

Aus dem Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit
der Medizinischen Fakultät Charité-Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Integration männlicher Partner in die pränatale Gesundheitsversorgung
zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV in Tansania**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Stefanie Theuring
aus München

Gutachter: 1. Prof. Dr. G. Harms-Zwingenberger
 2. Prof. Dr. K. Stark
 3. Prof. Dr. A. Kuhlmeiy

Datum der Promotion: 03.06.2012

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zusammenfassung der Promotion	
0. Abstract	1
1. Einleitung	2
2. Zielsetzung	3
3. Methoden	3
4. Ergebnisse	7
5. Diskussion	10
6. Schlussfolgerung	14
7. Literaturverzeichnis	16
Anteilerklärung	19
Link Publikation 1	20
Link Publikation 2	21
Link Publikation 3	22
Curriculum vitae	23
Komplette Publikationsliste	24
Selbständigkeitserklärung	26
Danksagung	27

0. Abstract

Zahlreiche HIV-Infektionen bei Kindern entstehen jährlich durch vertikale Transmission während Schwangerschaft, Geburt oder Stillzeit. Programme zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV (Prevention of mother-to-child-transmission, PMTCT) wurden in der letzten Dekade in Subsahara-Afrika weithin etabliert, jedoch erwies sich häufig die vollständige Teilnahme an diesen komplexen Maßnahmepaketen als kritischer Punkt in der Durchführung. Um Frauen hinsichtlich einer kontinuierlichen Teilnahme an PMTCT-Interventionen zu bestärken, ist die Unterstützung durch ihren männlichen Partner von großer Bedeutung. Doch die Einbeziehung von Männern in traditionell weiblich kodierte Versorgungsangebote reproduktiver Gesundheit erweist sich häufig als Herausforderung. Ziel der drei vorgestellten Studien in einer ländlichen Region Tansanias war es, Haltungen zu Partnerintegration und mögliche Barrieren aus Sicht der Männer sowie aus Sicht der Gesundheitseinrichtungen zu untersuchen. Weiterhin sollte die Adhärenz von Frauen bei medikamentös komplexer PMTCT-Intervention, sowie der mögliche Einfluss von Faktoren wie der Partnereinbeziehung auf Adhärenz ermittelt werden.

In der ersten Studie wurden männliche Ansichten zur Teilnahme an reproduktiven Gesundheitsdiensten und PMTCT-Maßnahmen, sowie Barrieren zur Teilnahme durch quantitative und qualitative Datenerhebung identifiziert und hinsichtlich soziokultureller und struktureller Aspekte analysiert. Männer erkannten die Partnereinbindung trotz kultureller Hemmnisse mehrheitlich als nutzbringend an, benannten jedoch häufig organisatorische und strukturelle Barrieren für ihre Teilnahme (Publikation 1).

In einer Anschlussstudie wurden Anbieter von Gesundheitsdiensten interviewt, um ihre Haltung zu einer männlichen Beteiligung zu analysieren (Publikation 2). Bei vielen Mitarbeitern zeigte sich eine Diskrepanz zwischen geäußelter und umgesetzter Haltung, wobei der theoretischen positiven Einstellung oft ein Mangel an persönlichen Erfahrungen mit Partnerbeteiligung in der reproduktiven Gesundheitsversorgung gegenüberstand.

Die dritte Untersuchung wurde als Beobachtungsstudie im Rahmen einer auf Kombinationsprophylaxe basierenden PMTCT-Intervention durchgeführt. Diese stellte durch die Notwendigkeit häufiger Krankenhausbesuche zur fortwährenden Versorgung mit Medikamenten spezielle Anforderungen an die Frauen. Adhärenzniveaus wurden gemessen und ausgewertet. Es zeigte sich, dass es in einem ländlichen Setting für viele Frauen nicht möglich ist, den Ablauf einer komplexen PMTCT-Maßnahme vollständig einzuhalten. Hatten Frauen ihren HIV-Status jedoch einer vertrauten Person wie dem Partner offenbart, zeigten sie ein signifikant höheres pränatales Adhärenzniveau als Frauen ohne Statusoffenbarung (Publikation 3).

Für die erfolgreiche Durchführung von PMTCT-Interventionen, insbesondere solchen mit komplexem Regime, ist eine Unterstützung HIV-positiver schwangerer Frauen durch ihre männlichen Partner von großer Bedeutung. Männer sollten jedoch nicht nur als Einflussfaktoren, sondern verstärkt als Akteure reproduktiver Gesundheit wahrgenommen werden. Eine Förderung der Partnerbeteiligung erscheint realisierbar, wenn männliche Perspektiven und Bedürfnisse in der Umsetzung spezifischer als bisher berücksichtigt werden.

1. Einleitung

Im Jahr 2009 traf jede siebte HIV-Neuinfektion weltweit ein Kind unter 15 Jahren. In der Region Subsahara-Afrika, welche die Hauptlast der globalen HIV-Epidemie trägt, summierte sich dies 2009 auf insgesamt 300.000 neuinfizierte Kinder.¹

Mit über 90% entsteht der Großteil an HIV-Infektionen bei Kindern durch vertikale Transmission von der Mutter auf das Kind. Ohne spezielle präventive Maßnahmen beträgt das Risiko der HIV-Transmission während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit ca. 25-48%.²

