



Babys ohne HIV – Bis 2015 Mutter-Kind-Übertragung stoppen!

Hintergrundinformationen zur Kampagne **in9monaten.de**



Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das Kind.

370.000 Kinder werden jedes Jahr weltweit neu mit HIV infiziert, das sind 1.000 Kinder täglich! Über 90 Prozent werden durch die Mutter mit dem HI-Virus infiziert, etwa während der Geburt oder später über die Muttermilch. Wird eine HIV-positive Schwangere nicht behandelt, steckt sich weltweit in der Regel eines von drei Kindern an.¹

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation werden von 100 Kindern HIV-positiver Mütter 20 bis 45 während Schwangerschaft, Geburt oder Stillzeit angesteckt, wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Das Übertragungsrisiko während der Schwangerschaft liegt bei 5 bis 10 Prozent, während der Geburt bei 10 bis 15 Prozent. Je nach Art und Dauer des Stillens werden dann 5 bis 20 Prozent der Babys nach der Geburt infiziert.²

In Deutschland und anderen entwickelten Ländern liegt das Risiko dank umfassender Vor- und Nachsorge unter 2 Prozent. Auch in wirtschaftlich benachteiligten Ländern könnte die Ansteckung durch entsprechende Behandlung auf zwei bis fünf Prozent reduziert werden.



Die Kampagne in9monaten.de des Aktionsbündnis gegen AIDS möchte diese Unverhältnismäßigkeit thematisieren. Die Kampagne verfolgt das von der internationalen Gemeinschaft angestrebte Ziel, allen Menschen bis 2010 Zugang zu Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung zu gewährleisten. Dieses Ziel wird unter dem Schlagwort Universal Access bzw. Universeller Zugang zusammengefasst und ist im Jahr 2010 nicht erreicht worden. Deshalb fordern wir: Bis 2015 Mutter-Kind-Übertragung stoppen! Anhand des Beispiels der Mutter-Kind-Übertragung zeigt das Aktionsbündnis gegen AIDS, was nötig ist, um den Universellen Zugang weltweit zu verwirklichen.

Die Mutter-Kind-Übertragung (englisch: Prevention of Mother-to-Child Transmission, PMTCT) wird auch als PPTCT (Prevention of Parent-to-Child Transmission) bezeichnet. Den Idealzustand, also optimale Vor- und Nachsorge der gesamten Familie, einschließlich der Väter, über Schwangerschaft und Stillperiode hinaus, wird «PPTCT plus» genannt, da der Vater des Kindes mit in der Verantwortung steht, eine Übertragung auf das Kind zu vermeiden.

¹ Die Übertragungsrate liegt bei 20 bis 45 Prozent laut WHO (2007) Guidance on Global Scale up of the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV -Towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596015_eng.pdf

² Trotz des HIV-Infektionsrisikos wird den Müttern in ressourcenarmen Ländern häufig empfohlen, zu stillen, um in Anbetracht der Lebensbedingungen und damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren für die Neugeborenen die Überlebenschancen der Babys zu erhöhen. Die WHO empfiehlt in diesem Fall Müttern, die keinen Zugang zu antiretroviraler Therapie haben, 6 Monate ausschließlich zu stillen. Die weitergehenden Empfehlungen sind jedoch, schwangeren Frauen früh in der Schwangerschaft und über die gesamte Stillzeit die antiretrovirale Therapie zur Verfügung zu stellen. Die vorbeugende Medikamentengabe verhindert die weitere Vermehrung von HIV und reduziert die Viruslast. Damit kann die Übertragungswahrscheinlichkeit trotz des Stillens auf unter 5 Prozent gesenkt werden. Kann auf das Stillen verzichtet werden, ist sogar eine Reduzierung auf weniger als 2 Prozent zu erreichen. Flaschnahrung kann aber nur dann empfohlen werden, wenn Zugang zu sauberem Wasser garantiert werden kann.

