fach nicht in der Lage sind, sämtliche notwendigen Ressourcen für den substantiellen Ausbau ihrer einschlägigen Programme herbeizuschaffen. Durch interne wie externe Faktoren äußerst bedrohlich geworden, trifft die Mittelknappheit im Staatshaushalt neben den anderen Sektoren auch das Wohnungswesen. Den Regierungen stellt sich daher die Aufgabe, in diesem Sektor selbst zusätzliche Ressourcen zu erschließen. Bei den Bemühungen um die Versorgung mit Unterkünften und Infrastruktur gelingt vielen Entwicklungsländern die Mehrung der Zahl der Wohneinheiten dadurch, daß sie die Anstrengungen der Menschen, sich selbst ein Obdach zu schaffen, fördern. In fast jedem Entwicklungsland konnten die Armen ihre Fähigkeit unter Beweis stellen, sich selbst Unterkünfte zu bauen, sobald sie nur mit den nötigen Materialien versehen wurden; dieser Faktor ist die Grundlage der neuen Strategien.

Die Regierungen gehen weithin dazu über, ein Paket von unterstützenden Maßnahmen anzubieten, bei denen sie nicht mehr selbst aktiv den Bau von Wohnungen für die breite Bevölkerung vornehmen, sondern vielmehr ihre Mittel darauf verwenden, Hemmnisse bei der Beschaffung von Land und der Finanzierung, bei Infrastruktur und öffentlichen Diensten, bei der Produktion von Baumaterialien und bei den institutionellen Vorkehrungen aus dem Wege zu räumen. Derartige Unterstützungsstrategien werden wohl nicht nur bei den einzelnen Familien und in den Gemeinden, sondern auch bei einer Vielzahl von Produzenten und Zulieferbetrieben im privatwirtschaftlichen Sektor positive Reaktionen auslösen. Die Mitwirkung der Bevölkerung ist der institutionelle Ansatz, den viele Entwicklungsländer gewählt haben, um die Menschen in die Lage zu versetzen, ihre Geschicklichkeit und Energie direkt für den Bau von Unterkünften einzusetzen. Die Einbeziehung der örtlichen Bevölkerung schon in den Planungsphasen der Programme und Projekte hat zur Ausführung von Projekten geführt, die den Bedürfnissen der Menschen vor Ort voll entsprechen. Eine möglichst effektive Beteiligung der örtlichen Gemeinschaft erfordert jedoch eine ausreichende Dezentralisierung von Macht, Verantwortung und Ressourcen — weg von der jeweiligen Zentralregierung, hin zu den lokalen Verwaltungen.

AIDS: Vorbeugung und Eindämmung

Die Globale Strategie der WHO

JONATHAN MANN

Ihre Fähigkeit, neue oder gar erst heraufdämmernde Herausforderungen für die internationale Gemeinschaft aufzugreifen, haben die Vereinten Nationen immer wieder unter Beweis gestellt — selbst wenn ihnen oft genug die (politischen und finanziellen) Mittel fehlten, die Probleme auch zu lösen. Erinnert sei nur an die Serie der großen Weltkonferenzen der siebziger Jahre, die sich etwa mit Fragen der Umwelt oder der Bevölkerungsentwicklung befaßten. Völlig unerwartet stellt sich seit einigen Jahren ein Problem, dessen Ausmaß Staaten und Menschen erst in jüngster Zeit so recht bewußt wurde: AIDS, die erworbene Immunschwäche (Acquired Immunodeficiency Syndrome). Die zuständige Fachorganisation des Verbandes der Vereinten Nationen, die Weltgesundheitsorganisation (WHO), hat in diesem Jahr mit ihrem ›AIDS-Sonderprogramm‹ geantwortet; die UN-Generalversammlung hat im Oktober 1987 im Plenum die internationalen Dimensionen der Pandemie erörtert und in ihrer Resolution 42/8 (Text: S.216 dieser Ausgabe) die Führungsrolle der WHO beim »dringend gebotenen weltweiten Kampf gegen AIDS« bestätigt.

Mittlerweile wird AIDS als weltweites Problem wahrgenommen. Schätzungsweise fünf bis zehn Millionen Menschen auf der ganzen Welt sind gegenwärtig mit dem menschlichen Immunschwächevirus (Human Immunodeficiency Virus, HIV) infiziert. Zumindest bis zu einem gewissen Grade kann die Ansteckung mit dem HIV faktisch in jedem Land der Erde erfolgen. Anfang Dezember 1987 waren der Weltgesundheitsorganisation 71 751 AIDS-Fälle aus 127 Staaten und Territorien gemeldet. Ein globales Problem dieser Größenordnung erfordert konsequenterweise eine globale Reaktion. Da der WHO die Verantwortung für Steuerung und Koordinierung des internationalen Gesundheitswesens obliegt, wurde ihr auch das Mandat für den weltweiten Kampf gegen AIDS übertragen. So kündigte der Generaldirektor der WHO, Dr. Halfdan Mahler, im November 1986 an, daß sich die WHO der internationalen AIDS-Bekämpfung mit derselben Energie und demselben Engagement zuwenden werde, die die weltweite Strategie zur Ausrottung der Pokken begleitet hatten. Am 1. Februar 1987 wurde das AIDS-Sonderprogramm der WHO (Special Programme on AIDS, SPA) als Wegbereiter und Instrument der Globalen AIDS-Strategie (Global AIDS Strategy) ins Leben gerufen. Auf der letzten Weltgesundheitsversammlung, ihrer 40. Hauptversammlung, erklärte die Weltgesundheitsorganisation im Mai dieses Jahres AIDS zum »globalen Notstand« und billigte SPA wie Globale Strategie. Das SPA hat diese Strategie entwickelt, die notwendigen Mittel zu ihrer Durchführung aufzubringen geholfen und dafür die Unterstützung aller Nationen eingeholt.

