
AIDS Informationsdienst

August September 1986

4 DM

12 / 13

Intro

Redaktion

Allgemeine Presse

Wie hoch ist das AIDS-Risiko für Virusträger (Tagesspiegel)
AIDS in Haftanstalten: Ärztliche Schweigepflicht (Hann.Allg. Zeitung)
Das Thema AIDS gehört auf den Stundenplan (Abendpost/Nachtausgabe)
Starfbarkeit für AIDS-Übertragung bald in Norwegen (Süddeutsche Ztg.)
A Deadly Disease Comes To India (Time)
u.v.a.m.

Schwule Presse

Die Story vom Hot Rubber (Gay Express)
Saubermann in Hamburg (Siegessäule)
The Longest Living AIDS-Patient Tells of the Stigma of a New Plague
(New York Native)
Das AIDS-Gesetz der Republik Österreich (Lambda Nachrichten)
Safer Sex: Den Tiger reiten (Rosa Flieder)
u.v.a.m.

Fachpresse

Spontanverlauf der HIV-Infektion (Dtsch. Medizinische Wochenschrift)
Length of Survival of Patients With AIDS in U.K. (British Medical
Journal)
u.v.a.m.

Service

Abo-Bestellung
Infoanforderung
Hinweis auf Unterrichtseinheit

Impressum

Herausgeber: DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V., Bundesverband, Berlin
Redaktion: Eberhard Zastra, Michael J. Breuer
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. September 1986



GUTEN TAG,

da haben wir Ihnen schon wieder eine Doppelnummer unseres Infodienstes zugemutet. Wir bitten um Verständnis, daß in diesem Sommer die monatliche Erscheinungsweise unterbrochen wurde: personelle Veränderungen im Pressereferat sind für diese Diskontinuität verantwortlich. Seit dem 11. August arbeite ich jetzt als Pressesprecher und werde nun wieder dafür sorgen, daß der Infodienst monatlich herauskommt.

Gleichzeitig können wir erfreuliches verkünden: weil die Kosten für den Infodienst ab sofort von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung übernommen werden, können wir den Verteiler - natürlich immer noch in begrenztem Umfang - erweitern. Wir haben uns für diese Regelung entschieden:

1. Wir werden den Infodienst kostenlos bis zu einer Gesamtauflage von 1.200 Exemplaren an Schulen, Gesundheitsämter, Verbände, größere Krankenhäuser und Redaktionen abgeben können.
2. Einzelnen Ärzten und interessierten Privatpersonen bieten wir weiterhin an, den Infodienst zu abonnieren.

Ich möchte noch kurz auf weitere neue Mitarbeiter der Deutschen AIDS-Hilfe hinweisen:

Micaela Riepe, 33, arbeitet seit Mitte August als Referentin für den Bereich Prostitution.

Helmut Ahrens, 36, kümmert sich um das Arbeitsfeld Drogen und Justizvollzug.

Karl-Georg Cruse, 57, kam aus München nach Berlin, um hier die Kondom-Kampagne der Deutschen AIDS-Hilfe aufzubauen.

Abschließend noch ein paar Informationen zu mir selbst: ich bin 32, war bislang in der Berliner Kommunalpolitik und in der Schwulenbewegung engagiert und habe Presseerfahrung als freier Journalist und beim Aufbau der Berliner Zeitschrift "Siegessäule" gesammelt.

Mit den besten Grüßen aus Berlin



Ministergespräch mit der Deutschen AIDS-Hilfe

Bonn (aid). Am 27. August fand in Bonn ein erstes Gespräch zwischen der Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth und dem Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe statt. Im Vordergrund standen die Erfahrungen und Probleme der Zusammenarbeit zwischen der Deutschen AIDS-Hilfe und den staatlichen Stellen, die für die Bewilligung der Mittel für die AIDS-Aufklärung zuständig sind. Die bislang teilweise schleppenden Bewilligungsverfahren könnten sich - wie die Ministerin betonte - nach den ersten Erfahrungen der Zusammenarbeit nunmehr beschleunigen. Sie unterstrich noch einmal, daß für die Aufklärungsarbeit der Deutschen AIDS-Hilfe in diesem Haushaltsjahr 2 Mio. DM zur Verfügung ständen.

Psychosozialer Kongreß zu AIDS in Berlin

Berlin (aid). Vom 5. - 7.11. veranstaltet der Berliner Senator für Gesundheit und Soziales mit Unterstützung des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe einen internationalen Kongreß zu den psychosozialen und gesellschaftlichen Problemen im Umfeld von AIDS: "AIDS geht alle an". Als Referenten werden sich an der Tagung u.a. beteiligen Dr. Mervin Silverman (University of California, San Francisco), Jan van Wijngarden (AIDS-Koordinator der Niederlande), Prof. Dr. Dr. Erwin J. Haeberle (San Francisco). In den Arbeitsgruppen des Kongresses geht es u.a. um Kirche und AIDS, AIDS im Strafvollzug, Safer-Sex-Gesprächskreise, AIDS am Arbeitsplatz, Frauen und AIDS, Prävention durch Aufklärung, Drogenabhängigkeit und AIDS und um Sexualwissenschaft und AIDS-Forschung. Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth wird zur Eröffnung des Kongresses in Berlin sein. Das ausführliche Programm des Kongresses wird in wenigen Tagen vorliegen und ist dann bei der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Abt. II C 2, An der Urania 12-14, 1000 Berlin 30, abrufbar.



Razzien als "AIDS-Bekämpfung"?

München (aid). Am 13. August führte die Münchener Polizei im Englischen Garten eine Razzia durch, wenige Tage später wurde ein Lokal kontrolliert. Bei den Polizeiaktionen ergab sich der Eindruck, daß mit diesen Kontrollen Daten für eine zwangsweise Untersuchung auf HIV-Antikörper gesammelt werden sollten. Um diese Frage zu klären, wandte sich die Münchner AIDS-Hilfe an Kreisverwaltungsreferent Peter Gauweiler (CSU).

Weil "regelmäßige Untersuchungen von Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr keinesfalls als Diskriminierung gewertet werden" könnten, so die Münchener Stadtdirektorin Dr. Freifrau Loeffelholz von Colberg in ihrer Antwort, versucht die Gesundheitsbehörde der bayerischen Landeshauptstadt, das Instrumentarium des Geschlechtskrankheitengesetzes und des Bundesseuchengesetzes auch auf Infektionen mit dem Virus HIV auszudehnen. Zwar könne die Gesundheitsbehörde keine Stellungnahme zu der Razzia vom 13.08. abgeben, da das Polizeipräsidium diesen Einsatz in eigener Verantwortung durchgeführt habe, doch sei es Aufgabe der Polizei, nicht nur weibliche, sondern auch männliche Personen, die "sich der Prostitution hingeben", zur Überwachung an die Gesundheitsbehörde zu melden. Die Münchner AIDS-Hilfe sieht mit diesem Vorgehen ihre eigenen Aktionen, eine Risikominderung durch safer sex zu erreichen, im Grundsatz infrage gestellt. Durch Maßnahmen wie die Polizeirazzia werde das Vertrauen der Schwulen in die Arbeit der Münchner AIDS-Hilfe, die ja mit den Behörden zusammenarbeiten müsse, untergraben. Beratung und Betreuung von AIDS-Gefährdeten werde so unmöglich.



KommentarEin Dezernent läuft Amok

Während sich die verantwortlichen Mediziner und Ministerialbeamten bundesweit einig sind, daß Zwangsmaßnahmen im Zusammenhang mit AIDS ebenso sinnlos wie gesellschaftlich unzumutbar sind, profiliert sich der Münchener Kreisverwaltungsreferent Peter Gauweiler (CSU) als Elefant im Porzellanladen. Gauweiler, der in einzigartiger Weise die Ordnungsbehörde wie auch die Gesundheitsverwaltung der bayerischen Metropole leitet, stützt sich bei seinem Amoklauf gegen jede Aufklärung und Einsicht auf ein Gutachten des Rechtsphilosophen Prof. Dr. Hans Ulrich Gallwas, der jeden an schwulen Treffpunkten Anwesenden für ansteckungsverdächtig hält. Gauweiler will in städtischem Alleingang das Bundesseuchengesetz und das Geschlechtskrankheitengesetz auch auf Infektionen mit HIV anwenden. Über die Folgen seines Tuns hat er sich bestenfalls keine Gedanken gemacht. Razzien gegen Homosexuelle, die er schlechterdings alle als unfähig zu safer sex - also risikovermindertem Sexualverhalten - anzusehen scheint, bewirken allenfalls, daß Sexualkontakte örtlich verlagert werden. Sie zerstören aber gleichzeitig die Glaubwürdigkeit und Wirkung aller Bemühungen, das Sexualverhalten in Richtung safer sex zu beeinflussen.

Wo ein Gauweiler wütet, wird die einzig effektive AIDS-Prophylaxe - Aufklärung, Aufklärung und nochmals Aufklärung - verhindert.



Schlechte Erfahrungen mit Meldepflicht

Paris (aid). Auf der internationalen AIDS-Konferenz in Paris vom 23. - 25. Juni 1986 berichtete der schwedische Referent über die Erfahrungen mit der kurz zuvor eingeführten Meldepflicht für HIV-Infizierte in Schweden. Es seien rund 1.000 Infizierte gemeldet worden zwischen dem Beginn der Meldepflicht und der Pariser Konferenz, davon seien rund 580, also 58 % schwul. Unter den Gemeldeten seien 30 % Drogenabhängige. Dem stehen ganz andere Zahlen bei dem Vollbild der AIDS-Erkrankung gegenüber. Dort sind ca. 90 % schwul. Im übrigen sei festzustellen gewesen, daß die Beteiligung am Test drastisch zurückgegangen sei.

Grüne fordern 40 Millionen für AIDS

Berlin (aid). Wie bereits im letzten Jahr werden die GRÜNEN zu den Haushaltsberatungen wieder ein "Sofortprogramm zu AIDS" vorlegen. Aufbauend auf den Forderungen des letzten Jahres kommen die GRÜNEN zu dem Schluß, daß die Mittel verdreifacht werden sollten. Der Abgeordnete der GRÜNEN, Herbert Rusche, sieht den Schwerpunkt der künftigen AIDS-Arbeit in der Aufklärung der Betroffenen und der Bevölkerung, der psychosozialen Betreuung der Erkrankten und Infizierten sowie der Therapie. Nach Auffassung von Herbert Rusche ist jede Mark, die heute für AIDS ausgegeben wird, ein Beitrag dazu, Milliarden von DM einzusparen, die auf den Staat zukommen, wenn die Weiterverbreitung von AIDS nicht aufgehalten wird. Nach Meinung des Abgeordneten ist die einzige Möglichkeit z.Zt. die Aufklärung der Betroffenen-gruppen über die Ansteckung und deren Verhinderung. Die GRÜNEN IM BUNDESTAG fordern überdies die Bundesländer auf, auch ihren Beitrag zur Bekämpfung von AIDS durch die Finanzierung von Beratungs- und Betreuungsstellen zu leisten.



AIDS-Information in 10 Sprachen

Berlin (aid). Die Deutsche AIDS-Hilfe hat ab sofort Informationsblätter in 10 Sprachen vorgelegt. Es handelt sich dabei um Informationsblätter in türkisch, serbokroatisch, französisch, englisch, griechisch, italienisch, spanisch, portugiesisch, polnisch und arabisch.

Information und Treffpunkt für Schwule in Berlin

Berlin (aid). Am 01. August eröffnete in der Mansteinstr. 16 in Berlin-Schöneberg der "MANN-O-METER" einen Informationsladen, der nach dem Muster eines 'gay switch board' arbeiten wird. Die Öffnungszeiten sind täglich von 15 - 24 Uhr. Ohne die übliche Schwellenangst soll hier informiert werden über alles, was für Schwule interessant ist und natürlich auch zum Thema AIDS. Aus diesem Grunde, der Information über AIDS, wird MANN-O-METER vom Senat von Berlin finanziell unterstützt.

Beratungsprogramm der Bundesregierung angelaufen

Bonn (aid). Beim ersten Erfahrungsaustausch haben sich die 12 Mitarbeiter eines psychosozialen Beratungsprogramms des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit für eine fest integrierte Beteiligung der Deutschen AIDS-Hilfe an diesem Modellprogramm der Bundesregierung ausgesprochen. Die Mitarbeiter sind über das Bundesgebiet verteilt, teils an die örtlichen AIDS-Hilfe-Gruppen, teils an Kliniken oder staatliche Gesundheitsinstitutionen angegliedert. In einem weiteren Programm beginnt das Bundesministerium mit der Finanzierung von Streetworkern. Für beide Programme sind nach Auskunft der Bundesregierung in den nächsten beiden Jahren 3 Mio. DM vorgesehen. Eine wissenschaftliche Begleituntersuchung wird von Prof. Dr. Klaus Pacharzina aus Hannover durchgeführt.



Veranstaltungen der AIDS-Hilfe Kassel

Kassel (aid). Am 4.7.86 veranstaltete die AIDS-Hilfe Kassel im Verein zur Förderung der Interessen Sozial Benachteiligter (FISB) eine Fortbildungsveranstaltung für Personal in Krankenhäusern und niedergelassene Ärzte zu dem Thema "Genese, Erscheinungsbild, Verlauf und Diagnostik von AIDS, medizinische Behandlung und psychologische Betreuung". Im Verlauf der Veranstaltung und der anschliessenden Diskussion zeigten sich deutlich die Unwissenheit und die grossen Vorbehalte, aber genauso eklatante Vorurteile in Bezug auf AIDS. Im Schuljahr 1986/87 wird die AIDS-Hilfe Kassel im FISB in Haupt-, Realschulen und Gymnasien im Rahmen des Unterrichtsplanes Stunden zum Thema AIDS anbieten und durchführen.

AIDS-Hilfe Aachen in eigenen Räumen

Aachen (aid). Ein halbes Jahr nach ihrer Gründung hat die AIDS-Hilfe Aachen jetzt eigene Räume in der Bachstr. 27 bezogen und regelmäßige Büro- und Beratungszeiten eingerichtet. Das Büro ist dienstags von 10 bis 12 Uhr besetzt, die Beratungszeiten sind montags und mittwochs von 19 bis 21 Uhr.

Neue Beratungszeiten in Saarbrücken

Saarbrücken (aid). Die AIDS-Hilfe Saar hat jetzt eine hauptamtliche Mitarbeiterin. Damit haben sich die Beratungszeiten geändert: Die neuen Termine sind montags bis freitags von 9 bis 11 Uhr und zusätzlich am ersten Montag im Monat von 20 bis 22 Uhr.

AIDS-Hilfe Trier e.V. zieht um

Trier (aid). Die AIDS-Hilfe Trier hat Anfang September neue Räume bezogen, wobei sich auch die bisherige Telefonnummer änderte. Neue Adresse: AIDS-Hilfe Trier e.V., Paulinstr. 19, Postfach 2022, 5500 Trier, Tel.:0651-12777, Mi 19 - 21 Uhr.



Berliner AIDS-Hilfe verstärkt Safer-Sex-Arbeit

Berlin (aid). Ab sofort wird die Berliner AIDS-Hilfe (BAH) verstärkt das Thema Safer Sex aufgreifen. "Wir wissen, daß wir hier noch Nachholbedarf haben", äußerte Wolfram Schweizer vom BAH-Vorstand. Die Berliner AIDS-Hilfe bereitet nun die Errichtung einer Safer-Sex-Unterstützungsgruppe vor. Hier sollen die vielfältigen Fragen, Probleme, Erfahrungen und Lösungsversuche gesammelt und genutzt werden. Nach Ansicht des Gruppeninitiators Peter Ridderskamp dürfen Safer-Sex-Aktionen "nicht bei der Kopfarbeit stehen bleiben, sondern sollten lustvoll vermittelt werden und erlebbar sein."

Betreuungszentrum der AIDS-Hilfe Hamburg

Hamburg (aid). Zum 1.9.86 nimmt das "Struensee Centrum-Betreuungszentrum der AIDS-Hilfe Hamburg e.V." seine Arbeit auf. Das neue Betreuungszentrum in der Hallerstr. 72, Hamburg 13, Tel. 44 04 23, wird rund um die Uhr erreichbar sein. Das Büro der AIDS-Hilfe Hamburg e.V. behält seinen Sitz im Magnus-Hirschfeld-Centrum. Dr. Johann Friedrich Struensee (1737 - 1764) war zunächst Stadtphysikus in Altona. Der dänische König Christian VII. machte ihn zu seinem Leibarzt und späteren Kabinettsminister. Struensee gilt als Pionier des modernen Gesundheitswesens.

Gesprächskreis über AIDS an der VHS

Hannover (aid). Die Volkshochschule Hannover veranstaltet erstmals im Wintersemester 86/87 in Zusammenarbeit mit einem Arzt der Hannöverschen AIDS-Hilfe e.V. einen Informations- und Gesprächskreis über die ansteckende Immunschwächekrankheit AIDS. Die Thematik reicht dabei von der sachlichen Information bis zu Gedanken über neue Formen des miteinander Umgehens.



Tagung zu AIDS und Nächstenliebe vom 3. bis 5. Oktober

Tutzing (AID). Die evangelische Akademie Tutzing führt in Zusammenarbeit mit den AIDS-Hilfen und dem Arbeitskreis Homosexuelle und Kirche (HuK) in Nürnberg vom 3. bis 5. Oktober 1986 in der neuen Abtei Heilsbronn eine Tagung durch, mit der sie gegen irrationale Ängste, Mystifikationen und Diskriminierungstendenzen angehen will, die sich durch die von den Medien angeheizte Diskussionen in der Öffentlichkeit ergeben haben. Mit der Tagung will die evangelische Akademie neben Mitarbeitern der uK-Gruppen und der AIDS-Hilfen Mitarbeiter kirchlicher Beratungsstellen, Krankenhaus- und Gefängnisseelsorger, Pfarrer, Ärzte und Pflegepersonal in Kliniken ansprechen.

"Positiv" zu Safer Sex

Frankfurt (AID). Das Informationsblatt der AIDS-Hilfe Frankfurt, "Positiv", ist jetzt mit einer Ausgabe zu Safer Sex erschienen. Neben sachlichen Informationen zur Risikominderung beim Sex werden auch persönliche Erlebnisse geschildert, wie sie Schwulen widerfahren sind. Daneben gibt eine Kurz-Umfrage zum Thema Safer Sex.

Mehr Gelder für AIDS-Hilfe-Aktivitäten in Hamburg

Hamburg (AID). Durch eine Aufstockung der Landesmittel für das AIDS-Programm-Hamburg sind eine Reihe von zusätzlichen Informations- und Beratungsangeboten in Hamburg vorgesehen. Neben den Aktivitäten der AIDS-Hilfe Hamburg sind vorgesehen ein Streetwork-Programm der Intervention e.V. vor allem für männliche Prostituierte. Das Hamburger Koordinationstreffen Drogenberatung wird die Informations- und Beratungsarbeit in Therapie- und Selbsthilfeeinrichtungen im Drogenbereich ausbauen. Die Beratungsstelle für minderjährige Prostituierte in St. Georg wird ihre AIDS-Beratung erweitern und intensivieren. Die Projektgruppe AIDS-Koordination baut im Westen Hamburgs ein stadtteilbezogenes Informations- und Beratungszentrum auf. Pro Familia und das Familienplanungszentrum werden in Zusammenhang mit der allgemeinen Sexualberatung insbesondere die AIDS-Arbeit mit Jugendlichen als präventiven Schwerpunkt ausbauen.



Gesamtzahl der AIDS-FÄLLE (CDC-FALLDEFINITION) in
BUNDESLÄNDERN und WEST BERLIN seit 1982
(bis 29.08.86)

	<u>AIDS-FÄLLE</u>	davon		<u>AIDS-Fall- Inzidenz/Mill.</u>
		<u>Frauen</u>	<u>verstorben</u>	
BERLIN	121	4	53	65,4
HESSEN	102	4	57	18,5
(Frankfurt)	(85)	(3)	(49)	(139,3)
NORDRHEIN-WESTFALEN	103	7	51	6,1
HAMBURG	70	2	33	43,8
BAYERN	98	1	53	8,9
(München)	(85)	(1)	(41)	
BADEN-WÜRTTEMBERG	43	6	22	
NIEDERSACHSEN	20	2	8	2,8
BREMEN	10	1	2	14,7
SCHLESWIG HOLSTEIN	4		1	1,5
RHEINLAND PFALZ	13	1	6	3,6
SAARLAND	4		0	2,7
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL	588	29	286	9,6



Der AIDS-Arbeitsgruppe des BGA bekannt gewordene AIDS-Erkrankungen
(CDC-Falldefinition)
in Deutschland (Stand 29.08.86)

<u>Manifestation</u> <u>des Immundefektes</u>	<u>Fallzahl</u>	<u>% gesamt</u>	<u>Patienten</u> <u>verstorben</u>	<u>% verstorben</u>
Kaposi-Sarkom (KS) ohne opportunistische Infektionen (OI)	110		29	26,4
KS und OI	77		42	54,5
OI oder typische Malignome ^{a)}	401		215	53,6
<u>Gesamt</u>	<u>588</u>		<u>286</u>	<u>48,6</u>

a) Isolierte Lymphome des ZNS; Burkitt- und Non Hodgkin Lymphome bei LAV/
HTLV-III Infektion

<u>Alter</u>	<u>Zahl der Patienten</u>		<u>% von</u> <u>Gesamtzahl</u>	<u>Risikogruppe</u>	<u>Fallzahl</u>		<u>% gesamt</u>
	<u>männlich</u>	<u>weiblich</u>			<u>männl.</u>	<u>weibl.</u>	
0- 1 J.	2	2	1	1. Homo-oder Bi- sexuelle Männer	452	-	76,9
1- 9 J.	3	0	1	2. Fixer	16	18	5,7
10-15 J.	3	0	1	2.a) Risiken 1)+2)	6	-	1,0
16-19 J.	3	0	1	3. Afrikaner	5	0	0,9
20-29	99	10	19	4. Hämophile	41	0	6,9
30-39	234	13	42	5. Heterosexuelle Partner von Ri- sikogruppen 1-4	8	4	2,0
40-49	159	2	27	6. Bluttransfusions- empfänger	4	2	1,0
über 50	41	2	7	7. Andere*	5	3	1,4
unbekannt	15	0	3	8. Nicht bekannt	22	2	4,1
<u>Gesamt</u>	<u>559</u>	<u>29</u>		<u>Gesamtzahl</u>	<u>588</u>		



Tagesspiegel, Berlin, 29.8.86

Wie hoch ist das AIDS-Risiko für Virusträger?

Kontroverse in der Wissenschaft — Frankfurter Studie: Schlechte Prognose für Infizierte

Zu einer Kontroverse auch unter Fachleuten hat die Veröffentlichung einer wissenschaftlichen Untersuchung aus dem Zentrum für Innere Medizin an der Universität Frankfurt geführt, derzufolge drei Viertel aller mit dem Erreger infizierten binnen sieben Jahren an einem voll entwickelten Immundefekt-Syndrom (AIDS) erkranken werden. Angesichts der unbestritten hohen Zahl von Virusträgern käme dies einer gesundheitlichen Katastrophe gleich. Kritiker der Studie meinen, hier werde ohne ausreichende Datenbasis jede Hoffnung getrübt.

In der Statistik über das erworbene Immundefekt-Syndrom sind drei Fragen bislang nur sehr unzureichend geklärt:

► Wie hoch ist innerhalb der hauptbetroffenen Risikogruppen der Anteil jener, die eine HIV-Infektion durchgemacht haben? (HIV für „Human-Immundefekt Virus“ ist jetzt die Bezeichnung, auf die sich die internationale Wissenschaft geeinigt hat; das umständliche Kürzel „LAV/HTLV-III“ für den AIDS-Erreger gilt als überholt.)

► Inwieweit geht die Infektion über die definierten Risikogruppen (vor allem: Homosexuelle und „fixende“ Drogenabhängige, die benutzte Nadeln weiterreichen) hinaus?

► Wieviele der HIV-Infizierten erkranken nach ausreichend langer Beobachtungszeit an einem „Lymphadenopathie-Syndrom“ (Befall der Lymphknoten; unter Umständen eines der Vorstadien von AIDS) oder am „kompletten“ Immundefekt?

Bisher 539 Erkrankte gemeldet

Selbst das Bundesgesundheitsministerium, dem des öfteren vorgeworfen wurde, die Gefahr herunterzuspielen, geht jetzt — wie gemeldet — davon aus, daß bis zu 100 000 Personen in der Bundesrepublik bereits mit dem HIV infiziert sind. An AIDS erkrankt sind hierzulande nach den offiziellen Statistiken (die eine mögliche Dunkelziffer nicht berücksichtigen können) bisher 539 Menschen. In dieser Statistik tauchen auch einige Personen auf, die keiner der bekannten Risikogruppen zugeordnet werden können. Wenn dieser Anteil auch noch gering ist, so scheint er doch zuzunehmen: Der bayerische Sozialminister, Neubauer, hat zum Beispiel jüngst einen Anstieg binnen eines Jahres von 6,1 auf 8,4 Prozent bekanntgegeben. Noch ungeklärt ist die drittgenannte Frage: Die Arbeiten und Aussagen darüber, wieviele der Infizierten an AIDS erkranken, waren bislang unzulänglich und widersprüchlich. Die Bonner Gesundheitsministerin, Süßmuth, geht davon aus, daß es mehr sind als die bisher genannten 15 Prozent.

Die wohl umfassendste Erfahrung mit der Betreuung Infizierter und der Behandlung von AIDS-Kranken haben Professor Eilke Brigitte Helm, Professor Wolfgang Stille und Mitarbeiter an der Universitätsklinik Frankfurt. Seit Ende 1982 haben sie 543 Patienten aus Risikogruppen sorgfältig untersucht, wobei unter anderem der Antikörper-Test vorgenommen

wurde. Bei 377 von ihnen wurden Antikörper gegen HIV gefunden, was als Nachweis einer Virusinfektion gilt. Diese Patienten wurden in Frankfurt zwischen drei Monaten und drei Jahren beobachtet. Die Ergebnisse faßten Helm und Stille kürzlich in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ zusammen.

Die Patienten wurden fünf Stadien zugeordnet:

1a: Gesunde Personen mit theoretischem Infektionsrisiko, aber negativem Antikörper-test;

1b: Klinisch Gesunde mit einer HIV-Infektion und positivem Antikörpernachweis;

2a: Patienten mit einer Infektion und mäßigem nachgewiesenen Immundefekt in den Körperzellen;

2b: Infizierte und klinisch Kranke mit schwerem zellulärem Immundefekt;

3: AIDS-Kranke.

Bei 131 der 307 in die Studie einbezogenen Patienten stellten die Frankfurter Ärzte ein Fortschreiten der Erkrankung fest. Im Einzelnen: Von ursprünglich 48 Menschen ohne Virusbefall wiesen mittlerweile 18 HIV-Antikörper auf; 30 von 52 bei der Einganguntersuchung gesunden Antikörperträgern haben nunmehr einen Immundefekt. Bei 51 von 120 Patienten, die zunächst zum Stadium 2a rechneten, hat sich der Zustand verschlechtert. 17 von 64 Patienten aus dem Stadium 2b sind seither an AIDS erkrankt. Insgesamt 26 von 40 AIDS-Kranken sind bisher gestorben. Je länger der Beobachtungszeitraum, desto häufiger verschlechterte sich insgesamt der Gesundheitszustand.

Helm und Stille räumen ein, daß die Patientenzahl für eine exakte statistische Auswertung noch zu klein sei. Es sei aber bemerkenswert, daß — zusammengenommen — jeweils rund die Hälfte der Patienten in das nächstschlechte Krankheitsstadium geraten, und zwar im Verlauf von ein- beziehungsweise zwei Jahren. Hinzugerechnet werden muß die Inkubationszeit. Daraus ziehen die Autoren in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ folgenden Schluß: „Nach diesen Beobachtungen ... müßte derzeit damit gerechnet werden, daß sich von den symptomlosen LAV/HTLV-III-Trägern bei der Hälfte nach spätestens fünf Jahren und bei drei Vierteln nach spätestens sieben Jahren das Vollbild von AIDS entwickelt hat.“

Risiko heruntergespielt?

In einem Hamburger Wochenmagazin wurde Frau Professor Helm daraufhin zusätzlich mit dem Satz zitiert: „Das Risiko ist bewußt heruntergespielt worden.“ An der „Bagatellisierung der Gefahr“, so das Blatt, hätten sich auch „angesehene Gelehrte“, unter anderen „der Münchener Hygiene-Professor Friedrich Deinhardt“ beteiligt.

Tatsächlich hatte die „Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten“ unter Deinhardts Präsidentschaft im Januar 1985 im

„Deutschen Ärzteblatt“ geschrieben, es bestehe „kein Grund für die Annahme einer Ausbreitung von AIDS in der allgemeinen Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland“. Diese Prognose ist von Virologen und Statistikern mit einleuchtenden Argumenten als die tatsächliche Gefahr übersehend kritisiert worden. In der jüngsten Auseinandersetzung aber geht es gar nicht um die Ausbreitung der Infektion innerhalb oder außerhalb der Risikogruppen, sondern um die vor allem für Infizierte entscheidende Frage, wie ihre gesundheitliche Prognose lautet.

Dazu erklärte Deinhardt auf Befragen, er wolle keinesfalls den Ernst der Situation bagatellisieren. Die Schlußfolgerung der Frankfurter Autoren sei aber durch ihre Datenbasis nicht gerechtfertigt. Es handele sich um eine unzulässige Verallgemeinerung, die Betroffene unnötigerweise verunsichere und die Chance gezielter Verhaltensempfehlungen herabsetze. Unbestritten sei, daß Patienten mit Lymphadenopathie-Syndrom häufig AIDS entwickeln und daß die Prozentzahl tatsächlich an AIDS Erkrankter bei den Infizierten mit längerem Beobachtungszeitraum steigt. Wie hoch dieser Anteil sei und ob er bei allen Risikogruppen gleich sei, lasse sich mit den Frankfurter Zahlen nicht abschließend belegen. Dazu müßten erst Studien mit größeren Patientenzahlen und noch längerem Beobachtungszeitraum vorliegen.

Auch der Vorsitzende der Deutschen AIDS-Hilfe (mit Sitz in Berlin), Gerd Paul, meinte auf Anfrage, mit derartigen Schlußfolgerungen würde Angehörigen der Risikogruppen und vor allem HIV-Infizierten Hoffnung genommen, ohne daß wissenschaftlich eindeutige Beweise vorlägen. Man könne nicht von einigen hundert, möglicherweise nicht repräsentativen Patienten auf alle Träger des AIDS-Virus hochrechnen.

Justin Westhoff



Aids in Haftanstalten: Ärzte verweigern Namen der Gefangenen

Mediziner berufen sich auf ihre Schweigepflicht

Eigener Bericht

ut. Hannover

Die Aids-Vorsorgeuntersuchungen in den 23 niedersächsischen Haftanstalten haben zu einem Konflikt zwischen den dort tätigen Ärzten und dem Justizministerium in Hannover geführt. Seit Beginn des Untersuchungsprogramms vor mehr als einem Jahr weigern sich die Mediziner, dem Justizministerium oder den jeweiligen Anstaltsleitern die Namen der Gefangenen mitzuteilen, bei denen Antikörper des Aids-Virus HTLV-III festgestellt worden sind. Die Mediziner begründen die Zurückhaltung der Personalien mit ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Der Konflikt um die Aids-Testbögen von Gefangenen ist nach Aussagen des Justizministeriums in der Bundesrepublik ohne Beispiel. Eine Umfrage bei den Kollegen der anderen Bundesländer habe ergeben, daß dort die Ärzte die Namen der infizierten Häftlinge gegenüber den Anstaltsleitungen nicht geheimhalten. Ministerialrat Johannes Müller betonte in einem Gespräch mit dieser Zeitung, es sei ein Gebot der Fürsorgepflicht, daß die JVA-Leiter über die Aids-infizierten Häftlinge informiert würden.

Müller sagte, es sei nicht beabsichtigt, die Infizierten in besonderen Abteilungen der Gefängnisse unterzubringen. Eine Infektion sei schließlich noch lange keine Aids-Erkrankung. Man sei jedoch der Überzeugung, daß es besser wäre, allen Aids-infizierten Gefangenen Einzelzellen zuzuweisen. Dies sei nötig, um der Ausbreitung der Infektion bei gewaltsamen sexuellen Handlungen unter Gefangenen oder bei erzwungenem Fixen entgegenwirken zu können.

Müller setzte sich gegenüber dieser Zeitung dafür ein, den Ärzten in den Haftanstalten eine Anzeigepflicht bei allen Aids-Fällen aufzuerlegen. Um davon auch die betroffenen Ärzte zu überzeugen, sei man sowohl mit der Ärztekammer Hannover als auch mit dem Sozialministerium in Kontakt. Von den Vertretern der Kammer und des Sozialministeriums waren die Ärzte bisher bei der Namensverweigerung gestützt worden. Besonders Professor Adolf Windorfer, Referatsleiter im Sozialministerium, hatte die Auffassung vertreten, eine Meldepflicht verträge sich nicht mit dem Prinzip der Freiwilligkeit bei den Aids-Tests in den Gefängnissen.

Inzwischen haben sich mehrere bei der Justizverwaltung angestellte Gefängnisärzte aus den Haftanstalten in Hannover und Lingen an ihre Standesorganisation gewandt und dort um rechtlichen Beistand in dem Konflikt mit dem Land gebeten. Die Kammer will sich noch in dieser Woche mit dem Streit um die ärztliche Schweigepflicht in den niedersächsischen Gefängnissen beschäftigen.

Bei den Untersuchungen in den Haftanstalten des Landes wurde bisher bei 17 Gefangenen der Erreger der erworbenen

Immunschwächekrankheit Aids festgestellt. An Aids erkrankte Häftlinge wurden in Niedersachsen dagegen nicht gefunden. Wie viele der rund 5650 Gefangenen sich den freiwilligen Tests bisher unterzogen haben, konnte das Justizministerium am Dienstag auf Anfrage nicht sagen. Das Ministerium gab lediglich die allgemeine Einschätzung ab, daß das Interesse der Gefangenen an diesen Tests in letzter Zeit spürbar nachgelassen habe.

AIDS-Tests in Südafrika

Die südafrikanischen Bergwerksgesellschaften haben zwölf Monate lang AIDS-Tests an schwarzen und weißen Bergarbeitern durchführen lassen. Von rund 33.000 Untersuchten sollen 130 infiziert sein. Die Gewerkschaften sollen mit den Tests einverstanden gewesen sein, heißt es.

die Tageszeitung, Berlin, 30.08.86

Frankfurter Rundschau, 20.08.86

Kampagne für Baby wirkte

Mit AIDS infiziertes Kind findet doch noch Adoptiveltern

LINZ, 19. August (AFP). Ein sechseinhalb Monate altes Baby aus der oberösterreichischen Stadt Linz, das von seiner Geburt an Träger des Aids-Virus HTLV III ist, kann nun endlich hoffen, Adoptiveltern zu finden. Nachdem die Geschichte des Babys durch die Medien bekannt geworden war, haben sich zwanzig Paare gemeldet, die das Kind adoptieren wollen. Dies teilte das Jugendamt der Stadt Linz jetzt mit. Ein halbes Jahr lang konnten keine Adoptiveltern für das Kind gefunden werden.

In den Medien waren Erklärungen der Ärzte des Linzer Landeskinderkrankenhauses wiedergegeben worden, die bestätigten, daß das Kind gesund ist. Sie vertraten die Ansicht, daß das Kind „vermutlich in einigen Monaten auch nicht einmal mehr Träger der Aids-Antikörper sein werde“. Die Mutter des Kindes ist

drogensüchtig und ebenfalls Trägerin des Aids-Virus, sie ist aber bislang nicht an der tödlichen Immunschwäche erkrankt. Sie hatte das Kind gleich nach der Geburt zur Adoption freigegeben.

★

LONDON (AFP). Mit der Begründung, sie gehöre zur Risikogruppe der möglichen Träger des Aids-Virus, ist einer britischen Lesbierin vom zuständigen Gesundheitszentrum das Blutspenden verboten worden. Den Fall greift das medizinische Fachblatt „The Lancet“ in seiner nächsten Nummer auf. Eine Bewohnerin von Nottingham, so schreibt die Zeitung, habe auf einem ihr vorgelegten Fragebogen auf die Frage nach ihren sexuellen Beziehungen angegeben, sie lebe mit einer Frau zusammen. Daraufhin sei ihr Blutspendeangebot abgelehnt worden.



Abendpost/Nachtausgabe, Frankfurt, 17.7.86

„Das Thema Aids gehört auf den Stundenplan“

Bonn besorgt über schnelle Aids-Ausbreitung

Bonn (dpa)

Das Bundesgesundheitsministerium ist besorgt über die unverändert schnelle Zunahme der Aids-Erkrankungen in der Bundesrepublik. Die Neuerkrankungen hätten sich in den letzten elf Monaten erneut verdoppelt, teilte das Ministerium mit. Ende Juni seien bereits 507 Aids-Kranke bekannt geworden, von denen 248 gestorben seien. Der Aids-Beraterkreis des Ministeriums, der in Bonn tagte, sei sich darin einig, daß mit einer Verdoppelung im Laufe des nächsten Jahres gerechnet werden müsse. Einzelne Aids-Fälle, bei denen es keine Hinweise auf den Infektionsweg gebe, sollen künftig besonders sorgfältig analysiert werden, um genaue Hinweise über Einbruchspforten des Erregers in die Allgemeinbevölkerung außerhalb der Risikogruppen (Homosexuelle, Bluter, Drogenabhängige) zu erhalten. Die Situation müsse differenziert beurteilt werden. Zur Panik gebe es keinen Anlaß. Die Infektionsgefahr durch Bluttransfusionen sei inzwischen weitgehend gebannt.

Süddeutsche Zeitung, München, 12./13.7.86

Tagesspiegel, Berlin 31.7.86

DGB gegen Mißbrauch eines Symbols ihrer Jugendgruppe

Gegen den am Sonntag erstmals aufgetauchten Aufkleber „Mach meinen Kumpel nicht an, der hat Aids“ wandte sich jetzt die DGB-Gewerkschaftsjugend. Sie sieht darin eine ausländerdiffamierende Verfremdung ihres Aktionssymbols „Mach meinen Kumpel nicht an — gegen Ausländerfeindlichkeit und Rassismus“.

Nach Auffassung des DGB-Landesvorsitzenden Pagels liegt bei den neuen Aufklebern der Tatbestand der Volksverhetzung vor, da sie ausländische Mitbürger mit der Immunschwächekrankheit Aids in Verbindung bringe. (Tsp)

Frankfurter Professorin fordert bessere Aufklärung

Frankfurt. — Im Aids-Hilfe-Zentrum Frankfurt steht noch immer eine Gruppentherapie, die die meist ehrenamtlichen Helfer an ein Opfer der tödlichen Immunschwäche erinnert. Ein Aidskranker schenkte sie einem Betreuer, bevor er starb.

Er ist einer von 30 Aids-Patienten, die in diesem Jahr schon in der Universitätsklinik gestorben sind; 1982 waren es nur drei. „Bisher wurden hier insgesamt 80 Kranke behandelt“, sagt die Aids-Spezialistin Professor Elke Helm. Am Klinikpersonal hat sich in diesem Zeitraum wenig geändert.

Elke Helm bedauert, daß nicht genügend Personal für die arbeitsintensive Pflege der Aids-Kranken bereitgestellt wird. Weil die Zahl der Krankheitsfälle ständig steigt, fordert sie, daß Kinder und Jugend-

liche schon in der Schule aufgeklärt werden. „Denn Aids ist nun einmal eine sexuell übertragbare Krankheit, und Vorbeugung ist bisher unser einziges wirksames Mittel.“

Auf Vorbeugung setzt auch die Aids-Hilfe in Frankfurt. Neben 15 Betreuern, die die Pflege von Aids-Kranken in Kliniken unterstützen, sowie einem Streetworker, der in Kneipen und auf Veranstaltungen Kontakt zu Gefährdeten sucht, stehen täglich zwischen 19 und 22 Uhr (Telefon 5 97 55 77) rund 30 speziell ausgebildete Telefonberater für Gespräche und Aufklärung bereit.

Ihre Schweizer Kollegen sind dabei, unter dem Motto „Sicherer Sex“ das Kondom in Mode zu bringen. Ihre „Hot-Rubber“-Kampagne sowie die Sicherheitsnadel als deutliches Symbol für den sicheren Sex wollen die deutschen Aids-Helfer bundesweit einkaufen.

Tagesspiegel, Berlin, 22.7.86

Jede Oberschule in Berlin soll während der Ferien für die Fachbereiche Biologie und Sozialkunde eine „Information über AIDS als Unterlage für den Schulunterricht“ erhalten, teilte Schulsenatorin Laurien jetzt auf eine Kleine Anfrage des SPD-Abgeordneten Raimund Bayer mit. (Tsp)



Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 20. August 1986

Eine Forschungsarbeit beunruhigt Aids-Patienten

Untersuchungen im Universitätsklinikum / „Schlechte Langzeitprognose“ / Hilfsangebote des Aids-Zentrums

ma./kal. Die Lebensaussichten für Personen, die Träger des Aids-Virus sind, verschlechtern sich, je länger die Ansteckung zurückliegt. „Die Langzeitprognose der LAV/HTLV-III-Infektion ist bemerkenswert schlecht.“ Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung am Zentrum für innere Medizin der Universität, die jetzt in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ veröffentlicht worden ist. Die Forschungsarbeit fällt in eine Zeit, in der sich die erworbene Immunschwäche nach den Erkenntnissen der Ärzte langsamer ausbreitet als in den vergangenen Jahren. Ende April dieses Jahres waren in der Bundesrepublik 472 Aids-Kranke bekannt, von denen 243 gestorben sind.

Die Frankfurter Forscher klassifizierten in ihrer Studie fünf verschiedene Stadien der Erkrankung, um dann ein objektivierte Verfahren zur Feststellung des Krankheitsverlaufes zu haben. Stadium eins umfaßt Patienten, die keine Antikörper gegen den Virus haben, aber dem Risiko einer Ansteckung ausgesetzt waren. Als zweites Stadium gelten Patienten, die Antikörper gegen das Virus gebildet haben, aber gesund sind. In der nächsten Gruppe folgen Patienten, die einen leichten Immundefekt haben, dann Kranke mit einem mäßig schweren Immundefekt und schließlich Patienten, die das sogenannte Vollbild Aids zeigen, bislang ein unentrinnbares Todesurteil.

