

Gesündere Mütter und Babys durch PMTCT

10 Jahre Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV

Die Eindämmung der vertikalen HIV-Übertragung von schwangeren Frauen auf ihre Neugeborenen ist bis heute ein Schwerpunkt internationaler Bemühungen, um HIV-Neuinfektionen zu reduzieren. Seit klinische Versuchsreihen in den späten neunziger Jahren gezeigt hatten, dass die Wahrscheinlichkeit für eine solche Übertragung durch die Verabreichung antiretroviraler Medikamente während Schwangerschaft und Geburt deutlich gesenkt werden konnte, wurden weltweit Programme zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung (*Prevention of Mother-To-Child Transmission, PMTCT*) eingerichtet und ausgeweitet.

In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen erreichen PMTCT-Programme heute mehr als die Hälfte aller schwangeren Frauen, die mit HIV leben, und haben bereits zu einer signifikanten Reduktion der HIV-Infektionen bei Kindern geführt. Nichtsdestotrotz schätzt UNAIDS, dass 2009 etwa 370.000 Kinder unter 15 Jahren neu mit HIV infiziert wurden, über 90% von ihnen von ihren Müttern während der Schwangerschaft, Geburt oder beim Stillen. Es gibt also noch viel zu tun, um die Qualität, die Reichweite und die Wirksamkeit von PMTCT-Programmen zu verbessern und dies besonders in den Ländern, die am stärksten von der HIV-Epidemie betroffen sind.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagiert eine umfassende PMTCT-Strategie mit den folgenden vier Komponenten:

- ▶ HIV-Prävention für Frauen im reproduktiven Alter, um neue Infektionen bei ihnen zu vermeiden;
- ▶ Familienplanungsdienste für HIV-positive Frauen, um ungewollte Schwangerschaften zu minimieren;
- ▶ medikamentöse Prophylaxe zur Vermeidung der Übertragung des HI-Virus während Schwangerschaft und Geburt; sowie
- ▶ antiretrovirale Therapie (ART) für HIV-positive Mütter und andere Familienmitglieder mit entsprechendem Bedarf, um so die Gesundheit der ganzen Familie zu fördern.

Darüber hinaus soll den offensichtlichen Zusammenhängen zwischen HIV-bezogenen Diensten, wie PMTCT, und sexuellen und reproduktiven Gesundheitsleistungen durch deren systematischere Verknüpfung besser Rechnung getragen werden.

Das deutsche Engagement

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) hat sich schon früh für PMTCT eingesetzt und Partnerländer sowohl bei der Ausarbeitung entsprechender *Policies*, als auch bei der Umsetzung von Programmen unterstützt. Diese Unterstützung wurde von Anfang an von intensiver operativer Forschung zu Wirkungen sowie zu förderlichen und hinderlichen Faktoren für PMTCT-Programme begleitet.



>> Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit hat durch ihre Förderung von PMTCT-Programmen lebensrettende Dienstleistungen für HIV-positive Frauen, ihre Kinder und Familienangehörige möglich gemacht.

German Health Practice Collection

Entwicklungszusammenarbeit für Gesundheit und soziale Sicherheit

Diese Publikationsreihe beschreibt ausgewählte Methoden und Erfahrungen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit, die von Expert/innen aus einer Reihe von Vorschlägen ausgewählt und anschließend in einem internationalen *Peer Review*-Verfahren als *Good Practice* eingestuft wurden. Jede Ausgabe berichtet in ansprechender Form und auch für Laien verständlicher Sprache über die Entstehung, die Umsetzung und die Wirkungen eines erfolgreichen Ansatzes. Alle Publikationen stehen auch auf Englisch (und ggf. anderen Sprachen) als Lang- und Kurzversion unter www.german-practice-collection.org zur Verfügung.

PMTCT- und PMTCT-Plus-Programme in Ostafrika, 2001-2009

Zu einer Zeit, als weltweit gerade erst mit der Einrichtung von PMTCT-Diensten begonnen wurde, startete das BMZ über die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ, heute GIZ¹) in drei Ländern Subsahara-Afrikas mit der technischen Unterstützung eines innovativen, Nevirapin-basierten PMTCT-Programms. Dieses Programm wurde durchgehend vom Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit der Charité in Berlin koordiniert. Ab 2011 führte es schrittweise freiwillige HIV-Beratung und -Testung, antiretrovirale Prophylaxe für HIV-positive Schwangere sowie Beratung über sichere Methoden zur Säuglingsernährung in ausgewählten Gesundheitseinrichtungen in Kenia, Tansania und Uganda ein.

