

AIDS : aus medizinischer Sicht

Autor(en): **Carasso, A.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **84 (1986)**

Heft 12

PDF erstellt am: **09.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950322>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

AIDS

Aus medizinischer Sicht

AIDS: heutige Kenntnisse und geburtshilfliche Konsequenzen

Dr. A. Carasso, Leiter der geburtshilflichen Abteilung der Universitäts-Frauenklinik in Bern

Einleitung

Mitte 1981 wurden in Los Angeles in kurzer Zeit 5 Fälle von Pneumocystis carinii Pneumonie, eine seltene Form von parasitärer Lungenentzündung, welche nur bei immunodeprimierten Patienten in schwerer Form auftritt, und 26 Fälle von Kaposi Sarkom, ein ebenfalls seltener Hauttumor, beschrieben.

Die Patienten waren alle immunodeprimierte junge männliche Homosexuelle. Die schnell zunehmende Zahl der Fälle, auch in anderen Städten der Vereinigten Staaten, welche zuerst auf Homosexuelle beschränkt war, jedoch einige Monate später auch bei i.v. Drogensüchtigen sowie ab 1982 bei Hämophilen mit regelmässigen Blutderivaten und später auch bei sonstigen Bluttransfusionsempfängern beobachtet werden konnte, liess vermuten, dass dieses Syndrom der erworbenen Immunschwäche (Acquired Immuno Deficiency Syndrom oder AIDS) durch eine Infektion verbunden sein könnte.

1983 konnte Montagnier, Forscher im Institut Pasteur in Paris, ein Virus aus dem Blut eines AIDS-Patienten isolieren. Dieses Virus wurde LAV (Lymphadenopathie Associated Virus) genannt. Es gehört zur Familie der Retroviren, welche schon seit Jahren bei Tieren und seit 1980 auch beim Menschen als leukämie-induzierende Viren bekannt sind.

1984 beschrieb Gallo, National Institute of Health in Bethesda (Vereinigte Staaten), unter dem Namen HTLV III (Human T-Lymphotropic Virus)* ein Virus, welches später dem LAV gleichkam. Kurz danach konnte ein Antikörper gegen dieses Virus bei AIDS-Patienten sowie auch bei symptomfreien oder nur leicht erkrankten Patienten nachgewiesen werden.

Der Erreger

Das LAV/HTLV III hat wie die anderen Retroviren die Fähigkeit, sein einziges und sehr einfaches Chromosom (G Gen) in eine Form zu kopieren, welche durch

die Zielzellen integriert wird. Damit wird es ewig in das genetische Material der Zellen gespeichert und durch die normalen Vermehrungsprozesse der Zellen auch vermehrt. Die Zielzellen des Virus sind die T-Lymphozyten, sogenannte OKT 4, welche wichtige Elemente des Abwehrsystems des Körpers gegen Infektionen sind. Die Aktivierung dieser Lymphozyten durch verschiedene Infektionen verursacht eine Freisetzung von Viren, welche die Funktion der Zellen stört und damit den Widerstand gegen Infektionen wesentlich reduziert. Es scheint, dass gewisse Zellen des Gehirns, welche ähnliche Funktionen wie die T-Lymphozyten haben, auch infiziert werden können.

Epidemiologie

Die ersten Fälle von AIDS wurden 1981 an der westlichen Küste der Vereinigten Staaten beschrieben.

Der Nachweis von Antikörpern in seit 10 Jahren konservierten Seren aus Afrika lässt jedoch vermuten, dass der Ursprung der Epidemie in Äquatorialafrika stattgefunden hat. Gewisse Affen dieser Region sind durch ein mit LAV/HTLV III verwandtes Virus infiziert; das STLV III (Simian T-Lymphotropic Virus).

Da die Retroviren spontane Mutationen aufweisen, wäre es durchaus möglich, dass sich das STLV III spezifisch für Affen in HTLV III spezifisch für Menschen geändert hat und durch Insektenstiche zum Menschen übertragen wurde. In Afrika verbreitet sich die Infektion durch die ausgedehnte Prostitution und die Abwesenheit von Kondomen als prophylaktische Massnahmen gegen die Geschlechtskrankheiten, eventuell auch durch Insektenstiche, so dass heutzutage in Zentralafrika etwa 10% unter den Erwachsenen und 35 bis 67% unter den Kindern positive Antikörperbefunde aufweisen.