In einem Beobachtungszeitraum, der zwischen drei und sechsunddreißig Monaten lang war, verschlechterte sich das Krankheitsbild bei 131 von 307 in die Untersuchung einbezogenen Patienten. Mitgezählt sind dabei fünfzehn am „Aids-Vollbild“ erkrankte Patienten,

die während dieser Zeit gestorben sind. Für die Forscher war die Krankheit fortgeschritten, wenn sich der bei der Aufnahme in die Klinik festgestellte Gesundheitszustand des Patienten um ein Stadium verschlechterte.

Als Anzeichen hierfür galten das Auftreten von nächtlichen Schweißausbrüchen, vorübergehende Schlafstörungen, Fieberschübe oder der Befall des Mundraumes durch Hefen. Acht Prozent aller Infizierten erkrankten in die-



Das Programm heute ab 7 Uhr

Der Streit ums Bier

Das Reinheitsgebot und die Folgen

sem Zeitraum am „Vollbild“ von Aids, davon hatten aber schon alle bis auf zwei Patienten schwere Krankheitssymptome, als sie in die Klinik zur Untersuchung kamen.

Ihre Forschungsarbeit haben die Wissenschaftler selbst eingeordnet. Mit ihren Ergebnissen lägen sie im Rahmen anderer internationaler Studien, die sich aber wegen der verschiedenen methodischen Ansätze nur schwer miteinander vergleichen ließen. Auch sei die Zahl der Patienten in der Frankfurter Untersuchung zu klein, um statistisch

abgesicherte Ergebnisse errechnen zu können.

Trotzdem hat die in Veröffentlichungen zum Teil entstellte wiedergegebene Studie nach Beobachtungen der Aids-Hilfe unter den Betroffenen für große Unruhe gesorgt. „Viele hatten das Gefühl, sie könnten nun überhaupt nichts mehr gegen die Krankheit tun“, berichtet der Leiter des Zentrums in der Eschersheimer Landstraße, Hans Peter Hauschild. Die Aids-Hilfe hat aus den Untersuchungen der Wissenschaftler den Schluß gezogen, daß es offensichtlich wichtig sei, „bewußt mit dem Körper zu leben und die Ängste zu bearbeiten“. Ein umfassendes Wissen über die Krankheit und die Gefahren der Ansteckung gehörten ebenso dazu wie ein Training, um die Selbstheilungskräfte von Körper und Psyche zu aktivieren, und die Umstellung auf eine gesunde Ernährung.

Die Aids-Hilfe, deren vier hauptamtliche Mitarbeiter jede Woche von etwa vierzig Ratsuchenden gefordert werden, hat daher ihre Angebote erweitert. Für die psychologische Beratung steht das Zentrum jetzt montags bis freitags von 14 bis 20 Uhr auch ohne Voranmeldung Besuchern offen. Bei den Selbsthilfegruppen sind Gesprächskreise für Kranke, für Freunde und Angehörige von Patienten, zwei Kurse in Bioenergetik, ein Visualisationskurs sowie autogenes Training und eine Safer-Sex-Gesprächsgruppe hinzugekommen. Hauschild macht sich über die Erfolge keine Illusionen: „Diese Kurse bekämpfen nicht das Virus, helfen aber, mit der Krankheit fertig zu werden.“ Kontaktadresse: Eschersheimer Landstraße 9. Telefon 59 00 12.

Tagesspiegel, Berlin, 22.7.86

Katholische Kirche gegen AIDS-Volksbegehren in den USA

San Francisco (epd). Scharf verurteilt haben kalifornische Kirchenvertreter ein gegen Aids-Kranke gerichtetes Volksbegehren, das bereits 500 000 US-Bürger unterzeichnet haben. Die auf den Bundesstaat Kalifornien begrenzte Maßnahme würde es der Regierung erlauben, Aids-Untersuchungen zwangsweise vorzunehmen. Außerdem müßten Aids-Kranke sich registrieren lassen und die Regierung wäre befugt, sie unter Quarantäne zu stellen. Betroffenen von den Vorschriften des Volksbegehrens wären auch die über 100 000 Kalifornier, deren Blut Aids-Immunkörper aufweist. Diese Menschen sind von Aids besonders gefährdet.

Ein Sprecher der römisch-katholischen Erzdiözese von San Francisco erklärte jetzt, das Volksbegehren sei „keine mitfühlende und erst recht keine wirkungsvolle Vorgehensweise gegen Aids“.

Tagesspiegel, Berlin, 31.7.86

US-Soldaten in Europa sollen auf Aids untersucht werden

Darmstadt (AP). Die rund 250 000 Mitglieder der amerikanischen Streitkräfte in der Bundesrepublik sollen von Freitag an auf Aids-Erreger in ihrem Blut untersucht werden. Wie die in Darmstadt erscheinende amerikanische Soldatenzeitung „Stars and Stripes“ am Dienstag berichtete, sollen die europaweiten Untersuchungen im pfälzischen Ramstein und in Upper Heyford in England beginnen. Die volle Untersuchung aller Streitkräfte in Europa soll nicht vor September starten.

Bei den Untersuchungen würden auch Videobänder über die Immunschwächekrankheit gezeigt sowie auf Hilfsmöglichkeiten hingewiesen, hieß es. Das Blut werde zur Überprüfung in die Vereinigten Staaten geschickt. In den ersten vier Stadien der Krankheit könnten die Soldaten und Soldatinnen zwar in der Armee bleiben, sie würden aber in die USA zurückgeschickt.



Endlich Therapieplatz gefunden:**Jetzt wird Gnade gewährt****Der Aids-Kranke Andreas P. wird noch im August entlassen**

TÜBINGEN/ROTTENBURG (Klm). „Das Verfahren läuft, ich kann Ihnen keine Auskunft geben.“ Dies teilte uns Anstaltsleiter Roland Schick mehrmals auf unsere Anfrage hin mit. So ging es schon seit Monaten. Gnadengesuchsangelegenheiten sind geheime Staatssache. Während im Geheimen Ministeriale Entscheidungen treffen, wartet Andreas P. in der Justizvollzugsanstalt Rottenburg auf einen positiven Bescheid. Andreas P. sitzt seit fast zwei Jahren in Rottenburg ein, und im Januar diagnostizierte Anstaltsarzt Dr. Wigberth Schubert bei ihm die Immunitätsschwäche Aids. Daraufhin stellte Andreas P. ein Gnadengesuch, das auch von der Anstaltsleitung und dem Arzt unterstützt wurde (wir berichteten). Dies führte jetzt zum Erfolg.

Der Pressesprecher des baden-württembergischen Justizministeriums, Karl Heinz Boerckel, teilte gestern der SÜDWEST PRESSE mit, daß jetzt ein Therapieplatz im Kreis Tübingen gefunden worden ist. Wo dieser sich befindet, wollte er allerdings nicht preisgeben: Gnadengesuche sind Geheimsache ...

Die Beamten des bayrischen Justizministeriums hatten die Kollegen in Stuttgart schriftlich gebeten, eine geeignete Einrichtung zu finden. Dann wollten sich die beiden Ministerien zusammenfinden, um über eine endgültige Gnadenentscheidung zu befinden. Andreas P. sollte untergebracht sein, unter ärztlicher Betreuung stehen und von ausgebildetem Personal gepflegt werden.

Der Leiter der hiesigen Drogeneinrichtung, Günther Famulla, stellte gestern fest, daß sich die „Drogenhilfe Tübingen“ eingeschaltet habe, aber eine stationäre Behandlung nicht vorgesehen sei. Angestrebt war eine Aufnahme in eines der Therapiezentren, doch diese wurde aus Kostengründen vom Rentenversicherungsträger abgelehnt. Jetzt wird Andreas P. privat untergebracht und von der Drogenberatung ambulant mitbetreut. Die Tübinger Aids-Hilfe wird ebenfalls ambulante psycho-soziale Betreuung übernehmen.

Pressesprecher Boerckel wies darauf hin, daß in der nichtgenannten Einrichtung sich der Anstaltsleiter um Andreas P. kümmern werde. Zudem sei vorgesehen, daß ein Arzt der Universitätsklinik die medizinische Versorgung der Aids-Erkrankung übernehme. Dieser sei bereits gefunden.

Diese Entscheidung sei dem Bayrischen Justizministerium am 1. August mitgeteilt worden. Jetzt steht der Begnadigung nichts mehr im Wege.

Ob dies ein Präzedenzfall sei, konnte Boerckel nicht beantworten: „Noch liegen uns keine weiteren Gnadengesuche mit dieser Begründung vor, ich könnte mir aber vorstellen, daß wir in ähnlichen Fällen auch ähnlich entscheiden werden.“

Schwäbisches Tagblatt,

Tübingen, 08.08.86

Frankfurter Rundschau, 29.8.86

„Eine Meldepflicht wäre der falsche Weg“**SPD-Römerfraktion diskutierte über AIDS-Probleme**

Von unserem Redaktionsmitglied Friederike Tinnappel

Der Krankheit AIDS sind nach Angaben des Sozialministeriums in Hessen bereits 51 Menschen erlegen. 44 von ihnen starben in Frankfurt, das sich landesweit zum Zentrum für die Behandlung dieser heimtückischen Krankheit entwickelt hat. Dort werden zur Zeit, wie die AIDS-Expertin Professor Helm am Mittwoch auf einer außerordentlichen Sitzung der SPD-Römerfraktion zu diesem Thema erklärte, zur Zeit 86 Patienten betreut, die an dem Immun-Defekt-Syndrom leiden. Damit scheinen sich die Prognosen zu bestätigen, wonach sich die AIDS-Fälle innerhalb eines Jahres mehr als verdoppeln.

Eine Meldepflicht wurde auf der SPD-Veranstaltung von allen Experten abgelehnt. In den ersten Wochen nach der Ansteckung seien weder der Virus, noch die zur Abwehr gebildeten Antikörper nachweisbar. AIDS-Infizierte seien häufig über viele Jahre völlig gesund. „Warum sollte so ein Mensch zum Arzt gehen?“, fragte Brigitte Helm. Eine Meldepflicht sei „der falsche Weg“, meinte auch Hans Berner vom hessischen Sozialministerium, um eine weitere Verbreitung der Krankheit zu verhindern.

Professor Helm empfahl allerdings, die Frage nach einer möglichen AIDS-Erkrankung in die Schwangerschaftsberatungen einzubeziehen und infizierten Frauen von einem Kind abzuraten, weil die Gefahr, daß es in den ersten Monaten an der Krankheit stirbt, zu groß sei.

Wie viele bereits mit dem Erreger infiziert sind und bei welchem Prozentsatz dieser Menschen die Krankheit ausbricht — darüber gibt es laut Professor Helm keine Zahlen. Bei den Patienten, die zu

ihr in die Klinik kamen, hat sie die Erfahrung gemacht, daß die Diagnose AIDS das gleiche bedeute, wie ein unheilbarer Krebs. „Die Überlebenszeit nach der Diagnosestellung beträgt bis zu drei Jahre.“ Von diesem Schicksal seien bundesweit 580 Männer und Frauen betroffen.

Daß Hessen das Land mit den meisten bekannten AIDS-Fällen ist, führt sie darauf zurück, „daß hier besser untersucht wird als anderswo und daß die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Ärzten besonders gut“ sei. Rein rechnerisch sind von einer Million Hessen 16,9 Einwohner AIDS-Patienten — wobei all jene, die an einer Vorstufe wie dem Lymphadenopathie-Syndrom leiden, ebensowenig berücksichtigt sind wie diejenigen, die den Virus in sich tragen, ohne es zu wissen.

Ein Gegenmittel ist bisher noch nicht in Sicht. Da sich der Virus im Innersten der Zelle einniste, sei eine Therapie sehr schwierig. „Sie müßten an der Erbsubstanz ansetzen“, erklärte Helm.

Nicht mit administrativen Anordnungen wie der Meldepflicht oder einem Berufsverbot für infizierte Prostituierte — „die würden im Untergrund verschwinden und dort weitermachen“ —, sondern mit Appellen an die Eigenverantwortung will die Landesregierung der Krankheit begegnen. Aufklärung und Beratung heißen die Stichworte.

Hans-Peter Hauenschild von der AIDS-Hilfe Frankfurt meinte jedoch, daß es mit Aufklärung allein nicht getan sei. AIDS sei eine soziale Herausforderung für die demokratische Gesellschaft, wie sie mit den Betroffenen und der Angst, selbst betroffen zu werden, umgehen wird.



Ungefährliche Form des AIDS-Virus gezüchtet

Washington (dpa). Amerikanischen Forschern ist auf dem Wege der Genmanipulation die Produktion einer neuen Form des AIDS-Virus gelungen, die möglicherweise für den Menschen nicht gefährlich ist und damit die Basis für die Entwicklung eines Impfstoffes gegen die tödliche Immunschwächekrankheit bilden könnte. Wissenschaftler des Nationalen Krebs-Instituts, der Washington University und der Biotech Forschungslaboratorien in Rockville im US-Bundesstaat Maryland, die über ihre Arbeit in der gestern erschienenen Ausgabe des Magazins „Science“ berichteten, hatten das Erbgut des Virus so verändert, daß es zumindest im Reagenzglas keine tödliche Wirkung mehr zeigte.

Tagesspiegel, Berlin, 2.8.86

20 Berliner Säuglinge sind an AIDS erkrankt

AR Berlin, 13. Aug.
Etwa 20 Säuglinge und Kleinkinder in Berlin sind mit AIDS infiziert. Die bis zu einem Jahr alten Kinder werden zum Teil in Tagespflegestellen betreut oder sind bei ihren Müttern. Ein Kind liegt noch im Krankenhaus. Das teilte die Gesundheitsverwaltung gestern auf eine Kleine Anfrage der CDU mit.

Kinder, die den AIDS-Virus HTLV-III haben, werden in der Kinderabteilung des Klinikums Charlottenburg medizinisch betreut und langfristig überwacht. Dazu erklärte auf Anfrage die Privatdozentin Dr. Ilse Grosch-Wörner von der Kinderklinik: „Wenn die Mutter HTLV-III-positiv ist, sind es auch die Neugeborenen.

Das aber hat noch überhaupt nichts zu besagen. Die Antikörper gegen das AIDS-Virus werden von der Mutter über die Plazenta passiv auf das Neugeborene übertragen und oft später wieder ausgeschieden. Aber eine sehr engmaschige Überwachung ist notwendig.“

Kommt es doch durch das Virus zu einer Immunschwäche, können die Kinder von bakteriellen Infektionen betroffen werden wie Lungenentzündung, Blutvergiftung, Gehirnhautentzündung. Doch handelt es sich um andere Infektionserreger als bei Erwachsenen. „Die Infektionen der Kinder können wir gut behandeln, auch die Abwehrlage läßt sich durch Imunglobuline erfolgreich stärken.“ (Kommentar Seite 2)

Berliner Morgenpost, 13. 08. 86

Berliner Morgenpost, 14. 08. 86

AIDS-Kinder: „Nur ein Fall in Berlin bekannt“

Dem Bundesgesundheitsamt (BGA) in Berlin ist nur ein Fall eines an AIDS erkrankten Kleinkindes in der Stadt bekannt; die Gesundheitsverwaltung hatte auf die Kleine Anfrage eines CDU-Abgeordneten am Dienstag mitgeteilt, in Berlin lebten 20 an AIDS erkrankte Säuglinge und Kleinkinder. Laut Ulrich Marcus vom Robert-Koch-Institut können Säuglinge AIDS-infizierter Mütter in den ersten sechs Monaten die mütterlichen Antikörper im Blut haben. Erst wenn diese Antikörper nicht abgebaut würden und das Kind eigene Antikörper produziere, sei es eindeutig mit AIDS infiziert. Das könne aber erst ab dem Alter von sechs Monaten festgestellt werden.

Frankfurter Rundschau, 08.08.86

Kranker durfte nicht fliegen

SAN FRANCISCO, 7. August (AFP). Die US-Fluggesellschaft „Delta Airlines“ hat sich geweigert, einen an AIDS (Immunschwäche-Syndrom) erkrankten Passagier zu befördern. „Delta Airlines“ teilten am Mittwoch mit, Mark Sigers sei gebeten worden, das Flugzeug von San Francisco nach Atlanta zu verlassen, weil er nicht von einem Krankenpfleger begleitet wurde. Sigers, dessen Körper von Wunden bedeckt ist, bedürfe hin und wieder einer Sauerstoffmaske, um ihm das Atmen zu erleichtern. Eine kalifornische AIDS-Hilfsorganisation hat unterdessen zum Boykott der Flüge von „Delta Airlines“ aufgerufen.

AIDS-Unterricht in Israel

Jerusalem (dpa). Israels Schulen wollen von Anfang des Schuljahres an im September Unterricht über AIDS erteilen, um die Ängste der Schüler vor der tödlichen Krankheit zu beseitigen. Der Kurs soll sechs Stunden umfassen und für Schüler ab elf Jahren gelten. In Israel wurden bisher 24 Fälle von AIDS-Erkrankungen verzeichnet, hieß es im Rundfunk.

Tagesspiegel,
Berlin, 14.8.86



Hannoversche Allgemeine Zeitung, 2.8.86

Bisher starben in Niedersachsen acht Menschen an Aids

Das Land will einen Sonderbeauftragten berufen

Zahl der Infizierten verdoppelt sich innerhalb von acht bis zehn Monaten

Eigener Bericht

ut. Hannover

In Niedersachsen werden bis zum Ende dieses Jahres mindestens 20 000, wahrscheinlich aber 25 000 Menschen mit Antikörpern des HTLV-III-Virus infiziert sein, der als Erreger der erworbenen Immunschwächekrankheit Aids gilt. Diese gesicherte Schätzung nahm am Freitag der für die Seuchenbekämpfung zuständige Referatsleiter im Sozialministerium, Professor Adolf Windorfer, in einem Gespräch mit dieser Zeitung vor. Windorfer sagte, von den seit 1984 in Niedersachsen an Aids erkrankten 19 Menschen seien bis Ende Mai dieses Jahres acht gestorben. Das Sozialministerium beabsichtigt, möglichst noch 1986 in Hannover die Stelle eines Landesbeauftragten für Aids-Vorsorge und -Beratung einzurichten.

Nach Meinung von Professor Windorfer ist die Verbreitung des HTLV-III-Virus in Niedersachsen bisher weitestgehend auf die sogenannten Risikogruppen (Drogenabhängige, Homosexuelle) beschränkt geblieben. Aber auch bei einer Reihe von Kleinkindern, deren Eltern infiziert waren, seien Aids-Viren festgestellt worden. Windorfer sagte, gegenwärtig verdoppele sich die Zahl der Aids-Infizierten in Niedersachsen innerhalb eines Zeitraums von acht bis zehn Monaten.

Nicht die Zahl der tatsächlich an der Immunschwäche erkrankten Menschen in Niedersachsen mache ihm Sorgen, betonte der Ministerialrat, sondern die Schnelligkeit, mit der sich die Infektion ausbreite. Nach dem gegenwärtigen Forschungsstand zu Aids ist völlig offen, bei wieviel der Infizierten die im Regelfall tödlich verlaufende Krankheit ausbricht. Windorfer: „Das können weniger als zehn, möglicherweise sogar fünfzig Prozent sein.“

Gegenwärtig nimmt das Flächenland Niedersachsen in der Statistik der Aids-Erkrankungen einen der letzten Plätze ein. Während im Bundesdurchschnitt auf eine Million Einwohner acht Erkrankte kommen, sind in Niedersachsen statistisch nur 2,4 Menschen je Million Einwohner an Aids erkrankt. In den deutschen Zentren der Aids-Seuche, Frankfurt und Berlin, liegt die Quote dagegen bei 124,6 beziehungsweise 51,9 Erkrankten.

Dennoch hält Windorfer auch die im Vergleich dazu niedrigen niedersächsischen

Zahlen für alarmierend genug. Diese Einschätzung drückt sich mittlerweile auch im neuen Haushaltsplan 1987 für das Sozialministerium aus. Erstmals ist dort ein eigener Haustitel „Aids-Bekämpfung“ ausgewiesen worden. Die dort eingesetzten 700 000 Mark werden allerdings von den Fachleuten im Ministerium wie an den Hochschulen als zu gering erachtet.

Wenn die Aids-Vorsorge und die Beratung in Niedersachsen innerhalb der nächsten vier Jahre wirkungsvoll gestaltet werden sollen, so meint Windorfer, sind Ausgaben in Höhe von mindestens neun Millionen Mark notwendig, die sich nach den gegenwärtigen Überlegungen das Land und die Kommunen jeweils zur Hälfte teilen sollen. Davon sollen zusätzliche Stellen in den Medizinaluntersuchungsämtern eingerichtet werden, die die Blutproben in den Aids-Verdachtsfällen auf die Antikörper des HTLV-III-Virus untersuchen.

Wichtig sind diese Investitionen daneben für den Aufbau eines Aids-Beratungsdienstes bei den örtlichen Gesundheitsämtern und für zusätzliche Sozialarbeiterstellen in den Gefängnissen. Eine zentrale Rolle soll dabei dem künftigen Sonderbeauftragten für Aids zufallen, der dem Sozialminister unterstellt werden soll. Er soll die Vorsorgebemühungen im Land koordinieren, besonders auch Fortbildungsprogramme für Sozialarbeiter und Lehrer. Der Schule wird nach Ansicht Windorfers künftig noch stärker die Aufgabe zufallen. Kinder und Jugendliche vor der Aids-Gefahr zu warnen, die direkte Folge eines Einstiegs in die Drogenszene sei.

Darüber hinaus sei auch bei der Beratung von Aids-Infizierten ein ausgesprochen großer persönlicher Einsatz der Sozialarbei-

ter bei den Gesundheitsämtern notwendig. Aller Erfahrung nach meldeten sich Aids-Infizierte nur selten aus eigenem Antrieb bei den Behörden. Wirkungsvoll könne deshalb nur gearbeitet werden, wenn die Berater auf die Straße gehen und ihre Klienten direkt ansprechen. Dieser Weg sei zwar kostenintensiv, aber der einzig erfolgversprechende, um bei infizierten oder gefährdeten Menschen die notwendigen Verhaltensänderungen zu erreichen.

Windorfer sagte in dem Gespräch, in keinem anderen Bundesland sei die Aids-Forschung so weit fortgeschritten wie in Niedersachsen. Zur Zeit würden in Göttingen und Hannover mindestens zwei hoffnungsvolle Ansätze verfolgt, um die gefürchtete Immunschwäche Aids zu bekämpfen. Dabei sucht - wie berichtet - das Deutsche Primatenzentrum in Göttingen unter Leitung des Virologen Professor Gerhard Hunsmann nach einem Impfstoff (den sogenannten Retroviren).

An der Medizinischen Hochschule in Hannover wird dagegen an einer medikamentösen Behandlungsmöglichkeit gearbeitet. Hier betreibt ein Team um den Immunologen Professor Deicher Therapiestudien mit einem alten Medikament (Germanin), das um die Jahrhundertwende erstmals gegen die Schlafkrankheit eingesetzt worden war. Die MHH setzt große Hoffnungen darauf, daß aus diesem Medikament Abkömmlinge entwickelt werden können, die die zerstörerische Aktivität des Aids-Virus blockieren.



Tabu durchbrechen: Aids-Beratung begann

Sozialarbeiterin Ulrike Hoffmeister will beraten und aufklärend wirken

Nach viel Hin und Her, Auf und Ab hat jetzt Pforzheim seine Aids-Beratungsstelle: Seit Dienstag hat die Sozialarbeiterin Ulrike Hoffmeister die Halbtagsstelle im Schloßberg-Zentrum angetreten. Zweimal in der Woche, montags von 18 bis 20 Uhr und donnerstags von 16 bis 18 Uhr, ist sie da unter der Telefonnummer 10 13 13 zu erreichen. Sonst ist ein Anrufbeantworter eingeschaltet.

In den gleichen Räumen am Schloßberg 10 (linker unterer Eingang) sind auch eine Frauengruppe des Schloßbergzentrums, amnesty international sowie der Rechtshilfe-Verein untergebracht. Die vier stören sich aber beileibe nicht, da jene Gruppen sich – im Unterschied zur Aids-Hilfe – nur einmal die Woche oder gar nur alle 14 Tage treffen. Jetzt, in der Startphase, appelliert die Aids-Hilfe an alle Pforzheimer um Sachspenden zur Ausstattung der beiden Räume sowie um ehrenamtliche Mitarbeit.

Denn die Wassermassen der vergangenen Woche haben auch im Schloßbergzentrum ihre Spuren hinterlassen: Der bereits verlegte Teppichboden etwa ist nun reif für den Sperrmüll. Dr. Alfred Scheld, Vorsitzender der Aids-Hilfe Pforzheim: „Wir sind dankbar über jede Spende. Wir brauchen außer einem neuen Teppich einen Schreibtisch, eine Sitzgruppe und Bücherregale.“

Auch einige ehrenamtliche Mitarbeiter sucht die Aids-Hilfe trotz der neuen hauptamtlichen Sozialarbeiterin: Bei genügend Interessenten plant Ulrike Hoffmeister den Aufbau einer Laienhelfergruppe.

Gestern stellte sich die Sozialarbeiterin der Öffentlichkeit vor: Ulrike Hoffmeister wurde in Bruchsal geboren, hat in Fulda studiert, war in einem Drogentherapie-Zentrum und in einer Paragraph-218-Beratungsstelle tätig. Die Kosten ihrer Halbtagsstelle werden jeweils zur Hälfte von der Stadt – und in einer halbjährlichen Einarbeitungszeit – vom Arbeitsamt getragen.

Wie sie ihre neue Arbeit angehen will, faßte Ulrike Hoffmeister in sieben Punkten zusammen: Zum einen soll mehr vorbeugende Arbeit geleistet, der „ganz normale“ Bürger über die Krankheit aufgeklärt werden. „Wir müssen das Thema Aids wieder mehr ins Gespräch bringen und erreichen, daß es nicht mehr ein Tabuthema bleibt“, meinte sie gestern.



IN DER AIDS-BERATUNG seit wenigen Tagen tätig: Sozialarbeiterin Ulrike Hoffmeister.

Foto: Wolfgang Hilse

Ein zweiter Schwerpunkt wird die Beratung sein – Stichwort Safer-Sex-Kampagne bei Homosexuellen. Dr. Alfred Scheld dazu: „Weil es weder eine Behandlungsmethode noch einen Impfstoff gegen Aids gibt, ist unsere einzige Chance die Beratung. Und eine wirksame dazu: In San Franzisko ist nach einer umfangreichen Aufklärungsarbeit die Zunahme an neuen HTLV-III-Positiv-Trägern um 60 Prozent zurückgegangen.“

Ulrike Hoffmeister will Aids-Kranke beraten und psychosozial betreuen. Daneben auch mit anderen Beratungsstellen und Institutionen zusammenarbeiten. Wichtig ist ihr daneben die enge Zusammenarbeit mit den Aids-Beratungsstellen in Stuttgart, Mannheim und Karlsruhe. Natürlich versteht sie sich auch als Anlaufstelle für Test-Positive – 22 HTLV-III-Positive sind inzwischen in Pforzheim und dem Enzkreis bekannt. Wer anonym bleiben will, wird es bleiben. Sie will eine Selbsthilfegruppe aufbauen, die selbständig arbeiten soll.

Zum leidigen Thema Geld meint der Allgemeinmediziner Dr. Scheld: „Nach einem halben Jahr werden wir dem Kreistag einen Tätigkeitsbericht vorlegen. Dann hoffen wir, daß der Enzkreis die zweite Hälfte der Personalkosten trägt.“

lli



City Limits, London, 21.8.86

AIDS AID AND HELLFIRE IN NOTTING HILL



'I hope you catch AIDS, you old cow,' shouted Kevin Sugrue from the gallery of St Andrew's Methodist church in Lancaster Road, Notting Hill last Wednesday night.

He was addressing his remark—one of many he was to make during the course of the evening—to another local resident who had just spoken out in favour of the proposed AIDS hospice and counselling centre which the

London Lighthouse project would like to build in the area, in the former Solomon Wolfson school.

The meeting was called by the project so that local people could hear what the centre would involve from people experienced in working with AIDS patients and in an attempt to allay fears about any possible risk to the community. But, despite attempts at calm chairing by the local vicar, the meeting was soon humming with animosity.

Dr Tony Pinching, a specialist in the treatment of AIDS patients was frequently heckled by a minority of the 400-strong meeting and at times could not be heard amid cries of 'keep the poofers away from here' and 'why here, for God's sake?'

When he explained that people with AIDS needed the same care as terminal cancer and leukaemia patients, Kevin Sugrue who had been leading the heckling in the balcony shouted: 'you shouldn't mention people with cancer in the same breath as people with AIDS... those poofers.'

And when the doctor said he would 'offer the same compassion' to him if he required treatment, Sugrue shouted: 'God forbid, I'd be afraid to cough.'

But the majority of the speakers, a mixture of classes and colours, did speak up in favour of the Lighthouse. The woman who attracted the heckles from Sugrue said that she had a 15-year-old son and 16-year-old daughter and while her son had never been approached or molested by any homosexual men in the area she and her daughter were the subject of constant harassment from heterosexual males.

One oppositionist said he had 681 signatures from the largest estate in Kensington, and while he had sympathy for people who caught the virus through blood transfusions 'I am not sorry for drug addicts and homosexuals who get it.'

This brought applause from Kevin in the gallery who said it was 'God's vengeance on people for having unnatural sex'. But the applause was much louder for a woman who had lived in the area for 40 years and had come and been welcomed as a refugee from Germany 'where there was another killer called Hitler. I refuse to believe that the community of today are different.' She hoped that people would 'never have to feel ashamed like those who had not helped before.'

And there was applause too for a woman who both lived and had a shop in the area and had also collected a petition—in support; for a solicitor who said she couldn't say which firm she was from ('we're not allowed to advertise') but whose colleagues all backed the scheme; for Joni Linden of the Paddington and North Kensington Community Health Council who said that if it had been a meeting about saving a hospital everyone would be backing it—'we are talking about a *voluntary* organisation'; and for an Asian man who said that it was necessary to 'look at the anger and see how it can have expression'.

Christopher Spence, the leader of the Lighthouse Project, said that 'if things in the community are not right for any group then they are not, in fact, right for any of us. It is easy to get lost in protecting our own particular interest in such a complex and diverse community but, long term, if things are not right for people affected by AIDS—and at this point they are far from right—then they are not right for any of us.'

He was greeted with applause, too. The vicar called for a breather at half time and advised that this was a church so, please, not to smoke. The elderly West Indian woman on my right said she thought that one of the disused local hospitals should be used for the hospice, the West Indian woman on my left said: 'good luck to them.'

Kevin Sugrue was explaining to a Scotsman who also lived locally that his brother wouldn't come and visit him now because he lived opposite the place where the centre would be. The Scotsman said he had five children at the local school. 'Oh, you'll understand, then', said Kevin. 'Yes,' said the Scotsman, 'My brother died of AIDS and my children were in contact with him to the end. You just don't listen to anything that's being said, do you?'

The meeting broke up more amicably an hour later as people watched a video on AIDS. The planning application is due to be heard on September 9 and it will be a year at least before anything happens. In the meantime a support group in the neighbourhood has been formed 'to do an important education job'. (Duncan Campbell) ●

CHRISTOPHER SPENCE OF THE LIGHTHOUSE PROJECT AND (INSET) LAMBETH COUNCIL'S AIDS INFO SERVICE WHICH WAS LAUNCHED THIS WEEK



Süddeutsche Zeitung, München, 2./3.8.86

tageszeitung, Berlin, 2.8.86

Die Meinung des Kritikers**Abwehrsystem**

Gesundheitsmagazin Praxis - Aids (ZDF) - Abbau von Ängsten durch mehr Information, durch mehr Wissen über die Vorgänge im Körper, die im Zusammenhang mit der Erkrankung Aids eine Rolle spielen: Zu solcher Versachlichung einer heftigen Diskussion konnte *Marlene Linkes* gründliche Aufklärungsarbeit einiges beitragen. Die Autorin baut hartnäckig, exakt, auf Anschaulichkeit in Wort und Schaubild hinwirkend, ihre Darlegungen über das Abwehr- und Immunsystem unseres Körpers auf und erklärt, welche Faktoren es lahm legen können. Was die Forscher bei der Bekämpfung von Aids bisher an aktuellem, gesichertem Wissen vorbringen können, wird in dieses Informationsnetz eingefügt.

Die Lehrstunde erfordert große Konzentration und erhält ihre Berechtigung nicht zuletzt dadurch, daß weitergeführt wird zu Fragen, die die vorbeugende Lebensführung betreffen. Was ist schädlich, was stärkt den Organismus? Mahnend erhebt sich der Zeigefinger; es folgt die Liste der Gebote und Verbote - du sollst, du sollst nicht! Wem das etwa zu predigerhaft, zu plakativ dünkt, der wird auf die Wirklichkeit verwiesen: Ein Betroffener appelliert wieder einmal an die Öffentlichkeit, mehr Verständnis fordert er, keine Tabuisierung der Problematik. Die Aufklärung in der Schule und auf der Straße, so wird gezeigt, ist auch deshalb nötig und muß weiterhin erfolgen, weil für Aids-Kranke unaufgeregte Solidarität, sprich Herausführung aus der Isolation, Hilfe und Hoffnung bleibt. *Birgit Weidinger*

Hörfunk heute

Eine Angst mit Namen Aids (SFB 1, 16.00 - 17.00 Uhr) - Vor einem Jahr noch galt Aids hierzulande als „exotische Lustseuche“, denn die ersten Opfer der durch das sogenannte HTLV-3-Virus übertragenen tödlichen Immunschwäche waren Homosexuelle, Drogenabhängige und Prostituierte. Aber Mediziner und Forscher wußten es längst besser: Eine weltweite Epidemie unvorstellbaren Ausmaßes stehe uns bevor. Zwei Millionen Menschen sollen in den USA infiziert sein; über 100 000 in der Bundesrepublik, und diese Zahl verdop-

pele sich alle acht Monate. Es gibt keinen Impfstoff gegen Aids, kein Heilmittel. Was wissen wir heute von der unheimlichen Krankheit, und wie gehen wir mit der Bedrohung um? Die Autorin *Beate Schubert* führte Gespräche mit Infizierten und Kranken, Ärzten, Wissenschaftlern, Politikern und Sterbeforschern. (SZ)

Süddeutsche Zeitung, München, 2./3.8.86

S T A N D B I L D**Four-letter-word**

(AIDS - Klarer gesehen, 31.07, ZDF, 21.30) Da war doch noch was? AIDS! Und Seuche! Und Sodom! riefen die Schlagzeilen. Doch seit Deutschlands Satire-Magazin, der 'Stern', per Cover-Story schon „die neue Lustseuche nach AIDS“ diagnostizierte, scheint AIDS kein Thema mehr zu sein. Nachdem die Gemüter sich - erstmal - beruhigt haben, treten jetzt die TV-Wissenschaftsredaktionen auf den Plan.

Hintergrundwissen war angesagt beim Gesundheitsmagazin Praxis - und wer den Film gesehen hat, wird verstehen, warum er erst jetzt kommt. Heftig wurde mit der Trickkamera gearbeitet, um die komplizierten Abläufe zwischen Virus, Zelle und dem gesamten Organismus verständlich zu machen. „Sehr anschaulich“, lobt der AIDS-Forscher, der mit mir zusammen die Sendung anschaut. Und fügt grinsend hinzu: „Wirklich hübsche Trickaufnahmen.“ Stimmt. Aber das ist gut so, denn gerade bei eher drögen Themen gehört Klappern zum Handwerk.

Ob es nun aber wirklich unumgänglich ist, Zellen und Viren mit menschlichen Eigenschaften zu belegen, ist mir unklar. Lustig noch, wenn Zellen „ratlos“, „träge“ oder „faul“ sind. Befremdlich wird dieses Verfahren allerdings dort, wo im sprachlichen Gestus Medizin kaum mehr von einer Nato-Tagung zu unterscheiden ist. Von „Abwehr“ war die Rede, von „Abwehrlücken“, von „Abwehrkampf“ und folgerichtig von „Kampftrümmern“.

Sparen können hätte man sich auch die zwei Minuten Human-Touch für einen HTLV-3-Infizierten. Die psychischen und sozialen Probleme von Virusträgern sind wohl kaum als Videoclip abzuhandeln. Dann lieber Wissenschaft pur.

„Dies ist eine Dokumentation der Aufklärung“, meinte Hans Mohl etwas steif zu Beginn der Sendung. Er hatte Recht. Das ist doch schon mal was.

Matthias Frings**Heute im Funk:****Frauen zum Thema AIDS**

AIDS gilt vielen Menschen lediglich als Problem der Homosexuellen. Daß das eine Verdrängung ist - und daß sich auch Frauen der Frage stellen müssen: „Wie gehe ich mit meiner Sexualität angesichts von AIDS um?“, macht eine Gesprächsrunde in der heutigen Ausgabe der Hörfunksendung „Frauen zur Sache“ deutlich: um 11.30 Uhr im 2. Programm des Hessischen Rundfunks.

Unter der Gesprächsleitung von Angela Joschko kommen Frauen zu Wort, die in der AIDS-Hilfe arbeiten, Frauen, die durch bisexuelle Partner gefährdet sind, aber auch eine Prostituierte als Sprecherin jener sozialen Gruppe, bei der eine Infizierung mit AIDS eine täglich vorhandene und zugleich bewußt verdrängte Gefahr ist. FR

Frankfurter Rundschau, 5.8.86



Donating Blood for Yourself

An NIH panel suggests a method of safer transfusions

TIME, Amsterdam, 21.7.86

Anyone facing major surgery has reason to be fearful. In recent years that fear has been magnified by the threat of a terrifying complication: contracting acquired immunodeficiency syndrome from a blood transfusion. Since 1981, 414 Americans have developed the deadly disease after receiving contaminated blood. The introduction last year of screening tests for AIDS antibodies has made the nation's blood supply much safer, but it has not completely eliminated the risk. Thus last week a panel of 13 doctors and blood-bank officials met at the National Institutes of

cannot be readily detected. In some urban areas, it strikes 7% to 10% of patients receiving blood transfusions.

Still, despite the boost given to autologous donation when President Reagan mentioned it during a recent interview, the panel did not look kindly on its use by people who simply wish to stockpile their blood for a rainy day. The practice, which is made available by a host of new commercial blood banks, might threaten the supply of blood available to the general public. This concerns the American Red Cross. "The present system provides the opportunity for individuals who are healthy to provide blood for individuals who are sick," says Red Cross Vice President Gerald Sandler. If too many people reserve blood for their own use, he warns, "we will have fragmented an American institution that has been very beneficial."

NIH panel members emphasized that the risk of contracting an AIDS infection from donor blood is quite remote. "You have a greater chance of dying from the anesthesia," noted Dr. Richard Aster of the Blood Center of Southeastern Wisconsin. Stanford University Statistician Lincoln Moses estimated that about 120 AIDS-infected samples slip into the blood supply each year, out of a total of 12 million units donated. Since each pint donated can be split among two or three recipients, as many as 360 people could receive AIDS-infected blood each year, though how many will develop the disease is unknown. The main reason for the slipups, explains Chalmers, is that the existing blood-screening test detects antibodies to the AIDS virus rather than the virus itself. Since someone infected with the AIDS virus may take several weeks to develop antibodies, he says, "there is a dangerous window of time" when the test will fail to detect infection.

Given the limits of the test, the panel urged further steps to discourage the donation of blood by those at risk for AIDS. The group also recommended that blood banks notify donors whose blood tests yield ambiguous results. Says Chalmers: "They should be told that they probably don't have the AIDS virus, but to be safe, they'd better not donate blood." At present, only those whose AIDS test is clearly positive are notified. Most important, the panel called for continued efforts to develop more precise blood-screening tests. Such tests, says NIH Administrator Luiz Barbosa, are already in the pipeline, but they must be adapted for use on a mass basis. In two years, he predicts, "we will have a very sensitive test."

—By *Claudia Wallis*.

Reported by Christine Gorman/New York and Dick Thompson/Washington



BARTHOLOMEW—BLACK STAR

Making an autologous deposit in California

Officials worry about stockpiling.

Health in Bethesda, Md., to discuss what more could be done to ensure the safety of transfusions. Among the experts' conclusions: patients facing surgery should whenever possible prepare by making autologous donations—stockpiling their own blood for use when they need it. "If you have an operation scheduled," advises the panel chairman, Dr. Thomas Chalmers of Mount Sinai Medical Center in Manhattan, "it's much better to get your own blood."

The threat of AIDS is not the only argument for autologous donation. "We would have endorsed this even if the AIDS problem had never come along," says Chalmers. Patients receiving blood other than their own run the risk of allergic reactions and the possibility of complications due to errors in matching blood types. Hepatitis is an even greater danger. Although blood is screened for hepatitis, one type known as non-A, non-B hepatitis



(Ausz.) stern, Hamburg, Nr.33/86



AIDS STATION

Der Aids-Arzt von Berlin

Bis heute haben Professor Pohle und sein Team 71 Aids-Kranke behandelt. Bericht über den Alltag auf den Aids-Stationen im Virchow-Krankenhaus

(-) Die Ärzte haben gelernt, die sogenannten opportunistischen Infekte in den Griff zu kriegen. Das sind Lungenentzündungen, Tuberkulosen, Toxoplasmosen und Pilzinfektionen, deren Erreger einem Menschen mit gesundem Abwehrsystem selten etwas anhaben können. Sie haben Routine darin erworben, die Diagnose des jeweiligen Infekts schnell zu stellen, um gezielt gegen den Erreger anzugehen. Sie haben bewiesen, daß eine Bauchspiegelung oft ein klares Ergebnis bringt, wenn aus Blutproben und Bakterienkulturen kein eindeutiger Schluß zu ziehen ist. Und doch wissen Pohle und sein Team, daß die Ergebnisse ihrer Mühen bescheiden sind. Vielleicht können sie das Leben ihrer Kranken um ein oder zwei Jahre verlängern.

Das ahnen auch die Kranken. Sie haben gelesen, welche Chancen ihnen bleiben, oder sie spüren, wie ihre Kraft nachläßt. Selbst denen, die mit keinem über den Tod sprechen, ist die Angst ins Gesicht geschrieben. Sie drücken beim Weihnachtsgottesdienst die Hand einer Schwester und sagen: »Danke für dieses Jahr. Näch-

stes Mal werde ich nicht mehr dabei sein.« Oder nach Hause Entlassene schicken Postkarten, auf denen sie ihre Sympathien bekunden mit dem Gruß »Tschüs, bis bald«.

Denn alle Patienten kehren irgendwann wieder ins Krankenhaus zurück, wenn die Viren die Abwehr weiter geschwächt und einer neuen Infektion Tür und Tor geöffnet haben. Bis heute ist das Aids-Virus stärker als jedes Medikament. Das ist besonders bedrückend, weil die Mediziner in der Behandlung ansteckender Krankheiten bisher so erfolgreich waren, daß viele Tuberkulose- und Pockenstationen geschlossen werden konnten.