Grundlegende Erkenntnisse

Obwohl die internationale Problemlage in Sachen HIV ständigem Wandel unterliegt, herrscht über mehrere grundlegende Erkenntnisse Übereinstimmung:

- Die HIV-Infektion ist ein Gesundheitsproblem von internationalem Belang.
- Die Ansteckung mit dem HIV ist ein negativer Gesundheitstatbestand mit tiefgreifender Bedeutung für die betroffene Person, ihre Familie und die Gesellschaft.
- HIV-Infektionen bedrohen die ohnehin mageren Resultate, die in einigen Teilen der Welt im Gesundheitswesen zu erwarten stehen.
- Es ist unwahrscheinlich, daß im Laufe der nächsten Jahre Impfstoffe oder auf breiter Front anwendbare Therapien entwickelt werden können.
- Die Verbreitung des Virus kann auch ohne Impfung aufgehalten werden.
- Der Schlüssel für die AIDS-Vorbeugung und -Kontrolle ist die Aufklärung.
- AIDS-Vorbeugung und -Kontrolle erfordern ständige, langfristige Bemühungen und entsprechendes Engagement.
- Programme zur AIDS-Vorbeugung und -Kontrolle müssen in das System der Basisgesundheitsdienste einbezogen werden.
- Wirksame Programme zur AIDS-Vorbeugung und -Kontrolle werden der Volksgesundheit zugute kommen und die Kapazitäten des Gesundheitswesens auch weit über das Problem AIDS hinaus ausweiten.

Zielsetzungen

Die Globale AIDS-Strategie hat drei bedeutende Ziele:

> die Verhinderung der Übertragung des HIV;
> die Betreuung infizierter Personen (um so die Erkrankungshäufigkeit und die Sterblichkeitsrate, die die HIV-Infektion begleiten, zu senken);
> die Vereinigung aller nationalen und internationalen Bemühungen, AIDS unter Kontrolle zu bringen.

Bedingt durch die Art und Weise der Übertragung des HIV kann die Ansteckung mit dem Virus auch ohne das Vorhandensein eines Impfstoffs verhindert werden. Epidemiologische Untersuchungen aus verschiedenen Teilen der Welt haben nachgewiesen, daß eine Verbreitung nur auf drei Wegen möglich ist: durch sexuelle Kontakte, über das Blut und perinatal (also während oder unmittelbar vor beziehungsweise nach der Geburt). Bezüglich der relativen Bedeutung und der Spezifika dieser HIV-Übertragungswege bestehen zwar lokale und regionale Unterschiede. Dennoch hat die Begrenzung der Ansteckungsmöglichkeiten mit dem HIV auf diese drei grundlegenden Übertragungsarten — wobei Samen- und Organspenden zur sexuellen beziehungsweise zur mittels des Blutes erfolgenden Übertragung gezählt werden können — weitreichende Konsequenzen: Das HIV wird durch einzelne und bewußte Handlungen (Geschlechtsverkehr, Blutübertragung, Injektion) verbreitet; dies bedeutet, daß einer Ansteckung durch die Änderung von Verhalten und Praktiken vorgebeugt werden kann.

Die Betreuung HIV-infizierter Personen ist nicht nur auf medizinische Behandlung oder auf AIDS-Fälle beziehungsweise auf Patienten mit ARC, dem ›AIDS-verwandten Komplex‹ (AIDS-related complex) — einer Reihe schwerwiegender, jedoch nicht unbedingt klinischer Erkrankungen infolge einer HIV-Infektion — begrenzt. Personen mit einer wie auch immer gearteten HIV-Infektion — vom symptomfreien Zustand bis zum Vollbild von AIDS — muß psychologische, soziale und medizinische Unterstützung gewährt werden. Für die Globale Strategie ist die Bekämpfung der Diskriminierung von HIV-Infizierten ebenso wichtig wie die Bereitstellung medizinischer Versorgung.

Eng verbunden mit der Globalen Strategie ist der Gedanke, daß kein Land das Immunschwächevirus aufhalten kann, solange ihm nicht in allen Ländern Einhalt geboten wird. AIDS betrifft die Entwicklungs- *und* die Industrieländer; da AIDS weder soziale oder politische noch wirtschaftliche oder kulturelle Schranken kennt, müssen wir unsere Bemühungen im nationalen und internationalen Rahmen vereinen.

Operative Aspekte

Allgemeine Konzeption

Die Hauptbestandteile der Globalen Strategie sind:

> umfassende AIDS-Verhütungs- und Bekämpfungsprogramme auf Länderebene

und

> eine starke internationale Führung, Koordination und Kooperation.

Für jedes Land ist ein wirkungsvolles und konkretes nationales AIDS-Programm erforderlich. Die wichtigsten Merkmale derartiger Programme wurden bereits ausgearbeitet; sie sind nachfolgend dargelegt. Was die internationale Anleitung und Zusammenarbeit anbetrifft, so sind diese für eine effektive Nutzung der Ressourcen, für die weitestgehende Vermeidung von Doppelarbeit und für die rasche und umfassende Verbreitung einschlägiger wichtiger Informationen unerläßlich.

