

# Aids in Afrika

## am Beispiel Ugandas

Christian Fiala

Jeder macht was er will,  
keiner macht was er soll,  
aber alle machen mit.

Um die gegenwärtige Situation von HIV und Aids in Uganda, sowie die Berichte darüber zu verstehen, ist ein kleiner Ausflug in die äußerst tragische und turbulente Geschichte des Landes unabdingbar.

Bis zu seiner Unabhängigkeit im Jahr 1962 "galt Uganda als Musterbeispiel britischer Verwaltung, weit besser gestellt als das heutige Kenia oder Tanzania", und für Winston Churchill war das Land am Anfang des Jahrhunderts schlichtweg "die Perle Afrikas", wie der angesehene Historiker Phares Mutibwa in seinem Standardwerk der Geschichte Ugandas schreibt. (1) "Uganda hatte damals eine der stärksten und vielversprechendsten Wirtschaften in Schwarzafrikas. Es produzierte genügend Lebensmittel, um die Bevölkerung zu ernähren und der Export der landwirtschaftlichen Produkte zusammen mit Textilien und Kupfer brachte mehr ein, als für alle Importe aufgewendet werden mußte." (2)

Auch das Gesundheitswesen war für damalige Verhältnisse beispielgebend. Ein Indikator dafür ist die Einführung eines organisierten Blutspendewesens bereits im Jahr 1958. Innerhalb kurzer Zeit hatte sich diese Art der Medizin im ugandischen Gesundheitswesen fest etabliert. Das erklärt sich aus der großen Verbreitung von Infektionskrankheiten in dieser Region, die unter anderem eine chronische Blutarmut in weiten Teilen der Bevölkerung zur Folge haben. Kommt es dann zu einem stärkeren Blutverlust ist das Leben des Betroffenen sehr rasch akut gefährdet und nur mit einer schnellen Bluttransfusion zu retten. Das trifft besonders zu für Kinder bei den häufigen schweren Malariaanfällen und für Frauen bei Blutungen nach einer Geburt. Aber auch bei Verletzungen nach Unfällen oder kriegerischen Auseinandersetzungen ist eine Bluttransfusion häufig die einzige lebensrettende Maßnahme. So organisierte alleine die Blutbank in der Hauptstadt Kampala Anfang der 70-er Jahre für die Krankenhäuser der damals etwa 350.000 Einwohner um die 14.000 Blutspenden jährlich. Der Großteil davon kam entweder von Verwandten der Patienten oder von bezahlten Blutspendern, die vor dem Eingang des Krankenhauses oder an bekannten Orten, wie zum Beispiel dem

Busbahnhof, angeworben wurden. In den meisten Fällen wurde das Blut nicht auf mögliche Infektionserreger untersucht. (2)

Die Organisation war für damalige Verhältnisse vorbildlich und auf Autonomie ausgerichtet. Die Blutbank verwendete sterilisierte Flaschen und die Nadeln wurden bei Bedarf immer wieder geschliffen.

Eine zentrale Blutbank für das ganze Land gab es damals jedoch noch nicht, so daß außerhalb der Hauptstadt Kampala jedes Krankenhaus für seine Bluttransfusionen selbst verantwortlich war.

Ein anderes wesentliches Merkmal der europäischen Medizin ist die Verabreichung von Spritzen, entweder für eine Therapie oder als Impfung. Dies bedeutete besonders bei der Behandlung und Vorbeugung der weit verbreiteten Infektionskrankheiten einen wesentlichen Fortschritt. Zu den häufigsten Krankheiten zählen Durchfall, Lungenkrankheiten, sowie Syphilis, Gonorrhoe und andere sexuell übertragbare Infektionen. Die Tatsache, daß nicht sterilisierte Spritzen Krankheitserreger übertragen können, wurde damals wenig berücksichtigt. Genaue Untersuchungen über die Art und Weise, wie Spritzen damals sterilisiert wurden, liegen nicht vor. Lediglich aus Anekdoten ist bekannt, daß teilweise hunderte von Menschen mit der gleichen Nadel geimpft wurden und teilweise immer noch werden. (22, 23)

Derzeit werden "jedes Jahr weltweit über 12 Milliarden Injektionen" verabreicht, wie die WHO in einer Publikation bestätigt, "mindestens ein Drittel davon wird ohne ausreichende Sterilisation gegeben, womit möglicherweise Krankheiten übertragen werden." Besonders in Afrika ist die Situation besorgniserregend, weil dort "mehr als 80 % der Einmalspritzen mehrfach verwendet werden." (21)

