

## 5 DISKUSSION

In einem Nevirapin-basierten Programm zur Reduktion der HIV Mutter-Kind Übertragung in Westuganda wurden soziodemographische und anamnestische Parameter von Schwangeren erhoben und ein möglicher Einfluss dieser Parameter auf die Teilnahme am Programm untersucht.

Ein nicht zu unterschätzendes Hindernis für Frauen, an PMTCT-Programmen teilzunehmen, ist die HIV/AIDS-assozierte Stigmatisierung auf gesellschaftlicher und individueller Ebene. Die daraus folgende Diskriminierung basiert oft auf Misskonzeptionen bezüglich der HIV-Infektion (Infektion/Krankheit als Strafe) und fehlendem Wissen über Transmissionswege. Sie kann sich in Verstoßung aus der Familie, Schuldzuweisung für den Tod des Ehepartners sowie der Verweigerung von Beschäftigung und medizinischer Versorgung ausdrücken (UNAIDS, 2000; 2005b).

In Tansania und Kenia konnte gezeigt werden, dass aus Angst vor Stigmatisierung und Trennung nur etwa 17% bzw. 40% der Frauen ihren Partner das HIV-Testergebnis wissen lassen (Antelman et al, 2001; Kilewo et al, 2001). Negative Reaktionen wie Verleugnung, Anschuldigung und Diskriminierung wurden in vier bis 21% berichtet, Anwendung physischer Gewalt und Verstoßung in 3,5% bis 14,6% (Keogh et al, 1994; Issiaka et al, 2001; Kilewo et al, 2001).

Es ist beschrieben worden, dass Schwangere im Vergleich zu nichtschwangeren Frauen ihren Ehemännern seltener ihr Testergebnis mitteilen (Gaillard et al, 2002; Medley et al, 2004). Die Wahrscheinlichkeit negativer Reaktionen des Partners mit Entzug der eigenen Lebensgrundlage und der des Kindes ist gegenüber dem Nutzen einer PMTCT-Intervention für Schwangere abzuwägen. Die optimale Adhärenz an PMTCT-Programme ist jedoch schwierig für Frauen, deren Partner nichts von der eigenen bzw. der HIV-Infektion der Frau wissen. In Kenia wurde gezeigt, dass Frauen, deren Partner ebenfalls an HIV-Beratung und -Testung teilnahmen, dreifach häufiger NVP eingenommen hatten und fünffach häufiger Muttermilchersatznahrung einsetzten (Farquhar et al, 2004).

Befürchtete und tatsächliche Stigmatisierung HIV-positiver Schwangerer wurde in dieser Untersuchung nicht erfasst. Trotzdem müssen alle Ergebnisse vor dem Hintergrund der beschriebenen Zusammenhänge interpretiert werden.

## 5.1 HIV-Beratung

73,5% aller Schwangeren der Studienpopulation wurden zu HIV beraten.

Aus einem NVP-basierten PMTCT-Programm in Kenia wurde eine Beteiligung von 71% berichtet (Temmermann et al, 2003). In UNICEF-unterstützten PMTCT-Programmen in elf Ländern nahmen durchschnittlich ebenfalls 71% (Uganda 75%) der Schwangeren an einer HIV-Beratung teil (Rutenberg et al, 2003).

Die Inanspruchnahme der HIV-Beratung ist stark von der personellen Besetzung und der Einbindung des Angebots in die Routineschwangerenversorgung der öffentlichen Gesundheitsdienste abhängig. Diese Faktoren beeinflussen sowohl die Qualität des Beratungsangebots als auch die Nachfrage von Seiten der Schwangeren. In einem UNICEF-unterstützten PMTCT-Programm in Sambia erhielten weniger als 25%, in Burundi 100% aller Schwangeren eine HIV-Beratung. Die niedrigen Angaben aus Sambia waren wohl durch den geringen Erfolg, die HIV-Beratung in die Routineschwangerenversorgung an einer stark frequentierten Universitätsklinik einzugliedern bedingt, während in Burundi diese Integration erfolgte und alle Schwangeren eine Beratung zu HIV erhielten (Rutenberg et al, 2003).

