

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

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 90 (1992)

Heft: 1

Artikel: Die kindliche HIV-Infektion

Autor: Rudin, Christoph

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951391>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die kindliche HIV-Infektion

Im folgenden Artikel handelt es sich im ersten Teil um eine auf den neuesten Stand gebrachte Zusammenfassung eines Textes für die «Permanente Ärztliche Fortbildung» aus dem Jahre 1990 von Dr. Christoph Rudin, Oberarzt am Kinderspital Basel. Der zweite Teil ist in der Hauptsache eine Kurzfassung eines Artikels von Regine Ernst, Beat Merkhofer und Christoph Rudin, erschienen in «Soziale Medizin» 5/91.

1. Medizinische Aspekte

Folgen des HIV auf das Immunsystem

Das HIV (Human Immundeficiency Virus) gehört zu den Retroviren. Durch die aktive Virusreplikation kommt es im Verlaufe der HIV-Infektion zu einer allmählichen Zerstörung der T-Helfer-Lymphozyten, welche für viele immunologische Vorgänge von essentieller Bedeutung sind. Mit der Zeit kommt es zum Erliegen des Immunsystems. Ausser Lymphozyten kann das HIV auch Monozyten/Makrophagen befallen, die wahrscheinlich als Virusreservoir und als Zellen für den Virustransport zum Beispiel ins ZNS von grosser Bedeutung sind, weil sie durch die HIV-Infektion nicht zerstört werden. Auch eine Hypergammaglobulinämie ist bei vielen Patienten ein frühes Symptom der HIV-Infektion.

Infektionswege

Die Ansteckung im Kindesalter erfolgt in erster Linie vertikal durch eine Virusübertragung von der Mutter auf das Kind vor, während oder nach der Geburt. In der Schweiz werden jährlich ungefähr 50 Kinder von HIV-positiven Müttern geboren. Neuansteckungen durch Blut und Blutprodukte sind unbedeutend geworden, da seit 1985 alle Blutspenden auf HIV-Antikörper getestet werden und das HIV in den zur Substitution von Gerinnungsfaktoren verwendeten Kryopräzipitaten durch das Herstellungsverfahren zerstört wird. Zellfreies Virus in grösseren Mengen konnte nur in Plasma, Liquor und Samenflüssigkeit nachgewiesen werden. Die in Tränen, Urin oder Speichel gefundenen Konzentrationen an zellfreiem Virus sind 100- bis 1000fach geringer als entsprechende Serumkonzentrationen, was eine Ansteckung durch

das HIV offenbar unmöglich macht. Anders die Übertragung im Falle von Genitalsekret, wo die Ansteckung durch infizierte Zellen zu erfolgen scheint, weil sich darin in mehr als 50% der Fälle virusinfizierte Zellen finden lassen, während der Nachweis von zellfreiem Virus nur in seltenen Fällen und in sehr geringen Mengen gelingt. Die vertikale Virusübertragung kann schon sehr früh in der Schwangerschaft erfolgen. Heute geht man in der Schweiz von einer Transmissionsrate von 14 bis 20% aus. Die Entbindungsart scheint auf die perinatale Infektionsrate keinen Einfluss zu haben. Das HIV ist auch im zellfreien Überstand der Muttermilch nachgewiesen worden. Eine postpartale Übertragung via Muttermilch ist selten und nur in wenigen Fällen belegt. Bei diesen handelt es sich um Mütter, die unmittelbar nach der Geburt eine kontaminierte Transfusion erhielten und infolge unmittelbar erfolgter Frischinfektion im Blut eine hohe Viruskonzentration aufwiesen. Durch Pasteurisieren der Muttermilch während 30 Minuten bei 56 Grad Celsius wird das Virus abgetötet, und es besteht keine Infektiosität mehr. Eine fortgeschrittene HIV-Infektion erhöht die Gefahr einer sexuellen Übertragung des HIV-Virus. Nach neueren Erkenntnissen dürfte dies auch für die vertikale Ansteckung des Fötus zutreffen.

Nachweis einer HIV-Infektion

Beim Erwachsenen wird das Vorliegen einer HIV-Infektion serologisch mit dem Antikörperrnachweis (Elisa) im Blut festgestellt. Um falsche positive Resultate auszuschliessen, wird der Suchtest

beim Vorliegen eines positiven Resultats wiederholt und mit dem Western Blot bestätigt.