Die Wege der Übertragung

Die Übertragung des LAV/HTLV III hängt von seinen Eigenschaften ab: Das

Virus ist eher empfindlich auf Wärme, Trockenheit und praktisch auf alle Desinfektionsmittel. Um sich vermehren zu können, braucht es die menschlichen T-Lymphozyten, die einzig die Rezeptoren haben, durch welche es die Zellen infizieren kann. Die Übertragung ist somit vor allem von Lymphozyten zu Lymphozyten möglich. Infektios sind Körperflüssigkeiten, die Lymphozyten enthalten; in erster Linie Blut und Spermienflüssigkeit, aber auch Exsudat, Speichel, Tränen, Amnionflüssigkeit und Milch. Empfangsfähig ist vor allem das Blut, aber auch feuchte Schleimhaut mit reichlich Lymphgewebe.

In der Praxis geschieht die Übertragung von LAV/HTLV III durch:

1. Transfusion von Blut und Blutderivaten, sowie durch mit Blut kontaminierte Spritzen (i.v. Fixer)
2. Geschlechtsverkehr, vor allem anal (wegen dem reichlich lymphatischen Gewebe im Rektum) aber auch vaginal und vermutlich ebenso oral
3. Maternofötaler transplazentärer Durchtritt
4. Stillen
5. Insektenstiche?

In den Vereinigten Staaten, Südamerika, Australien und Europa verbreitet sich die Epidemie in gleicher Art.

Zuerst sind homosexuelle und bisexuelle Männer betroffen, welche 60 bis 70% der Fälle darstellen, danach mit 10 bis 20% i.v. Drogensüchtige und die letzten 10 bis 30% sind Patienten, die kontaminiertes Blut oder Blutprodukte bekommen haben, sowie Neugeborene von infizierten Müttern und heterosexuelle Partner von kontaminierten Personen. Mitte 1986 sind weltweit mehr als 25000 Fälle von AIDS gemeldet worden; davon 20000 in den Vereinigten Staaten. Die Zahl der milderen oder asymptomatischen Formen von LAV/HTLV-III-Infektionen sollte etwa um das Zehnfache höher sein.

Krankheitsbild bei LAV/HTLV-III-Infektion

Die Krankheit wurde zuerst durch ihre schwerste Manifestation bekannt. Seit es die Möglichkeit gibt, die Infektion zu diagnostizieren, wurden verschiedene Verläufe nach dem Kontakt mit dem Virus erkannt.

Etwa 60% der Patienten bleiben Virus-träger ohne klinische Manifestation. Da die maximale Beobachtungszeit nur 5 Jahre beträgt, ist es noch nicht bekannt, wie lange diese Latenzphase dauern

* Neuer Name des AIDS-Virus: HIV (Human Immuno Deficiency Virus) (Red.)

könnte. Diese Träger bleiben aber vermutlich lebenslang infektiös, da ihre Lymphozyten das Virus in ihrem genetischen Material enthalten. In etwa 30% der Fälle werden mehr oder weniger schwere Krankheitsbilder erscheinen.

Bei 10% der infizierten Patienten entsteht innerhalb von 5 Jahren ein vollständiges AIDS mit Immunschwäche und opportunistischen Infektionen und/oder Tumoren. Bei einer gewissen Zahl von Patienten können schon vor der Serokonversion, das heisst bei Positivierung der Antikörper gegen LAV/HTLV III, Symptome erscheinen, die vermutlich direkt durch das Virus verursacht sind. Diese Symptome können ähnlich wie eine Darmgrippe oder eine Art Pneumonie sein; die schwersten Erscheinungen betreffen aber das zentrale Nervensystem mit progressiver Enzephalopathie mit Verlust von höheren Funktionen.