Und dann kam Aids. »Es gab Phasen, da glaubte ich, ein bestimmter Erreger sei eine Herausforderung für uns«, sagt Pohle. »Zurückschauend weiß ich: Aids ist die absolute Herausforderung.« (...)

Längst sind die Zeiten vorbei, in denen das mulmige Gefühl, sich vielleicht selbst anzustecken, von der Angst der Patienten ablenkte. Als sich die erste Schwester beim Blutabnehmen stach, hat sie weinend im Dienstzimmer gegessen und wochenlang vor den Ergebnissen der Bluttests

gezittert. Inzwischen haben alle begriffen, daß die Gefahr für sie selbst auf der Station äußerst gering ist. Das gibt ihnen mehr Sicherheit im Umgang mit den Kranken. Aber deren Elend verfolgt sie manchmal bis in den Schlaf.

Schwester Karin Lücke, die bereits seit 16 Jahren in der Infektionsabteilung arbeitet, hat in den ersten Wochen auf ihrer Station oft die Nachtwachen trösten müssen. Sie saßen am Kaffeetisch und sagten, sie könnten nicht mehr. Gerade junge Schwestern verkraften es kaum, wenn 20- und 30jährige Aids-Kranke klingeln, weil sie Schmerzen oder weil sie Angst haben, wenn sie um Hilfe flehen oder bloß einen Menschen in ihrer Nähe haben wollen. (-,-)

»Wenn alle Patienten sterben, wird es unerträglich. Auf solchen Stationen hält es keiner lange aus«, sagt Schwester Christa Stengel. Sie befürchtet, daß die gesamte Abteilung bald zu einer Sterbeklinik wird. Wenn nicht andere Berliner Krankenhäuser mehr solche Patienten aufnehmen, werden in den 138 Betten der Infektionsabteilung im Virchow-Krankenhaus in zwei Jahren nur noch Aids-Kranke liegen.



stern, Hamburg, Nr.33/86

Noch immer fehlt Geld für die Aids-Forschung

Monatelang hat Aids keine Schlagzeilen mehr gemacht. Viele glaubten schon, die Ärzte hätten die Seuche im Griff. Doch der Eindruck ist falsch: 539 Aids-Kranke waren dem Bundesgesundheitsamt in Berlin bis Juli gemeldet. 268 von ihnen sind bereits gestorben – doppelt so viele wie vor einem Jahr.

Etwa 100 000 Bundesbürger, so schätzen Experten, tragen das Aids-Virus in sich. In den USA sollen sich schon etwa 1,5 Millionen Menschen angesteckt haben. 22 815 Erkrankte wurden dort bis heute registriert, 12 530 sind bisher daran gestorben.

Weil der Erreger zwei bis fünf Jahre im verborgenen bleibt, bevor die Krankheit mit banalen Symptomen wie Nachtschweiß, Durchfall und geschwollenen Lymphknoten ausbricht, wiegen sich viele Mediziner und Laien in Sicherheit. Dabei gelten allein in Berlin 10 000 Drogenabhängige als infiziert.

In der Krankenstatistik tauchen auch Kinder und heterosexuelle Männer auf. Denn Aids ist keine Krankheit von Schwulen und Fixern, sondern eine sexuell übertragbare Infektion,

die jeder beim Geschlechtsverkehr kriegen kann.

Während die Krankenzahlen steigen, sinkt die Hoffnung auf Hilfe. Bis heute kann kein Medikament das Aids-Virus töten. Weder »Suramin«, das alte Mittel gegen die Schlafkrankheit, noch die am Pariser Pasteur-Institut entwickelte Substanz HPA 23 haben die Erwartungen erfüllt. Die Ärzte bekommen zwar die durch die Abwehrschwäche ausgelösten Infektionen in den Griff, aber die Abwehrschwäche selbst bleibt.

Auch die Hoffnungen auf einen Impfstoff sind geschwunden. Glaubten Forscher vor zwei Jahren noch daran, haben sie inzwischen eingesehen, daß es zu viele Varianten des Aids-Virus gibt. Und für jede müßten sie – ähnlich wie bei Grippe-Viren – einen speziellen Impfstoff entwickeln.

Je länger die Seuche grasst, umso mehr lernen die Ärzte über die langfristigen Wirkungen der Aids-Ansteckung. Amerikanische Mediziner gehen davon aus, daß 20 bis 30 Prozent der Infizierten auch Aids-krank werden. Eine Arbeitsgruppe der Frankfurter Universitätsklinik kam zu einem noch schlechteren Ergebnis.

Nach ihrer Studie an 500 Patienten schätzen sie, daß 70 Prozent der Infizierten binnen sieben Jahren an Aids erkranken.

Doch die Gesundheitspolitiker in Bonn haben noch immer nicht gemerkt, daß die Zeit drängt. Zwar bekommen Professor Frank Goebel von der Medizinischen Poliklinik der Universität in München Geld von der Landesregierung und Professor Hans Dieter Pohle vom Rudolf-Virchow-Krankenhaus Unterstützung vom Berliner Senat; doch trotz dieser Hilfe fehlt ihnen wie ihrer Kollegin Professor Elke Brigitte Helm von der Frankfurter Uni-Klinik Geld, um zu Kongressen zu reisen, Bücher zu kaufen oder die bisherigen Erfahrungen zu dokumentieren und so den Aids-Kranken in Zukunft besser helfen zu können. Die Bundesregierung hat bis heute insgesamt erst zwölf Millionen Mark für Aids-Forschung und -Behandlung zur Verfügung gestellt. »Wenn es in der Waschküche eines 30-Stock-Hotels brennt, müssen die Leute in allen Etagen alarmiert und evakuiert werden. Sonst sind sie verloren«, sagt Professor Pohle. »Aber das scheint kaum ein Politiker zu begreifen.«



Süddeutsche Zeitung, München, 6.8.86

Gefängnis für Aids-Übertragung

Wer andere wissentlich mit der tödlichen Immunschwäche infiziert, dem sollen in Norwegen bald Haftstrafen drohen

Von unserem Mitarbeiter Georg Ring

Kopenhagen, 5. August

Wer die Immunschwäche Aids wissentlich auf andere überträgt, kann in Norwegen wegen Ansteckung mit Todesfolge zu einer Haftstrafe von bis zu sechs Jahren verurteilt werden. Voraussetzung dafür ist jedoch eine Anzeige und die Bereitschaft des Angesteckten, vor Gericht als Zeuge aufzutreten. Dies ist ein Teilaspekt eines Kataloges von Maßnahmen, mit denen die norwegischen Gesundheitsbehörden im kommenden Jahr eine großangelegte Aufklärungs- und Bekämpfungskampagne gegen Aids einleiten wollen.

Im Rahmen der Kampagne sollen nicht nur Angehörige des Gesundheitswesens genau über Aids und die Risiken der erworbenen Immunschwäche unterrichtet werden, sondern auch Kindergartenleiter und -helfer, Lehrer und Schüler sowie Wehrpflichtige. Den sogenannten Risikogruppen soll in Wort, Bild und Ton klargemacht werden, was sie bei einer Infektion erwarten. Etwa 90 Prozent der Aids-Kranken gehören derzeit zu dieser Gruppe.

Vor diesem Hintergrund ist der scharfe Streit norwegischer Mediziner zu sehen: die einen fordern obligatorische Reihenuntersuchungen und die Registrierung aller erkrankten Personen, die anderen halten dies für sinnlos, weil es sich um eine kleine Minderheit handle. Nach Schätzun-

gen der Gesundheitsbehörden können inzwischen etwa 3000 Norweger als potentielle Anstecker angesehen werden. Um der Weiterverbreitung vorzubeugen, verlangen etliche Ärzte nun die Reihenuntersuchungen, wie sie einst bei der Beseitigung der Tuberkulose durchgeführt wurden. Andere plädieren für die Errichtung von Internierungslagern für Aids-Patienten und jene, die sich durch die Ansteckung anderer praktisch des Mordversuches schuldig machen. Schließlich ist beabsichtigt, an Aids erkrankte Personen zu registrieren.

Das norwegische Justizministerium bereitet derzeit neue Gesetze vor und will bestehende novellieren, um Aids besser bekämpfen zu können. Die Auseinandersetzungen in der Öffentlichkeit über die Krankheit veranlaßten einen Homosexuellen zu der Feststellung, wenn der Aufklärungsfeldzug starte, werde der Alltag der vielen Mitglieder der Risikogruppen noch schwerer, besonders, wenn sie mit „Denunzianten“ und „Internierungslagern“ rechnen müßten. Homosexuellen-Organisationen sprachen sogar bereits von „Hitler-Methoden“.

(Ausz.) Frankfurter Rundschau, 12.7.86

amnesty international soll homosexuellen Gefangenen helfen

Weltverband der Schwulen und Lesbierinnen vermißt genügend Beachtung

Von unserem Korrespondenten Hannes Gamillscheg

KOPENHAGEN, 11. Juli. Die Gefangenenhilfsorganisation amnesty international solle sich auch für Gefangene einsetzen, die wegen ihrer Homosexualität im Gefängnis sitzen. Dies hat jetzt die IGA (International Gay Organisation), der Weltverband der Schwulen und Lesbierinnen, der in Hörsholm bei Kopenhagen seine achte Jahreskonferenz hält, gefordert. Derzeit setze sich amnesty nur dann für homosexuelle Häftlinge ein, wenn diese — wie in Iran — zur Todesstrafe verurteilt oder gefoltert würden. Gefangenen, die wegen ihrer Homosexualität hinter Gittern säßen, habe ai hingegen bisher keine Aufmerksamkeit geschenkt, sagte die holländische IGA-Delegierte Maria Pronk. Als Grund dafür nannte sie einerseits die Furcht nationaler ai-Grup-

pen, durch einen Einsatz für Homosexuelle Schwierigkeiten mit Regierungen zu bekommen, die ihrer sonstigen Arbeit positiv gegenüberstehen, andererseits aber auch den Mangel an offenkundigen Fällen. (...)

Ein Hauptthema der IGA-Tagung war die „beunruhigende Entwicklung bezüglich AIDS.“ Der Schwulen-Verband forderte die Gesundheitsbehörden aller Länder auf, die Homosexuellen-Organisationen in dem Kampf gegen AIDS einzubeziehen. Dies gebe die besten Chancen, die Ausbreitung der Immunschwäche-Krankheit zu stoppen. Als abschreckendes Beispiel nannte der dänische Delegierte

Henning Joergensen Schweden, wo ein Gesetz über die Zwangsisolierung von AIDS-Patienten dazu führte, daß die Zahl jener, die sich auf Krankheitsträger untersuchen ließen, drastisch abnahm. Der Schwulen- und Lesbierinnen-Verband will mit einer Kampagne zur „Erotisierung vom sicheren Sex“ dazu beitragen, die Ausbreitung von AIDS zu bremsen: Homosexuelle sollten „sicheren Sex“ nicht als Verbotskatalog auffassen, sondern als positives Angebot für risikofreies Zusammenleben.



Hannoversche Allgemeine Zeitung, 12.7.86

Der Schwarze Peter wird weitergereicht

Aids in Afrika: Viele Länder spielen die Bedeutung der Krankheit herunter

Von Achim Remde, Goma

Die fruchtbare Vulkankegellandschaft rings um den Kivu-See ist dicht besiedelt. Die Grenzen Ruandas, Burundis, Ugandas und Zaires stoßen hier aneinander. Trotz üppiger Vegetation und reichlicher Ernten liegt, wie allenthalben in Afrika, die Lebenserwartung auch in dieser paradiesisch erscheinenden Region bei nur etwas über vierzig Jahren. Unterentwicklungen und mangelnde Hygiene fordern ihren

Zoll. Man stellte bislang keine Fragen. Was sollte es helfen? Das ändert sich jetzt. Wenn langes Siechtum die Kranken befällt, die Körper zu Skeletten abmagern, schauen sich die Leute vielsagend an. Daß die Krankheit, die in Uganda „slimming disease“ genannt wird, als Aids die ganze Welt das Fürchten gelehrt hat, ist jetzt auch in entlegenen Dörfern Zentral- und Ostafrikas bekannt.

Dabei hat die Regierung von Ruanda dies eher zu verhindern versucht. Obwohl belgische Wissenschaftler im vergangenen Jahr zu dem Ergebnis kamen, daß Aids sich in Ruanda in alarmierender Weise ausbreitet – 80 Prozent der Prostituierten dort haben den die Immunschwäche verursachenden Erreger HTLV III – spielt die Regierung die Bedeutung der Krankheit systematisch herunter. Im Gegensatz dazu hat die ugandische Regierung eine Aufklärungskampagne gestartet, um die Bevölkerung zu Vorsichtsmaßnahmen und sexueller Zurückhaltung zu bewegen, obwohl die Zahl der Kranken und Infizierten hier niedriger liegt: Die Hälfte der Prostituierten und zehn Prozent der sexuell aktiven Bevölkerung sind infiziert, einer von 1000 ist erkrankt. Auch Kenia, Sambia und Zaire versuchen, die Krankheit mit Hilfe ausländischer Experten einzudämmen.

Daß gerade die am stärksten betroffenen Länder die Existenz der Krankheit leugnen oder herunterspielen, hat seine Gründe. Als westliche Wissenschaftler bei der Erforschung des Ursprungs von Aids die Affenart Grüne Meerkatze als möglichen Virusträger nannten und Ruanda als „Wiege“ der Krankheit identifizierten, witterten sogenannte progressive Afrikaner ein weiteres Manöver des CIA und fürchteten nicht nur moralische Verurteilung, sondern auch weitere Belastung ihrer maroden Volkswirtschaften.

Kenia hat beträchtliche Einnahmen aus dem Tourismus, die durch Aids gefährdet sind. Andere Länder waren dabei, den Fremdenverkehr anzukurbeln. Wegen Unfähigkeit, Korruption und Mißwirtschaft ständig kritisiert, hoffnungslos in der Sackgasse wirtschaftlichen Niedergangs und mit der Aussicht auf ständige Unterentwicklung konfrontiert, sahen sie rot, als man ihnen auch noch die

schlimmste Seuche des 20. Jahrhunderts anlasten wollte. Selbst die ugandische Regierung, die noch am wenigsten Komplexe hat, reicht den Schwarzen Peter weiter. Innenminister Ssemogerere: „Die Krankheit ist von Prostituierten aus Tansania nach Uganda eingeschleppt worden.“

Wie es kommt, daß Aids in Zentral- und Ostafrika so stark unter Heterosexuellen verbreitet ist – die in anderen Erdteilen betroffenen Risikogruppen wie Homosexuelle, Drogenabhängige und Bluter spielen hier keine Rolle –, ist wissenschaftlich noch nicht geklärt. Mangelnde Hygiene spielt dabei sicherlich eine Rolle. Doch offenbar sind sexuelle Aktivität und häufiger Partnerwechsel bei den Betroffenen besonders ausgeprägt. Ein 43jähriger erkrankter Ugander gab an, mit etwa 100 Frauen im Jahr verkehrt zu haben. Von 58 in Ruanda untersuchten Männern, die an Aids erkrankt waren, erklärten 80 Prozent, jährlich mit mehr als 30 verschiedenen Frauen zu schlafen.

Afrika-Experten führen die besonders in Großstädten auffällige Lockerung der Sitten auf den Zusammenbruch des traditionellen Wertesystems zurück, der durch Landflucht, kriegerische Auseinandersetzungen, aber auch sinkenden Lebensstandard ausgelöst wurde. Das Phänomen wird meist totgeschwiegen. In der Elfenbeinküste hat die Presse jedoch den erschreckenden Anstieg der Prostitution kürzlich aufgegriffen und dabei besonders die sogenannte Gelegenheitsprostitution erwähnt. Schülerinnen und Studentinnen verschaffen sich unter dem Druck der steigenden Lebenshaltungskosten auf diese Weise Einnahmen. Heute bieten in fast allen afrikanischen Hotels Prostituierte ihre Dienste an. In den Großstädten suchen Frauen und Mäd-

chen am Straßenrand Mitfahrgelegenheiten und sind oftmals bereit, bei weiterem Entgegenkommen – in der Regel wird ein Geschenk erwartet – Liebesbeziehungen einzugehen.

In den Kneipen und Bretterbudendis kos der zairischen Hauptstadt Kinshasa werden die Prostituiertenlokale mit makabrem Humor „Sidagogen“ genannt. Aids heißt im Französischen Sida, und Sida wiederum wird ironisch als Syndrome Imaginaire pour Decourager les Amoureux (Imaginäres Syndrom zur Entmutigung Liebender) erklärt. Viele sind fatalistisch und hoffen nicht selbst betroffen zu werden. Der in Gabun entstandene Schlager „Maladie d'amour“ (Liebeskrankheit) gibt diese Einstellung treffend wieder: Jeder muß einmal sterben, heißt es darin, warum dann nicht an der „Krankheit des Jahrhunderts“?

Westliche Diplomaten haben energisch auf die Gefährdung verwiesen, der sie besonders in Ost- und Zentralafrika ausgesetzt sind, und durchgesetzt, daß sie eigene Blutkonserven und auch bei geringen Anlässen ärztliche Behandlung im europäischen Ausland erhalten. Praktikanten aus Afrika werden in Deutschland einem Aids-Test unterzogen. Den naheliegenden Schritt, die afrikanischen Staaten mit Mitteln der Entwicklungshilfe bei der Erforschung und Eindämmung der Seuche zu unterstützen, hat noch kaum jemand getan. Die Bundesregierung prüft zur Zeit einen Antrag Zaires auf Förderung des Forschungsprojekts eines zairischen Professors, der behauptet, ein Mittel zur Heilung von Aids entdeckt zu haben. „Zynisch ausgedrückt: Der Hunger in Afrika hat unsere Interessen nicht unmittelbar berührt. Doch was Aids angeht, sitzen wir alle in einem Boot“, meint ein westlicher Diplomat.



Tagesspiegel, Berlin, 11.7.86

Ein ganz unwissenschaftlicher Streit um AIDS-Millionen

Auseinandersetzung zwischen Amerikanern und Franzosen um Patente und Lizenzen — US-Gericht lehnte Klage ab

Die seit einigen Jahren schwelenden Auseinandersetzungen um Patente und Lizenzen im Zusammenhang mit dem erworbenen Immundefekt-Syndrom AIDS hat die Zeitung „International Herald Tribune“ Anfang Juli — sehr zutreffend — folgendermaßen charakterisiert: „Es handelt sich um den erbittertsten Streit in der Wissenschaft seit Jahrzehnten, an dem zwei der weltweit renommiertesten Forschungseinrichtungen beteiligt sind: das Pasteur-Institut in Paris und die Nationalen Gesundheitsinstitute (NIH) im amerikanischen Bethesda“. Dahinter steckt indessen mehr als ein Rennen um Ruhm: Insbesondere von der amerikanischen Regierung wurde die Frage zum Politikum erhoben, und zahlreiche Firmen erhoffen sich Milliarden-Beträge.

Die beiden führenden AIDS-Forscher der Welt, Professor Luc Montagnier aus Paris und Professor Robert Gallo aus Bethesda (Maryland), hatten sich ursprünglich „herausgehalten“ und sogar vorbildlich zusammengearbeitet. Mittlerweile sind aber auch ihre Arbeit und ihre Renommee bedroht. Im Mai 1983 veröffentlichte Montagnier in der amerikanischen Fachzeitschrift „Science“ einen Aufsatz. Darin beschrieb er, daß AIDS von einem Virus hervorgerufen wird, das zu identifizieren ihm gelungen war. Montagnier überließ Gallo Proben des Erregers, damit dieser anerkannte Virologe parallel zu ihm daran weiterforschen könne. Gallos Verdienst wiederum bestand darin, schneller als Montagnier selbst das Virus im Labor weiterzuchteten zu können — eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung eines Testsystems auf AIDS-Antikörper.

Auf Kompromiß-Bezeichnung geeinigt

Gallo hatte sich früher einen Namen mit der Beschreibung von „Retroviren“ gemacht, die an bestimmten Formen der Leukämie beim Menschen beteiligt sind. Er nannte sie „HTLV“ (für Humanes T-Zell-Leukämie-Virus). Für den AIDS-Erreger benutzte er fortan die Bezeichnung HTLV-III. Schon dies war für den Erstentdecker Montagnier mindestens erstaunlich, denn er hatte die — korrektere — Abkürzung LAV (für Lymphadenopathie-assoziiertes Virus) gewählt. Gallos Behauptung einer engen Verwandtschaft zwischen den Keimen HTLV-I und -II einerseits sowie dem „HTLV-III“ andererseits erwies sich spätestens Anfang 1985 als falsch. Damals wurde die Erbstruktur des AIDS-Virus entschlüsselt. Seither wurde in Fachkreisen — um die Nomenklatur-Problematik zu umgehen — das Kürzel „LAV/HTLV-III“ verwendet. Bei einem internationalen AIDS-Kongreß Ende Juni 1986 in Paris einigte sich die Wissenschaftler-Welt auf den von Montagnier vorgeschlagenen Kompromiß Humanes Immundefekt-Virus, also „HIV“.

Die Namensverwirrung war nur ein äußeres Zeichen für handfeste Interessen. Obwohl Gallo

erst ein knappes Jahr später als Montagnier über das AIDS-Virus in der Fachliteratur berichtete, meldete sein Institut im Frühjahr 1984 einen „AIDS-Test“ in den Vereinigten Staaten zum Patent an. Das NIH hatte allen Forschungsinstituten in der Welt Erregerkulturen nur unter — in der Wissenschaft bislang ziemlich unüblichen — Auflagen weitergegeben. Der Grund: Mit sechs US-Firmen hatte die staatliche Forschungseinrichtung Lizenzverträge abgeschlossen. Der NIH-Antrag wurde vom amerikanischen Patentamt binnen vier Wochen angenommen. Merkwürdig nur: Montagniers Institut hatte einen ähnlichen Antrag bereits ein halbes Jahr früher gestellt; das Genehmigungsverfahren ist bis heute nicht abgeschlossen.

Zunächst um gütliche Einigung bemüht

Die Leitung von Pasteur bemühte sich zunächst um eine gütliche Einigung. Mittlerweile aber waren zwei Dinge geschehen: Die amerikanische Gesundheitsministerin Margaret Heckler räumte erstens zwar ein, daß die Gruppe um Montagnier als erste das AIDS-Virus isoliert hatte, lehnte rechtliche Konsequenzen daraus jedoch ab. Offensichtlich sollten ihre forschenden Landsleute (das NIH ist eine dem Gesundheitsministerium nachgeordnete Einrichtung) die geldwerten und nobelpreisverdächtigen Früchte ernten. Denn unterdessen war zweitens zu erkennen, daß mit dem Verkauf der Tests an Blutbanken, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstige medizinische Stellen in aller Welt beträchtliche Gewinne zu erzielen sind.

Das Pasteur-Institut forderte daraufhin, zum Teil durch Anrufung amerikanischer Gerichte, zum einen angemessene Anteile an den Lizenz-einnahmen der amerikanischen Kollegen und zum anderen die Zulassung ihres, in Frankreich inzwischen patentierten, Tests auch für den amerikanischen Markt. Im März 1986 ließ die amerikanische Arzneimittelbehörde das französische Testsystem endlich zu. Allerdings pochte die amerikanische Regierung nun ihrerseits darauf, davon Lizenzgebühren zu erhalten.

Im April dann erklärte das US-Patentamt Pasteur sogar zum Erstinhaber eines Titels auf ein AIDS-Testsystem. Dies bedeutet praktisch, daß nun das NIH hätte nachweisen müssen, vor den Konkurrenten aus Frankreich die entscheidenden wissenschaftlichen Entdeckungen gemacht zu haben. Daraus zog das amerikanische Gesundheitsministerium eine überraschende Konsequenz: Es brach sämtliche Verhandlungen mit dem Pasteur-Institut ab. Dessen Direktor Professor, Raymond Dedonder zeigte sich „schockiert und enttäuscht“ darüber und verfolgte seine Interessen fortan ausschließlich auf juristischem Weg.

Dieser Tage hat ein Gericht in New York die Klage des Pariser Instituts auf Anerkennung der Entdeckung des AIDS-Virus und damit verbundene Patentrechte abgelehnt. Prompt begrüßte ein Sprecher des amerikanischen Gesundheitsministeriums die Entscheidung der US-Richter und wertete sie als „Sieg“ für Gallo. Der aber hatte im Frühjahr dieses Jahres in einem Brief an „Science“ zugegeben, bei seinen Veröffentlichungen über „seine“ Entdeckung des AIDS-Erregers zunächst „versehentlich“ ein Foto von Montagnier benutzt zu haben.

Justin Westhoff

Tagesspiegel, Berlin, 1.8.86

Erste amerikanische Spezialklinik für AIDS-Behandlung

In der texanischen Stadt Houston entsteht das erste Hospital der USA, das ausschließlich der Behandlung und Erforschung der Immunschwächekrankheit AIDS gewidmet ist. Ein dementsprechender Vertrag wurde von Vertretern der privaten Gesellschaft American Medical International und der Universität von Texas in Houston unterzeichnet.

Nach dem Vertrag will die Gesellschaft ein bisher allgemeinmedizinisch genutztes Krankenhaus mit einer Kapazität von 150 Betten zur Verfügung stellen und mit Hilfe der Universität zu einem Institut für die Behandlung und Erforschung von AIDS umorganisieren. Nach Angaben von Sprechern der Universität und von American Medical International können die ersten Patienten bereits vom 2. September an aufgenommen werden.

Die an dem neuen Institut arbeitenden Wissenschaftler sollen sich auch um die Entwicklung eines Medikaments zur Bekämpfung der meist tödlich verlaufenden Immunschwächekrankheit bemühen, wie der medizinische Direktor des neuen Hospitals, Peter Mansell, erklärte. (AP)



Hannoversche Allgemeine Zeitung, 7.7.86

Die Aids-Hilfe hat jetzt eine eigene Beratungsstelle

Auskunft und Fortbildung im Haus Johannsenstr. 8

Zwei Schreibtische, zwei Tische und zwei Aktenschränke – so spärlich eingerichtet ist die erste Aids-Beratungsstelle Niedersachsens, die jetzt im ersten Stock des Hauses Johannsenstraße 8 unweit vom Schiffgraben ihrer Bestimmung übergeben wurde. In Anwesenheit zahlreicher Gäste, unter ihnen Bürgermeister Dr. Hans-Walter König, eröffnete der Vorsitzende des Vereins „Hannoversche Aids-Hilfe“, Werner Noelle, die zum Treffpunkt umgebaute Fünzimmerwohnung.

Fortan können hier Betroffene und Ratsuchende wochentags von 19 bis 21 Uhr einen Ansprechpartner finden. Für Sozialarbeiter, Pfleger und Mediziner – speziell Gefängnisärzte – sollen Fortbildungskurse eingerichtet werden. An den beiden Abendstunden ist auch das Aids-Telefon regelmäßig besetzt. Neue Rufnummer: 32 77 71.

Fernziel der vor zwei Jahren gegründeten „Hannoverschen Aids-Hilfe“, die zur Zeit über 60 Mitglieder hat: Ein Arzt und ein Sozialarbeiter sollten ständig in der Beratungsstelle anzutreffen sein. Doch dafür fehlt dem Verein, der seit vier Monaten Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) ist, das Geld. Bislang halfen Spenden weiter; mit

einem vom Land erhofften Zuschuß in Höhe von 100 000 Mark sollen Möbel und anderes Inventar für die Beratungsstelle angeschafft werden.

„Wir sind keine Vereinigung Kranker und keine Selbsthilfegruppe“, beschreibt Vorsitzender Noelle den Verein. Unterstützt würden allerdings Gruppeninitiativen von Betroffenen. Zusammenarbeit gibt es mit Mitarbeitern des Gesundheitsamtes, der Medizinischen Hochschule und des Medizinal-Untersuchungsamtes.

Zur Zeit sind nach Auskunft der Hannoverschen Aids-Hilfe drei- bis zehntausend Menschen in Niedersachsen mit dem HTLV-3-Virus infiziert, ein nicht geringer Teil von ihnen lebe in Hannover.sto



Erste Aids-Beratungsstelle

In der Johannsenstraße 8 (Schiffgraben) eröffnete Werner Noelle (33, Foto Mitte) die erste Aids-Beratungsstelle in Hannover. Gemeinsam mit Karl-Heinz Stiebritz (47), Dieter Riehl (31), Hazel Hawes (33) und Markus Kohler (22, von links) von der „Hannoverschen Aids-Hilfe e.V.“ will Noelle telefonisch und persönlich Rat geben, aber auch mit Betroffenen und deren Partnern Probleme diskutieren. Ein Aids-Telefon (32 77 71, von 19 bis 21 Uhr) wurde eingerichtet, unter 32 77 72 können Beratungstermine vereinbart werden.

Foto: Raulf

Bild, Hannover, 1.7.86



Forscher identifizierten weiteres Angriffsziel der AIDS-Viren

Amerikanische Wissenschaftler haben nach eigenen Angaben ein weiteres und möglicherweise vorrangiges Angriffsziel der AIDS-Viren im menschlichen Körper entdeckt. Nach neuen Untersuchungen des Nationalen Krebsinstituts, über die in der neuen Ausgabe der Zeitschrift „Science“ berichtet wird, befallen die Viren nicht nur die für das menschliche Immunsystem wichtigen T- und B-Zellen, sondern auch die sogenannten mononuklearen Phagozyten (Makrophagen), eine Art Körperpolizei, deren Aufgabe es ist, Eindringlinge wie Viren und Bakterien zu vernichten.

Dies würde nach Ansicht der Wissenschaftler erklären, warum AIDS-Kranke oft von Infektionen des Gehirns heimgesucht werden. Die Vernichtung der T- und B-Zellen (weiße Blutkörperchen, die Abwehrkörper gegen Eindringlinge produzieren) kann nach Ansicht der Wissenschaftler nicht für die Schädigung des Nervensystems vieler AIDS-Patienten verantwortlich sein. Die mit dem tödlichen LAV/HTLV-3-Virus infizierten Phagozyten waren in Gewebeproben aus der Lunge und dem Hirn von AIDS-Kranken gefunden worden.

Über eine Entdeckung, die möglicherweise zur Entwicklung eines Impfstoffes gegen AIDS führen könnte, berichteten Wissenschaftler der Harvard Universität und der Biotechnik-Firma Genentech Inc. in San Francisco. Danach haben sie ein Protein aus der Hülle des AIDS-Virus gefunden, das in Laborversuchen die Produktion von Abwehrkörpern gegen das Virus auslöste.

(dpa)

DDR bisher angeblich verschont

In der DDR ist bisher nach offiziellen Angaben noch keine AIDS-Erkrankung mit klinischen Erscheinungen aufgetreten. Der Direktor des Ost-Berliner Zentralinstitutes für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie, Sieghart Dittmann, erklärte nach einem Bericht der amtlichen Nachrichtenagentur ADN vom Freitag, die Einführung obligatorischer Tests von Blutspendern auf Antikörper habe das Risiko, durch Blut und Blutprodukte die tödliche Immunschwäche zu übertragen, „vollständig abgebaut“.

(AP)

Studie: Tuberkulose mögliches Aids-Anzeichen

Chicago (Reuter)

Nach neuesten medizinischen Erkenntnissen gibt es eine Verbindung zwischen Tuberkulose und der Immunschwächekrankheit Aids. In dem in Chicago erscheinenden Magazin *Journal of the American Medical Association* werden die Ergebnisse einer Forschungsarbeit der medizinischen und zahnärztlichen Universität von New Jersey veröffentlicht, wonach Tuberkulose – vor allem in schweren und seltenen Formen – eine Komplikation von Aids darstellen kann. Manchmal trete die Tuberkulose auch auf, bevor die Patienten wüßten, daß sie an Aids erkrankt seien, heißt es darin. Die Studie zeige, daß Tuberkulose am häufigsten bei denjenigen Aids-Patienten auftrete, die Fixer seien oder aus Haiti stammten.

Tagesspiegel, Berlin, 5.7.86

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 13. 08. 86

Aids-Hülleweiß zerstört Immunzellen

Ob es je einen Impfstoff gegen Aids-Erreger geben wird, ist nach wie vor ungewiß. Die Forschung schreitet zwar schnell voran, doch die Ergebnisse sind eher widersprüchlich. Nachdem beim Affen und beim Menschen Aids-Viren gefunden wurden, die keine krankhaften Veränderungen des Immunsystems auslösen, wurde nun auch von der Arbeitsgruppe um R. C. Gallo vom Amerikanischen Krebsinstitut mit genchirurgischen Verfahren ein ähnlich harmloses Virus synthetisiert. Dieser Erreger infiziert zwar noch die Immunzellen, vermag sie aber nicht mehr zu zerstören. Gegenüber dem ursprünglichen Erreger weist dieses Virus einen Defekt in dem Eiweißkörper auf, der die Erbsubstanz umhüllt. Derartige Virusstämme könnten sich zur Produktion eines Impfstoffes eignen.

Daß das Hülleweiß wesentlich für die vom Aids-Virus ausgehenden Zerstörung verantwortlich ist, haben nun

Experimente der Arbeitsgruppe um W. A. Haseltine von der Harvard School of Public Health in Boston bestätigt. Danach führt das Hülleweiß zur Verschmelzung einzelner Zellen zu größeren Verbänden, zu Synzytien, die sich dann gewissermaßen selbst zerstören („Nature“, Bd. 322, S. 470). Es handelt sich dabei um ein Phänomen, das auch von anderen Viren her bekannt ist. Die heimtückische Wirkung des Aids-Virus hat daher wenig mit geheimnisvollen unbekanntem Genen zu tun. Daß nur eine bestimmte Form der Immunzellen, die T4-Lymphozyten, von der Verschmelzung betroffen sind, liegt an deren Membran. Nur diese vermag mit dem Hülleweiß zu verschmelzen. Antikörper gegen das Hülleweiß können, wie die Erfahrungen bei Aids-Kranken und neuerdings bei Versuchen im Reagenzglas bestätigt haben, diesen gefährlichen Prozeß nicht unterbinden. Da sich auf diese Weise sogar einzelne T4-Zellen sogar selbst zerstören können, müßte ein Impfstoff den Erreger bereits ausschalten, bevor er in die Immunzellen einzudringen vermag.

F.A.Z.

die Tageszeitung, Berlin, 27. 08. 86

Kein AIDS durch Insekten

Budapest/Berlin (afp/taz) — Als bar jeden wissenschaftlichen Ernstes bezeichnete die Nummer Eins der US-amerikanischen Retrovirusforschung, HTLV-3 Virus-entdecker Robert Gallo, auf dem internationalen AIDS-Kongreß in Budapest die These eines französischen Kollegen, die Übertragung der Aids-auslösender Viren sei auch durch Insektenstiche möglich. Für diese von Jean-Claude Cherman vom renommierten Pariser Pasteur Institut vorgetragene These, sei, so Gallo, keinerlei Beweis geliefert worden.

Der Franzose hatte in einem Vortrag versichert, sein Forschungsteam habe das Virus bei

bestimmten afrikanischen Insekten wie der Fiebermücke, der Tse-Tse-Fliege, der Küchenschabe und dem Ameisenlöwen, einer Netzflüglerlarve gefunden.

Das erhärte die wiederholt geäußerte These, daß diese Tiere Träger der über Blut und Sperma übertragbare Infektion sein könne. Diese Entdeckung gelte aber vorläufig nur für den afrikanischen Kontinent. In Europa sei die Krankheit bisher nur durch Blutübertragungen, infizierte Spritzbestecke und Sexualkontakte bekannt. Forschungen in Frankreich hätten nicht zur Entdeckung infizierter Insekten geführt.

kk

Süddeutsche Zeitung, München, 18.07.86



Neue Westfälische Zeitung, Bielefeld, 19.7.86

„Bielefelder Aids-Hilfe“ hat jetzt einen hauptamtlichen Mitarbeiter

Selbsthilfegruppen geplant / Psychosoziale Beratung wichtig

Bielefeld (ag). Im Jahre 1988 werden 60 Prozent der neu an Aids (erworbene Immunschwäche) erkrankten Personen Jugendliche sein. Diese Zahlen sind eine Prognose des Aids-Spezialisten Professor Haeblerle aus San Franzisko. Er nannte sie in Berlin in einer Sendung zum Thema Aids. Einen Zusammenschnitt dieser Veranstaltung zeigten die Mitarbeiter der „Aids-Hilfe Bielefeld“ im Rahmen eines Informationsabends in den Räumen des DPWV-Hauses. Eingeladen dazu hatte die Aids-Hilfe Angehörige der psychosozialen Betreuungsdienste, Betroffenenengruppen und die Vertreter der politischen Parteien. Seit kurzer Zeit hat der Verein Aids-Hilfe ein Büro in der Alfred-Bozi-Straße.

Die Mitglieder sind nach eigenem Selbstverständnis eine Initiative von Menschen, die das Engagement gegen die Krankheit Aids zusammengeführt hat. Bis auf den Diplom-Pädagogen Peter Struck, der hauptamtlich beim Verein in einer AB-Maßnahme angestellt ist, arbeiten die Mitarbeiter ehrenamtlich und bieten telefonische, bei Bedarf auch persönliche Beratung an. Sie betreuen Aidskranke, initiieren Selbsthilfegruppen für direkt Betroffene und bemühen sich um eine objektive Informationsverbreitung und um den Abbau von Vorurteilen in Zusammenhang mit der Krankheit Aids.

Schon seit eineinhalb Jahren sehen sich Drogenberatung und Pro-Familia mit den Problemen der an Aids Erkrankten und den Personen, deren HTL-V-III-Test positiv ausgefallen ist, konfrontiert. Sie konnten, und das betonten sie immer wieder, diesen Betroffenen nicht mehr gerecht werden, weil sie an ihre eigenen Leistungsgrenzen stießen.

Aus der zwingenden Notwendigkeit heraus, den Infizierten und Erkrankten

nicht nur medizinische oder ernährungsspezifische Ratschläge zu erteilen, sondern ihnen vor allen Dingen bei der Bewältigung ihrer psychosozialen Schwierigkeiten und Nöte zu helfen und zur Seite zu stehen, entstand in Bielefeld die Aids-Hilfe.

Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ist eine Krankheit, deren Entstehungsfaktoren man noch nicht kennt und gegen die ein Heilmittel oder ein Impfstoff nicht in greifbarer Nähe ist. Eine Übertragung (Ansteckung anderer) ist möglich, wenn Blut oder Samenflüssigkeit einer infizierten Person in die Blutbahn eines anderen Menschen gelangen. Dazu reichen schon kleinste, spürbare und nicht spürbare Verletzungen der Schleimhäute.

Bisher wurde Aids meist als Krankheit weniger Risikogruppen bezeichnet (vor allem männliche Homosexuelle, Bisexuelle, Drogenabhängige, Prostituierte und Bluter). Heute weiß man, daß die Krankheit vor solchen Grenzen zwischen Bevölkerungsschichten nicht hält.

Nach Informationen der Projektgrup-

pe „Aids Koordination“ Gesundheitsladen Hamburg veröffentlichen sich zur Zeit die Erkrankungszahlen von Aids etwa alle acht Monate.

Detlef Kunert von Pro-Familia wollte und konnte auf Anfragen aus der Versammlung keine konkreten Angaben darüber machen, wieviel Personen in Bielefeld an Aids erkrankt sind oder deren Test positiv verlaufen ist, zumal die Dunkelziffer sehr hoch sei, so Kunert und die Krankheit nicht unter die Meldepflicht fällt.

Die Bielefelder Aids-Hilfe will die Krankheit nicht nur individuell behandeln wissen, sondern mit dazu beitragen, daß die Folgen der Erkrankung gesellschaftspolitisch aufgezeigt und angegangen werden, um zu verhindern, daß Infizierte ausgegrenzt und diskriminiert werden.

Brunhilde Wiedemann, CDU-Ratsmitglied und Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Rates, versicherte, daß sie in ihrer Fraktion die Informationen aus der Versammlung weitergeben werde, um gemeinsam mehr Öffentlichkeit herzustellen.

Die Bielefelder Aids-Hilfe ist zu erreichen unter der Telefonnummer (05 21) 37 39 25. Das Büro ist von montags bis donnerstags von 10 bis 13 Uhr geöffnet. Jeden Mittwoch von 19 bis 21 Uhr wird eine telefonische Beratung angeboten und jeden Donnerstag ebenfalls von 19 bis 21 Uhr ist im DPWV-Haus, Alfred-Bozi-Straße 10, Zimmer 206 ein offener Treff.

Eine Informationsliste zur medizinischen Versorgung AIDS-Erkrankter stellt die Berliner AIDS-Hilfe zusammen. Betroffene werden gebeten, über ihre Erfahrungen mit Kliniken, Ärzten und Zahnärzten an die Berliner AIDS-Hilfe, Bundesplatz 11, Berlin 31, zu schreiben.

Tagesspiegel, Berlin, 11.7.86



AIDS

Neuer Pfad

Bei Nierenverpflanzungen handelten sich die Organempfänger in mehreren Fällen Aids-Infektionen ein.

Die Zeit des qualvollen Wartens war für die 31jährige Patientin im September 1984 vorüber. Berliner Ärzte verpflanzten ihr eine Spenderniere, um sie von der künstlichen Blutwäsche zu befreien. Das fremde Organ erfüllte die ihm zugeordnete Aufgabe einwandfrei. Doch acht Monate später hatte die Frau ein neues Problem: Durch die Nierentransplantation hatte sie sich mit Aids-Viren infiziert.

Der Spender des Organs, ein 27jähriger Mann, war an einer Überdosis Heroin gestorben. Offenbar durch verschmutztes Spritzenbesteck war der Erreger (wie bei mittlerweile jedem vierten Drogenabhängigen in der Bundesrepublik) in seine Blutbahn gelangt. Auch bei der Empfängerin der zweiten Niere, einer 48jährigen Berliner, wurde die Infektion diagnostiziert.

Das Virus hatte, wie die Mediziner erstaunt feststellten, nicht bei einer der vielen Übertragungen von Blutkonserven die Körpergrenzen übersprungen. Vielmehr hatten kleinste Blutpartikel in den Kapillargefäßen der Spendernieren offenbar ausgereicht, um den Erreger in den fremden Organismus zu schleusen. Zum erstenmal ist damit nachgewiesen, daß die Immunseuche Aids durch Organtransplantationen übertragen werden kann.

Auch in weiteren Fällen benutzte das Virus diesen Weg. So wurden im Dezember 1984 in Berlin und in einer österreichischen Klinik die Nieren einer 31jährigen Frau verpflanzt, die sich bis 1981 Drogen gespritzt hatte. Auch diesmal fielen bei den Empfängern, einem 39jährigen Mann und einer 40jährigen Frau, die Aids-Tests nach acht Monaten positiv aus.