In den Jahren 2003 und 2004 wurde dieses Angebot durch den ‚PMTCT-Plus‘ genannten Ansatz um eine langfristige antiretrovirale Therapie für HIV-positive Schwangere, ihre Partner und andere positive Familienmitglieder mit einer entsprechenden Indikation erweitert. Das Programm war in Subsahara-Afrika eines der ersten, welches in großem Umfang antiretrovirale Behandlung anbot, um neben der Gesundheit der Neugeborenen auch die ihrer Familien langfristig zu erhalten.

Ergebnisse und Lernerfahrungen

Das Programm konnte im Verlauf von acht Jahren folgende Ergebnisse erreichen:

- ▶ **Die vom Projekt angebotene Schwangerschaftsvorsorge, HIV-Beratung und -Testung und PMTCT-Dienste wurden stark genutzt.** Zwischen 2002 und 2009 nahmen insgesamt 217.300 Frauen diese Angebote wahr. 170.750 von ihnen wurden zu PMTCT beraten und 138.900 stimmten einem HIV-Test zu. Bei 19.800 Frauen wurde eine HIV-Infektion festgestellt und 95% von ihnen wurden in das PMTCT-Programm aufgenommen.
- ▶ **Die HIV-Übertragung von Mutter zu Kind wurde deutlich reduziert.** Bei Frauen, die ihre Babys ausschließlich stillten, lag die HIV-Übertragungsratesix Monate nach der Entbindung bei 14%. Dies entspricht einer 50-prozentigen Reduktion gegenüber der Übertragung, die ohne Behandlung zu erwarten wäre und stellt ein optimales Ergebnis für die Behandlung mit Nevirapin-Einzeldosen dar.
- ▶ **Männer werden stärker in die Schwangerschaftsvorsorge und PMTCT einbezogen.** Die Bemühungen des Programmpersonals, die männlichen Partner stärker einzubeziehen, zahlten sich aus: In Tansania beteiligten sich bei Programmbeginn lediglich 3% der Partner, bis Programmende stieg ihr Anteil flächendeckend auf 17% an.
- ▶ **Das Vorhaben leistete mit seiner systematisch-operativen und biomedizinischen Forschung einen wichtigen Beitrag zum heutigen Wissensstand zu PMTCT.** Während der gesamten Programmlaufzeit konnte in Zusammenarbeit mit der Charité in Berlin, Forschung von hoher Qualität durchgeführt werden. Auf der Grundlage von Daten, die im Rahmen des Programms erhoben wurden, entstanden 18 Veröffentlichungen in referierten Publikationen und mehrere Konferenzbeiträge, die dessen Ergebnisse und Lernerfahrungen einem internationalen Publikum zugänglich machen.

Im Verlauf von 10 Jahren machte das umfassende PMTCT Programm folgende wichtige Lernerfahrungen:

- ▶ **Die Abbruchquoten sind vergleichsweise hoch.** Die Zahl der Frauen, die am Programm teilnahmen, ging mit jeder Phase schrittweise zurück. Weil die Abbruchquoten die Gesamtwirksamkeit der PMTCT-Maßnahmen verringern, braucht es Strategien, um dieses Problem anzugehen. Die Erfahrung zeigt, dass Frauen oft länger im PMTCT-Programm bleiben und davon profitieren, wenn ihre Partner sie dabei unterstützen. Außerdem trägt die mangelnde Verknüpfung von PMTCT mit Mutter- und Kind-Gesundheitsprogrammen, Leistungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit und HIV-Therapie-Programmen zu einer hohen Abbruchquote bei.
- ▶ **Schwangerschaftsvorsorge und ART müssen besser verknüpft werden.** Dies war das wichtigste Ergebnis einer Untersuchung des Programms zu der Frage, warum Frauen aus dem Projekt aussteigen, d.h. entweder gar nicht erst den HIV-Test machen, sich nicht für die PMTCT-Prävention einschreiben oder das Programm nicht bis zum Ende durchhalten. In den letzten Jahren sind Forderungen nach einer stärkeren Integration von Schwangerschaftsvorsorge, PMTCT/ART und Familienplanungsdiensten immer lauter geworden. Die Erfahrungen dieses PMTCT-Programms zeigten schon früh, warum dies so wichtig ist.
- ▶ Obwohl **die Beteiligung männlicher Partner die positiven Wirkungen von PMTCT steigert**, ist sie generell eher gering. Untersuchungen während der Projektlaufzeit haben gezeigt, dass eine veränderte Einstellung des Gesundheitspersonals und die gezielte Berücksichtigung der Bedürfnisse der männlichen Partner ihre Beteiligung deutlich erhöht.
- ▶ **ART-Kombi-Therapien sind in afrikanischen, ländlichen Krankenhäusern nur schwierig umzusetzen.** Eine Studie der Charité in einem ländlichen Krankenhaus in Tansania zeigte, dass es nicht einfach ist, kombinierte Therapiepläne einzuführen, die den WHO-Versorgungsstandards genügen. Zum Teil ist dies auf einen Mangel an *Compliance* auf Seiten der Patient/innen zurückzuführen. Die Einbeziehung der männlichen Partner und anderer Angehöriger und eine verbesserte Qualität der Dienste können die *Compliance* positiv beeinflussen.