Programme zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV (Prevention of mother-to-child transmission, PMTCT) wurden in Subsahara-Afrika in den letzten Jahren zahlreich implementiert und sind innerhalb der pränatalen Gesundheitsversorgung häufig gut etabliert. So können PMTCT-Maßnahmen auch in Ländern mit limitierten Ressourcen das Transmissionsrisiko je nach verwendetem Medikamentenregime auf unter 15% (bei Einmaldosis Nevirapin) bzw. unter 5% (bei komplexem Prophylaxeregime mit Zidovudin, Nevirapin und Lamivudin) senken.³ Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist jedoch durch serielle, konsekutive Entscheidungsprozesse geprägt, welche u.a. die initiale Teilnahme der Frau an Beratung und HIV-Testung, Einwilligung zur Medikamenteneinnahme, regelmäßige Abholung der Medikamente, fortlaufende korrekte Einnahme je nach Regime, sichere Entbindung in einer Gesundheitseinrichtung und die Wahl einer risikoarmen Ernährungsmethode für den Säugling beinhalten. Vielfach erwies sich in der Vergangenheit das vollständige Durchlaufen all dieser notwendigen Bestandteile, welche sich von Beginn der Schwangerschaft bis ans Ende der Stillzeit erstrecken, als kritischer Punkt für die erfolgreichen Durchführung einer PMTCT-Intervention.^{4,5} Mangelnde Adhärenz oder vorzeitiger Abbruch der Intervention sind häufig auftretende Probleme, welche jedoch zu einer deutlichen Beeinträchtigung der angestrebten Transmissionsreduktion führen und darüber hinaus die Entstehung von Medikamentenresistenzen begünstigen.⁶

Da Männer innerhalb einer Familie in zahlreichen Kulturkreisen als Schlüsselentscheidungsträger in Fragen reproduktiver Gesundheit fungieren^{7,8}, ist für Frauen die Unterstützung des männlichen Partners häufig eine wichtige Voraussetzung dafür, die vielstufige Maßnahme komplett durchführen zu können. Vorausgegangene Studien zeigten mehrfach, dass die Offenbarung eines positiven HIV-Serostatus innerhalb der Partnerschaft oder die Teilnahme des Partners an Beratung und HIV-Testung schwangerer Frauen in deutlich verbesserter Akzeptanz und Adhärenz für nachfolgende PMTCT-Interventionen resultieren und in der Tat zu einer Verringerung der vertikalen Transmissionsrate führen kann.⁹⁻¹¹ Die Einbeziehung männliche Partner gilt daher mittlerweile als ein vorrangiges Bestreben für die erfolgreiche Umsetzung von PMTCT-Maßnahmen.¹² Gleichzeitig stellen in vielen Ländern Subsahara-Afrikas Versorgungsdienste für reproduktive Gesundheit traditionell einen weiblich codierten Bereich dar, und die Einbeziehung von Männern erweist sich oftmals als große Herausforderung.^{9,13}

In der Literatur findet sich eine Anzahl an Studien, deren Ziel es war, die weibliche Perspektive auf eine Integration männlicher Partner in die reproduktive Gesundheitsversorgung und in PMTCT-Dienste zu erörtern.¹⁴⁻¹⁶ Untersuchungen mit einem Primärfokus auf der männlichen Perspektive waren hingegen bislang praktisch nicht existent. Andererseits fand Forschung zur Partnerintegration in der Vergangenheit vor allem im Kontext simpler Prophylaxeregimes wie der Einmaldosis Nevirapin statt; der Einfluss männlicher Beteiligung auf die Einhaltung komplexer PMTCT-Kombinationsregimes wurde hingegen bisher kaum untersucht.

2. Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit war darauf ausgerichtet, zu einer Schließung existierender Wissenslücken zur Partnerintegration in Versorgungsdienste für reproduktive Gesundheit und PMTCT beizutragen. Austragungsort der Studien hierfür war *Mbeya Region* im südwestlichen Tansania.

- Zielsetzung der ersten Studie war, die Haltung von Männern aus *Mbeya Region* zu ihrer Einbeziehung in reproduktive Gesundheitsdienste und PMTCT-Interventionen, Erfahrungen mit einer Teilnahme an entsprechenden Diensten, Barrieren für ihre Teilnahme und mögliche Anreize zur Überwindung dieser Barrieren zu identifizieren.
- Zielsetzung der zweiten Untersuchung war, die persönliche und professionelle Einstellung von Mitarbeitern in Gesundheitseinrichtungen aus *Mbeya Region* in Bezug auf die Einbeziehung männlicher Partner in reproduktive Versorgungsdienste und PMTCT-Interventionen zu beschreiben und zu analysieren.
- Zielsetzung der dritten Studie war, die Realisierbarkeit der konkreten Umsetzung einer medikamentös komplexen PMTCT-Maßnahme in einer peripheren Gegend wie *Mbeya Region* zu untersuchen. Dafür wurde die Adhärenz von Frauen für die verschiedenen Phasen der PMTCT-Intervention gemessen und der mögliche Einfluss von Faktoren wie der Offenbarung des HIV-Status auf das Adhärenzniveau analysiert.

3. Methoden

Alle drei vorliegenden Untersuchungen wurden im Rahmen einer seit 2001 von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) unterstützten PMTCT-Intervention in *Mbeya Region*, Tansania durchgeführt.¹⁷ Die in die Schwangerschaftsvorsorge der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen eingebettete Intervention basierte medikamentös zunächst auf einer Einmaldosis Nevirapin für Mutter und Kind, seit 2008 wurde in Referenzkrankenhäusern gemäß der WHO-Standardempfehlung von 2006 ein sequentielles Kombinationsregime für Mutter und Kind angewandt.¹⁸ Die hier aufgeführten Untersuchungen waren Teil einer in die PMTCT-Intervention integrierten operationalen Forschungskomponente. Genehmigungen des

tansanischen *Mbeya Ethical Research Committees*, des *National Institute for Medical Research Tanzania (NIMR)* sowie der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin lagen vor. Von den Teilnehmern sämtlicher Studien wurde nach Aufklärung eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der jeweiligen Studie eingeholt; die Teilnahme an allen drei Studien konnte jederzeit und ohne Begründung abgebrochen werden. Alle erhobenen Daten wurden anonymisiert und mit größter Diskretion gehandhabt.