AIDS-Programme auf Länderebene

Zu den Hauptmerkmalen der nationalen AIDS-Programme zählen

1. der politische Wille, sich mit dem Problem AIDS auseinanderzusetzen:

Solange eine Regierung nicht dazu bereit ist, die HIV- beziehungsweise AIDS-Situation im eigenen Lande offen zu diskutieren, ist ein effektives staatliches AIDS-Programm nicht durchführbar. Da mittlerweile annähernd drei Viertel aller Staaten und Territorien der Weltgesundheitsorganisation zumindest einige AIDS-Fälle gemeldet haben, ist zu hoffen, daß die mit der Meldung von AIDS-Fällen verbundene vermutete Stigmatisierung bald entfallen wird.

2. die Bildung eines nationalen AIDS-Ausschusses:

Jede Regierung sollte einen AIDS-Ausschuß bilden, zu dessen Mitgliedern mit AIDS befaßte Vertreter des Gesundheits- und Sozialwesens gehören. Neben dem medizinischem Sachverstand sollten auch das Bildungswesen, der Informations- und Medienbereich, die Vertreter und Vertreterinnen der Belange von Frauen und Kindern, die Wirtschafts- und Planungsressorts der Regierung, bedeutende Nichtregierungsorganisationen und Wohlfahrtsverbände vertreten sein. In vielen Staaten wurden derartige Gremien entweder unter der Schirmherrschaft des Gesundheitsministeriums oder im Rahmen eines ressortübergreifenden Arrangements ins Leben gerufen. Üblicherweise hat ein solcher Ausschuß beratende Funktion beim Gesundheitsministerium, bei einer interministeriellen Gruppe (etwa einem Kabinettsausschuß) oder beim Staats- oder Regierungschef. In erster Linie ist der Ausschuß für die Vorbereitung und die Ausgestaltung des AIDS-Programms des betreffenden Landes verantwortlich.

3. die Erfassung der epidemiologischen Faktoren und verfügbaren Mittel:

Solange keine grundlegenden Informationen über Ausmaß und Verbreitung der HIV-Infektionen und damit von AIDS bekannt sind, wird sich jedwedes rationelle Planen als äußerst schwierig erweisen. Ebenso ist die Erfassung der verfügbaren Ressourcen (seien sie menschlicher, finanzieller oder materieller Art) für die AIDS-Verhütung und -Bekämpfung unabdingbar. Um die Erfassung der HIV-Verbreitung leichter zu gestalten, hat das AIDS-Sonderprogramm der WHO ein Modellverfahren entwikkelt, das derzeit in der Praxis erprobt wird.

4. die Erarbeitung und Verabschiedung nationaler AIDS-Pläne:

Wesentliches Element der AIDS-Bekämpfung ist eine umfassende, schriftlich fixierte Planung, die dazu dient, die Nutzung von Eigen- und Fremdmitteln zu organisieren und rationalisieren und Prioritäten zu setzen; zu diesem Zweck ist ein derart ausgearbeiteter Plan für einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren erforderlich; in diesem mittelfristigen Plan sollten folgende Elemente enthalten sein:

- *Epidemiologische Überwachung*

Die bevorzugte Untersuchungsmethode sollte die auf den Nachweis des Immunschwächevirus im Blut abzielende sein; dafür gibt es mehrere Gründe. Zum ersten kommt es bei der Diagnosestellung oft zu Fehlurteilen. Zum zweiten spiegeln die heute feststellbaren AIDS-Erkrankungen eher die epidemiologische HIV-Situation von vor einigen Jahren als die momentane Lage wider. Drittens erlaubt der Nachweis des HIV im Blut, sofern er fachlich einwandfrei durchgeführt wird, zeitliche Vergleiche, die für eine Beurteilung des Erfolgs der Programme fraglos von größter Bedeutung sind.

- *Kapazität landeseigener Labors*

Die im Lande selbst vorhandenen Laboratorien sollten den Anforderungen hinsichtlich Diagnose, Überprüfung und Untersuchung genügen. Zu diesem Zweck sollten bereits bestehende Laboratorien ausgebaut und die dort Beschäftigten entsprechend fortgebildet werden.

- *Aufklärungsprogramme für das Gesundheitspersonal*

Für alle Beschäftigten des Gesundheitswesens ist die Information und Instruktion über HIV und AIDS unerläßlich. Eine derartige Aufklärung sollte die Diagnose von und den Umgang mit HIV-Infektionen, Anleitungen zur Vermeidung der Ansteckung mit dem Immunschwächevirus im medizinischen Bereich und zum Schutz des Heil- und Pflegepersonals sowie die Vermittlung von Informationen und Instruktionen für Patienten umfassen.

- *Vorbeugungs-Programme*

Die auf Vorsorge abzielenden Programme beziehen sich auf die drei Übertragungswege des HIV: den Weg über Sexualkontakte, von Blut zu Blut und über die Ansteckung von Neugeborenen durch die Mutter.

— *Verhinderung der sexuellen Übertragung*

Im Grunde baut die Vorsorge bei der sexuellen Übertragung auf umfassender Aufklärung auf. Die Öffentlichkeit allgemein sowie be-

stimmte Zielgruppen (darunter Jugendliche, Personen mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern, Prostituierte) müssen über die Übertragungswege des HIV und über Möglichkeiten der Vermeidung der Ansteckung unterrichtet werden. Ziel dieser Unterrichtung ist es, einen nachhaltigen Verhaltenswandel in bezug auf die Anzahl und Auswahl der Sexualpartner und die Sexualpraktiken zu bewirken und den Gebrauch von Kondomen zu empfehlen.

— Verhinderung der Blut-zu-Blut-Übertragung
Je nach epidemiologischer Situation müssen wir für die Anwendung verschiedener Maßnahmen gerüstet sein.