Lange Wartezeiten und Mangel an Räumlichkeiten für ein vertrauliches Gespräch tragen dazu bei, dass die Akzeptanz des Angebots sinkt. Eine Basisuntersuchung an den vier Interventionsstandorten des PMTCT-Programms in Westuganda zeigte, dass ein Besuch zur Schwangerenvorsorge ohne HIV-Beratung und -Testung etwa fünf bis acht Stunden beanspruchte. In der gleichen Untersuchung gaben die Hebammen und Krankenschwestern Mitarbeitermangel als die größte Arbeitsbelastung an (GTZ, 2002). Die größte Schwierigkeit bei der Durchführung der HIV-Beratung war weniger die fehlende Qualifikation als die hohe Arbeitsbelastung des Personals durch Aufgabenbereiche, die ebenso zur Schwangerenvor- und -nachsorge gehörten (geburtshilfliche Untersuchung, Beratung zur Familienplanung, Impfen der Kinder, u.a.). Das machte eine ausführliche Einzelberatung der Schwangeren vor allem in der Anfangsphase des PMTCT-Programms seltener möglich und ist als eine Ursache anzunehmen, warum nur etwa drei Viertel der Schwangeren zu HIV beraten wurden. Ähnliche personelle Engpässe werden aus einem PMTCT-Programm in Simbabwe berichtet (Perez et al, 2004b).

In der vorliegenden Untersuchung war die Ablehnung einer HIV-Beratung signifikant mit der Zugehörigkeit zur ethnischen Gruppe der Bakiga, mit einer Beschäftigung als Hausfrau, mit

Symptomen HIV-assoziiierter Erkrankungen, mit einem Erstbesuch in der Einrichtung und mit einer Entbindung des letzten Kindes zu Hause assoziiert.

Die Ethnie der Bakiga lebt vor allem im ländlichen Distrikt Kamwenge. Die Mitarbeiter des PMTCT-Programms gaben als Erklärung für die signifikant niedrigere Inanspruchnahme der HIV-Beratung die Stigmatisierung von HIV-infizierten Personen an, die in diesem Distrikt stärker ausgeprägt sein soll als in anderen Teilen des Studiengebiets.

Bei der Frage nach HIV-assoziierten Erkrankungen wurde nicht zwischen aktuellen und länger zurück liegenden Symptomen unterschieden. Damit ist die Vermutung, dass Schwangere aufgrund der zum Zeitpunkt der Befragung vorliegenden Symptome nicht an der HIV-Beratung teilnehmen konnten, als Erklärung nur für einen Teil der Schwangeren gültig. Außerdem könnten psychosoziale Faktoren, wie die Angst vor der Diagnose einer HIV-Infektion und der damit verbundenen Stigmatisierung dafür verantwortlich sein, dass sich Schwangere mit Symptomen HIV-assoziiierter Erkrankungen seltener zu HIV beraten ließen.

Dass sich Schwangere, die erstmalig zur Schwangerenvorsorge kamen, häufiger gegen eine HIV-Beratung entschieden, könnte an dem vorrangigen Interesse an der Beurteilung des Schwangerschaftsverlaufs liegen. Gerade diese Frauen sollten gezielt zu weiteren Vorsorgeuntersuchungen ermuntert werden, weil sie sich beim nächsten Besuch dann möglicherweise auch zu HIV beraten lassen.

In der Studienpopulation des PMTCT-Programms in Westuganda ließen sich Schwangere, die ihr letztes Kind in einer Gesundheitseinrichtung entbunden hatten, häufiger zu HIV beraten, als Schwangere, die vorher zu Hause entbunden hatten. Es ist anzunehmen, dass bei letztgenannten das Vertrauen in die Dienste öffentlicher Gesundheitseinrichtungen und damit in das Angebot der HIV-Beratung geringer war, als bei den Schwangeren, die schon einmal in einer Gesundheitseinrichtung entbunden hatten.

Zur Verringerung der mit HIV/AIDS verbundenen Stigmatisierung müssten Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit vor allem in ländlichen Gebieten verstärkt werden. Dadurch könnte erreicht werden, dass sich auch Frauen der Bakiga verstärkt zu HIV beraten lassen. Aktivitäten zur Destigmatisierung könnten darüber hinaus bewirken, dass sich Schwangere mit Symptomen

HIV-assoziiertes Erkrankungen zu HIV beraten lassen und das Vertrauen in die öffentlichen Gesundheitsdienste steigt.

## 5.2 HIV-Test

In der Studienpopulation entschieden sich im Untersuchungszeitraum 57,9% aller zu HIV beratenen Schwangeren zu einem HIV-Test.

Es ist davon auszugehen, dass die Mehrheit der Schwangeren der Studienpopulation bisher keinen HIV-Test durchführen ließ, da das Angebot der kostenlosen HIV-Beratung und -Testung erst im Rahmen des PMTCT-Programms implementiert wurde. Die Kenntnis des eigenen HIV-Status war demzufolge als Grund für die Ablehnung des HIV-Tests weniger wahrscheinlich.

