andere Kontakte, Wahrnehmungen und Erfahrungen von und mit Schwulen. Aber im allgemeinen gilt schon die Trennung zwischen der Administration auf der einen Seite, die im Zusammenhang mit der Krankheit die Kosten trägt, um eine Schadensbegrenzung

herbeizuführen und deshalb ganz pragmatisch und ganz technokratisch mit den betroffenen Gruppen in Kontakt treten muß. Auf der anderen Seite scheut man sich dennoch, das Phänomen der Homosexualität in der Gesellschaft zu berühren.

SIEGESSÄULE: *Wie könnt ihr euch nun als DAH im aktuellen Konfliktfall verhalten? Gibt es z.B. die Möglichkeit, gegen die Ablehnung der BZGA Widerspruch einzulegen?*

CHRISTA: Ja, diese Möglichkeiten haben wir wie jeder andere Bürger auch bei Verwaltungsentscheidungen. Was wir aber nicht haben, ist die Zeit, jahrelang zu prozessieren. Daher können wir mit diesem Gespräch wie mit dem Konflikt an die Öffentlichkeit gehen und damit versuchen, auf anderen Ebenen zu einer Einigung zu kommen. Und wir können immer wieder auf andere Beispiele verweisen in anderen Ländern, wie mit dem Film auf das Beispiel San Francisco. Oder auf die Situation in der Schweiz. Da wird vom Schweizer Gesundheitsministerium eine Kampagne zur AIDS-Prophylaxe finanziert, mit viel Geld und zur völlig unzensierten Verwendung. Die Schweizer AIDS-Hilfe arbeitet – verglichen mit uns – unter paradisischen Be-

Nur wenige Tage nach der offiziellen "Inbetriebnahme" ihres Beratungszentrums feierte die AIDS-Hilfe Mainz dann im Unterhaus – dieses Mal, um Geld für ihre weitere Arbeit zu bekommen. In einer dem Unterhaus gerechten Benefiz-Veranstaltung traten kostenlos zugunsten der AIDS-Hilfe so bekannte Künstlerinnen und Künstler auf wie Kristin Horn, Uschi Flacke und Herbert Bonnewitz; den Anschlag bildete der schwule Männerchor Nürnberg (MÄNÜ). Neben dem beachtlichen Unterhaltungswert, den diese gelungene Veranstaltung für über zweihundert Besucher unbestritten hatte, zählt vor allem der finanzielle Ertrag dieses Abends: etwa 2.500 DM konnte die AIDS-Hilfe Mainz als Reinerlös verbuchen.

Daß dieses Geld dringend für die eigentliche Arbeit der AIDS-Hilfe benötigt wird, ergibt sich aus ihren inzwischen zahlreichen Gruppen, die durch erfahrene Psychologen betreut werden. So existieren inzwischen neben der Telefonberatungsgruppe auch eine Selbsterfahrungsgruppe, eine weitere ist im Aufbau. Ebenfalls im Aufbau ist eine weitere Gruppe für die Telefonberatung, um das gegenwärtige Beratungsangebot langfristig sicherzustellen. Ganz neu schließlich ist eine weitere Gruppe, die BUDDIES-Gruppe. Darin haben sich diejenigen zusammengefunden, die künftig sich vor allem der Betreuung von an AIDS Erkrankten und deren Angehörigen/Freundinnen/Freunden widmen wollen. Und schließlich gibt es die Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit; sie hält den Kontakt zu den Vertreterinnen und Vertretern der Medien, entwirft und überarbeitet Informationsschriften etc.

Diese zahlreichen Aktivitäten stellen die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer der AIDS-Hilfe Mainz immer wieder vor das Problem, daß eigentlich mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gebraucht werden, um der steigenden Nachfrage nach Information, Beratung und Hilfe gerecht werden zu können. Deshalb soll dieser Beitrag auch ein unverhohlener Aufruf zur Mitarbeit in der AIDS-Hilfe Mainz sein.

dingungen. Da wird nichts dagegen gesagt, daß eine solche Kampagne auch schwulenpolitisch wirksam ist, im Gegenteil, das wird gefördert. Da wird wohl eher begriffen, daß es eines spezifischen sozialpolitischen Hintergrundes bedarf, um der Schwulenszene unmittelbar helfen zu können.

***Eine Stadt lebt mit AIDS, Hrsg. Deutsche AIDS-Hilfe, Zusammenge stellt von Gerd Paul und Loretta Walz, Nishen Verlag, Berlin 1986. 140 S., 12.- DM.**

Vorführung und Präsentation von Video und Buch mit anschließender Diskussion am Freitag, 4. Juli um 20 Uhr im Prinz Eisenherz Buchladen, Bleibtreustr. 52.



Gerd Paul und Christa Brunswiker (rechts) von der Deutschen AIDS-Hilfe im Gespräch mit den SIEGESSÄULEN-Redakteuren Peter Hedenström und Elmar Kraushaar
Foto: Markus Bongartz

New York Native, 23.06.1986

A New Immune Booster?

Dinitrochlorobenzene (DNCB) is one of those quirky substances that seem to turn up now and then when a doctor uses his or her head to make connections. When he was at Stanford University, dermatologist Bruce Mills participated in a study of children who were covered with warts. These kids, who had a specific, tiny immune defect, were, at the least, in social agony. Nothing seemed to help this strange, unattractive expression of viral infection, until Mills tried painting a few warts here and there with DNCB. Within months, all the warts were in remission.

When Mills began practicing in San Francisco, at about the same time AIDS made its appearance, he saw numerous patients—gay and straight—with what he describes as “purple spots.” Remembering his experience with the children’s warts, he decided to try DNCB. “In the non-gay patients, the spots resolved spontaneously,” Mills said in a telephone interview. He began treating patients with AIDS and AIDS-Related Complex, and has just published a letter in the *Journal of the American Academy of Dermatology*. His results, if they stand up, are amazing.

Between 40 to 50 of Mills’s private-practice patients have been treated, many since December 1984. According to Mills, his results include 600-800 total white-cell counts improving to 2,000-3,000; anemia and low platelet counts normalizing, as have IgG, IgA, and IgE immunoglobulin measures; restored mitogen responses; and “patients report they feel better.” In those with rheumatic manifestation, many were able to stop taking anti-inflammatory medications.

The mechanism by which this “active organic molecule” works is largely still mysterious. Thought to be unable to respond to any contact-sensitizing agent (because of the anergy created by de-

struction of T-cells), all of Mills’s patients eventually were able to react to the DNCB-painted skin areas.

Mills spoke to the Kaposi’s sarcoma study group at the University of California at San Francisco in May, at a meeting attended by Dr. William Epstein, President of the American Academy of Dermatology, who described Mills’s results as “a fascinating study.” Epstein will be using DNCB in his own studies at the School of Medicine.

Here are the particulars you may want to know about:

Mills uses a coin-sized 2% solution in acetone, which is applied to the upper arm, covered with gauze and paper tape. This is left on overnight and washed off the following day. He does this weekly, until the immune parameters begin to improve. The solution is then cut to less than 1% over subsequent weeks. Mills says it “takes a while to see improvement,” but reports that virtually all patients—including those on chemotherapy, interleukin-2, etc.—appear to realize some benefit. DNCB costs little and is available from chemical supply houses, where it is sold for photographic purposes.

When I was working for the Arthritis Foundation, they fought a constant battle to prevent patients from using DMSO, a cheap industrial solvent. The only trouble was, it worked. Doctors were using it on themselves for muscle pains and winking at patients’ use, and all the big-time athletes swear by it for torn ligaments, etc. The problem is that no one stands to make any money from a substance like this, despite its medicinal efficacy. So no one bothers to explore its possibilities.

If you’re interested, get your physician to contact L. Bruce Mills, M.D., 450 Sutter Street #2304, San Francisco, CA 94108.

—Ann Giudici Fettner



Gay Express, Nr. 7/3. Jg. 1986

»Hamburger Linie« wird fortgesetzt

Gesundheitsbehörde eröffnet neue AIDS-Informations- und Beratungsstelle

Die »Hamburger Linie« im Umgang mit LAV/HTLV-III-Infektionen und der Krankheit AIDS setzt weiter auf Aufklärung, Information und Beratung. Das teilte die Hamburger Gesundheitsbehörde anlässlich der Eröffnung der neuen AIDS-Informations- und Beratungsstelle auf dem Gelände des Krankenhauses St. Georg durch Gesundheitsssenatorin *Christine Maring* am 2. Juni mit:

Die neue AIDS-Informations- und Beratungsstelle der Hamburger Gesundheitsbehörde präsentiert sich mit einem multiprofessionellen Team und einem breit gefächerten Angebot. Die Beratungsstelle will folgende Leistungen anbieten:

- Umfassende persönliche Beratung über mögliche Ansteckungswege und körperliche Symptome, über Vorbeugemaßnahmen und psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten. Diese Beratung kann auch telefonisch unter der Tel.-Nr. 040/24 88 24 88 erfolgen.
- Psychologische und psychosoziale Betreuung von Erkrankten.
- Durchführung des Antikörper-Tests, soweit er erforderlich erscheint. Be-

sonderes Augenmerk soll dabei auf die psychosoziale Beratung und Betreuung vor und nach dem Test gelegt werden. Beratung und Test sind für jedermann anonym und kostenlos.

- Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung. Die Mitarbeiter des Teams werden überall dort, wo dies nötig und gewünscht ist – z.B. auf Personalversammlungen, Elternabenden, in Betrieben – über AIDS informieren. Zugleich will die neue Stelle Ansprechpartner für die medizinische Fachwelt, für Selbsthilfegruppen, für andere Beratungseinrichtungen und für Multiplikatoren sein. Telefonische Beratung und freie Sprechstunden werden montags und mittwochs von 17 bis 19 Uhr, donnerstags von 13 bis 16 und freitags von 8 bis 12 Uhr angeboten.

Darüber hinaus können Termine für Beratungen, Fortbildungsveranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit frei vereinbart werden. Die Beratungsstelle befindet sich gut erreichbar auf dem Gelände des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg, Lohmühlenstr. 5 in der Hamburger Innenstadt

AIDS-Hilfe Hamburg startet neue Kampagne

Unter dem Motto »Safer Sex« hat die AIDS-Hilfe Hamburg e.V., Mitglied der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Mitte Juni eine breit angelegte Aufklärungskampagne gestartet, die zum Ziel hat, sexuelle Verhaltensweisen zu unterstützen, die eine Infektion mit dem LAV/HTLV-III-Virus nahezu ausschließen.

Symbol dieser Aufklärungskampagne ist eine Sicherheitsnadel, die auch als Abzeichen getragen werden kann, wenn man signalisieren will »Ich mache Safer Sex«.

Zusätzlich werden Informations- und

Diskussionsveranstaltungen zum Thema AIDS, Schutz vor Infektionen, Umgang mit Infizierten und Kranken durchgeführt. Die jeweiligen Termine entnehmen Sie bitte dem Programm des MHC und der Tagespresse.

Für persönliche Auskunft und Beratung steht werktags zwischen 17 und 20 Uhr die Tel.-Nr. 040/270 53 30 zur Verfügung.

