

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: 100 (2002)

Heft: 3

Artikel: HIV und AIDS

Autor: Michel, Gabriele

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951446>

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: 02.04.2025

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

EDITORIAL

Die aktuellsten Zahlen zu HIV-Neuansteckungen in den westlichen Ländern lassen eine Trendwende befürchten: Nach hoffnungsvollen Jahren von wirksamer Prävention scheinen sich



wieder mehr Menschen in Sicherheit zu wiegen und verzichten auf geschützten Sex. Bequemlichkeit, blinder Glaube an die Allmacht der Medizin statt Verantwortungsgefühl? Eine

Haltung, die irritiert angesichts der krassen Chancenlosigkeit der HIV-Infizierten in den armen Ländern Afrikas, in Indien, Russland, China: Hier vermögen nur wenige die horrend teuren wirksamen Medikamente zu bezahlen, präventive Aufklärung wird kaum betrieben und die medizinische Infrastruktur ist oft rudimentär. Die Epidemie greift ungehindert um sich.

In einigen Ländern ist bereits ein Drittel der Bevölkerung HIV-positiv, und einmal mehr sind mehrheitlich die Frauen betroffen. Auf zehn infizierte Männer kommen in den Ländern südlich der Sahara 12–13 Frauen, auf einen Sechzehnjährigen fünf HIV-positive junge Mädchen. Die stossende Benachteiligung von Frauen und Mädchen, ihr niedriger wirtschaftlicher und sozialer Status, ihre geringere Bildung, ihre Machtlosigkeit auch über die eigene Sexualität prädestiniert sie zu bevorzugten Opfern der Epidemie. Sind sie einmal infiziert, so übertragen sie das Virus häufig auf ihre Neugeborenen – die weitere Ausbreitung der Krankheit ist programmiert. Soll Aids wirksam eingedämmt werden, so muss die Diskriminierung der Frauen als eine der Grundursachen bekämpft werden – eine ebenso gigantische Aufgabe wie die, bei der Aids-Bekämpfung das Gefälle zwischen Nord und Süd im Interesse globaler Gerechtigkeit auszugleichen.