Eine Übertragung des HI-Virus von Mutter zu Kind kann verhindert werden, wenn eine Frau, die mit HIV lebt, ...

- ▶ ... frühzeitig weiß, dass sie das Virus hat, also getestet werden konnte.
- ▶ ... eine gute Betreuung während der Schwangerschaft bekommt.
- ▶ ... Zugang zu Medikamenten während Schwangerschaft und Stillzeit hat, die die Viruslast in ihrem Blut senken und damit auch das Übertragungsrisiko für das Kind minimieren.
- ▶ ... eine angemessene Form der Entbindung gewährleistet bekommt, die das Risiko für das Kind minimiert.³
- ▶ ... sich informieren kann, wie sie ihr Kind sicher und angemessen ernähren kann, ohne es dem HI-Virus auszusetzen.
- ▶ ... Zugang zu allen geeigneten Methoden der Familienplanung hat und selbstbestimmt über die Vermeidung einer ungewollten Schwangerschaft entscheiden kann.
- ▶ ... Zugang zur Prävention und Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen hat.

Diese Maßnahmen stehen in vielen wirtschaftlich benachteiligten Ländern nicht zur Verfügung, da es an den notwendigen Finanzmitteln, an Infrastruktur und an qualifiziertem Personal fehlt. Beispielsweise sind dies ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen oder Hebammen, die die notwendigen Maßnahmen rechtzeitig einleiten.

Internationale Ziele werden nicht erreicht, politische Versprechen gebrochen

Im Jahr 2001 verpflichtete sich die internationale Gemeinschaft, bis zum Jahr 2010 mindestens 80 Prozent aller HIV-infizierten Schwangeren einen Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewähren (UNGASS Ziel). Erreicht werden konnte dieses Ziel nur in vier Ländern: Botswana, Namibia, Swasiland und Südafrika. In den restlichen armen Ländern konnten zwar Fortschritte erzielt werden, aber immer noch erhielten 2009 nur 53 Prozent aller HIV-positiven Frauen Medikamente und medizinische Versorgung. Das Problem hierbei sind vor allem die fehlenden HIV-Tests, aber auch der Zugang zu einer geeigneten antiretroviralen Therapie, besonders auch für Frauen auf dem Land, die oft zu Hause entbinden.

Um die Virus-Übertragung zu verhindern, ist es eine Grundvoraussetzung, dass die Frauen ihren HIV-Status kennen. Sie müssen daher die Möglichkeit erhalten, sich testen zu lassen. 2009 hatten nur 26 Prozent aller Schwangeren in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkom-

men Zugang zu HIV-Tests.⁴ Das ist zu wenig und hängt eng damit zusammen, dass die Gesundheitsversorgung in armen Ländern generell schlecht ist. Trotzdem suchen 70 Prozent aller Frauen während ihrer Schwangerschaft einen Arzt oder eine Gesundheitsstation auf. Das ist die beste Gelegenheit für einen HIV-Test, für Beratung, Betreuung und Behandlung. Auch sollte der Mann in die Beratung mit einbezogen werden. Studien belegen, dass Programme zur Reduzierung der Mutter-Kind-Übertragung erfolgreicher sind, wenn Männer ihre Frauen unterstützen.

Eine erfolgreiche Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung ist möglich

Inzwischen ist es dank besserer Medikamente möglich, den Krankheitsverlauf hinauszuzögern. Allgemein wird die Behandlung mit Aidsmedikamenten als Antiretrovirale Therapie (ARV-Therapie) bezeichnet.

© UNICEF/NHQ2007-1151/Noorani



Wenn eine HIV-positive Frau aufgrund ihrer Blutwerte noch keine Aidsmedikamente nehmen muss, wird ab der 14. Schwangerschaftswoche eine Kombination von drei Medikamenten empfohlen, die während der Schwangerschaft, der Geburt und der gesamten Stillperiode eingenommen werden müssen.⁵

Diese Therapie schützt das Baby vor einer Übertragung des Virus. Sie hat den Vorteil, dass das Baby gestillt werden kann. Denn Babyersatznahrung ist in Entwicklungsländern häufig nicht erhältlich, zu teuer und birgt

³ Bei schwangeren Frauen, die schon einige Zeit antiretrovirale Medikamente erhalten und eine Viruslast von unter 1000 Kopien/ml aufweisen, wird eine normale Vaginalgeburt empfohlen. Ein Kaiserschnitt stellt in ressourcenarmen Ländern immer ein Zusatzrisiko dar – deshalb müssen Risiken immer abgewogen werden.