Und in Tanzania wurde in einer neueren Untersuchung bei 12 Prozent der Spritzen, welche zur Verwendung hergerichtet waren, noch Blutreste des vorherigen Patienten gefunden. (20)

Dann ereignete sich das, was die Ugander als die "zwei verlorenen Jahrzehnte" bezeichnen. Gemeint ist damit die Zeit zwischen 1966 und 1986, in der es unter wechselnden Diktatoren zu einer Kette von wirtschaftlichen Fehlentscheidungen, Massenhinrichtungen, Bürgerkriegen und einem Krieg mit dem Nachbarland Tanzania kam. In dieser Zeit kam etwa eine Million Menschen gewaltsam um. (Im Jahr 1980 gab es etwa 12,6 Millionen Einwohner)(18) Ferner wurde das Land so gründlich zerstört, daß es danach zu einem der ärmsten der Welt gehörte. So betrugen die staatlichen Ausgaben für Gesundheit am Ende dieser Periode noch etwa 9 Prozent dessen, was zwanzig Jahre vorher ausgegeben worden war. (2) Im Jahr 1986, als endlich Frieden und politische Stabilität in dem total zerstörten Land einkehrte, kam es zu einem weiteren denkwürdigen Ereignis. Die

Weltgesundheitsorganisation publizierte folgende Definition der Krankheit Aids, welche ausschließlich für Entwicklungsländer gültig war. (3)

Tab. 1: Aids Definition der WHO (1986) für Erwachsene in Entwicklungsländern, wenn die Durchführung eines HIV- Testes aus finanziellen Gründen nicht möglich ist:	
Hauptkriterien:	Nebenkriterien:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewichtsverlust &gt;10%</li> <li>- Durchfall &gt; 1 Monat</li> <li>- Fieber &gt; 1 Monat (kontinuierlich oder unterbrochen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Husten &gt; 1 Monat</li> <li>- generalisierter Juckreiz</li> <li>- wiederholt Gürtelrose</li> <li>- Pilzinfektion im Mund-Halsbereich</li> <li>- chronische generalisierte Herpes-Infektion</li> <li>- generalisierte Lymphknotenschwellung</li> </ul>
Ausschlußkriterien:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krebs</li> <li>- schwere Mangelernährung</li> <li>- andere Ursachen</li> </ul>
Jemand hat Aids, wenn:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- mindestens 2 Hauptkriterien</li> <li style="text-align: center;">und</li> <li>- mindestens 1 Nebenkriterium</li> <li style="text-align: center;">und</li> <li>- kein Ausschlußkriterium vorliegen</li> <li style="text-align: center;">oder</li> <li>- bei generalisiertem Kaposi Sarkom (bösartige Hautkrankheit)</li> <li style="text-align: center;">oder</li> <li>- bei Cryptokokken Meningitis (eine bestimmte Art von Gehirnhautentzündung)</li> </ul>	

Darin wird jemand als Aids-krank erklärt, wenn er zum Beispiel länger als einen Monat Durchfall, starke Gewichtsabnahme und zum Beispiel generalisierten Juckreiz oder Husten hat und sich mit den vorhandenen Möglichkeiten keine andere Ursache dafür nachweisen läßt. Ein HIV-Test ist nach dieser Definition ausdrücklich nicht notwendig und wird auch heute noch aus Geldmangel nur selten durchgeführt. Auch in dem Meldeformular für Aids-Kranke des ugandischen Gesundheitsministeriums ist nicht einmal vorgesehen, daß ein HIV-Test gemacht wird. Das heißt, die Krankheit Aids, die nach den Worten von Professor Luc Montagnier, dem Entdecker des HIV, "keine typischen Symptome hat", wird in den Entwicklungsländern ausschließlich aufgrund von Symptomen diagnostiziert. (7) Die geforderten Symptome sind nicht gerade ein seltenes Ereignis in einem Land, das zwanzig Jahre systematischer Zerstörung hinter sich hatte. Und so kann es nicht wirklich verwundern, daß Uganda in der Folge zu dem Land mit der höchsten Aids-Rate erklärt wurde.