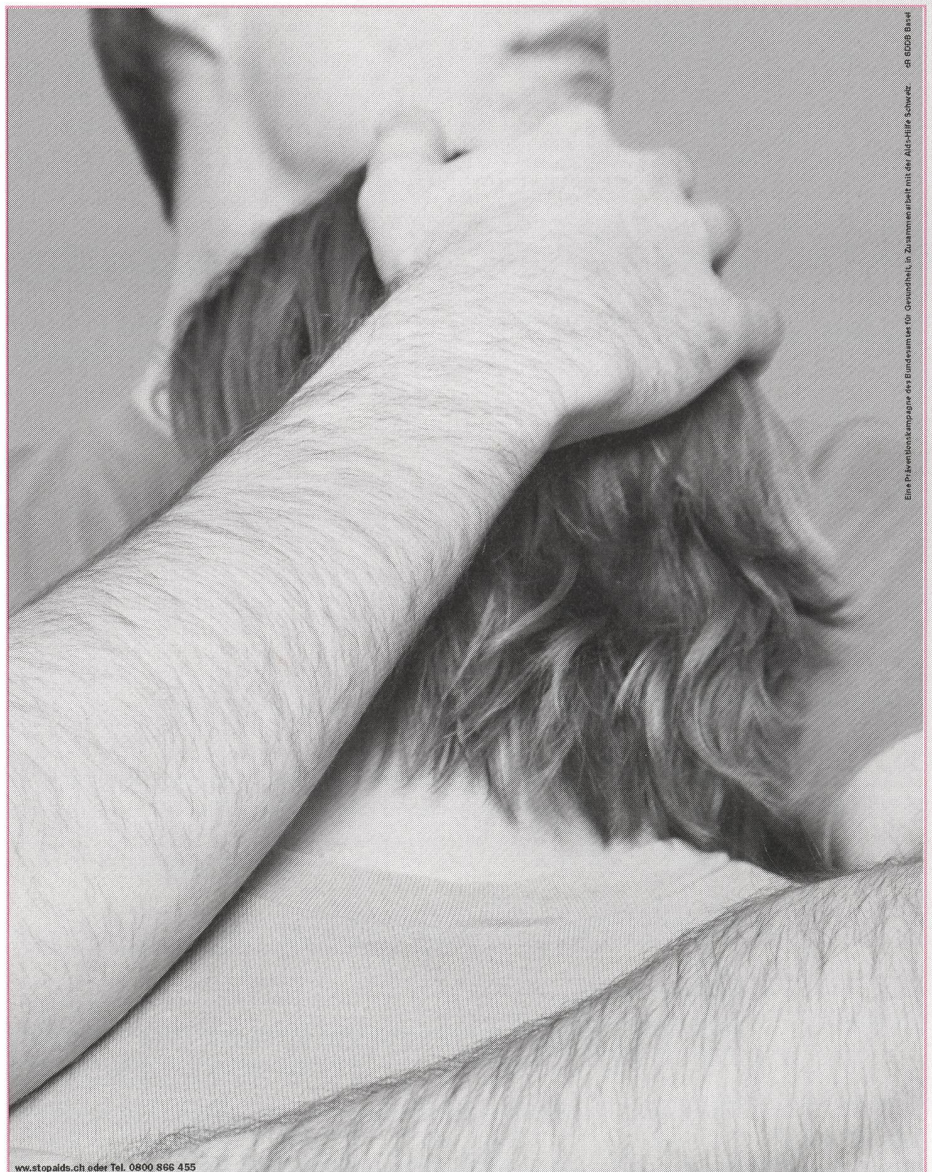
Gerlinde Michel
Gerlinde Michel

4 Schweizer Hebamme
3/2002 Sage-femme suisse

Mutter-Kind-Übertragung

HIV und AIDS

Seitdem der hochansteckende Immundefekt AIDS ins Bewusstsein der Menschheit geraten ist, läuft die medizinische Forschung auf Hochtouren. Virusübertragungen möglichst schon am Beginn des Lebens zu verhindern, hat dabei einen besonderen Stellenwert. Und es kann auch viel dazu getan werden – vorausgesetzt, die finanziellen und medizinischen Mittel sind vorhanden. Dies trifft in erster Linie für die reichen Länder zu, während sich die AIDS-Tragödie im Weltsüden täglich vertieft.



www.stop aids.ch oder Tel. 0800 866 455

SCHÜTZE DEINE(N) NÄCHSTE(N) WIE DICH SELBST.

Liebe ist, füreinander da zu sein. Liebe ist, einander zu beschützen.
Liebe ist, wenn man zum anderen Sorge trägt. Warum eigentlich nicht auch beim Liebemachen?
Zum Beispiel, wenn man gerade jemanden kennen und lieben gelernt hat?
Schütze deinen Nächsten wie dich selbst.

STOP AIDS

Schätzungsweise 36,1 Millionen Menschen weltweit lebten Ende 2000 entweder mit HIV («Human Immuno Deficiency Virus», auf deutsch «menschliches Immundefekt-Virus») infiziert oder an AIDS («Acquired Immuno Deficiency Syndrome», «erworbener Immundefekt») erkrankt. Fast die Hälfte davon waren Frauen im Fortpflanzungsalter. Jährlich werden über 600 000 Kinder durch direkte Mutter-Kind-Übertragung neu infiziert. Die Mehrheit dieser Frauen und Kinder leben im Weltsüden, davon zwei Drittel der Erwachsenen und über 90 Prozent der angesteckten Kinder in Afrika. Bis 2001 haben weltweit über 13 Millionen Kinder einen oder beide Elternteile wegen der AIDS-Epidemie verloren, die meisten von ihnen wiederum in Afrika. Man nimmt an, dass AIDS bis ins Jahr 2010 in den besonders stark betroffenen Gebieten die Sterblichkeit Neugeborener um 25 Prozent und die Sterblichkeit der unter Fünfjährigen um 100 Prozent explodieren lässt, wenn die Ausbreitung der Epidemie nicht gestoppt werden kann.

In einigen Entwicklungsländern ist die HIV-Infektion bei Schwangeren die häufigste Schwangerschaftskomplikation. Hochgerechnet heisst dies, dass täglich 1600 Kinder durch Mutter-Kind-Übertragung neu angesteckt werden: Eine riesige Herausforderung für die betroffenen Gesundheitsdienste.

Wie wird HIV übertragen?

HIV kann nur übertragen werden, wenn es in ausreichender Menge vorhanden ist und direkt in die Blutbahn oder auf die Schleimhäute gelangt. Blut, auch Menstruationsblut, und Sperma enthalten das Virus in hoher Konzentration. Die Konzentration ist etwas geringer in der Scheidenflüssigkeit und in der Muttermilch, jedoch kann der Schleimhautkontakt mit diesen Flüssigkeiten für eine Übertragung ausreichen. Am häufigsten wird HIV während ungeschütztem Sexualverkehr übertragen, in geringerem Mass bei intravenösem Drogengebrauch mit mehrfach gebrauchten Spritzen, bei Bluttransfusionen mit infiziertem Blut, und während einer Schwangerschaft, Geburt oder beim Stillen von der HIV-positiven Mutter auf das Kind. Die Mutter-Kind-Übertragungsrate hängt dabei wesentlich vom Gesundheitszustand der Mutter ab.

* Der Artikel ist eine Zusammenfassung der Publikation «HIV in Pregnancy: a Review». World Health Organization 1999, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 1999. Bearbeitung durch die Redaktion.

Auswirkungen einer Schwangerschaft auf HIV

Da das Immunsystem während einer Schwangerschaft natürlicherweise abgeschwächt wird, unabhängig davon, ob eine Frau HIV-positiv oder negativ ist, wurde anfänglich befürchtet, dass eine Schwangerschaft den HIV-Verlauf negativ beeinflussen könnte. Verschiedene Studien haben diese Befürchtung nicht bestätigt.