3.1 Partnerintegration in PMTCT-Dienste in Mbeya Region, Tansania (Publikation 1)

Studiensetting:

Die im Jahr 2007 durchgeführte Studie im parallelen *Mixed Method*-Design beinhaltete quantitative Auswertung von Fragebögen und qualitative Auswertung von Diskussionen mit Fokusgruppen sowie die Triangulation beider Datenquellen. Durchführungsort war *Mbeya Region*, eine der am stärksten von HIV betroffenen Gegenden Tansanias.¹⁹ Die Region, die 2007 eine HIV-Schwangerenprävalenz von ca. 12-15% aufwies, bietet flächendeckend PMTCT-Interventionen innerhalb der Schwangerschaftsvorsorge an. Die Partnerteilnahmerate für HIV-Testung innerhalb der PMTCT-Dienste lag zum Studienzeitpunkt bei unter 5%.¹⁷

Datenerfassung und Auswertung:

Während einer Gemeindeveranstaltung wurde durch Zufallsauswahl eine Kohorte von Männern im reproduktiven Alter aus *Mbeya Region* gebildet und mittels Fragebögen individuell interviewt. Die teilstandardisierten, vorgetesteten Fragebögen beinhalteten demographische Information, Wissensstand zu PMTCT, Erfahrungen mit eigener Teilnahme an Schwangerschaftsvorsorge und PMTCT, generelle Haltung zur Partnerintegration und Paarberatung/Testung, mögliche Barrieren, sowie Anreize für die Teilnahme von Männern. Interviews wurden von geschulten Gesundheitsmitarbeitern niedergeschrieben. Bei nichtstandardisierten, offenen Fragen wurden die Daten manuell und nach *grounded theory*-Ansatz segmentiert und codiert. Das Codierungsschema wurde von zwei Personen entwickelt, um Intercoder-Reliabilität zu gewährleisten. Quantifizierte Daten wurden mittels einer Standard-Statistiksoftware (SPSS 17.0) deskriptiv ausgewertet.

Um Erkenntnisse aus individuellen Interviews zu erweitern, wurden Diskussionen mit männlichen Fokusgruppen, aber auch mit weiblichen Vergleichsgruppen durchgeführt. Die Anzahl der Teilnehmer lag bei jeweils 6-13 Personen, welche teilweise zuvor von Gesundheitspersonal eingeladen worden waren, teilweise zufällig aus der Ambulanz eines Krankenhauses rekrutiert wurden. Die Diskussionen, die ca. 45 Minuten dauerten und sich inhaltlich an den Fragebögen orientierten, wurden anonymisiert von einer geschulten lokalen Mitarbeiterin durchgeführt, auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Codierung der Daten erfolgte wiederum manuell durch zwei Mitarbeiter nach dem *grounded theory*-Ansatz. Die aus den Gruppendiskussionen gewonnenen Daten wurden anschließend mit den Interviewdaten abgeglichen.

3.2 Die Haltung von Gesundheitsanbietern zur Partnerintegration in perinatale Versorgung und PMTCT (Publikation 2)

Studiensetting:

Diese Studie wurde im Anschluss an Publikation 1 innerhalb des bereits beschriebenen Hochprävalenz-Settings von *Mbeya Region* durchgeführt, um die Perspektive der Gesundheitsanbieter einzubeziehen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung im Jahr 2008 wurde gemeinsame HIV-Testung und Beratung von Paaren in den reproduktiven Gesundheitseinrichtungen grundsätzlich angeboten, jedoch gab es in *Mbeya Region* sowie auch auf nationaler Ebene in Tansania keine offiziellen Leitlinien hinsichtlich der Einbeziehung von Partnern und folglich keine einheitlichen Strategien der entsprechenden Versorgungsdienste.

Datenerfassung und Auswertung:

Für die Studie wurden in *Mbeya Region* 25 öffentliche Gesundheitseinrichtungen, welche reproduktive Gesundheitsdienste und PMTCT anboten, per Zufall ausgewählt. Aus diesen Einrichtungen wurden jeweils vier Mitarbeiter aus dem Bereich der perinatalen- und PMTCT-Versorgung für schriftliche Interviews anhand von Fragebögen zufällig bestimmt.

Die semistrukturierten, anonymisierten Fragebögen wurden von den Studienteilnehmern selbstständig ausgefüllt. Für Verständnisfragen stand ein Studienleiter zur Verfügung. Fragebögen enthielten demographische Information, Ansichten der Mitarbeiter zu Beratungsdiensten allgemein, zu Partnerbeteiligung an Angeboten für sexuelle und reproduktive Gesundheit wie Schwangerschaftsvorsorge, HIV-Beratung/Testung, Geburt, Familienplanung. Mitarbeiter mit mindestens einem Kind wurden zudem nach ihren persönlichen Erfahrungen hinsichtlich gemeinsamer Inanspruchnahme der genannten Dienste innerhalb ihrer Partnerschaft befragt. Eine weitere Frage bezog sich auf den konkreten Umgang mit männlichen Partnern von Klientinnen und Wegen der Einbindung in der jeweiligen Einrichtung. Alle Fragen waren sowohl auf männliche als auch auf weibliche Mitarbeiter der Gesundheitsdienste ausgerichtet.

Nichtstandardisierte Antworten wurden von zwei Codierern manuell codiert und kategorisiert. Datenanalyse erfolgte mittels einer Statistiksoftware (SPSS 17.0) und beinhaltete die deskriptive Auswertung sowie inter- und intrapersonellen Vergleich der geäußerten Haltungen und Verhaltensweisen. Unterschiede der verschiedenen Subgruppen wurden dabei durch Chi-Quadrat-Test oder exakten Fisher-Test analysiert.