Therapeutische und prophylaktische Massnahmen

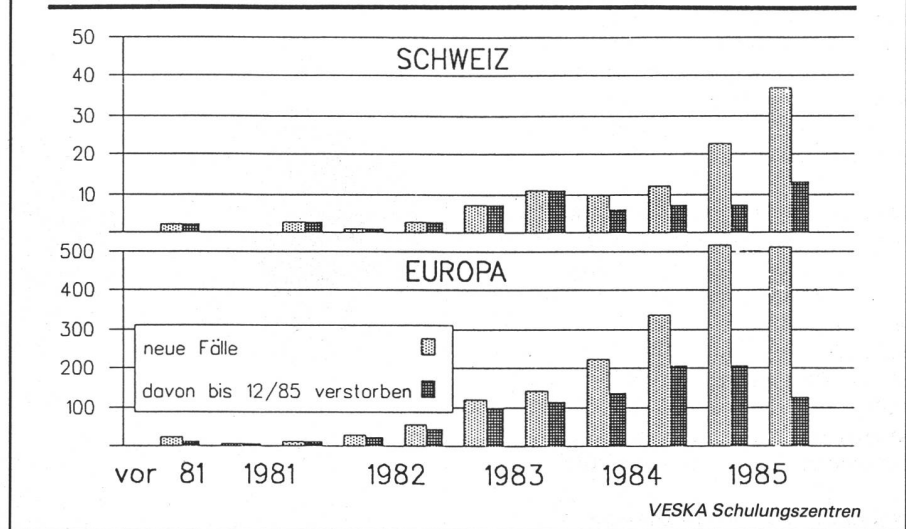
Eine echte Therapie der LAV/HTLV-III-Infektion ist heutzutage nicht möglich. Da das Virus praktisch lebenslang in unerreichbaren Formen im genetischen Material der Lymphozyten versteckt bleiben kann, ist die Aussicht sehr eingeschränkt. Verschiedene palliative Therapien wurden versucht, bis jetzt ohne deutliche Erfolge. Die Herstellung einer Impfung gegen LAV/HTLV III ist durch die häufige spontane Mutation des Virus erschwert. Wie zum Beispiel bei Grippe können regelmässig neue Mutanten auftreten, gegen welche die Impfung inaktiv wäre. Die einzige effiziente Therapie ist, gezielt die mit AIDS verbundenen Infektionen oder Tumoren zu beherrschen. Die Verhinderung der Kontamination durch prophylaktische Massnahmen kommt deshalb an erster Stelle im Kampf gegen diese Epidemie. Diese Massnahmen sind weltweit durch Sanitätsbehörden und spezielle Informationsstellen sowie mittels Plakaten und Broschüren erklärt.

Besondere Konsequenzen für die Geburtshilfe und Perinatologie

Aus der theoretischen Vorlage können folgende Konsequenzen gezogen werden. Eine gewisse Zahl von Frauen im gebärfähigen Alter gehören in die Risikogruppe:

- i.v. Drogenabhängige
- Frauen aus Äquatorialafrika und Karibik
- Empfängerinnen von Bluttransfusionen vor der Einführung des Screenings im Blutspendedienst

Neu diagnostizierte AIDS-Fälle pro Halbjahr



- Sexualpartnerinnen von infizierten Personen oder Personen aus exponierten Bevölkerungsgruppen

Bei positiven LAV/HTLV-III-Antikörpern stellt die Schwangerschaft folgende zusätzliche Risiken dar:

- für die Frau selbst
- für das Kind
- für das betreuende Personal

Mütterliche Risiken bei LAV/HTLV-III-infizierten Schwangeren

Die Schwangerschaft verursacht Veränderungen des immunologischen Zustandes der Mutter, die bis heute noch nicht vollständig geklärt sind. Mehrere Beobachtungen lassen aber vermuten, dass die Schwangerschaft bei sonst symptomfreien Frauen die Entwicklung von AIDS oder anderen pathologischen Erscheinungen der Infektion fördern kann. Andererseits treten bei infizierten Frauen mehr geburtshilfliche Komplikationen auf, vor allem durch opportunistische Infektionen.

Fötale Risiko bei LAV/HTLV-III-infizierten Müttern

Die vertikale Übertragung transplazentär ist heutzutage bewiesen. Das Risiko der fötalen Infektion beträgt mehr als 60%. Das Virus konnte schon bei Föten in der 24. Woche nachgewiesen werden.

Obwohl die Angaben der Literatur noch relativ wenige Fälle betreffen, scheint die Morbidität und Mortalität bei infizierten Kleinkindern erschreckend hoch zu

sein. Wegen der starken Aktivierung des immunologischen Systems während den ersten Lebensjahren werden diese Kinder ein AIDS innerhalb von 6 bis 8 Monaten entwickeln; ihre Lebensdauer-Erwartung sollte nicht über 3 Jahre betragen.