Auswirkungen von HIV auf eine Schwangerschaft

Diverse Forschungsarbeiten vor allem aus afrikanischen Ländern haben eine HIV-Infektion mit einem erhöhten Vorkommen unerwünschter Schwangerschaftskomplikationen wie früher Abort, niedriges Geburtsgewicht, Totgeburten, vorzeitiger Wehenbeginn, vorzeitiger Blasensprung, andere Geschlechtskrankheiten, bakterielle Pneumonien, Harnwegs- und andere Infektionen in Zusammenhang gebracht. Andere Studien konnten keine solchen Zusammenhänge feststellen.

Mutter-Kind-Übertragung

Die Forschung spricht von Übertragungsraten, die zwischen 15–25 Prozent in Europa und den USA und bis zu 25–40 Prozent in afrikanischen und asiatischen Ländern reichen. Die Übertragungsrate in der Schweiz beträgt ohne vorsorgliche Massnahmen 13–20 Prozent (Stand Mai 2000).

Das Virus kann in utero, durch den Übertritt kleiner Mengen mütterlichen Blutes in die fötale Zirkulation oder durch

eine Plazentainfektion, intrapartal (*siehe unten*) oder postpartal beim Stillen von der Mutter auf das Kind übergehen. Verschiedene Studienergebnisse lassen darauf schliessen, dass die intrauterine Infektübertragung seltener geschieht (23–35 Prozent) als die intrapartale (65 Prozent) oder die postpartale Ansteckung (12 Prozent).

Ob eine Virenübertragung von der Mutter zum Kind stattfindet oder nicht, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab (*Tabelle 1*).

Geburtshilfliche Faktoren

Da die Mehrzahl der HIV-Übertragung unter der Geburt geschieht, sei noch näher auf die hier wirksamen Faktoren eingegangen.

Als Übertragungsmechanismen vermutet man einerseits den Direktkontakt zwischen Haut und Schleimhäuten des Kindes und mütterlichen Muttermund- und Vaginalsekreten unter der Geburt. HIV-Konzentrationen in den Geburtswegssekreten können während der Schwangerschaft bis aufs Vierfache erhöht sein, und geburtshilfliche Manipulationen mit Verletzungsgefahr für das Kind erhöhen das Übertragungsrisiko. Weitere Mechanismen können ins Fruchtwasser aufsteigende Infektionen sowie mütterlich-kindliche Mikrotransfusionen über Läsionen in der Plazenta als Folge der Wehentätigkeit sein.

Zahlreiche Forschungsarbeiten haben den Zusammenhang zwischen HIV-Über-

Virale Faktoren	Menge («Viruslast») Genotyp/Phänotyp Resistenz
Mütterliche Faktoren	Immunologischer Status Ernährungszustand (Vitamin A-Defizit) Klinischer Status Verhalten (Rauchen, Drogenkonsum, ungeschützter Geschlechtsverkehr) Antiretrovirale Behandlung
Geburtshilfliche Faktoren	Vorzeitiger Blasensprung (> 4 Stunden) Geburtsmodus Blutungen unter der Geburt Geburtshilfliches Prozedere Invasive Kindsüberwachung
Fetale Faktoren	Frühgeburtlichkeit Genetische Faktoren Mehrlinge
Kindliche Faktoren	Stillen Infizierung via Verdauungskanal Unreifes Immunsystem

Tabelle 1: Einflussfaktoren auf die Mutter-Kind-Übertragung des HIV.

Schwangerschaftsabbruch

Verhaltensänderung

- seltener ungeschützter Sexualverkehr während der Schwangerschaft
- seltener Wechsel des Sexualpartners während der Schwangerschaft
- Änderungen im Lebensstil, z. B. keine Drogen und kein Rauchen während der Schwangerschaft

Therapeutische Interventionen

- antiretrovirale Therapie: Zidovudin (AZT), allein oder in Kombination mit anderen Mitteln, kurz- oder langfristig
- Vitamin A und andere Spurenelemente
- Behandlung von Geschlechtskrankheiten

Geburtshilfliche Interventionen

- Vaginalspülung
- Kaiserschnitt

Modifizierte Praktiken der Säuglingsernährung

- Verzicht auf Stillen
- Frühes Abstillen
- Abpumpen der Muttermilch, Hitzebehandlung

Tabelle 2: Praktizierte oder in Abklärung begriffene Interventionsmethoden zur Vermeidung einer HIV-Übertragung von der Mutter aufs Kind.

tragung und geburtshilflichen Faktoren untersucht. So assoziiert eine französische Kohortenstudie Frühgeburtlichkeit, Blutungen unter der Geburt und geburtshilfliche Manipulationen mit erhöhtem Übertragungsrisiko. Andere Faktoren wie Kopfhautelektroden, Episiotomie, Vaginalrisse und operativ-vaginale Geburten wurden von einigen Studien als begünstigend impliziert, von anderen jedoch nicht. Die Geburtsdauer scheint weniger eine Rolle zu spielen als die Dauer eines vorzeitigen Blasensprungs. Gemäss einer amerikanischen Studie verdoppelt ein Blasensprung, der länger als vier Stunden vor Einsetzen der Geburt ge-

schieht, das Infektionsrisiko, ungeachtet des eigentlichen Geburtsmodus. In einigen, aber nicht sämtlichen prospektiven Follow-up-Studien wurde die vorbeugende Wirkung eines Kaiserschnitts belegt, ein Ergebnis, das sowohl eine randomisiert-kontrollierte Studie aus Europa als auch eine Schweizer Studie (über Frauen, die sich einer antiretroviralen Therapie unterzogen) bestätigen.