Dazu kommt, daß Uganda, ebenso viele andere Länder Afrikas die WHO-Definition weiter abänderte. So kann Tuberkulose in Uganda ganz offiziell zu einer Aids-Diagnose führen. Damit wurde die Aidsstatistik zwangsweise erhöht. Im Nachbarland Tanzania ging man anfänglich den entgegengesetzten Weg. Dort wurden die Kriterien für eine Aids-Diagnose zunächst enger gefaßt. Es waren zwei

Haupt- und zwei Nebenkriterien notwendig. Dies hätte eigentlich zu weniger Aids-Fällen führen müssen, als in Uganda. Allerdings erfüllten nicht alle gemeldeten "Aids-Fälle" auch tatsächlich diese Kriterien. So schreibt das Tanzanianische Gesundheitsministerium in seinem Bericht vom August 1990: "Von den 1.987 neu gemeldeten Fällen, haben lediglich 667 (33,6%) die erwähnten Kriterien erfüllt. [...] Obwohl 1320 Fälle (66,4%) genaugenommen keine Aids-Fälle sind, haben wir sie dennoch als solche gezählt, da wir davon ausgegangen sind, daß diejenigen, die sie gemeldet haben, einfach einen Fehler beim Ausfüllen der Formulare gemacht haben." (6) In weiterer Folge wurde einfach die Definition der Krankheit Aids geändert. Seit einigen Jahren gilt dort die sogenannte "single sign criteria" Definition. Das bedeutet, daß ein kranker Mensch dann als Aids-Fall gezählt wird, wenn er eines der erwähnten Symptome hat, und sein Arzt davon überzeugt ist, daß es sich dabei um Aids handelt.

Beide Länder begründen dieses Vorgehen damit, daß die WHO-Definition zu ungenau sei und an die nationalen Bedingungen angepaßt werden müßte. Dabei ist es vollkommen absurd anzunehmen, eine Infektionskrankheit würde diesseits oder jenseits einer willkürlichen politischen Grenze unterschiedliche Symptome hervorrufen.

Unter diesen Voraussetzungen kann es nicht verwundern, daß Uganda in den Jahren nach 1986 einen starken Anstieg an "Aids-Fällen" hatte. So waren beispielsweise die Hälfte der Betten auf der Internen Station in der Makarere Universitätsklinik in Kampala mit Aids-Patienten belegt. Das heißt diese Patienten hatten Fieber, Durchfall oder Gewichtsverlust, sowie eines der aufgeführten Nebenkriterien und wurden ohne HIV-Test als Aids-Patienten deklariert. Es kann auch nicht verwundern, daß es viele derart kranke Menschen gibt, in einem Land, in dem die durchschnittliche Lebenserwartung wegen der vielen Infektionskrankheiten und den schlechten hygienischen Verhältnissen bei ungefähr 50 Jahren liegt.

Nachdem einige Jahre mit dieser Definition gearbeitet worden war, wollten sich noch zwei andere, ebenfalls international arbeitende Gesundheitsorganisationen profilieren und versuchten sich an der Quadratur des Kreises, nämlich die "Krankheit ohne typische Symptome" dennoch anhand solcher zu diagnostizieren. Die US-amerikanische Centers for Disease Control und die Pan American Health Organisation stellten unabhängig voneinander fest, daß die WHO-Definition in der Praxis unbrauchbar war und erklärten jeweils eine eigene neue Definition als einzig sinnvoll. (4, 5) Diese beiden Definitionen wurden jedoch nicht in Zusammenarbeit miteinander oder mit der WHO erstellt, sondern in Konkurrenz zueinander. So können die Entwicklungsländer seither auswählen, nach welcher

der drei unterschiedlichen Definitionen sie Aids mittels klinischen Symptomen diagnostizieren möchten. Es steht ihnen aber auch frei, sich für eine der beiden unterschiedlichen Definitionen der Industrieländer, USA oder Europa, zu entscheiden.

In den internationalen Statistiken werden jedoch alle Meldungen über Aids-Kranke in einen Topf geworfen, obwohl deren Anzahl nach den unterschiedlichen Definitionen vollkommen verschieden und nicht annähernd vergleichbar sind.