Alle Neugeborenen HIV-positiver Mütter haben transplazentar mütterliche Antikörper der IgG-Klasse erhalten. Sie können im kindlichen Blut bis zum 15. Lebensmonat erhalten bleiben und sind somit über den Antikörper-Test nachweisbar. Bis zum Verschwinden dieser mütterlichen Antikörper aus dem kindlichen Blut kann eine HIV-Infektion des Kindes nur durch eindeutige klinische Symptome oder durch den Nachweis des Virus festgestellt werden. Der HIV-Antigentest fällt beim Kind häufig negativ aus, da die Antikörper im Blut überwiegen. Auch die Viruskultur kann die HIV-Infektion nur diagnostizieren, falls im Testblut genügend infizierte Zellen vorhanden sind.

Um eine HIV-Infektion bei Säuglingen und Kleinkindern feststellen zu können, kann man sich vorderhand nur an die Definitionen des CDC (Centers for Disease Control) halten (Tabelle 1/2). So dauert es oft 2 Jahre, bis den Eltern mit grosser Sicherheit mitgeteilt werden kann, ob ihr Kind infiziert wurde oder nicht.

Tabelle 1

Nachweis einer kindlichen HIV-Infektion (CDC-Definition)

A: Säuglinge und Kleinkinder bis zum Alter von 15 Monaten

1. Virusnachweis in Blut oder Gewebe / oder
2. HIV-Antikörperrnachweis und Zeichen einer zellulären und humoralen Abwehr und eines oder mehrere Symptome der Klasse P-2 (Tab. 2) / oder
3. Symptome von Aids gemäss CDC-Definition

B: Ältere Kinder

1. Virusnachweis in Blut oder Gewebe / oder
2. HIV-Antikörperrnachweis / oder
3. Symptome von Aids gemäss CDC-Definition

Tabelle 2

Diagnose Aids gemäss CDC-Definition

Klasse P-0: HIV-positive Kinder unter 15 Monaten, mit gemäss Tab. 1 unbewiesener Infektion

Klasse P-1: Klinisch gesunde Kinder, die gemäss Tab. 1 infiziert sind
Weitere Unterteilung aufgrund immunologischer Untersuchungen (quantitative T-Lymphozytenbestimmung, quantitative Immunglobulinbestimmung, Blutbild inklusive Differenzierung, T_4/T_8 -Ratio)

- Subklasse A: normale Laborbefunde
- Subklasse B: Hypergammaglobulinämie und/oder verminderte T_4/T_8 -Ratio und/oder absolute Lymphopenie und/oder T-Helfer(T_4)-Lymphopenie (eine andere Ursache für eine Veränderung der Laborparameter muss ausgeschlossen sein)
- Subklasse C: keine oder unvollständige Laboruntersuchungen

Klasse P-2: Symptomatische und gemäss Tab. 1 infizierte Kinder

- Subklasse A: zwei oder mehr unerklärte, unspezifische Symptome während mehr als 2 Monaten: Fieber, Gedeihstörung oder Gewichtsverlust von mehr als 10% des Körpergewichts, Hepatomegalie, Splenomegalie, generalisierte Lymphadenopathie (an zwei oder mehr verschiedenen Orten, mindestens 0,5 cm im Durchmesser; bilateral = 1 Ort), Parotitis, Durchfälle
- Subklasse B: progressive neurologische Erkrankung mit einem oder mehreren der folgenden Symptome:
 - Verlust von Meilensteinen der psychomotorischen Entwicklung oder von intellektuellen Fähigkeiten
 - Mangelndes Gehirnwachstum (erworbene Mikrozephalie und/oder Hirnatrophie, nachgewiesen in CT oder MRI)
 - Progressive, symmetrische motorische Störungen (2 oder mehr): Paresen, abnormer Muskeltonus, pathologische Reflexe, Ataxie, Gangstörung

- Subklasse C: Lymphozytäre interstitielle Pneumonie (LIP): entweder histologisch bestätigt, oder radiologischer Befund während mindestens zweier Monate ohne Besserung unter adäquater antibiotischer Therapie (Ausschluss von Tbc, Pcp, CMV usw.)