Bluttransfusionen
Um das Risiko der Übertragung des HIV bei Bluttransfusionen zu verringern, werden vorbeugende Maßnahmen wie die Reduzierung von Bluttransfusionen generell, die Ablehnung von Blutspendern aus epidemiologischen oder medizinischen Gründen und die Überprüfung der Blutbanken auf HIV-infiziertes Blut hin angewandt. Die *Reduzierung der Fälle, in denen Bluttransfusionen erforderlich sind,* könnte sehr bedeutsam werden; sie beinhaltet Methoden zur Vermeidung von Umständen, die in aller Regel eine Bluttransfusion nach sich ziehen (so etwa durch Verkehrssicherheitsprogramme oder die Verhinderung von Anämien bei Schwangeren) und eine sorgfältige Überprüfung der Transfusionspraxis, um Bluttransfusionen auf die wirklich notwendigen Fälle zu beschränken. *Eingrenzung des Kreises der Blutspender* heißt, daß auf Blutspender aus den Risikogruppen verzichtet wird. Das Risiko kann epidemiologisch definiert sein (etwa bei homo- oder bisexuellen Männern und bei Prostituierten beiderlei Geschlechts) oder aber medizinisch (gegenwärtiger Gesundheitszustand, ungeklärte Lymphknotenschwellung). Während derartige Programme zum Verzicht auf bestimmte Gruppen von Blutspendern im Westen (Nordamerika, Europa) zu greifen scheinen, sind sie in Gebieten, in denen HIV-Übertragungen auf heterosexuellem Wege vorherrschen (so zum Beispiel in Afrika), anscheinend weniger wirksam. Auch ohne solche Bemühungen um die Reduzierung der Zahl der Bluttransfusionen und um die Einengung des Kreises der Blutspender ist die *Untersuchung des gespendeten Blutes* von erheblicher Bedeutung. In letzter Zeit wurden die Untersuchungstechniken vereinfacht, so daß Methoden zur raschen und zuverlässigen Überprüfung des Spenderbluts weithin zur Anwendung gelangen können. Die verbesserte Technik macht allerdings sorgfältige Ausbildung, achtsamen Umgang mit den verwendeten Reagenzien, Qualitätskontrolle und peinlich genaue Führung von Laborprotokollen keineswegs überflüssig. Zudem erfordern die Konsequenzen, die sich für die individuelle und die Volksgesundheit aus einer HIV-Infektion ergeben, die Ausgestaltung der entsprechenden Beratungsfunktionen.

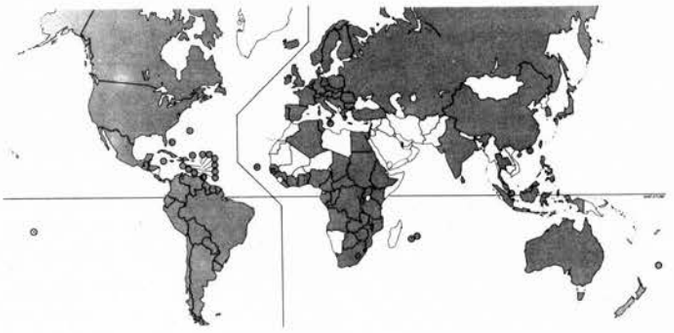
Blutprodukte
Die Übertragung des HIV auf Bluter hat sich im Zusammenhang mit den Blutgerinnungsfaktoren VIII und IX ereignet. Glücklicherweise sind nicht alle in Frage kommenden Globulinpräparate betroffen. Es ist von größter Bedeutung, daß Blutgerinnungsmittel für Bluter nach den derzeit als virustötend geltenden Methoden hergestellt werden. Zudem stellt die Verwendung von auf HIV untersuchtem Blut für Gerinnungspräparate eine zusätzliche Sicherheit dar.

Injektionen: intravenös spritzende Drogenkonsumenten
Natürlich ist hier die beste Strategie die Verhinderung des Drogenmißbrauchs durch intravenöses Spritzen, und natürlich sollten die Drogenkonsumenten in den Genuß einer Therapie kommen können. Dennoch müssen sich die Bemühungen auch darauf richten, jenen Drogenabhängigen, die keine Möglichkeit zu einer Entziehungskur haben oder die dergleichen ablehnen, zu helfen, eine HIV-Infektion zu vermeiden. Zu diesem Zweck wurde die Verfügbarkeit von sterilen Nadeln und Spritzen erleichtert, und die Drogenkonsumenten wurden über einfache Grundregeln zur Verhütung einer Ansteckung (so über das Gebot, niemals das Spritzerbesteck auszutauschen, oder über Desinfektionstechniken) aufgeklärt.

