

## Hintergrund

Bremen, 16.06.08

**Ulrike Hauffe, Bremer Landesbeauftragte für Frauen, kritisiert Plakat-Kampagne zur Aids-Prävention der Michael-Stich-Stiftung ([www.michael-stich-stiftung.de](http://www.michael-stich-stiftung.de))**

Die Anzeigenkampagne stellt Mütter in den Mittelpunkt, die ihre Babys mit HIV anstecken. Diese Ansteckung zu vermeiden ist ein wichtiges Ziel in der Prävention von HIV/Aids. Doch die Art und Weise, mit der die Michael-Stich-Stiftung darauf aufmerksam macht, ist abzulehnen. Die Kampagne der Stiftung stigmatisiert Mütter im allgemeinen und stillende Mütter im besonderen als Schuldige am möglichen Tod der HIV-infizierten Babies.

Fakt ist jedoch, dass seit Dezember 2007 laut Mutterschaftsrichtlinie routinemäßig jeder Schwangeren ein HIV-Test angeboten wird (siehe Anhang). Schon vorher haben laut Aussage mehrerer Bremer Gynäkologinnen über 90 Prozent der Schwangeren bei den Vorsorgeuntersuchungen diesen Test durchführen lassen. Die große Mehrheit der Schwangeren geht also bereits sehr verantwortungsvoll mit dem Thema um. Diejenigen, die den HIV-Test im Rahmen der Schwangerenvorsorge noch nicht wahrnehmen, werden mit einer angstschürenden Kampagne nicht erreicht.

Stattdessen bewirken die Plakatmotive, dass die Mütter als Schuldige an der HIV-Infektion und am Tod ihrer Kinder wahrgenommen werden und das Stillen als potenziell todbringend gesehen wird. Bei unbehandelten Schwangeren stecken sich laut Robert-Koch-Institut 16 Prozent der Neugeborenen an, bei behandelten Schwangeren 2 Prozent. Bei 13 der 16 in Deutschland mit HIV geborenen Kinder, bei denen der Virus im Jahr 2007 diagnostiziert wurde, war der Mutter kein HIV-Test in der Schwangerschaft angeboten worden, die Schwangerschaften lagen zwischen 1997 und 2007. (Siehe Anhang)

Die Michael-Stich-Stiftung hat sich ja gerade auf die Fahnen geschrieben, die Familien HIV-infizierter Kinder nicht zu stigmatisieren, sondern zu unterstützen. Durch die Anklage der Mütter, die ihre Anzeigenmotive befördern, werden diese Familien jedoch zusätzlich belastet, ohne dass die Frauen erreicht werden, die sich während der Schwangerschaft (noch) nicht testen lassen.

Um zu wissen, welchen Hintergrund diese Frauen haben und wie sie erreicht werden können, wäre es wichtig, diese Zielgruppe genau zu kennen und die Präventions-Maßnahmen genau auf diese Zielgruppe abzustimmen. Daran ist selbstverständlich auch die ZGF (Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau) interessiert. Eine Kampagne, die in der dargestellten Form frauen- und mütterverachtende Motive zeigt, ist jedoch aus den genannten Gründen abzulehnen.

Im Anhang haben wir Zitate des Robert-Koch-Instituts zusammengestellt, die sich auf die dargestellten Argumente beziehen.

Zum Nachlesen auf brigitt.de: [http://www.brigitt.de/gesund/a\\_z/kolumne/aids/index.html](http://www.brigitt.de/gesund/a_z/kolumne/aids/index.html)

## Anhang:

### **1. Aus „HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland“ - Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 01.03.2008) - Halbjahresbericht II/2007 aus dem Robert Koch-Institut:**