- Subklasse D: Sekundäre Infektionskrankheiten auf der Grundlage der HIV-bedingten Immunstörung

– Kategorie D-1:

- Pneumocystis carinii-Pneumonie
 - disseminierte Toxoplasmose*
 - Candidiasis (Ösophagus, Bronchien, Lungen)
 - extrapulmonale oder disseminierte nichtkutane Mykobakterieninfektionen (ausser *M. leprae*)
 - progressive multifokale Leukenzephalopathie
 - chronische Kryptosporidiasis
 - extrapulmonale Kryptokokkose
 - extraintestinale Strongyloidiasis
 - chronische Isosporiasis
 - Nokardiose
 - disseminierte Histoplasmose
 - CMV-Infektionen*
 - chronische, mukokutane oder disseminierte Herpes-simplex-Infektionen*
 - extrapulmonale oder disseminierte Kokzidioidomykose
- (* = mit Beginn nach dem ersten Lebensmonat)

– Kategorie D-2: unerklärte rezidivierende, schwere bakterielle Infektionen (zwei oder mehr innerhalb einer 2-Jahres-Periode): Sepsis, Meningitis, Pneumonie, Abszesse innerer Organe, Knochen- oder Gelenksinfektionen (*H. influenzae*, Streptokokken inkl. Pneumokokken oder andere pyogene Erreger)

– Kategorie D-3: orale Candidiasis während mehr als 2 Monaten; zwei oder mehr Episoden einer Herpes-Stomatitis innerhalb eines Jahres, disseminierter Herpes Zoster

- Subklasse E: Sekundäre Tumoren auf der Grundlage der HIV-bedingten Immunstörung

- Kategorie E-1: Kaposi-Sarkom und/oder B-Zell-Lymphom (non Hodgkin) und/oder primäres ZNS-Lymphom
- Kategorie E-2: andere möglicherweise HIV-assoziierte Tumoren

- Subklasse F: andere evtl. HIV-assoziierte Erkrankungen wie Hepatitis, Kardiopathien, Nephropathien, hämatologische Erkrankungen (Anämien, Thrombozytopenien), dermatologische Erkrankungen

Subklassen B und C sowie Kategorien D-1, D-2 und E-1 der Klasse P-2 entsprechen der Diagnose Aids.

Klinische Manifestationen der HIV-Infektion im Kindesalter

Bei Kindern ist die mittlere Inkubationszeit von 17 Monaten bei einer intrauterin erworbenen HIV-Infektion viel kürzer als bei Erwachsenen. Aber auch bei Kindern kann es mehrere Jahre dauern bis zum Auftreten von Symptomen.

In der Regel treten bei infizierten Kindern nach wenigen Wochen bis Monaten unspezifische Symptome auf, die schlecht bewertet werden können, da sie auch sonst häufig gefunden werden (Tabelle 3). Wichtig ist ihre Persistenz, Progredienz und Therapieresistenz. Gleichzeitig können allgemeine Laborsymptome auftreten. Erwähnt sei die Hypergammaglobulinämie, die in über 90% der symptomatischen Kinder gefunden wird und oft vor dem Auftreten klinischer Symptome festgestellt werden kann.

Tabelle 3

Unspezifische Symptome einer HIV-Infektion

- Lymphadenopathie
- Hepatomegalie
- Splenomegalie
- Windeldermatitis
- Soorstomatitis
- Gedeihstörung
- Durchfälle
- Fieber
- Schwitzen
- Ermüdbarkeit
- Entwicklungsverzögerung
- Husten
- rezidivierende Otitiden
- Rhinitis
- Harnwegsinfektion
- schwere bakterielle Infektion
- Schwellung der Speicheldrüsen

Bei fortschreitender Infektion treten häufig typische Erkrankungsmuster («Syndrome») auf (Tabelle 4), die gleichzeitig oder nacheinander dasselbe Kind befallen können. Häufig tritt eine Gedeihstörung (Wasting syndrome) auf, die durch Soor- oder Herpesstomatitiden sowie weitere Faktoren verstärkt werden kann. Oft treten auch schwere bakterielle Infektionen (Infektions-Syndrom) auf: Otitiden, Phlegmonen, Abszesse, Meningitis, Pneumonie, Osteomyelitis, Sepsis. Die lymphozytäre interstitielle Pneumonie (LIP) ist eine der Hauptdiagnosen (50%) und oft die Erstmanifestation von Aids im Kindesalter (Pulmonales Syndrom). Diese ist im Erwachsenenalter sehr selten. Oft tritt auch eine progressive Enzephalopathie (Enzephalopathie-Syndrom) auf. Sie ist gekennzeichnet durch Entwicklungsverzögerung, den Verlust bereits erlernter Fähigkeiten, intellektuellen Abbau, progressive motorische Störungen und beeinträchtigtes Schädelwachstum.