AIDS-Hilfe Hamburg e.V., Borgweg 8, 2000 Hamburg 60. Spendenkonto: Hamburger Sparkasse BLZ 200 505 50, Kto.-Nr. 1242/121 125



AIDS in California

Nature, London, Vol. 321,
No. 6066, 8.05.86, S. 105

State aid offered for vaccine

Washington

LEGISLATION that would "shut the door" on strict product liability for vaccines against AIDS (acquired immune deficiency syndrome) is working its way through the California State Assembly, with the blessing of the two biotechnology companies closest to vaccine development. In addition to its shield from liability, the bill provides \$6 million in aid for clinical testing and \$20 million for state purchase of the vaccine to guarantee a million-dose market. Genentech and Chiron, eager to see the bill made law, say it would remove economic obstacles to vaccine development; California hopes it would induce these companies to triple their development efforts.

California ranks second in the United States for diagnosed cases of AIDS, with over 4,600 reported, and a study released last month by the state's Department of Health Services (DHS) predicts the disease will have struck 30,000 Californians

by 1990. Feeling both the pressure of a public health threat and the promise of engineered immunization from companies virtually in the legislative backyard, assemblyman John Vasconcellos last year met with Genentech and Chiron to discuss ways to accelerate vaccine development.

The companies outlined the reasons that hormones and growth factors grab most of the attention in their laboratories, while investment in AIDS vaccine research remains modest. They said they were deterred by the uncertainty of the market size, the costs of clinical trials, and the threat of litigation once the vaccine reaches the public.

Vasconcellos and other California assemblymen drew up a bill to answer these concerns. The measure would permit the state to grant each of three companies up to \$2 million to defray the costs of clinical testing, the most expensive phase of drug development. If companies

sold less than one million doses, California would buy the difference. And the state would also accept responsibility for injuries proved to have resulted from vaccine use, with recovery limited to \$250,000 per case. The bill applies to California companies only, and they would still be held liable for cases involving negligence.

Most of California's legislators appear to favour the bill, which was introduced in January and heard in the Assembly judiciary committee last week. However, opposition may emerge next week, when the legislation goes before the Assembly's ways and means committee. But supporters can point to the DHS report, which expects medical costs for AIDS of \$3,500 million by 1990, and a California Manufacturers Association estimate that each employee who contracts AIDS costs his employer \$250,000. Faced with these figures, state-subsidized vaccines may seem like a bargain to Californians. **Karen Wright**

Lancet, London, No. 8490,
17.05.86, S. 1167

Lancet, London, No. 8491,
24.05.86, S. 1225

WHO'S EFFORTS TO CONTAIN AIDS

THE World Health Organisation has allocated, for 1986-87, large sums to its programme on the prevention and control of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), but extra funds are required if the programme is to be implemented globally. A meeting held last month for potential supporters of this effort was attended by representatives from fifteen WHO member countries, the Commission of the European Communities, and the World Bank. The participants agreed that WHO should continue to commit resources to the programme beyond 1987 and that all member states should be encouraged to cooperate in containing the AIDS epidemic. WHO is to coordinate assistance schemes and to seek the commitment of various countries to the programme. A meeting of interested parties, who, it is hoped, will finalise their commitment, is to be held on June 28.

Another recent WHO meeting sought to bring up to date guidelines on prevention of transmission of AIDS by transfused blood and by blood products. The recommendations include the improvement of antenatal care as a means of reducing the demand for blood; giving transfusions only when medically justified and using blood components rather than whole blood or plasma where appropriate; donor education and selection; and the review by countries importing blood products of manufacturing protocols to assess the acceptability of the product. WHO should also provide reference material for the evaluation and standardisation of laboratory tests, establish uniform criteria for treatment and testing of blood products, and revise their criteria to take new manufacturing and screening procedures into account.

UNITED KINGDOM AIDS FOUNDATION

A NEW charitable foundation, the United Kingdom AIDS Foundation, has as its main object the promotion of research into the causes, origins, transmission, and treatment of AIDS and related diseases or conditions, the promotion of the welfare of sufferers, the alleviation of deprivation caused by AIDS, the advancement of relevant education, and the support of other charities with like objects. The Foundation has been established as a trust to try to provide information and coordinate fund-raising efforts and to form a group of trustees to receive funds and spend money where it is most needed or where there seems to be a neglected aspect. The Foundation emphasises that the trust is in no way intended as a substitute for the support needed from Government and the National Health Service. It will strive to respond quickly to each need for funds.

The Foundation has been established by doctors working on AIDS research and treatment at three London hospitals (St Stephen's, St Mary's, Paddington, and the Middlesex), by the Terence Higgins Trust and the Body Positive Group, and by other organisations and individuals. The trustees, who will be advised by a committee of representatives of the founding groups, are: Sir Gerard Vaughan, MP, Mrs Margaret Jay, Sir Kenneth Robinson, and Mr Patrick Trevor-Roper, FRCS.

Further information may be had from the Foundation's secretary, Madeleine Becker, 16 Great College Street, London SW1, tel: 01-222 7085).



Nature, London, Vol 321,
No. 6071, 12.06.86,
S. 639

AIDS research

New foundation begins work

Washington

SUPPORT for research into acquired immune deficiency syndrome (AIDS) has received a shot in the arm from the American Foundation for AIDS Research (AmFAR). The new foundation handed out 20 grants totalling \$1.1 million, mostly for basic research on the biology of the virus associated with AIDS, with a smaller number for drug development and epidemiology. AmFAR's scientific advisory committee was looking primarily for projects demonstrating "fresh ideas", according to a spokesman for AmFAR.

The 20 projects receiving grants were chosen from 146 applications. The maximum \$60,000 grant is not intended to sustain a major research effort, but will instead provide start-up money for new projects.

AmFAR came into existence last September when the AIDS Medical Foundation, based in New York, merged with the National AIDS Research Foundation of Los Angeles. Actress Elizabeth Taylor serves as AmFAR's national chairman, and has been an active force in fundraising. In future, AmFAR hopes to move its financial base away from special fundraising events to long-term commitments from corporations and philanthropic foundations.

Although the \$1.1 million offered by AmFAR is only a small fraction of the \$233 million AIDS budget of the US Public Health Service, there is always enthusiasm for a new source of funds. "Any branch I can shake for support is marvelous," says Murray Gardner of the University of California at Davis, who received a \$60,000 grant from AmFAR to study the structure of the envelope protein of the AIDS virus.

AmFAR can also move more quickly than the federal government. It solicited proposals in January, and made decisions on them just 4 months later. **Joseph Palca**

Science, Washington D.C.,
Vol. 232, No. 4757,
20.06.86, S. 1486

Human Immunodeficiency Virus

At a meeting on 22 and 23 May 1986 the Executive Committee of the International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) endorsed the name human immunodeficiency virus recently proposed by a large majority of the members of a study group of ICTV headed by Harold Varmus (Letters, 9 May, p. 697) as appropriate for retrovirus isolates implicated as causing the acquired immune deficiency syndrome (AIDS). The new name describes the host and a major biological property of the virus, recognizes the difference of the virus from isolates of human T cell lymphotropic virus types I and II, and avoids any controversy regarding priority of discovery of the virus and emotive connections of the virus with AIDS and its methods of transmission. The ICTV is working toward a uniform international nomenclature for viruses based on their taxonomy. Much still remains to be learned about the relationships of the human immunodeficiency virus with other retroviruses, and therefore designation of an international name would be premature. However, the committee recommends the use of the name human immunodeficiency virus as the vernacular name to replace HTLV-III and LAV.

F. BROWN*

*Wellcome Biotechnology, Ltd.,
Ash Road, Pirbright,
Woking, Surrey GU24 0NQ, England*

*President, International Committee on Taxonomy of Viruses.



Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg, 24.06.86

AIDS-Informationen aus dem Computer

Stuttgart (yer). Demnächst gibt es eine elektronische Datenbank, die sich ausschließlich mit der Fachliteratur zu AIDS beschäftigt und Hilfestellung beim Heraussuchen der wirklich wichtigen Arbeiten gibt.

Die Flut der wissenschaftlichen Veröffentlichungen über AIDS hat schon längst Ausmaße erreicht, die ohne die Hilfe eines Computers nicht mehr zu bewältigen sind. Doch auch die elektronischen biowissenschaftlichen Datenbanken erschlagen den Rechercheur mit einer Fülle von Quellenverweisen, selbst zu spezifischen AIDS-Fragestellungen, weil bei der Vielzahl von Veröffentlichungen mangels geeigneter Selektionskriterien die Spreu kaum noch vom Weizen zu trennen ist.

Dieses Problem löst die neue Datenbasis „AIDS“, die voraussichtlich ab Ende Juni über den Schweizer Datenbankanbieter „data-star“ online, also im Computerdiallog, abrufbar ist. Diese Datenbasis wird vom „Bureau of Hygiene and Tropical Medicine“ in London hergestellt und beschäftigt sich ausschließlich mit dem erworbenen Immundefekt-Syndrom. Sie wird als Novum bei bibliographischen Datenbasen neben einer von AIDS-Experten geschriebenen Zusammenfassung des Inhalts auch eine Bewertung der Relevanz und der wissenschaftlichen Stichhaltigkeit der wichtigsten Arbeiten bieten. Alle anderen Fachveröffentlichungen zu AIDS werden bibliographisch dokumentiert.

Wer mit dieser elektronischen Publikationsform umgehen will,

benötigt dazu lediglich ein einfaches Terminal oder einen Personal- oder Home-Computer mit serieller Schnittstelle (RS-232) und einen Akustikkoppler, mit dem die Daten vom Telefon übernommen werden können.

Um Übertragungskosten zu sparen, empfiehlt es sich, das Telefonnetz nur als „Auffahrt“ auf den „Electronic Highway“ Datex-P, das paketvermittelte Datennetz der Deutschen Bundespost, zu benutzen.

Der Zugang zu Datex-P über das Telefonnetz erfolgt über Knotenrechner, die sogenannten PADs, die in 17 Städten der Bundesrepublik einfach angerufen werden können. Voraussetzung für die Nutzung des kostengünstigen Datenkommunikationsnetzes Datex-P sind eine „Network User Identification“, kurz NUI genannt, und ein geheimes Paßwort.

Beides vergibt die Bundespost auf Antrag gegen eine monatliche Gebühr von 15 DM; Auskunft erteilt das nächstgelegene Fernmeldeamt. Die Verbindung zum Datenbankrechner wird einfach durch Eingabe seiner Anschlußkennung hergestellt.

Eine weitere Voraussetzung ist ein Nutzungsvertrag mit dem Datenbankanbieter, dem „Host“. Der Schweizer Host-Rechner „data-star“, in der Bundesrepublik erreichbar über das Fachinformationszentrum Technik in Frankfurt, bietet praktisch alle biowissenschaftlichen Datenbasen der Welt an. Data-star arbeitet mit einer sehr viel einfacheren Abfragesprache als DIMDI, der bundeseigene Host.



JAMA, Chicago, Vol. 255, No. 23, 20.06.86, S. 3255 ff.