Der Anteil der Schwangeren, die nach einer entsprechenden Beratung einen HIV-Test durchführen ließen, lag in anderen PMTCT-Programmen zwischen 72% und 97% (Cartoux et al, 1999; Kilewo et al, 2001; Stringer et al, 2003a; Temmermann et al, 2003; Chama et al, 2004; Ekouevi et al, 2004; Perez et al, 2004a,b). Diese Angaben wurden aus städtischen Einrichtungen mit dem kostenlosen Angebot der HIV-Beratung und medikamentöser PMTCT Intervention für HIV-positiv getestete Schwangere als Teil der Routineschwangerenvorsorgedienste in sieben Ländern Afrikas berichtet. In dem Bericht der UN-unterstützten PMTCT-Programme wurden HIV-Testakzeptanzraten von 64% bis 83% (Uganda 68%) angegeben (Rutenberg et al, 2003).

Die Unterschiede könnten durch verschiedene Beratungs- und HIV-Testverfahren bedingt sein. In einer Studie aus Burkina Faso, Westafrika, konnte gezeigt werden, dass die Akzeptanz eines HIV-Tests nach individuellem Beratungsgespräch (93,3%) signifikant höher war als nach einer Gruppenberatung (89,4%) (Cartoux et al, 1999). In einer Untersuchung in Nairobi, Kenia, konnte durch zusätzliches Personal für den Zeitraum einer einjährigen Studie neben der Gruppenberatung auch ein Einzelgespräch zur HIV-Beratung angeboten werden. Die hohe Testakzeptanz (97,4%) könnte eine Folge davon gewesen sein (Malonza et al, 2003). Auch bei anderen Studien ist anzunehmen, dass das Angebot eines Einzelgesprächs zur HIV-Beratung einen günstigen Einfluss auf die Testakzeptanz hatte (Temmermann et al, 2003; Chama et al, 2004; Perez et al, 2004b).

Durch die Anwendung von HIV-Schnelltests liegen die Testergebnisse am gleichen Tag vor, während die herkömmliche Methode (ELISA=Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay) eine Wartezeit von mehreren Tagen bedeutete. In verschiedenen Studien konnte die problemlose

Anwendbarkeit von HIV-Schnelltests gezeigt werden (McKenna et al, 1997; Downing et al, 1998; Kassler et al, 1998). Bei Befragungen in verschiedenen Ländern zur Testmethode wurde mehrfach dokumentiert, dass Schnelltests aufgrund der geringeren Wartezeit der ELISA-Methode vorgezogen werden (Bakari et al, 2000; Nuwaha et al, 2002). Die Anwendung von ELISA HIV-Tests wird als die Hauptursache für eine geringe Testakzeptanz in den UN-unterstützten PMTCT-Programmen gesehen (Rutenberg et al, 2003). In der vorliegenden Untersuchung wurden HIV-Schnelltests verwendet, die jedoch zunächst vom Laborpersonal und nicht von den HIV-Beratern selbst durchgeführt wurden. Dadurch ergab sich zu Beginn des Untersuchungszeitraums eine längere Wartezeit für die Schwangeren, die zur niedrigen Testakzeptanz beigetragen haben könnte.

Die Ablehnung eines HIV-Tests war signifikant assoziiert mit der ethnischen Zugehörigkeit zu Bakiga und „anderen“ Ethnien, protestantischer oder „anderer“ Religionszugehörigkeit, dem Familienstand „verheiratet“, kürzerem Schulbesuch, der Beschäftigung „Bäuerin“, Beschwerdefreiheit, einer Entbindung des letzten Kindes zu Hause und einem Erstbesuch zur Schwangerenvorsorge.

Dass Schwangere der Ethnie Bakiga seltener einem HIV-Test zustimmten, könnte einerseits daran liegen, dass die anfänglichen Wartezeiten auf das HIV-Testergebnis nicht mit der häuslichen Arbeitsbelastung vereinbar waren. Diese ist in dem ländlichen Gebiet, in dem die Bakiga leben, groß. Andererseits könnte auch die in ländlichen Gebieten stärkere Stigmatisierung von HIV-Infizierten eine Ursache für das Verhalten der Schwangeren sein.