Schon im Januar 1984 hatte sich in Berlin ein 28jähriger Mann die heimtückischen Viren auf dem Operationstisch zugezogen – durch die Niere eines Alkoholtoten, der bis 1982 an der Nadel gehangen hatte.

Daß die Erreger der tödlichen Immunschwäche Aids noch bis vor zwei Jahren praktisch unter den Händen der Transplantations-Chirurgen von einem Körper zum anderen gelangt sind, lag, wie der Berliner Nierenspezialist Hans-Hellmut Neumayer erklärt, am mangelnden „Kenntnisstand der Zeit“.

„Inzwischen“, so Nephrologe Neumayer, seien die Ärzte „vorsichtiger geworden“: Seit 1985 werden ausnahmslos alle Spender noch vor der Entnahme von Organen auf Aids getestet. Auch wenn der Erreger dabei nicht nachgewiesen werden könne, so empfahlen Berliner und Frankfurter Nierenspezialisten vorletzte Woche in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“, sollten die Angehörigen von Risikogruppen, wie Homosexuelle, Drogenabhängige oder Bluter, als Organspender generell ausgeschlossen werden.

Das Ärzteteam war auf den bislang unbekanntes Aids-Pfad gestoßen, als es mehr als 1000 Berliner und Frankfurter Patienten untersuchte, die eine regelmäßige Blutwäsche benötigen oder bei denen in der Vergangenheit Nieren transplantiert worden waren. Ergebnis: Von allen überprüften Nierenkranken hatten sich nur die vier Organempfänger in Berlin angesteckt. Dagegen war es bei keinem der gut 500 Patienten, die sich mehrmals wöchentlich der künstlichen Blutwäsche unterziehen, zur Übertragung gekommen.

Auch für den Ehemann der 31jährigen Berliner kamen die inzwischen ergriffenen Vorsichtsmaßnahmen zu spät. Ein Jahr nach der Operation seiner Frau fanden sich in seinem Blut Aids-Antikörper – er hat sich, wie die Ärzte vermuten, beim Geschlechtsverkehr angesteckt.

Drei der Aids-infizierten Berliner Patienten erhalten seit der Nierenverpflanzung täglich das Medikament Cyclosporin A, ein Immunsuppressivum, das Abstoßungsreaktionen des Körpers gegen das fremde Organ verhindern soll*. Mit dem gleichen Mittel hatten Ende 1985 die französischen Mediziner Jean-Marie Andrieu, Philippe Even und Alain Venet für einen internationalen Eklat gesorgt.

* Im vierten Fall mußte die Fremdniere entfernt, der Kranke wieder an die künstliche Niere angeschlossen werden.

Bei einer sensationsgeladenen Pressekonferenz in Paris propagierten sie das Medikament als wirksame Waffe gegen die Immunkrankheit: Unter dem Einfluß von Cyclosporin A, so berichteten sie, habe sich bei den von ihnen behandelten Aids-Kranken die Zahl der sogenannten T-4-Helferzellen, die bei der Immunabwehr eine entscheidende Rolle spielen, wieder vermehrt. Einem „praktisch im Sterben liegenden“ Patienten sei durch die Arzneimitteltherapie das Leben gerettet worden.

Weil nur ganze sechs (todkranke) Patienten mit dem Mittel behandelt worden waren, werteten die internationalen Aids-Experten den angeblichen Durchbruch der Franzosen aber nur als vor-schnellen Publicity-Gag.

Von der Öffentlichkeit unbeobachtet und von den Ärzten gar nicht beabsichtigt, läuft der Cyclosporin-Test in Berlin jetzt erneut: „Fast zwei Jahre nach der Nierentransplantation“, so Nephrologe Neumayer, sei die Immunschwäche noch bei keinem der Aids-Infizierten ausgebrochen.



Time, Amsterdam, 1.9.86

A Deadly Disease Comes to India

The first AIDS cases emphasize the developing world's dilemma

With her large dark eyes and waist-length hair, the 18-year-old was a favorite among the truck drivers who regularly called at the squalid brothel on Highway 45 in Ulundurpet, a small town in the state of Tamil Nadu in southern India. So popular was she that last June, after she was placed in a reformatory for convicted prostitutes in the state capital of Madras, five men offered to bail her out. Little did they realize she was no longer the beautiful young woman they once knew. Today she is emaciated, weighing only 62 lbs.; her hair is falling out, her eyes are sunken, and she is showing unmistakable signs of mental derangement. The source of her suffering: the acquired immunodeficiency syndrome, or AIDS, virus. Doctors at the home are trying to delay her release, fearing that if she returns to prostitution, she will transmit the virus to her customers.

The confirmation that the woman, as well as 18 other people, had been infected with the AIDS virus and that two of them had died came as a shock in India, where widespread poverty and a population of 750 million make it difficult for medical science to cope with even familiar diseases like tuberculosis and malaria. As recently as last spring, some Indian health officials were insisting that their country was free of the incurable disease. Now that the first AIDS cases have been detected in India, says Dr. Vulimiri Ramalingaswami, former director general of the Indian Council of Medical Research (I.C.M.R.), "we have been shaken and face a moment of truth."

Indian researchers feared all along that the subcontinent would be highly vulnerable to the rapid spread of the disease should the AIDS virus ever reach there. The microbe, known as HIV, or human immunodeficiency virus, destroys the body's natural defenses against disease. It has been found in blood, semen and vaginal secretions, and is spread by sexual intercourse, blood transfusions and contaminated injection needles, though not, say researchers, by casual contact with infected people. During pregnancy, infected women can transmit the virus to their unborn children. As Dr. I.S. Gilada, honorary secretary of the Indian Health Organization, warned at a news conference last September, "When AIDS comes to India, it will spread like plague."

The U.S., which has freed itself of many of the diseases that still bring millions of deaths every year in the Third World, has reported 23,700 cases of AIDS and 12,966 deaths since the first accounts of the disease were published five years ago. For many developing countries, AIDS

was at first viewed as entirely a Western disease: with only 5% of the world's population, the U.S. accounts for 80% of the 28,524 active cases reported so far to the World Health Organization. Perhaps a million other people in the U.S. carry AIDS-virus antibodies in their blood, meaning that they have been exposed to the virus. Scientists do not know how many of these "carriers" will later develop symptoms of the disease, but all are assumed capable of infecting others.

Increasingly, it appears that the AIDS cases so far reported around the world are only the tip of the iceberg. Dr. Halfdan Mahler, director general of the Geneva-based WHO, believes most AIDS cases go unreported. Worldwide, he estimates, there may be as many as 100,000 victims, along with 5 million to 10 million carriers of the virus. In the U.S., one person in 225 is estimated to be a carrier. Elsewhere, AIDS exposure can be much greater. In Kigali, the capital of the central African country of Rwanda, one test discovered AIDS-virus exposure in 18% of the city's inhabitants. In Lusaka, Zambia, 16% of a group of young adults tested were found to have been exposed, and in Kampala, Uganda, a study of more than 1,000 pregnant women showed that 13.6% carried the virus. In Haiti, nearly 10% of tested blood donors were infected.

"We have a hidden epidemic," says Dr. Bila Kapita, head of the Infectious Diseases Center at Kinshasa General Hospital in Zaïre. In Uganda, the number of reported AIDS cases has been doubling every six months; at Mulago Hospital, the nation's largest, the disease is now the leading cause of death in the medicine wards. Says Surgeon J. Wilson Carswell: "I keep looking at the figures and not believing it." Other scientists are not so sure the epidemic exists. They question the suitability of blood tests developed in the West for use on populations in other parts of the world, where different blood characteristics may produce misleading results.

AIDS was initially described as a "gay disease" because most U.S. victims are homosexual men. But, explains Dr. Robert Gallo of the National Cancer Institute in Bethesda, Md., "AIDS was never a homosexual virus. It's just that the homosexual group was the first to be infected in the U.S., and they spread it among themselves." In some African countries, homosexuality is uncommon, yet the virus is so widespread that doctors cannot single out risk groups—with the exception of prostitutes. In Kenya, for example, 54% of the prostitutes from Nairobi slums carry

AIDS-virus antibodies. Throughout Africa, as well as in Haiti, the disease appears to strike women and men in roughly equal numbers. In the U.S., by comparison, male victims outnumber their female counterparts by 13 to 1, a disparity that is expected to narrow. "There never has been a virus that goes only one way in sex," says Gallo. On the evidence from Africa and Haiti, transmission of AIDS from women to men is considered as likely as male-to-female transmission.

Health professionals warn that mass education and other measures to combat AIDS are not easily carried out in the developing world. Even so, efforts to stem the spread of the disease through public education are under way in several countries, among them Kenya, Ethiopia, Uganda and Haiti. Typically, campaigns warn that promiscuity spreads AIDS. Along with posters and brochures, thousands of free condoms have been distributed in Uganda.

India's effort still has a long way to go. Fewer than 7,000 AIDS blood tests have been performed. In collaboration with WHO, the government has called for an increase in AIDS testing centers, now numbering twelve, to 29 and for the distribution of enough kits to check 25,000 Indians with an enzyme test known as ELISA. New Delhi has ordered spot testing of all commercial blood donors and announced that future imports of blood and blood products must be certified as free of the AIDS virus. A national media campaign is under way to warn of the dangers of AIDS and to encourage preventive measures. Health authorities have asked hospitals to sterilize syringe needles and use disposable needles whenever possible.

India discovered its first AIDS carriers, six prostitutes, purely by chance. Because the women were too poor to pay a court-ordered fine after being convicted of prostitution, they were sentenced to a stay at the state home in Madras. There blood samples were taken by Dr. Sellappan Nirmala, a 32-year-old postdoctoral candidate at Madras Medical College, who visited the home after one of her professors, Dr. Suniti Solomon, suggested she write a dissertation on AIDS surveillance in Tamil Nadu. Nirmala was shocked to find carriers at the home.

For the tests she used kits provided by I.C.M.R. She was unable, though, to check her findings with a second, more elaborate procedure called the Western blot test, which at the time was not available in India, so I.C.M.R. sent blood samples to the U.S. Although the findings were front-page news in India, the illiterate Madras prostitutes, whose names were not disclosed, were told only that they had a severe form of "venereal disease." Officials of the home have sought to detain



(Forts.) Time, 1.9.86

Frankfurter Allgemeine, 8.8.86

the women, only one of whom has so far developed debilitating symptoms, rather than allow them to return to prostitution and thus possibly spread the virus.

Prostitutes are only one potential source of AIDS infection in India. More than half the country's blood supply comes from paid donors, many of them desperately poor. Says Dr. Handattu Venkataramana Hande, the health minister of Tamil Nadu: "The first and most urgent need is for us to screen the blood of paid donors, who are a high-risk group. There are about 150 places in the state where blood transfusions can be done, so you can imagine the magnitude of the task before us." An ever present hazard is that rural clinics and small hospitals sometimes fail to sterilize needles before reusing them. Another obstacle is the expense of the ELISA test to private hospitals, where the price of a 350-milliliter bottle of blood will rise by 40%, to \$28, even if the government proceeds with plans to waive the present 100% import duty of \$600 for each lot of 96 tests. In government-run hospitals, the tests are subsidized by WHO funds, and patients are not charged.

Some Indian physicians, like their colleagues in Africa, believe resources de-

voted to AIDS detection should be used instead to treat such major curable diseases as cholera and tuberculosis. As Dr. Kasturi Kantaraj, a professor at Madras Medical College, explains, "One of the highest incidences of leprosy in the world is found in the Salem district in Tamil Nadu. In its early stages, leprosy is curable, and yet hundreds of unfortunate victims are condemned to this miserable disease because it is not detected. Shouldn't the money be spent on treating diseases that still kill in India?" The view is echoed elsewhere. As the *Deccan Herald*, the leading daily in the state of Karnataka, declared, "The question must be asked whether so much publicity, time, money and attention must be thrown behind a disease that is barely known to exist in India."

—By Kenneth Pierce. Reported by Anita Pratap/Madras and Maryanne Vollers/Kampala, with other bureaus

In Kopenhagen Spritzen gratis

Aids-Prophylaxe für Süchtige

KOPENHAGEN, 7. August (AFP). Um die Ausbreitung der erworbenen Immunschwäche Aids im Milieu der Rauschgiftsüchtigen einzudämmen, will die Stadt Kopenhagen vom Herbst an den Süchtigen die Drogenspritzen kostenlos zugänglich machen. Dies gab jetzt ein Sprecher der Stadt bekannt. Nach Schätzungen von Experten sind zwischen 300 und 1000 Drogensüchtige in der Stadt Aids-Virussträger. Die gemeinsame Benutzung schon gebrauchter Spritzen verhilft dem Virus zu rascher Ausbreitung. Die kostenlosen Spritzen sollen künftig bei den Apothekern der Stadt sowie in Automaten im Rauschgiftviertel Vesterbro zur Verfügung stehen. Die Verwaltung bezifferte die voraussichtlichen Kosten der Aktion mit 700 000 Kronen. Insgesamt hat die Stadt Kopenhagen zur Behandlung der Aids-Kranken ein Budget von 40 Millionen Kronen vorgesehen, hieß es.



In Haiti, testing for signs of the virus: nearly a tenth of all blood donors were infected

The number of cases reported from all countries may form only the tip of the iceberg.



Libération, Paris, 23./24.8.86

La moitié des hémophiles face au Sida

Selon une enquête menée par le Centre national de transfusion sanguine, plus d'un hémophile sur deux serait condamné par le virus du SIDA. La cause en serait les nombreuses transfusions de sang contaminé.

Une enquête menée par le Centre national de transfusion sanguine démontre que plus d'un hémophile sur deux est, ou a été contaminé par le virus lié au Sida. Enquête menée auprès de 2062 patients — un peu moins de la moitié des hémophiles français — dont les conclusions sont publiées dans le dernier numéro du *New England Journal of Medicine* (1). D'après cette étude épidémiologique nationale, 50,5% des hémophiles testés, s'avèrent positifs aux tests de dépistage, contaminés lors des incessantes transfusions de produits sanguins nécessaires à leur survie.

Cette proportion semble différente d'une région à une autre: 71% à Paris, 60% dans le Sud de la France, 16% dans le Nord... Proportion qui suit exactement celle des dons de sang infecté (0,019% dans le Nord, contre 0,109% à Paris). Certains remarqueront que le centre de transfusion sanguine de Lille fut le premier à bénéficier de produits sanguins chauffés, donc dépourvus de tout virus lié au Sida (*Libération* du 23 juillet 1985).

Les hémophiles français, à l'instar des hémophiles espagnols (60%) ou américains (75%) payent un lourd tribut au virus-Sida, même si une petite proportion seulement développe le Sida.

En outre, l'étude du CNTS s'efforce de préciser les risques encourus par les partenaires féminins des hémophiles (la maladie ne touche que les hommes): un danger qui apparaît bien réel, mais sans commune mesure avec celui des «populations à risques»: sur 148 femmes ou compagnes d'hémophiles séropositifs, 10 (6,8%) se montrent également positives. Une étude particulièrement importante pour la compréhension des voies de transmission. La filière hétérosexuelle du virus reste en effet passablement imprécise. On ne sait toujours pas ce qui favorise la transmission du virus d'homme à femme, qu'il s'agisse du type de rapport sexuel (sodomie, rapports pendant les règles...) ou d'éventuelles lésions génitales favorisant le passage du virus.

Au-delà des données épidémiologiques, cette enquête française confirme

que tout n'a pas été fait assez rapidement, en France comme aux Etats-Unis, pour protéger les hémophiles. Outre-Atlantique où l'on dénombrait, au 4 août dernier, 201 cas de Sida — dont 13 enfants — liés uniquement au traitement d'une maladie de la coagulation (hémophilie A, hémophilie B...), les mesures prises (dépistage des donneurs de sang, produits chauffés) sont jugés «scandaleusement tardives». Certains hémophiles sont même partis en guerre juridique contre le Département d'Etat chargé de la santé, démarche qui n'a pas trouvé d'équivalent en France.

Personne ne conteste néanmoins le délai séparant la l'éventualité d'une transmission sanguine de l'agent du Sida (1981) et la mise en circulation de produits sanguins sûrs (1985). Quatre ans dont la traduction morbide s'affiche aujourd'hui au fil des travaux scientifiques, et confronte sidologues et spécialistes de la transfusion sanguine à une dure réalité. Comme le souligne en conclusion l'auteur de l'étude du *New England Journal of Medicine*: « Bien qu'il apparaisse réconfortant qu'un hémophile sur deux échappe probablement à l'infection par le virus LAV/HTLV III, le pronostic de plus de mille d'entre eux, de toute façon infectés, apparaît comme une préoccupation majeure. »

Gilles PIAL

(1): Numéro 1 du 21 août 1986.

(2): «Aids Weekly Surveillance Report», Centre de contrôle des maladies infectieuses d'Atlanta (Etats-Unis): 4 août 1986.



Le Monde, Paris, 19.8.86

Éthiopie

La peur du SIDA...

Addis-Abeba (Reuter). – La police éthiopienne a commencé à procéder à des rafles de prostituées dans les bars et les hôtels d'Addis-Abeba comme mesure préventive contre la propagation du SIDA (syndrome immuno-déficitaire acquis), a rapporté l'agence éthiopienne de presse ENA.

Le gouvernement avait affirmé récemment qu'aucun cas de SIDA n'avait encore été diagnostiqué dans le pays et que les contrôles aux frontières seraient renforcés pour en interdire l'accès aux porteurs potentiels du virus. L'ENA indique, sans autre précision, que les prostituées interpellées seront « réinsérées » dans des secteurs de la production.

Le Point, Paris,
Nr.725, 11.8.86

Des chats
et des hommes

Un vaccin contre la leucémie des félins ouvre une voie dans la lutte anti-sida.

Un vaccin contre la leucémie des chats vient d'être mis au point. Il va permettre, accessoirement, de sauver des millions de félins dans le monde. Surtout, il ouvre des perspectives intéressantes en médecine humaine. Car l'agent responsable de cette maladie est un virus particulier : un rétrovirus. Comme celui du sida. Et c'est la première fois que les chercheurs réussissent à produire, par génie génétique, un vaccin contre un rétrovirus.

La leucémie féline, très contagieuse, ne peut heureusement être transmise à l'homme. Huit cent mille chats – un sur dix – en France, sont porteurs de ce virus qui provoque, comme le sida, un affaiblissement des défenses immunitaires. L'animal atteint risque donc de multiples infections, auxquelles viennent parfois s'ajouter des tumeurs cancéreuses.

Le vaccin pourrait être commercialisé début 1987. Il aura fallu de longues années de travail avant que les chercheurs français des laboratoires Virbac, en collaboration avec des équipes américaines, arrivent à isoler, dans le chromosome du virus, les gènes commandant la synthèse de la protéine immunisante. Ils ont alors introduit ces gènes dans des bactéries transformées en véritables usines, afin de fabriquer cette protéine en grande quantité. Le vaccin ainsi obtenu est donc pur et inoffensif, puisqu'il ne contient que la partie immunisante du virus.

Cette technique pourra-t-elle être appliquée un jour à l'obtention d'un vaccin contre le sida ? Il est encore trop tôt pour le dire. Néanmoins, des équipes s'intéressent de près à cette voie et ont bon espoir, même si le problème semble beaucoup plus complexe. A court terme, d'autres maladies animales pourraient être combattues de cette façon. ●

ANNE JEANBLANC

SIDA

Le Matin, Paris, 23./24.8.86

Un hémophile français sur deux menacé

Plus de la moitié des hémophiles français ont été contaminés par le virus du SIDA, selon une étude effectuée par le Centre national de transfusion sanguine. Cette étude, réalisée en février dernier sur 2 062 cas (soit 68 % de l'ensemble des hémophiles français) et rapportée dans le dernier numéro de la revue américaine *New England Journal of Medicine*, indique que 50,5 % d'entre eux sont infectés par le virus du SIDA.

Tous ces hémophiles séropositifs (près de 2 000 selon l'Association française des hémophiles) ont été contaminés en recevant régulièrement des produits sanguins préparés à partir de grandes quantités de dons de sang récoltés avant le 1^{er} août 1985, date à laquelle le dépistage du SIDA a été rendu obligatoire pour tous les donneurs de sang en France.

La proportion d'hémophiles porteurs du virus du SIDA varie selon les régions, allant de 16,2 % dans le Nord de la France à 71,7 % à Paris, mais reste semblable pour les deux catégories d'hémophiles, ceux de type A (qui reçoivent des concentrations de facteur VIII de la coagulation) et B (qui manquent de facteur IX).

TRANSMISSION SEXUELLE. Quant aux femmes des hémophiles séropositifs, 6,8 % d'entre elles sont égale-

ment contaminées, indique la même étude, confirmant ainsi le risque de transmission sexuelle. On ne sait pas encore combien de ces hémophiles et de leurs conjointes développeront la maladie, mais plusieurs dizaines d'entre eux ont d'ores et déjà présenté des symptômes associés à l'infection par ce virus, et plusieurs hémophiles français en sont morts.

Depuis un an, les hémophiles français ne peuvent en principe plus recevoir de produit sanguin contaminé par le virus du SIDA. Tous les dons de sang sont dorénavant systématiquement testés et tous les facteurs de coagulation (une partie des facteurs VIII est importée) sont chauffés de manière à éliminer les virus éventuellement présents (le virus du SIDA ne résiste pas à une certaine température).

Néanmoins, l'inquiétude est vive parmi les hémophiles, certains ayant même refusé d'être testés de peur de vivre dans l'angoisse permanente de la maladie, d'autres au contraire effectuant sans cesse des dépistages pour tenter de se rassurer. Ceux qui sont infectés, même quand ils ne présentent aucun symptôme de la maladie, ne peuvent plus avoir les mêmes relations sexuelles que par le passé, et doivent pour le moment abandonner toute idée de paternité. AFP



Gay Express, Hamburg, Aug.86

DIE STORY VOM HOT RUBBER

»Der Gummi ist in« – »Pariser ist Mode«, verkündet die schweizer *Hot Rubber Company* und kreiert den »Hot Rubber« in Kombination mit dem »Hot Rubber Lubricant« zur »neuen Intimlinie für den Mann«. Die Sprache erinnert an Seifenreklame. Man wittert den tüchtigen Geschäftsmann, der eine neue Zielgruppe im Visier hat, aber weit gefehlt, denn die *Hot Rubber Company* ist eine Abteilung der Schweizer Aids-Hilfe.

Ohne Umschweife sagt die sechzehnseitige Produkt-Information »The Hot Rubber Story«, worauf es ankommt – auf die Gefahr hin, bei dem einen oder anderen deswegen anzuecken. Man wollte kein todernstes, wissenschaftliches Papier unter die Leute bringen, sondern etwas Lockeres. In der Tat wird mancher von dieser Art der Safer-Sex-Anpreisung unangenehm berührt sein. Andererseits: warum sollte man professionelle Werbung nicht einsetzen? Wenn sie uns täglich veranlaßt, sogar Dinge zu kaufen, die wir gar nicht brauchen – warum sollte sie dann nicht in Dienst genommen werden, damit Dinge gekauft werden, die sinnvoll sind?

Einer der Verantwortlichen der Hot Rubber Company, *Herbert Riedener*, im Gespräch mit *Gay-Express*: »Es ist gerade die Philosophie der Hot Rubber

Company, beim Gummi zu einer positiven Darstellung zu kommen. Wenn man Präservativ sagt, soll man nicht immer das Wort AIDS in den Mund nehmen oder daran denken.« Statt lange von der nötigen Sicherheit und vom Schutz vor Krankheit zu reden, wird konsequent die »Gummi-Mode« propagiert und versichert, daß es »heute keinen Kerl mehr gibt, der Dir aus dem Bett steigt, weil Du mit dem Gummi kommst.«

Auch wenn nicht viel von Sicherheit geredet wird – der Hot Rubber entspricht natürlich den modernen Sicherheitsstandards. Er ist elektronisch geprüft, wie sich das gehört, und sogar noch einmal visuell nachkontrolliert, um eingeschlossene Luftbläschen oder Staubkörner entdecken zu können, ein Verfahren übrigens, das sich die meisten Hersteller sparen.

Im Verein mit Sexualwissenschaftlern und einem Pariser Kondomhersteller wurde nach Überzeugung der Hot Rubber Company ein Produkt geschaffen, das speziell auf die Bedürfnisse schwuler Männer zugeschnitten ist: hauchdünn, reißfest und vielleicht ein bißchen ästhetischer als die herkömmlichen Zipfelmützen, da man das obligatorische Reservoir weggelassen hat. Gefühlsbeeinträchtigungen gibt es nicht – das sind reine Vorurteile, versichern die Vertreter. »Das Material eines modernen Condooms ist so hauchdünn, daß diese Behauptung nicht belegbar ist.«

Warum sollte man nun zum *Hot Rubber* greifen, statt seine Ware wie gehabt aus dem Automaten oder der Apotheke zu beziehen? Mehrere Gründe sprechen

dafür – zwei scheinen mir besonders wichtig: die günstige Preisgestaltung, die möglich wurde, weil sich mit diesem Produkt niemand eine goldene Nase verdient und vor allem die Tatsache, daß der Vertriebsgewinn, der erzielt wird, direkt in die Kasse der Aids-Hilfe Schweiz fließt. Statt sich profitorientierten Kondomherstellern als neuen Markt zu präsentieren, kann man auf diese Weise eine wichtige Sache unterstützen.

Das »Vertriebsnetz« für den Hot Rubber ist in der Schweiz bereits gut ausgebaut: Bars, Clubs, Saunen und Sexshops haben aus Solidarität mitgezogen, damit sich jeder schnell und problemlos in der Szene versorgen kann. Außerdem wird der Hot Rubber über die ortsansässigen Aids-Hilfen und vor allem im Direct-Mailing an den Mann gebracht. Man bestellt seine Präservative bei der Hot Rubber Company in Zürich und bekommt sie – wie in jedem anderen einschlägigen Versandhandel auch – diskret verpackt zugeschickt. Bezahlt wird im voraus – Noten im Brief. Kleinlieferungen sind allerdings nur in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein möglich. Aber vielleicht müssen wir nicht mehr lange warten, bis die Idee sich auch bei uns durchsetzt. Frankreich und Norwegen haben sie bereits aufgegriffen, und auch die Deutsche Aids-Hilfe in Berlin denkt intensiv über Möglichkeiten der Realisierung auf bundesrepublikanischem Boden nach.

Mit dem Erscheinen des Hot Rubbers am Markt ist für die Schweizer die Sache jedoch noch nicht abgeschlossen. Das Produkt soll weiterentwickelt und verbessert werden. In diesem Zusammenhang wird auch das Thema Nonoxynol 9 angesprochen, bekanntlich ein Spermizid, dessen abtötende Wirkung auf das HTLV-III-Virus unter Laborbedingungen nachgewiesen werden konnte. Das Präparat soll jedoch nach dem Willen der Hot Rubber Company erst dann Verwendung finden, wenn sichergestellt ist, daß dieser Wirkstoff auch im menschlichen Organismus wirksam ist, und schädliche Nebenwirkungen ausgeschlossen werden können. Sicherheit ist den Schweizern auch hier oberstes Gebot.

Bernd Schumann

Weitere Informationen bei »The Hot Rubber Company«, Box 7660 in 8023 Zürich, CH Schweiz



Siegessäule, Berlin, Nr.9 (Sept.86)

AIDS-Scharfmacher**Saubermann
in Hamburg**

In der letzten SIEGESSÄULE berichteten wir von den zahlreichen Protesten bei der *Lesbian and Gay Freedom Day Parade* gegen den US-Reaktionär *Lyndon LaRouche*. Über ein Volksbegehren im November will er die AIDS-Meldepflicht in Kalifornien einführen.

Anfang August tauchte nun ein Anhänger dieser Initiative in Hamburg auf und lud zur Pressekonferenz. Ein Reporter und Fotograf der *taz Hamburg* gingen hin und erlebten Staunenswertes.

Ted Andromidas (Los Angeles), Vertreter der „Moral Majority“ und führendes Mitglied der PANIC-Kampagne (lt. *taz Hamburg* v. 2.8.86) sollte bei der Pressekonferenz auftreten.

Was ist PANIC? Das „*Prevent AIDS Now Committee*“, das das Volksbegehren trägt, ist mit dem „*National Democratic Policy Committee*“ des von der Linken zur extremen Rechten geschwenkten *Lyndon LaRouche* verbunden. LaRouche, der '81 und '84 schon US-Präsident hatte werden wollen, setzt sich mit seinen Organisationen immer wieder an die Spitze reaktionärer Kampagnen. Mit dem AIDS-Volksbegehren gelingt ihm das im Moment wieder.

Das Begehren ist geschickt formuliert, wie die amerikanische Bürgerrechtsorganisation ACLU in einer Dokumentation aufgezeigt hat. Zwar steht LaRouches Forderung nach Zwangstestung aller Männer nicht drin (das würde ja was kosten und ist deshalb



Foto: Hinrich Schulze

Ted Andromidas

nicht ganz so publikumswirksam), doch werden umfassende Möglichkeiten für Quarantäne-Maßnahmen bei Positiven und Kranken, für Zwangsisolation und Arbeitsplatzkündigung geschaffen. Im Wesentlichen soll das durch die Klassifizierung von AIDS als offen ansteckende Krankheit (wie Tuberkulose) geschehen. Die entsprechenden seuchenrechtlichen Vorschriften — sie ähneln den unsrigen — könnten dann voll wirksam werden, obwohl die HIV-Übertragungswege bekanntlich eng umgrenzt sind.

Der Herausforderung durch LaRouches Initiative treten kalifornische Schwulengruppen und Bürgerrechtler/innen mindestens in San Francisco beherzt entgegen. Sie schlossen sich mit ihren höchst unterschiedlichen Organisationen in SF CAN (*San Francisco Community AIDS Network*) zusammen und versuchen, gemeinsam gegen LaRouches aufwendige Kampagne anzustinken. Hoffentlich wird es gelingen, den Saubermännern bei der Volksabstimmung im November eine Abfuhr zu erteilen.

Von alledem hätte bei der Pressekonferenz in Hamburg die Rede sein sollen. Doch die Vertreterin der EAP *Europäische Arbeiterpartei*, der deutsche Ableger des LaRouche-Clans mit Sitz in Wiesbaden und LaRouche-Ehefrau als ständiger Spitzenkandidatin, die das Hausrecht beanspruchte, wollte Fotograf und Redakteur der *taz* kurzerhand rauswerfen. Ted Andromidas meinte tröstend, er gebe auch der amerikanischen Fluggesellschaft ABC keine Interviews.

Etwas Unerwartetes geschah: Die Pressevertreter verließen geschlossen den Saal. „*Wenn die taz hier nicht anwesend sein darf, gehen wir alle*“, lautete der spontane Beschluß. Ted Andromidas wird nun bestimmt in seiner Heimat viel davon zu erzählen haben, wie in Hamburg Journalisten mit Terroristen und Moskau-Truppen gemeinsame Sache machen. Leider wird er Dumme finden, die daran glauben.

Albert Eckert

**Gegen „Aids-frei“-
Erklärung**

DEN HAAG – Während Saudi Arabien und – wie GAY JOURNAL an anderer Stelle dieser Ausgabe berichtet – die USA von einreisenden Ausländern, die länger im Land bleiben oder dort eine Arbeitserlaubnis erhalten wollen, 'Aids-frei'-Erklärungen verlangen und dafür Teststationen errichten, will die niederländische Regierung, die gegenwärtig im europäischen Ministerrat den Vorsitz hat, durchsetzen, daß die Europäische Gemeinschaft auf derlei Tests und Erklärungen verzichtet. Gesundheitsstaatssekretär van der Reijden hält nach Mitteilung vom 'Krant' solche Erklärungen nicht nur hinsichtlich möglicher Fehltests für gefährlich; sie seien darüber hinaus diskriminierend gegenüber den Homosexuellen. Inzwischen hat die Niederländische Ärztesvereinigung ihre Mitglieder angewiesen, entsprechende Atteste über Aids-Freiheit nicht auszustellen. Wie der Amsterdamer Aids-Spezialist Dr. Roel Coutinho mitteilt, können öffentlicher Gesundheitsdienst und Blutbanken allerdings nicht gehindert werden, ihren Klienten – zumal diese es häufig verlangen – die Testergebnisse in schriftlicher Form auszuhändigen. n

Gay Journal, Heidelberg,
Nr.7 (Juli 86)



AIDS Organizations Issue Statement on Pornography

New York Native, 18.08.1986

36 Groups Urge Erotica Industry to Join Fight Against AIDS

Gay Men's Health Crisis (GMHC) has joined with 35 American and international AIDS organizations to urge the erotica industry to take immediate steps toward joining the fight against AIDS.

A statement, signed by AIDS-service organizations at the National AIDS Forum in Washington, encourages the industry to use AIDS prevention guidelines to include safer sex practices, especially the use of condoms, in their productions. The statement goes on to say that "we are strongly concerned about the risks facing actors, actresses, models, etc., working in the production of erotica, but we are confident that by joining the efforts, the erotica industry will help save countless lives."

According to Raymond Jacobs, Coordinator of AIDS Prevention of GMHC, the department has sent 57 letters to companies that provide some sort of erotica to the public, through films, magazines, or other means, asking them to read the general literature about AIDS and AIDS prevention, as well as information about GMHC. Jacobs feels that the industry has an opportunity to become a significant factor in AIDS prevention efforts in this country. "We are aware that the industry is under attack from right-wing elements in this society. We abhor this and in no way do we join in this attack. It's crucial that we are all united in our efforts to educate people about AIDS prevention because education, specifically by unapologetic, explicit means, remains our best weapon against this disease," he says.

The AIDS Prevention Program has become a leader in developing innovative ways to educate gay and bisexual communities about safer sex and AIDS prevention. In October, the program will hold an AIDS prevention safe sex workshop for women, the first workshop of this kind to be given on the East Coast. In addition, the program conducts ongoing workshops in risk reduction for gay and bisexual men, and has produced the highly acclaimed safer sex video, *Chance of a Lifetime*.

The organizations which signed the statement are: AIDS Atlanta; AIDS Action Committee, Boston; AIDS Council of Northeastern New York; AIDS Committee of Toronto; AIDS-Hilfe-Schweitz, Switzerland; AIDS Project Chicago; Arizona AIDS Fund Trust Mobilization Against AIDS; Austin AIDS Project; Australian Federation of AIDS Organizations; Bagladies, Inc., Indianapolis; Brady East STD Clinic, Inc.; Chelsea Psychotherapy Associates, New York City; Columbus AIDS Task Force; Department of Health Education, Municipal Health Authority, the Netherlands;

Deutsche AIDS-Hilfe E.V., Berlin; Deutsche AIDS-Hilfe E.V., Hamburg; Dutch Gay/Lesbian National Organization; Fund for Human Dignity, New York City; Gay Men's Health Crisis; Health Education and Resources Organization, Baltimore; Hyacinth Foundation, New Jersey; KS/AIDS Foundation; Los Angeles Gay and Lesbian Community Services Center; Michigan Organization for Human Rights; Minnesota AIDS Project; National AIDS Network, Washington, D.C.; National Coalition of Black Lesbians and Gays, Washington, D.C.; National Coalition of Gay Sexually Transmitted Disease Services, Washington, D.C.; NO AIDS Task Force, New Orleans; North Carolina Lesbian/Gay Health Project; Norway Gay Health Association; Ohio AIDS Coalition; San Diego AIDS Project; San Francisco AIDS Project; Tucson AIDS Project; and UCSF AIDS Project, San Francisco. ■

The New Virus

Yes, the new virus discovered in the lesions and spleens of AIDS patients may well be African Swine Fever Virus. According to Dr. William Hess of the U.S. Department of Agriculture (USDA), the virus reported on in the *Journal of Hygiene and Tropical Medicine* is the same size as African Swine Fever Virus and, even though it seems to have morphological differences from *Classic African Swine Fever Virus*, genetic and serological tests would have to be performed before Dr. Hess (for one) could be certain that the new virus is not African Swine Fever Virus.

The discovery of the new virus was announced on the front page of the Sunday, August 3, edition of the *New York Times*. Lawrence K. Altman, science editor of the *Times*, cautiously wrote that a government scientist, Dr. Shyh-Ching Lo, who works at the Armed Forces Institute of Pathology in Washington, had isolated the virus in the blood of 23 out of 24 AIDS patients. When I asked Dr. Altman whether he had asked Dr. Lo if the virus was in fact African Swine Fever Virus, he said he had prepared a list of questions including one about Swine Fever, but that Dr. Lo had been forbidden by the Army to discuss the nature of the virus with the press.

African Swine Fever Virus has sometimes been confused with cytomegalovirus, the virus that the Centers for Disease Control originally supposed was the cause of AIDS. I have speculated that the CDC may have been staring Swine Fever in the face from the very beginning of their laboratory investigations, and mistakenly identifying it as cytomegalovirus. Given the caliber of the minds at the CDC, anything is possible.

The USDA has denied that there is currently an epidemic of African Swine Fever in Florida. Two USDA spokesmen who insisted that there is no Swine Fever in America recently (and rather suddenly) retired. Our source at the USDA has suggested that they were afraid of what is about to come to light.

A year ago, I expressed tremendous alarm when I learned that nearly 5% of the blood being transfused in New York City tested positive for antibodies to African Swine Fever Virus. We urged New York State Health Commissioner David Axelrod to halt the transfusion of ASFV-infected blood, but no action has been taken.

The fact that people are still getting AIDS from blood that has been screened for HTLV-III antibodies is one of many indications that HTLV-III is not the sole cause of AIDS, or that it is an imperfect marker for the syndrome.



The Safer Spanish Fly

Those Irritating Aphrosidiacs: Latex, Lubes, Sheep Intestines, and Crushed Beetles

by Barry Adkins

One may remember sneaking into the local, urine-smelling filling station as an adolescent to insert a quarter into a vending machine offering sex balloons and a mysterious substance known as Spanish fly. It was a sexual experience in itself.

It was probably a disappointment when one looked up "Spanish fly" in the dictionary, finding out that the potion was merely a bunch of green British beetles crushed into a powder which would allow one to urinate while maintaining an erection. This is never difficult for a 14-year-old, so one assumes such concoctions are meant for impotent old men. Heaven knows, some people need their urethras irritated.

But the condoms, or rubbers, were interesting enough, exciting the libido with a mere glance at the package. Never mind how they worked. They were dirty, sexy, filthy, and fun. They were even illegal in some states. Some were made of sheep intestines, some latex. They were good for a first bout with a prostitute or a high school sweetheart. Who had ever heard of vaginal spermicides? Rubbers were the way to go, if you could figure out how to put one on.

Besides, by this time you had probably come to the realization that it was the shape of the condom that turned you on—if you were, you know, queer—and not the elusive shape of the female sex organ.

But after all that wild sex, or dreams of all that wild sex, gay men began to get a lot of clap, and sex sores, and parasites, and hep, and Herpes Part II, and stuff. And then came AIDS. And then came the idea that AIDS was caused by a virus or viruses. Little microorganisms that can swim around in sperm and other humid homes like rear ends.

During this time, places like Planned Parenthood and various clinics were busy studying things such as contraception and sexually transmitted diseases (STDs). All the while, gay men were not particularly interested in birth control. They were more interested in antibiotics.

Then some of these gay people who were touting an invention called "safe sex" had a vision. They remembered that little gas station and that vending machine. They remembered Spanish fly.

They remembered their irritating, uncontrollable penises. But they weren't embarrassed. They remembered rubbers. The lightbulb went off, and now they're distributing rubbers by the hundreds of thousands in gay bars and talking about something called "safer" sex.

One of those people is Raymond Jacobs, coordinator of AIDS Prevention Programs at Gay Men's Health Crisis. Jacobs is pushing condoms. While many in the community have various problems with "safer sex," and others have well-founded reservations about "safer sex" education, it is interesting to note the renewed interest in condoms in general, and the marriage of condoms and antibacterial lubricants and/or spermicides in particular.

Dr. Bruce Voeller, president of the Mariposa Education and Research Foundation of Los Angeles, is pushing condoms and spermicides. Voeller has been listening to those people who have been researching contraception for the past couple of decades, and for good reason. He's been working on some studies involving nonoxynol-9, a spermicide contained in several commercial and generic products.

Rod Harryman, a representative of Harriman Laboratories of Long Island, is pushing an antibacterial product known as Lubraseptic. Harryman believes that Lubraseptic is more effective in killing some microorganisms than at least two nonoxynol-9 products on the market. In fact, he hired an outside laboratory to test certain commercial products against Lubraseptic.

Some things appear clear. It has been proven that the use of condoms in conjunction with spermicides reduce the risk of pregnancy to a great degree. STDs have dramatically fallen off among the gay male population of San Francisco and New York, presumably due to changing sexual behavior, (i.e. practicing "safer" sex).

It is believed that HIV (Human Immunodeficiency Virus, formerly LAV/HTLV-III, the so-called "AIDS virus") plays a major role in developing AIDS. It has been shown in at least one small study that condoms can act as a barrier, blocking the passage of HIV. It has also been shown that nonoxynol-9 can kill HIV *in vitro* (in the test tube). It is presumed that Lubraseptic can also kill HIV *in vitro*, because it is effective against other, stronger microorganisms, namely the Herpes Simplex 2 virus, according to one study. (Lubraseptic has not yet been tested against HIV.)

All of this is fine and good, but there is one major problem. To date, there has not been one significant study conducted proving that the use of condoms and antibacterials blocks HIV *in vivo*, or in human subjects. Who would want to be the guinea pig in such a study? One presumes that our vast medical network could devise a "safer" study. Jacobs and Voeller say that such studies will soon be conducted under the auspices of the National Institutes of Health, condom companies, and AIDS service organizations.

It seems logical that, with all these microorganisms coming up for air, it would behoove individuals to use condoms and antibacterials and/or spermicides as a preventive measure, providing there are no major adverse side effects.

Jacobs believes that "safer sex," or the use of condoms in anal, oral, or vaginal sex, is the beginning of a "new sexual revolution." He views condoms as the "sex toys of the '80s." Although he said he believes that the combination of condoms and spermicides would provide a greater degree of safety, GMHC has only begun to study the matter. He explained that GMHC cannot endorse the idea in their "safer sex guidelines" until the matter is researched.

"We can't endorse it until we have proof," Jacobs said. "We have to look at the validity of studies, and what the FDA has to say."