Injektionen: moderne Medizin und traditionelle Praktiken
Jede Wiederverwendung von Instrumenten, die die Haut durchstechen oder die auf andere Weise mit Blut in Berührung kommen, schließt das Risiko der HIV-Übertragung ein. Diesbezügliche Probleme ergeben sich daher sowohl für den modernen Gesundheitssektor als auch für traditionelle Heiler und für diverse kosmetische und rituelle Praktiken. Zum einen werden Injektionen auf Grund des in sie gesetzten Vertrauens und ihrer Bevorzugung gegenüber anderen Heilmethoden — seitens der Ärzte wie auch der Patienten — vielfach zu häufig verordnet. Dann wiederum werden die Regeln der Desinfektion im allgemeinen nicht umfassend angewandt, sofern keine Bemühungen zu näherer Instruktion unternommen werden. Was Nadeln und Spritzen angeht, so gibt es zwei Möglichkeiten: entweder die strikte Anwendung von Einwegspritzen — wobei zur Vermeidung von unabsichtlichen Verletzungen und der Wiederverwendung auf die sofortige Vernichtung der Instrumente geachtet werden sollte — oder der Gebrauch wiederverwendbarer Spritzen und Nadeln, die genau nach Vorschrift gereinigt und desinfiziert werden müssen. Glücklicherweise ist es nicht schwierig, das HIV unschädlich zu machen; die gegen das Hepatitis-B-Virus ergriffenen Maßnahmen sind völlig ausreichend auch gegen das HIV. Das Wissen der Personen, die solche Instrumente anbieten oder handhaben, kann allerdings unzureichend sein; daher ist die Aufklärung der Konsumenten über Alternativen zur Spritze oder zumindest über die Notwendigkeit, nur mit sterilem Injektionsbesteck in Berührung zu kommen, von mitunter lebenswichtiger Bedeutung.

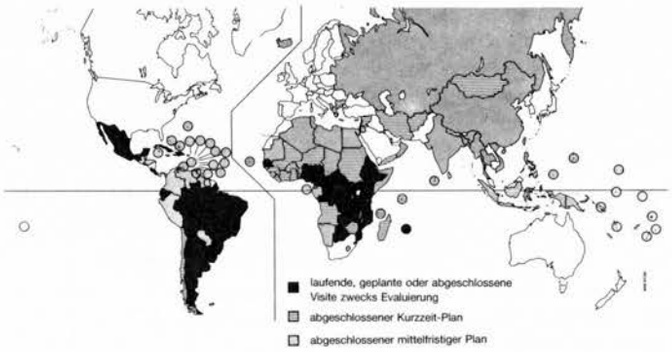
Organspende
Zur Vermeidung der HIV-Ansteckung durch Organspenden ist jeder Spender auf HIV zu testen.

— Verhütung der perinatalen Übertragung
Die Idealmethode zur Verhütung der perinatalen Übertragung ist natürlich die Vermeidung der HIV-Ansteckung aller Frauen im gebärfähigen Alter. Jedenfalls sollten alle HIV-infizierten Frauen zumindest bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die mit der perinatalen Übertragung verbundenen Risiken besser erforscht sind, eine Schwangerschaft vermeiden. In diesem Zusammenhang wären etwa Reihenuntersuchungen der Frauen im gebärfähigen Alter, die den Risikogruppen zugerechnet werden, zu erwägen. Den infizierten Frauen sollten neben sicheren, wirksamen und leicht zu handhabenden Verhütungsmitteln auch Beratung und Rückenstärkung angeboten werden, da der eigene Kinderwunsch und der entsprechende soziale Druck sehr stark sein können.
Trotz all dieser Anstrengungen kann es vorkommen, daß Frauen vor oder während ihrer Schwangerschaft infiziert werden. Die zur Zeit verfügbaren Daten lassen darauf schließen, daß zwischen 25 und 50vH der Kinder HIV-infizierter Mütter perinatal angesteckt werden. Noch nicht hinreichend abgesicherte Erkenntnisse deuten darauf hin, daß das Immunschwächevirus auch mit der Muttermilch wandert, wenn auch der Anteil der HIV-Übertragung durch das Stillen, gemessen am gesamten perinatalen Übertragungsrisiko, für gering erachtet wird. Das Vorkommen perinatal erworbener HIV-Infektionen ist noch nicht gut dokumentiert; HIV-infizierte Säuglinge laufen jedoch offensichtlich Gefahr, im ersten Lebensjahr an einer mit dem HIV verbundenen klinischen Krankheit zu erkranken oder daran zu sterben. Programme, um in Frauenkliniken bereits schwangere Frauen zu untersuchen, sollten auch die Notwendigkeit ausgiebiger Beratung und sozialer Unterstützung für möglicherweise seropositive schwangere Frauen in Betracht ziehen.
Schließlich sollte HIV-infizierten Frauen nach der Geburt Beratung und Hilfestellung im Hinblick auf akzeptable Verhütungsmethoden zuteil werden.



Staaten, die der WHO Fälle von AIDS gemeldet haben
(Stand: 1. November 1987)

● *Programme zur Reduzierung der mit einer HIV-Infektion einhergehenden Krankheitsanfälligkeit und Sterblichkeit (Betreuung HIV-infizierter Personen)*
Ohne die Betreuung aller HIV-infizierten Personen wären die nationalen AIDS-Programme unvollständig. Dabei richtet sich der Bedarf an Beratung und sozialer wie medizinischer Versorgung nach dem Gesundheitszustand der Infizierten.
Symptomfreie Infizierte können unter Umständen stärkere Angstgefühle entwickeln als Patienten mit dem Vollbild von AIDS. Die Ungewißheit der Prognose, die Furcht, daß an sich unbedeutende Symptome den eigentlichen Ausbruch von AIDS oder des ›AIDS-verwandten Komplexes‹ ankündigen könnten, und die Notwendigkeit, zum Schutz anderer den eigenen Lebensstil ändern zu müssen, erzeugen einen enormen Druck. Zu dieser Bürde gesellen sich häufig noch die Befürchtung oder Erfahrung von Diskriminierung und Ausgeschlossensein.
Infizierte, die Symptome der durch das menschliche Immunschwächevirus bedingten Krankheiten aufweisen, müssen recht kostenintensiv ärztlich versorgt werden. Auch wenn die unmittelbaren Kosten der medizinischen Betreuung für AIDS- und ARC-Patienten in den Entwicklungsländern noch nicht abzuschätzen sind, werden die Diagnose und Behandlung der AIDS-Patienten erhebliche Mittel verschlingen. Es müssen höchstwahrscheinlich Entscheidungen über die Vergabe von Medikamenten aus ohnehin begrenzten Vorräten an AIDS-Patienten, die unter den zu erwartenden Folgeinfektionen leiden, gefällt werden. Auf der ganzen Welt müssen Strategien für eine medizinische Betreuung, die den Mittelengpässen und dem sozialen Umfeld angepaßt sind, entwickelt werden.
Neben der Konzentration auf die Leistungen für HIV-infizierte Personen selbst ist auch ein Programm zur Verhütung von Dis-