In einer französischen Untersuchung wiesen Frauen, die über längere Zeit antiretroviral behandelt wurden und mit elektivem Kaiserschnitt gebären, eine Übertragungsrate von weniger als einem Prozent auf.

Stillen

Vor allem in Entwicklungsländern geht ein grosser Teil der HIV-Übertragungen auf das Stillen zurück; man vermutet eine Rate von 30 Prozent und mehr. Dies trifft weniger auf die westlichen Länder zu, wo die meisten infizierten Frauen ihre Kinder nicht stillen. Das Risiko einer Übertragung durch die Muttermilch hängt auch von Faktoren wie Gesundheitszustand der Mutter, Brustabszessen, Mastitis, wunde Brustwarzen, teilweises oder volles Stillen, mütterliche Vitamin A-Konzentration, kindlicher Ausschlag in der Mundhöhle, ab. Eine Studie aus Zimbabwe zeigt beispielsweise, dass 31 Prozent der stillenden Mütter von HIV-infizierten Kindern an einer akuten Entzündung der Brustwarzen litten.

Wie kann eine HIV-Übertragung verhindert werden?

Die Tabelle 2 (siehe links oben) gibt einen Überblick über heute empfohlene oder noch in Abklärung begriffene Interventionsmethoden:

Zentrale Massnahme jeder HIV- und AIDS-Bekämpfung ist es zu verhindern, dass sich Frauen im gebärfähigen Alter neu mit dem HIV infizieren. Dafür sind Strategien nötig, welche den gesellschaftlichen Status der Frauen verbessern, Informationen über HIV/AIDS und seine Vermeidung sowie über risikoarmen Sex und Verhütungsmittel verbreiten und eine angemessene Behandlung von sexuell übertragenen Krankheiten ermöglichen. Bereits infizierte Frauen sollten überall Zugang zu akzeptierten Verhütungsmitteln und unterstützender Information haben, so dass sie ihre reproduktive Zukunft selber planen können. Auch wenn ein

CH: Weniger Tote, nicht weniger Probleme

Wirkungsvolle Prävention: wie?

Trotz fieberhafter Forschungstätigkeit weltweit steht auch in naher Zukunft kein Schutzimpfstoff gegen HIV in Aussicht. Denn das Virus hat die Eigenschaft, sich ständig zu verändern und an seine Umgebung anzupassen. Insbesondere wird befürchtet, dass sich die Krankheit ausser in Afrika auch in Russland, Indien und China schnell weiter ausbreitet. Vorbeugen ist das einzig mögliche Mittel gegen eine HIV-Infektion. Vorbeugen heisst ein generell risikobewussteres Verhalten einüben, heisst Safer Sex mit Kondom, kein Spritzenaustausch bei Drogengebrauch. Die Präventionsbemü-

hungen der schweizerischen Gesundheitsbehörden in den letzten Jahren können als sehr erfolgreich beurteilt werden: die kontinuierlich sinkende Anzahl Aidstoter und Neuinfizierter bis 2000 belegen dies. Dennoch steht die Aidsprävention heute an einem entscheidenden Punkt ihrer Geschichte. Sie muss berücksichtigen, dass sich in letzter Zeit Wahrnehmung und Haltung der Bevölkerung dem Thema HIV/Aids gegenüber sehr verändert hat. Noch nie zuvor, nämlich innerhalb von 20 Jahren, hat sich eine Gesellschaft so rasch an eine existenzielle Krise gewöhnt und sie zu Alltag er-

klärt. Aids ist «normal» und «banal» geworden. In der Öffentlichkeit stösst das Thema auf immer weniger Interesse und das individuelle Schutzverhalten verliert an Bedeutung. Sogar grundlegende Kenntnisse über die Übertragungswege nehmen sukzessive ab. Die Therapiemöglichkeiten werden in ihrer Wirkung überschätzt. Das Engagement und Interesse für von Aids Betroffene geht überall spürbar zurück: bei den Freiwilligen der lokalen Aids-Hilfen, bei Spenderinnen und Spendern, bei Selbsthilfe-Organisationen, lokalen Behörden und bei den Medien. Aids ist in der Öffentlichkeit zuneh-

Schwangerschaftsabbruch für einzelne Frauen ein gangbarer Weg ist, kann er nicht allgemein empfohlene Massnahme zur Eindämmung von Neuinfekten sein. Die meisten schwangeren HIV-infizierten Frauen werden sich für das Austragen ihres Kindes entscheiden.