New York Native, 11.08.1986



First of all, one must look at the effectiveness of condoms themselves. Condoms break. Voeller said it was generally accepted that there is a 10% failure rate in the use of condoms to prevent pregnancy. He pointed out that women are only fertile a few days out of the month, and that, therefore, the actual failure rate is probably proportionately higher. Based on this data, Voeller feels that the failure rate in condoms blocking viruses may be therefore be even greater. With the addition of an effective spermicide, Voeller said, the failure rate in the prevention of pregnancy is reduced to approximately 1%. Virus transmission would likely also be reduced.

Voeller believes that anal sex as practiced by gay men may be a lot tougher on condoms than so-called "normal" vaginal intercourse. The last significant study published on the efficacy of condoms was done by the Consumers Union in 1979. The report noted various breakage rates for commercially available condoms. Jacobs believes that gay men should experiment with different brands of condoms before penetrating one another, to see which ones work best for the individual. Obviously, some tend to break more readily than others.

Voeller's group conducted a test tube study in cooperation with the federal Centers for Disease Control, the results of which were published in the British medical journal, *The Lancet* (December 21/28, 1985). The report concluded that "nonoxynol-9 concentrations of 0.05% or more inactivated HTLV-III *in vitro*, while 1% or more reduced the live counts of the target lymphocytes." The study claims that, "Commercially available spermicides contain 1-5% nonoxynol-9."

Spermicides or antibacterials are contained in several commercially available sexual lubricants. Voeller believes that generic products which list concentrations are preferable. Jacobs and Voeller both emphasized that a water-soluble lubricant base is essential when used with latex condoms, as oil-based products may weaken the prophylactic.

The antibacterial Lubraseptic was tested against various microorganisms in a comparative test with Forplay and Koromex, both containing different concentrations of nonoxynol-9, by a laboratory in New Jersey. Lubraseptic managed to kill off several microorganisms such as *salmonella typhi* and *e-coli* in 30 seconds, a fraction of the time it took Forplay to be effective (almost 24 hours). The concentrations of the antibacterials contained in Lubraseptic and the spermicide contained in Forplay and Koromex were not equal.

According to Dr. Alfred Globus, founder of the 43-year-old United Guardian, Inc., the parent company which invented Lubraseptic, the product has been used successfully against viruses for 27 years in hospitals, mainly in operations involving the urethra. Globus believes that Lubraseptic would be very effective against HIV, noting his own test tube studies involving other viruses.

What all this means, exactly, is not clear. Jacobs offered, "At GMHC, we don't tell people what to do. We offer guidelines, and people have to make their own personal choices." Further, he said, "It is our ethical responsibility to inform on what is the safest way to practice safer sex. To tell people not to fuck is equally irresponsible." ■

(Forts.) New York Native, 11.08.1986

Bay Area Reporter, 14.08.1986

A MESSAGE ABOUT AIDS FOR THE MALE ATHLETES & VISITORS TO GAY GAMES II

Welcome to San Francisco and Gay Games II. Gay Games II will be a thrilling and inspiring series of events for all of us. We wish you a wonderful visit. We're glad you're here.

Please remember, though, that we are in the midst of a deadly sexually-transmitted epidemic. No one wants to see a worldwide increase in the cases of AIDS as a legacy of such a positive and healthy occasion. *The sexual precautions men need to take are simple and absolutely essential.*

Please don't have Unsafe Sex while you're here. In the face of this epidemic, most gay and bisexual men in San Francisco will refuse to have Unsafe Sex. Those who are still willing to have Unsafe Sex are extremely likely to be sexually contagious. *The only way to stop the virus is to stop Unsafe Sex—especially anal sex without a condom, the*

UNSAFE SEX PRACTICES

Anal Intercourse
Without Condom

Rimming

Fisting

Blood Contact

Sharing Sex Toys or Needles

Semen or Urine in Mouth

Vaginal Intercourse
Without Condom

*Key Area Physicians for Human Rights

principal way AIDS is spread.

San Francisco men have become experts about what's safe and hot. If you need guidance, or information about where to buy condoms, just ask someone!

Our HOTLINE is available to you for AIDS-prevention information. Call us at 863-AIDS for the most complete information about AIDS trans

mission and safe sex.

We want you to take home wonderful memories of exciting events and of warm new friendships—and accurate information about AIDS for yourself and your friends at home. We don't want you to take home the AIDS virus—or leave it with us.

Play to win, and play to live. Enjoy the Games!



THE SAN FRANCISCO
AIDS FOUNDATION
333 Valencia St. 4th Floor
San Francisco, CA 94103
415-863-AIDS
Toll free in
Northern California:
800-FOR-AIDS
TDD: 415-864-6606

Major funding for the educational program of the San Francisco AIDS Foundation is provided by the San Francisco Department of Public Health

(Ausz.) New York Native, 30.6.86

AIDS and the Quarantine of the Mind

The Syndrome Doesn't Only Affect Those Who Have It

by Joe Del Ponte

At 23, drawn Paul Carbone sits quietly in his apartment. With his soft voice, long, delicate fingers, and doleful eyes, Carbone cuts a benign figure. His aquiline nose seems a bit large for a face that has grown thin in recent months. Every so often his eyes flicker with vulnerability; they seem to say, "Don't hurt me." Why, one wonders, would anyone ever want to?

But Paul Carbone has AIDS, and a lot of fearful Americans have discussed putting him away, isolating him and thousands of other AIDS patients in some kind of quarantine. (...)

Although a formal, government-imposed quarantine of AIDS patients isn't likely at this point—the Centers for Disease Control and the U.S. Public Health Service have no immediate plans for such a step—that's little comfort to the thousands of AIDS patients and hundreds of thousands who are at risk of developing the disease. Paul Carbone and thousands of others have listened to the panicked calls for quarantine during the past year and a half, and the atmosphere of fear and mistrust is taking its toll. Most AIDS patients are not worried about being shipped to an island in New York harbor; that is not the kind of quarantine they fear. They suffer from a far more devastating kind of quarantine, a quarantine of the mind, which is

wrecking their emotional well-being as inexorably as the disease destroys their ability to fight off infection. (...)

Richard L. Wein, a psychoanalyst who directs a staff of 30 mental health therapists at the Gay Men's Health Crisis, says the discrimination and prejudice against AIDS sufferers is exacting a significant emotional toll. "They've arranged their lives to hide the fact that they have AIDS." Wein says that those with visible Kaposi's sarcoma lesions on their legs have stopped activities such as workouts at gyms that would expose their disease. "One patient's facial lesions were so extreme that he only left his house from six to seven in the morning, before people started to walk the streets of his neighborhood," says Wein. "People would stare at him, come up to him in the street, tell him all kinds of strange tales about how he could get miraculous cures. Or else they would avoid him. It was overwhelming for him to continue to be seen in public."

Many AIDS patients are imposing quarantine on themselves to avoid society's rejection or revulsion. Says Wein, "It's self-protective behavior. It's reflective of someone's ability to stay sane and do the best possible in a difficult situation. It's certainly not a healthy adaptation, but it's the best some people can do."

Carbone is glad he hasn't had to deal with such horror stories. His lover has stayed by him emotionally and financially, supporting him, cooking dinner every

night, doing household chores they used to share. Nonetheless, AIDS has slowly imposed a quarantine on their relationship.

"After things got started [with the disease], things began to get uncomfortable for us as a couple. My lover tends to blame too many of his problems on my AIDS. He has a cocaine problem. He hates his job. Problems he has now are problems he's always had, and I don't think it's fair of him..."

Carbone's voice trails off. He is lost in thought. After a few moments, he continues.

"He's worried about himself, although right now he's healthy. My doctor told me he was a little too worried about the whole thing. He had him come in and do all the tests and told him he was perfectly fine, hoping that would take some of the pressure off." (...)

Michael, a 30-year-old graduate student who has met Carbone, is healthy at the moment, but he has lived most of the past three years waiting for the sky to fall in.

"Hearing about Paul Carbone made me feel like I was living on borrowed time," he says. "I can't deal with being well at 30 and this guy is facing death with so much dignity and grace—at 23!"

Michael is one of a legion of the "worried well," the thousands who have reason to worry that they might get AIDS. He had his share of sexual experiences before the AIDS crisis, and he's afraid that the virus is already in his system, waiting to attack. (...)

Such fears don't keep Michael from socializing, however, and he often makes it to the Sunday Beer Blasts at the Works, a gay bar on Columbus Avenue. He doesn't think of it as socializing. The place is packed, but his presence does not go unnoticed. Michael is handsome, with dark hair, dark eyes, olive skin, and a good build. He attracts stares from several men in the Beer Blast crowd, but looks straight ahead, acknowledging no one. "I feel like I'm in a boxcar with a bunch of infected cattle," he says. AIDS has poisoned the atmosphere, and meeting a paramour is the farthest thing from Michael's mind. (...)



(Forts.) New York Native, 30.6.86

Lacking the absolute answers, Michael feels the quarantine of the mind pervading every aspect of his life. He doesn't feel comfortable kissing his four-year-old niece. He never takes a sip of another person's drink or a bite of a friend's candy bar. "I'm afraid that if I ever got AIDS, they'd remember that candy bar and be paranoid that they were exposed to the disease. I know it can't be transmitted that way, but it's not a rational thing." At times the fear has paralyzed him. (...)

Michael knows that his biggest problem is the emotional distance he has put between himself and the people in his life. He still feels the need for absolute answers. He still mistrusts himself and other gay men. But slowly, with the love and support of friends who know him well, he is finding his way out of the quarantine of the mind.

"I know the answers aren't there and probably won't be for years," says Michael. "But I also know I can't live the way I've been living. I want things to get better. I want myself to get better. In the meantime, I get strength from thinking about Paul Carbone. If he's managed to face death with so much courage, I can figure out a way to face life." ■

(Ausz.) New York Native, 30.6.86

Texas Approves Nation's First AIDS Center

Houston Health Director Blasts Plan

by Craig C. McDaniel

DALLAS—A Houston hospital will be converted into the nation's first AIDS research and treatment facility, under a plan approved June 6 in Austin by the University of Texas System Board of Regents.

The board agreed to allow state college medical faculty to work with American Medical International, Inc. (AMI), to establish the Institute for Immunological Disorders in one of AMI's 11 Houston-area hospitals.

Some health officials and Houston gay leaders have attacked or expressed reservations about the idea, saying such a facility could become a "leper colony" or

make it harder for indigent AIDS patients to get care.

AMI describes the 150-bed facility as a "free-standing in-patient hospital dedicated to research and treatment of immunological and infectious diseases, with initial focus on AIDS." The agreement permits staff members at the University of Texas (UT) Health Science Center and UT System Cancer Center (M.D. Anderson Hospital and Tumor Institute) to direct medical and research activities for the new center.

AMI agreed to convert its Citizens General Hospital to the AIDS institute. Conversion is expected to be finished in "several weeks." (...)

Critics of the plan include Dr. James Haughton, director of Houston's Health

and Human Services Department. He had said that providing a place in which AIDS patients can be segregated will make it appear the patients should be segregated. "I don't see the need for it," he said. (...)

Houston AIDS patients, mostly homosexuals, who have cancer (such as Kaposi's sarcoma) have been treated without charge at world-renowned M.D. Anderson, a state-run hospital that must, by law, treat any Texas resident who has cancer.

AIDS patients unable to pay for other medical care had relied on M.D. Anderson hospital for their treatment. Leaders of the AIDS Foundation of Houston worry that these patients may be barred from the University of Texas hospital and forced to the for-profit AMI Institute.

"We do have some ongoing concerns," said Curtis Dickenson, executive director of the AIDS Foundation. "There is the appearance that Texas and M.D. Anderson are beginning to withdraw from AIDS activities. If they are going to continue treating AIDS patients with cancer, that's great."

Houston lawyer Donald L. Skipworth, chairman of the foundation's board, said, "I don't like the idea of an AIDS-only hospital. AMI's a for-profit organization.

They're not going to be interested in providing for the indigent."

University hospital officials deny those charges, saying AMI would provide care for those who cannot afford the huge costs of treating AIDS "to the extent of their ability."

Another concern about the AMI facility is its distance from the inner city, where most AIDS victims live. The AIDS hospital will be about ten miles north of downtown Houston.

Skipworth said in a telephone interview that his organization and the gay community are giving the plan the benefit of the doubt.

"We have to look at the alternatives," he said, citing recent rejections of funding for AIDS counseling programs in Houston and the state Health Department's efforts to have AIDS added to a list of quarantinable diseases. "We are in the state of Texas and Texas is not a good place to be sick." ■



(Ausz.) New York Native, 21.7.86

The Longest Living AIDS Patient Tells of the Stigma of a New Plague

by Barry Adkins

On a cold, rainy weekend in Boston, I had the opportunity to speak with "Jack," a man diagnosed with Kaposi's sarcoma six years ago. By the federal Centers for Disease Control's definition, Jack has AIDS. Kaposi's, or KS, is a rare form of leukemia which normally does not occur in young, healthy individuals in this country. It is the one malady which is not an opportunistic infection which, when diagnosed, usually means the patient has AIDS. In most cases it causes internal and external lesions. On the skin these "cancer spots" are purple in color. In many cases, KS is lethal. (...)

Jack is a healthy looking man, in his early thirties. He's a bodybuilder. He has lived with AIDS for six years, longer than any other known person. This is his story.

Barry Adkins: When were you diagnosed with KS and/or AIDS?

Jack: It was summer 1979. I know it was summer. My lover's mother was in L.A. at the time. I had to take her to the San Diego Zoo the next day. So I got a phone call the day before [from the doctor].

Who were the doctors that diagnosed it as KS?

Dr. Grubman and Dr. Gottlieb. Michael Gottlieb from UCLA?

UCLA, right. They were working there at the time. It was all kind of new. At that time I was reading about young men coming into the hospitals with high fevers and dying of this rare pneumonia. (...)

This doctor said you had AIDS. Did you have external lesions?

I had a lesion right here. See, it's gone away. It was right there.

On your palm?

Yeah, the little scar right there. They chipped a little piece of it off. The reason they did this was so I could get Social Security. I'm at 200 pounds now. I was 142 pounds when I came here. That's almost a 60 pound difference. You can imagine. I was very thin. I was malnourished. I had really pushed my

immune system to its limits. I really had. But nobody would listen to me. Everything that was wrong with me was self-induced. I kept saying, I'm not dying.

Were you a drug user?

Yeah, through drug abuse. Anybody who did to their body what I did—your immune system would show it. If you go out tonight and have a lot of cocaine and you have poppers and you drink and fuck all night long, tomorrow morning if your immune system were checked it would be very low. Extremely low. You have broken everything down to nothing. I kept telling them this. They wouldn't listen to me. So anyway, I was diagnosed with KS again in Boston. I knew it was KS. I said: I could tell you it's KS. And for reasons of Social Security, I had to be diagnosed.

How many lesions have you had?

My total? One, two, three—about six total, maybe more.

And they all went away?

Every single one of them went away. By themselves.

Did you seek treatment for KS?

I took aspirin. I've never even had the flu since I've had AIDS. Since I've been quote, unquote diagnosed with KS, I've never had a runny nose or anything. And this is why I say this is really weird. Why are these people telling me I'm supposed to die?

What about your T-cell ratios? Are they normal?

Well, when my new doctor, "Dr. Smith", took it, mine were way above average. I don't ever remember anybody telling me my T-cell ratio anything. Dr. Smith was the only one who ever wanted to take it. He had a feeling that there was something different about my case. Because I was bouncing back. By all rights—I should have died last March or April at the latest. I should have just kept going down. Instead, I went all the way up. Everything got better once I stopped drinking and doing drugs. (...)

How do you explain your own good health? Do you believe it's possible to build your immune system up to a point where you might not have what is called AIDS, exactly?

Oh, I believe that 100%. I believe sometimes that maybe I got one of the earlier strains of it before it mutated and became so horrible. I guess there's a whole lot of different levels of AIDS. People get degrees of AIDS. Not all are deadly. Just because someone's diagnosed with AIDS does not mean their life is over. It does not mean that the clock's going to stop. (...)

Everybody knows I have AIDS in Boston. I'm leaving Boston because I can never have a boyfriend. It would be as hard on him to be dating somebody who is healthy with AIDS as it would be for me. People would always be questioning him: Aren't you afraid? I have dated people here in Boston, but I'll tell you... Do you know what it's like to walk into a restaurant and see somebody who knows that you have it? Your stomach gets sick. I think it's important to keep it private because you don't need any other stresses. You don't need to have people reject you. Sometimes I think I'm rejected more because I am healthy with it. There's absolutely no reason to feel sorry for me or pity me at all. That's hard for a lot of people to accept. I'm the AIDS man of the future. Everybody's going to live with this disease one day.

What do you mean, everybody?

It'll be taken care of through medicine for some people. But I do believe there's other people that will live the same way I have. You have to want to live. You cannot be afraid of it. Sure, it's scary and sometimes I get anxieties.



Bay Area Reporter, San Francisco, 24.7.86

S.F. Diocese Steps Up AIDS Ministry

Archbishop Quinn Repudiates Those Who Claim Disease is Wrath of God

Catholic Social Service of the Archdiocese of San Francisco has obtained new funding and hired new staff to begin meeting needs it has identified in the AIDS/ARC epidemic. In response to a needs assessment conducted last winter by Dale Meyer, CSS has instituted a formal AIDS/ARC program coordinated by Meyer, and assisted by Rick Cotton as coordinator of direct services.

The program is designed to augment existing services and to fill such unmet needs as housing for families coming to San Francisco, pastoral education, emergency health and welfare funds, and other needs uncovered by the assessment.

The AIDS/ARC Program received \$100,000 in January from the St. Joseph Hospital Foundation (the Sacred Heart Sisters of Mokena, ILL.) for an emergency health fund. In April and May, the program received undisclosed financial donations from Archbishop John R. Quinn and an anonymous donor, and \$15,000 from the Van Loeben Sels Foundation.

Among other services, this funding permitted the recent hiring of Cotton as coordinator of direct services. This summer, Cotton is directing a staff of three volunteer seminarians who are visiting parishes in response to Archbishop John R. Quinn's call for AIDS/ARC education at the parish level.

In addition to this drive for education in the archdiocese, Rev. Michael Lopes, OP, chaplain in archdiocesan AIDS ministry, is planning an ecumenical conference on pastoral care for persons with AIDS, ARC, and their families in October at St. Mary's Cathedral.

The AIDS/ARC Program is also negotiating to develop several supplemental support programs for person with

AIDS/ARC. \$4,500 has been secured to assist with Ruth Brinker's Open Hand service providing in-home meals to persons with AIDS. Other unmet needs, including dental services for persons with AIDS, free or low-cost psychological counseling, and professional assistance with the health component of the archdiocesan educational program, are being negotiated.

PASTORAL SUPPORT

In his strongest statements to date on AIDS, Archbishop John R. Quinn denounced fundamentalist charges that the AIDS/ARC epidemic is God's punishment on homosexual activity. He called for more ministers to help persons with AIDS "come to an internalized and profound understanding of the changeless love of God for them."

Writing for the June 21 issue of *America* magazine, the archbishop narrated personal, pastoral encounters with persons with AIDS to illustrate their frequent sense of isolation from their families, from society and from the Church.

Such persons, he said are "eager for pastoral and spiritual sup-

port." He enjoins the church's ministers to offer support in the spirit of the Church's Rite of Anointing and Care of the Sick which teaches that sickness, "while it is closely related to man's sinful condition, cannot be considered a punishment for personal sin."

Catholics should see persons with AIDS as "brothers and sisters" who are suffering and in need of Christian compassion, said the archbishop.

The archbishop then stated unequivocally that AIDS is not just a gay disease, it is a human disease.

Archbishop Quinn further pointed out the sense of devastation that some parents feel when they learn their child has AIDS, in many cases discovering for the first time that their child is gay. Consequently, the archbishop stated, the church in its ministry "must consider the dimension of parents and families."

The archbishop announced that he is making into an annual event the Forty Hours Devotion held for the first time last year. In this public prayer, held at Most Holy Redeemer parish in the Castro district, the archbishop said that "the Lord, hidden under the sacramental signs, reveals himself as the healer who in manifold and mysterious ways takes hold of the situation and 'makes all things new.'"

The devotion will be held at

Most Holy Redeemer Aug. 1, 2, and 3.

The Justice and Peace Commission of the Archdiocese of San Francisco, directed by George Wesolek, also issued a statement on AIDS/ARC calling for a caring response to the epidemic and to guard against injustice and discrimination.

The Commission warned against injustice and discrimination meted out to persons with AIDS/ARC in several areas: housing and jobs, Social Security and other insurance benefits, federal funding for research, school attendance, religious and social attitudes, privacy rights following positive tests to HTLV-III antibodies.

Finally, the commission cited pending legislation which threatens individual rights, such as proposals for mandatory testing, quarantining, and other actions.

L.A. Snuffs Out Poppers Business

LOS ANGELES—It is now illegal to buy and use poppers in Los Angeles County. The little bottled drug was banned as a health hazard during a July meeting of the Los Angeles Board of Supervisors. The decision came after the city domos heard testimony from the local Director of Health Services, who linked the use of poppers to AIDS-related infections and other problems.

—Update of Southern California

Bay Area Reporter, San Francisco, 24.7.86



(Ausz.) New York Native, 21.7.86

Macrobiotics and AIDS

*Changing Their Diet May Be the Means
to Prolonging Life for Some PWAs*

by Tom Cunningham

"It's an extraordinary find, very unexpected. What makes this study unique is that no other AIDS research has achieved even a stabilization of lymphocyte numbers. But half of the men in this study have had an *increase* in lymphocyte number and an overall stabilization of T4-cells, both of which are considered a strong indicator of survival in KS [Kaposi's sarcoma]."

—Dr. John Beldekas,
Independent AIDS Researcher

The room is similar, but different. Twenty-seven gay men are talking about the disease at hand; most of them have been diagnosed with AIDS or AIDS-Related Complex (ARC). They are not discussing drug protocols, research, or hospital treatment. The conversation is centered more around the body, the spirit, energies, and food. There are doctors present, but they are not moderating the group. Michio Kushi, the foremost proponent of macrobiotics in the West, is counseling men with AIDS who have chosen a holistic, macrobiotic approach to illness and health.

Kushi is giving somber predictions about the spread of AIDS and the issue of immunity in the United States. He feels that AIDS has the potential to end America as we know it by the next century. He also gives nutritional advice, refinements in the men's individually structured macrobiotic diets, explaining which foods and preparations should be taken for the blood, the bowels, or the lungs, and whether they should be taken in the fall or in the winter, the morning or the evening—all according to a per-

son's individual condition and the changing seasons.

The men in the group are participating in a blood research project on macrobiotics and AIDS, being conducted by Beldekas and Dr. Elinor Levy at Boston University. A large percentage of the men report loss of fevers, night sweats, rashes, and other constitutional symptoms, as well as a clearer, stronger outlook towards life. Beldekas, a research associate in microbiology and independent AIDS researcher, and Levy, an associate professor of microbiology, are the primary researchers who've been monitoring macrobiotic people with AIDS (PWAs) since May 1984. Their findings have recently been prepared for publication and were presented at the International AIDS Conference in Paris on June 23.

"These men are doing a heck of a lot better than men in experimental drug trials," says Beldekas. "In fact, I think it's crazy to run around looking for drugs. They've had such a terribly poor success rate. I understand that impulse. People tend to turn to what they're most familiar with, and that's drugs. It's really upsetting that the medical establishment is not giving men alternatives, allowing them all their options. I mean, if the American Medical Association gave more sanction to alternative therapies, doctors could be more supportive of people who chose macrobiotics. It's like being in the closet, with alternative therapies—people look at you like you're crazy.

"If diet is responsible for affecting the courses of other illnesses, why not AIDS? [The importance of diet] is beginning to be recognized clinically nationwide. At

one university medical school, the Pritikin and macrobiotic diets are being used to treat a number of illnesses, including cancer. (...)

"The [macrobiotic] group is well above average," adds Levy. "Their lymphocyte numbers, upon entering the research project, were comparable to other research groups with KS, so they started at the same level. Their lymphocytes going up is a truly amazing find. As a matter of fact, that's part of the big excitement about Compound S, that the lymphocyte numbers go up while on the drug. But that's the only other study I've heard of with similar results.

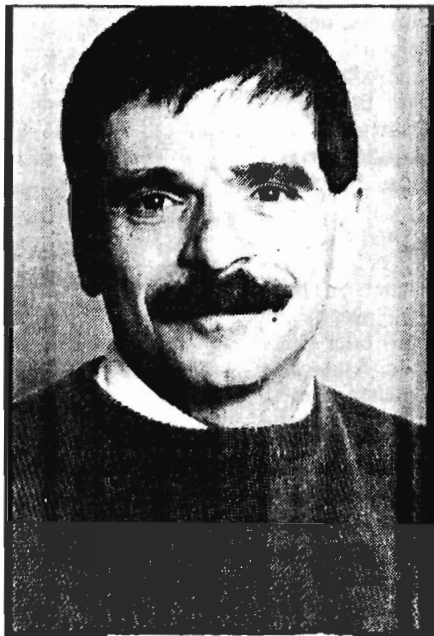
"Most of the men in our study who died had *very* compromised immune functions to begin with, as low as a 2% Tcell colony. But the others are alive now an average of 31 months after diagnosis—the average survival time for KS being 10 to 29 months—and none of them have opportunistic infections. Most of them are working, doing okay. I can pretty much predict they should live for at least another year, since they're stable and have no infections at this point. That equals living at least 43 months after diagnosis, which is well above average.

"We're curious to get feedback from other doctors, since many of them have been so negative about alternative therapies in general. We do acknowledge that there are many other factors that work with diet here. For one, macrobiotics gives these men a different, more positive psychology towards AIDS, a feeling of well-being and control over their illness, rather than one of helplessness and hopelessness. The study of psychoneuroimmunology [the science of the interplay between the mind/emotions



(Forts.) New York Native, 21.7.86

and the immune system] is getting attention, even at the National Institute for Health. Also, these men have made important changes in their lifestyle that go with macrobiotics—no drinking, no drugs. And none of them have undergone any medical treatment, whether conventional therapy or experimental drugs—which, as John stressed, we feel is an important factor as well.



Dr. John Beldekas

Bill Culham

cept that responsibility. Some people fall into resignation, guilt, and self-pity when illness strikes: "Look what I have done to myself," or, "Look what has happened to me." Holistic, or "alternative," therapies, of which macrobiotics is the most popular, suggest instead, "Look what I can do for myself." It is a positive way of encouraging people not to give their health completely over to the medical community and the hands of fate. Macrobiotics is supported by other "alternative" therapies, such as stress reduction, meditation, visualization, acupuncture, exercise, Reiki, emotional/psychological work, and the constant affirmation of the powers of the mind, spirit, body, and the will to live. The medical community is beginning to acknowledge all of these factors in healing; the Simontons' groundbreaking work with cancer patients suggests a whole new component to recovery and health. (...)

In the 7/27/85 issue of the British medical journal *The Lancet*, the doctors working with macrobiotic PWAs published a research article assuring the medical community of the safety of a "no treatment" approach to AIDS, asserting that these men with KS "who have chosen not to enter conventional treatment protocols... seem to be surviving at least as well as patients who have been treated." In fact, they continued, "their T4/T8 ratio, which reportedly correlates with survival, is higher than that reported for patients with KS... Survival in these men who have received little or no medical treatment appears to compare very favorably with that of KS patients in general." When asked about macrobiotics at a recent lecture in New York City, Dr. Anthony Fauci of the National Institute of Allergies and Infectious Diseases said that if he were a gay man, he would do it all—the diet, drink the juices, monogamy, workshops, everything." Fauci went on to add that he feels macrobiotics is "not the cure, but could help prevent" the onset of AIDS.

Some people contend that macrobiotics is not a safe, nutritional, or balanced diet. This is only true if you do not understand the diet and its balanced nutrients and energies, if you have not received individualized macrobiotic counseling. As with any diet, it must be followed properly. Some people are discouraged by reports of weight loss in macrobiotics. This represents a loss of fats and toxins which are being eliminated from the body. You only lose whatever you have to lose; your weight soon levels off. (...)

As Beldekas touched upon, macrobiotics has a reputation of being homophobic; this is true in some of the older writings, and really reflects an Oriental social stigma that has since been removed from modern Western teachings.

Gay people are becoming an important part of the health-conscious macrobiotic community. Indeed, it is inspiring and life-affirming to see men with a positive, full commitment to health, sharing meals and support, transcending the belief that "life ends with AIDS." At a recent meeting of HEAL (Health Education AIDS Liason), a weekly forum and support group for holistic therapies and AIDS held at the Gay and Lesbian Community Services Center in Greenwich

Village, several people shared information, feelings, and experiences about macrobiotics and AIDS. (...)

Max, 31 years old, was diagnosed with KS in September 1983, and became macrobiotic three months later. He has studied macrobiology all over the world, and now cooks for other people with AIDS.

"Cooking was like meditation to me. I'm not the kind of person to sit around in the lotus position, but I love the philosophy behind macrobiotics. It can be applied to anything. It's made me less prejudicial, more open. I'm able to identify with other people more, and live with less frustration."

Macrobiotics changed Max's outlook on health dramatically. "Cooking is truly alchemic," he explains. "Our food turns into blood, which then changes who we are, how we think. I've already lost almost all my lesions—I have only one left, the one they originally biopsied—although I'm definitely not an 'AIDS remission.' My immune system numbers have descended, but I feel fine. I have enough health to squander." Max's night sweats and diarrhea have disappeared, and he has sobered up from long bouts with alcohol and drugs. "I've gained tremendous respect for my vessel, this body of mine," he asserts. "It puts control where it belongs—back in your mouth, in your body. It gives us the capacity to say 'yes' and 'no' again, to choose the quality of our life, not just with food, but in all activities, with all stimuli. I really feel that it can pull gay people, individually and in general, out of isolation, give us a real universal viewpoint on our humanity."

To find out more about macrobiotics, contact the Macrobiotic Center of New York at (212) 877-1110. They offer counseling, cooking classes, a "Getting Started" class for beginners, as well as a Macrobiotic-AIDS support group HEAL offers support and information on macrobiotics as well as many other holistic approaches to AIDS. They meet Wednesdays at 8-p.m. at the Lesbian and Gay Community Services Center (208 West 13th Street; 212-242-3612).



Gay Journal, Heidelberg, Nr.7 (Juli 86)

HTLV-III-Soldaten?

Weil er immer wieder mit entsprechenden Anfragen aus der Bevölkerung bombardiert wurde, wollte es Herbert Rusche von den 'Grünen im Bundestag' endlich selber wissen: Wie geht die Deutsche Bundeswehr eigentlich mit HTLV-III-Infizierten um?

Die schriftliche Anfrage an das Ministerium von Herrn Wörner hat folgenden Wortlaut:

- Ist ein Mann mit positivem HTLV-III - Antikörper-Befund grundsätzlich wehrtauglich?
- Wird ein HTLV-III - Antikörper-Test bei Wehrpflichtigen oder Zeitsoldaten vorgenommen?
- Hat eine HTLV-III - Infizierung, die nach der Musterung festgestellt wird, irgendwelche Folgen für den Betroffenen?

Darauf teilte der Bundesminister der Verteidigung (InSan I 4 - Az 42 - 15 - 19) mit, daß nach ausführlichen Gesprächen mit den Fachleuten im Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit sowie dem Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesminister der Verteidigung beschlossen worden sei, einen obligatorischen HTLV-III - Antikörpertest weder bei Grundwehrdienstleistenden noch bei Zeit- oder Berufssoldaten durchführen zu lassen. Dagegen werde allen Soldaten und Zivilbediensteten ein Test auf freiwilliger Basis angeboten. Dieses Vorgehen entspreche den Empfehlungen aller medizinischen Fachgremien im In- und

Ausland, den Empfehlungen der Konferenz der Gesundheitsminister, den Veröffentlichungen der Weltgesundheitsorganisation und den Maßnahmen der europäischen NATO-Partner.

„Bei Festlegungen der Tauglichkeit“, so das Verteidigungsministerium, „wird zwischen einem Soldaten mit isoliertem HTLV-III - Antikörperbefund und einem Antikörperträger mit Krankheitszeichen unterschieden. Zu Ihren Fragen im einzelnen:

- Liegt bei einem Wehrpflichtigen bei der Musterungs- bzw. Einstellungs-/Annahmeuntersuchung ein positiver HTLV-III - Antikörpertest-Befund vor, so wird er für drei Jahre zurückgestellt.

- Sind bereits Krankheitssymptome feststellbar, ist er für den Wehrdienst nicht geeignet. (Diese Regelung gilt ebenfalls, wenn im Rahmen der Musterungs- oder Einstellungsuntersuchung der Arzt aufgrund von Krankheitszeichen diesen Test durchführen läßt. - Ein freiwilliger Test wird allen Soldaten angeboten.)

- Wird nach der Einstellung bei einem Soldaten ein isolierter HTLV-III - Antikörpertest festgestellt, so wird er über Schutzmaßnahmen aufgeklärt. Regelmäßige Nachuntersuchungen werden angeboten. Er verbleibt in seiner Einheit. Treten zusätzlich Krankheitssymptome auf, so wird dieser Soldat, wenn notwendig, behandelt.

Der zuständige Truppenarzt trifft die Entscheidung, ob und wann eine Änderung in der dienstlichen Verwendung angezeigt ist. Die behandelnden Krankenhausärzte beraten ihn dabei.”

Sailor Court-Martialed for Not Taking Antibody Test

New York Native, 21.7.86

VIRGINIA BEACH, Va.—Phillip Nolan, Petty Officer Second Class, was court-martialed June 23 for refusing to take a test for antibodies for HTLV-III, the so-called "AIDS virus." Captain Daniel Zemniak, serving as military judge, reduced Nolan's rank to E-1, the lowest rank for an enlisted person, gave him a bad conduct discharge, sentenced him to 45 days in the brig, and charged him with "failure to deploy with his ship."

Nolan claimed that he had received anonymous death threats and did not report to the aircraft carrier John F. Kennedy on May 6. He also stated that Commander Alan Gemmill had threatened him. Gemmill denied the charge. Nolan's court appointed military attorney stated that the proceedings violated Nolan's "constitutional right to privacy." His attorney said they will appeal the decision.

Navy spokesperson, Mickie Jakubec, said that Nolan's sexual orientation was not brought up during the trial, reports Lou Chibbaro, Jr., in the *Washington Blade*.



Lambda-Nachrichten, Wien, Nr.3/86

AM 16. MAI BESCHLOSS DER NATIONAL-RAT DAS "AIDS-GESETZ", DAS AM 1. JULI IN KRAFT TRETEN WIRD.
WIR NEHMEN DAS NEUE GESETZ UNTER DIE LUPE UND HABEN UNS AUCH UMGE-SCHAUT, WIE DIE GESETZLICHEN BE-STIMMUNGEN ZU AIDS IM AUSLAND AUS-SEHEN.

DAS AIDS-GESETZ

Das AIDS-Gesetz, das wir anschließend im vollen Wortlaut abdrucken, beinhaltet drei wesentliche Punkte: Untersuchungspflicht auf LAV-Antikörper für Prostituierte, bei positivem Befund Berufsverbot für sie; gesetzliche Verankerung von AIDS-Beratungsstellen; sowie eine Meldepflicht der AIDS-Vollbild- und -Todesfälle, wobei nur ärztliche Leiter von Krankenanstalten und Totenbeschauer zur Meldung berechtigt sind. Die betreffenden Fälle werden mit den Initialen des Namens, dem Geburtsdatum und unter Angabe des Geschlechts gemeldet. Dabei handelt es sich um keine völlig anonyme Meldung, denn mit diesen Daten läßt sich leicht die Identität der betreffenden Person feststellen. Der Nachteil bei dieser Meldung ist daher auch, daß sie nicht an eine zentrale Stelle, etwa ans Gesundheitsministerium erfolgt, sondern an die Bezirksverwaltungsbehörden.

Nicht gemeldet werden jene Personen, bei denen nur Antikörper auf das AIDS-Erregervirus LAV/HTLV III oder andere durch dieses Virus hervorgerufene - mildere - Erkrankungsformen, wie das Lymphadenopathiesyndrom oder der AIDS Related Complex festgestellt werden!

Dies stellt daher auch eine Verbesserung und einen Fortschritt gegenüber der bisherigen Regelung dar, die gemäß Erlaß des Gesundheitsministeriums vom März 1983 vorsah, daß alle Erkrankungs- und Verdachtsfälle von AIDS gemeldet werden sollten. Aufgrund dieses Erlasses hat man ja in einigen Bundesländern - wie wir berichtet haben - auch gesunde LAV-infizierte Personen behördlich erfaßt. (S. LN 4/85, 1/86 und 2/86). Dies führte zu unerhörter Diskriminierung von seropositiven Personen, manche verloren sogar ihren Arbeitsplatz!

Das AIDS-Gesetz stellt einen Kompromiß zwischen den Forderungen nach Aufnahme von AIDS ins Geschlechtskrankheiten- bzw. Epidemiegesetz und nach dem Verzicht auf jegliche gesetzliche Regelung dar.

Es ist ein Verdienst des Gesundheitsministeriums, alle Versuche, auch die Meldepflicht für bloße LAV-Antikörperträger einzuführen - wie dies von konservativen Landespolitikern und Ärztekammerfunktionären gefordert wurde -, abgeblockt zu haben. Wie kontraproduktiv eine derartige Meldung ist, zeigt das schwedische Beispiel, mehr darüber später.

Für die AIDS-Bekämpfung hat das Gesundheitsministerium bescheidene 20 Millionen Schilling veranschlagt. Zum Vergleich: Der Hamburger Senat hat vor kurzem fast 2,5 Millionen bewilligt und Schweden hat für die nächsten zwei Jahre umgerechnet gar 450 (!) Millionen Schilling für den Kampf gegen AIDS budgetiert!



Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Nr.119 (6.6.86)
abgedruckt in: Lambda-Nachrichten, Wien, Nr.3/86

293. Bundesgesetz vom 16. Mai 1986 über Maßnahmen gegen die Verbreitung des erworbenen Immundefektsyndroms (AIDS-Gesetz)

Der Nationalrat hat beschlossen:

§ 1. Ein erworbenes Immundefektsyndrom (AIDS/Acquired Immune Deficiency Syndrome) liegt vor, wenn

1. dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechende ausreichende Hinweise auf einen bereits erfolgten Kontakt mit dem Virus LAV/HTLV III (Lymphadenopathie assoziiertes Virus/Human-T-Cell-Lymphotropic-Virus III) vorliegen und zusätzlich
2. Krankheiten auftreten, persistieren (andauern) oder rezidivieren (wiederkehren), die auf Defekte im zellulären Immunsystem hinweisen und bei denen für diese Immundefekte keine bereits bekannten anderen Ursachen vorliegen.

§ 2. (1) Meldepflichtig im Sinne dieses Bundesgesetzes sind:

1. jede gemäß § 1 manifeste Erkrankung an AIDS;
2. jeder Todesfall, wenn anlässlich der Totenbeschau oder Obduktion festgestellt wurde, daß im Zeitpunkt des Todes eine Erkrankung nach Z 1 bestanden hat; ein Todesfall ist auch dann zu melden, wenn bereits eine Meldung über den vorangegangenen Krankheitsfall erfolgt ist.

(2) Zur Erstattung der Meldung gemäß Abs. 1 sind verpflichtet:

1. in Krankenanstalten der ärztliche Leiter der Krankenanstalt;
2. der Totenbeschauer oder der Prosektor.

§ 3. (1) Die Meldung ist innerhalb einer Woche nach Feststehen der Diagnose schriftlich an die Bezirksverwaltungsbehörde zu erstatten.

(2) Die Meldung hat die Initialen (Anfangsbuchstaben des Vor- und Familiennamens), das Geburtsdatum und das Geschlecht des Kranken bzw. Verstorbenen sowie in den Fällen des § 2 Abs. 1 Z 1 auch die relevanten anamnestischen und klinischen Angaben zu enthalten.

§ 4. (1) Personen, bei denen ein Kontakt mit dem Virus LAV/HTLV III nachgewiesen wurde, ist es verboten, mit ihrem Körper gewerbsmäßig Unzucht zu treiben.

(2) Personen, die gewerbsmäßig Unzucht treiben, haben sich neben den nach dem Geschlechtskrankheitengesetz, StGBI. Nr. 152/1945, und der Verordnung BGBl. Nr. 314/1974 vorgeschriebenen Untersuchungen vor Aufnahme dieser Tätigkeit sowie periodisch wiederkehrend, mindestens jedoch in Abständen von drei Monaten, einer arztärztlichen Untersuchung auf einen Kontakt mit dem Virus LAV/HTLV III zu unterziehen.

(3) Die Bezirksverwaltungsbehörde hat den im § 2 der Verordnung BGBl. Nr. 314/1974 vorgesehenen Ausweis nicht auszustellen bzw. einzuziehen, wenn

1. bei einer Untersuchung gemäß Abs. 2 ein Kontakt mit dem Virus LAV/HTLV III nachgewiesen wird, oder
2. die Vornahme einer Untersuchung gemäß Abs. 2 verweigert wird.

§ 5. (1) Wird anlässlich der Untersuchung bei einer Person ein Kontakt mit dem Virus LAV/HTLV III nachgewiesen, so ist der Arzt verpflicht-



(Forts.) Bundesgesetzblatt Österreich

tet, dies der betreffenden Person im Rahmen einer eingehenden persönlichen Aufklärung und Beratung mitzuteilen.

(2) Jeder Arzt, der einer Person mitteilt, daß bei ihr ein Kontakt mit dem Virus LAV/HTLV III nachgewiesen wurde, hat sie ferner über die Arten der Übertragungsmöglichkeiten dieses Virus sowie über die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer solchen Übertragung zu belehren.

(3) Jeder Amtsarzt ist gegenüber Personen, die gewerbsmäßig Unzucht treiben, anlässlich der Untersuchungen gemäß § 4 Abs. 2 verpflichtet, sie über die Arten der Übertragungsmöglichkeiten des Virus LAV/HTLV III, die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer solchen Übertragung sowie über das Verbot gemäß § 4 Abs. 1 zu belehren.

(4) Die gemäß § 22 des Suchtgiftgesetzes, BGBl. Nr. 234/1951, anerkannten Einrichtungen und Vereinigungen zur Beratung und Betreuung von Personen im Hinblick auf Suchtgiftmißbrauch haben die Personen, die ihre Tätigkeit in Anspruch nehmen, über bestehende Beratungs- und Betreuungseinrichtungen im Hinblick auf AIDS zu informieren.

§ 6. (1) Untersuchungen zum Nachweis eines bereits erfolgten Kontaktes mit dem Virus LAV/HTLV III dürfen nur nach den dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechenden Methoden und nur unter Einhaltung der hierfür maßgeblichen Kriterien zur Qualitätssicherung durchgeführt werden.

