

Neue Strategien der STD- und HIV/AIDS-Prävention bei der adoleszenten Maori-Bevölkerung Neuseelands

Christine Binder-Fritz

Einleitung

Im März 1995 wurde vom Ministry of Maori Development eine Krisensitzung einberufen, in der sich verschiedene „Maori Health Groups“ zusammenfanden, um sich eingehend mit dem Thema „Maori Reproductive Health and HIV/AIDS“ auseinanderzusetzen. Von den Verantwortlichen der Public Health Commission wurde bei dieser Gelegenheit betont, dass Angehörige der ethnischen Maori-Minderheit im Vergleich zur Non-Maori-Bevölkerung Neuseelands ein deutlich höheres Risiko hätten, sich im Rahmen der sogenannten „second wave“ mit HIV/AIDS zu infizieren (1). Eine Reihe unterschiedlicher Faktoren spielt hierbei eine Rolle. Zum einen ist der hohe Anteil an Jugendlichen in der Maori-Bevölkerung mit ihrem risikoreicheren Sexualverhalten dafür verantwortlich. Zum anderen bestehen verschiedene soziokulturelle Barrieren im Hinblick auf die Nutzung der bislang fast ausschließlich monokulturell ausgerichteten Gesundheitseinrichtungen Neuseelands (2).

Das bestehende neuseeländische Gesundheitssystem war nach Ansicht der Indigenen den Bedürfnissen der Maori-Bevölkerung zu wenig angepaßt und wurde dementsprechend auch immer wieder kritisiert (3). Maori Health Groups sind nun aktiv an der Mitgestaltung im Gesundheitswesen beteiligt. Nach dem Motto „Von Maori – für Maori“ werden nun neue Wege einer selbstbestimmten und kulturell sensitiven Gesundheitsversorgung eingeschlagen, die sich unter anderem auf das Gebiet der „Sexual Health Promotion“ für junge Maori konzentrieren (4). Jugendliche haben im Hinblick auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und hier insbesondere bei der Kontrazeption völlig andere Bedürfnisse als Erwachsene in einem späteren Lebensabschnitt. Diese individuellen Erfordernisse müssen im Hinblick auf gesundheitspolitische Entscheidungen und Strategien zur Familienplanung, bei der Prävention sexuell übertragbarer Infektionen (sexually transmitted diseases/STDs) sowie bei der AIDS-Aufklärung berücksichtigt werden.

Material und Methoden

Im Rahmen eines zehnmonatigen ethnographischen Forschungsprojekts im Zeitraum 1996-1997, welches vom Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF) finanziert wurde, konnten auf der Nordinsel Neuseelands neben anderen medizinanthropologisch relevanten Daten auch solche zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit der indigenen Maori gesammelt werden. Die Datenerhebung erfolgte größtenteils im Gebiet der Bay of Plenty (Rotorua, Whakatane, Te Teko, Murupara) sowie im Waikato-Gebiet (Hamilton).

Methodisch wurde eine qualitative Datenerhebung angewandt und es wurden mit fünfzig Personen aller Altersstufen offene Einzelinterviews geführt, sowie einige „focus group discussions“ aufgezeichnet. Mit fünf traditionellen Maori-Heilern (3 männlich, 2 weiblich) wurden narrative Interviews auf Tonband festgehalten. Unter den Interviewpartnern befanden sich Verantwortliche im staatlichen Gesundheitswesen, Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiterinnen, Anthropologen sowie Juristen und Patienten. Mit Maori-Hebammen und Krankenschwestern in „Primary Health Care Centers“ wurde insbesondere über ihre Erfahrungen mit jungen Patientinnen zu Fragen der Familienplanung sowie über mögliche soziokulturelle Barrieren auf dem Gebiet gynäkologischer Untersuchungen diskutiert. Ergänzend wurden mittels der „Methode der teilnehmenden Beobachtung“ der Tagesablauf in den Maori-Gesundheitszentren protokolliert, sowie Foto- und Videoaufnahmen gemacht.