Neonatale Risiken

Nach der Geburt, selbst bei nicht infizierten Kindern, besteht das Risiko einer späteren Infektion durch die Muttermilch. Bei lang gestillten Kindern könnte die Mutter nach der Geburt infiziert werden und ihr Kind durch das Stillen auch Monate später infizieren. Dieser Fall wurde einmal beschrieben: Die Mutter wurde durch eine Bluttransfusion postpartal infiziert, 6 Monate später konnten Antikörper gegen LAV/HTLV III bei Mutter und Kind nachgewiesen werden.

Risiken für das betreuende Personal

Das durch Stiche mit kontaminiertem Injektionsmaterial bekannte Risiko liegt bei 1:1000 Stiche. Die Betreuung von geburtshilflichen Virusträgerinnen stellt wegen der grösseren Menge von möglicherweise kontaminierten Flüssigkeiten (Blut, Fruchtwasser, Milch) und die Häufigkeit von Eingriffen, die ein Stichverletzungsrisiko mit sich bringen (Amniotomie, Kopfelektrode, Episiotomie, Naht, Kaiserschnitt), ein zusätzliches Risiko dar. Geburtshelfer und Hebammen, vor allem in grösseren Kliniken, sind häufig konfrontiert mit Fällen, bei welchen Notfallingriffe vor der möglichen Bestimmung von Antikörpern nötig sind.

Schlussfolgerung und Empfehlungen

Bei Frauen der Risikogruppe im gebärfähigen Alter sollte vor der Schwangerschaft der LAV/HTLV-III-Antikörpertiter breitbasig bestimmt werden. Vor der Antikörperbestimmung soll die Frau informiert werden, und sie muss damit einverstanden sein. Bei positivem Befund sollte eine sichere Antikonzeption empfohlen werden.

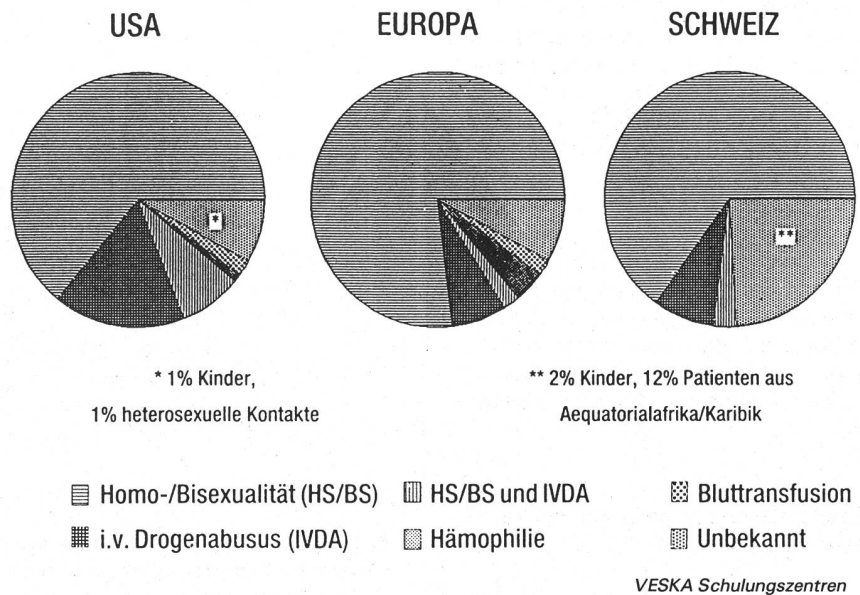
Bei Schwangeren der Risikogruppe sollte eine Antikörperbestimmung durchgeführt werden; bei positivem Ergebnis ist die straflose Schwangerschaftsunterbrechung im Sinne des Artikels 120 StGB gerechtfertigt. Auf jeden Fall sollten die Risiken für Mutter und Kind erwähnt werden, und die Möglichkeit des Abbruchs der Schwangerschaft mit der Schwangeren besprochen werden.