3.3 Adhärenz bei Kombinationsprophylaxe zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV (Publikation 3)

Studiensetting:

Die longitudinale Beobachtungsstudie zur Adhärenz bei komplexer PMTCT-Intervention wurde im *Kyela District Hospital (KDH)*, *Mbeya Region* durchgeführt, in welchem die HIV-Schwangerenprävalenz 2007 bei ca. 18% lag. Im Jahr 2008 wurde in KDH ein sequentielles Kombinationsregime aus Zidovudin, Lamivudin und Nevirapin statt der Einmaldosis Nevirapin

als PMTCT-Standardintervention gemäß WHO-Empfehlung von 2006 eingeführt.¹⁷ Dieses Regime beinhaltet pränatale Zidovudin-Einnahme ab der 28. Schwangerschaftswoche, Nevirapin-Einmaldosis zur Geburt, Zidovudin und Lamivudin intrapartal und eine Woche als *postpartum tail* für die Mutter. Das Neugeborene erhält unmittelbar nach Geburt eine Nevirapin-Einmaldosis und Zidovudin als *postpartum tail* für 1-4 Wochen. Während der Schwangerschaft müssen die Frauen monatlich ihre Zidovudin-Dosen abholen und selbständig einnehmen. Die Einmaldosis Nevirapin wird zu Wehenbeginn ebenfalls eigenständig eingenommen. Während und unmittelbar nach Entbindung verabreicht das Personal in KDH Zidovudin und Lamivudin an die Frau, sowie Nevirapin-Einmaldosis und Zidovudin an das Neugeborene. Bei Entlassung wird vom Personal der restliche *postpartum tail* für Mutter und Neugeborenes zur Mitnahme nach Hause ausgehändigt.

Alle Frauen, die zwischen Oktober 2008 und September 2009 in den routinemäßigen PMTCT-Ablauf innerhalb der Schwangerschaftsvorsorge in KDH eingebunden wurden, wurden bei Erfüllung der Auswahlkriterien und Einverständniserklärung systematisch in die Studie aufgenommen und bis in die postnatale Phase nachverfolgt.

Datenerfassung und Auswertung:

Zum Zeitpunkt der Studieneinbindung wurden zunächst soziodemographische, ökonomische und klinische Basisdaten der Frauen erhoben. Anschließend wurden während der fortlaufenden Besuche des Krankenhauses während der Schwangerschaft verschiedene Parameter zu Adhärenz, Gründen für verpasste Medikamentenabholung oder Einnahme, etc. durch Fragebögen erhoben. Die Einbeziehung männlicher Partner wurde durch den Parameter „Statusoffenbarung der Frauen nach HIV-Testung“ ermittelt. Mindestens einmalige Abholung der Zidovudin-Dosis in der Schwangerschaft galt als Aufnahme der PMTCT-Maßnahme. Adhärenz setzte sich aus der monatlichen Abholung der Medikamente durch die Frauen vor Entbindung, sowie der korrekten Ausgabe von Medikamenten durch Gesundheitspersonal während und nach Entbindung zusammen. Die Adhärenz wurde während der Schwangerschaft anhand des Anteils der abgeholten Zidovudin-Dosen im Vergleich zur vorgesehenen Menge (*Medication Possession Ratio*) gemessen. Intra- und postpartale Adhärenz setzte sich aus korrekter Einnahme der Einmaldosis Nevirapin, dem Anteil der mit Zidovudin/Lamivudin korrekt abgedeckten Stunden in KDH, sowie der Anzahl der korrekt ausgegebenen Dosen zur Mitnahme nach Hause bei Entlassung zusammen.

Die statistische Auswertung erfolgte durch das Softwarepaket PASW 18. Der Zusammenhang zwischen soziodemographischer Variablen und genereller Aufnahme der Maßnahme wurde durch Chi-Quadrat-Test und exakten Fisher-Test sowie anhand von Odds Ratios analysiert; signifikante Faktoren ($p < 0.05$) wurden in multivariate Analyse integriert. Der Einfluss soziodemographischer Faktoren auf das Adhärenzniveau vor Entbindung wurde mit dem Mann-Whitney-U-Test berechnet. Für alle Phasen der Intervention wurden Adhärenzniveaus der einzelnen Medikamente ermittelt, für die Analyse wurden Grenzwerte von 80% sowie von 95%-Adhärenz festgelegt.

4. Ergebnisse

4.1 Partnerintegration in PMTCT-Dienste in Mbeya Region, Tansania (Publikation 1)

Studienteilnehmer:

Es wurden 124 Männer individuell interviewt (Ablehnungsquote 11%) und insgesamt sechs Diskussionen mit vier männlichen und zwei weiblichen Fokusgruppen durchgeführt. Demographische Informationen lagen nur über die Interviewteilnehmer vor.

Der Altersmedian der Interviewteilnehmer betrug 35 Jahre. 85% der Befragten waren verheiratet, 80% hatten mindestens ein Kind. Das höchste erreichte Ausbildungsniveau war bei 64% der Befragten die Grundschule, 21% hatten einen Abschluss der *Secondary School*, 6% einen höheren Abschluss und 7% verfügten über gar keinen Schulabschluss. 84% der Befragten waren christlicher und 9% waren muslimischer Glaubensgesinnung.

Generelle Ansichten der Befragten:

Beinahe alle Interviewteilnehmer unterstützten die Wichtigkeit von PMTCT-Interventionen im Allgemeinen. In Bezug auf generelle mögliche Barrieren für die Teilnahme an Schwangerschaftsvorsorge oder PMTCT-Diensten waren die am häufigsten genannten Gründe Mangel an Information (49%), zeitliche Probleme (37%), die Annahme, die Teilnahme von Männern sei unwichtig (34%), allgemein traditionelle Gewohnheiten (30%), oder eine rein weibliche Zuordnung reproduktiver Verantwortung (29%). Eine ausschließlich weibliche Konnotation reproduktiver Gesundheitsdienste wurde in den Gruppendiskussionen von männlichen Teilnehmern bestätigt.