Es soll an dieser Stelle ausdrücklich betont werden, dass medizin- und kulturanthropologische Arbeiten zur Maori-Bevölkerung seit Jahren als „culturally sensitive“ bezeichnet werden, so dass ethnomedizinische Fragestellungen zunehmend auf Widerstand in der autochthonen Bevölkerung stoßen und eine Kooperation nicht immer erreicht werden kann. Ein Teil der Indigenen führt in diesem Zusammenhang auch heftige Debatten um den Schutz ihres „cultural and intellectual knowledge“. Neuseeland folgt hier der „Intellectual Property Legislation“, die im Rahmen einer UNESCO-Erklärung 1992 verabschiedet wurde, wonach „intellectual property“ in die drei Kategorien „folklore and crafts“, „biodiversity“ und „indigenous knowledge“ eingeteilt wird. Von seiten der Feldforscher ist auf jeden Fall mit hohem Zeitaufwand zu rechnen, da Hintergrund und Motivation der Forschungstätigkeit erläutert werden müssen und zudem ein Antrag bei der lokalen Ethikkommission gestellt werden muß.

Die Maori-Bevölkerung Neuseelands

Der Anteil der Maori (434.000) an der Gesamtpopulation Neuseelands (3,5 Mio.) beträgt etwa 13% und man könnte sagen die Maori stellen eine autochthone Minderheit im eigenen Land dar. Sie weisen im Vergleich zur Neuseeländischen Bevölkerung europäischen Ursprungs, die inoffiziell Pakeha-Bevölkerung genannt wird, eine höhere Mortalitätsrate auf und die Alterspyramide ist grundlegend anders strukturiert. Der Anteil an Kindern und jungen Menschen ist sehr hoch, doch nur mehr 4% der Maori-Bevölkerung erreichen das Pensionsalter, während 15% der Pakeha-Bevölkerung über sechzig Jahre alt sind (5). Folgende Faktoren stehen mit der höheren Mortalitätsrate in Verbindung: die deutlich schlechtere soziale und wirtschaftliche Lage eines Großteils der Bevölkerung, hohe Jugendarbeitslosigkeit, erhöhter Alkohol- und Drogenkonsum und damit in Zusammenhang eine erhöhte Gewaltbereitschaft und Unfallhäufigkeit. Neben einer höheren Geburtenrate weist die Maori-Bevölkerung im Vergleich mit der Gesamtpopulation ein niedrigeres Alter der Erstgebärenden und eine 2,5 mal höhere Rate an sogenannten Teenagermüttern auf (6). Desweiteren ist eine erhöhte Rate an malignen Erkrankungen, insbesondere des Mamma- und Zervixkarzinoms auffällig (3). Etliche gesundheitliche Probleme der indigenen Bevölkerung können nur unter dem Gesichtspunkt des Ineinandergreifens sozialer, ökonomischer und akkulturationsbedingter Faktoren diskutiert werden. Seit Jahren ist eine starke Abwanderungsbewegung in die urbanen Zentren zu verzeichnen, die mit der Auflösung traditioneller Familien- und Gesellschaftsstrukturen einhergeht. Die Abwanderung vieler Jugendlicher aus den ländlichen Gemeinden in die urbanen Zentren ist nach wie vor problematisch. Auf Grund einer generell schlechteren Arbeitsqualifikation erwartet Maori in den Städten häufig ein Leben mit niedrigem sozialen Status. Schlechte Wohn- und Arbeitsverhältnisse, niedrige Löhne, oftmals Arbeitslosigkeit und nicht zuletzt Verlust des sozialen



Abbildung 1:

Basisgesundheitsdienste sind „gender-sensitive“ und „culturally appropriate“: Speziell ausgebildete Krankenschwestern nehmen gynäkologische Zellabstriche vor.

Rückhaltes mit der Großfamilie auf dem Land, sind in vielen Fällen für Alkohol- und Drogenprobleme (7), sowie die dreimal höhere Rate an Erstzuweisungen in psychiatrische Abteilungen verantwortlich (8).