Zusammenarbeit des AIDS-Sonderprogramms der WHO mit den einzelnen Staaten zur Unterstützung der Länderprogramme
(Stand: 1. November 1987)

kriminierung und Ausschließung der Betroffenen vonnöten. Dazu dienen Informationen und Aufklärung über das Wesen der HIV-Infektion; der Gesellschaft muß bewußt gemacht werden, daß die HIV-Infizierten kein unkontrollierbares oder zufälliges Ansteckungsrisiko darstellen. Zudem sollten wir die Virusträger nicht als ›die anderen‹, sondern als Teil ›unser selbst‹ betrachten. Es stellt eine große Herausforderung dar, derartige auf Furcht und Unwissenheit sich gründende Vorurteile zu bekämpfen.

● *Bewertung*

Die Evaluierung staatlicher AIDS-Programme ist nicht nur zur Erhaltung und Maximierung der begrenzten Ressourcen notwendig, sondern auch für die Erkenntnis, wie am besten Vorsorge gegen die Ansteckungsgefahr durch das HIV zu treffen ist. Eine sorgfältige Bewertung der Anstrengungen zur Aufklärung sollte daher nicht nur darauf abzielen, die berichteten Änderungen in Kenntnisstand, Einstellung und Verhalten zu überprüfen, sondern sollte direkt die Zusammenhänge zwischen Wissensstand und Anzahl der HIV-Infektionen zu bestimmen suchen. Neben der Evaluierung der Aufklärungsprogramme muß der Nutzen verschiedener strategischer Entscheidungen untersucht werden, so etwa

- der Auswirkungen von Beratungsgesprächen (oder anderen Beratungsmethoden) auf eine grundlegende Verhaltensänderung HIV-infizierter Personen;
- Sinn und Zweck von HIV-Tests bei Risikogruppen als Ergänzung zu deren Verhaltenswandel;
- die Zweckmäßigkeit von Folgekontakten zu den Sexualpartnern HIV-infizierter Personen.

Nur durch genaue und nüchterne Überprüfung der Auswirkungen dieser Vorsorgestrategien werden wir erfahren, wie wir dem Problem der HIV-Infektion am wirkungsvollsten und mit den geringsten Kosten begegnen können; die Bedeutung der Evaluierung reicht daher über die nationalen Grenzen hinaus, denn die Erfahrungen eines Landes können für die weltweiten Anstrengungen durchaus von Nutzen sein.

● *Bisherige Fortschritte bei den Länderprogrammen*

Bis Mitte Oktober 1987 hatten über 100 Staaten nationale AIDS-Ausschüsse gebildet. Mehr als 90 Länder aus allen Regionen haben sich zwecks Unterstützung ihrer staatlichen AIDS-Programme zur Zusammenarbeit mit dem AIDS-Sonderprogramm der WHO entschlossen; hierfür entsandte das Sonderprogramm über 250 Expertengruppen, darunter Epidemiologen, Laborspezialisten, Planer, Ausbilder und andere Angehörige der Gesundheitsberufe. Einigen Ländern wurde intensive Starthilfe gewährt, damit sie ohne Verzögerung mit ihren Programmen zur AIDS-Bekämpfung beginnen konnten. Strategieentwürfe zur AIDS-Verhütung und -Kontrolle wurden von 50 Ländern schriftlich niedergelegt. Fünf Staaten (Äthiopien, Kenia, Rwanda, Tansania und Uganda) entwickelten mittelfristige nationale Pläne zur AIDS-Bekämpfung (für einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren), die von den jeweiligen Regierungen verabschiedet wurden und die die Grundlage für im Lande selbst abgehaltene Geber-Treffen bildeten. Diese in Zusammenarbeit mit der WHO organisierten Beratungen mündeten in die Erschließung ausreichender Ressourcen zur Durchführung derartiger Programme. Auf Anfrage der Regierungen wurden diesen Staaten zur weiteren Förderung ihrer Länderprogramme Mitarbeiter der Weltgesundheitsorganisation zur Seite gestellt.

So werden nationale AIDS-Programme mit Hilfe dieser technischen und finanziellen Unterstützungsleistungen weltweit und rasch zusammengestellt. Für das Jahr 1988 wird mit der Einbeziehung sämtlicher Staaten in die weltweite Zusammenarbeit gerechnet. An der Durchführung der nationalen Strategien zur Bekämpfung von AIDS wird das Sonderprogramm intensiv durch die Überwachung und Evaluierung derartiger Anstrengungen mitwirken. Schließlich wird die Förderung durch das Sonderprogramm auch dann nicht eingestellt werden, wenn die staatlichen Programme vorankommen und neue Bedürfnisse zutage treten.

Globale Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation

Weltweite Führungsrolle der WHO

Neben der Stützung der nationalen AIDS-Programme übernimmt das AIDS-Sonderprogramm der WHO weltweit die Führung bei der internationalen Koordinierung und Zusammenarbeit. Die weltweite Führungsrolle der WHO betrifft Strategiebildung, Wissenschaft und Ressourcen.