Surveillance for AIDS in a Central African City

Kinshasa, Zaire

Jonathan M. Mann, MD, MPH; Henry Francis, MD; Thomas Quinn, MD; Pangu Kaza Asila, MD, MPH;
Ngaly Bosenge, MD; Nzila Nzilambi, MD; Kapita Bila, MD; Muyembe Tamfum, MD;
Kalisa Ruti, MD; Peter Piot, MD; Joseph McCormick, MD; James W. Curran, MD, MPH

• Surveillance for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Kinshasa, Zaire, was initiated in July 1984, using a modified version of the case definition developed by the Centers for Disease Control. During the first eight months, 332 patients met all clinical and laboratory criteria; surveillance information was available for 295 (89%) of these patients. Of the sera tested from these patients, 99% had antibodies to human T-cell lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus by both enzyme-linked immunosorbent assay and Western blot procedures. The male-female case ratio was 1:1.1; the mean age of patients was 33.6 years (median, 32 years; range, 1.5 to 64 years); and men were significantly older than women (mean, 37.4 vs 30.0 years). The estimated incidence rate for adults in Kinshasa is 380 cases per 1 million people per year. Peak age-specific incidence rates for men and women occurred among the 30- to 39-year age group, although the rate for men in this age group was 24% higher than the rate for women (786 vs 601 per 1 million). A reasonable estimate of the current annual incidence of AIDS is 550 to 1,000 cases per 1 million people. Surveillance of AIDS in Zaire provides important information on transmission patterns and rates in Africa.

(JAMA 1986;255:3255-3259)

Archives of Internal Medicine, Chicago, Vol. 146,
No. 6, S. 1133 ff.

Implantation of Cultured Thymic Fragments in Patients With Acquired Immunodeficiency Syndrome

Sven A. Danner, MD; Henk-Jan Schuurman, PhD; Joep M. A. Lange, MD; Frits H. J. Gmelig Meyling, PhD;
Peter Th. A. Schellekens, MD; Jonne Huber, MD; Louis Kater, MD

• Cultured thymic fragments were implanted in one patient with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)-related complex (ARC) and in eight AIDS patients with opportunistic infections (OIs, four patients), Kaposi's sarcoma (KS, two patients), or both (two patients). Thereafter, objective clinical improvement was noted in one patient with OI, and a stable symptom-free condition was observed in the ARC patient and in two other patients with OIs. However, the ARC patient and two of the three patients with OIs developed infections three to six months after implantation. A fourth case of OI and the

patients with KS showed progression of the disease. Peripheral blood investigations for counts of total leukocytes, lymphocytes, and T-lymphocyte subsets as well as for lymphocyte stimulation with mitogens showed no changes interpretable as an improvement of the cellular immune deficiency status. We conclude that cultured thymic fragments have no distinct in vivo effect on the course of AIDS, except for a temporary clinical improvement or a period of stable condition in some patients with OIs.

(Arch Intern Med 1986;146:1133-1136)

NEJM, Boston, Vol. 314, No. 17,
24.04.86, S. 1127 ff.

Lancet, London, No. 8491,
24.05.86, S. 1179ff.

OCCUPATIONAL RISK OF THE ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME AMONG HEALTH CARE WORKERS

Abstract In August 1983, we initiated nationwide prospective surveillance of health care workers with documented parenteral or mucous-membrane exposures to blood or other body fluids of patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or AIDS-related illnesses. The purpose of the surveillance project is to quantify prospectively the risk to health care workers of acquiring the AIDS virus, human T-cell lymphotropic virus Type III/lymphadenopathy-associated virus (HTLV-III/LAV), as a result of occupational exposures. By December 31, 1985, 938 health care workers were being followed in the surveillance project. The mean length of follow-up was 15 months (range, 0 to 56) and 531 health care workers (57 percent) had been followed for more than one year. Needlestick injuries and cuts with sharp instruments accounted for 76 percent of the exposures. Over 85 percent of all exposures were to blood or serum.

None of the health care workers have acquired signs or symptoms of AIDS. Analyses of T-lymphocyte subsets were performed for 341 (36 percent) of the exposed health care workers, and tests for antibody to HTLV-III/LAV were performed for 451 (48 percent). Seven health care workers who had low helper/suppressor T-lymphocyte ratios on initial testing were retested; only three had persistently low ratios. Only two health care workers tested were seropositive for antibody to HTLV-III/LAV.

The results of this surveillance project, thus far, suggest that the risk to health care workers of occupational transmission of HTLV-III/LAV is low (the upper bound of the 95 percent confidence interval for the seroprevalence rate among workers with ≥ 3 months of follow-up with HTLV-III/LAV antibody testing is 1.65 percent) and appears to be related to parenteral exposure to blood.

THREE-YEAR PROSPECTIVE STUDY OF HTLV-III/LAV INFECTION IN HOMOSEXUAL MEN

J. N. WEBER* J. WADSWORTH
L. A. ROGERS O. MOSHTAEL
K. SCOTT T. MCMANUS
E. BERRIE D. J. JEFFRIES
J. R. W. HARRIS A. J. PINCHING

*Departments of Immunology, Virology, and Epidemiology
and Praed Street Clinic, St Mary's Hospital and Medical School,
London W2*

Summary 170 symptom-free homosexual men were recruited in London in 1982-83 and 133 were evaluable in 1983-85. Of the 33 who were seropositive to HTLV-III/LAV at entry, 4 (12%) progressed to AIDS, 16 (48%) progressed to persistent generalised lymphadenopathy (PGL), and 13 (40%) remained symptom-free. A further 15 men seroconverted during the study (7% per annum), of whom 8 progressed to PGL. Serial estimations of T lymphocyte subsets showed progressive reduction in T4 numbers in the seropositive groups, but these indices also varied widely in the seronegative group. Counts of T4 and T8 cells or T4/T8 ratio at entry were not of prognostic value. Seronegative subjects were as likely as seropositives to have abnormal immunological tests. Serial measurement of T lymphocyte subsets seems to be of little prognostic or clinical value in the monitoring of populations infected with the HTLV-III/LAV virus. The strongest association with prognosis was an episode of sexually transmitted disease in the six months before entry to the study. This supports the hypothesis that intercurrent infection may be an important co-factor in the acquisition of HTLV-III/LAV infection, and in subsequent disease progression.

American Journal of Public Health, Washington D.C., Vol. 76,
No. 5, S. 564 ff.

Prevalence of Antibody to LAV/HTLV-III among Homosexual Men In Seattle

ANN C. COLLIER, MD, ROBERT C. BARNES, MD, H. HUNTER HANDSFIELD, MD

Abstract: The prevalence of antibody to LAV/HTLV-III among homosexual men attending a community clinic and a sexually transmitted disease clinic in Seattle, Washington in early 1985 was 42 per cent and 32 per cent, respectively. Seropositivity was apparently not related to age or number of sexual partners. The high prevalence of LAV/HTLV-III seropositivity in an area where overt AIDS (acquired immune deficiency syndrome) is still relatively uncommon suggests that public health measures to prevent acquisition and transmission of LAV/HTLV-III should be a high priority even in areas with low incidences of AIDS. (*Am J Public Health* 1986; 76:564-565.)



JAMA, Chicago, Vol. 255, No. 22, 13.06.86, S. 3133 ff.

Prevalence of Antibodies to HTLV-I, -II, and -III in Intravenous Drug Abusers From an AIDS Endemic Region

Marjorie Robert-Guroff, PhD; Stanley H. Weiss, MD; Jose A. Giron, MD; Andrea M. Jennings; Harold M. Ginzburg, MD, MPH, JD; Irving B. Margolis, MD; William A. Blattner, MD; Robert C. Gallo, MD

• Antibody prevalences for human T-cell lymphotropic virus (HTLV) types I, II, and III were determined for 56 intravenous drug abusers from Queens, NY. While control serum samples lacked antibodies to all HTLV subgroups, seropositivity among drug users was 41% for HTLV-III, 18% for HTLV-II, and 9% for HTLV-I. Infection by HTLV-I and -II occurred independently of HTLV-III infection. Blacks had greater HTLV-III antibody prevalence than whites (54% vs 16%) and were more likely than whites to be seropositive for HTLV-I or -II (46% vs 11%). They exhibited a greater incidence than whites of double infection with HTLV-I or -II and HTLV-III (27% vs 0%), and 73% were seropositive for at least one of the viruses, compared with only 26% of the whites. The increased HTLV-I and -II infection seen in intravenous drug users suggests that once introduced into a population, these viruses may be transmitted by the same routes as HTLV-III. Transmission may have been restricted mainly to blacks in this study because of local drug use practices.

(JAMA 1986;255:3133-3137)

Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg, 16.06.86

Drogentherapie

Berliner AIDS-Infizierte werden gleichbehandelt

Berlin (eb). Erste Erfahrungen mit der Behandlung AIDS-infizierter Drogensüchtiger hat jetzt die Münchener Daytop-Gesellschaft vorgestellt.

Als wichtiges Merkmal der Therapie nannte der ärztliche Leiter des Berliner Daytop-Hauses, Hartmut Oberdieck, die Gleichbehandlung von infizierten und nicht-infizierten Patienten.

Es habe sich als äußerst wichtig erwiesen, so Oberdieck, daß die an der Immunschwäche erkrankten Patienten innerhalb der Drogentherapie Zuwendung, Unterstützung und Nähe erfahren. Dadurch sei es teilweise gelungen, den bei Therapieantritt schlechten Allgemeinzustand infizierter Patienten erheblich zu verbessern.



Lancet, London, No. 8495,
21.06.86, S. 1435 ff.

PREVENTING AIDS IN DRUG ADDICTS IN AMSTERDAM

SIR,—Amsterdam has taken three measures to prevent the spread of human immunodeficiency virus (HIV) among drug addicts—a publicity campaign; an exchange system for syringes and needles; and the distribution of condoms among addicted prostitutes.

In the publicity campaign leaflets are being distributed and meetings are held to inform workers in the drug field and addicts themselves about AIDS.

Among drug addicts HIV is mainly transmitted by sharing of contaminated needles and syringes,¹ so the provision of sterile equipment might slow the spread of the virus in this group. To avoid increasing danger that people might inadvertently prick themselves with carelessly discarded syringes and needles, a strict exchange system was adopted. This was introduced in Amsterdam in 1984, organised by the Municipal Health Service in cooperation with the Association of Drug Addicts ("junkies' union"): addicts receive a sterile syringe and needle free of charge when they return a used syringe and needle.

Studies from Africa strongly suggest that HIV can be transmitted by heterosexual contact and that prostitutes and their male customers in Africa should be regarded as at high risk of AIDS.^{2,4} Thus in western countries prostitutes who use intravenous drugs could be a link in the spread of HIV to the general population. The Municipal Health Service now provides free condoms to addicted prostitutes.

These measures need to be viewed in the context of Amsterdam's approach to the drug problem. Because the results of drug-free treatment were disappointing and few addicts were being reached, Amsterdam revised its policy in the late 1970s towards a more pragmatic, non-moralistic approach. The principle is: that if it is impossible to cure a drug addict one should at least try to create a situation that greatly reduces the risk that the addict harms himself or his environment. Besides drug-free treatment programmes and resocialisation projects much emphasis is put on getting in touch with addicts through streetwork, medical assistance to arrested addicts, special attention to those admitted to general hospitals, and an outreaching "low threshold" methadone programme (like "methadone by bus project"). Once in contact, we persuade the drug addict to stabilise his addiction and life-style by regular methadone use and less involvement in illegal drugs by regular medical check-ups, and by attention to his or her social circumstances (housing, money, and "normal" social

relationships).