Die einzigen bis heute möglichen Massnahmen mit nachweisbarer Wirkung, um eine Übertragung des Virus von der Mutter auf das Kind einzudämmen, sind eine antiretrovirale Therapie (während einigen Wochen kurz vor der Geburt oder während der ganzen Schwangerschaft und sechs Wochen nach der Geburt für das Kind), eine Sectio und der Verzicht auf das Stillen. Forschungsteams untersuchen andere, insbesondere auch für die ressourcenärmeren Länder realistischere Interventionen. Kennzeichnend für die gesamte Forschung auf diesem Gebiet ist, dass ständig neue Erkenntnisse publiziert werden und sich der Wissensstand laufend erneuert.

Antiretrovirale Therapie

In vielen Industrieländern ist die Standardtherapie eine Behandlung mit Zidovudin, einem Virushemmer, der oral ab der 14. Schwangerschaftswoche und intravenös während der Geburt verabreicht wird. Das Neugeborene erhält bis sechs Wochen nach der Geburt ebenfalls Zidovudin. Oft wird auch zur Verhinderung von Resistenzbildung und zur Wirkungssteigerung eine Kombination verschiedener antiretroviraler Mittel («Reverse Transkriptase-Hemmer», «Nicht-Nukleosidale Reverse Transkriptase-Hemmer», Protease-Hemmer») verschrieben. Diese Medikamente bewirken, dass die Zahl der T-Helferzellen zu- und die der freien Viren im Blut («Viruslast») abnimmt. Bisherige

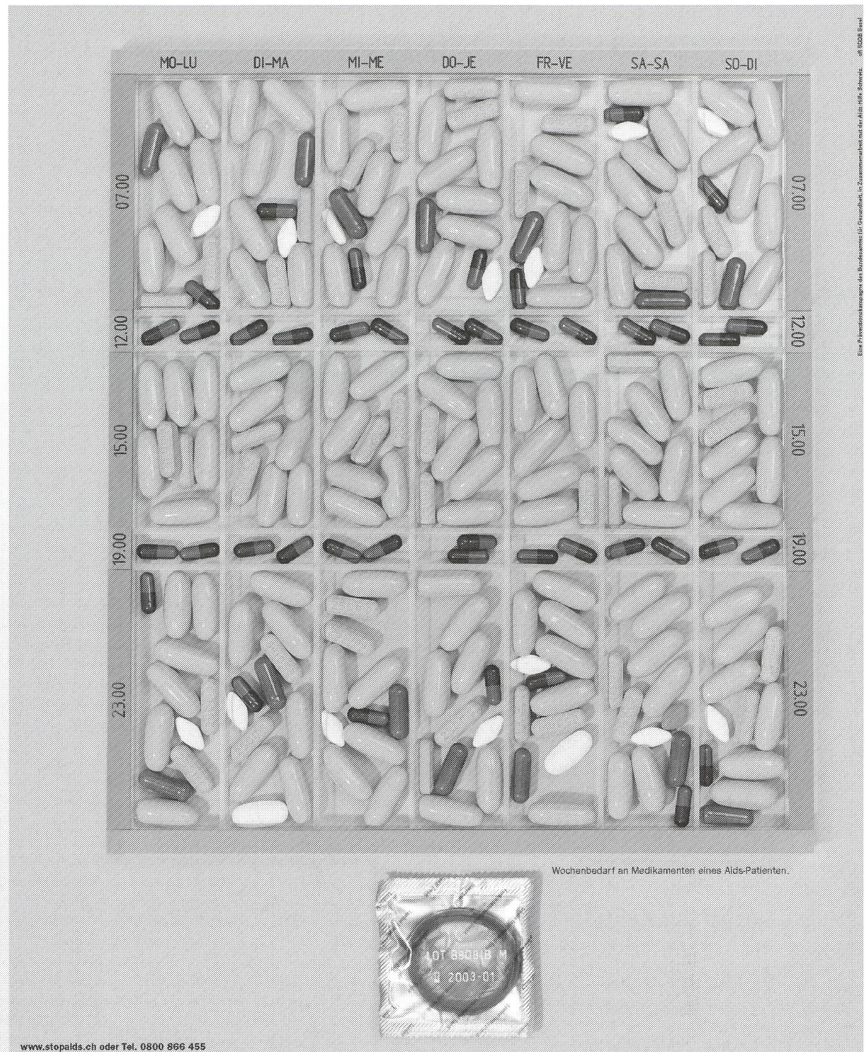
mend nach Afrika «verbannt», und die Millionen von Toten sind sowieso nicht vorstellbar, was zur zunehmenden Distanzierung beiträgt. Fachleute befürchten einen Wiederanstieg der Neuinfektionen, und dies nicht nur wegen verstärkter Migration aus dem Weltsüden. Die Aids-Prävention steht deshalb vor der grossen Herausforderung, ihre Botschaften auch «nach der Normalisierung von Aids» nach wie vor wirkungsvoll unter die Bevölkerung zu bringen.

Quelle: Aids Infothek. Das Magazin der Aids Info Doku Schweiz. 3/01, 13. Jg., 2001.