Tabelle 4

Die HIV-«Syndrome»

1. Wasting Syndrome
2. Rezidivierende bakterielle Infektionen
3. Pulmonales Syndrom
4. Lymphadenopathie-Syndrom
5. Enzephalopathie-Syndrom
6. Cardiomyopathie-Syndrom
7. Hepatitis-Syndrom
8. Renales Syndrom
9. Hämatologisches Syndrom

Wie beim Erwachsenen ist das Endstadium der HIV-Infektion auch im Kindesalter gekennzeichnet durch opportunistische Erkrankungen. Die Pneumocystis carinii-Pneumonie (PcP) tritt als weitaus häufigste auf, gefolgt von der Candida-Ösophagitis und disseminierter Cytomegalie-Infektionen. Das Kaposi-Syndrom ist beim Kind eine Rarität.

Behandlung HIV-positiver und HIV-infizierter Kinder

Banale Infekte, die bei HIV-positiven Kindern ebenso vorkommen wie bei andern Kindern, lösen immer grosse

Ängste bei den Eltern aus. Handelt es sich um einen banalen Infekt oder um einen HIV-assoziierten bakteriellen Infekt?

Die Di-Te-Per-Impfung kann bedenkenlos durchgeführt werden, da es sich um einen Tot-Impfstoff handelt. Kontraindiziert ist die BCG-Impfung, da sie bei Immunsupprimierten zu disseminierten BCG-Erkrankungen führen kann. Als einzige Lebendimpfung wird heute die MMR-Impfung empfohlen, da es in den USA bei HIV-infizierten Kindern zu schweren Maserninfektionen mit zum Teil tödlichem Ausgang gekommen ist. Bei Masernkontakt sollten auch geimpfte Kinder Immunglobuline erhalten. Ebenso sollte die Gabe von Varizellen/Zoster-Immunglobulin bei Varizellen-Kontakt ins Auge gefasst werden. Bei der Polioimpfung sollte der Impfstoff nach Salk (Tot-Impfstoff) verwendet werden, da der Impfvirus des Lebendimpfstoffes im Stuhl ausgeschieden wird und bei Immunsupprimierten und/oder HIV-positiven Familienangehörigen zu einer Impfpolio führen kann. Ist die Mutter HBs-Antigen-positiv, so erhalten die Neugeborenen postpartal Hepatitis-B-Immunglobulin und -Impfung.

Kinder, welche bewiesenermassen HIV-positiv sind, erhalten regelmässig Immunglobuline, weil damit die Häufigkeit bakterieller Infektionen signifikant reduziert werden kann.

Überall auf der Welt wird intensiv nach wirksamen antiretroviralen Substanzen geforscht. Die grössten Therapie-Erfolge wurden bisher mit Vertretern der Di-deoxynukleotide gemacht. Der wichtigste Vertreter dieser Gruppe ist das 3'-Azido-3'-Deoxythymidin (Zidovudin, AZT, Retrovir®). Zwar kommt es häufig zu schweren Nebenwirkungen, doch können wenigstens vorübergehend beachtliche Therapieerfolge erzielt werden.

Zur Prognose

75% der an Aids erkrankten Kinder sind in den USA innerhalb von 3 Jahren gestorben. Wird bei Kindern die Diagnose schon im ersten Lebensjahr gestellt, haben sie eine signifikant kürzere Überlebenszeit als ältere Kinder. Aber auch bei perinataler Infektion kann eine Inkubationszeit von über 7 Jahren verstreichen, bis es zum Auftreten erster Symptome kommt. Bis zum Ausbruch von Aids ist eine Frist von über 10 Jahren möglich.