Zur Epidemiologie von STD und HIV/AIDS in der Maori-Bevölkerung

Bis Ende 1994 waren in Neuseeland insgesamt 997 Personen als HIV-positiv gemeldet, von denen 439 das Krankheitsbild AIDS entwickelt hatten. Im Zensus 1995 waren nur 48 männliche Maori als AIDS-krank gemeldet (1). Da sich aber nach wie vor viele Gesundheitsdaten auf die Gesamtpopulation Neuseelands beziehen, und dem Faktor „ethnic origin“ bis zu den Neunzigerjahren vielfach zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, lässt sich das Ausmaß der AIDS-Epidemie bei den Maori, bezogen auf das Jahr 1997, nur schätzen. Weiters gab es 1997 keine aktuellen Zahlen über den Anteil an HIV-Positiven in der Maori-Bevölkerung. Von offiziellen Stellen wurde die Dunkelziffer der HIV-Infizierten jedenfalls als beträchtlich eingeschätzt. Bezogen auf die Statistik des Jahres 1994 lag die AIDS-Inzidenz in der Altersgruppe der 20-29 jährigen Maori mit dem Wert von 21,6 auf 100.000 im Vergleich zur Pakeha-Bevölkerung mit 13,1 auf 100.000 doch signifikant höher (1).

Mit Besorgnis registrieren die Gesundheitsbehörden seit Jahren die steigende Zahl von Schulabbrechern, jugendlichen Erstgebärenden und Sozialhilfeempfängern, die nicht zuletzt wegen ihres Alkohol- und Drogenkonsums ein risikoreicheres Sexualverhalten zeigen. Im Zusammenhang mit der Drogenproblematik ergeben sich aufgrund der Beschaffungsprostitution weitere Risiken sich auf heterosexuellem Weg oder über das Blut mit dem AIDS-Virus zu infizieren. Eine Studie unter Drogensüchtigen in Auckland ergab im Jahr 1990 jedenfalls, dass bis zu 50% der befragten Maori „needle-sharing“ mit anderen Süchtigen betrieben (2).

Ein weiteres Risiko für HIV/AIDS-Infektionen in der Maori-Bevölkerung stellt auch die sogenannte Trans-Tasmanien-Migration dar, denn Australien meldete Ende 1992 mit 22,5 AIDS Fällen auf 100.000 die bislang höchste Inzidenz an AIDS im Südpazifik. Von den Maori-Gesundheitsbehörden wird nun verstärkt auf die Gefahr aufmerksam gemacht, dass sich die AIDS-Epidemie auch in Neuseeland rasch ausbreiten könnte, da eine beträchtliche Zahl der in Australien lebenden Maori häufig zum Anlaß von Verwandtenbesuchen in die alte Heimat reist (1).

Die während meiner Feldforschung 1997 von Angestellten einiger „Sexual Health Clinics“ inoffiziell ausgegebenen Daten und Schätzungen weisen jedenfalls auf eine höhere Prävalenz für sexuell übertragbare Infektionen (STDs) in der Maori-Bevölkerung hin. Unter anderem wurden mir eine höhere Rate an Gonorrhoe, Hepatitis B sowie Chlamydieninfektionen genannt. Offizielle Daten existieren nur begrenzt. Zumindest wird die Inzidenz an Hepatitis B-Infektionen für den Zeitraum 1988-1993 als dreimal höher als jene in der Non-Maori Bevölkerung angegeben (5). Die höhere Rate an STDs wiederum wird von den Gesundheitsbehörden als ein wichtiger Indikator für mögliche HIV-Infektionen gesehen und stellt zudem vermutlich einen Kofaktor für eine Virusübertragung auf der Basis eines bereits geschädigten Epithels dar (1).



Abbildung 2:

Information zu „Safer sex“ und Kondomverwendung. Maori – Nurse mit Schülerinnen im Kawerau Health Center (Neuseeland 1997).

Neue Strategien der STD- und HIV/AIDS-Prävention

Im Hinblick auf eine erfolgreiche Gesundheitsförderung in der jugendlichen Maori-Bevölkerung werden nun die folgenden Schwerpunkte gesetzt: Mitbestimmung und „Maori leadership“ in Fragen der Gesundheitsversorgung, sowie Ausbau der bestehenden primären Basisgesundheitsdienste durch zusätzliche Angebote von „Maori Health Groups“. Diese sollen eine Qualitätsverbesserung und höhere Akzeptanz von Familienplanungsprogrammen und „Sexual Health Clinics“ erzielen. Das Motto hierfür lautet: „Special services for young Maori people“. Auf einer zweiten Ebene werden Gesundheitsbildungsprogramme für diese Zielgruppe konzipiert. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf einer geschlechtsspe-

zifischen Betreuung und Beratung (counselling), die einerseits auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten eingeht und andererseits auf ein „Empowerment“ von Frauen abzielt. Um bereits vorhandene sexuell übertragbare Infektionen (STDs) aufspüren und behandeln zu können, sind den Gesundheitszentren spezielle „Sexual Health Clinics“ angeschlossen. Die Zellabstriche (smear tests) werden von speziell ausgebildeten Maori-Nurses vorgenommen, um der Forderung nach „gender-sensitiven“ und kulturkongruenten Gesundheitsdiensten zu entsprechen (Abb. 1).