In Westuganda stimmten verheiratete Schwangere einem HIV-Test signifikant seltener zu als allein stehende, verwitwete oder geschiedene Schwangere. In verschiedenen Untersuchungen ist Gewalt gegenüber Frauen oder Zerstörung der Partnerschaft als Folge eines HIV-positiven Testergebnisses beschrieben worden (Keogh et al, 1994; Temmermann et al, 1995; Gaillard et al, 2002). Als einen der Hauptgründe, einen Test abzulehnen, nannten Schwangere in einer Untersuchung in Simbabwe den Wunsch, den Partner bei dieser Entscheidung zu konsultieren (Perez et al, 2004a). In einer anderen Studie in Burkina Faso und in der Elfenbeinküste wollten 64-91% der Frauen das Einverständnis ihres Partners vor dem HIV-Test einholen (Cartoux et al, 1996; 1998). Die Bereitschaft der meisten Männer, einen HIV-Test durchführen zu lassen, wurde bisher als sehr gering beschrieben (Bakari et al, 2000; Kilewo et al, 2001; Stringer et al, 2003a; De Paoli et al, 2004; Perez et al, 2004a,b). Werden Frauen zeitlich vor ihrem Partner als HIV-

positiv diagnostiziert, kann es sein, dass ihnen die Schuld für die Infektion in der Familie zugeschrieben wird (De Paoli et al, 2001; Pool et al, 2001). Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass sich verheiratete Schwangere der Studienpopulation in Westuganda seltener testen ließen als allein stehende, verwitwete oder geschiedene Schwangere, weil der Partner entweder nicht zustimmte oder sie die Reaktion des Partners fürchteten. Es wird deutlich, dass die gesamte Entscheidungsfindung allein der Frau obliegt, die diese Last nur sehr selten mit den nächsten Angehörigen teilen kann.

In der Studienpopulation des PMTCT-Programms in Westuganda konnte gezeigt werden, dass Schwangere mit längerem Schulbesuch häufiger einem HIV-Test zustimmten als Schwangere mit kürzerem oder keinem Schulbesuch. Zum gleichen Ergebnis kam eine Untersuchung in Sambia, die jedoch nicht im Rahmen eines PMTCT-Programms durchgeführt wurde (Fylkesnes et al, 1999). Gegensätzliche Resultate, dass Schwangere mit längerer Bildung häufiger einen HIV-Test ablehnten, ergaben Untersuchungen in Burkina Faso, in der Elfenbeinküste und in Sambia (Cartoux et al, 1998b; Ramon et al, 1998; Bakari et al, 2000). Die Vorteile der Kenntnis des eigenen HIV-Status könnten für Schwangere mit längerem Schulbesuch verständlicher gewesen sein, als für Schwangere mit kürzerem Schulbesuch. Es ist vorstellbar, dass Schwangere mit längerem Schulbesuch finanziell unabhängiger waren, deshalb weniger negative soziale Konsequenzen eines HIV-positiven Testergebnisses zu befürchten hatten und häufiger einem HIV-Test zustimmten.

Unter Schwangeren in Ruanda stimmten Frauen in der Position von Angestellten häufiger einem HIV-Test zu als Hausfrauen (Salihu et al, 2003). Dies lässt eine größere Entscheidungsfreiheit unter den Angestellten vermuten, die durch eine größere finanzielle Unabhängigkeit von den Partnern bedingt sein könnte. Im PMTCT-Programm in Westuganda ließen sich Hausfrauen und anders Beschäftigte häufiger testen als Bäuerinnen. Aus mündlicher Kommunikation mit dem medizinischen Personal des Programms ging hervor, dass Bäuerinnen ihre Partner stärker in die Entscheidung bzgl. HIV-Tests einbeziehen als Hausfrauen und anders Beschäftigte. Die fehlende Zustimmung der Partner könnte eine Erklärung der geringeren Testakzeptanz unter Bäuerinnen sein.

In mehreren Untersuchungen in verschiedenen afrikanischen Ländern konnte gezeigt werden, dass Personen, die sich selbst ein hohes Risiko HIV-infiziert zu sein zuschrieben, häufiger einem HIV-Test zustimmten, als Personen, die ihr Infektionsrisiko als gering bzw. als nicht vorhanden

einschätzten (Fylkesnes et al, 1999; Maman et al, 2001; Chama et al, 2004). In einer gemischt-geschlechtlichen Population in Malawi war einer der häufigsten Gründe, einen HIV-Test durchführen zu lassen, „wiederholtes Kranksein“ und der „Verdacht, an AIDS erkrankt zu sein“ (Zachariah et al, 2003). In der Studienpopulation ließen sich Schwangere, die Beschwerden oder Symptome HIV-assoziierter Erkrankungen angegeben hatten, häufiger testen als Schwangere, die beschwerdefrei waren. Es könnte vermutet werden, dass Schwangere einem Krankheitskonzept folgten, das ihre Beschwerden mit einer HIV-Infektion in Verbindung brachte, sie sich ein höheres Infektionsrisiko zuschrieben und damit die Bereitschaft stieg, einen HIV-Test durchführen zu lassen.