Während der Schwangerschaft sollte der Allgemeinzustand sowie jedes Zeichen einer Infektion besonders kontrolliert werden. Eine Zusammenarbeit mit AIDS-spezifischen Sprechstunden, vor allem für die weitere Betreuung, ist wünschenswert.

Bei der Geburt sollte jede Patientin aus den Risikogruppen ohne Antikörperbestimmung wie bewiesene infizierte Frauen betrachtet werden. In erster Linie sollten die üblichen hygienischen Massnahmen noch verschärft werden, jeder Kontakt mit physiologischen Flüssigkeiten sowie jede Verletzung mit scharfen Instrumenten vermieden werden. Die Geburtsart wird nach den geburts-hilflichen Kriterien entschieden. Da 40% der Kinder während der Geburt noch nicht infiziert sind, sollte ebenfalls jede Verletzung des Kindes vermieden werden; das heisst keine Kopfelektrode, keine Mikrobiuntersuchungen, extreme Vorsicht bei Amnioskopie sowie künstlicher Blasensprung nur durch diplomiertes erfahrenes Personal. Die oberen Atemwege des Neugeborenen werden exklusive durch mechanische Aspiratoren abgesaugt. Jedes Material, welches aus dem Gebärsaal zu weiteren Untersuchungen geht (Nabelschnur, Plazenta usw.), sollte mit spezieller Markierung sofort identifizierbar sein. In Abwesenheit von Screening-Massnahmen sollte jede weitere Verwendung der Plazenta streng reglementiert werden.

Nach der Geburt muss primär abgestellt werden. Mutter und Kind werden möglichst aus psychologischen Gründen und auch wegen des Risikos einer Indiskretion in Einzelzimmern betreut. Die prophylaktischen Massnahmen bei der Pflege von Wöchnerinnen müssen beson-

Risikofaktoren (%) bei AIDS-Patienten



Desinfektion

LAV/HTLV-III sehr empfindliches Virus

Stoffklasse	Hauptanwendungsgebiete	Einwirkungszeit, abhängig von der Gebrauchskonzentration
Aldehydhaltige (Glutaraldehyd usw., mind. 0,5%)	Instrumente Geräte/Gebrauchsgegenstände Flächen	15 Minuten bis 1 Stunde 30 Minuten bis 1 Stunde 30 Minuten bis 1 Stunde
Alkohohlhaltige (mind. 50%)	Hände Haut Instrumente/Flächen	30 Sekunden bis Minuten 30 Sekunden bis Minuten ab 3 Minuten
Phenolhaltige (mind. 0,5%)	Hände/Haut Instrumente/Gegenstände Flächen	mind. 3 Minuten 30 Minuten bis 1 Stunde 30 Minuten bis 1 Stunde
Halogene - Jodophore - Chlorhaltige	Hände Haut Flächen/Gegenstände	mind. 3 Minuten mind. 3 Minuten mind. 15 Minuten bis 1 Stunde

VESKA Schulungszentren

ders streng überwacht werden. Das ganze kontaminierte Material kann mit den üblichen Desinfektionslösungen behandelt werden. Weitere Isolierungsmassnahmen sind überflüssig.

Beim Kind sollte auf Impfungen (insbesondere BCG) verzichtet werden, welche durch die Aktivierung des Immunsystems die Krankheitserscheinungen

noch fördern werden. Erst drei Monate nach der Geburt kann ein negativer Befund beim Kind eine Infektion ausschliessen.