(2) Bei der Untersuchung auf LAV/HTLV III-Antikörper dürfen in Verkehr gebrachte Diagnostika nur dann verwendet werden, wenn sie vom Bundesstaatlichen Serumprüfungsinstitut auf Wirksamkeit geprüft worden sind. Die Packung hat die amtliche österreichische Prüfnummer und den Vermerk „Staatlich geprüft“ zu tragen. Ist die Wirksamkeit zur Prüfung eingereichter Diagnostika nicht gegeben, ist dies auf Antrag des Einschreiters vom Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz mit Bescheid festzustellen.

§ 7. Der Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz hat, insbesondere durch Vergabe von Forschungsaufträgen, für die Durchführung von Studien über den Stand und die weitere Entwicklung der epidemiologischen Situation betreffend AIDS zu sorgen.

§ 8. (1) Der Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz hat für die Ausarbeitung und Durchführung eines umfassenden Informationskonzeptes mit dem Ziel einer Aufklärung über mit AIDS zusammenhängende Fragen, insbesondere über die Arten der Übertragungsmöglichkeiten des Virus LAV/HTLV III sowie über die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer solchen Übertragung, zu sorgen.

(2) Die Tätigkeit von Einrichtungen und Vereinigungen zur Beratung und Betreuung von Personen im Hinblick auf AIDS kann vom Bund gefördert werden. Die Förderung hat durch Gewährung von Zuschüssen nach Maßgabe der hierfür nach dem jeweiligen Bundesfinanzgesetz verfügbaren Bundesmittel zu erfolgen.

(3) Zuschüsse nach Abs. 2 dürfen physischen und juristischen Personen nur zur Errichtung und zum Betrieb solcher Stellen der im Abs. 2 bezeichneten Art gewährt werden, die mit Rücksicht auf die Zahl der Personen, die die dort gebotenen Hilfen in Anspruch nehmen, zweckmäßig und wirtschaftlich erscheinen. Jeder geförderten Einrichtung oder Vereinigung muß ein mit Fragen im Hinblick auf AIDS hinreichend vertrauter Arzt sowie sonstiges qualifiziertes Personal, das eine entsprechende Beratung und Betreuung gewährleistet, zur Verfügung stehen.

(4) Vor Gewährung von Zuschüssen hat sich der Empfänger dem Bund gegenüber zu verpflichten, zum Zweck der Überwachung der widmungsgemäßen Verwendung der Zuschüsse Organen des Bundes die Überprüfung der Durchführung durch Einsicht in die Bücher und Belege sowie durch Besichtigung an Ort und Stelle zu gestatten und ihnen die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Ferner hat sich der Empfänger zu verpflichten, bei nicht widmungsgemäßer Verwendung von Zuschüssen diese dem Bund zurückzuzahlen.

§ 9. (1) Sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist hierfür mit Geldstrafe bis zu 100 000 S zu bestrafen, wer

1. entgegen § 4 Abs. 1 gewerbsmäßig Unzucht treibt;
2. gewerbsmäßig Unzucht treibt, ohne sich vor Aufnahme dieser Tätigkeit und regelmäßig wiederkehrend einer amtsärztlichen Untersuchung gemäß § 4 Abs. 2 zu unterziehen.

(2) Eine Verwaltungsübertretung begeht und ist hierfür mit Geldstrafe bis zu 30 000 S zu bestrafen, wer die im § 2 Abs. 1 vorgesehene Meldung nicht oder nicht rechtzeitig (§ 3 Abs. 1) erstattet.

§ 10. (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Juli 1986 in Kraft.

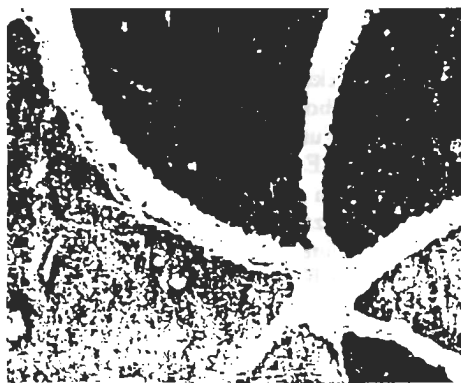
(2) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist der Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz betraut.

Kirchschläger

Sinowatz



SAFER SEX:



Allen diesen Fronten in der Diskussion ist der Trend zum Abdriften in die Scheinrealität gemeinsam. Ungeschminkt bei Haerberle mit seiner „Enttabuisierung der Phantasie“ und dem propagierten Orgasmus vor dem Videorecorder, bei Rosa unter dem Schwall nicht bearbeiteter Angst vorborgen, bei den gegen Safer Sex polemisierenden Teilen der Schwulenbewegung im Ausweichen vor der virologisch-politischen Realität und bei uns AIDS-Hilfe-Arbeitern selbst in Nebel der Unklarheiten. Abdriften in den Schein — wie auch immer — liefert uns dem Tiger aus. Wenn wir ihn reiten, bleibt das Biest zwar weiterhin gefährlich, läßt uns aber die starke Position ...

Grundlegendes gegen den Nebel:

Die vorhandenen wissenschaftlichen Studien belegen, daß Blut und Sperma wegen ihrer hohen Konzentration von Erregern eine echte Ansteckungsgefahr darstellen, wenn sie in den Blutkreislauf gelangen. Gemeinsamer Spritzengebrauch und sich bumsen lassen ohne Pariser sind also die wesentlichen Dinge. Diese Wege dem Virus zu versperren, kostet relativ wenig Aufwand ... allerdings immer noch genug. Denn der gemeinsame Gebrauch von Fixen hat einen hohen Symbolgehalt auf der Scene und für uns Schwule bedeutet der Präser eine ganze Menge Bewältigung: das Gummiding erinnert an Familienplanung; ebenso jedesmal an das Scheiß-AIDS. Wer sich bumsen läßt, hat es schwerer, den Präser durchzusetzen als der, der bumst und der wiederum klagt über Potenzstörungen ... „bis ich das Ding drüber hab“, steht er schon nicht mehr!“, es fühlt sich auch anders an. Etwas weniger drastisch noch dazu, beim Blasen rechtzeitig vor dem Abspritzen rausgehen (oder ebenfalls mit Pariser, das finden die meisten aber verständlicherweise nicht so toll).

DEN TIGER REITEN!

DIE SCHWULE EMANZIPATION GEHT DURCH DAS THEMA AIDS HINDURCH

von Hans Peter Hauschild, AIDS-Hilfe Frankfurt

Die AIDS-Hilfen rackern sich ab, Klärung in den Dschungel der Safer Sex Mythologien zu bringen; dieses sicher — sicherer — am sichersten oder à la Haerberle (die Polemik deutscher Sexualwissenschaftler über seinen Titel anstatt über seine fragwürdigen Inhalte erscheint lächerlich): risikoreich/-arm/-frei, mit wortreichen Konjunktiverläuterungen drumherum, was, warum, wie möglicherweise auch noch ein Quäntchen Ansteckungsgefahr enthalten könnte. Oder Rosa (nach wie vor leider sehr normativ für deutsche Schwule), die zwar weiterhin zur Promiskuität steht, aber eben „Masturba-

tion. Für die fünf Minuten, die ich zum Orgasmus brauche, riskiere ich doch nicht mein Leben!“

Dann die schwul-bewegten Oberliteraten, die Safer Sex für „nüchternen Präventionssex“ (Frank Rühmann) halten oder wie Mathias Frings sich dagegen entscheiden, damit das schwule Leben lebenswert bleibt.

Und dann der AIDS-Hilfe-Wirrwarr im eigenen Stall! Die einen wollen rigoros die Promiskuität einschränken, die anderen sehen lauter „Haken und Ösen“ (Berlin) und dann ist der internen Safer Sex-Diskussion lebhaft anzufühlen, daß es manchen gar nicht so unlieb ist, ein Argument gegen die Orgie zu haben...

Weitergehende „Schutzvorschriften“ sind aus der Angst geboren und daher verständlich, entbehren aber der virologisch-wissenschaftlichen Grundlage. Sie stellen zusammen mit der Weigerung, sich dem Thema überhaupt zu stellen, den Nebel dar, in dem der Tiger unentdeckt bleibt!

Safer Sex ist ein Komparativ: Wir schalten die Hauptansteckungswege aus, bei gleichzeitig voller Entfaltung der Sexualität ohne Abdriften der Phantasie. Dabei kommt uns ausgesprochen entgegen, daß die gefährlichsten Dinge — Analverkehr und gemeinsamer Spritzengebrauch — auch am simpelsten zu verändern sind. (Man stelle sich vor, die Spucke oder gar der Schweiß ...) Wer absolutes will: entweder die totale Sicherheit oder das totale Nichtverhüten, zeigt eine — so altklug das klingt — unreife Haltung diesem Phänomen der Diskriminierung und des Leidens gegenüber, die individuell wie sozial für die Hauptbetroffenen einen Identitätsverlust bewirken muß.

Identitätsverlust, angesichts der Nicht-Chancen im Arbeitsplatzbereich ohnehin virulent, wird durch die Wegnahme der real gelebten Sexualität völlig existenzbedrohend. Für die Nachgeborenen, weil sie in der Videowelt verkommen und für uns von AIDS verschreckte, weil viele sich nun gar nichts mehr trauen. Wie grausam, wenn Joachim Müller in vorletzten Siegesäulen-Heft zur sexuellen Null-Diät rät, damit hinterher der „Teller Suppe“ wieder schmeckt, der von der ursprünglich „vollen Speisekammer“ der Lüste übrig geblieben sei. Die Erfahrung in Beratungs- und Gruppenarbeit zeigt gerade, daß dieser Weg in den Horror vacui nicht gelebten Lebens führt und angesichts von auftretenden Krankheitssymptomen genau die entscheidende Auseinandersetzung mit dem

Sterben, das zum Leben gehört, verhindert. Im Sinne der Autobiographie Pablo Nerudas: „Ich bekenne, ich habe gelebt!“

Nehmen wir es doch ernst: die wirklich gefährlichen Praktiken — Arschlick und Nadel — sind relativ leicht ohne Identitätsverlust modifizierbar.

Durch AIDS hindurch

Noch einige Anmerkungen zum Kontext, in dem die Übernahme von Verantwortung durch Safer Sex angesiedelt sein sollte. Die schwule Emanzipation geht durch AIDS hindurch, wir Schwule haben das Primärstigma — dieses ist gesellschaftliche Realität, auch wenn uns das nicht paßt. Und es hat alte patriarchalische Traditionen: Seit rund 5000 Jahren ist es klar, daß aus der schwulen Schweinerei der Untergang der Welt kommt. Daran haben weder die Christianisierung noch die Aufklärung etwas ändern können. Begründungen für die Ermordung schwuler Normbrecher bei den Germanen, bei Kaiser Justinian, bei den Nazis und die Stimmen aus der Seele des gesunden Volksempfindens zum Thema AIDS heute sind völlig gleichlautend. AIDS als „natürliche“ Quittung für die Schweinereien der Schwulen (die Natur holt sich ihr Recht zurück bzw. wie die Taufliege im Dreck). Es scheint mir — wiederum altklug — ein ausgesprochenes Rückzugsgelächter zu sein, jeder gesellschaftlichen Realität zum Trotz, Schwulsein und AIDS durch Appelle und literarische Behauptungen trennen zu wollen. Die sexuellen Verhältnisse sind so: Es hat in den Kram gepaßt — das virologische Äquivalent für das, was sie schon immer wußten, ist dazu gekommen. Analog zur



rosa flieder, Nürnberg, Nr.48 (Aug/Sept.86)

Wortwahl von homosexuell und schwul, vom domestizierten Neger des weißen Mannes zum selbstbewußten schwarzen Stolz, kann die Konsequenz aus der Erkenntnis, daß hier ein Stigmatisierungsprozeß bereits geschehen ist, nur heißen, daß wir uns als Menschen mit AIDS auch so zeigen — jetzt gerade!

AIDS macht deutlich, welche Trenngräben in dem vielen Gerede von Toleranz lediglich ein wenig zugehudelet waren (so à la: „*Wissen Sie, für mich ist das gar nichts besonderes mehr, wenn ich Homosexuellen begegne.*“). d. h. — so schmerzvoll und beschissen AIDS ist — wir können uns weniger denn je darüber hinwegtäuschen, welchen subhumanen Sektor wir in diesem Sozialkörper zugeteilt bekommen haben:

1. Leben auf eigenes Risiko in diesem Sektor, für den weder innerhalb die Schwulen die Verantwortung tragen, (weil diese „*Befreiung*“ nachgeschmissen war und nicht erkämpft) noch irgendjemand außerhalb (wie das irrationale „*normale*“ Umgehen mit dem Phänomen AIDS zeigt).

2. Schwules Leben darf sich nach wie vor nicht gesellschaftsgestaltend entfalten und den Meisten erscheint das auch ganz normal so, mit all den unnötigen Coming out-Schmerzen, die unser patriarchal-heterosexuelles Geschlechterrollenmuster jeder Lesbe und jedem Schwulen zufügt.

Den Tiger reiten, anstatt den Nebel zu verstärken, indem er umherschleicht, heißt für mich:

1. Politisches Handeln lernen am Thema **AIDS als Vorwand**: offensive schwule Einmischung in diesen Sozialkörper, unsere existentiellen Äußerungen müssen das Leben einer Stadt und eines Landes mitprägen, schwule „Ansteckung“ die alle, die es wahrnehmen können, ein reicheres Leben mit emanzipierten Schwulen erfahren läßt — das Gegenteil scheint AIDS ja zu bestätigen.

2. Solidarität lernen am Thema **AIDS als Krankheit**:

a) alle die Symptome haben, alle die sterben, dürfen wir einfach nicht damit allein lassen. Wir müssen lernen, daß das Sterben zum Leben gehört und den Weg mit den kranken Freunden gehen.

b) neu sensibel werden für Diskriminierungen am Arbeitsplatz, vor Einstellungen, durch Krankenversicherungen, im gesamten Bereich der Dienstleistungen usw. und zusammen mit der jeweiligen AIDS-Hilfe die Finger auf die Wunde legen: Zivilcourage, Einklagen von Rechten!

c) Solidarität im Bett! Das Virus nicht weitergeben ... Präsergebrauch unabhängig von einem Testergebnis; sonst fängt die Ausfrage, die Sophisterei (wann, wie, wo) und letztlich die Denunziation der möglicherweise Positiven an — eine Scheußlichkeit, der ich beim Streetwork immer wieder begegne.

Reiten wir den Tiger!

Hans Peter Hauschild
AIDS-Hilfe Frankfurt/Main

Gay Scotland, Edinburgh, Nr.28 (Juli/Aug 86)

SAM + AIDS UPDATE

The fifth death in four years from the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in Scotland occurred in March. The news was only made public in May. There was one death in 1983, two in 1984 and one in 1985 confirming that while many non-gay and homosexual people have been infected by the virus the morbidity rate from AIDS is very low indeed.

HTLV-III has been renamed HIV (Human Immunodeficiency Virus) by the international medical authorities. This greatly simplifies things and settles the squabble US medics had with the Pasteur Institute in Paris, which first isolated the HIV.

Pictured is Will Mallinson, 32, a social worker and formerly convenor of Friend, Birmingham, who started his new job as Scottish AIDS Monitor's national organiser on 16th June. Also Mrs Maureen Moore, who's been working in Bonnyrigg as SAM's secretary since October 1985, who joined Will in the new Edinburgh city-centre office at the same time.

Scottish AIDS Monitor (SAM) has new hours: Mondays, Tuesdays and Fridays, 7.30-10pm, staffed by a group of 16 volunteers. For the newly opened line in Glasgow, ring the Edinburgh number, 031-558 1167. The Edinburgh volunteers have just completed a 5-week training course. From varied backgrounds such as drug counselling, gays, social work and medicine they're now equipped to take any sort of call.



(Ausz.) New York Native, 1.9.86

Is AIDS Spreading To Middle Americans?

by Anne-christine d'Adesky

Young, straight, white men and women may represent a growing group at risk for AIDS in the U.S., a recent one-year military study has suggested. A cross-sectional (age, sex, race, geography) testing program of 308,000 potential military recruits across the country shows that 1.5 per 1,000 have been infected with HTLV-III/LAV/HIV, the so-called "AIDS virus." Over half of those screened were presumed healthy heterosexual 18-to-25-year-olds who did not fall into any of the "high risk" categories for AIDS (hemophiliacs, homosexual men, IV drug users, etc.). (...)

While experts remain cautious about sounding a red alert to the general population, the Department of Defense (DOD) study has clearly worried them. Without an immediate and massive national education program in schools and elsewhere, unexpected numbers of teenagers may die in the next few years. Due to the controversies that surround both AIDS and sex, or sexual transmission, however, such an educational project is difficult to undertake, and some public health officials are not convinced it would work.

"My feeling is that if we don't have an aggressive public health approach to this threat, we won't be able to deal with it, and if we wait, it won't be worth it," said Dr. Robert Redfield, a researcher for the DOD recruit study who works at Walter Reed Medical Center in Washington, D.C.

"Walking Blood Bank"

The U.S. military started their comprehensive testing program last fall, due to special concerns surrounding the disease brought about by the demands imposed by military service. According to Lieutenant Colonel Peter Wyro, public affairs spokesperson for the DOD, the military initially followed standards set by the federal Centers for Disease Control (CDC) and National Institutes of

Health (NIH) to test and treat soldiers with symptoms of AIDS and offer them counseling. However, three factors forced the DOD to adopt what is now considered the first and most comprehensive study of the prevalence and pattern of the HTLV-III/LAV/HIV in the country.

A person taken into active duty by the military must undergo a series of vaccinations, including one for smallpox called vaccinia. Since vaccinia adversely affects an already weakened immune system, persons infected with HTLV-III/LAV/HIV would get worse after an injection of vaccinia, Wyro explained.

During active duty, or in the event of a conflict, a soldier might be required to be "a walking blood bank." During the Falkland Islands war, the British were forced to do cross-matching of blood on the beach when a ship carrying blood was unable to reach the area. There was also concern that areas of the world still considered relatively AIDS-free, such as Asia, might be vulnerable from soldiers unknowingly carrying the virus and introducing it to the region. This is particularly important with U.S. military installations in Japan and the Philippines.

The DOD began testing blood donors in July 1985, then recruit applicants in October, and in January 1986 expanded to total force testing (200,000 persons). (...)

Mid-Atlantic Highest Rates

From October 1, 1985, to March 31, 1986, the DOD tested 265,361 men and 42,715 women, all potential recruits, at 71 military entrance processing stations. Over half were teenagers, over one-third 20 to 25 years old. Eighty-five percent were male, 77% were white. Using both the ELISA and Western blot tests, an overall rate of 1.5 per 1,000 potential recruits was established, with antibody prevalence increasing with age, from 0.2 per 1,000 in 17-year-olds, to 2.5 per 1,000 in 20-to-25-year-olds, to 4.4 per 1,000 in those 26 years or older.

Meanwhile, breakdowns by age showed that only 0.7% of reported AIDS cases occurred between the ages of 13 and 20;

6.5% developed between 21 to 25 years old, while 92.8% were diagnosed in persons at least 26 years old, which means that, while people under 25 may test positive for antibodies, the actual diagnosis of AIDS occurred in older persons at an average age of 32 to 35 years old, depending on risk group, race, and sex.

The ratio of infected men to infected women (seroprevalence) was 3:1 among potential recruits, a great contrast to the national average of 13:1 (which includes hemophiliacs and other high-risk categories). Redfield said that the 3:1 ratio for potential recruits reflected a group "biased against high risk" groups, and that removing the high risk groups from the national estimate would produce a similar 3:1 ratio. The positivity rate for men was 1.6 per 1,000, compared to 0.6 per 1,000 for women.

Racially, the statistics are more revealing, with a ratio of 4:1 of blacks to whites. Out of 237,586 whites, 0.9 per 1,000 tested positive; out of 55,185 blacks, 3.9 per 1,000 were positive. Out of other racial groups, including a high number of Puerto Ricans, the rate was 2.6 per 1,000. The rates for sex and race remain constant when adjusted by age.

One of the most interesting aspects of the DOD report was a geographic pattern that showed the highest rates of infection along the coastal regions (with the exception of New England), and in urban as opposed to rural areas. The highest number of applicants tested came from the Midwestern region of the U.S. (18%), followed by the South Atlantic, Mid-Atlantic, and Pacific. But the highest rate of infection was in the Mid-Atlantic, with 10.1% of recruits over 26 years old testing positive. The South Atlantic region followed, with 5.7% in over-26-year-olds; and 4.7% in over-26-year-olds in the Pacific region. Out of all ages, the highest percentages were in the Mid-Atlantic, with 2.8% of all ages testing positive. (...)



(Forts.) N.Y. Native, 1.9.86

Prevention a Priority

Redfield's analysis of the DOD study is that "ours is the most representative sample of 18-to-25-year-olds that's been done to date." It was particularly important because it "selected against high risk candidates." In the DOD testing of blood donors 18-25 years old, prevalence is running about 3.8 per 1,000, a rate which equals the prevalence rate for Red Cross donors. But Redfield says that the Red Cross "doesn't reflect 18-to-25-year-olds... It is accurate for 35-to-45-year-olds," and that women are the larger percentage of donors to the Red Cross.

About 18,000 applicants were tested in the greater New York metropolitan area. Among those infected were a high percentage of Puerto Ricans. "The virus is endemic in the New York metropolitan area," said Redfield, adding that it was also endemic in the Caribbean. The low incidence of prevalence in applicants from Montana or Colorado reflected that "the virus hasn't arrived there yet."

Redfield was critical about researchers and public health officials who want to pretend that AIDS was first a gay disease, then an African disease, etc. "It's just like being a gay man in 1980 had nothing to do with getting AIDS, but being a gay man in New York or San Francisco did, because the virus was there. It wasn't that gay men in Colorado were naturally protected, but that they were in an area where the virus had not appeared." Since the virus has been proven to be sexually transmissible by heterosexual contact, the DOD report reflects the beginning of what could be an explosion of AIDS cases among heterosexuals in a growth pattern similar to that of gays, heterosexuals in Africa, and the Caribbean, Redfield explained.

Recruit applicants who tested positive were notified in person by a DOD medical official and given counseling, but the DOD did not undertake follow-up testing of applicants and their families. This task was left up to individual state health departments. Redfield stated that New York and California *did not* elect to do follow-ups of the known infected applicants, while states such as Colorado, Wisconsin, and Minnesota did. Which means that some 400 New Yorkers may pose a risk of spreading the virus and that their sexual partners may be infected and are certainly at risk.

Although Redfield didn't want to "point any fingers of blame," he seemed critical of the response by New York City health officials, which he called, "suboptimal." "There is a serious need for novel thinking and a positive attitude on the part of public health officials," he stated. "My posture is to get concerned, because, aside from the obvious ethical responsibility we have to fight this virus, we have been given an unbelievable opportunity to limit the spread of this disease. (...)

When Redfield spoke to New York City health officials recently, he said he was frustrated by the reasons they cited for not undertaking such an education project. "They told me that, in New York City, we can't use the word 'condoms' in school education. My response was 'screw that,' we have to talk about condoms, about the 10% failure risk condoms have, because, well, they [kids] may not be willing to take that risk.

"Our major strength is to contain this epidemic," he continued, "to educate people to stop its spread. We've got to tell young kids to avoid older partners. We need to let 12-year-old kids in Manhattan know that there is a deadly disease out there, and 15-year-olds, and 18-year-olds. We need to get the message to them." Instead, Redfield said, people who come into the New York State Health department get a "twenty-minute rap on why you shouldn't be tested. In some cases, doctors aren't telling wives that their husbands are infected. It's an issue of confidentiality." (...)

Dr. Stephen Schultz, New York City deputy commissioner of health, said that it was "not surprising" that New York had 2% of all infected recruit applicants. But he disagreed that the applicant pool represented "no risk" individuals, stating that some 20 rejected applicants who had turned up in New York City health clinics had "IV needle experience and some homosexual contact." "It was the Army's wish that these people were not in a high risk category," he said.



Spontanverlauf der LAV/HTLV-III-Infektion

Verlaufsbeobachtungen bei Personen aus AIDS-Risikogruppen

H. R. Brodt, E. B. Helm, A. Werner, A. Joetten, L. Bergmann, A. Klüver und W. Stille

Zentrum der Inneren Medizin der Universität Frankfurt/Main

Zur Untersuchung des Spontanverlaufs der LAV/HTLV-III-Infektion wurden 543 Patienten aus AIDS-Risikogruppen internistisch untersucht. Bei 377 Patienten wurden Antikörper gegen LAV/HTLV-III nachgewiesen. Die Verlaufsbeobachtung erstreckte sich über 3 Monate bis 3 Jahre. Abhängig vom klinischen, serologischen und immunologischen Befund wurden die Patienten in fünf Stadien eingeteilt. Schweregrad und Rezidivhäufigkeit klinischer Symptome des Lymphadenopathie-Syndroms korrelierten mit der Zunahme des zellulären Immundefektes. Am Ende der Beobachtungszeit waren nur 30 von 307 der anti-LAV/HTLV-III-positiven Patienten gesund. Mit der Beobachtungsdauer erhöhte sich die AIDS-Inzidenz aller LAV/HTLV-III-positiven Patienten von 3% (6–11 Monate) auf 19,4% (24–36 Monate). Berücksichtigt man ausschließlich Patienten mit ausgeprägtem Immundefekt (Stadium 2b) bei der Erstuntersuchung, so ergibt sich für die gleichen Zeiträume eine AIDS-Häufigkeit von 10 und 57%. Gleichzeitig hatte sich bei der Hälfte aller 1–2 Jahre beobachteten Patienten der Stadien 1b–2a der Schweregrad um mindestens 1 Stadium verschlechtert. Bei längerer Beobachtung wurde ein Stadienwechsel bei bis zu 80% der Patienten festgestellt. Die Langzeitprognose der LAV/HTLV-III-Infektion ist bemerkenswert schlecht.

Spontaneous course of LAV/HTLV-III infection

543 persons in AIDS risk groups were examined for LAV/HTLV-III infection. Antibodies against LAV/HTLV-III were demonstrated in 377, during an observation period of 3 months to 3 years. Patients were divided into 5 groups, according to clinical, serological and immunological criteria. Severity of symptoms and incidence of recurrences of the lymphadenopathy syndrome correlated positively with an increase in cellular immune deficiency. At the end of the observation period only 30 of 307 antibody-positive patients were well. The AIDS incidence of all antibody-positive patients increased with time from 3% (6–11 months) to 19.4% (24–36 months). If one takes into account only those patients who had marked immune deficiency (stage 2b) at the initial examination, the AIDS incidence during the same periods was 10 and 57%, respectively. At the same time, the condition worsened by at least one stage in half of all patients in stages 1b–2a observed for 1–2 years. A change of stage was observed in up to 80% of patients followed for longer periods. Long-time prognosis of LAV/HTLV-III infection is remarkably bad.

Zwischen den ersten Mitteilungen über das erworbene Immundefektsyndrom (AIDS) im Jahre 1981 (2) und der Isolierung des Retrovirus LAV/HTLV-III sind nur wenig mehr als 2 Jahre vergangen. Mit dieser Entdeckung wurde ein wichtiger Schritt zur Klärung der Pathogenese dieser neuen Infektionskrankheit getan. Weitgehend ungeklärt bleibt jedoch die Frage nach dem Spontanverlauf einer LAV/HTLV-III-Infektion und damit auch nach der AIDS-Erkrankungsinzidenz.

Aus zahlreichen Beobachtungen (6, 9, 11, 13) geht hervor, daß die LAV/HTLV-III-Infektion lange Inkubationszeiten haben kann, der unterschiedlich lange und

schwer verlaufende Krankheitsbilder, wie das Lymphadenopathie-Syndrom (LAS) und AIDS, folgen können (1, 3, 7, 17).

Das LAS, zunächst als gutartige Verlaufsform einer LAV/HTLV-III-Infektion angesehen, kann in AIDS übergehen. Über die Häufigkeit eines solchen Übergangs, den Einfluß möglicher Kofaktoren, wie begleitender Virusinfektionen, genetischer Disposition und exogener Noxen, sowie den zeitlichen Ablauf der Erkrankung finden sich unterschiedliche Angaben in der Literatur (12, 14, 19, 20).

Zur Klärung dieser Fragen untersuchen wir seit Ende 1982 Patienten aus AIDS-Risikogruppen – es handelte sich zunächst um die Sexualpartner der ersten in Frank-



Tab. 1. Risikofaktoren für eine LAV/HTLV-III-Infektion von 543 im Rahmen der Frankfurter Verlaufsstudie untersuchten Patienten (Stand: Oktober 1985)

Risikofaktoren	Stadium					Gesamt	davon anti-HTLV-III-positiv (1b-3)
	1a	1b	2a	2b	3		
Homo- bzw. Bisexualität	144	60	145	78	28	455	311
intravenöser Drogenmißbrauch							
♂	5	6	12	9		32	27
♀	2	1	4	2		9	7
und Prostitution							
♂			5			5	5
♀	3	1	8	1	2	15	12
Prostitution ♀			2			2	2
Transfusionen, Hämophilie		2	1	1		4	4
heterosexuelle Kontakte zu Infizierten							
♂	1	2				3	2
♀	11	3	3			17	6
kein Risiko bekannt		1				1	1
Gesamt	166	76	180	91	30	543	377

furt gestorbenen AIDS-Patienten (8) –, seit Anfang 1983 unter Einschluß der immunologischen Parameter. Antikörper gegen LAV/HTLV-III wurden seit Anfang 1984 routinemäßig bestimmt. Serumproben derjenigen Patienten, die vor Einführung des LAV/HTLV-III-Antikörper-tests in die Verlaufsstudie aufgenommen worden waren, konnten retrospektiv – alle Serumproben wurden seit Mitte 1982 eingefroren – untersucht werden.

Im folgenden beschreiben wir die in dieser Verlaufsstudie bis Oktober 1985 gewonnenen Ergebnisse.

Patienten und Methode

In die Studie aufgenommen wurden Patienten mit einem Risiko für eine LAV/HTLV-III-Infektion und (oder) mit den hierfür typischen Symptomen. Es handelt sich bei den Patienten um eine offene Ambulanzgruppe, die auf eigenen Wunsch die Erstuntersuchung und bis zu 90% jeweils die Folgeuntersuchungen wahrnahmen. Diese Untersuchungen wurden nach einem im wesentlichen einheitlichen Schema durchgeführt:

1. Erhebung der Anamnese unter besonderer Berücksichtigung
 - der für eine LAV/HTLV-III-Infektion bedeutsamen Risiken (Tabelle 1),
 - der Reiseanamnese (USA, Karibik, tropisches Afrika) in den letzten 5 Jahren,
 - der in den letzten 5 Jahren durchgemachten Infektionen,
 - der für eine LAV/HTLV-III-Infektion typischen Symptome (Lymphknotenschwellung, Nachtschweiß, Fieber, Gewichtsabnahme und Enteritis).
2. Die körperliche Untersuchung legte besonderen Wert auf periphere Lymphknotenschwellung, Leber- und Milzgröße, den Lungenbefund sowie auf Haut- und Schleimhautveränderungen.
3. Die obligaten Laboratoriumsuntersuchungen umfaßten
 - Blutbild mit Differentialblutbild,
 - Blutsenkungsreaktion,

- Elektrophorese und quantitative Bestimmung von IgG, IgA und IgM,

- Bestimmung der Lymphozytensubpopulation mit Hilfe monoklonaler Antikörper (OKT3, OKT4, OKT8; Ortho Westwood MA) mit einem Immunfluoreszenztest,

- serologische Untersuchung auf Antikörper gegen Lues, Toxoplasma, Hepatitis B, Cytomegalie, Epstein-Barr-Virus und LAV/HTLV-III (ELISA, Immunfluoreszenztest und Western blot [10]),
- bakteriologische Untersuchungen des Urins und Stuhls auf pathogene Keime und Parasiten.

4. Die obligaten technischen Untersuchungen waren

- Sonographie des Abdomens zur Bestimmung der Leber- und Milzgröße bzw. zum Nachweis von intraabdominell vergrößerten Lymphomen,

- Röntgenaufnahme des Thorax, wenn die letzte Aufnahme länger als 6 Monate zurücklag oder die körperliche Untersuchung einen verdächtigen Lungenbefund ergab.

5. Fakultativ erfolgte bei Patienten mit

- Hautveränderungen eine fachärztliche dermatologische Untersuchung. Verdächtige Hautherde wurden exstirpiert und histologisch bzw. immunhistologisch untersucht;

- neurologischen oder psychologischen Auffälligkeiten sowie bei deutlicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes eine fachärztliche neurologische Untersuchung unter Einschluß eines Elektroenzephalogramms;

- Lymphknoten, die in Größenzunahme oder Einschmelzungstendenz malignom- oder tuberkuloseverdächtig waren, eine Lymphknotenexstirpation mit histologischer bzw. immunhistologischer Untersuchung;

- Verdacht auf eine pneumonische Infiltration eine Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage und transbronchialer Lungenbiopsie zum Nachweis des Erregers.

Nach Abschluß der Eingangsuntersuchungen wurden die Patienten abhängig von Beschwerdebild, körperlichem Untersuchungsbefund, immunologischem Status und der LAV/HTLV-III-Serologie in fünf verschiedene Stadien eingeteilt (Tabelle 2). Um Fehldiagnosen zu vermeiden, waren zuvor alle für eine LAV/HTLV-III-Infektion bedeutsamen Parameter, insbesondere die Antikörper gegen LAV/

Tab. 2. Stadieneinteilung bei LAV/HTLV-III-Infektion

Stadium	Definition
1 a	gesunde Personen mit einem Risiko für eine LAV/HTLV-III-Infektion und negativem anti-HTLV-III-Antikörpernachweis
1 b	gesunde Personen mit einer LAV/HTLV-III-Infektion und positivem anti-HTLV-III-Antikörpernachweis
2 a	Patienten mit einer LAV/HTLV-III-Infektion (anti-HTLV-III-positiv und/oder typische Symptome eines Lymphadenopathie-Syndroms) sowie einem mäßigen zellulären Immundefekt ($CD4^+/CD8^+ \geq 0,5-1,0$)*
2 b	Patienten wie 2 a, aber mit einem schweren zellulären Immundefekt ($CD4^+/CD8^+ < 0,5$ und $CD4^+$ -Zellen/ $\mu l \leq 350$)**
3	Patienten mit AIDS (CDC-Definition)

- * mäßiger Immundefekt: Der erniedrigte $CD4^+/CD8^+$ -Quotient kann durch eine Erhöhung der $CD8^+$ -Zellen, eine mäßige Erniedrigung der $CD4^+$ -Zellen oder beides verursacht sein.
- ** schwerer Immundefekt: Der erniedrigte $CD4^+/CD8^+$ -Quotient $< 0,5$ wird durch eine Verminderung der $CD4^+$ -Zellen auf Werte unterhalb der Hälfte des unteren Grenzwertes einer Normalgruppe verursacht.
Die Berücksichtigung einer Normalgruppe ermöglicht einen Vergleich mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen, unabhängig von den Untersuchungsmethoden.

HTLV-III und der $CD4^+/CD8^+$ -Quotient im Abstand von etwa 6–8 Wochen mehrfach, mindestens aber zweimal, bestimmt worden. Diese Stadieneinteilung berücksichtigt nicht, daß unter 1a sowohl gesunde infizierte als auch nicht infizierte Personen aus Risikogruppen zusammengefaßt werden. Letztere haben natürlich kein erhöhtes Risiko, an AIDS zu erkranken. Deshalb sind im folgenden bei Angaben über die AIDS-Häufigkeit nur diejenigen Patienten berücksichtigt, die zu Beginn der Studie schon anti-LAV/HTLV-III-positiv waren.

Tab. 3. Anzahl der Patienten pro Beobachtungszeit (November 1982 – Oktober 1985)

Beobachtungszeit (Monate)	Patienten n
< 3	236
3– 5	54
6–11	121
12–23	97
24–36	35

Patienten im Stadium 1a–2a wurden im allgemeinen halbjährlich, Patienten im Stadium 2b oder 3 jeweils vierteljährlich oder bei akuten Symptomen unter Einschluß des obigen Protokolls untersucht.

Ergebnisse

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, steigt die Patientenzahl der Frankfurter Ambulanz ständig. Fast die Hälfte der 543 Patienten stellten sich in nur 3 Monaten, August–Oktober 1985, vor. Diese Patienten werden in der Verlaufsstudie nicht berücksichtigt. Da wir bisher keinen unterschiedlichen Krankheitsverlauf zwischen den Patienten der verschiedenen Risikogruppen feststellen konnten, erfolgte die Auswertung ohne Trennung nach Risikogruppen.

Tab. 4. Drei- bis 36monatige Verlaufsbeobachtung von 307 Patienten aus AIDS-Risikogruppen

	Summe der Patienten pro Stadium vor Beginn der Beobachtung (nach Abschluß der Erstuntersuchung)	Anzahl der Patienten mit Verschlechterung bzw. Besserung des Verlaufes der LAV/HTLV-III-Infektion im Stadium:					Anzahl der Gestorbenen aus Stadium 3
		1 a 'neg'	1 b 'pos'	2 a $LAS > 0,5$	2 b $LAS < 0,5$	3 AIDS	
Stadium 1 a, anti-HTLV-III-negativ	48	30	7	11			
Stadium 1 b, anti-HTLV-III-positiv	52	1	21	27	3		
Stadium 2 a, $LAS (> 0,5)$	120	1	2	66	49	2	
Stadium 2 b, $LAS (< 0,5)$	64			3	44	17	11
Stadium 3, AIDS	23					23	15
Summe der Patienten pro Stadium nach Ablauf der Beobachtungszeit	307	32	30	107	96	42	26



Tab. 5. Zahl der Patienten pro Stadium, die sich um mindestens 1 Stadium verschlechtert haben oder inzwischen an AIDS gestorben (Stadium 3), getrennt nach der Dauer der Beobachtung

Stadium	Beobachtungszeit (Monate)			
	3-5	6-11	12-23	24-36
1 a	1 von 10 (10%)	6 von 14 (43%)	9 von 21 (42%)	2 von 3 (67%)
1 b	1 von 9 (11%)	10 von 18 (55%)	15 von 20 (75%)	4 von 5 (80%)
2 a	3 von 21 (14%)	20 von 51 (39%)	14 von 29 (48%)	14 von 19 (73%)
2 b	0 von 8 (0%)	3 von 29 (10%)	10 von 20 (50%)	4 von 7 (57%)
3	4 von 6 (66%)	6 von 9 (66%)	5 von 7 (71%)	0* von 1 (0%)

* Ein Patient im Stadium 3 lebt noch 28 Monate nach der Diagnose eines Kaposi-Sarkoms, alle anderen Patienten mit AIDS starben vor Ablauf von 23 Monaten.

Während der Beobachtungszeit von 3-36 Monaten (Tabelle 4) stellten wir bei 131 Patienten ein Fortschreiten der Erkrankung fest. 18 von 48 Patienten, die bei der Erstvorstellung anti-LAV/HTLV-III-negativ waren (1a), weisen jetzt Antikörper auf. 30 von 52 bei der Eingangsuntersuchung gesunde Antikörperträger (1b) haben nunmehr einen Immundefekt. Bei 51 von 120 Patienten, zunächst Stadium 2a, haben sich die immunologischen Parameter und der Gesundheitszustand verschlechtert. 17 von 64 Patienten, die schon zu Beginn der Studie einen ausgeprägten Immundefekt und die damit verbundenen Krankheitssymptome hatten (2b), sind mittlerweile an AIDS erkrankt. Elf der 17 sowie 15 von 23, die schon bei der Erstvorstellung die CDC-Kriterien für AIDS erfüllten, sind bereits gestorben.

Die Inzidenz von AIDS bei anti-LAV/HTLV-III-positiven Patienten (Stadien 1b-2b) beträgt über die Zeit von 3-36 Monaten in Frankfurt 8% (19 von 236); bei abschließlicher Berücksichtigung des Stadiums 2b erhöht sich dieser Prozentsatz auf 19,8%.

Dieser traurigen Bilanz stehen nur sieben Patienten gegenüber, deren Gesundheitszustand sich während der Beobachtungszeit gebessert hat. Dabei ist unklar, ob es sich tatsächlich um eine Besserung, bezogen auf die LAV/HTLV-III-Infektion, gehandelt hat oder um eine Fehleinschätzung des Gesundheitszustandes bei der Erstuntersuchung, bedingt durch eine gleichzeitig bestehende akute Cytomegalo- bzw. Epstein-Barr-Virus-Infektion (5 Patienten). In zwei Fällen, Stadium 1b und 2a, wurde die LAV/HTLV-III-Serologie während der Beobachtungszeit dauerhaft negativ. Bei einem der beiden Patienten konnten trotz negativer Serologie humane Retroviren (LAV/HTLV III) aus dem Blut angezüchtet werden.

Je länger die Beobachtungsdauer, um so größer der Anteil der Patienten, deren Gesundheitszustand sich verschlechterte (Tabelle 5), hier dargestellt durch einen Stadienwechsel. Mit Ausnahme der bei Erstvorstellung bereits an AIDS Erkrankten gilt dies für alle Patienten. Bei Patienten mit AIDS betrug in jedem Beobachtungszeitraum die Letalität mindestens 66%. Die längste Überlebenszeit beobachteten wir bei einem Mann mit Kaposi-Sarkom, der diese Diagnose bis heute 28 Monate über-

lebt hat. Alle anderen AIDS-Patienten sind vor Ablauf von 23 Monaten gestorben.

Der Anteil LAV/HTLV-III-Infizierter, der in das Vollbild AIDS übergeht, hängt nicht nur von der Beobachtungszeit, sondern auch vom Gesundheitszustand bei der Erstuntersuchung ab. Wie aus Tabelle 6 hervorgeht, erkrankten 19,4% aller anti-LAV/HTLV-III-positiven Patienten nach einer Beobachtungszeit von 24-36 Monaten an AIDS. Berücksichtigt man nur diejenigen, die schon bei der Erstuntersuchung einen deutlichen Immundefekt (Stadium 2b) hatten, erhöht sich die AIDS-Inzidenz auf 57%.