⁴ WHO, UNAIDS and UNICEF (2010) Towards Universal Access, Scaling up priority HIV/Aids interventions in the health sector. Progress Report 2010 http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500395_eng.pdf

⁵ Dafür gibt die WHO jetzt zwei Behandlungsoptionen vor: Zidovudin (AZT)-basierte Prophylaxe (Option A) oder Kombinationstherapie mit drei HIV-hemmenden (antiretroviralen) Medikamenten (Option B). Nach der Geburt sind die Präventionsmaßnahmen bei Kindern, die gestillt werden, fortzusetzen bis eine Woche nach Ende der Stillzeit. Entweder durch die Verabreichung von Nevirapin an das Neugeborene (Option A) oder durch die Weiterführung der Dreifachtherapie für die Mutter (Option B).

das tödliche Risiko von Durchfallerkrankungen durch verunreinigtes Wasser. Ist das Baby auf der Welt, sollte es 4-6 Wochen vorsorglich mit Medikamenten der ARV-Prophylaxe behandelt werden – unabhängig davon, ob gestillt wird oder nicht.

Danach kann durch ein teures Testverfahren das Baby auf HIV getestet werden. Falls es HIV-positiv ist, muss sofort mit einer Behandlung (ARV-Therapie) begonnen werden. Diese Maßnahmen entstammen der neuen WHO-Richtlinie und sollten weltweit angewandt werden.

Frühzeitige HIV-Diagnose bei Babys und Kleinkindern ist lebensnotwendig

HIV wirkt bei Babys und Kindern aggressiver als bei Erwachsenen.⁶ Jedes zweite infizierte Kind, das keine Medikamente und Behandlung erhält, stirbt vor seinem zweiten Geburtstag. Eine Behandlung kann Leben retten.

Der HIV-Test bei Babys aber ist schwierig: Für sie können die Standard-Antikörpertests der Erwachsenen nicht angewandt werden, da sie in den ersten 18 Monaten nach der Geburt noch die Antikörper der Mutter im Blut tragen. Das Virus selbst muss nachgewiesen werden.

Solche virologischen Tests erfordern jedoch hochentwickelte und teure Verfahren, die es in Entwicklungsländern meist nur in den Hauptstädten bzw. großen Universitäten gibt. Inzwischen reichen für diese Tests getrocknete Blutstropfen auf Filterpapier aus; eine Kühlung der Proben ist nicht erforderlich. Das ermöglicht es, Blutproben zu sammeln und dann in regelmäßigen Abständen in Zentrallabors testen zu lassen. So kann eine Diagnose in den ersten Lebensmonaten gewährleistet werden.

Je früher infizierte Babys Medikamente erhalten, desto größer sind ihre Überlebenschancen. Eine neuere Studie in Südafrika zeigte, dass die Sterblichkeitsrate von Babys, die innerhalb der ersten 12 Wochen behandelt werden, um 75 Prozent gesenkt werden konnte. Grundsätzlich sollen alle Kinder, die eine HIV-positive Mutter haben, das Antibiotikum Cotrimoxazol bekommen, bis sie nachweislich HIV-negativ sind. Im Jahr 2009 geschah dies aber nur bei 14 Prozent aller Kinder.

Aidsmedikamente für Kinder

2009 lebten weltweit 2,5 Millionen Kinder unter 15 Jahren mit HIV oder Aids, 90 Prozent davon in den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen.⁷ Obwohl heute viele Erwachsene HIV-Medikamente erhalten, sieht die Realität bei Kindern immer noch sehr viel schlechter aus. So war Aids im Jahr 2004 die Haupttodesursache von Kindern in fünf Ländern im südlichen Afrika.