2. Psychosoziale Aspekte

Ausgangslage

Bis zum 31.12.90 wurden in der Schweiz 306 Kinder von HIV-infizierten Müttern geboren. Jährlich kommen ungefähr 50 neue hinzu, und die Zahl der HIV-positiven und aidskranken Kinder sowie diejenige positiver und Aidskranker Eltern wird noch einige Jahre zunehmen. Viele der HIV-positiven Eltern sind Alleinerziehende und/oder ehemalige DrogenkonsumentInnen. Diese leben meist schon vor der Geburt ihres Kindes unter erschwerten Bedingungen und desolaten finanziellen Verhältnissen. Oft bestehen wenig hilfreiche soziale Kontakte. Die Kombination von Drogenproblematik und HIV-Infektion der Eltern macht die Betreuung dieser Familien schwierig, zeitaufwendig und anspruchsvoll. Im folgenden Teil sollen kurz die Problemkreise dargestellt werden, die sich für Mutter, Kind und Betreuungspersonen (Arzt, Psychiater, Sozialarbeiter, Pflegepersonen, unprofessionelle Helfer) ergeben.

6 Problemkreise:

● Besonderheit der HIV-Infektion im Kindesalter

Einzigartig an der HIV-Infektion ist, dass sie immer auch die Mutter und eventuell den Vater des Kindes betrifft. So sind psychosoziale und medizinische Belange untrennbar miteinander verflochten, und das Spektrum der notwendigen Angebote übersteigt dasjenige anderer chronischer Krankheiten bei weitem. Die anstehenden Probleme müssen interdisziplinär und oft auch überregional gelöst werden. Die Zusammenarbeit zwischen kantonalen und ausserkantonalen Stellen wie Pflegekinderwesen müssen koordiniert werden.

● Drogen und Sucht

Alle Arten von Drogen und Sucht haben Auswirkungen auf Mutter und Kind. Vor allem der Konsum von harten Drogen (Heroin, Kokain), deren Beschaffung nur illegalerweise möglich ist und abhängige Frauen oft zwingt,

ihren Körper zur Finanzierung der Sucht zu verkaufen, ist mit grossem Stress und vielen Gefahren verbunden. Ehemalige Drogenabhängige gebrauchen oft Psychopharmaka oder weisen einen übermässigen Nikotin- oder Alkoholkonsum auf, was zu Entzugssymptomen, Mangelgeburten und irreversiblen Schädigungen des Kindes führen kann.

Der Konsum von harten Drogen in der Schwangerschaft führt vermehrt zu mekoniumhaltigem Fruchtwasser, Mangelgeburten und immunologischen Abweichungen. Der nachgeburtliche Entzug kann langdauernde Hospitalisationen zur Folge haben und im schlimmsten Fall zu Krämpfen führen. Leider sind die Entzugssymptome nach Substitutionsprogrammen (Methadon) in der Schwangerschaft besonders ausgeprägt.

● **Sozialer Abstieg**

Drogenkonsum bringt oft einen sozialen Abstieg mit sich, der in der Folge zum Verlust des Arbeitsplatzes und zur Einbusse sozialer Kontakte führen kann. Durch das Fehlen eines regelmässigen Einkommens werden viele Mütter von der Invalidenversicherung und/oder vom Sozialamt abhängig. Erwähnt sei auch, dass die Beschaffung der Drogen oft zu Schulden und Strafälligkeit führt.

Trotzdem liebt die Mutter ihr Kind, und als Drogenabhängige befindet sie sich in einem Teufelskreis: Die Last der Verantwortung für das Kind und der schwierige Alltag, der oft nur mangelhaft bewältigt wird, lösen Schuldgefühle aus, die mit dem erneuten Griff zur Droge erstickt werden sollen, was wiederum die Unfähigkeit, auf kindliche Bedürfnisse einzugehen, erhöht.

● **Krankheit durch Drogen**

Der Gebrauch von unsterilen Fixer-Utensilien hat oft zur HIV-Infektion der Mutter geführt, welche auch das Kind gefährdet und die gemeinsame Zukunft beider in Frage stellt. Oft kommt es, bedingt durch die Krankheit der Mutter, zu längeren oder kürzeren vorübergehenden Trennungen von Mutter und Kind. Dem vielleicht oder sicher HIV-positiven Kind einen geeigneten Aufenthaltsplatz zu finden, bereitet oft grosse Schwierigkeiten. Krippen und Heime sind nur ungenügend auf diese Situation vorbereitet, und hier tut Aufklärungsarbeit not.

Oftmals haben sich die Mütter auch mit dem Hepatitis-B-Virus infiziert.