Individuelle Erfahrungen mit Teilnahme und Barrieren:

46% der Befragten mit Kindern gaben an, ihre Frau mindestens einmal zu Diensten für Schwangerschaftsvorsorge und PMTCT begleitet zu haben. Von diesen wollten 80% eine grundsätzlich positive Erfahrung gemacht haben, nur eine Person berichtete von einer grundsätzlich negativen Erfahrung. Gleichzeitig äußerten 20% der Männer, dass sie sich in der von Frauen geprägten Umgebung unwohl fühlten, und 17% wurden vom Gesundheitspersonal daran gehindert, das Behandlungszimmer mit ihrer Frau zu betreten. Von denjenigen, die keine Erfahrungen mit den Diensten hatten, nannten die meisten als Grund Unkenntnis der Erwünschtheit männlicher Teilnahme (46%), geringe Einschätzung der Bedeutung männlicher Teilnahme sowie zeitliche Probleme (jeweils 24%), und grundsätzliche kulturelle Hemmnisse (13%).

Haltung zu gemeinsamer HIV-Beratung und Testung von Paaren:

32% der Männer hatten sich bereits einmal gemeinsam mit der Partnerin zu HIV beraten und testen lassen. Dabei fanden von allen Interviewteilnehmern 94% mindestens einen Vorteil in gemeinsamer Paarberatung und Testung, während nur 16% einen Nachteil darin sahen. Von den Männern, die nie an einer Paarberatung/Testung teilgenommen hatten, konnten 80% dennoch keinen Nachteil dafür benennen. Das Problem der automatischen Statusoffenbarung bei Paartestung wurde jedoch in der Diskussion mit Fokusgruppen thematisiert.

Weibliche Vergleichsgruppen in der Diskussion:

In den weiblichen Fokusgruppen verdeutlichte sich ein Konsens im Hinblick auf die Notwendigkeit der gemeinsamen Beratung und Testung bei Paaren, aber auch auf die Schwierigkeiten, den Partner davon zu überzeugen. Nur wenige Frauen äußerten auch mögliche negative Konsequenzen im Falle eines serodiskordanten Testergebnisses.

Anreize zur Teilnahme:

Größte Zustimmung äußerten Befragte zu speziellen Beratungszeiten für Paare (73%) und speziellen Wartebereichen für Männer/Paare innerhalb der Schwangerschaftsvorsorge (61%). Die Männer schlugen auch Sprechzeiten außerhalb normaler Arbeitszeiten vor, um teilnehmen zu können, sowie umfassende Informationskampagnen, um bekannt zu machen, dass die Teilnahme von Männern an Schwangerschaftsvorsorge und PMTCT-Diensten erwünscht ist.

4.2 Die Haltung von Gesundheitsanbietern zur Partnerintegration in perinatale Versorgung und PMTCT (Publikation 2)

Studienteilnehmer:

Von einhundert befragten Mitarbeitern waren 89 weiblich und 11 männlich; das Alter lag bei durchschnittlich 42 Jahren. Zweiundsiebzig Befragte hatten mindestens ein Kind. Die Gruppe bestand vorrangig aus Krankenschwestern/Hebammen (74%) und Ärzten (10%). Sechshundertsechzig Mitarbeiter gaben eine beratende Tätigkeit schwangerer Frauen als eine ihrer Hauptbeschäftigungen an, wobei zwölf (18%) von ihnen nie eine Schulung als Berater erhalten hatten.

Haltung des Gesundheitspersonals:

Die gemeinsame Beratung und HIV-Testung von Paaren wurde von 71% der Mitarbeiter als überwiegend positiv bewertet, für 26% hielten sich Vor- und Nachteile die Waage und für 3% überwogen Nachteile. 94% der Mitarbeiter äußerten, Männer sollten generell mit ihren Frauen an sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten teilnehmen; es lag keine Assoziation mit Geschlecht oder Elternschaft der Mitarbeiter vor. Diese stark affirmative Haltung wurde in der konkreten Abfrage verschiedener Gesundheitsdienste abgeschwächt. Hohe Zustimmung gab es für die Partnerbeteiligung an HIV-Beratung/Testung (90%), Beratung zur Familienplanung (83%), Schwangerschaftsvorsorge (81%), und PMTCT-Beratung (80%); männlicher Anwesenheit während der geburtshilflichen Versorgung und während Untersuchungen der Schwangerschaftsvorsorge stimmte nur noch etwa die Hälfte der Mitarbeiter zu.

Persönliche Erfahrungen des Gesundheitspersonals:

Unter den Mitarbeitern mit mindestens einem Kind lagen bei etwa der Hälfte Erfahrungen mit gemeinsamer Teilnahme an HIV-Beratung/Testung, geburtshilflicher Versorgung, Schwangerschaftsvorsorge oder Familienplanung vor, während nur etwa ein Drittel gemeinsam PMTCT-Beratung, Untersuchungen in der Schwangerschaftsvorsorge oder die postnatale Versorgung durchlaufen hatte. Es gab keinen Zusammenhang zum Geschlecht der Mitarbeiter. Eine Befürwortung der Partnerbeteiligung an Diensten reproduktiver Gesundheit war häufig

signifikant mit zuvor gesammelter persönlicher Erfahrung assoziiert, z. B. bei Untersuchungen während der Schwangerschaftsvorsorge, geburtshilflicher Versorgung, Familienplanung oder postnataler Versorgung.