Die Verwirklichung des Universellen Zugangs würde bedeuten, dass mindestens 80 Prozent der Menschen, die eine Behandlung benötigen, diese auch erhalten. Durch die betreffenden UN-Erklärungen verpflichtete sich die internationale Gemeinschaft dazu, dieses Ziel bis zum Jahr 2010 umzusetzen. Bis Ende 2009 erhielten jedoch nur 28 Prozent der bedürftigen Kinder (und 38 Prozent der Erwachsenen) in Entwicklungsländern die lebensrettende Therapie.⁸

Kinder brauchen kindergerechte Medikamente, die einfach dosiert und eingenommen werden können. Viele Medikamente gibt es nicht in kinderfreundlichen Darreichungsformen oder aber sie müssen gekühlt werden, was in armen Ländern ein Problem darstellt.



Bisher zeigen die Pharmakonzerne nur geringes Interesse, geeignete Wirkstoffe und Darreichungsformen zu entwickeln. Angesichts der Situation, dass die meisten dieser Kinder in afrikanischen Ländern mit niedrigem Einkommen leben, sind die Gewinnaussichten wohl zu gering. Zurzeit haben einige Generikafirmen begonnen, kindergerechte und zugleich kostengünstige Alternativen zu entwickeln. Ihre dringlichen Initiativen werden aber dadurch behindert, dass manche Pharmakonzerne versuchen, die bestehenden Patentregelungen auszunutzen, um für sich eine Monopolstellung bei der Vermarktung zu erreichen.

Generell werden Kinderrechte in vielen Ländern mit Füßen getreten. Die Stigmatisierung, mit der HIV-positive Mütter leben müssen, ist weiterhin ein Grund dafür, dass Frauen mit ihren Kindern verstoßen werden, gar ihr Eigentum verlieren oder Gewalt ausgesetzt sind.

6 UNICEF (2008) Unite for Children, Unite against AIDS. Early infant diagnosis <http://www.unicef.org/aids/files/EIDWorkingPaperJune02.pdf>

7 UNICEF, UNAIDS, WHO, UNFPA, UNESCO: Children and Aids, Fifth Stocktaking Report, 2010 http://www.unicef.org/publications/files/Children_and_AIDS-Fifth_Stocktaking_Report_2010_EN.pdf

8 Insgesamt erhielten rund 356.000 Kinder in Entwicklungsländern Ende 2009 Zugang zur Therapie. 1,27 Millionen Kinder hingegen benötigen eine Behandlung. Insbesondere in Afrika südlich der Sahara, der mit Abstand am schwersten von der HIV-Epidemie betroffenen Weltregion, ist der Deckungsgrad bei Kindern noch deutlich niedriger als bei Erwachsenen, die mit einer fortgeschrittenen HIV-Infektion leben.

Babys ohne HIV! – Wir können es schaffen!

Die Kampagne in9monaten.de möchte nicht nur über das Schicksal HIV-positiver Mütter aufklären, sondern dazu beitragen, dass künftig kein Baby mehr mit HIV geboren werden muss. Wir fordern deswegen politische EntscheidungsträgerInnen und Pharmafirmen zum Handeln auf.

© UNICEF/NHQ2006-2706/Noorani



Bis 2015 Mutter-Kind-Übertragung stoppen! – Um das zu erreichen, fordern wir:

- 1. Versprechen halten – Gelder bereit stellen**
 Deutschland muss seine Zusagen für eine Erhöhung der öffentlichen Entwicklungshilfe einhalten, um den Universellen Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung aller von HIV und Aids betroffenen Menschen zu erreichen und somit der Verantwortung in der internationalen Gemeinschaft gerecht zu werden.