● **HIV-Seropositivität**

Diese verstärkt die schon bestehende soziale Isolation der Mutter noch zusätzlich. Aus Angst vor noch weiterer Ausgrenzung wagen die Betroffenen oft nicht, sich jemandem anzuvertrauen.

Jeder banale grippale Infekt löst übersteigerte Ängste aus, da es sich um die erste Manifestation von Aids handeln könnte. Kommt die Furcht dazu, den Partner oder das eigene Kind angesteckt zu haben. So wird auch jeder Infekt des Kindes die Mutter in grosse Ängste stürzen. Im weiteren wird das Kind durch die regelmässigen pädiatrischen Kontrollen belastet.

● **Krankheit durch HIV**

Bricht die Krankheit Aids aus, dominieren Sterbensangst und das Bangen, eines Tages nicht mehr für das Kind sorgen zu können. Wieder treten vielfältige Schuldgefühle zu Tage. Ist das Kind auch infiziert, wird die Belastung beinahe unerträglich.

Erste Spitalaufenthalte der Mutter stellen die Frage in den Vordergrund, wo das Kind untergebracht werden kann. Die erste Trennung von Mutter und Kind ist ein schwieriger Moment, da die Bindung vorher oft sehr eng war. Für das Kind spürbar, droht jetzt der Verlust der Mutter.

Was tun?

● **Psychosoziale Betreuung und Hilfsangebote ausbauen**

Wichtigste Aufgabe der psychosozialen Betreuung ist es, das meist schon gefährdete Familiensystem zu schützen und Lücken in der Betreuung möglichst den Bedürfnissen der Mutter und des Kindes angepasst zu füllen.

Trotzdem wird aufgrund der vielen gesundheitlichen und sozialen Probleme dieser Familien Krisenintervention ein Hauptmerkmal der Betreuungsarbeit sein. Gute Betreuung in allen Bereichen beeinflusst den Verlauf der Krankheit positiv.

Das subjektive Wohlbefinden hängt weitgehend davon ab, ob die anfallenden Probleme gelöst werden können. Fehlt die nötige Kraft, um in einem Teilbereich Lösungen zu finden, führt dies zwangsläufig zu einer Krise. Ziel der gemeinsam geführten Auseinandersetzung ist es, für das Erproben verschiedener Lösungsansätze Platz zu schaffen. Ein positives Selbstwertgefühl und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ist dafür unabdingbare Voraussetzung.

Oft werden von Familie und Freunden oder gar von den professionellen Helfern und Helferinnen hohe Erwartungen an HIV-positive und/oder drogenabhängige Mütter im Umgang mit ihren Kindern gestellt. Beide Seiten



«Ich bin HIV-positiv, spielst Du mit mir?»

Tabelle 5

Hilfsangebote für Mutter und Kind

- Beschaffung des notwendigen Lebensunterhaltes durch Sozialhilfe oder andere Geldmittel
- Verwaltung der finanziellen Mittel
- Schuldensanierungen
- Aufbau eines Netzes von professionellen und nichtprofessionellen HelferInnen
- Hilfe bei Wohnungs- und Arbeitsbeschaffung
- Organisation entlastender Hilfen zur Kinderbetreuung (Babysitter, Tagesbetreuung, Haushaltshilfen usw.)
- Motivation und Hilfe zu einer Drogentherapie
- Durchführung von Gesprächsgruppen für Betroffene
- Psychologische Beratung zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien

müssen lernen, dass Sucht, Gewalt und Krankheit in jeder menschlichen Gemeinschaft vorkommen und nur gemeinsam gelöst werden können. Dies braucht viel Zeit und ein vertrauensvolles Klima.

● Anforderungen an Betreuungspersonen und Pflegeeltern

Wenn immer möglich sollte bei einer endgültigen Fremdplatzierung ein Pflegeplatz gefunden werden. So ist das Kind weniger den Infekten der Heimsituation ausgesetzt, und eine konstante Betreuung kann gewährleistet werden. Im Heim ist dies schwieriger zu erfüllen. Eine Rolle kann ein Heimplatz aber spielen, wenn es um eine kurzfristige Entlastung der Mutter geht.