Although it is early days, the effort to contact as many drug addicts as possible seems to be successful. In 1985 60–80% of the city's drug addicts were in touch with the Amsterdam helping system. The AIDS publicity campaign could therefore be reaching a substantial proportion of the target group.

In 1985 some 100 000 syringes and needles were provided in the exchange system and there has been no evidence of an increase in needlestick accidents among the general population. Nor has the fear that this approach would encourage drug addicts to "shoot" and not become involved in treatment come true so far. The number of addicts who use intravenous drugs did not increase in 1985 (25–30% inject, 70–75% inhale heroin or "chase the dragon"). Therapeutic programmes report that more clients than ever are being motivated to enter treatment. The number of drug addicts in Amsterdam has stabilised over the past few years at 7000–8000.

In Amsterdam only 2 AIDS cases have been diagnosed among drug addicts. When sera taken from drug addicts at the end of 1983 and the beginning of 1984 were tested for HIV antibodies (R. A. C. and J. Goudsmit, unpublished) 5 (3.4%) of those from 145 addicts entering a methadone programme and 12 (23%) of those from 52 addicted prostitutes were positive. In December, 1985, a large epidemiological study began. The prevalence, incidence, and risk factors of HIV infection among drug addicts in Amsterdam are being studied and the influence of the preventive measures now adopted will be assessed.

E. C. BUNING
R. A. COUTINHO
G. H. A. VAN BRUSSEL
G. W. VAN SANTEN
A. W. VAN ZADELHOFF

Municipal Health Service,
1000 HE Amsterdam, Netherlands

1. Des Jarlais D, Friedman S, Hopkins W. Risk reductions for AIDS among iv drug users. *Ann Intern Med* 1985; 103: 755–59.
2. Perre van der P, Rouyroy D, Lepage P, et al. AIDS in Rwanda. *Lancet* 1984; ii: 62–65.
3. Piot P, Quin TC, Taelman H, et al. AIDS in a heterosexual population in Zaire. *Lancet* 1984; ii: 65–69.
4. Kreiss JK, Koock D, Plummer FA, et al. AIDS virus infection in Nairobi prostitutes; spread of the epidemic in East Africa. *N Engl J Med* 1986; 314: 414–18.

Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg, 19.06.86

AIDS / Länderminister

Gezielte Hilfe für infizierte Prostituierte

Stuttgart (eb). Auf Initiative Baden-Württembergs hat sich die Konferenz der Arbeits- und Sozialminister der Länder dafür ausgesprochen, daß Prostituierte beiderlei Geschlechts, die AIDS-infiziert sind, gezielte soziale Hilfen erhalten sollen, damit sie ihre Tätigkeit aufgeben können.

Die Ministerkonferenz hat am Dienstag die Bundesregierung aufgefordert, Maßnahmen zu entwickeln, um AIDS-infizierten Prostituierten die Wiedereingliederung ins Arbeits- und Berufsleben zu gewähren. Hierzu soll, so Staatssekretär Hermann Mühlbeyer vom Stuttgarter Arbeits- und Sozialministeri-

um, auch geprüft werden, ob Änderungen oder Ergänzungen gesetzlicher Vorschriften notwendig sind.

(...)



Science, Washington D.C., Vol. 232, No. 4755, 6.06.86, S. 1196

Brain Function Decline in Children with AIDS

Many AIDS-related brain abnormalities are similar in children and adults, but children often have an unusual calcification of brain tissue

ONLY within the past 18 months have scientists been able to show that the virus causing acquired immune deficiency syndrome (AIDS) directly infects the brain. About 60% of adult AIDS patients will develop dementia, and "neurological problems in children with AIDS may be even more common than in adults," says Anita Belman of the State University of New York in Stony Brook.

"Some children have normal head circumferences at birth, but their brains often do not grow at the rate they should," says Belman. Many do not learn and develop motor skills at the normal times. In her report at the recent meeting of the American Academy of Neurology in New Orleans,* Belman also described an unusual feature of their brain damage.

Children with AIDS frequently have calcification of the basal ganglia. There are abnormal mineral deposits in blood vessels that supply the gray matter lying deep under the cerebral cortex on both sides of the brain. Belman and her co-workers, George Lantos, Dikran Horoupian, Brian Novick, Monica Ulmann, Dennis Dickson, and Arye Rubinstein at the Albert Einstein College of Medicine, detect the abnormal calcification in living patients with computerized tomography (CT) scans of their brains.

In 1983, when only 15 children were reported as having AIDS, Belman began studying the developmental and neurological problems associated with their disease. Today, the number of children with AIDS is nearly 300, more than 40 of whom are included in Belman's study. She follows the development of their motor and mental abilities as long as possible and correlates it with their neurological problems.

Normally, children learn to roll over, sit up, stand, say single words, walk, combine words, and so forth, at fairly predictable ages. But in children with AIDS, there are changes in this normal developmental progression that Belman thinks fall into definable categories.

Some children with AIDS develop normally for several months to a year, and then follow a "slow, stuttering course of brain disease that plateaus for periods of time," says Belman. For instance, she describes one child who could stand with assistance when she was a year old. By 16 months she had a kind of lung infection that frequently accompanies AIDS, and for the next 8 months did not acquire any additional language or cognitive skills. At 2 years of age she got another infection, which was treatable, but then regressed to the developmental level of a 7- or 8-month-old infant.

Other children seem to get progressively worse at a slow rate without any plateaus, and still others become very sick very rapidly. Another AIDS patient, a 10-year-old boy with hemophilia, was an intellectually gifted student. Four months after he began showing signs of brain abnormalities, he was only able to follow one-step verbal commands. He had brain atrophy and calcification in the region of the basal ganglia on both sides of his brain.

Most of the children evaluated by the New York researchers were born to mothers with AIDS or in a group at high risk for AIDS. A few are hemophiliacs and presumably got the virus from infected blood. In her new study, Belman followed 16 of these children, 8 girls and 8 boys. All of them had bacterial or other viral infections that frequently accompany AIDS, and all had circulating antibodies to the AIDS virus.

Many children with AIDS have brain atrophy or shrinkage, a problem that Belman thinks "is probably due to changes in white matter." Adult AIDS patients also have abnormalities in the white matter (nerve fiber tracts covered by white myelin sheaths). And, like adults, children show signs of dementia if they live long enough.

Adults with AIDS frequently have abnormal fused clumps called multinucleated giant cells in their brain tissue. Much of the virus in adult brains is associated with these cellular clumps, according to new informa-

tion from Anthony Fauci and his colleagues at the National Institute of Allergy and Infectious Diseases, and Richard Price and his co-workers at the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Belman and her New York colleagues see multinucleated giant cells in some children's brains, but they have not yet found virus particles in any of the brain tissues from children with AIDS.

It is very difficult to compare the incidence of brain impairment in children and adults with AIDS, because there are no studies that follow both groups over long periods of time. Belman and her colleagues have not studied a sufficiently large number of children to be able to identify precisely what percentage will develop AIDS-related brain damage.

Many questions about how AIDS affects a child's brain remain to be answered. For example, how much of the brain damage in children is due directly to the AIDS virus and how much results from other infections, or from metabolic or hormonal disturbances? And why do the blood vessels in the basal ganglia, as opposed to other brain regions, become calcified?

Calcification of brain tissue is not unique to infants with AIDS. For instance, older children who have Down's syndrome, certain metabolic disorders, hormonal disorders, or infections can develop brain calcification. Also, aged adults typically show the calcification. But Belman's findings that calcification is localized primarily in the region of the basal ganglia, that it occurs symmetrically on both sides of the brain, and that it appears in infants are a combination of features particularly associated with AIDS.

Although Belman cannot pinpoint the cause of basal ganglia calcification in children with AIDS, she thinks it may be due to "some damage to the endothelial cells lining the blood vessels" in this brain region. She says, "I think that the immature nervous system may be more susceptible to injury, whether it is by the AIDS virus or metabolic derangements. Some children have a wasting syndrome, even when you are giving them parenteral [outside the intestine] nutrition. They have signs of losing fat and protein and, in a developing nervous system, this may play a very big role." ■

DEBORAH M. BARNES

*Annual meeting of the American Academy of Neurology, 26 April to 3 May 1986, New Orleans, Louisiana.

D M W , Stuttgart, Nr. 122,

30.05.86, S. 880

LAV/HTLV-III und Atemspende

Die Anmerkungen von Kroegel und Mitarbeitern (8) zu unserer Leser-Zuschrift (7) veranlassen uns zu folgender Stellungnahme:

1. Wie wir in unserem Beitrag betonen, ist »im alltäglichen sozialen Umgang eine HTLV-III-Infektion über Speichel nicht möglich«. Gestützt auf die bereits zitierten Untersuchungen stimmen wir in diesem Punkt ebenso mit Kroegel und Mitarbeitern überein, wie in der Einschätzung des Infektionsrisikos für medizinisches Personal bei der Behandlung infizierter Patienten. Wir verweisen allerdings in diesem Zusammenhang auf die einschlägigen Empfehlungen über Schutzmaßnahmen der betreffenden Personengruppe im Umgang mit potentiell LAV/HTLV-III-infizierten Patienten (2, 4).

2. Ohne Frage sind Resistenz und Kontagiosität von LAV/HTLV-III geringer als zum Beispiel von Hepatitis-B-Virus (HBV). Für die Übertragung von HBV kommen jedoch nur die infektiösen HBs-Antigen-Träger in Frage, also nur ein kleiner Teil der Infizierten, während bei LAV/HTLV-III die Mehrzahl der antikörperpositiven Personen lebenslang infektiös sein dürfte (10). Damit vergrößert sich das Virusreservoir ständig: Je nach Schätzungsgrundlage ist im Augenblick mit rund 10^4 (auf der Basis der Blutspender-Testungen) bis $2,5 \times 10^5$ Infizierten in der Bundesrepublik zu rechnen (6).

Die aus derartigen Schätzungen resultierende statistische Wahrscheinlichkeit, einem LAV/HTLV-III-Infizierten zu begegnen, wird von Gürtler und Mitarbeitern (6) mit 1 : 250 angegeben, wobei allerdings ein erhebliches Stadt - Land - Gefälle berücksichtigt werden muß. Wegen der im Vergleich zur Übertragung durch Blut geringeren Kontagiosität über Schleimhautkontakt schätzen die gleichen Autoren das theoretische Infektionsrisiko bei Reanimationsmaßnahmen auf rund 1 : 50 000.

3. Die Transmission von LAV/HTLV-III über Blut oder Sexualkontakt ist sicherlich unverhältnismäßig häufiger als über Schleimhautkontakte und Speichel (6). Die Studien in Haushalten mit AIDS-Patienten zeigen dies eindeutig. Anderer-

seits ist eine Transmission des LAV/HTLV-III-Virus durch - eventuell blutig tingierte - Körpersekrete wie Speichel eben nicht völlig ausgeschlossen. Dies belegen zwischenzeitlich drei in der Literatur dokumentierte Fälle (5, 9), bei denen LAV/HTLV-III durch den ungeschützten Kontakt mit Blut oder potentiell infektiösen Körpersekreten oder -exkreten übertragen worden sein dürfte.