Bis zum Jahr 2015 sollte Deutschland seinen jährlichen Beitrag für den Gesundheitsbereich insgesamt auf rund 3,6 Mrd. Euro steigern. Davon sollten min. 1,5 Mrd. Euro für die Schlüsselmaßnahmen der HIV-Prävention, Behandlung und Unterstützung eingesetzt werden.⁹

- 2. Partnerländer unterstützen**
 Deutschland soll seine Partnerländer in der Entwicklungszusammenarbeit dabei unterstützen, die WHO-Richtlinien umzusetzen.¹⁰

- 3. Eigenverantwortung übernehmen**
 Deutschland soll endlich den nationalen Aktionsplan zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal der Weltgesundheitsorganisation umsetzen, damit ÄrztInnen und Gesundheitspersonal aus Entwicklungsländern nicht länger Mängel in europäischen Gesundheitssystemen ausgleichen.

⁹ Ausführliche Darstellung in „Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort“, Aktionsbündnis gegen AIDS, Mai 2011. Die Euro-Beträge basieren auf dem OECD -Wechselkurs im April 2011 für die Zielbeträge von 5 bzw. 2 Mrd. US\$.

¹⁰ Dies gilt im Besonderen für die 16+2 Partnerländer Deutschlands, deren Entwicklungszusammenarbeit den Schwerpunkt auf den Bereich „Gesundheit, Familienplanung, HIV/AIDS“ legt. Die Hauptarbeitsfelder sind dort die Kooperation und Koordination der Akteure, die Prävention, die Verbesserung der Gesundheitsversorgung, die Therapie, der kostengünstige Medikamentenzugang, die Überprüfung und Qualitätssicherung von Maßnahmen sowie die Entwicklung solidarischer Bezugssysteme. Verteilt auf die einzelnen Regionen sind dies in Asien Bangladesch, Indonesien, Kambodscha, Nepal, Pakistan, Vietnam, die Kirgisische Republik, Tadschikistan und Usbekistan. In Subsahara-Afrika die Länder Kamerun, Kenia, Malawi, Tansania, Südafrika sowie ein Regionalprogramm in Westafrika in den Staaten Cote d'Ivoire, Guinea, Sierra Leone und Liberia. In Mittel-, Ost- und Südosteuropa ist die Ukraine ein Schwerpunktland. Ein zukünftiger Schwerpunkt ist in Subsahara-Afrika für Ruanda in Planung sowie in Lateinamerika und Karibik ein Regionalprogramm für die Dominikanische Republik, Haiti und Kuba.

Für weitere Informationen:

- UNICEF, UNAIDS, WHO, UNFPA, UNESCO: Children and Aids, Fifth Stocktaking Report, 2010 http://www.unicef.org/publications/files/Children_and_AIDS-Fifth_Stocktaking_Report_2010_EN.pdf
- WHO, UNAIDS and UNICEF (2010): Towards Universal Access, Scaling up priority HIV/Aids interventions in the health sector. Progress Report 2010 http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500395_eng.pdf
- WHO, UNAIDS and UNICEF (2009) Towards Universal Access, Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009: http://www.who.int/hiv/pub/tuapr_2009_en.pdf
- UNAIDS (2008) Core slides: Global summary of the AIDS epidemic, December 2007 http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/20080715_globalreport_coreslides_en.ppt (Power Point)
- UNAIDS (2007) Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1678_fin_res_req_en.pdf
- WHO (2007) Guidance on Global Scale up of the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV -Towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596015_eng.pdf

Impressum

Herausgeber: Aktionsbündnis gegen AIDS
 Redaktion: Sarah May, Beate Ramme-Fülle
 V.i.S.d.P.: Beate Ramme-Fülle
 Kontakt: Aktionsbündnis gegen AIDS
 Rechtsträger: Deutsches Institut für Ärztliche Mission (Difäm)
 Paul-Lechler-Str. 24, 72076 Tübingen
 Tel.: +49 7071 206 504, Fax: +49 7071 206 510
 info@aids-kampagne.de, www.aids-kampagne.de