„Im Jahr 2007 wurden 25 HIV-Infektionen (1 %) bei Kindern und Neugeborenen diagnostiziert, die sich über ihre Mutter infiziert haben. Davon wurden 16 in Deutschland geboren, neun Kinder waren bereits infiziert nach Deutschland eingereist. Bei 13 der 16 in Deutschland geborenen Kinder war der Mutter kein HIV-Test in der Schwangerschaft angeboten worden, die Schwangerschaften lagen zwischen 1997 und 2007. **In diesem Zusammenhang soll darauf hingewiesen werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im Dezember 2007 die aktualisierte Mutterschaftsrichtlinie veröffentlicht hat und die betreuenden Ärzte nunmehr verpflichtet sind, den HIV-Test im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen anzubieten.**

In zwei Fällen war die Infektion der Mutter in der Schwangerschaft bekannt und es erfolgten prophylaktische Maßnahmen. Es liegen aber nicht genügend Informationen vor, um beurteilen zu können, ob die Schwangerschaftsbetreuung den Leitlinien entsprechend erfolgte. In einem Fall, in dem den Leitlinien entsprechend vorgegangen worden war, wurde eine HIV-Infektion des Kindes nach mehreren unauffälligen PCR-Befunden und rückläufigen Antikörper-Titern erst im Alter von 18 Monaten entdeckt. Der genaue Infektionsmodus konnte nicht aufgeklärt werden.“

(Quelle:

[http://www.rki.de/cln\\_091/nn\\_196014/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2008/Sonderausgaben/A\\_\\_08,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/A\\_\\_08.pdf](http://www.rki.de/cln_091/nn_196014/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2008/Sonderausgaben/A__08,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/A__08.pdf))

### **2. Aus „Deutsch-Österreichische Empfehlungen zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen - Update 2005“ (Stand Juni 2005), Quelle: Robert-Koch-Institut**

Wie bei vielen anderen Fragestellungen in der Schwangerschaft so muss auch bei der HIV-Therapie zwischen dem Wohl der Schwangeren und dem des Kindes abgewogen werden.

Ziel der interdisziplinären Zusammenarbeit von HIV-Behandlern, Geburtshelfern und Pädiatern bei der Betreuung von HIV-infizierten Schwangeren und HIV-exponierten Neugeborenen ist einerseits die Verhinderung der materno-fetalen HIV-Transmission, andererseits die optimale Behandlung der Schwangeren und die Minimierung unerwünschter Wirkungen der Medikamente auf die Schwangere und das ungeborene Kind.

Die Behandlung der Mutter erfolgt nicht nur aus rein mütterlicher Indikation. Mütter mit hoher Viruslast und/oder niedrigen T-Helferzellen übertragen häufiger HIV auf ihre Kinder [3,4,5], so dass die erfolgreiche Therapie der Mutter auch für das Kind von Nutzen ist, aber zugleich für Mutter und Kind ein Risiko darstellt. Die Risiken, die sich für das Kind aus einer monatelangen intrauterinen Exposition gegenüber antiretroviralen Kombinationstherapien ergeben könnten, sind wegen fehlender Daten zur Pharmakokinetik und -dynamik, zur Embryo- und Fetotoxizität und zu Langzeitfolgen einer intrauterinen Medikamentenexposition derzeit nicht abschließend kalkulierbar [6,7,8,9,10,11,12]. Es ist weiterhin zu bedenken, dass 84% der Kinder diese prophylaktische Behandlung nicht benötigen, da auch ohne Intervention die Transmissionsrate "nur" bei 16% liegt. Von pädiatrischer Seite wurden dementsprechende Bedenken schon 1995 formuliert [13].

Studienergebnisse aus Grundlagenforschung und klinischer Forschung haben ergeben, dass die HIV-Transmission eine multifaktorielle Genese hat [3,4,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25] und dass dementsprechend durch die in den folgenden Kapiteln geschilderten kombinierten Interventionen das HIV-Transmissionsrisiko auf unter 2% reduzierbar ist [16,26,27,28].

(Quelle:

[http://www.rki.de/cln\\_091/nn\\_753398/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Therapie/Leitlinien/D\\_\\_A\\_\\_schwanger\\_\\_06\\_\\_05.html](http://www.rki.de/cln_091/nn_753398/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Therapie/Leitlinien/D__A__schwanger__06__05.html))