Konklusion

Wegen dem erhöhten Risiko der LAV/HTLV-III-Infektion in der Schwan-

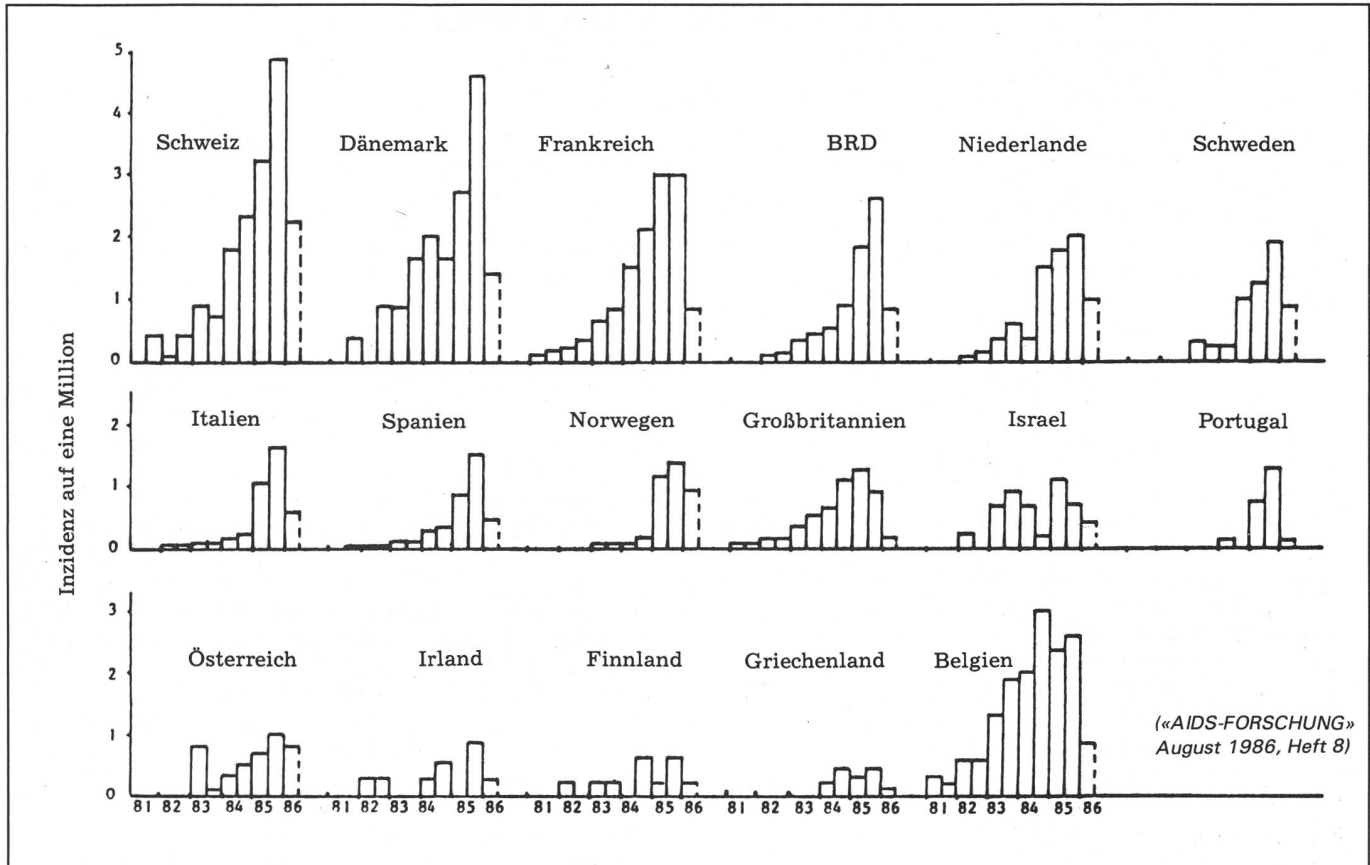
gerschaft sollten die Frauen der exponierten Gruppen motiviert werden, sich als solche zu identifizieren und Antikörperbestimmung durchführen zu lassen. In Anbetracht der schweren Konsequenzen eines positiven Befundes ist der psy-

chologische Umgang mit solchen Patientinnen besonders wichtig. Die Information soll klar und vollständig sein und durch kompetente Personen mitgeteilt werden. Die AIDS-Hilfe Schweiz, in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für

Gesundheitswesen, stellt eine reichliche Dokumentation vor, welche ständig aktualisiert wird und für jeden zur Verfügung steht.