¹ Die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH bündelt seit 1. Januar 2011 die Kompetenz und langjährige Erfahrung des Deutschen Entwicklungsdienstes (DED) gGmbH, der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH und der InWEnt – Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.giz.de.

Der umfassende PMTCT-Ansatz stützt sich auf vier Säulen

Neben der oben beschriebenen medikamentösen Prävention der Mutter-Kind-Übertragung (Säule 3), unterstützt die deutsche Regierung drei weitere Säulen eines umfassenden PMTCT-Ansatzes:

Die erste Säule: HIV-Prävention bei Frauen im reproduktiven Alter

Die einfachste und kostengünstigste Strategie, die HIV-Übertragung von Müttern auf ihre Säuglinge zu eliminieren, ist die Verhinderung von HIV-Neuinfektionen bei Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter. Im Rahmen eines umfassenden Programms in Tansanias Mbeya-Region fördert die deutsche EZ seit 1995 die flächendeckende Verteilung von Kondomen und den Ausbau von Test- und Beratungszentren in über 100 Einrichtungen. Mehr als 40.000 Menschen haben sich hier allein im Jahr 2005 testen lassen.

Außerdem hat das Tansanisch-deutsche Programm zur Unterstützung des Gesundheitssektors die PASHA-Initiative (*Prevention and Awareness at Schools of HIV and AIDS*) des Bildungsministeriums unterstützt. Die Initiative zielt darauf ab, das Wissen junger Menschen über sexuelle und reproduktive Gesundheit und HIV zu verbessern, um sie zu selbständigen und wohlüberlegten Entscheidungen in sexuellen Angelegenheiten zu befähigen. Ungefähr 80 Berater/innen und 3.000 *Peer Educators* wurden mit deutscher Unterstützung in den vier Partnerregionen Mbeya, Lindi, Mtwara und Tanga ausgebildet.

Die zweite Säule: Familienplanungsdienste für HIV-positive Frauen

Frauen, die mit HIV leben, benötigen für ihre Familienplanung speziell angepasste Informationen und Angebote. Allerdings bleibt ihre große Nachfrage nach entsprechenden Diensten bisher unbeantwortet. Die mit deutscher Unterstützung durchgeführten Gesundheitsprogramme in Tansania arbeiten an der Verbreitung und Stärkung von Familienplanungsdiensten für HIV-positive Frauen. Dies geschieht durch *Community Based Distributors*, nichtmedizinisches Personal, das orale und injizierbare Verhütungsmittel verabreichen und Kondome an Klient/innen verteilen kann und sie im Bedarfsfall an Gesundheitseinrichtungen für umfassendere Leistungen, wie HIV-Tests und -Beratung, PMTCT oder langfristige Schwangerschaftsverhütung, überweist.

Die vierte Säule: Integrierte Versorgungs-, Behandlungs- und Unterstützungsleistungen für HIV-positive Frauen und ihre Familien

Die vierte Säule des umfassenden PMTCT-Ansatzes besteht darin, HIV-bezogene Versorgungs-, Behandlungs- und Unterstützungsleistungen für HIV-positive Frauen und ihre Familien so zu verknüpfen, dass Familien als Ganze gesund bleiben und alle Mitglieder eines Haushalts im Bedarfsfall Zugang zu Behandlung und Unterstützung haben.

Ein groß angelegtes Beratungs- und ambulantes Pflegeprogramm versorgt tausende von Menschen in der Mbeya-Region mit HIV-bezogenen psychosozialen Betreuungsdiensten. Mitglieder der Nichtregierungsorganisation Kihumbe machten Hausbesuche bei HIV-positiven Patient/innen, boten unterstützende Beratung und grundlegende Gesundheitsversorgung an, förderten die Sensibilisierung für HIV, ermutigten Leute, sich HIV-Beratung und -Tests zu unterziehen und mobilisierten Unterstützung für AIDS-Waisen. Bis 2005 hatten mehr als 6.000 Leute aus der Region vom ambulanten Pflegedienst profitiert.