Studien konnten keine nachteiligen Auswirkungen von Zidovudin auf das Kind feststellen. Gut untersucht ist das Medikament Retrovir®, das von Tausenden von schwangeren Frauen eingenommen wurde. Die ältesten Kinder sind mittlerweile sieben Jahre alt. Ob Retrovir® Langzeitschäden verursacht (z.B. bei der Fruchtbarkeit), wird man erst in einigen Jahren wissen. Vor jeder Therapie müssen deshalb Risiken und Nutzen gegeneinander abgewogen und je nach Gesundheitszustand der Frau eine individuell abgestimmte Therapie empfohlen werden (siehe dazu «Antiretrovirale Behandlung während der Schwangerschaft. Vorläufige Empfehlungen.» Stellungnahme der Subkommission Klinik der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen, der Pädiatrischen AIDS-Gruppe Schweiz und der Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Bulletin 44, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 26.10.1998). Laut verschiedenen Studien lässt sich mit

einer Zidovudin-Prophylaxe in Kombination mit einem Kaiserschnitt vor Wehenbeginn und bei intakter Fruchtblase das vertikale Übertragungsrisiko auf ca. 2 Prozent senken.

Studien aus Thailand, Burkina Faso und der Elfenbeinküste zeigen, dass auch eine antiretrovirale Kurztherapie ab der 36. SSW bis unter die Geburt das Übertragungsrisiko zu senken vermag. An der Elfenbeinküste bekamen 115 Frauen ab der 36. SSW zwei mal täglich Zidovudin. Eine gleich grosse Kontrollgruppe erhielt Placebos. 95 Prozent der untersuchten Frauen stillten ihre Kinder. Nach drei Monaten waren 19 Kinder aus der Zidovudin-Gruppe gegenüber 30 Kindern aus der Kontrollgruppe mit HIV infiziert. Auch zeigte sich, dass das Stillen keinen sehr grossen Einfluss auf die Effektivität der Behandlung gehabt hatte. Kurztherapien sind daher gerade für die ressourcenärmeren Länder der dritten Welt ein viel versprechender Ansatz.



DIE TABLETTEN OBEN HABEN NEBENWIRKUNGEN. DER PARISER UNTEN NICHT.

Wir alle sind froh darüber, dass die Medizin im Kampf gegen Aids grosse Fortschritte erzielt hat. Aber alle wissen auch, dass gerade im Falle von Aids vorbeugen besser als behandeln ist: Ein Präservativ hat keine Nebenwirkungen.
Schütze deinen Nächsten wie dich selbst.

AIDS und HIV in Zahlen (Stand Ende 2000)

Aidsfälle in der Schweiz

Gesamtzahl der Meldungen 1983–2000	7032
davon als verstorben gemeldet (bis 31.7.2000)	5046
Frauenanteil in den Meldungen	23,5 Prozent
Anzahl Neuerkrankungen im Jahr 2000 (geschätzt)	190–240

Infektionswege (Diagnosen 2000)

– sexuelle Kontakte zwischen Männern	31,4 Prozent
– Injektion von Drogen	24,4 Prozent
– heterosexuelle Kontakte	39,7 Prozent
– Bluttransfusionen/Blutprodukte	1,3 Prozent
– nicht klassifizierbare Fälle	3,2 Prozent

Frauenanteil (Diagnosen 2000) 26,3 Prozent

Trends:

Die Zahl der jährlich neu diagnostizierten Aidsfälle ist seit 1995 rückläufig, was vor allem auf die breite Anwendung von hochaktiven antiretroviralen Kombinationstherapien bei HIV-positiven Personen zurück geführt wird. Der Anteil durch heterosexuelle Kontakte bedingter Fälle und damit auch der Frauenanteil zeigt eine stetig steigende Tendenz.

HIV-Infektionen in der Schweiz

Gesamtzahl der Labormeldungen (1985–2000)	25 011
Frauenanteil in den Meldungen	31,6%
Zahl der Neuinfektionen pro Jahr (geschätzt)	600–700

Heute wichtige Infektionswege

– sexuelle Kontakte zwischen Männern	28%
– Injektion von Drogen	15%
– heterosexuelle Kontakte	57%
– Mutter-Kind-Übertragung	< 0,3%
– Bluttransfusionen/Blutprodukte	< 0,1%

Frauenanteil (Tests 2000) 39,6%

Trends:

1992–1999 war die Zahl positiver HIV-Tests in der Schweiz rückläufig. Im Jahr 2000 war kaum mehr eine Abnahme fest zu stellen. Es wird gehofft, dass sich das nachlassende Interesse der Öffentlichkeit am Thema Aids nicht in einer wieder zunehmenden Anzahl Neuinfekte äussert. Der heterosexuelle Ansteckungsweg hatte seit 1990 den grössten Anteil an den neu diagnostizierten Fällen; seit 1997 liegt er über 50 Prozent.