Interessanterweise sind diese wichtigen Details in der Öffentlichkeit und auch bei vielen Ärzten nicht bekannt. Eigentlich könnte man die ganze Diskussion bereits hier abbrechen und alle Aussagen über Aids in Afrika als Spekulation bezeichnen. Aber sehen wir uns trotzdem an, wie die Meldungen aus Afrika verarbeitet werden. Die WHO "glaubt" (Zitat nach 15), daß das HIV in Afrika im wesentlichen sexuell übertragen wird. Diese Aussage ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert. Erstens ist nach mehr als 15 Jahren eindeutig, daß es in Europa keine Epidemie unter der heterosexuellen Bevölkerung gibt. Es ist daher nicht einsichtig, warum dies ausgerechnet in Afrika stattfinden sollte. Zweitens wird häufig das angeblich besondere Sexualverhalten von Afrikanern angeführt. Abgesehen davon, daß bereits die ersten christlichen Missionare dieser Überzeugung waren, gibt es für diese Ansicht keinerlei wissenschaftliche Begründung. Vielmehr kam eine der wenigen Untersuchungen über dieses Thema zu dem Ergebnis, daß Amerikaner weltweit führend sind, was die Häufigkeit von Partnerwechsel angeht, gefolgt von Frankreich, Australien und Deutschland. Südafrika liegt hingegen, ebenso wie Thailand abgeschlagen im hinteren Mittelfeld. (8) Aber es gibt ja eine lange christliche Tradition, über das angeblich so ausschweifende Sexualleben der Afrikaner zu phantasieren.

Mittels der aufgeführten Definition nahm die Zahl der neuen Aids-Fälle in Uganda, ebenso wie in Tanzania, bis 1991 jedes Jahr zu. Seither geht deren Zahl wieder zurück.

Tab. 2: gemeldete Aids-Fälle in Uganda	
Jahr	Neuerkrankungen
bis 1986	910
1987	2.914
1988	3.425
1989	6.090
1990	6.616
1991	10.235
1992	9.352
1993	4.641
1994	4.927
1995	2.192
1996	3.032

Quelle: Ministry of Health, Entebbe

Alle gemeldeten Aids-Fälle werden von der WHO in Genf notiert. Da sicher eine unbekannte Zahl nicht gemeldet wurde, multipliziert die WHO die gemeldeten Fälle, um zu einer Schätzung der "tatsächlichen" Zahl zu kommen. Dabei fällt auf, daß dieser Multiplikationsfaktor jedes Jahr höher wird. Im Jahr 1996 hat die WHO die Gesamtzahl aller gemeldeten Fälle aus Afrika noch mit 12 multipliziert. Im Jahr 1997 bereits mit 17. Der WHO wurde in den letzten eineinhalb Jahren 116.000 neue Aids-Fälle aus Afrika gemeldet. Im gleichen Zeitraum hat sie ihre Statistik der geschätzten Fälle jedoch um ganze 5,5 Millionen erhöht, wobei sie gemeldeten Fälle mit dem Faktor 47 multipliziert hat. (18, 19)

Geht man von der Zahl derjenigen Fälle aus, die aufgrund der ausgeführten Definitionen gemeldet werden, so ergibt sich lediglich eine einzige Aussage: die meisten Menschen in Afrika sterben an Symptomen, die durch bekannte und behandelbare Infektionskrankheiten, wie Malaria, Lungenentzündung oder Durchfall als Folge der schlechten hygienischen Bedingungen entstehen. Die bekannten Horrorszenarien entstehen ausschließlich in den Köpfen der Statistiker durch unhaltbare und steigende Multiplikationen.

Hinzu kommt, daß die Statistiken meist alle Fälle seit Beginn der 80-er Jahre aufaddiert, also kumuliert darstellen. Diese Art der Darstellung ist absolut ungewöhnlich in der Medizin, da sie unbrauchbare Resultate liefert. Sie muß zwangsweise ansteigen, auch wenn jedes Jahr nur noch wenige neue Fälle hinzukommen. So schreibt das Deutsche Ärzteblatt unter der Überschrift "Kumulative Verwirrung": "Kein Mensch denkt daran, die Erkrankungszahlen an Mumps, Tuberkulose oder Scharlach aufzuaddieren von dem Tage an, an dem das

Seuchengesetz erlassen wurde." Folgerichtig sei der einzige Sinn einer solchen Darstellungsform: "Große Zahlen bringen großes öffentliches Geld." (11)

Es verwundert also nicht, daß die offiziellen Berichte der WHO jedesmal eine kurz bevorstehende Katastrophe ankündigen. Verwunderlich ist nur, daß fast alle Journalisten und Medien dies brav weiter verkünden, ohne eine einzige kritische Frage zu stellen.

## Aids-Waisen

Die Geschichte der Aids-Waisenkinder ist mit Sicherheit die zynischste seit der Entdeckung des HIV-Virus. Und sie wirft ein bezeichnendes Licht auf die Art der Berichterstattung über Aids: offensichtlich ist alles, ohne Einschränkung erlaubt, was der Bevölkerung ein Gefühl der Bedrohung vermittelt.