Die englische Lang- und Kurzversion dieser Publikation und eine ausführliche Toolbox zu diesem Ansatz sowie weitere Beiträge in dieser Reihe finden Sie unter www.german-practice-collection.org.

Stärkung der Verknüpfung von Diensten für sexuelle und reproduktive Gesundheit mit HIV-Diensten

PMTCT verdeutlicht, wie wichtig die Verknüpfung von HIV-bezogenen Angeboten mit sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten zum Wohle der Gesundheit von Müttern, Säuglingen und Kindern ist. Obwohl der umfassende PMTCT-Ansatz die Bedeutung aller vier Säulen betont, konzentrieren sich viele PMTCT-Programme nur auf eine von ihnen – die medikamentengestützte Prävention – und vernachlässigen die anderen drei, über die eine solche Verknüpfung gewährleistet würde.

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit² hat dafür gesorgt, dass in all ihren Gesundheitsprogrammen verstärkte Aufmerksamkeit auf die horizontale Verknüpfung von sexuellen/ reproduktiven Gesundheits- und HIV-Diensten gelegt wird. Ein Strategiepapier von 2011 beschreibt ausführlich, wie die deutsche EZ diese Verknüpfungen auf der *Policy*-Ebene sowie in den eigenen Durchführungsorganisationen und in den Programmen in den Partnerländern fördern kann.

² D.h. das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und dessen Durchführungsorganisationen, die Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH und die KfW Entwicklungsbank (KfW).

Peer Review

Um in die *German Health Practice Collection* aufgenommen zu werden, muss ein Vorhaben die Mehrheit der Auswahlkriterien der Publikationsreihe erfüllen. Bei ihrer Prüfung des deutschen Beitrags zu PMTCT, welche die für dieses Thema zuständigen WHO-Expert/innen im Jahr 2008 unternahmen, beurteilten diese das von der deutschen EZ unterstützte PMTCT-Programm als „vielversprechenden Ansatz“, da es folgende Kriterien erfüllt:

- ▶ **Effizienz** in der Bereitstellung lebensrettender HIV-Präventions- und Behandlungsdienste für eine signifikante Anzahl schwangerer Frauen und ihrer Familienangehörigen;
- ▶ **Übertragbarkeit** durch das Einhalten internationaler und nationaler Richtlinien und ihrer Einbindung in staatliche Gesundheitsstrukturen;
- ▶ **Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung** durch die Art und Weise, wie Frauen, die mit HIV leben, und ihre Familienmitglieder mit potentiell lebensrettenden Diensten gestärkt werden, und wie sie durch Aufklärung und Familienplanung befähigt werden, Entscheidungen bzgl. ihrer reproduktiven Gesundheit zu treffen;
- ▶ **Gendersensibilität** durch seinen Schwerpunkt auf junge Frauen und Frauen im reproduktiven Alter und seinem Engagement bei der Untersuchung und Thematisierung von Geschlechterfragen innerhalb der PMCTC-Programme;
- ▶ **Innovation** in der Anwendung der damaligen *state-of-the-art* HIV-Präventionsmethoden zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung und der Erweiterung der Behandlungsleistungen für bedürftige schwangere Frauen, ihre Partner und weitere Familienmitglieder;
- ▶ **Nachhaltigkeit** durch den Einbezug von PMTCT- und PMTCT-Plus-Programmen und weiterer ergänzender Maßnahmen in staatliche Gesundheitsprogramme;
- ▶ **Ein solides Monitoring- und Evaluierungssystem (M&E)**, insbesondere im Hinblick auf die kontinuierliche operative und biomedizinische Forschung.

| | | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------|---|--|
| Publiziert von | Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH | Im Auftrag des | Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) | |
| | Sitz der Gesellschaft Bonn und Eschborn German Health Practice Collection | Referat | Referat für Gesundheit und Bevölkerungspolitik | |
| | Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5 65760 Eschborn T +49 619679-0 F +49 619679-1115 ghpc@giz.de www.german-practice-collection.org | Postanschriften der Dienstsitze | BMZ Bonn Dahlmannstraße 4 53113 Bonn T +49 228 99 535-0 F +49 228 99 535-3500 | BMZ Berlin im Europahaus Stresemannstraße 94 10963 Berlin T +49 30 18535-0 F +49 30 18535-2501 |
| | | | poststelle@bmz.bund.de www.bmz.de | |
| Verfasser d. engl. Originalversion | Karen Birdsall | | | |
| Foto | © GIZ/ Heiko Karcher | | | |
| Design | GHPC | | | |
| Stand | Januar 2013 (engl. Erstausgabe November 2007) | | | |