Globale Situation Ende 2000

Geschätzte Anzahl lebender Personen mit HIV oder AIDS	36,1 Millionen
Davon in	
– Afrika	71%
– Asien und Australien	19%
– Mittel- und Südamerika	5%
– Nordamerika	3%
– Europa	2%

Neuinfektionen 2000 5,3 Millionen
Todesfälle 2000 durch HIV oder AIDS 3,0 Millionen

Anzahl HIV-Infizierter

seit Ausbruch der Epidemie
(Stand 23. Januar 2002) 62,14 Millionen
Zunahme der Infizierten pro Stunde ca. 600 Personen

Quellen:

Aids und HIV in der Schweiz 2000. Bundesamt für Gesundheit, 2001, www.bag.admin.ch, www.stop aids.ch

Geburtsmodus

Wie bereits erwähnt, zeigen verschiedene Studien, dass eine Sectio vor Wehenbeginn das HIV-Übertragungsrisiko von der Mutter auf das Kind stark vermindert. Dieser Übertragungsschutz ist auch bei Frauen wirksam, die während der Schwangerschaft keine antiretrovirale Behandlung bekommen haben. Besonders in Ländern ohne zuverlässige Gesundheitsinfrastruktur muss jedoch das Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko einer Sectio Geburt in die Entscheidung mit einbezogen werden.

Vaginalspülung

Als kostengünstige Intervention mit weiteren Vorteilen wurden auch Vaginalspülungen mit antiseptischen oder antiviralen Mitteln erforscht. Eine Studie aus Malawi zeigte eine signifikante Reduktion von HIV-Übertragung vor allem bei Müttern mit länger dauerndem vorzeitigem Blasensprung, mit dem zusätzlichen Effekt eines reduzierten Risikos für neonatale Sepsis. Allerdings sind weitere Forschungsarbeiten nötig, um die Effektivität dieser Behandlung zu sichern.

Stillen

Das erhöhte Übertragungsrisiko durch die Muttermilch ist gut dokumentiert. Eine Metaanalyse weist auf ein erhöhtes Infektionsrisiko zwischen 7 und 22 Prozent hin, wenn HIV-Trägerinnen ihre Kinder stillen. Das Risiko erhöht sich auf gegen 30 Prozent, wenn sich die Mutter

Empfehlungen der Universi Massnahmen bei Ne

Massnahmen zum Schutz der Kindes

- Zidovudin-Therapie für die Mutter
- Behandlung allfälliger anderer venerischer Infektionen
- Geburtsmodus: Sectio mit Geburtshelfer diskutieren
- Keine Kopfelektrode, keine MBU, keine Vakuumextraktion
- Nur sanftes oberflächliches Absaugen
- Blutentnahmen und Infusionen nur nach sorgfältiger Hautdesinfektion und nach dem ersten Bad
- Abraten vom Stillen
- Hepatitis B-Impfung bei positiver Serologie der Mutter
- Retrovir (2mg/kg/dosi per os) alle 6 Stunden, so früh wie möglich nach der 6. Lebensstunde
- evtl. Drogensucht der Mutter abklären

während der Laktationszeit neu infiziert. Je nach Weltregion fällt das Abwägen für oder gegen das Stillen unterschiedlich aus. Nur wenige Frauen in den Industrieländern werden ihre Kinder trotz des ausgewiesenen Risikos stillen, im Gegensatz zu Ländern, wo oft keine befriedigenden Alternativen zum Stillen zur Verfügung stehen. Zusätzliche Erforschung der Beziehung zwischen HIV, Ernährungszustand und Immunisierung bei stillenden Müttern und der optimalen Stilldauer bei infizierten Müttern ist notwendig.

Schwanger: HIV-Test ja oder nein?

In vielen westlichen Ländern wird heute jeder Schwangeren ein freiwilliger HIV-Test empfohlen und auch angeboten. Das Interesse hat sich dabei weg von epidemiologischen Überlegungen hin zur einzelnen Frau verschoben, seitdem bekannt ist, wie viel gegen eine drohende Virusübertragung von der Mutter aufs Kind getan werden kann. Vor Zwangstests, Tests ohne Beratung oder Tests ohne Wissen der Frau wird in Fachkreisen strikt abgeraten, da sie Frauen dazu bringen, Gesundheitsinstitutionen aus Furcht vor Diskriminierung, Stigmatisierung und Verlust ihrer Rechte und ihrer Autonomie zu meiden. In Ländern, in welchen nach einem positiven Test keine adäquate Behandlung angeboten werden kann, macht ein Test andererseits nicht viel Sinn. Jedem HIV-Test sollte eine ausführliche Information über Test, Krankheit, Thera-

pien und Prävention vorausgehen, unabdingbare Voraussetzung für eine informierte Zustimmung der Frau (und ihres Partners) zum Test. Das Testresultat muss ebenfalls im Rahmen eines ausführlichen und sensiblen Beratungsgesprächs mitgeteilt werden, so dass die Frau befähigt wird, eine informierte Entscheidung über den weiteren Verlauf ihrer Schwangerschaft und ihr zukünftiges reproduktives Leben zu fällen.