"Ungefähr 830.000 Kinder leben mit HIV/Aids. Aber die Auswirkungen der HIV-Epidemie sind viel schwerwiegender, als die bereits große Zahl an infizierten Kindern vermuten läßt. Das *Waisen-Projekt* in New York schätzt in einer Studie, daß in sieben Ländern insgesamt mehr als eine Million Kinder unter 14 Jahren durch Aids zu Waisen geworden sind. 95 Prozent dieser einen Million Kinder leben in Kenia, Ruanda, Uganda und Sambia. [...]

Wenn wir von der vorsichtigen Schätzung ausgehen, daß die Zahl der bereits verwaisten Kinder in Uganda etwa 10 Prozent der HIV-Infizierten Mütter entspricht, so bedeutet dies, daß alleine in diesem Land mehr als drei Millionen Kinder von den Auswirkungen der Epidemie betroffen sind." beschreibt die WHO die Situation mit dramatischen Worten in ihrer Pressemitteilung vom 28. November 1996. In Uganda gibt es derzeit ungefähr acht Millionen Kinder unter fünfzehn Jahren. Wenn drei Millionen von ihnen wegen Aids verwaist sind, so besteht kein Zweifel, daß Aids nun auch unschuldige Kinder in einem unvorstellbaren Ausmaß betrifft. Ein derartiger Befund kann nur sprachlos machen.

Diese Sprachlosigkeit wird nur noch übertroffen von dem Erstaunen über einen anderen WHO-Bericht zu dem gleichen Thema: "Pflege und Unterstützung von Kindern HIV-infizierter Eltern" lautet der unscheinbare Titel. Auf Seite zwei steht folgender unerwarteter Hinweis: "Der Inhalt dieses *restricted* Dokuments, darf ausschließlich denjenigen Personen zugänglich gemacht werden, an die es ursprünglich adressiert wurde. Es darf in keiner Weise weiter verteilt, oder vervielfältigt werden und sollte in keiner Literaturliste aufgeführt oder erwähnt werden." Es werden dann einige Fakten zu Aids-Waisen aufgeführt, die man sich eigentlich in den Presseaussendungen der WHO erwartet hätte. "Es herrscht

Verwirrung darüber, was mit dem Begriff *Waisenkind* gemeint ist. .... Studien der WHO und anderer Organisationen, in denen die Zahl geschätzt wurde, haben verschiedene Definitionen angewendet." Und im weiteren Verlauf werden einige davon weiter erklärt: "Die UNICEF definiert ein Kind dann als Waisenkind, wenn seine Mutter verstorben ist. Für die WHO ist jedes Kind ein Waisenkind, das beide Eltern oder nur die Mutter verloren hat. .... In der Uganda Studie wurden, entsprechend der maßgebenden ugandischen Waisendefinition, alle diejenigen Kinder als Waisen gezählt, die einen oder beide Elternteile verloren haben." Verloren heißt hier jedoch nicht verstorben, sondern abwesend, weshalb die WHO auch eine weitreichende Einschränkung macht: "Einer der verwirrenden Aspekte ist das Ausmaß, in dem die Abwesenheit eines Elternteils in machen Gesellschaften den Normalfall darstellt."

Das bisher Gesagte würde schon ausreichen, um alle Angaben zu diesem Thema mit größter Skepsis zu hinterfragen. Schließlich hätten auch Deutschland und Österreich mit den vielen alleinerziehenden Eltern eine große Anzahl von "Waisenkindern", würde man die Uganda Definition anwenden. Aber die Autoren kennen offensichtlich die Geschichte Ugandas und wissen daher von der bereits erwähnten wichtigen Einschränkung bei der Interpretation der Zahlen aus diesem Land: "In der Uganda Studie wurde nicht untersucht, was zur Verwaisung der Kinder geführt hat. In manchen Gegenden geschah das auch durch Krieg." Damit weisen die Autoren auf die zwanzig Jahre Terrorherrschaft von 1966 bis 1986 hin, in der es auch zu Krieg und Bürgerkrieg gekommen ist. In dieser Zeit wurde nicht nur das Land gründlich zerstört, sondern vorallem etwa eine Million Menschen getötet. Es sollte nicht notwendig sein darauf hinzuweisen, daß dadurch eine große Anzahl an Kindern verwaist ist. Im Jahr 1980 hatte Uganda um die 12,6 Millionen Einwohner. (18)

Die Menschen in Afrika und insbesondere Uganda benötigen nach dieser langen Zeit des Leidens unsere Hilfe und Unterstützung.