Im Rahmen von Informationsveranstaltungen werden von speziell geschulten indigenen Krankenschwestern folgende Botschaften an die Zielgruppe der Schülerinnen vermittelt: Zum einen soll ein verantwortungsbewußter Umgang mit der eigenen sexuellen und reproduktiven Gesundheit gepflegt und Barriere-Methoden (Kondom) zur Kontrazeption verwendet werden (Abb. 2).

Zum anderen wird mittels Medienarbeit und Gruppendiskussion im Sinne eines „Empowerment“ der jungen Mädchen auch angeregt, mit der Aufnahme von sexuellen Aktivitäten noch zu warten bis eine von Verantwortung und Vertrauen gekennzeichnete Partnerschaft vorhanden ist. Dies geschieht in einer der Jugendkultur und -sprache angepassten Weise.

Bei Informationsveranstaltungen zur AIDS-Prävention wird dazu übergegangen, kulturelle Symbole und traditionelle Maori-Terminologie zu verwenden. Mit großem Erfolg werden die AIDS-Botschaften auch im Rahmen von Theater-, Drama- und Musical-Aufführungen dargeboten. Diese Form der Kommunikation entspricht auch viel eher dem traditionellen Geschichtenerzählen und den Oraltraditionen. Mit Erfolg wird auch „peer-education“ eingesetzt: AIDS-Aufklärung wird von Jugendlichen für Jugendliche auch an jenen Orten angeboten, an denen sie sich unter Gleichaltrigen aufhalten, also an Schulen, Sportplätzen und im Rahmen diverser Veranstaltungen. Man ist übrigens dazu übergegangen, die oft nüchternen, intellektuell gefärbten Informationen der öffentlichen Gesundheitsdienste, die oftmals den Charakter eines „erhobenen Zeigefingers von selbst ernannten Moralaposteln“ hatten, durch eine Sprache zu ersetzen, die von den Jugendlichen auch verstanden und angenommen wird und zudem kulturelle Werte, Normen und überlieferte Traditionen berücksichtigt.

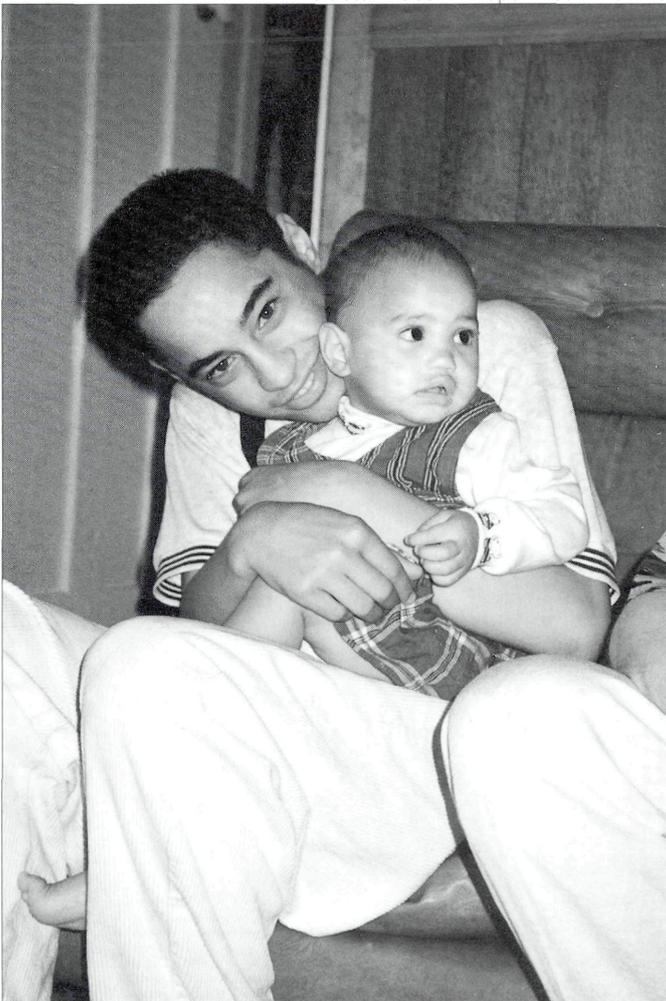


Abbildung 3:

Erfolgreiche Gesundheitsaufklärung muß drei Bereiche gleichzeitig abdecken: STD- Prävention und AIDS-Aufklärung sowie Familienplanung.

Vernetzung von STD-Prävention, AIDS-Aufklärung und Familienplanung

Der Anteil an jugendlichen Müttern ist in der Maori-Bevölkerung dreimal so hoch wie in der Gesamtpopulation (8). Vor allem in den urbanen Gebieten bekommen Mädchen ihre Kinder in immer jüngerem Alter. Die Gruppe jugendlicher Maori-Mütter im Alter zwischen 13-16 Jahren, stellt für die Sozialfürsorge und die Gesundheitsbehörden ein großes Problem dar. Die Mädchen werden zu Schulabbrecherinnen, und die versäumte Chance auf eine Schul- und Berufsausbildung wird selten nachgeholt, so dass diese jungen Mütter meist einer Zukunft, gekennzeichnet durch Arbeitslosigkeit und schlechte sozioökonomische Lebensbedingungen, entgegensehen (7).

Da die Gesundheitsbehörden mit Besorgnis die hohe Zahl der arbeitslosen, von der Sozialfürsorge lebenden, jungen Maori in den Städten registrieren, sind etliche Strategien zur STD- und AIDS-Prävention mit Maßnahmen im Bereich der Familienplanung gekoppelt. Diese konzentrieren sich verstärkt auf „Sexual Health Promotion“ und Präventivmedizin. Im Rahmen regelmäßiger Sprechstunden wird nun von „Maori Health Groups“ in den Basisgesundheitszentren ein exakt auf diese jugendliche Zielgruppe zugeschnittenes Betreuungsprogramm angeboten (Abb. 3).

Im Rahmen einer Gesundheits- und Sozialberatung wird je nach soziokulturellem Umfeld der jungen Leute gezielte Aufklärung die Familienplanung sowie STD/AIDS betreffend angeboten. Bei strikt monogam lebenden Paaren werden kostengünstig hormonelle Kontrazeptiva abgegeben, um die hohe Rate an sogenannten „Teenagerschwangerschaften“ zu senken und Abtreibungen zu verhindern. Ergibt sich im Beratungsgespräch allerdings, dass die Jugendlichen eher kurzlebige Partnerschaften pflegen, oder es sich um sehr gefährdete Zielgruppen, wie zum Beispiel Alkohol- und Heroinabhängige oder Prostituierte handelt, konzentriert man sich weniger auf Familienplanungsmethoden mit der „Pille“ sondern in erster Linie auf STD/HIV-Prävention und propagiert nachdrücklich die Verwendung

von Kondomen. Weltweit sind Frauen fünfmal häufiger für eine sexuell übertragbare Infektion gefährdet als Männer, wobei die oft unentdeckt und unbehandelt gebliebenen Infektionen fatale Auswirkungen auf ihre reproduktive Gesundheit haben. Für die weibliche Bevölkerung in der Altersgruppe der 15-44jährigen stellen STDs neben Geburtskomplikationen das zweithöchste Gesundheitsrisiko dar (9).

Von besonderer Bedeutung für die reproduktive Gesundheit der Frauen sind insbesondere Infektionen mit dem humanen Papillomavirus, da diese mit dem Zervixkarzinom in Verbindung gebracht werden. Im Zeitraum 1980-1990 war die Inzidenz am Zervixkarzinom in der Maori-Bevölkerung durchschnittlich bis zu dreimal höher als in der non-Maori-Bevölkerung. Im Jahr 1990 betrug die Karzinom-Inzidenz für Maori 34 auf 100.000, während sie für die Non-Maori-Bevölkerung (Pakeha) bei 11,8 auf 100.000 lag (10).