Keine Angst vor Ansteckung und die Bereitschaft, sich auf ein Kind mit ungewisser Zukunft einzulassen, sind hohe Anforderungen an die zukünftigen Pflegeeltern. Oft gestaltet sich der notwendige Kontakt mit der leiblichen Mutter nicht ohne Probleme. Die in Tabelle 6 dargestellten Themen müssen ohne Vorbehalte vertieft und bearbeitet werden. □

Tabelle 6

- Die Fähigkeit, Furcht vor Ansteckung, vor Körperkontakt, vor Zärtlichkeit zu erkennen und zu überwinden.
- Die Fähigkeit, kranke und sterbende Kinder zu betreuen, ihre unklaren Lebenserwartungen mitzutragen, ihren Lebenswillen zu stärken und ihnen beim Sterben beizustehen.
- Die Bereitschaft zur vorurteilslosen Zusammenarbeit mit der leiblichen Mutter, resp. den leiblichen Eltern.
- Die Fähigkeit, sich mit offenen Diskriminierungen und Widerständen durch die Umwelt auseinanderzusetzen.
- Die Bereitschaft zur engen Zusammenarbeit mit dem Team des Kinderspitals und evtl. Behördenvertretern.

Frauen und Aids-Prävention

Anfänglich waren vor allem homosexuelle Männer von der Krankheit Aids betroffen. Später kamen i.v. Drogenabhängige dazu. Das Benennen aber von Risikogruppen erlaubte es dem grossen Teil der Bevölkerung, sich als nicht direkt Betroffene zu fühlen. Der gesellschaftliche Umgang mit diesen Risikogruppen, die schon vor der Entdeckung von Aids oft ausgegrenzt wurden, war vielfach von rassistischen und sexistischen Vorurteilen geprägt. Die Angst vor der Krankheit Aids ist für viele zur Angst vor den an HIV-infizierten und an Aids erkrankten Menschen geworden. Mit zunehmender Ausbreitung von Aids zeigt sich aber deutlich, dass jede Frau und jeder Mann von dieser Krankheit betroffen sein kann.

Einige Zahlen

Weltweit sind derzeit laut Weltgesundheitsorganisation ungefähr 10 Millionen Menschen mit dem HIV-Virus infiziert. Ein Drittel der HIV-Infizierten waren 1990 Frauen. Aids ist bei der 20 bis 40jährigen weiblichen Bevölkerung in den Grossstädten von Nord- und Südamerika, Westeuropa und Schwarzafrika die häufigste Todesursache. 60% aller Ansteckungen in der Welt geschahen schon vor 1990 beim ungeschützten Geschlechtsverkehr zwischen Mann und Frau. Die Gefahr für

Frauen, sich über den heterosexuellen Kontakt anzustecken, wird immer grösser.

Frauen, die mit einem HIV-infizierten Mann ungeschützten Geschlechtsverkehr haben, sind zwölfmal gefährdeter als Männer, sich dabei zu infizieren.

Aids-Prävention und Zielgruppen

Zu lange waren Frauen nur als Fixerinnen und Prostituierte Thema der Aids-Prävention. Noch an der internationalen Aids-Konferenz 1987 in New York wurden Frauen nur insofern erwähnt, als es um die Übertragung des HIV von

der Schwangeren auf das Kind oder von der Prostituierten auf den Freier ging. Der Gedanke, dass es den grösstenteils männlichen Teilnehmern dieser Konferenz nur um ihre eigene Gefährdung oder die ihrer Kinder ging, liegt nahe. Der heterosexuelle Übertragungsweg gewinnt aber heute zunehmend an Bedeutung. Laut Meldung des Bundesamtes für Gesundheitswesen vom 28.10.1991 zeigt die Gruppe der Personen mit heterosexuellem Risiko zur Zeit den grössten Zuwachs. Dies erfordert eine Aids-Prävention, die nicht nur Männer direkt anspricht, sondern die Frauen und ihre spezielle Situation miteinbezieht. Frauen sind als solches eine Zielgruppe. Es ist von grosser Wichtigkeit, die frauenspezifischen Aspekte in der Prävention zu berücksichtigen.

Frauenspezifische Betroffenheit

- Frauen können sich aufgrund ihrer körperlichen Voraussetzungen nicht direkt vor einer möglichen heterosexuellen Übertragung des HIV-Virus schützen. Sie sind darauf angewiesen, dass ihr Partner das Präservativ benützt. Auch Femidom wird daran so schnell nichts ändern.