Handhabung der Partnerintegration in jeweiliger Einrichtung

Die Frage, ob in der jeweiligen Einrichtung der interviewten Mitarbeiter die Partnerintegration in entsprechende Gesundheitsdienste aktiv gefördert würde, beantworteten 97% Mitarbeiter mit „ja“. Gleichzeitig erklärte davon aber etwa ein Drittel, dass dennoch keine Partner an den Diensten teilnehmen würden. Als konkret durchgeführte Maßnahmen zur aktiven Partnerbeteiligung in den Einrichtungen wurden Informationsveranstaltungen (76%), Verteilung von Informationsmaterialien (43%), sowie die Verteilung von Einladungsbriefen für männliche Partner (25%) benannt. Von diesen Maßnahmen war nur die Verteilung von Einladungsbriefen signifikant mit der tatsächlichen Teilnahme von Partnern assoziiert ($p < 0.0001$). Zu der Frage, wie man Männer zur Teilnahme an den Gesundheitsdiensten motivieren könnte, äußerten die Mitarbeiter Vorschläge wie z.B. eine engere Zusammenarbeit mit Gemeindeoberhäuptern, vorrangige Behandlung für Paare, die gemeinsam die Dienste aufsuchen, sowie das Schaffen von separaten Wartebereichen für männliche Partner und Paare. Der Umgang mit teilnahmebereiten Männern in den Gesundheitsdiensten wurde von 90% der Mitarbeiter als freundlich und einladend beschrieben. Kein Mitarbeiter äußerte, dass Partner wieder fortgeschickt würden.

4. 3 Adhärenz bei Kombinationsprophylaxe zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV (Publikation 3)

Studienteilnehmer:

In der untersuchten Zeitspanne wurden 1395 schwangere Frauen in KDH auf HIV getestet. Von den 202 (14.5%) seropositiv getesteten Frauen entsprachen 122 allen Auswahlkriterien zur Studienteilnahme. Für diese Kohorte wurde als soziodemographischer Hintergrund ein Alter von 26 Jahren, ein Gestationsalter von 23 Wochen zum Zeitpunkt der Einbindung in die PMTCT-Intervention, eine Schulbildungsdauer von 7 Jahren und eine Anreisezeit von 30 Minuten bis KDH jeweils als Median ermittelt.

Von 122 Studienteilnehmerinnen konnten 47 im Verlauf der Maßnahme nicht mehr nachverfolgt werden (*lost to follow-up*). Von diesen nahmen 24 zu keinem Zeitpunkt Prophylaxe ein, während 23 Frauen zwar damit anfangen, aber ab einem späteren Zeitpunkt nicht mehr ins KDH zurückkamen.

Einflussfaktoren auf Aufnahme der Maßnahme in der Schwangerschaft:

Von den 122 Frauen der Anfangskohorte nahmen 35 keine vorgeburtliche medikamentöse Prophylaxe auf, elf von diesen suchten KDH jedoch zur Entbindung auf und nahmen entsprechend ab diesem Zeitpunkt an der PMTCT-Maßnahme teil. Als Faktoren, die mit der Ablehnung der vorgeburtlichen Prophylaxe assoziiert waren, stellten sich ein Alter von ≤ 23 Jahren ($p < 0.0001$), keine einkommensgenerierende Tätigkeit ($p = 0.0006$), und ein Gestationsalter von ≤ 24.5 Wochen zum Zeitpunkt der Einbindung in die PMTCT-Intervention ($p < 0.001$) heraus.

Diese Variablen waren auch in der multivariaten Analyse unabhängig mit der Ablehnung von Prophylaxeaufnahme in der Schwangerschaft assoziiert. Andere soziodemographische Faktoren wie Bildung oder Anreisezeit hatten keinen messbaren Einfluss auf die Aufnahme der Intervention.

Adhärenzniveau während der Schwangerschaft und Einflussfaktoren:

Von 86 Frauen, die in der Schwangerschaft mit der Zidovudin-Prophylaxe begonnen hatten, blieben 43 (50%) unterhalb eines 95%-Adhärenzniveaus. Das mittlere Adhärenzniveau für Zidovudin-Einnahme während der Schwangerschaft lag bei 77%. Dabei war die Statusoffenbarung der Frauen der einzige Faktor, der mit einem signifikant höheren Adhärenzniveau assoziiert war (Median 22.7% vs. 97.3%, $p=0.0004$). Alle anderen erhobenen Variablen, so z.B. Alter, Schulbildung, Anreisedauer zu KDH, Transportkosten oder CD4-Zellzahl bei Erstaufnahme, hatten keinen Einfluss auf das Niveau. Gründe für verpasste Medikamentenabholung waren zumeist persönlicher Natur, aber beinhalteten auch Fehler auf Seite des KDH.

Adhärenz während/nach Entbindung:

Von 74 Frauen die während und kurz nach der Entbindung beobachtet werden konnten, hatten 67 (90.5%) die Einmaldosis Nevirapin korrekt eingenommen. Während der Entbindung im Krankenhaus erreichten 42.2% der Frauen 95% Adhärenz für die verabreichten Zidovudin- und Lamivudin-Dosen, und 78.4% erhielten die korrekte Dosis der Medikamente bei Entlassung mit nach Hause. Neugeborene erhielten zu 93.8% eine Einmaldosis Nevirapin, jedoch nur 19% von ihnen erreichten 95% Adhärenz für die stationär verabreichte Zidovudin-Dosis. Die korrekte Dosis bei Entlassung erhielten 80.8% der Kinder.

Gesamtadhärenz für Mutter-Kind-Paare vor, während und nach Entbindung:

Von den anfänglich 122 Frauen, die eingewilligt hatten, an der PMTCT-Intervention teilzunehmen, erreichten lediglich zehn Mutter-Kind-Paare ein 80%-Adhärenzniveau für alle vorgesehenen Medikamente in allen Phasen der Intervention; nur ein einziges Mutter-Kind-Paar erreichte ein 95%-Adhärenzniveau für die gesamte Maßnahme.

5. Diskussion

Es wurden drei Untersuchungen aus einer ländlichen Region Tansanias beschrieben, die Haltungen und Barrieren bezüglich Partnerintegration in PMTCT-Maßnahmen und reproduktive Gesundheitsdienste, sowie die Adhärenz bei komplexem PMTCT-Regime und entsprechende Einflussfaktoren analysierten.