Tab. 6. Auftreten von AIDS bei Patienten mit LAV/HTLV-III-Infektion: Abhängigkeit von der Beobachtungszeit

Beobachtungszeit (Monate)	AIDS-Inzidenz (%)	
	bei anti-HTLV-III-positiven Patienten, Gruppe 1b-2b	bei Patienten der Gruppe 2b
24-36	19,4 (6 von 31)	57 (4 von 7)
12-23	15 (10 von 69)	50 (10 von 20)
6-11	3 (3 von 98)	10 (3 von 29)
3-5	0 (0 von 38)	0 (0 von 8)

Den verschiedenen Stadien der LAV/HTLV-III-Infektion entspricht das Beschwerdebild (Tabelle 7). Je ausgeprägter der Immundefekt, um so mehr Beschwerden werden angegeben. Das häufigste Symptom in allen Stadien der Erkrankung ist die Lymphknotenschwellung, die sogar bei 44% der serologisch anti-LAV/HTLV-III-negativen Patienten (Stadium 1a) beobachtet wurde. Bei Patienten des Stadiums 2a ist die Lymphknotenschwellung besonders häufig; dagegen sind bei Patienten der Stadien 2b und 3 die Lymphknoten im allgemeinen kleiner und weniger zahlreich als Ausdruck der Regression des lymphatischen Gewebes im Verlauf der Erkrankung.

Ebenfalls sehr häufig wird über vermehrtes nächtliches Schwitzen geklagt. Auch dieses Symptom ist um so ausgeprägter und wird um so häufiger angegeben, je we-



Tab. 7. Beschwerdebild von Patienten aus AIDS-Risikogruppen bzw. mit HTLV-III-Infektion bei der Erstvorstellung

Stadium	Patienten n	davon hatten bei Erstvorstellung						
		Lymphknotenschwellung %	Nachtschweiß %	Fieberschübe %	sublebrile Temperatur %	Durchfall %	Gewichtsabnahme > 10% des Körpergew. %	orale Candidiasis %
1 a	166	44	1,8	2,4	0,6	1,2	0,6	0
1 b	76	50	21	7,9	1,8	1,3	4	2,6
2 a	180	94,8	35,6	14,4	7,8	11	8,9	18,9
2 b	91	62,5	91,2	27,5	23	44,4	61,5	78
3	30	66*	n.a.	n.a.	n.a.	53	60	100

Die Lymphknotenschwellung war bei 6 Patienten (20%) durch Kaposi-Sarkom bzw. Lymphometastasen verursacht.
n.a. = nicht auswertbar (wegen opportunistischer Infektionen)

Die Erkrankung fortschreitet. Passagerer Nachtschweiß, verbunden mit vorübergehenden Schlafstörungen, wie er häufig nach Diagnosestellung auftrat, wurde als psychische Reaktion gewertet und nicht in die Darstellung der Ergebnisse einbezogen. Persistierende subfebrile Temperaturen, Enteritis und Gewichtsabnahme sind im allgemeinen klinische Symptome, welche die Stadien 2b und 3 betreffen oder zumindest ankündigen, und zählen damit zu den prognostisch ungünstigen Faktoren.

Besondere Bedeutung bei der Beurteilung eines Immundefektes kommt der oralen Candidiasis zu (Tabelle 8), die zum Teil erhebliche Beschwerden verursachen kann. Sie läßt sich durch eine einfache Methode quantitativ erfassen. Durch die kulturelle Bestimmung der koloniebildenden Einheiten (KBE) im Mundspülwasser wird die Keimzahl von Candida und damit der Schweregrad der oralen Candidiasis bestimmt. Keimzahlen $> 10^3$ /ml Mundspülwasser werden fast nur in den Stadien 2b und 3 nachgewiesen. Patienten mit AIDS haben zu einem hohen Prozentsatz klinische Beschwerden, die für eine orale Candidiasis sprechen, und zu 85,7% auch einen den klinischen Symptomen entsprechenden kulturellen Befund. Das Vorkommen einer oralen Candidiasis ist ein Marker der fortschreitenden Immunschwäche und kann als diagnostisches Kriterium verwendet werden.

Tab. 8. Vorkommen von Candida species (koloniebildende Einheiten, KBE/ml) im Rachenspülwasser in Abhängigkeit vom Stadium der Infektion bei insgesamt 285 AIDS-Risikopatienten der Stadien 1a-3

KBE/ml	Stadium				
	1 a	1 b	2 a	2 b	3
< 10	56,1	50	13,9	1,0	0
10-10 ²	34,1	41,6	43,0	5,8	0
10 ³	7,4	8,4	39,3	51,5	14,3
10 ⁴	2,4	0	3,8	29,1	28,6
> 10 ⁴	0	0	0	12,6	57,1

Diskussion

Wichtige Voraussetzung für eine aussagekräftige Verlaufsbeobachtung bei Patienten mit LAV/HTLV-III-Infektion ist eine Stadieneinteilung des Krankheitsbildes nach dem Schweregrad. Nur so lassen sich Veränderungen im Gesundheitszustand der Patienten im Verlauf dokumentieren, die Ergebnisse von Verlaufsbeobachtungen aus unterschiedlichen Patientengruppen miteinander vergleichen, läßt sich der Erfolg therapeutischer Bemühungen objektivieren und vom Spontanverlauf abgrenzen.

In diesem Beitrag stellen wir unsere Stadieneinteilung vor, die wir seit Ende 1982 im wesentlichen unverändert anwenden (7). Sie stimmt mit derjenigen von Redfield und Mitarbeitern (18) weitgehend überein. Die Stadien WR 0 - WR 2 dort entsprechen unseren Gruppen 1a bis 2a. Das hier mit 2b bezeichnete Stadium wird bei Redfield und Mitarbeitern je nach Ergebnis des Intrakutan-Tests in WR 4 und WR 5 unterteilt. WR 6 entspricht der Gruppe 3 in unserer Arbeit. Da der Intrakutan-Test bei ausgeprägter zellulärer Immunschwäche ($CD 4^+ < 350$), verglichen mit der Bestimmung der Lymphozytensubpopulation, unseres Erachtens keine zusätzliche Information hinsichtlich einer Stadieneinteilung liefert, wurde er nicht berücksichtigt.

Bei knapp 40% der Patienten mit einem Lymphadenopathie-Syndrom kam es in Abhängigkeit von der Beobachtungsdauer zu allmählicher Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes. Die uncharakteristischen Beschwerden, wie Nachtschweiß, Fieber, Enteritis und Gewichtsabnahme, nahmen von 1b nach 2b, also schon vor dem Übergang in AIDS, deutlich zu. Die Zunahme der Beschwerden stand in direkter Korrelation zur Abnahme der $CD 4^+$ -Zellen. Das war besonders auffällig bei der persistierenden oder rezidivierenden oralen Candidiasis, die fast nur bei Patienten im Stadium 2b bzw. bei AIDS vorkam.

Nach unseren Beobachtungen besteht bei Helferzellzahlen zwischen 300 und 400 Zellen/ μ l und einem



CD 4⁺/CD 8⁺-Quotienten < 0,5 eine Zäsur, die uns veranlaßte, die Gruppe in a und b zu unterteilen. Da ein Rückgang der CD 4⁺-Zellen bzw. ein Anstieg der CD 8⁺-Zellen durch andere zusätzliche Virusinfektionen verstärkt werden kann, sollten die absoluten Helferzellzahlen bzw. der Quotient zunächst noch nicht überbewertet werden. Bei Diskrepanz zwischen immunologischen Parametern und klinischem Beschwerdebild sollten deshalb immer Kontrollen unter Einschluß der Untersuchung auf Candidabefall der Mundhöhle durchgeführt werden.

Die Angaben in der Literatur über die Inzidenz von AIDS bei Patienten aus Risikogruppen sind sehr unterschiedlich (4, 9, 15, 16). Sie sind, da die Teilnehmer an den Studien häufig nach verschiedenen Kriterien rekrutiert werden, nur bedingt untereinander bzw. mit unseren Beobachtungen vergleichbar. Allen Studien gemeinsam ist aber der Anstieg der AIDS-Fälle mit der Dauer der Beobachtungszeit. So berichteten Mathur-Wagh und Mitarbeiter (15) von acht Fällen bei Lymphadenopathie-Patienten nach einer mittleren Beobachtungszeit von 30 Monaten. Nach 4½ Jahren waren in der gleichen Gruppe bereits zwölf Patienten an AIDS erkrankt (16). Die beste Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen findet sich in der Arbeit von Goedert und Mitarbeitern (5), die eine 10%ige AIDS-Inzidenz bei seropositiven Patienten in dreijähriger Beobachtungszeit feststellten.

Neben dem klinisch bunten Bild der LAV/HTLV-III-Infektion ist der offenbar zeitlich sehr unterschiedliche Verlauf von besonderem Interesse. So wurden zwischen akuter LAV/HTLV-III-Infektion und dem Tod durch AIDS Zeitspannen von weniger als 2 Jahren beobachtet (eigene unveröffentlichte Beobachtungen), während nach Jaffe und Mitarbeitern (9) bereits 1978 infizierte Personen heute noch weitgehend symptomfrei sind. Auch wenn die Zahl unserer Patienten derzeit noch zu klein für eine exakte statistische Auswertung ist, erscheint es doch bemerkenswert, daß innerhalb eines Jahres 50% der symptomlosen LAV/HTLV-III-Träger (Stadium 1b) nach Stadium 2a wechselten. Etwa 50% der Patienten aus den Stadien 2a bzw. 2b gingen jeweils innerhalb von 2 Jahren in das Stadium 2b bzw. in AIDS über.

Nach diesen Beobachtungen und unter der Annahme einer Normalverteilung der Patienten innerhalb der verschiedenen Stadien müßte derzeit damit gerechnet werden, daß sich von den symptomlosen LAV/HTLV-III-Trägern bei der Hälfte nach spätestens 5 Jahren und bei drei Viertel nach spätestens 7 Jahren das Vollbild von AIDS entwickelt hat. Trotz der teilweise erheblichen Veränderungen der zellulären Immunitätslage und des Beschwerdebildes, insbesondere innerhalb des Stadiums

2a, gibt unsere Verlaufsbeobachtung derzeit keine Hinweise auf die Möglichkeit einer nachhaltigen, dauerhaften klinischen Besserung des Lymphadenopathie-Syndroms. Weitere Untersuchungen werden erforderlich sein, um diese schlechte Prognose zu sichern.

Literatur

- (1) AIDS: Where do we go from here? WHO Chronicle 39 (1985), 98.
- (2) Centers for Disease Control: Pneumocystis pneumonia – Los Angeles. Morbid. Mortal. wklly Rep. 30 (1981), 250.
- (3) Centers for Disease Control: Persistent, generalized lymphadenopathy among homosexual males. Morbid. Mortal. wklly Rep. 31 (1981), 249.
- (4) Fishbein, D. B., J. E. Kaplan, T. J. Spira, B. Miller, L. B. Schonberger, P. F. Pinsky, J. P. Getchell, V. S. Kalyanaraman, J. S. Braude: Unexplained lymphadenopathy in homosexual men. J. Amer. med. Ass. 254 (1985), 930.
- (5) Goedert, J. J., R. J. Biggar, S. H. Weiss, M. E. Eyster, M. Melby, S. Wilson, H. M. Ginzburg, R. J. Grossman, R. A. DiGiola, W. C. Sanchez, J. A. Giron, P. Ebbesen, R. C. Gallo, W. A. Blattner: Three-year incidence of AIDS in five cohorts of HTLV-III-infected risk group members. Science 231 (1986), 992.
- (6) Hanrahan, J. P., G. P. Wormser, A. A. Reilly, B. H. Maquire, G. Gavis, D. L. Morse: Prolonged incubation period of AIDS in intravenous drug abusers. J. infect. Dis. 150 (1984), 263.
- (7) Helm, E. B., L. Bergmann, M. Elbert, P. S. Mitrou, W. Stille: Klinik und Verlaufsbeobachtungen bei Patienten mit Lymphadenopathie-Syndrom. Dtsch. med. Wschr. 109 (1984), 1955.
- (8) Helm, E. B., L. Bergmann, K. Neger: Pneumocystis-carinii-Pneumonie bei homosexuellen Männern. Dtsch. med. Wschr. 107 (1982), 1779.
- (9) Jaffe, H. W., W. W. Darrow, D. F. Echenberg, P. M. O'Malley, J. P. Getchell, V. S. Kalyanaraman, R. H. Byers, D. B. Drennan, E. H. Bruff, J. W. Curran, D. P. Francis: The acquired immunodeficiency syndrome in a cohort of homosexual men. Ann. intern. Med. 103 (1985), 210.
- (10) Kurth, R., et al.: Methoden zum Nachweis von HTLV-III-Infektionen. In Deinhardt, F., W. Stangel (Hrsg.): Die Bedeutung menschlicher lymphotroper Retroviren für das Blutspendewesen (Medizinische Verlagsgesellschaft: Marburg/Lahn 1985), 23.
- (11) Levine, A. S.: The epidemic of acquired immune dysfunction in homosexual men and its sequelae – opportunistic infections, Kaposi's sarcoma and other malignancies. An update and interpretation. Cancer Treatm. Rep. 66 (1982), 1391.
- (12) Lipscomb, H. H., et al.: Epstein-Barr virus and chronic lymphadenomegalia in male homosexuals with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). All. Res. 1 (1983/84).
- (13) Maloney, M. J., F. Cox, B. B. W. M. F. Guill, J. Hagler, D. Williams: In a child 5½ years after a transfusion. Lancet 1985/1, 1256.
- (14) Marmor, M., A. E. Friedmann, L. Laubenstein, R. D. Byrum, D. C. L. S. D'Onofrio, N. Dubin: Risk factors for Kaposi's sarcoma in homosexuals. Lancet 1982/1, 1083.
- (15) Mathur-Wagh, U., R. W. Link-Spigland, R. J. Winchester, H. S. S. E. Korat, St. R. Yancovitz, M. J. E. C. William, D. Milvian: Longitudinal study of persistent generalized lymphadenopathy in homosexual men. Relation to acquired immunodeficiency syndrome. Lancet 1984/1, 1033.
- (16) Mathur-Wagh, U., D. Milvian, T. Senie: Follow-up at 4½ years on homosexual men with generalized lymphadenopathy. Lancet 1985/II, 1542.
- (17) Metroka, C. E., et al.: Generalized lymphadenopathy in homosexual men. Ann. intern. Med. 99 (1983), 585.
- (18) Redfield, R. R., D. C. Wright, I. Tramont: The Walter Reed staging classification for HTLV-III/LAV infection. New Engl. J. Med. 314 (1986), 13.
- (19) Rinaldo, C. R., et al.: Mechanism of immunosuppression in cytomegalovirus mononucleosis. J. infect. Dis. 148 (1983), 488.
- (20) Sonnabend, J., St. S. Witkin, D. Purtilo: Acquired immunodeficiency syndrome, opportunistic infections, and malignancies in male homosexuals. J. Amer. med. Ass. 249 (1983), 2370.

Dr. H. R. Brodt, Prof. Dr. Eilke B. Helm, Dr. A. Werner, A. Joetten, Privatdozent Dr. L. Bergmann, A. Klüver, Prof. Dr. W. Stille
Zentrum der Inneren Medizin der Universität
6000 Frankfurt/Main 70, Theodor-Stern-Kai 7



British Medical Journal, London, 28.6.86

Length of survival of patients with acquired immune deficiency syndrome in the United Kingdom

GIUSEPPE MARASCA, MARIAN McEVOY

Abstract

An analysis of the lengths of survival of patients with the acquired immune deficiency syndrome presenting with different opportunistic diseases was performed using epidemiological data routinely collected at the PHLS Communicable Disease Surveillance Centre. The overall crude case fatality rate was 55.4% (93/168). The median survival times were: 21.2 months for Kaposi's sarcoma, 12.5 months for *Pneumocystis carinii* pneumonia, and 13.3 months for other opportunistic infections. The shortest median survival time (6.6 months) was found for

those with both Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia. There were significant differences between durations of survival of patients with Kaposi's sarcoma and those with all other diseases, which indicated impaired cellular immunity apart from opportunistic infections.

This analysis shows that those with Kaposi's sarcoma alone have the most favourable prognosis.

PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, London NW9 5EQ

GIUSEPPE MARASCA, MD, MSc, epidemiologist on secondment from Istituto Superiore di Sanita Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, 00161 Rome, Italy

MARIAN McEVOY, MR, MRCM, consultant epidemiologist

Introduction

During 1981 reports of patients with the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in the United States were published,¹ and in December of that year the first case of AIDS diagnosed in a homosexual man in Britain was documented.² In 1982 a surveillance scheme was set up by the Public Health Laboratory Service Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC) in collaboration with the Communicable Disease (Scotland) Unit. Up to 1 June 1985, 178 cases were reported. We reviewed these cases to assess the duration of survival.

Surveillance of AIDS in United Kingdom

The surveillance scheme for AIDS was set up to detect the syndrome, to monitor trends in the incidence, and to describe the epidemiology. The data comprised voluntary reports by physicians, laboratory reports of opportunistic infections, and data on deaths mentioning AIDS or associated conditions provided by the Office of Population Censuses and Surveys (OPCS). Only cases fulfilling the criteria for the original case definition compiled by the Centers for Disease Control in the United States were included.³

When a clinical report was received the clinician under whose care the patient was admitted was asked to complete a confidential questionnaire covering basic descriptive epidemiology, clinical details, and potential exposure factors. Patients not falling within recognised risk groups were interviewed by a medical epidemiologist from CDSC. Questionnaires were stored under conditions of maximum security and statistical analyses of data were provided monthly.

Methods

The following information, provided from the routine data file, was chosen for the survival analysis presented in this paper: date of onset of symptoms, date of death, survival state, diagnosis, and age.

Because the onset of AIDS is insidious, the date of onset was defined as the date on which each patient first presented for medical advice in his current illness. Mortality data were reviewed between June and July 1985 for all cases of AIDS diagnosed in Britain from the beginning of surveillance in 1982 up to 1 June 1985.

Cases were compared with copies of death entries from the OPCS, and for all reported cases for which no death entry existed a follow up inquiry was made to the reporting doctor.

Cases were grouped into five categories according to the mode of presentation of the syndrome: Kaposi's sarcoma; *Pneumocystis carinii* pneumonia; both Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia; other opportunistic infections; and cerebral lymphoma. The age of the patients at the time of reporting was used.

Data processing—Data analysis was conducted using an IBM 4341 computer. Mortality analysis⁴ was performed using the PHL program "Life Tables and Survival Functions" of the Biomedical Data Package, University of California.⁵ Mortality data are presented as estimates of the survival distribution by the actuarial life table method.⁶ Survival curves are presented to compare different subsets of patients according to their mode of presentation; the equality of the curves was tested by the Breslow statistic.⁷

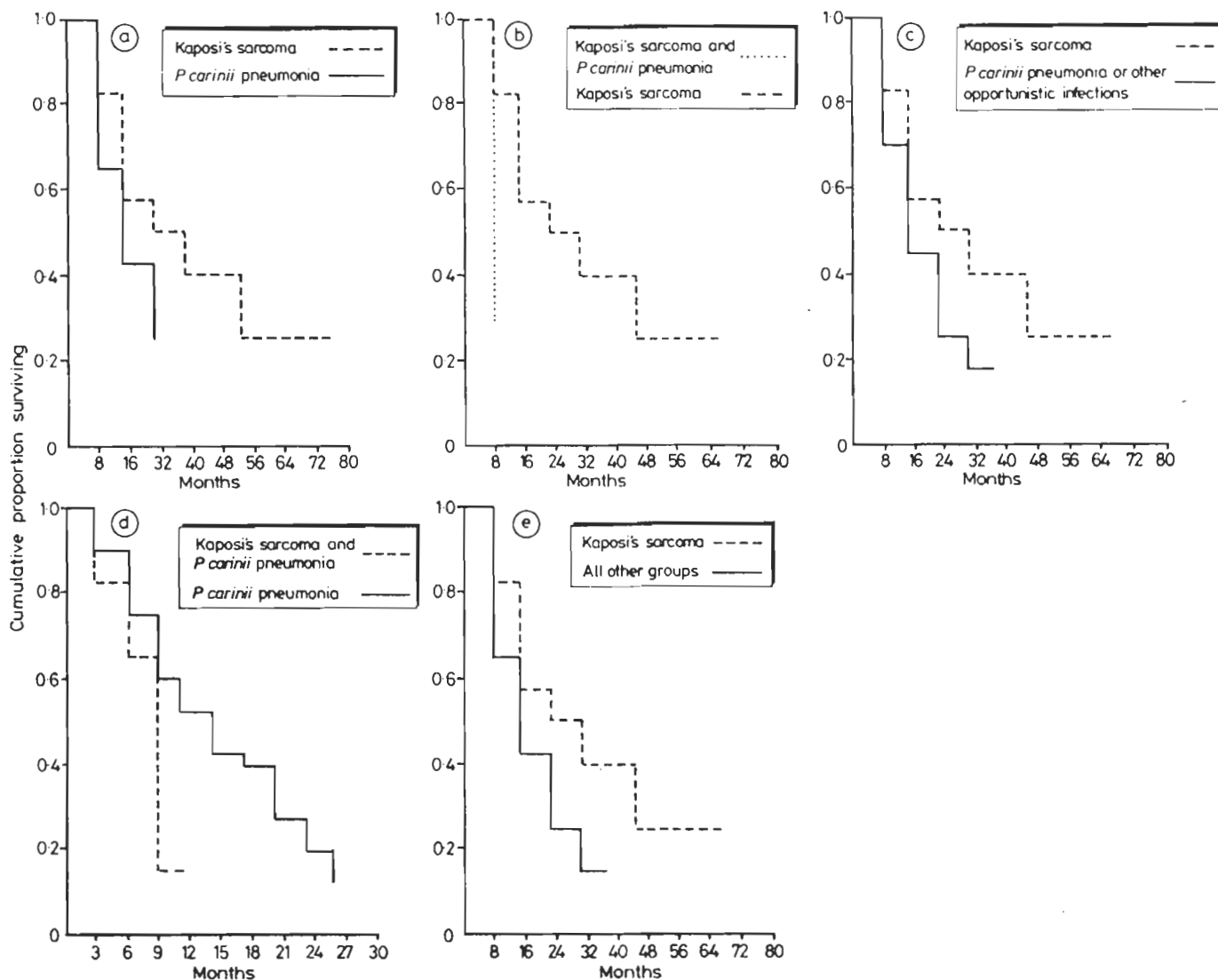
Results

Altogether 178 cases were reported to the CDSC up to 1 June 1985. Two patients with cerebral lymphoma were excluded from the analysis since it was impossible to compare this particular disease category with other types because of the small numbers.

Follow up information from eight cases was not obtainable: for six information on the date of presentation was missing, and for two the survival state was unknown. Thus 168 (96%) cases were eligible for survival analysis: 44 (26%) presented with a diagnosis of Kaposi's sarcoma only, 69 (41%) with *P. carinii* pneumonia, 12 (7%) with both Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia, and 43 (26%) with a diagnosis of opportunistic infections other than *P. carinii* pneumonia. During the 74 months that elapsed between presentation of the first case in Britain (March 1979) and the end of May 1985 there were 21 (48%) deaths in the 44 patients with Kaposi's sarcoma, 39 (57%) in the 69 patients with *P. carinii* pneumonia, 9 (75%) in the 12 patients with both Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia, and 24 (56%) in the 43 patients with other opportunistic infections. The overall mean age of the patients was 38.3 (SE 9.0) years. Those with *P. carinii* pneumonia were aged 40.1 (9.4), those with other opportunistic infections 35.7 (9.7), those with Kaposi's sarcoma 38.5 (7.8), and those with both Kaposi's sarcoma and



(Forts.) Brit.Med.Journal, 28.6.86



Survival from onset: (a) patients with Kaposi's sarcoma versus patients with *P. carinii* pneumonia. Breslow statistic 5.372, $p < 0.05$; (b) patients with Kaposi's sarcoma versus patients with Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia. Breslow statistic 19.08, $p < 0.001$; (c) patients with Kaposi's sarcoma versus patients with *P. carinii* pneumonia or other opportunistic infections. Breslow statistic 4.555, $p < 0.05$; (d) patients with *P. carinii* pneumonia versus patients with Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia. Breslow statistic 4.187, $p < 0.05$; (e) patients with Kaposi's sarcoma versus patients with *P. carinii* pneumonia or other opportunistic infections or Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia. Breslow statistic 6.504, $p < 0.05$.



(Forts.) Brit.Med.Journal, 28.6.86

P. carinii infection 36.0-6.3. In two patients with *P. carinii* pneumonia and two with both Kaposi's sarcoma and *P. carinii* infection data on age were missing.

The overall crude case fatality rate was 55% (93 out of 168). The median survival time of the 168 patients from presentation was 13.5 months with a standard error of 1.2 months; three quarters of the patients were dead after 28 months.

For Kaposi's sarcoma the median survival time was 21 months (SE 7 months). After 44 months from presentation three quarters of the patients with Kaposi's sarcoma were dead. Patients with *P. carinii* pneumonia had a median survival of 12.5 months (SE 2.0); after 22 months, three quarters of the patients were dead. Among the 12 patients presenting with both Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia the median survival time was 6.6 months (SE 1.0), and three quarters of the patients were dead after 10 months. The last group, including those diagnosed as having other opportunistic infections, had a median survival of 13.3 months (SE 2.5). The table summarises median survival times of the patients with AIDS by mode of presentation.

Median survival time (in months) of patients with AIDS in United Kingdom by mode of presentation

Disease category	Median* SE	No†	No dead (%)
Kaposi's sarcoma	21.2 7.0	44	21 (48)
<i>P. carinii</i> pneumonia	12.5 2.1	69	19 (57)
Other opportunistic infections	13.3 2.5	43	24 (56)
Kaposi's sarcoma and <i>P. carinii</i> pneumonia	6.6 0.9	12	9 (75)
Total	13.5 1.2	168	93 (55)

*Using the actuarial life table method. †Patients reported to CDSC up to 1 June 1985.

Survival curves are presented to compare different groups of patients according to their mode of presentation. The differences between disease categories were statistically significant between Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia ($p=0.05$) (fig (a)) and Kaposi's sarcoma and both Kaposi's sarcoma and *P. carinii* infection ($p=0.001$) (fig (b)) but not between Kaposi's sarcoma and other opportunistic infections ($p=0.1$). Survival among patients with *P. carinii* pneumonia was compared with that among patients with other opportunistic infections. The difference between them was not, however, statistically significant ($p=0.4$). These two groups were thus combined and compared with patients presenting with Kaposi's sarcoma. The combined group (*P. carinii* pneumonia and other opportunistic infections) experienced a median survival time of 13.1 months (SE 1.5). The difference between the two survival times was statistically significant ($p=0.05$) (fig (c)). Survival among patients who presented with both Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia was compared with survival

among patients who presented with *P. carinii* pneumonia only (fig (d)); the difference between them was again statistically significant ($p=0.05$).

To assess the difference between patients who presented with Kaposi's sarcoma and all the others the three groups of patients who presented with *P. carinii* pneumonia, other opportunistic infections, or both Kaposi's sarcoma and *P. carinii* infection were combined to form the general category "all others." The median survival time for this combined group was 12.1 months (SE 1.5). The difference in survival between this group and that of the patients with Kaposi's sarcoma (fig (e)) was statistically significant ($p=0.05$).

Discussion

Of the first 168 patients with AIDS reported in Britain, 26% presented with Kaposi's sarcoma, 67% with opportunistic infections, including *P. carinii* pneumonia and other opportunistic infections, and 7% with both Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia (Communicable Disease Report, 85/30). This study showed that the median survival time was longer for patients with Kaposi's sarcoma than for those with *P. carinii* pneumonia or other opportunistic infections, while patients presenting with both Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia had the worst prognosis. The reasons for these differences are not clear. Age did not seem to influence survival.

Other studies on the mortality of patients with AIDS have shown similar results,¹⁻³ though in one no difference among different groups was observed.⁴ Researchers have shown that the stage of clinical illness at the time of diagnosis predicts survival in patients diagnosed as having Kaposi's sarcoma,⁵ the severity of clinical illness possibly reflecting a degree of immune impairment.

The survival times shown by this study confirm that the management of both the opportunistic infections and Kaposi's sarcoma is a primary therapeutic problem in patients with AIDS. The poor prognosis and the increasing incidence of the disease in Britain as well as other parts of the world call for a better understanding of AIDS to achieve better treatment and the eventual prevention of the disease.

References

1. Freedman-Kien AE, Laubenstein L, Marmor M, et al. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis carinii pneumonia among homosexual men—New York and California. *MMWR* 1981;30:305-8.
2. Dubois RM, Brathwaite MA, Mikhail JR, Batten JC. Primary Pneumocystis carinii and cytomegalovirus infections. *Lancet* 1981;ii:1339.
3. Centers for Disease Control. Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS)—United States. *MMWR* 1982;31:507-14.
4. Kalbfleisch JD, Prentice RL. *The statistical analysis of failure time*. New York: John Wiley, 1980.
5. Benedetti J, Yuen K, Young L. Life tables and survival functions. In: Dixon J, ed. *BMDP statistical software*. Berkeley: University of California Press, 1983.
6. Dixon J, ed. *BMDP statistical software*. Berkeley: University of California Press, 1983.
7. Cutler SJ, Ederer F. Maximum utilization of the life table method in analyzing survival. *J Chronic Dis* 1959;8:699-734.
8. Breslow N. A generalized Kruskal-Wallis test for comparing K samples subject to unequal pattern of censorship. *Biometrika* 1970;57:579-94.
9. Rivin BE, Monroe JM, Hubschman BP, Thomas PA. AIDS outcome: a first follow-up. *N Engl J Med* 1984;311:857.
10. Moss AR, McCallum G, Volberding PA, Bacchetti P, Dritz S. Mortality associated with mode of presentation in the acquired immune deficiency syndrome. *JNCL* 1984;73:1281-4.
11. Quinn A. Features of a selected group of Canadian patients with AIDS. *Canada Diseases Weekly Report* 1985;11:114-6.
12. Vadhan-Raj S, Wong G, Ginecco C, et al. Immunological variables as predictors of prognosis in patients with Kaposi's sarcoma and the acquired immunodeficiency syndrome. *Cancer Res* 1986;46:417-25.



Deutsches Ärzteblatt, Nr.28/29, 14.7.86

Aus Bund und Ländern

AIDS verteuert jede Blutkonserve um acht DM

KIEL. Um durchschnittlich rund 8 DM hat sich jede vom Blutspendedienst des Deutschen Roten Kreuzes Schleswig-Holstein/Hamburg hergestellte Blutkonserve verteuert, seit sämtliche Blutspenden auf Virusantikörper untersucht und Verdachtsfälle ausgesondert werden. Dieses Screening wird in der Bundesrepublik Deutschland seit Frühsommer 1985 freiwillig von allen Blutspendediensten durchgeführt und ist seit dem 1. Oktober 1985 aufgrund einer Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes obligatorisch. Die zusätzlichen Analysen von Blut erfordern Aufwendungen für Testseren, Laborgeräte und -chemikalien, für Personal und Verwaltung. Hinzu kommen die Verluste durch die Aussonderung AIDS-verdächtiger Blutspenden. Der Preis einer Blutkonserve erhöhte sich infolge der Aufwen-

dungen für die Anti-LAV/HTLV-III-Analytik von 115 auf 123 DM (+ sieben Prozent).

Dieser Zahl, die sich für das gesamte Bundesgebiet bei rund 3,5 Millionen Prüfungen auf 25 bis 30 Millionen DM pro Jahr hochrechnet, liegen die Kosten des derzeitigen Prüfverfahrens sowie die noch geringe Häufigkeit infizierter (Antikörper-positiver) Personen zugrunde. Bei durchschnittlich 150 000 Prüfungen pro Jahr in Schleswig-Holstein ergeben sich allein in diesem Bundesland Mehrkosten in Höhe von 102 Millionen DM. Dies geht aus einer Studie über „Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom (Aids)“ hervor, die das Institut für Gesundheits-System-Forschung vorgelegt hat. EB

AIDS zum Nachschlagen

Wo viel geforscht wird, wird viel publiziert. Das ist auch mit AIDS so. Alle, die mit der Krankheit zu tun haben, drohen in einer Informationsflut zu ertrinken.

Sehr nützlich ist in dieser Situation das „AIDS-Kompodium“ von *Johannes Eschmann, Heinz Koller* und *Clemens Schäublin*, Basel. Das Buch ist thematisch umfassend; es reicht von der Klassifizierung des Virus, den Krankheitsbildern und den Therapiemöglichkeiten bis zu Vorschlägen für Merkblätter. Das Kompodium kommt aus der Schweiz; dennoch ist auch der deutsche Leser angesprochen. So sind die Beratungsstellen in der Bundesrepublik ebenfalls angeführt. Einziges Manko dieses sonst so praxisnahen Buches ist, daß ein Hinweis auf die AIDS-Hilfeorganisationen fehlt.

„Das AIDS-Kompodium gibt Ärzten, Pflegepersonal und anderen mit dieser Seuche Befassten die Möglichkeit der schnellen Orientierung und zudem eine Handhabe, sich vor Infektionen zu schützen“, schreibt Prof. *Gerd Klaus Steigleder*, Köln, im Vorwort. *H. M.*

Eschmann, J., Koller, H., Schäublin, C.: AIDS-Kompodium. 151 Seiten, Ringheftung, Sonderpreis für *SELECTA-Leser*: statt DM 29,80 DM 23,90 einschließlich Mehrwertsteuer zuzüglich Porto. Medizinisch-naturwissenschaftliche Dokumentationen, Basel 1986. Zu beziehen über SMV-Verlagsgesellschaft m.b.H., Irminfriedstraße 31, D-8032 Gräfelfing ■

Selecta, Planegg, Nr.32 (11.8.86)



Der erworbenen Immunschwäche vorbeugen:

Wege zum Impfstoff gegen AIDS

Wie könnte eine Vakzine gegen AIDS beschaffen sein? Die größte Aussicht auf Erfolg scheint gegenwärtig ein Spaltimpfstoff mit dem Antigen der Virushülle gp120 zusammen mit Adjuvanzen zu bieten.

Im Prinzip sind *attenuierte*, also lebende, aber nicht krankmachende Erreger, die sich im Impfling vermehren und eine ausreichende Antikörperbildung auslösen, zur Prophylaxe von Viruskrankheiten das Mittel der Wahl. Man benötigt wenig virushaltiges Material, das relativ einfach hergestellt werden kann, und erhält eine langanhaltende Immunität. Was AIDS und das HTLV III anbelangt, ist dieser Weg vermutlich nicht gangbar, stellten Dr. Johannes Löwer und Prof. Reinhard Kurth, beide Frankfurt, und PD Volker Erfle, München, fest.

Das Hauptproblem ist dabei nicht, daß es derzeit keine apathogenen Varianten des AIDS-Erregers HTLV III gibt, denn solche könnten theoretisch entwickelt werden. Aber um sich zu vermehren, müssen Retroviren ihr genetisches Material in das der Wirtszelle integrieren. Proto-Onkogene könnten in der Zelle aktiviert und Tumoren induziert werden. Außerdem ist nicht auszuschließen, daß das Virus doch wieder pathogen wird.

Mit *inaktivierten ganzen Erregern* und *gentechnisch mutierten Viren* sieht es nicht besser aus. Diese werden in Krebszellen gezüchtet, was nicht unbedenklich ist. Abgesehen davon haben sich derartige Impfstoffe, mit denen man bei tierischen Retroviruskrankheiten wie beispielsweise Rinder- und Katzenleukämie Erfahrung hat, als ausgesprochen wenig immunogen erwiesen.

Eine andere Form von Lebendvakzine ist die mit *rekombinanten Viren*. Gegen Herpes simplex beispielsweise ist es gelungen, einen solchen Impfstoff herzustellen. Als geeigneter Vektor, in den man das HTLV-III-Hüllprotein-Gen einschleusen kann, bietet sich das Vacciniavirus an. Es ist erwiesenermaßen nicht nur für diese

Aufgabe geeignet, sondern auch ungefährlich. Der Haken daran: Außer kleinen Kindern ist noch so gut wie jeder gegen Pocken geimpft. Das rekombinierte Virus würde bei all diesen Personen nicht angehen und keinen Schutz erzeugen.

Man müßte also ein anderes Impfvirus finden. In der Zukunft könnte diese Form der Immunisierung aber einmal eine Rolle spielen.

Spaltimpfstoff in Sicht?

Seit kurzem gibt es eine Vakzine gegen Katzenleukämie, die effektiv ist. Sie enthält nicht den kompletten Erreger, sondern seine gereinigten Hüllproteine. Per se sind das schlechte Immunogene. Sie werden aber erheblich wirksamer, wenn sie als immunstimulierende Komplexe (*Iscoms*), also verbunden mit Hilfsmolekülen, angeboten werden.

Einem ähnlichen Ansatz räumen sowohl Erfle als auch Löwer und Kurth reelle Chancen ein. Vermutlich ist es das *gp120*, ein Glykoprotein auf der Oberfläche des Virions, das vom Immunsystem als fremd erkannt wird und die Bildung neutralisierender Antikörper induziert. In relativ reiner Form von Bakterien oder Eukaryonten (z. B. Hefen) produziert, könnte es die Grundlage eines zukünftigen Spaltimpfstoffes sein.

Eine Schwierigkeit besteht allerdings darin, daß das HTLV III ständig seine Hüllantigene ändert. Diese Antigen-Drift, die man vom Influenzavirus her kennt, macht es nötig, die Zusammensetzung der Vakzine häufig zu variieren. Nur dann lassen sich wirksame Spiegel von neutralisierenden Antikörpern induzieren.

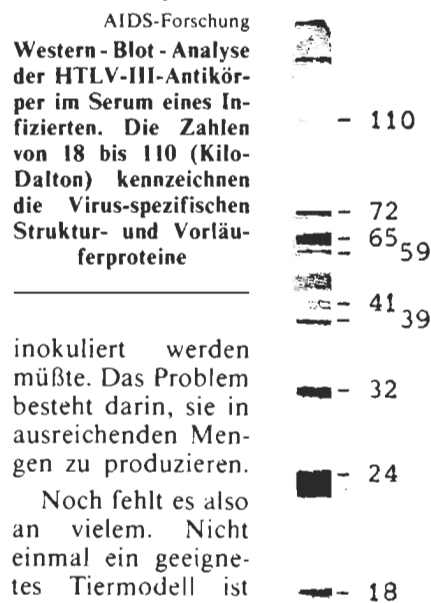
Auch die Darreichungsform wird eine große Rolle spielen, weil Hüllkomponenten allein die Abwehr nicht

gut stimulieren. Beim Menschen hat man bis jetzt noch keine Erfahrungen mit *Iscoms*.

Anti-Anti-Antikörper induzieren

Alle „klassischen“ Impfmethode benutzen den Erreger oder seine Bruchstücke, um die Abwehr anzukurbeln. Die Erkenntnisse der letzten Jahre weisen noch einen anderen Weg.

Die Antikörper-Region, die gegen ein bestimmtes Epitop (Antigen-Determinante) auf einem Antigen gerichtet ist, wird als *Idiotyp* bezeichnet. Diese Struktur ist praktisch das Spiegelbild des Epitops. Gegen dieses Spiegelbild können wiederum Antikörper, die dann *Anti-Idiotyp-Antikörper* (Anti-Antikörper) heißen, induziert werden. Sie sind dem ursprünglichen Epitop so ähnlich, daß man sie zur Immunisierung verwenden kann. Eine Impfung mit Anti-Idiotyp-Molekülen hätte den Vorteil, daß überhaupt kein virales Material



inokuliert werden müßte. Das Problem besteht darin, sie in ausreichenden Mengen zu produzieren.

Noch fehlt es also an vielem. Nicht einmal ein geeignetes Tiermodell ist bekannt. Die Schwierigkeiten auf dem Weg zur AIDS-Vakzine werden groß sein, aber sicher nicht unüberwindbar.

D. H.

Löwer, J., Kurt, R. (Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Straße 42-44, D-6000 Frankfurt 70): *Umweltmedizin* 1, S. 3, 1986. – Erfle, V. (Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH München, Institut für Pathologie, Ingolstädter Landstraße 1, D-8042 Neuherberg): *AIDS-Forschung* 1, S. 117, 1986



Ärzte-Zeitung, Neu-Isenburg, 16.7.86

Mundsoor bei „gesunden“ jungen Männern als AIDS-Indikator

Wuppertal (bis). *Candida albicans* spielt eine entscheidende Rolle als Erreger opportunistischer Infektionen bei Patienten mit AIDS. Nach Aussage von Professor Wolfgang Stille, Frankfurt, steht dabei an erster Stelle der schwere, therapieresistente Mundsoor und die *Candida-Ösophagitis*.

Wie Stille bei einer Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Nordrhein in Wuppertal ausführte, hatten alle 65 AIDS-Patienten, die bis März in der Frankfurter Uniklinik behandelt worden sind, irgendwann im Verlauf der Erkrank-

kung eine orale Candidiasis: „Wenn sich ein junger Mann mit Mundsoor in der Praxis vorstellt, ohne daß eine offensichtliche Grunderkrankung — etwa eine Leukämie in der Remission — vorliegt, dann hat der Patient AIDS, bis das Gegenteil bewiesen ist.“

Als wichtige Kontrollmaßnahme im Rahmen einer AIDS-Betreuung nannte Stille die Bestimmung der Keimzahlen von *Candida albicans* im Mundspülwasser der Erkrankten. So habe eine Untersuchung an Patienten der Frankfurter Uniklinik ergeben, daß die Höhe der Keimzah-

len positiv mit dem AIDS-Stadium korreliere: Bei Patienten, die nur den Risikogruppen angehörten oder asymptomatische HTLV-III-Träger waren, wurde im Vergleich zu Gesunden keine Erhöhung der *Candida*-Keimzahlen gefunden. Ein deutlicher Anstieg zeigte sich dagegen in Fällen mit Lymphadenopathie-Syndrom. Extrem hohe Keimzahlen kennzeichnen die manifeste AIDS-Erkrankung, erläuterte der Frankfurter Internist.

Für die Candidiasis auf dem Boden eines T-Zell-Defektes sei charakteristisch, daß sie kaum auf die übliche Nystatin-Thera-

Ärzte-Zeitung, Neu-Isenburg, 23.7.86
AIDS / Stuttgart

Spezielle Beratung für infizierte Familienväter

Stuttgart (rth). Für Homosexuelle und Drogensüchtige gibt es in der Bundesrepublik in fast jeder Großstadt AIDS-Beratungsstellen. In der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart finden jetzt auch Familienväter, die sich bei einer Prostituierten angesteckt haben und es ihren Ehefrauen nicht beichten können, Ansprechpartner.

Christel Becker-Kolle, Psychologin in der Evangelischen Gesellschaft, versucht, den besorgten Anrufern Schuldgefühle gegenüber ihrer Familie zu nehmen und ihnen eine moralische Unterstützung zu sein. Oftmals, so Frau Becker-Kolle, würden die Anrufer, um anonym zu bleiben, die angebotene Gesprächstherapie ablehnen. Ferner vermittelt die Psychologin konkrete Hilfen bei Wohnungs- oder Geldproblemen.