Hierfür ist es weder hilfreich noch zielführend, wenn falsche Daten und absurde Definitionen eingesetzt werden um uns zu täuschen und von den tatsächlichen Problemen des Landes abzulenken. Die gegenwärtige Situation führt dazu, daß große Mittel aus den begrenzten nationalen Budgets und von den Hilfsgeldern aus dem Ausland in Kampagnen u.a. über Treue in Beziehungen und für den Kondomverbrauch investiert werden. Dabei ist in Europa eindeutig, daß die zweitausendjährige Manipulation durch die christliche Sexuallehre keine anhaltenden Änderung des Sexualverhaltens zur Folge hatte. Und auch unser Kondomverbrauch hat sich in den letzten 10 Jahren trotz der unzähligen Kampagnen kaum verändert. Es ist deshalb nicht einsichtig, warum sich ausgerechnet das Sexualverhalten der Menschen in Afrika durch Kampagnen ändern sollte.

Angesichts der Armut in den meisten Ländern Afrikas, mehr als die Hälfte der Menschen hat keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser (16), ist die europäische Fixierung auf eine angeblich heterosexuell übertragbare Aids-Epidemie in Afrika als zynisch zu bezeichnen.

Ferner ist es unverständlich, warum die WHO in Publikationen, die nicht allgemein zugänglich sind, das Gegenteil von dem schreibt, was in ihren Pressemitteilungen steht.

## Literatur

1. Phares Mutibwa, Uganda since Independence, A Story of unfulfilled Hopes, Fountain Publishers Ltd. Kampala, Uganda, 1992
2. Europäische Kommission, Safe blood in developing countries - The lessons from Uganda, Brüssel, 1995
3. WHO Global programme on AIDS; Provisional WHO clinical case definition for AIDS, Wkly Epidemiol Rec, 1986; March 7; no 10: 72-3
4. De Cock et al; Aids surveillance in Africa: a reappraisal of case definitions. BMJ, 1991; 303: 1185-8
5. Weniger et al; A simplified surveillance case definition of AIDS derived from empirical clinical data, Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes , 1992; 5: 1212-23
6. Ministry of Health, National Aids Control Programme, Aids Surveillance, Report No 3, August 1990, Dar es Salaam, Tanzania
7. Luc Montagnier; Von Viren und Menschen, Rowohlt, 1997
8. Durex, Global Sex Survey, London, 1997, <http://www.durex.com>
9. WHO, Global Programme on Aids, The care and support of children of HIV-infected parents, 1991, GPA/CNP/IDS/91.1
10. Hunter S., Orphans as a window on the Aids epidemic in Sub-saharan Africa: initial results and implications of a study in Uganda, 1990, Soc Sci Med, Vol 31, No 6, 681-90
11. Kumulative Verwirrung, Deutsches Ärzteblatt, 1989, 86, Heft 17, B 853/C 749
12. Ministry of Health, HIV/Aids surveillance report, March 1997, Entebbe, Uganda
13. Ministry of Health, National Aids control programme HIV/AIDS/STDs surveillance report No 11, August 1997, Dar es Salaam, Tanzania
14. Hoelscher M. et al., Estimating the number of HIV transmissions through reused syringes and needles in the Mbeya region, Tanzania; Aids, 1994, 8: 1609-15
- 15 WHO Images of the epidemic, Geneva, 1994
- 16 WHO Water supply and sanitation sector monitoring report 1996, Geneva WHO/EOS/96.15
- 17 Ministry of Finance and Economic Planning, The 1991 population and housing census, 1995, Entebbe, Uganda
- 18 UNAIDS, The HIV/Aids situation in mid 1996, Geneva, June 1996, UNAIDS/COS/SG/96018-1bw
- 19 WHO, Global Aids surveillance, Geneva, November 1997, Weekly epidem. record, no 48, 357-620
- 20 Salehe O. et al; The amount of HIV-infections caused by syringes and needles in Mbeya-region, Second National Seminar on Aids Research in Tanzania, Dar es Salaam 1994
- 21 WHO, GPV declares war on unsafe injections, Geneva, The newsletter of the Global Programme for Vaccines and Immunization, 5, 1997, GPV/VIN/97.03
- 22 Wyatt HV. et al, Unnecessary injections and paralytic poliomyelitis in India, Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine, 1992; 86: 546-9
- 23 Wyatt HV et al, Unnecessary injections in developing countries: the risk and costs, International Journal of Risk & Safety in Medicine, 1993; 4: 167-76