Die ungewöhnlichen Bedingungen dieser nicht-parenteralen Infektionswege entsprechen keinesfalls der routinemäßigen Pflegesituation in der Klinik und - dies sei nochmals betont - überhaupt nicht normalen sozialen Kontaktmöglichkeiten.

Extreme Begleitumstände herrschen jedoch auch oft in der realen Reanimationsituation am Unfallort. In der Klinik bewährte Schutzmaßnahmen sind unter diesen Bedingungen meist unwirksam. Entsprechend lassen sich bei Rettungssanitätern zwei- bis dreimal häufiger durchgemachte HBV-Infektionen nachweisen als in der Gesamtbevölkerung (1).

4. Intensive Ausbildung in der Erste-Hilfe-Maßnahme der Atemspende am Beatmungsphantom geht ebenfalls über das normale Maß sozialer Kontakte hinaus. Angesichts einer angestrebten flächendeckenden Laien-Reanimationsausbildung (3) sind Hygienemaßnahmen zur Unterbrechung von Infektionswegen eine grundsätzliche Forderung. Wegen der teilweise recht unterschiedlichen Voraussetzungen der auszubildenden Ersthelfer muß optimale Vorsorge getroffen werden; dies gilt nicht nur für das fragile LAV/HTLV-III, sondern auch für alle anderen, zum Teil wesentlich resistenteren pathogenen Keime. Eine Trennung zwischen LAV/HTLV-III-Wirksamkeit und allgemeiner Wirksamkeit ist in der Praxis nicht sinnvoll. Die Tatsache einer geringen Infektionswahrscheinlichkeit darf jedoch nicht dazu verleiten, mögliche Schutzmaßnahmen außer acht zu lassen. Auf die von uns (7) empfohlene Hypochloritbehandlung des Phantoms am Ende des Kurses sollte daher nicht verzichtet werden, zumal sie kostengünstig, problemlos und schnell durchführbar ist. Unter hygienischen Gesichtspunkten bleibt der Einmalartikel die anzustrebende Ideallösung.

NEJM, Boston, Vol. 314,
No. 21, 22.05.86,
S. 1387

ISOLATION OF HTLV-III VIRUS FROM SALIVA IN AIDS

To the Editor: Although we do not doubt the infrequency with which HTLV-III is isolated from salivary secretions, a critical point not mentioned by Ho et al. in the December 19 issue¹ (or in an earlier study of salivary HTLV-III published elsewhere²) was the type of saliva or the manner of sample collection. It was unspecified whether the samples consisted of whole saliva (usually collected by expectoration) or individual gland secretions (taken directly from the gland orifice and excluding other oral contents). These are not the same. Whole saliva contains numerous constituents not present in gland salivas. These include shed mucosal cells, whole-blood or serum components from gingival crevicular fluid and from breaks in the oral mucosal barrier, large numbers of microorganisms, sputum or other bronchial secretions, and food debris. In contrast, gland secretions in the absence of salivary gland infection or inflammation contain virtually no serum components and are acellular. Since the single patient who was found to have HTLV-III in his saliva also had esophagitis and thrush, it is likely that a collection of whole saliva from this patient would have been contaminated with serum components as a result of a loss of mucosal surface continuity, and would probably have contained many epithelial cells. We appreciate that HTLV-III may be found only infrequently in salivary secretions. However, if it is found at all, it is biologically relevant to understand whether this virus can enter saliva by crossing glandular epithelial cells. Individual, isolated gland secretions can be collected in a variety of simple, noninvasive ways.^{3,4} Until these sorts of samples are obtained and tested in patients with AIDS and AIDS-related complex, the issue and interpretation of the presence or absence of HTLV-III in saliva remain unsettled.

PHILIP C. FOX, D.D.S.

BRUCE J. BAUM, D.M.D., Ph.D.

Bethesda, MD 20892

National Institute of Dental Research

1. Ho DD, Byington RE, Schooley RT, Flynn T, Rota TR, Hirsch MS. Infrequency of isolation of HTLV-III virus from saliva in AIDS. *N Engl J Med* 1985; 313:1606.
2. Groopman JE, Salahuddin SZ, Sarnagharan MG, et al. HTLV-III in saliva of people with AIDS-related complex and healthy homosexual men at risk for AIDS. *Science* 1984; 226:447-9.
3. Carlson AJ, Crittenden AL. The relation of ptyalin concentration to the diet and to the rate of secretion of saliva. *Am J Physiol* 1910; 26:169-77.
4. Fox PC, van der Ven PF, Sonies BC, Weiffenbach JM, Baum BJ. Xerostomia: evaluation of a symptom with increasing significance. *J Am Dent Assoc* 1985; 110:519-25.

The above letter was referred to Dr. Ho, who offers the following reply:

To the Editor: In our HTLV-III isolation study, we used whole saliva.

Boston, MA 02114

DAVID D. HO, M.D.
Massachusetts General Hospital



British Medical Journal, Vol. 292, No. 6528,
26.04.86, S. 1094 ff.

AIDS and insects

A question frequently put to medical experts concerns the possibility that biting insects might play a part in the transmission of the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in Africa and elsewhere. An answer can best be offered by a review of the epidemiological features of the disease and the epidemic in progress in central Africa.

Much has been written on the transmission of lymphadenopathy associated virus/human T cell lymphotropic virus type III (LAV/HTLV-III), the causative agent of AIDS.^{1,2} The virus has been isolated repeatedly from blood, semen, and other body fluids including saliva and tears (and possibly from breast milk), but there is no convincing evidence of infection in adults through any medium other than blood or semen (and perhaps other body fluids heavily contaminated with blood). Most cases of clinical AIDS have been reported from the United States, and of a total of 15 243 patients 73% were homosexual and bisexual men, 17% were intravenous drug abusers, 1% were patients with haemophilia, 2% were recipients of transfused blood or blood components, 1% were heterosexual sex partners of patients with AIDS, and the remaining 6% have not been classified by recognised risk factors for this infection.³ Maternofetal transmission is believed to occur mainly in utero, but there is evidence for transmission in breast milk. Data gathered in Africa, however, indicate that men and women there are affected in equal numbers and that transmission is predominantly heterosexual.^{4,5} Most Africans deny anal intercourse and orogenital or oroanal contact,⁶ and promiscuity has been suggested as a particular risk factor. Transmission by unsterilised syringes and needles and non-sterile instruments used for tattooing, ritual scarification, ear piercing, and circumcision carry a high risk of infection—as is the case with hepatitis B.

In general, though transmission of AIDS within Africa is less well understood than in Western communities, there is substantial evidence against transmission by human ectoparasites such as mosquitoes, bedbugs, and other blood sucking arthropods. Firstly, infection is rare in children (who are bitten most frequently by mosquitoes). The incidence of infection with LAV/HTLV-III increases rapidly with sexual activity and almost all patients with the infection are in the sexually active age range. Secondly, the greatest concentration of infected people is found in urban areas, and sexual freedom is greater in urban societies than in the more traditional rural societies. Thirdly, there is close analogy between the epidemiological features of hepatitis B and

AIDS, and there is no evidence for the transmission of hepatitis B by mosquitoes. In one extensive laboratory study seven species of mosquitoes were fed artificially on human blood containing hepatitis B. Radioimmunoassay showed that all the ingested hepatitis B surface antigen disappeared in parallel with digestion of the blood meal by the mosquito.⁷ Furthermore, the infectivity of LAV/HTLV-III is less than that of hepatitis B, and the titre of circulating virus is substantially lower. Fourthly, perhaps only one in 10 000 infected (T4) lymphocytes produces complete virus (personal discussion with R C Gallo), and it seems unlikely that virus would be present in the blood meal.

What about other human ectoparasitic insects? J Maunder (personal communication) considers that the mouthparts of fleas might be better adapted than most for the mechanical transmission of the infection, but the habits of the flea, including host fidelity and infrequent feeding, make it an unlikely vector. The habits of bedbugs are such that these are not efficient vectors of disease in the community. Lice are even less likely to transmit AIDS, partly because of the effective one way valves of the mouthparts, partly because the mouthparts are unwettable and are emptied and cleaned after use, and partly because lice have not been implicated in the transmission of viral diseases.

Nevertheless, research is needed into the survival of virus introduced by blood meals and by inoculation into mosquitoes, and this work is in progress at the London School of Hygiene and Tropical Medicine. Equally careful surveillance and collection of data on AIDS must continue in all countries. At present, however, it is evident that the time picture of the epidemiology of AIDS does not include transmission by blood sucking insects.

ARIE J ZUCKERMAN

Professor of Microbiology,
London School of Hygiene and Tropical Medicine,
London WC1E 7HT

- 1 Curran JW, Morgan M, Hardy AM, Jaffe HW, Darrow WW, Dowdle WR. The epidemiology of AIDS: current status and future prospects. *Science* 1985;229:1352-7.
- 2 Melbye M. The natural history of human T lymphotropic virus-III infections: the cause of AIDS. *Br Med J* 1986;292:5-12.
- 3 Biggar RJ. The AIDS problem in Africa. *Lancet* 1986;ii:79-82.
- 4 World Health Organisation. Acquired immunodeficiency syndrome—update. *World Health Organisation Weekly Epidemiological Record* 1986;61:85-8.
- 5 World Health Organisation. *Atelier sur le SIDA en Afrique Centrale, Bangui*. Geneva: World Health Organisation, 1985.
- 6 World Health Organisation. AIDS: the search for clues. *WHO Chron* 1985;39:207-11.
- 7 Byrom NA, Davidson G, Draper CC, Zuckerman AJ. Role of mosquitoes in transmission of hepatitis B antigen. *J Infect Dis* 1973;128:259-60.

Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg,
26.06.86

2. Internationaler AIDS-Kongreß

Weltweit fünf bis zehn Millionen mit AIDS infiziert

Paris (wah). Neue Angaben zur Anzahl der AIDS-Infizierten und eine geänderte Erregernomenklatur sind die wichtigsten Ergebnisse des 2. Internationalen AIDS-Kongresses, zu dem weit mehr als 2000 Teilnehmer nach Paris gekommen waren.

Während bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) rund 30 000 manifeste AIDS-Erkrankungen registriert sind, dürfte die tatsächliche Zahl nach Angaben der Experten bei 100 000 liegen. Die Anzahl der Infizierten gab der Direktor der WHO, Dr. Halfdan Mahler, Genf, weltweit mit fünf bis zehn Millionen an. Unter dieser Patientengruppe stellten die klassischen Risikogruppen nur noch eine Minderheit von 20 Prozent.

Gleichzeitig wurde eine neue Bezeichnung für diese Viren geschaffen: Durch den Begriff Human Immunodeficiency Virus (HIV) wird nicht nur das umständliche HTLV-III-LAV ersetzt. Er stellt gleichzeitig einen Oberbegriff für die verschiede-

nen Varianten wie HTLV-III-B, LAV-I, LAV-II und ähnliche dar.

Eine weitere wichtige Erkenntnis ist die Tatsache, daß nicht mehr von einem einzigen AIDS-Virus gesprochen werden kann. Vielmehr wurden Hunderte von Stämmen mit Tausenden von Varianten nachgewiesen, deren unterschiedliche in-vitro-Eigenschaften auf ebenso unterschiedliches Verhalten in vivo schließen lassen. Dies muß nach Professor Dr. Robert C. Gallo, Bethesda, generell als erschwerender Faktor für die Entwicklung einer Vakzine angesehen werden. Trotz erster Ansätze sei mit der klinischen Anwendung eines Impfstoffes frühestens in drei Jahren zu rechnen.