In verschiedenen Studien sagten Schwangere aus, sie wollten die Entscheidung für oder gegen einen HIV-Test später zu Hause treffen und müssten noch darüber nachdenken (Cartoux et al, 1998b; Bakari et al, 2000). Es ist anzunehmen, dass Schwangere der Studienpopulation des PMTCT-Programms in Westuganda ebenfalls Zeit brauchten, um den Nutzen und die sozialen Risiken abzuwägen. Das ist eine Erklärung dafür, dass Schwangere sich seltener beim Erstbesuch und häufiger bei einer wiederholten Vorstellung zur Vorsorgeuntersuchung auf HIV testen ließen.

Im PMTCT-Programm in Westuganda ließen sich Schwangere, die zuvor in einer Gesundheitseinrichtung entbunden hatten, häufiger auf eine HIV-Infektion testen als Schwangere, die ihr letztes Kind zu Hause entbunden hatten. Das Vertrauen in öffentliche Gesundheitsdienste spielt eine wichtige Rolle bei der Entscheidung für oder gegen einen HIV-Test im Rahmen der Schwangerenvorsorge.

Potential zur Optimierung der PMTCT-Programmaktivitäten liegt in der Anwendung von HIV-Schnelltests, die von den Beratern selbst durchgeführt werden und eine Verkürzung der Wartezeit bedeuten.

Barrieren, die in bestimmten ethnischen Gruppen gegenüber HIV-Beratung und -Testung existieren, müssen identifiziert und verringert werden. Nur so können alle Schwangeren gleichermaßen von dem Angebot profitieren.

Die Sensibilisierung der Männer und Entscheidungsträger für HIV-Beratung und -Testung sowie weitere präventive Maßnahmen wie PMTCT und die Schaffung einer die Frauen unterstützenden Haltung ist für die langfristige Reduktion von kindlichen HIV-Neuinfektionen entscheidend (Leonard et al, 2001; Pool et al, 2001; Bassett, 2002; Daoussi, 2002; Rutenberg et al, 2003; De

Paoli et al, 2004; Medley et al, 2004). Durch größere Unterstützung durch die Männer/Partner könnten auch verheiratete Schwangere öfter einem HIV-Test zustimmen.

Es muss außerdem dafür gesorgt werden, dass auch Schwangere, die nicht lesen und schreiben können, mit Informationen zu HIV/AIDS und PMTCT erreicht werden, beispielsweise durch Videos und Radio oder im Gespräch. Bei der Beratung vor dem Test sollten auch die Vorteile der Kenntnis des HIV-Status betont werden, selbst wenn sich eine Frau körperlich gesund fühlt, sodass auch Schwangere ohne bisherige Beschwerden oder Symptome HIV-assoziiierter Erkrankungen häufiger einem HIV-Test zustimmen. Insgesamt kann so auch das Vertrauen in die Gesundheitseinrichtungen und das darin arbeitende Personal gestärkt werden, was die Testbereitschaft erhöht.

### **5.3 HIV-Testergebnis**

In der Studienpopulation waren 22,1% der getesteten Schwangeren HIV-positiv. Diese Prävalenz war damit etwas höher als die unter Schwangeren in der nationalen Surveillance im Studiengebiet erhobene Prävalenz von 18,3% (District Health Reports, 2002). Dies könnte darauf hinweisen, dass insbesondere Frauen, die vermuten HIV-positiv zu sein, das PMTCT-Programm in Anspruch nehmen.

In PMTCT-Programmen anderer Länder variierte die HIV-Prävalenz der Schwangeren zwischen 11,6% und 24% (Cartoux et al, 1999; Kilewo et al, 2001; Stringer et al, 2003a; Temmermann et al, 2003; Chama et al, 2004; Ekouevi et al, 2004; Perez et al, 2004a,b).

In der vorliegenden Untersuchung war ein HIV-positives Testergebnis signifikant häufiger in der Altersgruppe „25 und älter“, der ethnischen Zugehörigkeit zu den Batooro, der Beschäftigung als Geschäftsfrau oder andere Beschäftigung, Symptomen HIV-assoziiierter Erkrankungen und mit der Zahl der Schwangerschaft assoziiert.

In der Studienpopulation des PMTCT-Programms waren Schwangere der Altersgruppe „25 und älter“ signifikant häufiger HIV-positiv als jüngere Frauen. In einer Untersuchung aus Malawi war ein positives HIV-Testergebnis ebenfalls mit einem Alter über 25 Jahren assoziiert (Zachariah et al, 2003).