Diese Untersuchungen begründeten sich in der Tatsache, dass es für viele schwangere, HIV-positive Frauen trotz der Bereitstellung von Medikamenten durch Gesundheitsdienste häufig nicht möglich ist, eine PMTCT-Intervention vollständig zu durchlaufen. Die Unterstützung und Beteiligung der männlichen Partner stellt hierfür einen kritischen Aspekt dar und sollte für PMTCT-Maßnahmen wie auch für andere traditionell weiblich ausgerichtete Versorgungsdienste

reproduktiver Gesundheit nachdrücklich gestärkt werden. Gleichzeitig ist für die Entwicklung wirksamer Strategien zur besseren Einbindung von Männern in solche Gesundheitsdienste ein tiefgreifendes Verständnis der männlichen Perspektive erforderlich²⁰, welches durch die erste beschriebene Studie ein Stück weit erlangt werden konnte.

Grundsätzlich zeigten die befragten Männer in *Mbeya Region* eine positive Haltung zur Partnerbeteiligung an Schwangerschaftsvorsorge, HIV-Beratung/Testung und PMTCT-Diensten. Dies steht jedoch im Gegensatz zu den gleichzeitig niedrigen Teilnahmeraten von Männern. Zu den Hindernissen für die Partnerbeteiligung zählten insbesondere strukturelle, organisatorische und institutionelle Aspekte. Ähnliches wurde bereits in früheren Studien beschrieben.¹³ Die Überwindung solcher externer Barrieren spielt für die Entwicklung von Umsetzungsstrategien eine entscheidende Rolle, da sie im Gegensatz zu intrinsischen Hinderungsfaktoren, z. B. kulturellen und traditionellen Paradigmen, schneller zu einer Änderung von Verhaltensmustern führen kann. Der von den Männern genannte Mangel an Information über erwünschte Partnerbeteiligung, eine der am häufigsten angeführten Teilnahmebarrieren, deutet auf eine mangelhafte Fokussierung der zahlreichen Informationskampagnen zu PMTCT und HIV in der Region hin. Solche Kampagnen müssen konkret auf die Notwendigkeit der Partnerbeteiligung hinweisen sowie an relevante Orte für die männliche Zielgruppe transportiert werden.²¹ In diesem Zusammenhang haben sich in ähnlichen Untersuchungen offizielle, persönliche Einladungsbriefe bewährt, die einem Informationsdefizit durch direkte Verteilung an die betroffenen Männer äußerst wirksam entgegengesetzt werden können.²² Die Problematik der häufig mit Sprechzeiten überlappenden Arbeitszeiten vieler Männer sollte ebenfalls berücksichtigt werden; so könnten Gesundheitsanbieter beispielsweise PMTCT-Beratung extra für Paare am Wochenende oder abends anbieten.²⁰ Zahlreiche Männer gaben an, sich grundsätzlich in der stark weiblich geprägten Umgebung der Schwangerschaftsvorsorge, in die PMTCT-Maßnahmen eingebettet sind, unwohl zu fühlen. Durch spezielle Wartebereiche für Väter und Paare könnten die Gesundheitsdienste dieses Bedürfnis nach mehr Diskretion berücksichtigen.¹³ Diese genannten Punkte stellen grundsätzlich ein Bestreben nach größerer Benutzerfreundlichkeit aus männlicher Perspektive dar, auf die Gesundheitsanbieter Wert legen sollten, um damit auch kulturell bedingte Hemmnisse systematisch abzubauen. Die Tatsache, dass Versorgungsdienste reproduktiver Gesundheit trotz unbestreitbarer Teilhaberschaft beider Partner primär als frauenspezifischer Bereich eingeordnet werden, lässt sich zum Teil darauf zurückführen, dass sich das internationale Gesundheitswesen in den letzten Jahren stark auf den Themenkomplex der Mutter-Kind-Gesundheit konzentrierte, um den Schutz zweier besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen sicherzustellen. Einerseits mag die damit einhergegangene Institutionalisierung weiblicher Gesundheit den Zugang zu Gesundheitsversorgung für Frauen weltweit verbessert haben. Andererseits trug der Ausschluss von Männern aus diesen wichtigen Lebensbereichen aber vermutlich stärker zu einer Disparität der reproduktionsgesundheitlichen Rechte und Verantwortlichkeiten bei, als dies der Fall gewesen wäre, wenn in der Vergangenheit stets beide Mitglieder einer Partnerschaft gleichwertig in diese Gesundheitsversorgung integriert worden wären.²³ Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung erscheint es nun als eine wichtige

Aufgabe, die väterliche und männliche Rolle in diesem Kontext neu zu definieren und zu besetzen, um vorherrschende kulturelle Attribute von Männlichkeit, wie das vage Konzept des „Beschützers“ einer Familie, in ein Modell praktisch umgesetzter väterlicher Verantwortung und Selbstverpflichtung umzulenken.²⁴ Bereits existierende Kampagnen wie das südafrikanische „*Fatherhood Project*“²⁵ könnten dafür als Anhaltspunkt dienen.

Etwa jeder sechste Mann, der zuvor die Dienste mit seiner Frau aufgesucht hatte, war vom Personal der Einrichtung an der Teilnahme gehindert worden. Hierin zeigt sich die Wichtigkeit eindeutiger und bindender gesundheitspolitischer Handlungsleitlinien. Anbieter müssen sich zur Thematik männlicher Beteiligung an reproduktiven Gesundheitsdiensten klar positionieren und entsprechende Anweisungen ausdrücklich in die Aufgabenbeschreibung ihrer Mitarbeiter integrieren.