Studien haben gezeigt, dass das Risiko für präkanzeröse Zellveränderungen für jene Frauen höher ist, die bereits in jüngerem Alter sexuell aktiv sind und zudem verschiedene Partner haben. Bei Trägerinnen des humanen Papillomavirus ist ebenfalls mit einem höheren Risiko zu rechnen. Es gilt in der Fachwelt als weitgehend gesichert, dass bestimmte Typen des Papillomavirus (HPV Typus 16, 18, 31, 33 und 35) eine zentrale Rolle bei der Genese des Zervixkarzinoms spielen dürften, da sie verantwortlich für präkanzeröse Veränderungen der Zervixzellen sind (11).

Obwohl Screening-Programme nach wie vor zu den wichtigsten sekundären Präventionsmaßnahmen für das invasive Zervixkarzinom zählen, und auch in Neuseeland ein nationales Zervix Screening-Programm etabliert wurde, wird zusätzlich noch verstärkt Gesundheitserziehung auf dem Gebiet des Sexualverhaltens betrieben. Diese wird als primäre Präventionsstrategie betrachtet, denn in der Maori-Bevölkerung werden, wie bereits erläutert, schon in einem frühen Alter sexuelle Erfahrungen gesammelt.

Zusammenfassung Angehörige der ethnischen Maori-Minderheit weisen im Vergleich zur Non-Maori-Bevölkerung Neuseelands ein deutlich höheres Risiko auf, sich im Rahmen der sogenannten „second wave“ mit HIV/AIDS zu infizieren. Eine Reihe unterschiedlicher Faktoren spielt hierbei eine Rolle. Zum einen ist der hohe Anteil an Jugendlichen in der Maori-Bevölkerung mit ihrem risikoreicheren Sexualverhalten dafür verantwortlich. Zum anderen bestehen verschiedene soziokulturelle Barrieren im Hinblick auf die Nutzung der bislang fast ausschließlich monokulturell ausgerichteten Gesundheitseinrichtungen Neuseelands. Aus diesem Grund wird nun seit kurzem verstärkt auf eine „gender-sensitive“ und den individuellen Bedürfnissen der jugendlichen Zielgruppe entsprechende Betreuung im Rahmen der Basisgesundheitsversorgung gesetzt. Mit Erfolg ist man in den „Community Health Centers“ dazu übergegangen, speziell ausgebildete, indigene Krankenschwestern zur STD/AIDS-Information und zur Abnahme von Zellabstrichen einzusetzen. Weiters werden Maßnahmen zur Familienplanung (um die hohe Rate an Teenagerschwangerschaften zu senken) mit gezielten Gesundheits- und Sozialberatungen gekoppelt. Hierbei versucht man auf das Sexualverhalten der Jugendlichen einzuwirken, wobei im Hinblick auf eine STD- und HIV/AIDS-Prävention „Safer Sex“ mit Verwendung von Kondomen propagiert wird. Da verschiedenen Studien zufolge bei einer frühen Aufnahme des sexuellen Verkehrs und wechselnden Partnern sowie bei Trägerinnen des humanen Papillomavirus mit einem höheren Risiko für maligne Zellveränderungen der Zervix zu rechnen ist, werden die Gesundheitsaufklärungen im Rahmen der „Sexual and Reproductive Health Promotion“ auch als primäre Präventionsstrategie für das Zervixkarzinom betrachtet.

Schlüsselwörter Maori, Neuseeland, STD-, HIV/AIDS-Prävention, reproduktive Gesundheit.

Summary *New Strategies of STD-, HIV/AIDS prevention for adolescent Maori in New Zealand*