Nach den Angaben von Mahler richten sich die vorrangigsten AIDS-Programme der WHO vor allem auf die Verhütung einer weiteren Ausbreitung, wozu auch die forcierte Entwicklung von Vakzinen beitragen soll.

Nature, London, Vol. 321,
No. 6070, 5.06.86,
S. 548

Who pays for AIDS?

The alarming financial implications of the US epidemic of AIDS creates another social dilemma

ACQUIRED immune deficiency syndrome (AIDS), a haunting source of trouble for the past five years, has become a problem for the US insurance industry. In several states, it is now a matter for vigorous controversy whether insurance companies should be allowed to deny health or life insurance to people who test positively for antibodies against the virus for AIDS, human immunodeficiency virus (HIV). California and Wisconsin have already enacted legislation that forbids the use of HIV antibody tests in this way, and similar proposals are being considered in New York. In the District of Columbia, the council is likely soon to approve a bill that would forbid insurance companies using any type of test for AIDS for the purpose of determining insurability. The insurance industry, aware that similar proposals are likely to be enacted elsewhere, has started an energetic (and expensive) lobbying campaign to oppose legislation of this kind.

The kernel of the problem is that a positive result in a test for HIV antibodies by no means proves that a person will develop AIDS, which in its fully developed form is at present always fatal. Estimates of the proportion of those who test positively who will eventually succumb to the disease vary, and because of the long incubation period of the virus it will be years before this is known with any accuracy. The federal Centers for Disease Control estimate that the proportion is between 5 and 19 per cent, although it could be much higher. As a consequence, and because the hospital costs of an AIDS patient average \$147,000, those who test positively are in practice uninsurable.

Recent estimates of the number of people in the United States infected with the virus range from 500,000 to 2 million. The number of AIDS cases may reach 100,000 by 1989 if current trends continue, corresponding to claims under "life" (more accurately, death) insurance policies worth perhaps \$5,000 million by the early 1990s. But if the insurance companies are able to deny insurance to those testing positively to the antibodies, many seeking new insurance in most of the United States are liable to find themselves being denied coverage.

AIDS is not unique; similar problems have been raised by other high-risk conditions such as diabetes and cystic fibrosis. A solution that has been adopted in nine states so far is the "high-risk pool", a special state-administered insurance scheme for individuals known to be bad medical risks. The pool is maintained by contributions from insurance companies in approximate proportion to the amount of business they do. Individual premiums are capped, typically at 150 per cent of the standard premium, ensuring that high-risk individuals can buy coverage.

Organizations representing victims of chronic diseases applaud such schemes, which allow their members to get insured. The insurance industry approves because it avoids divisive strains on individual companies. Ultimately, of course, other insurers still pay for the misfortunes of the high-risk groups. Congress should consider legislation that would effectively oblige other states to set up high-risk pools, bringing them into line with those that already have successful schemes. □



AIDS-Forscher blicken nach Afrika

Die Hinweise auf Afrika als Ursprungsland des erworbenen Immundefizienzsyndroms verdichten sich. Vielleicht ist das HTLV III eine virulente Variante des bei einem Großteil der grünen Meerkatzen in Afrika entdeckten STLV III. Klinisch verläuft das AIDS auf dem Schwarzen Kontinent etwas anders als in westlichen Ländern. Auffallend ist die Vielfalt der opportunistischen Infektionen und das Auftreten einer atypischen Form des Kaposi-Sarkoms.

AIDS verläuft in Afrika anders

Das Immundefizienz-Syndrom, das gegenwärtig in Afrika beobachtet wird, unterscheidet sich in zwei wichtigen Punkten von der „westlichen“ Verlaufsform:

- ▶ Die Übertragung erfolgt hauptsächlich durch heterosexuelle Kontakte.
- ▶ Das Spektrum der opportunistischen Infektionen ist viel größer.

Auch die Geschlechterverteilung ist unterschiedlich: In Nordamerika und Europa kommt nur eine infizierte Frau auf 19 Männer, während in Afrika das Verhältnis heute ungefähr ausgeglichen ist.

Dr. J. Sonnet, Brüssel, verglich das afrikanische mit dem amerikanischen AIDS: Zwischen 1981 und 1984 diagnostizierte man das Immundefizienz bei 42 erwachsenen (Zentral-)Afrikanern, die nach Belgien ausgewandert waren. Alle bis auf einen waren heterosexuell; keiner hatte jemals Drogen genommen oder Blut transfundiert bekommen. Nur ein Viertel von ihnen war an *Pneumocystis-carinii*-Pneumonie erkrankt, dagegen 63% in einer gleich großen Gruppe männlicher Homosexueller in den Vereinigten Staaten. Die Morbidität an Kaposi-Sarkom betrug 4% gegenüber 20%.

Bestimmte opportunistische Infektionen aber kamen insgesamt in der afrikanischen Gruppe häufiger vor: 48% gegenüber 17%. Neben Kryptokokken-Meningitis mit 29% – bei den Amerikanern 12% – sah man gehäuft

Toxoplasmose, Candidiasis und Tuberkulose (jeweils zwischen 14 und 25%). Darüber hinaus beobachtete man Chorioretinitis durch Zytomegalieviren und mukokutanen Herpes simplex, Salmonellen- und Pseudomonas-Infektionen, Befall mit Zwergfadenwürmern sowie Leberabszesse durch *Entamoeba histolytica*.

In einer Studie von Dr. P. Hermans, Brüssel, wies die Hälfte von 33 afrikanischen AIDS-Kranken zerebrale Infektionen auf: Es gab sieben Fälle von zerebraler Toxoplasmose, sieben von Kryptokokken-Meningitis, je einen von abakterieller und tuberkulöser Meningitis und zwei von Hirnabszessen.

Hermans zog daraus das Resümee, daß an neurologischen Komplikationen des AIDS in Amerika Virus-Enzephalitiden oder zerebrale Lymphome vorherrschen, während für das afrikanische AIDS therapieresistente Kryptokokkosen und Toxoplasmosen charakteristisch sind.

Vom klassischen zum atypischen Kaposi-Sarkom

Bis zum Ausbruch der AIDS-Epidemie Anfang der achtziger Jahre sah man das Kaposi-Sarkom in den westlichen Ländern nur selten. Dagegen ist die „klassische“, langsam fortschreitende Form in Zentralafrika schon seit mindestens 50 Jahren endemisch. Hauptmerkmale sind derb-elastische, schmerzhafte, gefäßreiche noduläre oder plaquesartige Effloreszenzen an Händen und Füßen sowie induzierte Ödeme der unteren Extremitäten.

Selecta Nr. 26

täten. Befallen werden in der Regel Männer über 50, die körperlich hart arbeiten, besonders Bauern. Begleitende opportunistische Infektionen und Antikörper gegen HTLV III fehlen in der Regel.

Bis 1983 wurden beispielsweise in Sambia (über vier Millionen Einwohner) jedes Jahr zwischen acht und zwölf neue Fälle verzeichnet, berichtete Dr. *Anne C. Bayley* von der Universität des Landes in Lusaka. Von 1983 an änderte sich das jedoch plötzlich. (...)

Die bekannten Effloreszenzen an den Extremitäten fehlten völlig. Bei acht dieser Patienten versagte die Chemotherapie; sie starben noch im selben Jahr. 1984 waren es schon 22 solcher Fälle, bis September 1985 schließlich 47. Die Inzidenz des „klassischen“ Kaposi-Sarkoms blieb nach wie vor gleich. Von den Patienten mit dem atypischen schweren Krankheitsbild wiesen über 90% Antikörper gegen HTLV III auf, gab Frau Bayley an.

Zwei Drittel der Patienten litten an oraler und genitaler Candidiasis; bei der klassischen Form kannte man solche Affektionen nicht. Auch immer mehr Frauen sind betroffen. Neurologische Symptome wie Tremor und geistige Abstumpfung traten häufig auf. Das Verhältnis von Helfer- zu

Suppressorzellen war erniedrigt. Beim klassischen Kaposi-Sarkom ist es aber normal.

In der Republik Südafrika sind hauptsächlich weiße Homosexuelle in den Städten an AIDS erkrankt. Die schwarze Bevölkerung in den ländlichen Gebieten wie auch in den angrenzenden Staaten ist kaum befallen, berichteten Dr. *Barry Schoub*, Sandringham/Südafrika, und Dr. *R. Sher*, Johannesburg, in Brüssel.

So handelte es sich in 16 von 19 in Johannesburg diagnostizierten AIDS-Fällen um weiße Homophile. 27 Patienten mit dem AIDS-related complex waren ebenfalls weiß und homosexuell. Die meisten dieser AIDS-Kranken hatten Kontakte zu nordamerikanischen Homosexuellen.

Auch in Südafrika gehören weiße Homophile zur AIDS-Risikogruppe. An einem Bluter wurde der AIDS-related complex festgestellt. 43 von 49, die nicht hitzebehandelten Faktor VIII erhielten, hatten Antikörper gegen HTLV III.

John F. Henahan/B. G./R. I.

Vorträge auf dem International Symposium on African AIDS, Brüssel, 21. bis 23. November 1985. - Clumeck, N., et al. (Hôpital Saint Pierre, Rue Haute, 322-B-1000 Brüssel): JAMA 254, S. 2599, 1985. - Biggar, R. J. (National Cancer Institute, Bethesda, MD 20205, USA): Lancet I, S. 79, 1986

Wie man HTLV III überlisten könnte

Neue Nukleosid-Analoga, *Didesoxynukleoside*, insbesondere 2',3'-Didesoxycytidin, könnten schon in den nächsten zwei Jahren den Durchbruch in der Behandlung von AIDS bringen, hofft Dr. *Robert C. Gallo*, Bethesda/Maryland. Einige Patienten mit dem Vollbild von AIDS hätten daraufhin ihre immunologische Funktionstüchtigkeit vollständig wiedererlangt; auch ihr klinischer Zustand habe sich deutlich gebessert, berichtete er auf dem Brüsseler Symposium. Mittlerweile haben *Hiroaki Mitsuya*, eben-

falls Bethesda, et al. die neuesten Ergebnisse ihrer Studien mit Nukleosid-Analoga veröffentlicht.

Didesoxynukleoside sind eine Art falscher DNA-Bausteine. Sie dienen dazu, das Virus zu überlisten. Sie werden von der reversen Transkriptase benutzt, von den normalen Polymerasen dagegen nicht. Wenn sie einmal in die Provirus-DNA eingebaut sind, verhindern sie die Replikation des Virus. Ermutigende Resultate erzielte man in vitro mit einem weiteren Nukleosid-Ana-

logon, *Azidothymidin*. Es wird klinisch geprüft.

Die laufende Forschung stützt sich vor allem auf die Entdeckung, daß HTLV III bevorzugt die Helfer-Lymphozyten befällt. Als Retrovirus vermehrt es sich in der Wirtszelle mit Hilfe der reversen Transkriptase, die die virale RNA in DNA übersetzt. Diese wird dann in das Zellgenom integriert und vervielfältigt.