Professor Dr. Wolfgang Stille, Uniklinik Frankfurt Foto: Wille

pie anspreche. In diesen Problemfällen eignet sich nach Stille besonders die Gabe von Ketocanazol in einer Dosierung von 400 bis 600 mg pro Tag.



Ärzte-Zeitung, Neu-Isenburg, 25./26.7.86

Betrug an AIDS-Kranken

München (CS). Geschäfte mit der Angst wirft Professor Dr. Frank Detlef Goebel, München, jenen vor, die derzeit propagieren, eine wirksame Methode zur Bekämpfung von AIDS gefunden zu haben.

Anlässlich des Infektiologenkongresses in München berichtete der Mediziner, daß zunehmend AIDS-Patienten um Rat fragen, denen mit alternativen Methoden Heilung versprochen wurde. Die „Behandlung“ kostete im Durchschnitt 20 000 DM und

sei mit Sicherheit absolut unwirksam.

„Es werden die grotesksten Dinge angeboten, die aber nicht helfen sondern nur teuer sind.“ Solche Praktiken würden derzeit bei verschiedenen Berufszweigen „von Masseuren über Tiermediziner, Heilpraktiker bis hin zu Ärzten beobachtet“. Dabei handele es sich lediglich um den Versuch, ein möglichst schnelles Geschäft mit der Angst der Betroffenen zu machen.

Siehe Kommentar Seite 2

Kommentar

So wie die Krebspatienten ihren Hackethal, so haben die AIDS-Kranken oder vermeintlichen AIDS-Kranken nun ihren Alexander Preuß.

Die derzeitige Hilflosigkeit der Schulmedizin schamlos ausnutzend, macht er sein Geschäft mit der Angst: 20 000 DM kostet die Behandlung, die „todsicher“ wirksam sein soll. Preuß setzt altbekannte Mittel ein, von denen nach Aussagen der Schulmediziner keines, aber auch gar keines wirksam gegen AIDS sein kann. Neben dem Screening und der „Substitution des Grundsystems“ (was immer das auch sein mag), propagiert der Stuttgarter Arzt eine Ozon-Eigenbluttherapie, Kalzium, Multibionta und so weiter.

Das wäre, abgesehen von dem immensen Geld, das dem Patienten aus der Tasche gezogen wird, nicht weiter schlimm. Doch Preuß hat auch schon von Germanin gehört. Dreimal spritzt er diese Substanz, die nach klinischen Versuchen von der Schulmedizin wegen Erfolglosigkeit nicht mehr eingesetzt wird und mit schwersten Nebenwirkungen behaftet ist.

Doch es kommt noch schlimmer. Der Wunderdoktor, der die „weltweit einzige Waffe gegen AIDS“ entdeckt haben will, mag von sexueller Enthaltsamkeit der möglicherweise tatsächlich AIDS-Kranken nichts wissen.

Habe sich doch „nach der Therapie bisher keine HTLV-III-Infektion an den Sexualpartnern nachweisen“ lassen, schreibt der, und nun muß man schon sagen Scharlatan, an die Krankenkasse, die diese „Therapie“ bezahlen soll. Geld machen will jeder. Schnöden Mammon mit der Angst Todgeweihter zu verdienen, ist jedoch verwerflich. Fast schon kriminell ist es, einen Therapieerfolg daran zu messen, ob der Sexualpartner auch infiziert wurde.

Menschen wie Preuß verderben nicht nur den Ruf der Schulmedizin, sondern auch den der Ärzte, die sich ernsthaft mit Naturheilkunde beschäftigen. Sie verderben auch das einsame Pflänzchen des Dialogs, das gelegentlich zaghaft zwischen diesen beiden Lagern aufblüht. Schade!

Christine Schäfer



Ärzte-Zeitung, Neu-Isenburg, 21.7.86

Infektion / Afrika

AIDS wird heterosexuell übertragen

Brüssel (wah). An den in Europa diagnostizierten AIDS-Fällen beträgt der Anteil aus Zentralafrika stammender Patienten etwa zehn Prozent. Die große Mehrheit von ihnen gehört weder zur Risikogruppe der Homosexuellen noch der i.v.-Drogenabhängigen. Mehr als jeder dritte Betroffene ist eine Frau.

Diese Patienten sind nach neuesten Untersuchungen nur ein Bruchteil der z.B. in Ruanda, Zaire, Sambia und Uganda aufgetretenen AIDS-Fälle, da bisher keine offiziellen Meldungen vorliegen: So haben im März 1986 nur Sambia, Tansania, Kenia und der Sudan überhaupt über die Existenz von AIDS-Fällen an die WHO berichtet.

Wie der Infektiologe Dr. N. Clumec von der Universität Brüssel jetzt dazu in der Zeitschrift „Infection“ (14, 1986) berichtet, ist das epidemiologische und klinische Krankheitsmuster in Afrika von dem in Europa verschieden: Es sind vor allem

etwa gleichviel Frauen wie Männer infiziert.

Alle bisher verfügbaren epidemiologischen Daten zur AIDS-Übertragung in Afrika zeigen auch, daß weder die Übertragung durch verunreinigte Injektionsnadeln noch durch den Stich blutsaugender Insekten eine größere Rolle spielen kann, sondern daß die Infektion hauptsächlich durch heterosexuellen Geschlechtsverkehrs weitergegeben wird.

Welche Rolle Bluttransfusio-

nen bei zunehmender Prävalenz und dem Fehlen eines Blutspender-Screenings spielen können, läßt sich zwar noch nicht abschätzen. Dies ausgeklammert gibt die Situation in Afrika aber nach Clumec möglicherweise eine „Vorschau“ auf das, was im Amerika und Europa epidemiologisch bevorsteht. Clumec hält es dafür für dringend notwendig, die Mechanismen der heterosexuellen Übertragung näher zu untersuchen, um Möglichkeiten der Vorbeugung zu finden.

Uganda / AIDS

Slim Disease: Gravidität als Risikofaktor

München (mst). Immunschwäche durch häufige Schwangerschaften prädisponiert zur „Slim Disease“, die durch den AIDS-Virus ausgelöst wird. In Kampala, der Hauptstadt Ugandas, trat die Krankheit in den letzten fünf Jahren epidemisch auf.

Beim 9. internationalen Infektiologen-Kongreß stellte Dr. K. H. Marquart, München, die demographische und medizinische Analyse der bisher 31 Fälle dar: Die Patienten zeigten den für die Namensgebung typischen Gewichtsverlust und Schwäche. Häufig sind dabei auch Diarrhoen, Erbrechen und Fieber.

Sieben Krankheitsfälle erfüllten alle Kriterien für AIDS. Weitere sieben zeigten nur eine geringer ausgeprägte, nicht vital gefährdende Symptomatik mit generalisierter Lymphadenopathie und oraler Candidiasis. Auffällig sei, daß bei der „Slim Disease“ beide Geschlechter gleich stark betroffen sind und keine Korrelation zu Homosexualität oder Drogenabusus bestünde. Als Risikofaktor habe sich eine große Anzahl von Schwangerschaften unter inadäquater Ernährung herausgestellt. Es waren vor allem niedrige soziale Schichten betroffen.

Ärzte-Zeitung, Neu-Isenburg, 28.7.86



(Ausz.) Ärzte-Zeitung, Neu-Isenburg, 22.7.86

Gesucht: Ein direkter Virusnachweis zur Verbesserung der AIDS-Diagnostik

Frankfurt. Die AIDS-Forschung läuft auf Hochtouren. Trotzdem ist die „Wunderwaffe“ gegen AIDS noch nicht gefunden. Neue Forschungsergebnisse scheinen immer wieder neue Probleme aufzuwerfen. Über aktuelle therapeutische und diagnostische Aspekte des Immundefizienzsyndroms AIDS sprach **ÄRZTE ZEITUNGS-Mitarbeiterin Verena Repp** mit Professor Dr. Hans Dieter Brede und mit Privatdozentin Dr. Helga Rübsamen-Waigmann vom Chemotherapeutischen Forschungsinstitut Georg Speyer-Haus in Frankfurt. (...)

ÄRZTE ZEITUNG: *Neuesten Forschungsergebnissen zufolge zeichnen sich die HIV-Viren durch eine chronische Mutationsfähigkeit aus. Welche Konsequenzen hat dies für den Krankheitsverlauf, für Diagnostik und Therapie?*

RÜBSAMEN-WAIGMANN: Man hat in jüngster Zeit festgestellt, daß HIV-Virus-Varianten auf verschiedenen Zellsystemen unterschiedlich wachsen. So gibt es Viren, die auf Lymphozyten sehr gut wachsen und für diese Zellen extrem zytopathogen sind. Andererseits gibt es HIV-Viren, die auf Lymphozyten praktisch nicht wachsen, dafür aber auf Makrophagen.

Wir haben die HIV-Viren in fünf Gruppen eingeteilt — von extrem zytopathogen für Lymphozyten bis praktisch apathogen für Lymphozyten. Insgesamt haben wir bisher 40 Mutanten isoliert.

Entsprechend der unterschiedlichen Wachstumseigenschaften sind auch neue Varianten

des Krankheitsgeschehens beobachtet worden. So gibt es Patienten, die lediglich thrombopen werden oder die zunächst an neurologischen Symptomen erkranken, bei denen also primär keine ausgeprägte Immunschwäche auffällt. Trotzdem kann man nie absehen, wie sich das Krankheitsbild entwickelt, da die HIV-Viren im Empfänger sehr schnell (innerhalb von drei Monaten) mutieren können. Auch extrem zytopathogene Viren korrelieren nicht unbedingt mit einem foudroyanten Krankheitsverlauf.

Die Folgen für die Diagnostik sind noch nicht in vollem Umfang abzusehen. Es ist jedoch zu erwarten, daß die derzeitigen Diagnostika nicht alle Subtypen erfassen, wenn sie nur mit einem einzigen Antigen arbeiten.

Hinsichtlich der Therapie denke ich, daß man nicht mit einem einzigen Therapeutikum alle Viren erreichen kann. Es gibt immerhin unterscheidbare Mechanismen der Virusvermehrung. Gerade in der Entwicklung von Chemotherapeutika muß man daher mit mehr als einem Stamm arbeiten. (...)

ÄRZTE ZEITUNG: *Wie schätzen Sie die bisher verfügbaren AIDS-Tests ein?*

BREDE: Der gängige Screening-Test ist der ELISA-Test, der aber durch viele falsch-positive Ergebnisse belastet ist. Dieses ist zum Teil darauf zurückzuführen, daß er auch menschliche Antigene enthält. Als Bestätigungstest benötigt er den Western-Blot-Test oder den Immunfluoreszenztest. Der Western-Blot-Test ist deshalb aus-

sagefähiger als ELISA, da hier die einzelnen Hüllsubstanzen des Virus schichtweise aufgeführt sind. Daraus kann man ersehen, ob das ganze Antikörpermuster vorhanden ist oder nur Teile daraus. Ein hundertprozentiger Virusnachweis ist nur durch die Kultur zu erbringen, die aber sehr aufwendig und teuer ist. (...)

ÄRZTE ZEITUNG: *Unterscheiden sich die bisherigen Tests dem Prinzip nach?*

BREDE: Nein, alle bisher verfügbaren Tests sind Antikörpertests. Ein sogenannter „Antigen-Catching“-Test, der das Virus direkt nachweist, existiert noch nicht. (...)

RÜBSAMEN-WAIGMANN:

Der direkte Virusnachweis ist deshalb besonders schwierig, da im Blut des Patienten immer nur sehr wenig Virus vorkommt. Es gilt also, die Methoden so zu verfeinern, daß man das bißchen Virus noch nachweisen kann. Man braucht vermutlich ein völlig neues Prinzip, um das infektiöse Agens direkt nachzuweisen. Es gibt mehrere Firmen, die am Virusnachweis arbeiten, es soll schon Pilottests geben. Es scheint dies jetzt die Richtung zu sein, in der man bezüglich neuer Tests geht. Weitere diagnostische Verbesserungen lassen sich kaum von Antikörperbestimmungen wohl aber von Antigennachweisen erwarten.



AIDS-Hilfe Berlin

Auch Ärzte behindern die Suche nach neuen Räumen

Berlin (HML). Große Probleme bereitet der Berliner AIDS-Hilfe die Suche nach neuen Büroberatungs- und Gruppenräumen. Nach dreimonatigen Bemühungen hat die vom Senat mit jährlich 280 000 DM unterstützte Selbsthilfegruppe immer noch nicht das dringend benötigte Domizil gefunden.

Vorbehalte bei den Eigentümern und den potentiellen Nachbarn — darunter auch Arztpraxen — haben bereits in einigen Fällen den Abschluß eines Mietvertrages verhindert.

„Unsere jetzigen Büro- und Gruppenräume reichen nicht mehr aus für die vier fest angestellten Mitarbeiter und deren Gruppengespräche mit Positivträgern und Angehörigen“, erklärte Konrad Möckel vom Vorstand des Vereins. Zudem liege die Wohnung direkt an der Autobahn und „bei jedem vorbeifahrenden LKW werden Gebäude und Mitarbeiter kräftig durchgeschüttelt“.

Schreiben an große Hausverwaltungen „mit ehrlicher Beschreibung der Arbeit“, so Möckel,

führten bisher ebenso wenig zum Erfolg wie schriftliche und telefonische Anfragen bei den kommunalen Grundstücksämtern. „Die Bezirksämter sind aufgeschlossen“, glaubt Möckel, „sie verfügen aber nicht über die von uns gewünschten Räume“.

Deshalb verspricht Möckel sich nicht viel von einem Antrag der FDP-Wilmersdorf an die Bezirksverordnetenversammlung der AIDS-Hilfe Räume aus dem kommunalen Bestand zur Verfügung zu stellen.

Nach dreimonatigen Erfahrungen geht der Verein jetzt zielstrebig vor, besichtigt nicht mehr zwei bis drei Wohnungen pro Tag, sondern klärt mögliche Vorbehalte am Telefon. Objekte in reinen Wohnanlagen kommen bei der intensiven Nutzung nicht in Frage. „Wir können keine Wohnung im dritten Stock belegen und es den Mietern in den Stockwerken darunter zumuten, wenn jeden Abend 15 Leute auf ihren Köpfen herumtrampeln“, erklärt Möckel.

Der Verein hat jetzt gewerblich genutzte Gebäude im Visir, wie etwa ein ehemaliges Großraumbüro in der Berliner City. Hier hatte der Makler bereits

grünes Licht signalisiert, Mitglieder der Gruppe waren mit Zollstock angerückt, um die Lage der Trennsäule zu bestimmen, bis plötzlich der Vermittler auf Distanz ging.

„Nur durch eine Indiskretion seiner Sekretärin erfuhren wir, daß zwei in demselben Haus befindliche Ärzte von ihrem vertraglichen Mitspracherecht bei der Neuvermietung Gebrauch gemacht und Veto gegen uns eingelegt hatten“, stellt Möckel et-

was resignierend fest. „Zuerst ist man uns gegenüber aufgeschlossen, faßt Möcke seine Erfahrungen zusammen, „wenn wir aber Interesse signalisieren, gehen Makler und Vermittler auf Tauchstation und erklären bei Nachfrage, die Räume seien bereits weitervermittelt. In einigen Fällen wurden sie aber dann wochenlang in Tageszeitungen angeboten“.

Dramatisieren will Möckel die bisher vergebliche Suche der AIDS-Hilfe nach neuen Räumen aber nicht, „denn dadurch würden neue Vorurteile erzeugt und schlafende Hunde geweckt“.

Momentan laufen Gespräche mit dem Eigentümer eines zentral gelegenen Gebäudes in Schöneberg. Aber auch dieses Objekt hat einen Pferdefuß: Die Renovierungen des ehemaligen Bordells werden rund 30 bis 40 000 DM verschlingen. Darüber verhandelt der Vorstand zur Zeit mit dem Besitzer.



British Medical Journal, London, 26.7.86

AIDS and swimming pools

There is much public anxiety that the virus causing the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) may be spread in swimming and hydrotherapy pools. The virus, now called the human immunodeficiency virus (HIV), can be transmitted by sexual intercourse, by transfusion or inoculation of blood and blood products, and by sharing contaminated syringes and needles. There is no evidence, however, that it is spread by social contact; by sharing of washing, eating, and drinking utensils, and other articles commonly used; or by sharing toilet facilities.¹ Nor is the infection transmissible by airborne droplets resulting from coughing or sneezing.

The World Health Organisation and other international agencies are paying great attention to contamination of water and soil by viruses. Though much is known about monitoring and treating bacterial contamination of water, less is known about viral contamination, which is mainly with enteroviruses. Human viruses that may be found in polluted water (often far from the source of contamination) include most enteroviruses, hepatitis A, Norwalk type of gastroenteritis viruses, rotavirus, adenovirus, and parvovirus (adeno associated virus);² and the most important sources of viral contamination are human faeces and urine. But swimmers may shed genital and respiratory viruses into water. Less well studied and even unknown viruses (perhaps papovaviruses, certain slow viruses, and possibly human tumour viruses) may also be spread through water.

Swimming in recreational pools, whirlpools, and hydrotherapy pools (especially if the head is immersed) may thus be hazardous if the water is polluted. Specific infections due to *Pseudomonas aeruginosa*,³ mycobacteria, legionella, and amebae are described. There is less information on viruses,

but water may be swallowed during bathing, and viruses may enter exposed mucous membranes and through breaks in the skin (fresh wounds and abrasions). Pools without free residual chlorine allow viruses to accumulate and survive and may become a source of infection—for example, acute pharyngoconjunctivitis caused by adenoviruses, meningitis due to enteroviruses, and infection with polioviruses. Viral infection might thus be contracted in poorly maintained pools but not, it seems, from properly maintained and disinfected swimming pools.

HIV has been isolated from blood, semen, saliva, tears, and breast milk. It may be present in other body fluids including urine, but there are no reports of its isolation from faeces. Several factors thus make it extremely unlikely that AIDS could be spread by water. Firstly, the most important sources of contamination of water are human faeces and urine. Secondly, dilution greatly reduces the risk of infection—for example, with hepatitis B virus. Thirdly, properly maintained and supervised swimming pools, whirlpools, and hydrotherapy pools pose little risk, but factors such as the bathing load, personal hygiene, type of disinfectant used, amount of residual organic material filtration, pH of the water, and water temperature and circulation are most important (McDougall SM, unpublished observations).

Particular attention should be paid to the disinfectant used. Sodium hypochlorite and chlorinated isocyanurate have been used effectively for many years. Chlorine destroys microbes and removes organic material, and whatever the source of chlorine the active agent is hypochlorous acid. Chlorine remains the disinfectant of choice, the amount of free residual chlorine recommended being 1.5-2.0 mg/l (0.02-0.03 mmol/l), which should be attained constantly and uniformly.

Finally, although the survival of HIV in water has not been investigated, studies on the effect of chemical disinfectants on the virus have shown an inactivation pattern similar to that of other enveloped viruses.⁴

In summary, spread of AIDS by water in properly maintained pools is exceedingly unlikely. But it may be prudent for individuals with open cuts, fresh abrasions, and other open skin lesions not to be treated in hydrotherapy pools and to avoid recreational bathing since it is conceivable that the virus might enter through an open lesion.

ARIE J ZUCKERMAN

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

1 Department of Health and Social Security. *AIDS booklet 2. Information for doctors concerning the introduction of HTLV-III antibody screening*. London: DHSS, 1985. (Enclosure to DHSS circular CMO/85.)

2 World Health Organisation. Human viruses in water, wastewater and soil. *WHO Techn Rep Ser* 1979; No 649.

3 Fox JP. Human-associated viruses in water. In: Berg G, Bodily HL, Lennette EH, Melnick JL, Metcalf TG, eds. *Viruses in water*. Washington: American Public Health Association, 1979: 39-50.

4 Brett JJ, du Vivier A. *Pseudomonas aeruginosa* and whirlpools. *Br Med J* 1985;290:1024-5.

5 Spire B, Barre-Sinoussi F, Montagnier L, Chermann JC. Inactivation of lymphadenopathy associated virus by chemical disinfectants. *Lancet* 1984;ii:899-901.



Mitteilungsbl.d.Kassenärztl.Vereinigung Berlin, Nr.8/86

Fallberichtsbogen für freiwillige vertrauliche Arztberichte bei Erkrankungs- und Todesfällen an AIDS liegt vor

In einem Rundschreiben an die obersten Landesgesundheitsbehörden, die Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder weist das Robert Koch-Institut des Bundesgesundheitsamtes darauf hin, daß ein Fallberichtsbogen für freiwillige vertrauliche Arztberichte über manifeste AIDS-Erkrankungen und Todesfälle bei AIDS ausgearbeitet worden ist. Das Rundschreiben des Bundesgesundheitsamtes hat folgenden Wortlaut:

Betr.: Fallberichtsbogen für Erkrankungs- und Todesfälle an AIDS zur Aufnahme in das zentrale AIDS-Register am Bundesgesundheitsamt

Sehr geehrte Damen und Herren,
im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit und nach Abstimmung mit dem Ausschuß für Seuchen- und Umwelthygiene der Arbeitsgemeinschaft leitender Medizinbeamten des Bundes (AGLMB) und deren Datenschutzbeauftragten ist ein Fallberichtsbogen für freiwillige vertrauliche Arztberichte über manifeste AIDS-Erkrankungen und über Todesfälle bei AIDS erstellt worden.

Die Bögen sind mit 2 Durchschlägen für ein Durchschreibeverfahren gefertigt, Original und erster Durchschlag sollten vom berichtenden Arzt direkt an das zentrale AIDS-Register des Bundesgesundheitsamtes an die im Bogen angegebene Adresse gesandt werden. Nach Aufnahme des gemeldeten Falles in das BGA-AIDS-Register wird der erste Durchschlag den zuständigen Seuchenreferenten übersandt.

Nach einer Erprobungszeit mit diesen Meldebögen ist vorgesehen, in kurzfristigen Abständen (monatlich bis 14tägig) routinemäßig den zuständigen Stellen über die aus den einzelnen Ländern gemeldeten AIDS-Erkrankungs- und Todesfälle und über besondere epidemiologische Erkenntnisse zu berichten.

Den obersten Landesgesundheitsbehörden gehen Fallberichtsbögen in gewünschter Menge zu (entsprechend Vereinbarung vom 13.03.86, Stuttgart).

Wir bitten Sie, für eine Verteilung an solche Ärzte oder Krankenhäuser Sorge zu tragen, die Patienten mit manifestem AIDS (entsprechend der international vereinbarten Falldefinition) betreuen. Allein anti LAV/HTLV-III seropositive Personen oder Patienten mit „AIDS related complex“ (ARC) sollen nicht erfaßt werden.

Fallberichtsbögen können von den zuständigen Seuchenreferenten der Länder und vom Bundesgesundheitsamt bezogen werden. Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat am Robert Koch-Institut des Bundesgesundheitsamtes ein nationales Referenzzentrum für die epidemiologische Erforschung von AIDS eingerichtet. Das bestehende zentrale AIDS-Register wird im Rahmen des nationalen Referenzzentrums weitergeführt.

gez. Dr. Johanna L'age-Stehr
Dir. u. Prof.

Nationales Referenzzentrum für
die epidemiologische Erforschung
von AIDS



Immunsuppression birgt Krebsgefahr

Von Ludwig Euphrat

Die dauerhafte Suppression des Immunsystems birgt neben den bekannten Gefahren ein weiteres wichtiges Risiko: Angeborene und erworbene wie auch iatrogen induzierte Eingriffe in das Abwehrsystem sind stets mit der möglichen Entwicklung maligner Tumoren verbunden. Für manche Krebse steigt das Risiko bis zum Hundertfachen. Zugleich wird eine im Vergleich zur Normalpopulation unterschiedliche Gangart der Neoplasien beobachtet.

Dr. Israel Penn von der Universität Cincinnati hat in *Surgery of Gynecology and Obstetrics* (162, 1986, 603) die bisherigen Erkenntnisse zusammengestellt. 2435 maligne Tumoren bei 2278 Organtransplantierten wurden bis August 1985 im Cincinnati Transplant Tumor Registry untersucht. Den weitaus größten Anteil stellen mit über 2200 Fällen die Empfänger von Nieren.

Im Vergleich zur Normalpopulation zeigen sich frappierende Unterschiede. Bei den durchschnittlich 40jährigen Patienten dominieren bestimmte Tumortypen, während die Inzidenz der in der Normalbevölkerung geläufigen Karzinome nicht erhöht ist.

Karzinome der Haut und Lippen wurden bei Transplantierten in 39 Prozent der Fälle beobachtet. Im Gegensatz zum Kollektiv werden hier Melanome und Basaliome durch das Plattenepithelkarzinom zurückgedrängt. Im Vergleich zur Normalpopulation wurde eine um das 29fache erhöhte Inzidenz errechnet.

Fast ebenso hoch liegt die Gefahr von Non-Hodgkin-Lymphomen, wobei Herztransplantierte — möglicherweise als Folge der besonders profunden Im-

munsuppression — augenfällig stärker bedroht sind. Das Immunsystem reagiert also selbst, und zwar überwiegend die B-Zellen, seltener die T-Zellen. Auch hier verläuft die Krankheit anders als normal: In zwei Dritteln der Fälle beschränkt sie sich auf ein einzelnes Organ, mit 36 Prozent am häufigsten auf das Gehirn, das sonst bei nur einem Prozent befallen wird. Zum Vergleich gibt der Autor die aktuellen Zahlen des National Cancer Survey an. Er berichtet von nur 15 zerebralen Lymphomen unter 21 Millionen Amerikanern.

Einige der Lymphome, aus denen sich regelmäßig das Epstein-Barr-Virus isolieren ließ, bildeten sich nach Reduktion der Immunsuppression zurück, andere sprachen auf das Zytostatikum Acyclovir an.

Auch Kaposi-Sarkome, die sich im Vergleich zu AIDS-Patienten wesentlich weniger aggressiv verhalten, sind auf das

Hintergrund

vier- bis 500fache vermehrt. 5,3 Prozent der nach Cincinnati gemeldeten Tumoren waren Kaposi-Sarkome. Die Vergleichsinzidenz dagegen wird mit 0,02 bis 0,07 Prozent angegeben. Bei zwei Dritteln der Patienten bleibt der Tumor auf Herz, Konjunktive und Schleimhaut des Oropharynx beschränkt, nur beim kleineren Teil werden Lunge oder Gastrointestinaltrakt befallen. In 20 Prozent geht der Tumor in Remission, wenn die immunsuppressive Behandlung ausgesetzt wird.

Seltener, aber bei Nierentransplantierten 100fach vermehrt, treten Malignome der Zervix-Uteri, der Vulva und des Perineum auf. Der Verlauf bei Patienten, die aus anderen Grün-

den als einer Transplantation, etwa wegen einer Autoimmunerkrankung, behandelt werden, weist viele der genannten Besonderheiten auf. Insgesamt scheinen jedoch die Probleme deutlich geringer zu sein, wahrscheinlich wegen der niedrigeren Gesamtdosis und kürzeren Behandlungsdauer.

Auch eine Chemotherapie wirkt immunsuppressiv. Sekundäre Tumoren entstehen, zumal die Medikamente direkt karzinogene Nebenwirkungen aufweisen. Nach vier bis sechs Jahren entwickelt sich üblicherweise eine myeloische Leukämie. Das Risiko wird zwischen 0,5 und 4,5 Prozent beziffert. Anderen Tumoren kommt dagegen nur geringe Bedeutung zu.

Das Risiko der Karzinogenese bei chronischem Nierenversagen läßt sich noch nicht genau beurteilen. Man befürchtet eine sieben- bis 27fache erhöhte Inzidenz von Non-Hodgkin-Lymphomen. Angeborene Immundefekte fallen zahlenmäßig kaum ins Gewicht.

Über den Mechanismus der Krebsentstehung ist man sich noch nicht im klaren. Vieles spricht für die Aktivierung onkogener Viren als Auslöser vom Epstein-Barr-Virus für das Non-Hodgkin-Lymphom oder von Papillomviren für Haut- und Vulvakrebse sowie vom Hepatitis-B-Virus für das ebenfalls häufiger vorkommende hepatozelluläre Karzinom. Spekuliert wird, warum es zur aggressiven Ausbreitung der Erreger kommt. Vielleicht führt die chronische Antigenstimulation durch ein fremdes Organ, durch mehrfache Bluttransfusionen oder auch durch Sperma zur Überreaktion der Abwehrzellen mit der Folge eines malignen Lymphoms. Die Immunsuppression beeinträchtigt auch die Fähigkeit des Organismus, maligne Zellen zu eliminieren. Chemotherapeutika und Immunsuppressiva können die Wirkung anderer Karzinogene potenzieren. Schließlich schädigen diese Pharmaka die DNA.



Dental Care for the Person with Hemophilia

auszugsweise aus: Hemophilia World, Los Angeles, Vol 3 Nr 2 July 86

...

Dental Implications of HIV Seropositivity

While many instances of hepatitis B transmission through the dental office have been reported, there have been **no cases of AIDS transmission from patient to dentist or vice versa**. Nevertheless, the overriding concern with the possible transmission of AIDS continues because of its always fatal result.

Because dentists are at risk of exposure to the AIDS virus through contact with blood and saliva, considerable attention has focused on infection control procedures in the dental office. Since HIV antibodies have been found in saliva, although in much lower concentrations than in blood, and the full significance of seropositivity has not been clarified, it is not surprising that patients and dentists remain concerned about AIDS transmission.

In a study reported by the CDC that included 1,758 health care workers who experienced needlestick exposure to blood from AIDS patients, 26 were found to be seropositive for antibody. However, all except three of these were members of groups at high risk for AIDS. None of the 26 have developed AIDS to date.

The dentist is far more at risk to develop hepatitis through transmission of the hepatitis B virus because of its greater prevalence in the general population as well as its more efficient transmission, higher blood titer levels, and greater resistance to disinfection.

Awareness of the greater hepatitis risk should allay some of the fears associated with irresponsible reporting by the media about AIDS and HIV seropositivity.

The American Association of Public Health Dentistry, in November 1985, adopted a resolution and position paper about infection control in dentistry. The paper contained the recommendations of educators, dental licensing boards, organized dentistry, state dental health departments, and the federal government. It was published in the Winter 1986 issue of the Journal of Public Health Dentistry.⁴

With regard to research, the National Institute of Dental Research is developing proposals to explore specific clinical and basic aspects of AIDS and its oral manifestations.

When standard infection prevention procedures are used, any potential risks associated with an HIV antibody positive patient can be expected to be low. These procedures include barrier techniques for patient, dentist, and equipment; heat sterilization; the use of disposable items whenever possible; disinfection of environmental surfaces; handwashing with an anti-microbial antiseptic; and appropriate monitoring of sterilization procedures and equipment. . . .

4. Silverman, S. Infectious and sexually transmitted diseases: Implications for dental public health. Journal of Public Health Dentistry 46:11, 1986. •

Die Neue Ärztliche

08.07.1986

Serologie**Prototyp einer
AIDS-Vakzine im
Test erfolgreich**

New York (eb). Der Prototyp einer AIDS-Vakzine, hergestellt von der Firma Genentech, hat sich bei in vitro-Versuchen als wirksam erwiesen.

Nach einem Bericht des Wall Street Journal tötet der Impfstoff

nicht nur die Viren ab, er verhindert auch eine Schädigung der T-Zellen des Immunsystems.

Man erhielt die Vakzine, indem Zellen von Chinesischen Hamstern mit dem Gen für gp120 verschmolzen wurden. Genentech plant, Proteine von verschiedenen viralen Linien zu kombinieren, um einen polyvalenten Impfstoff zu erhalten.



Bei HIV-seropositiven Patienten ohne AIDS- oder ARC-Symptome treten Demenzen, Paraparesen und Meningitiden auf

Nach V. ter Meulen, Würzburg, muß man davon ausgehen, daß bei einem Großteil der AIDS-Patienten auch das ZNS infiziert ist. Das Retrovirus HIV (Human Immunodeficiency Virus) ist offenbar in der Lage, relativ rasch das ZNS zu besiedeln. Manche Patienten erkranken auch an Enzephalopathien und sterben daran, ohne je irgendeine für AIDS oder ARC typische Symptomatik zu zeigen. Wie L. G. Epstein von der New Jersey Medical School auf dem Münchener Infektiologie-Kongreß betonte, ist die virale Replikation ebenso wie die Produktion HIV-spezifischer Antikörper im ZNS mittlerweile gesichert. Besonders auffällig ist die Ähnlichkeit von HIV mit dem Visna-Maedi-Virus, das Slow Infections bei Schaf und Ziege auslösen kann.

Man beobachtet bei den meisten Erwachsenen und Kindern mit AIDS oder ARC auch neurologische Störungen. Für Erwachsene typisch sind subakute Enzephalopathien, die sich psychopathologisch als Demenz vom subkortikalen Typ manifestieren; sie sind oft von Krämpfen und Ataxien begleitet. Einige Patienten zeigen auch diskrete Paraparese, die sich neuropathologisch als vakuoläre Myelopathie niederschlägt. In jüngster Zeit wurde HIV auch häufiger bei akuten und chronischen Meningitiden isoliert.

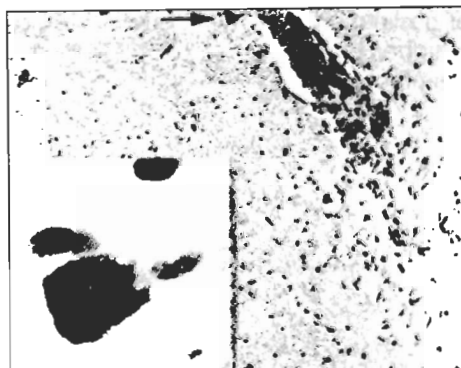
Bei Kindern mit einer HIV-Infektion des ZNS findet man eine progressive Enzephalopathie, die sich durch vermindertes Hirnwachstum, bilaterale Pyramidenzeichen, Ataxie, extrapyramidalen Rigor und Krämpfe äußert.

Während computertomographische Bilder bei Erwachsenen eine zerebrale Atrophie sichtbar machen, findet man bei Kindern zusätzlich symmetrische Verkalkungen und/oder Vergrößerungen der Basalganglien und periventriculären weißen Substanz.

Die klinischen Beobachtungen der Persönlichkeitsveränderungen bei Erwachsenen und des verminderten Kopfwachstums bei Kindern deuten darauf hin, daß das Gehirn bereits primär befallen wird. Die Synthese HIV-spezifischer Antikörper innerhalb des ZNS konnte bei Patienten mit AIDS, ARC und jüngst auch bei asymptomatischen seropositiven Personen nachgewiesen werden.

Neurologische Symptome nach 2 bis 60 Monaten

Bei Kindern, die sich perinatal mit HIV infiziert hatten, betrug die Inkubationszeit bis zum Einsetzen der progressiven neurologischen Symptome zwischen 2 Monaten und 5 Jahren. Daraus läßt sich schließen, daß es sich bei den AIDS-Enzephalopathien entweder um persistierende oder latente



Perivaskuläre entzündliche Infiltrate und eine multinukleäre Riesenzelle (Pfeil und Ausschnitt) aus dem Rückenmark eines Kindes mit HIV-Infektion des ZNS

N. Engl. J. Med. 315 (1986) 62

Infektionen mit späterer Reaktivierung handelt. Die Frage, welche Zellen im ZNS infiziert werden, ist noch nicht völlig geklärt. C. Wiley von der University of California, San Diego, und Mitarbeiter fanden heraus, daß HIV neben Makrophagen und Monozyten auch Endothelzellen der Hirnkapillaren infiziert. Erstaunlicherweise befallen die Retroviren sonst im Organismus nirgends Endothelzellen.

Wiley et al. studierten post mortem die Gehirne von 12 AIDS-Patienten. Bei 9 von ihnen entdeckten sie HIV, und zwar in multinukleären Riesenzellen, Monozyten und Endothelzellen. Nur bei einem Gehirn gab es Hinweise auf eine Infektion von Neuronen oder Glia. Die multinukleären Riesenzellen stammen offenbar von Makrophagen oder Monozyten ab und bilden im ZNS Synzytien.

Für die Art und Weise, wie die Hirnschäden entstehen, nennt Wiley eine Erklärungsmöglichkeit: Bekanntlich können Demenzen ja ohne spezifische Neuronenschäden bei Patienten nach Strahlentherapie auftreten; ihre Gehirne sind ödematös, woraus eine generelle Schädigung entstehen kann, die sich speziell in der weißen Substanz niederschlägt. Eine normale Kommunikation innerhalb des ZNS wird damit unterbrochen, und es treten neurologische Störungen inklusive Demenzen auf.

Die Infektion von Endothelzellen im Gehirn könnte die Kapillaren unnormale durchlässig machen und so das Ödem sowie die Alterationen der Ionen- und Elektrolyt-Konzentrationen verstärken. Wie die genauen Pathomechanismen aussehen, mit denen HIV die neurologischen Defekte auslöst, wird derzeit von vielen Arbeitsgruppen intensiv studiert. Tierisch Lentiviren, insbesondere das Visna Maedi-Virus, könnten hierbei wichtige Aufschlüsse geben.

Dr. rer. nat. Karl Friedrich Schwart

Nach Vorträgen auf dem IXth International Congress of Infectious and Parasitic Diseases, München 20. bis 26. Juli 1986. - Nature 322 (1986) 130. - Science 233 (1986) 418.



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:

- | | |
|---|--------------------------------|
| ... AIDS Heutiger Wissensstand | ... AIDS-Info türkisch |
| ... AIDS-Info für Fixer | ... AIDS-Info griechisch |
| ... AIDS-Kurz-Info f. Fixer | ... AIDS-Info serbokroatisch |
| ... Safer-Sex-Info (schwul) | ... AIDS-Info englisch |
| ... "Wenn ein Freund AIDS hat" | ... AIDS-Info französisch |
| ... Safer-Sex-Postkarten | ... AIDS-Info spanisch |
| ... Safer-Sex-Aufkleber (Ausw.) | ... AIDS-Info portugiesisch |
| ... Safer-Sex-Comic Nr. 1 | ... AIDS-Info italienisch |
| ... Safer-Sex-Comic Nr. 2 | ... AIDS-Info polnisch |
| ... Safer-Sex-Comic Nr. 3 | ... AIDS-Info arabisch |
| ... Safer-Sex-Comic Nr. 4 | ... Info- Plakat für Fixer |
| ... Safer-Sex-Plakat (DIN A 1) | ... Safer-Sex-Plakat (DIN A 2) |
| ... Solidaritäts-Abzeichen "Regenbogen" | |

Bitte beachten; Materialien, die vergriffen sind, werden ohne Zwischen-Nachricht von der Bestellung gestrichen und können auch nicht vorgemerkt werden. Ggf. in diesem Fall zu einem späteren Zeitpunkt erneut bestellen.

Datum:

Unterschrift:



Unterrichtsmaterialien



THEMA AIDS

pad · Postfach 120143 · 4600 Dortmund 12

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.):

AIDS

Medizinisch-biologische und gesellschaftliche Aspekte einer Krankheit
ca. 70 Seiten, Format A 4, Spiralbindung,
15.-- DM

(im Preis ist eine Solidaritätsspende zugunsten der AIDS-Hilfe enthalten)

Keine Krankheit erregt zur Zeit das Interesse der Öffentlichkeit so sehr wie AIDS. Daß der Einzelne wie die Gesellschaft als ganze sich leicht überfordert sieht, wenn es gilt, sachgemäß auf diese Herausforderung zu reagieren, liegt am Zusammentreffen dreier Eigenschaften der Krankheit:

- nach heutigem medizinischen Wissen führt sie zum Tode
- es handelt sich um eine sexuell übertragbare Krankheit
- Hauptbetroffene sind bis jetzt noch vor allem homo- und bisexuelle Männer und Fixer/innen, mithin Menschen, die bis heute vielfach gesellschaftlichen Vorurteilen und Diskriminierungen unterliegen.

Sind Tod und Sexualität Kernpunkte individueller Existenz, so ist der Umgang mit Minderheiten ein Kernpunkt gesellschaftlicher Existenz in einer demokratischen Gesellschaft. Gerade deshalb geht AIDS uns alle an.

Die vorliegende Unterrichtseinheit wendet sich an Jugendliche als Adressaten. Die beiden Hauptübertragungswege der Krankheit fallen in die Bereiche Sexualität und Drogen. Mit beiden Bereichen sind Jugendliche in besonderer Weise konfrontiert: Sie stellen den Hauptteil der Konsumenten illegaler Drogen und sie durchlaufen eine Phase des Experimentierens und Ausprobierens auf dem Weg der Identitätsfindung, auch in sexueller Hinsicht.

Der vorliegenden Unterrichtseinheit geht es durch Aufklärung über medizinisch-biologische wie gesellschaftliche Aspekte der Krankheit AIDS um Sensibilisierung und Versachlichung, die dem einzelnen Jugendlichen Kompetenz in dreierlei Hinsicht ermöglichen soll: Handlungs- und Entscheidungskompetenz im eigenen Verhalten und Beurteilungskompetenz im gesellschaftlichen Umgang mit der Krankheit.

Die Komplexität des Themas erfordert ein fächerübergreifendes Vorgehen. Die Unterrichtseinheit wurde für den Einsatz im Biologie- und Sozialkundeunterricht konzipiert. Sie stellt ein für den Lehrer individuell nutzbares Angebot dar und versteht sich als Anregung zur weitergehenden Beschäftigung mit dem Problemkreis. Sie gibt Literaturempfehlungen und verweist auf den wachsenden Bereich der Hilfe und Selbsthilfe.

INHALT: Didaktische Vorgaben / Vorschläge für die Unterrichtsgestaltung - Teil I: Medizinisch-biologische Aspekte von AIDS (AIDS als neues Krankheitsbild / HIV-Infektion als Ursache / Aufbau des Immunsystems / Zerstörung des Immunsystems durch das Virus HIV / Übertragungswege des Virus HIV / Epidemiologische Entwicklung) - Teil II: AIDS und Drogen (Übertragungsweg Fixen / Problemfeld Prävention) - Teil III: AIDS und Sexualität (Verhütung früher und heute / Schutz vor Ansteckung mit dem Virus HIV beim Geschlechtsverkehr / Schutzmaßnahme Kondom) - Teil IV: Gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS (Einstieg in das Thema Gesellschaft und AIDS / Gesellschaft und Homosexualität / Verfolgung und Diskriminierung Homosexueller früher und heute / Auswirkungen der AIDS-Angst / AIDS und Regenbogenpresse / AIDS und staatliche Zwangsmaßnahmen / Problemfeld Zwangsetzung / Staatliche Zwangsmaßnahmen und Aufklärung / Hilfe und Selbsthilfe) - Unterrichtsmaterialien