AIDS-Fälle auf 1 Million Einwohner pro Halbjahr der Diagnosestellung

Aus dem Bericht Nr.9 der WHO zur AIDS-Verbreitung in Europa



Pflege AIDS-verdächtiger Neugeborener

Praktische Empfehlungen zur Betreuung von Kindern LAV/HTLV-III-Antikörper-positiver Mütter (Kurzfassung)

Anhang zum Protokoll der 33. Sitzung der Schweizerischen Neonatologiegruppe, Neuchâtel, 22. April 1986

1. Massnahmen zur Verminderung des infektiösen Risikos für das betroffene Kind

- Keine Kopfelektrode, keine MBU
- Blutentnahmen und Infusionen nur nach guter Hautreinigung und Desinfektion
- Kein Stillen. Eventuell pasteurisierte Muttermilch (mindestens: 56° für 30 Minuten)
- Andere venerische Infektionen bei der Mutter suchen und entsprechende Massnahmen vorkehren (Hepatitis B, Lues, Gonorrhoe, Chlamydien)

- Die Frage einer möglichen Auswirkung der Sectio caesarea auf die perinatale Übertragung des Virus im positiven oder negativen Sinn lässt sich zurzeit nicht beantworten.

2. Massnahmen zum Schutz von Personal und anderen Neugeborenen

- Handschuhe und Überschürze bis nach erstem Bad
- Kein Mundsauger für Reanimation
- Nachher Handschuhe nur für Blutentnahmen und Umgang mit blutigen Ausscheidungen

- Für gewöhnliches Wickeln keine Handschuhe, ausser bei offenen Läsionen an den Händen

- Räumliche Isolation von anderen Neugeborenen nicht notwendig, jedoch Rooming-in in Einzelzimmer aus psychologischen Gründen empfehlenswert

- Keine unpasteurisierte Frauenmilch an fremde Neugeborene (ausser spezielle Programme mit sehr sorgfältiger Spenderselektion)

3. Diagnose und Ausschluss der LAV/HTLV-III-Infektion beim Säugling

- Klinische Beobachtung und wiederholte Serologie notwendig, da mütterliche Antikörper Diagnostik stark erschweren
- Positive Diagnose:
 - eindeutige LAV/HTLV-III-assoziierte

AIDS in Afrika

«The Times» vom 27. Oktober 1986 berichtet über einen noch unpublizierten Forschungsreport von Dr. Jonathan Mann (Leiter des Aids-Projektes der WHO in Genf), Dr. James Curran (vom Centre for Disease Control in Atlanta, USA), Dr. Thomas Quinn (US-National Institute of Health) und Dr. Peter Piot (Mikrobiologe am Institut für Tropische Medizin, Antwerpen).

Danach verbreitet sich Aids in Afrika in erschreckendem Mass. In gewissen Städten (so zum Beispiel Kinshasa in Zaire, oder Kigali in Ruanda) gibt es inzwischen pro Million Einwohner zwischen 550 und 1000 Aids-Fälle. In einer Geburtsklinik in Zaire waren 8% aller Schwangeren infiziert. Immer mehr Kinder werden bereits mit Spuren von Aids-Infektion geboren. Bei mindestens 12% der ein- bis zweijährigen Kinder, die am Spital von Kinshasa untersucht wurden, fanden sich Spuren des Aids-Virus im Blut.

Erschreckend auch die Hinweise auf die Art und Weise der Verbreitung. In Kigali zum Beispiel sind 18% der Blutkonserven infiziert; aber die Blutspender werden weiterhin nicht untersucht, sei es wegen fehlender Mittel oder fehlender medizinischer Ausbildung. Der Report hält auch fest, dass Aids in Afrika bei Männern und Frauen etwa gleich häufig auftritt und hauptsächlich durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen werde (und zwar in beiden Richtungen; der Virus konnte ja auch sowohl im männlichen Samen als auch in vaginalen Sekreten gefunden werden). *Red.*

Symptome und/oder

- positiver Antikörpernachweis über 12-18 Monate hinaus
- c) Ausschluss:
 - bleibendes Negativwerden der Serologie
 - und**
 - keine LAV/HTLV-III-assoziierten Symptome. (Da in Einzelfällen das Virus bei seronegativen Kindern isoliert wurde, ist ein Ausschluss nicht mit letzter Sicherheit möglich.)

4. Medizinische Betreuung

- a) Frühzeitige Erfassung LAV/HTLV-III-assoziierten Symptome
- b) Stabile Beziehung zu den Eltern

- c) Immunologische Untersuchungen zurückhaltend, wenn möglich prospektive Studien, Seren aufbewahren
- d) Keine Lebendimpfstoffe (BCG, orale Polio, Masern, Mumps, Röteln)
- e) Bei LAV/HTLV-III-assoziierten Symptomen Zusammenarbeit mit spezialisiertem Zentrum

5. Wahrung der Diskretion

- a) Vermeiden von Diskrimination und sozialer Isolation
- b) Patientenbezogene Information an möglichst kleinen Personenkreis.