Zunächst versuchte

man, die reverse Transkriptase auszuschalten. Bis jetzt aber gibt es keine Substanz, die das Enzym spezifisch und wirksam inhibiert, ohne zugleich die normalen DNA-Polymerasen anzugreifen.

Außerdem erwähnte Gallo nicht-toxische Substanzen, die mit dem natürlich vorkommenden Phospholipid *Lezithin* verwandt sind und anscheinend das HTLV III daran hindern können, die Zellmembran von T-Lymphozyten zu durchdringen. Klinische Ergebnisse stehen noch aus. *Hn.*

Selecta, Planegg, Nr. 26 (30.06.86)



Ärzte-Zeitung, Neu-Isenburg, 30.06.86

1. Stuttgarter AIDS-Kolloquium

Auch Jugendzeitschriften sollen über AIDS aufklären

Stuttgart (rth). Eine Infektion mit dem HTLV-III-Virus hat, wie Helmuth Beutel, Leiter der Dienste für seelische Gesundheit erklärte, eine Fülle von psychischen Reaktionen zur Folge: Isolation, Hoffnungslosigkeit, Realitätsleugnung und Angst. Die Evangelische Gesellschaft hat daher Ärzte, Drogenberater, Sozialarbeiter, Theologen und Psychologen zum 1. Stuttgarter AIDS-Kolloquium eingeladen, um vor allem zu erarbeiten, wie in Zukunft noch effektiver über die Infektion aufgeklärt werden kann.

Eine erfolgversprechende Aufklärungsarbeit könne zum Beispiel über die einschlägigen Jugendzeitschriften geleistet werden. Dieses Medien, darin waren sich die Experten des Kolloquiums einig, haben auf die Meinungsbildung Jugendlicher großen Einfluß.

In seinem Referat „AIDS und die Jugend — ist Prävention überhaupt möglich?“, setzte sich Dr. Hans Stichler vom Stuttgarter Gesundheitsamt kritisch mit der bisher geleisteten Aufklärungsarbeit auseinander: „Es ist schlimm, daß man so lange an ewig neuen Konzepten der Beratung arbeitet. Dringend erforderlich sind jetzt pragmatische Antworten.“ Oft bekomme er zu hören, AIDS sei kein allgemeines Problem, sondern betreffe nur Homosexuelle. Die eigenen Kinder seien nicht gefährdet, weil diese ja anständig seien. Wer so denke, müsse dringend aufgeklärt und umfassend informiert werden.

Einigkeit herrschte auch darüber, daß die notwenige Aufklä-

rung nicht in einer Massenhysterie enden dürfe. Vor dem Hintergrund amerikanischer Gerichtsurteile, die die Entlassung eines Mannes mit HTLV-III-Infektion für rechtens erklärt hatten, und auch schon infizierte Kinder von der Schule verbannten, wiesen verschiedene Sprecher auf die Gefahr der Isolation und Ausgrenzung hin.

„Der Staat“, so Stichler, „sollte sich im Umgang mit AIDS-Patienten und AIDS-Selbsthilfegruppen zurückhaltend zeigen.“ Daß dies nicht immer der Fall ist, machte der Sprecher einer Selbsthilfegruppe deutlich: Für die Produktion eines Videofilmes über Gefahren und Möglichkeiten der Ansteckung sowie Präventionsmaßnahmen seien die Zuschüsse kurzfristig wieder gestrichen worden. Einer Münchner Gruppe habe man die Verteilung von Präservativen während einer Veranstaltung untersagt und Anzeige wegen „Auf-

förderung zur Unzucht“ erstattet.

Stichler rief dazu auf, daß man ungeachtet aller Schwierigkeiten die Aufklärung gezielt weiter vorantreiben müsse. Hysterie komme stets nur von unzureichender Information. Auch welche Art von Sexualität die jungen Leute bevorzugen, müsse man ihnen selbst überlassen. „Diese Wahlfreiheit haben sie aber nur“, so Stichler, „wenn sie umfassend informiert sind.“

Ärzte-Zeitung, 02.07.86

AIDS

Wissenschaftler aus Zaire stellt neues Testverfahren vor

München (ag). Bundesweit sind jetzt 507 AIDS-Fälle gemeldet, davon 248 Verstorbene. Das teilte das Bundesgesundheitsamt gestern auf einer Veranstaltung der Bayerischen AIDS-Stiftung in München mit.

Der Zairer AIDS-Experte Professor Zirimwabagabo Lurhuma erläuterte erneut, daß es mit dem von ihm zur Erkennung der Schlafkrankheit entwickelten „Agglutinationstest“ möglich sei, in wenigen Minuten festzustellen, ob ein Patient Träger des AIDS-Virus ist.

Anders als bei dem herkömmlichen „Elisa-Test“ basiere seine Methode auf dem Nachweis von Antigenen.

Ärzte-Zeitung, 02.07.86

Petitionsausschuß

Zahlreiche Fragen zum Thema AIDS

Bonn (rv/k). Der Petitionsausschuß des Bundestages verzeichnete in den letzten Monaten zahlreiche Anfragen zum Thema AIDS. Viele Bürger wollten Informationen über die Krankheit sowie die Ansteckungsgefahr. Eine Petition forderte mehr Mittel zur Erforschung von AIDS. Hier konnte der Ausschuß einen positiven Bescheid geben, da im November 1985 die Haushaltsmittel für die AIDS-Forschung erhöht wurden.



AIDS-Virus: neuer Name, neuer Streit

Über ein Jahr hat ein internationales Komitee, Experten für Nomenklatur, gebrütet. Nun ist es heraus: **Human immunodeficiency virus (HIV)** soll der AIDS-Erreger heißen. Damit wären die bisher gebrauchten drei Namen ausgebootet:

- *human T-lymphotropic virus, HTLV III*, so benannt von *Robert Gallo et al.*, National Cancer Institute, Bethesda/Maryland.
- *lymphadenopathy-associated virus, LAV*, geprägt von *Luc Montagnier et al.*, Institut Pasteur, Paris, und
- *AIDS-associated retrovirus, ARV*, weniger geläufig, nach *Jay Levy et al.*, University of California, San Francisco.

Zwei der 13 Komitee-Mitglieder lehnen den Terminus jedoch ab: *Max Essex* von der Harvard School of Public Health, Cambridge/Massachusetts, und *Gallo*. Das Minderheiten-Votum dürfte wohl unter anderem mit dem langwierigen, **offen ausgetragenen Patent-Streit** zwischen *Montagnier* und *Gallo* über die Priorität bei der Entdeckung des AIDS-Virus zusammenhängen. „Die Schilderung dieser Kontroverse könnte gut ein Skript von der Länge einer sechsmonatigen ‚Dallas‘-Serie hergeben“, scherzte ein Kommentator in *Science* kürzlich.

Daß die Aufgabe von „HTLV III“ seine Position zugunsten des französischen Kontrahenten schwächen könne, soll einer der Gründe sein, warum *Gallo* sich dem Komitee-Rundschreiben widersetzt, heißt es weiter.

Dem Franzosen hingegen machte es eher Vergnügen, den neuen Namen am 16. April auf einem Seminar der National Institutes of Health zu verraten. Schon am 19. April brachte ihn die *Washington Post* unter das Volk. Dem Komitee-Leiter wiederum, *Harold Varmus*, San Francisco, war die vorzeitige Enthüllung peinlich.

Die Terminologie-Experten hatten einen Namen für das AIDS-Virus gesucht, der nicht mit irgendeiner Arbeitsgruppe in Verbindung zu bringen ist und mit den gängigen Prinzipien für die Nomenkla-

tur von Viren in Einklang steht. Wegen der Furcht, die die Krankheit hervorrufft, wurde „AIDS-Virus“ abgelehnt. Der gewählte neue Name gibt die Herkunft (*human*) und einen der Haupteffekte des Virus (*Immunschwäche*) wieder.

Essex kritisiert, HIV sage kaum etwas über die Natur des Erregers aus und sei irreführend, weil auch manche andere Viren wie *Zytomegalie-* oder *Epstein-Barr-Virus* zumindest **vorübergehend Immunschwäche** provozieren. Zusammen mit *Gallo* bekräftigt er ferner, daß sich die Kürzel HTLV III und LAV in der wissenschaftlichen Literatur eingepreßt haben. Die Ähnlichkeit mit den Leukämie-Viren HTLV I und II sei ein weiterer Grund, den Namen HTLV III beizubehalten, argumentiert *Gallo*.

Das **Genom des HTLV III** zeigt zwar wenig Ähnlichkeit mit denen von HTLV I und II; laut *Gallo* aber ist für Viren solch enge Verwandtschaft nicht unbedingt erforderlich, um denselben Namen tragen zu können. Sein Beispiel: Die Nukleinsäure des *Hepatitis-A-Virus* ist *RNA*, die des *Hepatitis-B-Virus* jedoch *DNA*.

Essex und *Gallo* wollen weiterhin den Doppelnamen HTLV III/LAV verwenden, legen sich aber nicht für alle Zeiten fest. *Gallo*: „Wenn der neue Name allgemein akzeptiert wird, werde ich mich anschließen.“

Science hat sich auch noch nicht unter die Befürworter eingereiht. *Varmus* hingegen: „Wir sind kein politischer Verein. Wir können nur nachdrücklich empfehlen, daß die Forscher in den Labors und die Redakteure in den Verlagen den neuen Namen verwenden.“

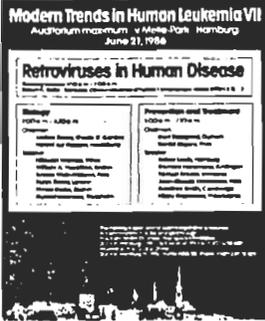
Selecta Planegg, Nr. 26, 30.06.1986



Ärzte Zeitung, 25.06.1986

Hamburger AIDS-Symposium

Das AIDS-Virus ist nicht „enträtselt“



Hamburg (wah). Die Biologie des AIDS-Virus und seiner Retrovirus-Verwandten erweist sich rätselhafter denn je. Prävention und Behandlung sind nach wie vor in den Anfängen, die Epidemiologie — insbesondere in Afrika — ist besorgniserregend. Das am 21. Juni 1986 an der Hamburger Universität veranstaltete Satelliten-Symposium „Retroviruses in Human Disease“ bestätigte die von Professor Richard C. Gallo bereits vor mehr als einem Jahr geäußerte Befürchtung, das AIDS-Virus könne sich bis Ende 1986 zur „größten medizinischen Herausforderung dieses Jahrhunderts“ entwickeln.



Prof. Dr. Robert C. Gallo, Bethesda MD/USA Fotos:CHT

Alle neuere Untersuchungen, insbesondere die am NIH und dem US National Cancer Institute zeigen, daß das AIDS-Virus und seine Verwandten beim Menschen typische Eigenschaften zeigen, die nie zuvor gesehen worden sind. Ihre Erforschung führte zu einer Fülle an neuen Einsichten in der Molekularbiologie. Ein Beispiel ist für Dr. Gallo die Tatsache, daß bereits geringfügige Unterschiede im *env*-Gen des Katzen-AIDS-Virus über die AIDS-ähnliche Pathogenität dieses Erregers entscheiden. Eine in Homologien gemessene enge „genetische Verwandtschaft“ im *gag*- oder *pol*-Gen, ja selbst im *env*-Gen, kann daher für ihre „pathogenetische Verwandtschaft“ völlig irrelevant sein.