In der Studienpopulation in Westuganda hatten Geschäftsfrauen und Frauen mit anderen Beschäftigungen häufiger ein positives HIV-Testergebnis als Bäuerinnen oder Hausfrauen.

Schwangere der Studienpopulation des PMTCT-Programms in Westuganda, die Symptome HIV-assoziiierter Erkrankungen angaben, hatten ein 2,4-fach erhöhtes Risiko, HIV-positiv zu sein.

Eine Studie in Nigeria zeigte außerdem, dass Primigravidae häufiger HIV-positiv waren als Multigravidae (Adejuyigbe et al, 2004). Im Gegensatz dazu wurde aus Ruanda berichtet, dass Schwangere mit positivem HIV-Testergebnis häufiger Multigravidae waren (Ladner et al, 1996). Eine weitere Studie aus Ruanda zeigte, dass Schwangere, die drei oder mehrmals schwanger waren, ein dreifach erhöhtes Risiko hatten, HIV-infiziert zu sein gegenüber erstmals schwangeren (Salihu et al, 2003). In der Studienpopulation in Westuganda war eine hohe Zahl von Schwangerschaften mit einem positiven HIV-Testergebnis assoziiert. Schwangere mit mehr als drei Schwangerschaften hatten ein 2,5-fach erhöhtes Risiko, HIV-positiv zu sein im Vergleich zu Primigravidae. Dieses Ergebnis war altersunabhängig und ist wahrscheinlich mit der höheren sexuellen Aktivität zu erklären. Die Diskrepanz zwischen Ergebnissen aus Nigeria und Uganda kann auch durch den unterschiedlichen Verlauf der HIV-Epidemie in West- und Ostafrika bedingt sein.

#### **5.4 Beratung nach dem HIV-Test**

Die Dokumentation einer Beratung nach dem HIV-Test erfolgte bei 57,3% aller HIV-Getesteten und bei 87% der *HIV-positiv* getesteten Schwangeren der Studienpopulation. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Beratungsgespräche nach dem HIV-Test nach Beendigung des Untersuchungszeitraums durchgeführt wurde.

In anderen PMTCT-Programmen in Afrika südlich der Sahara wird der Anteil von Schwangeren, die ein Beratungsgespräch nach dem HIV-Test in Anspruch nahmen, zwischen 58,4% und 81,8% angegeben (Cartoux et al, 1998a, b; Cartoux et al, 1999; Kilewo et al, 2001; Ekouevi et al, 2004; Perez et al, 2004a).

In der Studienpopulation des PMTCT-Programms in Westuganda war eine nicht wahrgenommene Beratung nach dem HIV-Test mit der Beschäftigung als Bäuerin, Beschwerdefreiheit und einem HIV-negativen Testergebnis assoziiert.

In der Studienpopulation des PMTCT-Programms in Westuganda bestand zwischen den Parametern Familienstand und Dauer des Schulbesuchs und der Inanspruchnahme der Beratung nach dem HIV-Test kein Zusammenhang. Zum gleichen Ergebnis kam eine Untersuchung in Kenia (Malonza et al, 2003).

Dass Schwangere, die Bäuerinnen waren, seltener zum Beratungsgespräch nach dem HIV-Test kamen, kann an der mit dieser Beschäftigung verbundenen hohen Arbeitsbelastung liegen. Aufgrund dessen waren diese Schwangeren wohl seltener bereit, die zu Beginn der Programmaktivitäten noch vorhandene Wartezeit auf das Ergebnis in Kauf zu nehmen.

Schwangere, die Symptome HIV-assoziiierter Erkrankungen angegeben hatten, entschieden sich häufiger für einen HIV-Test, waren häufiger HIV-positiv und nahmen häufiger das Beratungsgespräch nach dem Test in Anspruch. Es liegt nahe zu vermuten, dass Schwangere mit Beschwerden und damit einem höheren Risiko, HIV-infiziert zu sein, aufgrund der Möglichkeit zur antiretroviralen Therapie im Rahmen des PMTCT-Programms eine höhere Compliance als Schwangere ohne Beschwerden zeigten.