25. Mai 1986 Ki/pf

Soziale Aspekte

AIDS in der Presse

Artikel der Homosexuellen Arbeitsgruppe Bern (HAB)

Die Verfasser stellen die Brandmarkung der Homosexuellen im Anschluss an AIDS in den Zusammenhang mit traditionellen, grundsätzlicheren Verurteilungen und Abwehrmechanismen. Aus diesem Grund geht ihr engagierter Beitrag über die AIDS-Problematik hinaus.

So oft wie seit 1983 hatten die Schwulen noch nie die Ehre.

Vom seichten Boulevard-Blättchen bis zur seriösesten Tageszeitung wurde keine Zeitung müde, den Schwulen (auch den Fixern und Prostituierten) Platz in ihren Spalten und Kolumnen, nicht selten auf der ersten Seite, einzuräumen.

War plötzlich die grosse Schwulenfreundlichkeit ausgebrochen? Hatten Zeitungsverleger/innen, Redakteur/innen, Journalisten/innen ihr Herz für Schwule entdeckt?

Nein, natürlich nicht! Das Interesse der Medien, nicht nur der gedruckten, galt vielmehr einer neuen, bisher unbekannteren Krankheit mit dem Namen AIDS. Dieses neue Thema füllte ganze Seiten und Magazine, denn abgesehen davon, dass das Auftauchen einer bisher unbekannteren Krankheit schon genügend Sensationswert besass, konnte der aufmerksamen Zuhörerschaft/Leserschaft mitgeteilt werden, dass zwar viel Aufregendes zu berichten sei, jedoch für den grössten Teil der heterosexuellen Bevölkerung keine unmittelbare Gefahr drohe. Betroffen seien «nur» Homosexuelle, Fixer, Bluter und Prostituierte. Im Gegensatz zu diesem Artikel stand das Wörtchen «nur» ohne Anführungs- und Schlusszeichen da.

«Sind denn auch Heterosexuelle, Frauen und Kinder gefährdet?» Dies fragte der «Spiegel» erst, nachdem er Artikel veröffentlicht hatte, in denen Schwule als verantwortungslose Seuchenüberträger diffamiert worden waren, die sich keinen Deut um die Warnungen des «Spiegels» kümmerten oder sich gar die Frechheit erlaubten, sie schlicht zu ignorieren.

Die «Berner Zeitung» wiederum schrieb in ihren Titeln über der ersten grösseren AIDS-Story von «Homo-Seuche», die sich weiter ausbreite.

Religiöse Zeitungen schrieben freudig darüber, dass das sündige Leben die Schwulen nun endlich eingeholt habe, und sie der gerechten Strafe Gottes zugeführt würden. Der unverstellt hämische und nicht selten zynische Ton beherrschte die durchschnittlichen Medien ungefähr ein Jahr lang.

Inzwischen ist die Berichterstattung über AIDS auf das übliche Mass abgesunken und von den Frontseiten auf die hinteren Ränge verdrängt worden. Die Berichterstattung in der Presse hat – abgesehen von einigen Boulevard-Blättchen und den Presseerzeugnissen religiöser Sekten – das übliche Mass an Häme nicht mehr überschritten und ist etwas sachlicher geworden. Das könnte sich allerdings auch wieder ändern, denn die Leute, die diese antischwule Hetze veranstaltet haben, sitzen immer noch auf ihren Posten und können jederzeit in derselben Art und Weise ihre Politik fortsetzen.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die Medien wurden ihrem Ruf als Vermittler von Halbwahrheiten gerecht und erfüllten ihre Aufgabe als Wahrer und Vermittler des «gesunden Volksempfindens» vollumfänglich. Nachdem nicht mehr ohne weiteres verkündet werden konnte, wie dies rund ein Jahrhundert lang geschehen war, dass Schwulsein eine Krankheit sei, musste der Öffentlichkeit doch wenigstens mitgeteilt werden, Schwulsein mache krank. Spätestens die Berichterstattung über AIDS hat die letzten Zweifel ausgeräumt, welche Aufgaben den Medien in dieser von