Taxonomische Versuche auf dieser Grundlage hält Dr. Gallo für verfrüht, so zum Beispiel den Versuch, das AIDS-Virus in die Nähe des Visna-Virus zu stellen: Gemessen an der beim HTLV-I seit langem bekannten und jetzt auch beim HTLV-III erkennbar werdenden extrem langsamen Verlaufsform der Erkrankungen der HTLV-Gruppe mit Latenzzeiten von 10, 20 und mehr Jahren stellt sich der Name „Lenti“- bzw. „Slow“-Viren für die Visna-Gruppe mit ihren innerhalb einiger Jahre auftretenden Krankheits-Erscheinungen als Fehl-Bezeichnung heraus: Ge-

messen an der HTLV-BLV-Gruppe arbeitet ihr Pathomechanismus keineswegs „langsam“. Ursache der langen Latenzzeiten in der HTLV-Gruppe dürften besondere, nach der Integration in den Zellgenom erforderliche und auch in ihrer Verknüpfung noch unbekannte Auslösefaktoren für die Gen-Expression und Virusreplikation sein. Nach Dr. Gallo spielen neben genetischen Faktoren des Wirts und der Viren Zufallskonditionen wie Infektionsweg und Initialkonzentrationen (als Voraussetzung einer Virus-Kooperation) eine wesentliche Rolle.

Gesichert ist, daß schon wenig Virus für eine dauernde Infektion genügt, es dabei aber möglicherweise gar nicht zu einer initialen Virämie kommen muß. Für einen Antigennachweis sind daher sehr empfindliche Methoden erforderlich: Werden die Gene in der Latenz nicht exprimiert, lassen sich auch keine Antigene nachzuweisen.

Die Frage, wie das AIDS-Virus überhaupt dann - ohne die bei anderen Viren bekannte große „lytische“ Replikation - so pathogen sein kann, ist heute durch die Entdeckung von Extra-Genen wie *tat* und *art* (beim HTLV-III) weitgehend beantwortet. Kompliziert werden die Untersuchungen durch eine Reihe von Varianten in den Spleiß-mechanismen, die zu verschiedenen Produkten führen. Auch die Funktion der SOR- und 3'ORF-Proteine ist trotz Klonung und r-Synthese noch unbekannt. Sie werden stark an den Viruskern gebunden (Kern-Proteine) und üben dort wohl Steuerungsaktivitäten aus.

Eine Virus-Kooperation ist offenbar auch zwischen verschiedenen Viren der HTLV-Gruppe möglich. Wie sich herausgestellt hat, gibt es in den süditalienischen HTLV-I-Endemie-Gebieten eine deutliche Prädisposition für HTLV-III. So sind in Italien rund 30 Prozent der i.v.-Drogen-abhängigen auch bereits HTLV-I-infiziert, und mit einer gleichzeitigen HTLV-III-Infektion von 80 Prozent zeigt sich eine starke Sensibilisierung durch HTLV-I für HTLV-III. Es besteht also eine infektiöse Kooperation dieser Viren. Wieweit sich diese auf andere Viren (Epstein Barr-Virus EBV, Zytomegalievirus CMV) ausdehnen kann, ist noch unklar. HTLV-III/HTLV-I-Doppelinfektionen beschränken sich keineswegs auf Italien. Das im Süden der USA endemi-



Prof. Dr. Daniel Zagury, Paris



Dr. Phyllis Kanki, Boston

sche HTLV-I ist dort bereits z.T. ebenfalls als Koinfektion so weit verbreitet, daß eine Testung der Blutspender auch auf HTLV-I notwendig wird.

Während HTLV-I in den klassischen Endemiegebieten wie z.B. den südjapanischen Inseln bereits in der Kindheit übertragen wird und extrem chronisch verläuft, kommt es bei den Infektionen Erwachsener sehr viel rascher zu Erkrankungen. Auch hier erfolgt die Übertragung bei Erwachsenen durch Blut oder



Dr. Gunnar Biberfeld, Stockholm

Sexualkontakt, ohne eine „sensibilisierende“ HTLV-III-Infektion aber nur sehr schwer. Im Vergleich zu HTLV-III wird deshalb HTLV-I so nur selten übertragen. Prädisponierende Faktoren sollen ebenfalls Infektionen mit Viren oder Parasiten sein. Die wechselseitige Erleichterung der Zweitinfektion in der HTLV-Gruppe scheint daher epidemiologisch von großer Bedeutung.

Stark verbesserte Spezifität der Antikörpertests hat wesentlich zu diesen neuen Erkenntnissen beigetragen, woraus sich zunehmend die Notwendigkeit einer Antigen-Testung ergibt.

Dr. Daniel Zagury konnte jetzt überzeugend nachweisen, daß der zytopathische Effekt mit dem T4-Rezeptor-Molekül selbst verknüpft ist und gemeinsame Sequenzen des TCGF-, γ -IFN- und HTLV-III-Gens eine entscheidende Rolle spielen: So können z.B. HTLV-I-infizierte T8-Lymphozyten gleichzeitig mit HTLV-III infiziert werden, ohne daß sie wie die T4-Zellen dadurch sterben. Die von Professor Mitsuaki Yoshida in Japan durchgeführten Untersu-

chungen zur genetischen Struktur und zum Pathomechanismus des HTLV-I haben durch die interessanten Parallelen zu den HTLV-III-Mechanismen neue Einblicke ermöglicht.

Charakteristisch für die HTLV-III-Infektion ist, daß von 10 000 bis 100 000 infizierten T4-Zellen nur eine die Virusgene exprimiert. Dr. Zagury konnte zeigen, daß die Immunaktivierung Voraussetzung für die Expression ist: Mit der Aktivierung stirbt die Zelle. Hier spielen die von Dr. William Haseltine untersuchten Extra-Gene eine Schlüsselrolle, da sowohl das IL-2-Gen wie das IL-2-Rezeptor-Gen vom *tat*-Gen transaktiviert wird. Die Bildung von multinukleären Riesenzellen (Verschmelzung, Synzytienbildung) ist keine notwendige Voraussetzung für den Zelltod und kein Zeichen einer diesbezüglich höheren Pathogenität.

Bei der zunehmenden Bedeutung der heterosexuellen Übertragung des HTLV-III spielt die Frage eine Rolle, ob die Infektion überhaupt durch freies Virus erfolgt oder wie beim HTLV-I durch infizierte Zellen: Die Rezeptoren vermitteln in diesem Fall die Anlagerung der Donorzelle an die Rezeptorzelle. Da hier kein Virus frei auftritt, sind Vakzinen wirkungslos. Beide Mechanismen könnten eine Rolle spielen. Als Überträger kommen mit Sicherheit monozytäre Makrophagen in Frage: Sie werden wahrscheinlich als erste infiziert, bilden ein permanentes Reservoir und bringen das HTLV-III ins Gehirn, wo sie möglicherweise die Mikroglia infizieren.

Nachdem auch die nicht-integrierte Virus-DNS für die Aktivierung und den zytopathogenetischen Effekt keine Rolle spielt, konzentrieren sich die Untersuchungen auf die in-vivo-Mutation des HTLV-III-Gens selbst. Während die HTLV-III-Isolate in vitro praktisch nicht mutieren, konnten in vivo bis zu einem Dutzend verschiedene Genome nachgewiesen werden, die in der Regel enge verwandte Mutanten eines ursprünglich übertragenen Virus sein können. Neuere Untersuchungen haben gezeigt, daß insbesondere Isolate aus Gehirngewebe veränderte pathogenetische und biologische Eigenschaften haben: Sie wachsen z.B. nur schwer auf T4-Zell-Kulturen. Welche Faktoren für diese Erscheinung eine Rolle spielen ist unbekannt.

Gleich ob es sich um Variations-Effekte im infizierten Patienten oder um Superinfektionen mit mehreren Stämmen handelt, ist die Effektivität von Vakzinen durch diese Erscheinung in Frage gestellt. Daß auch das EBV zur Aktivierung von HTLV-III und so zur Entwicklung z.B. des Lymphadenopathie-Syndroms beitragen kann ist gesichert. Durch wechselseitige Beeinflussung kommt es umgekehrt auch zu einer frühzeitigen massenhaften Proliferation von EBV. Welche Rolle diese Kooperation bei der HTLV-III-Übertragung durch Mund-Rachensekrete (Speichel) spielt, ist noch nicht untersucht. Obwohl es inzwischen eine Reihe von Fällen mit Übertragung durch

Speichel gibt, scheint dieser Infektionsmodus nach der derzeitigen Epidemiologie keinen Hauptweg darzustellen.

Durch die Entdeckung von Stämmen des HTLV-IV-Virus praktisch im gesamten Sahel-Gebiet und Nord-Afrika, jedoch bisher nicht im Zentral-afrikanischen HTLV-III-Gürtel, wird die Vermutung gestützt, daß es sich um Stämme handelt, die auf ein Virus-Reservoir in afrikanischen Affen wie den grünen Meerkatzen zurückgeht. Untersuchungen von Dr. Kanki und Dr. Biberfeld an Seren aus Gambia und Senegal sprechen dafür, daß es eine ganze Reihe von Viren zwischen den HTLV-III-



Prof. Dr. Mitsuaki Yoshida, Tokyo

und den STLV-III-Stämmen gibt, wobei sich mehr gemeinsame Epitopen mit dem STLV-III nachweisen lassen.

Die Entwicklung neuer sowohl sensibler wie empfindlicher Antigenests hat es jetzt ermöglicht, die Prävalenzen vom HTLV-III und anderen verwandten Viren in Afrika getrennt zu ermitteln. Dabei zeigen die Untersuchungen an ab März 1986 in Ndola (Zaire) gewonnenen Seren, daß die Inzidenz des HTLV-III gegenüber der Situation von November 1985/Februar 1986 dramatisch zugenommen hat: Bei der Schwangerschaftsvorsorge erfaßte Mütter und Neugeborene zeigen etwa parallel einen Anstieg der Antikörperpositiven von 2 (6) auf 23 (20) Prozent. Die Durchsuchung der Blutspenderpopulation hat 7-8 %, die der Patienten von Spezialkliniken für Geschlechtskranke (STD-Kliniken) 27 % erreicht, wobei die Kontakte mit Prostituierten eine entscheidende Rolle spielen.



Prof. Dr. William A. Haseltine, Boston Mass./USA

* 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.

Bis heute (Januar 1986) haben wir in unserem Archiv etwa 600 Originalarbeiten, 500 Zusammenfassungen von Kongreßvorträgen, 800 Quellenangaben von 1984 und 1985 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 umfangreiche Broschüre mit der aktuellen Liste der in a.i.d.s. gespeicherten Titel erhalten Sie gegen Einsendung eines Verrechnungsschecks über DM 15,- (Schutzgebühr) oder Überweisung dieses Betrags auf das Postgirokonto 1908 01-701 beim Postgiroamt Stuttgart (Bankleitzahl 600 100 70) 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.

Rechtshinweis: Diese Bestellung kann innerhalb einer Woche (Datum des Poststempels) bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Abonnements, Berliner Str. 37, 1000 Berlin 31, widerrufen werden.

.....
(vom Rechtshinweis habe ich Kenntnis genommen)

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 : _____