By means of qualitative research methods an ethnographic field study was carried out for ten months on the North Island of New Zealand, where data on sexual and reproductive health issues concerning the Maori population could be collected. Members of the Maori minority bear a considerably higher risk for acquiring HIV/AIDS than other groups in New Zealand. There are several risk factors that influence Maori exposure to the virus. These factors include: the juvenile age structure of the Maori population, early school leaving, unemployment, lack of access to culturally appropriate services, alcohol and drug abuse and the kind of risk taking behaviour that increases the chance of becoming infected. There is a higher prevalence of sexually transmitted diseases (STDs) amongst Maori, which may be independent co-factors for HIV infections. By the end of 1994 a total of 997 people have been diagnosed as HIV positive in New Zealand, although the full impact of the virus on Maori was not known, as data collected on HIV did not record ethnicity. From these 997 HIV positives 439 people have developed AIDS with only 48 of them being male Maori. Although this seems to be a relatively small number in comparison to other countries, officials from Maori Health Services estimated the number of HIV positives for the year 1997 as considerable high. Because the demand for Maori leadership and participation in health policy making has been successful, a series of new Maori Health Groups Initiatives have started and important goals for sexual and reproductive health care in the future have been formulated. The emphasis is on the delivery of STD and AIDS information and HIV testing services that are accessible, gender-sensitive and cul-

turally appropriate. Specifically designed family planning and sexual health programmes, where STD and HIV/AIDS prevention is an essential component, focus on the individual needs of adolescent Maori and include the empowerment of women. Maori nurses have been specially trained to take vaginal and cervical smear tests for STD diagnoses. Special care is given to detect human Papilloma virus infections, as some types of the virus may be responsible for precursor abnormalities of cells of the cervix. The incidence rate for cervical cancer among Maori women (29.9 per 100.000 women) is more than twice that for Non-Maori women (11.8 per 100.000). Sexual health promotion for young Maori girls focus on the use of condoms and is also seen as primary prevention strategy for cervical cancer among Maori women.

Key words Maori, New Zealand, STD- HIV/AIDS prevention, sexual and reproductive health.

Danksagung Dem Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung sei für die Mittel gedankt, welche mir die Durchführung dieses Forschungsprojekts ermöglichten.

Literatur

1. TE PUNI KOKIRI. MINISTRY OF MAORI DEVELOPMENT. (1995):
Hui Whai Maramatanga. Whai Oranga. Report of the Hui on Maori Reproductive Health and HIV/ AIDS.
Ministry of Maori Development, Wellington.
2. TE PUNI KOKIRI. MINISTRY OF MAORI DEVELOPMENT. (1994):
Mate Ketoketo/ Arai Kore. A report about HIV/AIDS and Maori.
Ministry of Maori Development, Wellington.
3. DURIE, M. (1994):
Whaiora. Maori Health Development.
Oxford University Press, Auckland.
4. TE PUNI KOKIRI. MINISTRY OF MAORI DEVELOPMENT. (1994):
Maori Primary Health Care Initiatives.
Ministry of Maori Development. Wellington.
5. STATISTICS NEW ZEALAND. (1995):
Facts New Zealand.
Wellington.
6. POMARE, E. and de BOER, G. (1988):
Hauora. Maori Standards of Health. A study of the years 1970-1984.
Special Report Series 78.
Department of Health, Wellington.
7. BINDER-FRITZ, C. (1996):
Whaka Whanau. Geburt und Mutterschaft bei den Maori in Neuseeland.
Peter Lang Verlag, Berlin.
8. PUBLIC HEALTH COMMISSION. (1994):
Our Health. Our Future. Hauora pakari, koiora roa. The state of the public health in New Zealand.
Ministry of Maori Development, Wellington.
9. WHO 1994:
Biennial Report 1994-1995.
WHO, Geneva.
10. PUBLIC HEALTH COMMISSION. (1994):
Cervical Cancer. The Public Health Commission's Advice to the Minister of Health. 1993-1994.
Ministry of Maori Development, Wellington.
11. BRINTON, L.A. (1992):
Epidemiology of cervical cancer - overview.
In: Munoz, N., Bosch, F.X., Shah K.V. Meheus, A. (Hrsg.):
The Epidemiology of Cervical Cancer and Human Papillomavirus.
International Agency for Research on Cancer.

Korrespondenzadresse Christine Binder-Fritz
Institut für Geschichte der Medizin der Universität Wien
Abteilung für Ethnomedizin
Währinger Straße 25
A-1090 Wien · Austria

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie](#)

Jahr/Year: 1999

Band/Volume: [21](#)

Autor(en)/Author(s): Binder-Fritz Christine

Artikel/Article: [Neue Strategien derSTD- und HIV/AIDS-Prävention bei der adoleszenten Maori-Bevölkerung Neuseelands. 15-22](#)