● *Strategische Führung*

Die WHO arbeitet an der Entwicklung von Grundsätzen zur AIDS-Verhütung und -Bekämpfung, die der Weltgesundheitsversammlung vorgelegt werden. So erklärt die Resolution 40.26 der Weltgesundheitsversammlung vom 15. Mai 1987 unter anderem:

— »die Übertragung von AIDS ist vermeidbar . . .; Aufklärung stellt ein wesentliches Element bei allen Maßnahmen der AIDS-Kontrolle dar . . .; jeder einzelne trägt Verantwortung . . .«; und weiter:
— »Information und Aufklärung über die Übertragungswege, Garantie der Verwendung von infektionsfreiem Blut beziehungsweise Blutprodukten und Methoden der Keimfreimachung bei Prozeduren, die mit Verletzungen der Haut verbunden sind, sind noch immer die einzigen verfügbaren Mittel, die eine weitere Ausbreitung von AIDS eindämmen können.«

Außer diesen allgemeinen Grundsätzen entwickelt das Sonderprogramm auch *Leitlinien, Erklärungen über den erreichten Kenntnisstand* und *Prototypen und Modelle*. So wurden etwa Leitlinien für HIV-Tests, Sterilisations- und Desinfektionsmethoden und Aufklärungsstrategien zur AIDS-Vorsorge entworfen. Zum Zusammenhang zwischen AIDS und dem internationalen Tourismus, dem HIV und seinen Auswirkungen auf die Muttermilch und das Stillen sowie zum Zusammenhang zwischen dem HIV und Impfungen wurde der nunmehr erreichte wissenschaftliche Kenntnisstand in Konsenserklärungen wiedergegeben. Hinsichtlich der Aufklärungsmaterialien, der Techniken für den Nachweis des HIV im Blut und der Übersichten über Wissensstand und Verhaltensweisen wurden Prototypen beziehungsweise Modelle entwickelt.

● *Wissenschaftliche Koordination und Kooperation*

Wie die Krankheit selbst, so sind auch die wissenschaftlichen Anstrengungen zur Bezwingung von AIDS nunmehr fest und unwiderruflich als internationale Angelegenheit etabliert; es kann in puncto AIDS so etwas wie eine örtlich oder auch national begrenzte wissenschaftliche Forschungsarbeit nicht mehr geben. Die internationalen Verflechtungen bei der AIDS-Bekämpfung müssen intensiviert werden, und gerade hier kann die WHO eine kraftvolle, fördernde und anregende Rolle spielen. Zu den Grundlagen der Arbeit der WHO in diesem Bereich zählen Objektivität, Neutralität, offener Erfahrungsaustausch und Konsens.

So setzte die WHO zum Beispiel ein Projekt zur Entwicklung von AIDS-Tests in Gang und hat ein weltweites Zentrum für die Sammlung, die Bestimmung und den Austausch von Viren und Reagenzien angelegt. Im Bereich der sozialwissenschaftlichen und der Verhaltensforschung hat die Weltgesundheitsorganisation mehrere Prioritäten gesetzt, darunter die Förderung interkultureller Untersuchungen über die Perzeption der Problematik und die Haltung zu AIDS, über Beratungsmethoden, über Risikoverhalten und über die Auswirkungen von AIDS auf die

soziale Struktur und insbesondere auf die Familie. Bestes Beispiel für den internationalen Informationsaustausch ist die weltumspannende Datenbank der WHO. Schließlich ist internationale Kooperation und Koordination auch bei der Entwicklung und Ausreifung von Medikamenten und Impfstoffen gegen AIDS bis hin zu deren endgültiger praktischer Erprobung erforderlich. Was die Zukunft angeht, so wird die WHO darauf hinarbeiten, daß die Früchte dieser internationalen Forschungsarbeit — Medikamente und Impfstoffe — der ganzen Welt zur Verfügung stehen.

● *Führende Rolle im Hinblick auf die Ressourcen*
Die Erschließung und Koordinierung von Ressourcen sind hier die vorrangigen Aufgaben im Bereich der globalen AIDS-Bekämfpung. Die Aufbringung der Ressourcen spielt sich auf nationaler wie auf internationaler Ebene ab; auf Länderebene ist die Grundlage für Entscheidungen über Ressourcenallokation und für die Beschaffung von Fremdmitteln zugunsten des nationalen Programms die staatliche AIDS-Bekämpfungsstrategie. Auf internationaler Ebene ist es von entscheidender Bedeutung, daß die der AIDS-Kontrolle zugedachten Mittel jene ergänzen, die bereits für wichtige, schon bestehende Programme im Gesundheitswesen — wie etwa für Impfungskampagnen oder die Bekämpfung von Durchfallerkrankungen — bestimmt sind. Ein kritischer Punkt bei der Ressourcenbeschaffung ist es, ob überhaupt zusätzliche Quellen für den Gesundheitssektor erschlossen werden können. Hier wird AIDS wohl Gelegenheit für den Nachweis geben, weshalb dem Gesundheitswesen ein größerer Anteil der nationalen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden muß.
Die Zusammenfassung der verfügbaren Mittel auf internationaler Ebene setzt das Engagement für gemeinsame Ziele, das Vorhandensein einer Strategie und gewisse Koordinierungsmechanismen voraus, die wiederum auf nationaler, regionaler und globaler Ebene durch das WHO-Sonderprogramm zusammengeführt werden. Dennoch bleibt die Herausforderung der Koordinierungsaufgabe beträchtlich; sie erfordert innovative Ansätze zur Sicherstellung der kurz- und langfristigen Mittelvergabe für den Kampf gegen AIDS.
Zusammengefaßt ist das weltweite AIDS-Sonderprogramm der Weltgesundheitsorganisation dafür verantwortlich, die strategische Führung anzubieten, allgemeine Übereinstimmung herzustellen, die wissenschaftliche Forschung in die richtigen Bahnen zu lenken, Informationen auszutauschen und die Ressourcen für die weltweite AIDS-Bekämpfung aufzubringen und zu koordinieren.