Über die Teilnahme zum Beratungsgespräch nach dem HIV-Test in Abhängigkeit vom Testergebnis wurde unterschiedlich berichtet. In mehreren Untersuchungen in afrikanischen Ländern war ein positives HIV-Testergebnis mit dem Nichterscheinen zum Beratungsgespräch nach dem Test assoziiert (Ladner et al, 1996; Sangaré et al, 1997; Cartoux et al, 1998a,b; Kiarie et al, 2000; Malonza et al, 2003). Aus Angst vor Stigmatisierung und negativen Konsequenzen wird die Mitteilung des HIV-Testergebnisses im Beratungsgespräch nach dem HIV-Test vermieden. Zu einem anderen Ergebnis kamen Studien in Simbabwe, der Elfenbeinküste und Tansania. Es wurde gezeigt, dass die gleiche Anzahl von Schwangeren mit positivem und negativem Testergebnis zur Beratung nach dem HIV-Test kamen (Kilewo et al, 2001; Ekouevi et al, 2004; Perez et al, 2004a). In der Studienpopulation des PMTCT-Programms in Westuganda war die Inanspruchnahme eines Beratungsgesprächs nach dem HIV-Test mit einem positiven Testergebnis assoziiert. Es ist vorstellbar, dass aufgrund des Angebots einer PMTCT-Intervention und anti-retroviraler Langzeittherapie ein größerer Anteil von HIV-positiven Schwangeren zur Beratung nach dem HIV-Test kam. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass Schwangere, die selbst vermuten HIV-infiziert zu sein, ihr ungeborenes Kind schützen wollten.

Es muss in Erwägung gezogen werden, dass nach dem HIV-Test psychosoziale Einflussfaktoren wie die Angst vor dem Testergebnis und seinen Konsequenzen und einer negativen Reaktion des Partners wirksam werden, sodass Schwangere bevorzugen, das Ergebnis nicht wissen zu wollen (Ladner et al, 1996). Die fehlende Zustimmung des Partners war in einer Studie in Burkina Faso der am häufigsten genannte Grund für das Nichterscheinen zur Beratung nach dem HIV-Test (Cartoux et al, 1998b). Es wurde vermutet, dass für einen signifikanten Teil der Schwangeren die Risiken eines positiven HIV-Testergebnisses den Nutzen der Kenntnis des eigenen Serostatus und der PMTCT-Intervention überwogen. Da die Schwangeren dem HIV-Test aus Respekt vor dem medizinischen Personal zustimmten, kann das Nichterscheinen zur Beratung nach dem Test als eine den Schwangeren höflicher erscheinende Art der Ablehnung des HIV-Tests verstanden werden (Kilewo et al, 2001; Kiarie et al, 2000; Rutenberg et al, 2003). Dieses Verhalten ist auch bei Schwangeren in Westuganda anzunehmen.

Die Entbindung vor dem Termin zur Beratung nach dem HIV-Test, lange Wartezeiten trotz HIV-Schnelltests und Mangel an finanziellen Mitteln für Transport waren weitere Hindernisse für Schwangere, eine Beratung nach dem Test wahrzunehmen (Rutenberg et al, 2003; Cartoux et al, 1998b). Es ist denkbar, dass diese Gründe ebenfalls eine ursächliche Rolle bei der geringen Inanspruchnahme des Beratungsgesprächs nach dem HIV-Test im PMTCT-Programm in Westuganda spielten.

Die Verbesserung der Inanspruchnahme des Beratungsgesprächs nach dem HIV-Test könnte durch Verringerung der Wartezeiten für Schwangere erreicht werden. Eine ausreichende personelle Ausstattung würde erheblich dazu beitragen.

Im Beratungsgespräch vor dem HIV-Test muss die Bedeutung der Kenntnis des eigenen HIV-Status auch bei Abwesenheit von Beschwerden oder HIV-assoziierten Symptomen betont werden. Dadurch könnte die Zahl der Schwangeren ohne Krankheitszeichen, die am Beratungsgespräch nach dem HIV-Test teilnehmen, erhöht werden.

In einer Studie in Kenia war die Zahl der Schwangeren, die zur Beratung nach dem HIV-Test erschienen signifikant höher, wenn Termine gegeben wurden (Temmermann et al, 1995). Dieser Lösungsansatz wäre sinnvoll, um Frauen beraten zu können, für die am Tag des HIV-Tests keine Zeit mehr blieb.

### 5.5 Intention der NVP-Einnahme

90% der Schwangeren der Studienpopulation, denen das HIV-positive Testergebnis mitgeteilt wurde, wünschten eine medikamentöse Intervention (Intention der NVP-Einnahme). Gründe für eine Ablehnung wurden nicht dokumentiert.

Zusammenhänge zwischen soziodemographischen sowie anamnestischen Angaben und Ablehnung der medikamentösen Intervention konnte in dieser Untersuchung nicht gefunden werden. Schwangere in Ruanda, die die antiretrovirale Prophylaxe ablehnten, gaben als Gründe Umzug und fehlendes Einverständnis des Partners an (Ladner et al, 1996). Diese Hindernisse, eine medikamentöse Intervention wahrzunehmen, sind auch für einen Teil der Schwangeren im PMTCT-Programm in Westuganda anzunehmen.