Betreuung der HIV-positiven Schwangeren

Idealerweise verläuft die Betreuung interdisziplinär, da die HIV-infizierte Frau neben medizinischen und geburtshilflichen auch psychologische und soziale Bedürfnisse hat. Auch wenn die Schwangerschaft normal verläuft und keine zusätzlichen Schwangerschaftskontrollen nötig sind, sollte mehr Zeit für Beratungsgespräche eingeräumt werden. Invasive Untersuchungen wie Amniocentese oder Chorionzottenbiopsie ebenso wie eine äussere Wendung sollten wenn immer möglich vermieden werden, weil sie für den Fötus eine zusätzliche Ansteckungsgefahr bedeuten. Die genaue Beobachtung auf HIV-bezogene und andere Infektionen hin und regelmässige Blutuntersuchungen helfen den Gesundheitszustand der Schwangeren stabil zu halten.

Schutz des Gesundheitspersonals

Im Umfeld von Schwangerschaft und Geburt kommt das Gesundheitspersonal

Weitere Informationen

Internet

Im Internet findet sich eine Fülle von aktualisierten Informationen zum Thema, mit Links und Bestellmöglichkeiten für Broschüren, Literatur, Videos und Posters. Die wichtigsten Web-Adressen:

Aids Info Doku: www.aidsnet.ch
Stop Aids: www.stopaids.ch
AHS Aids-Hilfe Schweiz: www.aids.ch
Bundesamt für Gesundheit: www.bag.admin.ch

Broschüren

- HIV/Aids: Heutiger Wissensstand. Mai 2000. Bundesamt für Gesundheit 2000.
- Paare, Eltern, Kinder & Aids. FMH, BAG, Aids-Hilfe Schweiz AHS, 1995
- Partnerschaft Verhütung Rechte Aids Schwangerschaft. In 10 Sprachen erhältlich. PLANes, Schweiz. Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit. 2000.
- G'sundheit... Frauengesundheit. Rund um Fragen zu Sexualität und Gesundheit. BAG, AHS, Aids Info Doku, 2001.

Diese und viele weitere Broschüren und Materialien können kostenlos angefordert bei: Aids Info Doku Schweiz, Schauplatzgassee 26, Postfach, 3001 Bern, Telefon 031 318 32 70, Fax 031 311 05 65.

Bestellungen@aid.ch, www.aidsnet.ch/shop

Adressen

Beratungsstellen und anonyme Teststellen finden sich in praktisch allen Kantonen.

Zentrale Informationsstelle: Aids-Hilfe Schweiz, Konradstr. 20, Postfach 1118, 8031 Zürich, Tel. 01 447 11 11.

routinemässig mit Blut und anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt. Deshalb sind genaue Anweisungen und Vorkehrungen unabdingbar, um die Betreuenden wirksam vor einer HIV-Ansteckung zu schützen. Am häufigsten sind Verletzungen mit Injektionsnadeln, wobei das Risiko einer HIV-Übertragung je nach «Viruslast» im infizierten Blut 0,23 bis 0,5 Prozent beträgt. Dieses Risiko kann nach der Verletzung mit einer antiretroviralen Behandlung um bis zu 79 Prozent vermindert werden.

Zu den grundlegenden Vorsichtsmassnahmen im geburtshilflichen Umfeld gehören: Tragen von Handschuhen, Händewaschen nach jedem Kontakt mit Blut und Körperflüssigkeiten, ein routinemässiges Prozedere für den Umgang mit Injektionsnadeln, Verbände oder Pflaster auf jeder noch so kleinen Hautverletzung, Tragen von angemessener Schutzkleidung bei operativen Eingriffen, sachgemässe Entsorgung von Plazenta und blutigen Tüchern, sofortige Massnahmen nach Verletzungen, Beratung, Tests und Nachbetreuung der verletzten Mitarbeiterin. ◀

Literaturhinweise bei der Redaktion erhältlich.

sklinik Zürich

geborenen HIV-positiver Mütter

Massnahmen zum Schutz des Personals und anderen Neugeborenen

- Kein Mundsauger für Reanimationen
- Tragen von Handschuhen bis und beim ersten Bad. Nachher Handschuhe nur für Blutentnahmen und bei blutigen Ausscheidungen
- Bei gewöhnlichem Wickeln keine Handschuhe ausser bei offenen Läsionen an den Händen
- Räumliche Isolation von anderen Neugeborenen nicht nötig, jedoch Rooming-in in Einzelzimmer aus psychologischen Gründen empfehlenswert

Anmeldung und Nachbetreuung

- Diskussion mit den Eltern: Diagnostik der Infektion, Betreuungsprogramm,

Behandlung mit Zidovudin, psychosoziale Situation der Familie

- Vor Entlassung: Besprechung der Eltern mit der HIV-Sozialarbeiterin
- Anonyme Anmeldung an die neonatale HIV-Studie (Dr. Kind, St.Gallen)
- Kontakt mit spezialisiertem Nachbetreuungszentrum: 1. Nachkontrolle nach 2 Monaten
- Vor Austritt Besprechung von evtl. Bactrimprophylaxe gegen Pneumocystis carinii
- Retrovir(während ersten 6 Lebenswochen

Universitätsspital Zürich, 11.05.2001
www-usz.unizh.ch/neo/aerzte/mb/HIV.htm