Zusammenfassung

Entdeckt wurde AIDS erst vor sechs Jahren. Doch dank der außergewöhnlichen wissenschaftlichen Forschungsleistungen wissen wir heute schon genug, um eine weitere Ausbreitung des menschlichen Immunschwächevirus zu verhindern und den HIV-Infizierten psychische und soziale Hilfestellung leisten zu können. Während wir noch auf das Angebot von Therapien, die die Entwicklung von der HIV-Infektion zum Vollbild von AIDS verhindern, und auf *den* Impfstoff warten, müssen wir derweil auf nationaler wie auf internationaler Ebene mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln darauf hinarbeiten, der Verbreitung der tödlichen Immunschwäche einen Riegel vorzuschieben. Wir dürfen diese Gelegenheit zu Vorbeugemaßnahmen nicht ungenutzt verstreichen lassen.
Die Herausforderung AIDS erfordert außergewöhnliche Anstrengungen, Hingabe und Einfallsreichtum. Doch auf der ganzen Welt mehren sich die Anzeichen dafür, daß wir — als einzelne Staaten und als Staatengemeinschaft — dieser Herausforderung gewachsen sind.

Von Černobyl' bis Peiraiéfs

Die Vereinten Nationen und die Vereinheitlichung geographischer Namen

ROLF BÖHME

Die Bemühungen, geographische Namen zu standardisieren, also zu vereinheitlichen, gehen bis in das vorige Jahrhundert zurück. Vor allem die Wiedergabe geographischer Namen in Landkarten, einem der wichtigsten Kommunikationsmittel, forderte einheitliche Regeln für die Schreibweise der Namen. Dabei ergaben sich besondere Schwierigkeiten bei der Umschriftung fremder Alphabete oder Schriften in die Lateinschrift. Ein erster Schritt in Richtung auf eine praktische Vereinheitlichung wurde bereits auf dem I. Internationalen Geographenkongreß 1871 in Antwerpen getan. Dort wurde gefordert, daß die nationale Schreibweise der die Lateinschrift verwendenden Staaten Europas gegenseitig respektiert werden solle. Im Jahre 1875 führte der Weltpostverein (UPU) die Lateinschrift für die Namen aller Poststationen der Welt ein. Eines der ältesten Standardisierungsprogramme für geographische Namen besitzen die Vereinigten Staaten, die 1890 den ›U.S. Board on Geographic Names‹ einrichteten, der 1947 erneuert wurde und noch heute mit zunehmender Bedeutung tätig ist. Kanada folgte 1897 mit einem ›Permanent Committee on Geographic Names‹, und in Großbritannien gibt es seit Ende des 19. Jahrhunderts das ›Permanent Committee on Geographical Names for British Official Use‹. Der Zwang zur Vereinheitlichung zeigte sich auch bei den vorbereitenden Konferenzen zur Schaffung einer internationalen Weltkarte im Maßstab 1:1 000 000, zu der 1909 in London Richtlinien für die Schreibweise und die Umschriftung geographischer Namen aufgestellt wurden. In den letzten Jahrzehnten haben die Vereinten Nationen bemerkenswerte Anstrengungen auf dem Gebiet der weltweiten Standardisierung unternommen, zuletzt durch eine UN-Konferenz in Montréal im August 1987; über die einschlägige Tagung des Jahres 1982 hatte der Autor des folgenden Beitrags in VN 6/1982 S.207f. berichtet.

I. Die UNGEGN: Sachverständigenwissen im Dienste der Weltorganisation

Als am Ende des Zweiten Weltkriegs die Vereinten Nationen als Weltorganisation entstanden waren, sahen die mit der Vereinheitlichung geographischer Namen befaßten Fachleute die UN folgerichtig als die für die weitere Behandlung dieses Problems geeignete Stelle an. Als Ergebnis ihrer Bemühungen nahm der Wirtschafts- und Sozialrat (ECOSOC) der Vereinten Nationen die Resolution 600(XXI) vom 2. Mai 1956 an, in der der Generalsekretär gebeten wurde, entsprechende Maßnahmen zu einer weltweiten Standardisierung geographischer Namen zu ergreifen. Nach Konsultation der Mitgliedstaaten kamen 1960 Experten zu einer Tagung am Sitz der Vereinten Nationen in New York zusammen. Sie bildeten zunächst eine Ad-hoc-Gruppe, die später zu einer ständigen Einrichtung wurde: die *Sachverständigengruppe der Vereinten Nationen für geographische Namen* (United Nations Group of Experts on Geographical Names, UNGEGN).
Zunächst beschäftigte die Vereinheitlichung geographischer Namen in Karten die Konferenz der Vereinten Nationen über die Internationale Weltkarte 1:1 000 000, die vom 3. bis 22. August 1962 als erste UN-Konferenz auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland abgehalten wurde; auf die Tagung, die in der Beethovenhalle in Bonn stattfand, ist diese Zeitschrift in VN 4/1962 S.108ff. und VN 5/1962 S.155 eingegangen. In einer