In einer Untersuchung in Kenia wurde gezeigt, dass Frauen, die durch die Verwendung eines Schnelltests noch am gleichen Tag von ihrer HIV-Infektion erfuhren, einer medikamentösen Intervention signifikant seltener zustimmen als Frauen, bei denen die ELISA Methode angewendet wurde (66% vs. 87%). Die Autoren machten die fehlende Zeit zum Überdenken der Entscheidung dafür verantwortlich (Malonza et al, 2003). Es ist vorstellbar, dass dieses Ergebnis auf Frauen im PMTCT-Programm in Westuganda übertragen werden kann.

### 5.6 NVP-Einnahme

Im Untersuchungszeitraum konnten in den vier Interventionsstandorten insgesamt 175 Entbindungen in der Studienpopulation mit insgesamt 173 Lebendgeburten dokumentiert werden. Ein weiterer Teil der Schwangeren hat zu Hause oder in anderen Einrichtungen entbunden. Problematisch war die Erfassung der NVP-Einnahme von Frauen, die nicht in einem der vier Interventionsstandorte entbunden hatten. Schwangere, die Hausbesuchen nicht zugestimmt hatten, konnten im Rahmen des PMTCT-Programms nicht aufgesucht und die NVP-Einnahme nicht dokumentiert werden.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die *Angaben* von Schwangeren zur Einnahme von NVP ausgewertet. Durch die Bestimmung von NVP-Spiegeln im Nabelschnurblut im Rahmen eines PMTCT-Programms in Sambia konnten die Aussagen von Schwangeren zur NVP-Einnahme überprüft werden. Es zeigte sich, dass nur etwa 75% der Aussagen zur Einnahme von NVP korrekt gemacht wurden. Dabei war die Falschaussage, NVP genommen zu haben, häufi-

ger, als die Falschaussage, NVP nicht genommen zu haben (Stringer et al, 2003b). Es muss in Betracht gezogen werden, dass auch im PMTCT-Programm in Westuganda inkorrekte Angaben zur NVP-Einnahme gemacht wurden, eine Schätzung der Anzahl ist jedoch nicht möglich.

Im PMTCT-Programm in Westuganda nahm im Vergleich zu einem PMTCT-Programm in Simbabwe ein größerer Teil von Schwangeren, deren Entbindung dokumentiert wurde, NVP ein (80,5% vs. 69,8%); es wurde auch häufiger NVP an Neugeborene verabreicht (80,9% vs. 69,4%). Insgesamt nahmen 39,6% aller HIV-positiven Schwangeren im PMTCT-Programm in Westuganda NVP ein. Der durchschnittliche Anteil von HIV-positiven Frauen, die antiretrovirale Prophylaxe in UN-unterstützten PMTCT-Programmen erhielten, lag bei 25%, aus dem Programm in Simbabwe wurden 24% berichtet (Rutenberg et al, 2003; Perez et al, 2004b).

Bei 80,9% aller dokumentierten Entbindungen im Untersuchungszeitraum wurde dem Neugeborenen NVP verabreicht. Die Einnahme von NVP beim Kind war im PMTCT-Programm in Westuganda assoziiert mit der NVP-Einnahme der Mutter. Kinder von Müttern, die kein NVP genommen hatten bekamen seltener NVP. Andere Angaben der Mutter waren nicht mit der NVP-Einnahme des Kindes assoziiert. Die Compliance der Mütter ist entscheidend zur erfolgreichen Anwendung antiretroviraler Prophylaxeregimes.

Die vorgelegte Untersuchung wurde im Rahmen eines PMTCT-Pilotprojektes in Westuganda durchgeführt. Ziel muss es sein, PMTCT-Interventionen flächendeckend in die Routineschwangervor- und -nachsorgedienste aller Gesundheitseinrichtungen in HIV-Hochprävalenzländern zu integrieren. Dazu ist es wichtig, wie in der vorgelegten Untersuchung geschehen, Einflussfaktoren auf die Akzeptanz solcher Programme zu untersuchen, um daraus Konsequenzen für die weitere Implementierung abzuleiten. Die Verhinderung von HIV-Neuinfektionen durch Präventionsprogramme dieser Art ist, insbesondere bei der derzeitigen Fokussierung auf die Einführung und Ausweitung der antiretroviralen Langzeittherapie, ein wichtiger Ansatz zur Eindämmung der HIV-Epidemie und ihrer Auswirkungen.