Dieser letztgenannte Aspekt führt unmittelbar zur zweiten Untersuchung, in der die professionelle und persönliche Einstellung der Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen untersucht wurde. Die interviewten Mitarbeiter äußerten sich grundsätzlich positiv zur Beteiligung männlicher Partner, jedoch steht zu befürchten, dass diese positiven Ansichten sich nicht immer als beständig erweisen, wenn sie in die Praxis umgesetzt werden sollen. Von den Mitarbeitern, die eine beratende Tätigkeit ausübten, war beinahe jeder fünfte nicht speziell dafür ausgebildet. Wie bereits in der Literatur beschrieben, spielt die Qualität des Beratungsprozesses eine essentielle Rolle für die erfolgreiche Teilnahme der Klientinnen an einer PMTCT-Intervention.²⁶ Daher ist es von fundamentaler Bedeutung, dass alle in der HIV-Beratung tätigen Mitarbeiter für diese Aufgabe professionell geschult werden. Insbesondere unter dem Aspekt der Partnerintegration mit der möglichen Notwendigkeit einer Partner-Statusoffenbarung sind spezielle Kommunikations- und Mediationskompetenzen für das Beratungspersonal unerlässlich. Gleichzeitig zeigte die Befragung aber auch, dass die meisten Mitarbeiter ihre eigenen Fähigkeiten in Bezug auf beratende Tätigkeit Paaren gegenüber als hoch einstufen und in ihrer professionellen Selbstwahrnehmung keinen Konflikt mit der Partnerintegration sahen.

Die allgemeine hohe Befürwortung der männlichen Beteiligung sank, wenn nach speziellen Serviceangeboten unterschieden wurde, insbesondere für die perinatale Versorgung einschließlich vorgeburtlicher Untersuchungen, Geburtshilfe und postnataler Versorgung. Mutmaßlich sind diese Bereiche in dieser wie auch in vielen anderen Regionen der Welt kulturell mit einem hohen Maße an Intimität konnotiert. Dies wurde in anderen vergleichbaren Studien ebenfalls festgestellt.^{20,27}

Der überwiegend hohen Zustimmung zur Partnerintegration standen vergleichsweise niedrigere Erfahrungswerte der Mitarbeiter gegenüber, die sie in ihrem privaten Leben mit einer Partnerteilnahme an reproduktiven Gesundheitsdiensten gesammelt hatten. Diese Diskrepanz erfordert eine geschlechterspezifische Interpretation. So stellt bei männlichen Mitarbeitern ein Auseinanderklaffen zwischen geäußelter professioneller Haltung und persönlicher Umsetzung in die eigene Lebensrealität vor allem die Wahrhaftigkeit der empfundenen Zustimmung in Frage. Bei weiblichen Mitarbeitern ist dies zwar auch denkbar, gleichzeitig scheiterten diese Frauen aber möglicherweise auch daran, ihren Partner von einer Teilnahme zu überzeugen. Diese

Erkenntnis weist auf einen Bedarf an zusätzlicher Überzeugungskompetenz hin, von welcher Mitarbeiterinnen nicht nur in ihrem privaten Leben profitieren könnten, sondern die auch ihre professionelle Glaubwürdigkeit und die Beratungsqualität für Klientinnen mit Schwierigkeiten in diesem Bereich deutlich erhöhen könnte. Diesen Bedarf der Mitarbeiterinnen zu decken, sollte Aufgabe der Versorgungsdienste sein.²⁸

Obwohl die Gesundheitseinrichtungen nach Angabe ihres Personals mehrheitlich Maßnahmen zur Partnereinbeziehung betrieben, schienen diese, bis auf die Einladungsbriefe, in Bezug auf eine tatsächliche Teilnahme von Männern nicht sehr effektiv zu sein. Die Behauptung der meisten Mitarbeiter, Partner innerhalb ihrer Einrichtung freundlich und einladend zu empfangen, steht zudem in einem Gegensatz zu Erkenntnissen aus der vorhergehenden Studie in *Mbeya Region*, in der einem Fünftel der Männer vom Gesundheitspersonal die Teilnahme untersagt wurde. Eine Qualitätsevaluierung der durchgeführten Maßnahmen in den Einrichtungen könnte wertvolle Erkenntnisse dazu liefern, welche Strategien für die Zukunft gewählt werden sollten, und inwieweit sie verbessert werden könnten.

Die dritte Untersuchung zur Adhärenz innerhalb einer komplexen PMTCT-Intervention führte zu der Erkenntnis, dass eine vollständige Teilnahme in einer multimedikamentösen, sich über längeren Zeitraum hinziehenden Maßnahme für Frauen in einer strukturarmen, ländlichen Gegend eine extreme Herausforderung darstellt. Vergleichsweise junges Alter und fehlende einkommensgenerierende Tätigkeit erhöhten das Risiko, nicht mit der vorgeburtlichen Prophylaxe zu beginnen. Dies bestätigt Erkenntnisse aus früheren Nevirapin-basierten Untersuchungen.²⁹ Ein weiterer Risikofaktor war in dieser Studie ein relativ frühes Gestationsalter zum Zeitpunkt der Einbindung in die PMTCT-Intervention. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Frauen erst zur 28. Schwangerschaftswoche Medikamente ausgehändigt bekommen und dadurch eine Zeitlücke entsteht, die sich kontraproduktiv auf den Interventionsprozess auswirken kann. Entsprechend der WHO-Richtlinien für PMTCT von 2010³⁰ wird aktuell ein Prophylaxebeginn ab der 14. Schwangerschaftswoche empfohlen, um eben dieser Problematik vorzubeugen und den Ablauf des komplexen Regimes zu vereinfachen. Jedoch sollte die mögliche Begünstigung von Resistenzmutationen durch eine längere Einnahme von Zidovudin streng überwacht werden.

Von denjenigen Frauen, welche die vorgeburtliche Prophylaxe begannen, blieb die Hälfte unterhalb eines 95%-Adhärenzniveaus. In Studien zu allgemeinen antiretroviralen Therapieprogrammen erreichte meist über die Hälfte der Patienten mindestens 95% Adhärenz³¹, jedoch können solche Studien nur eingeschränkt zum Vergleich von Maßnahmen für Schwangere verwendet werden. Weitere Forschung hinsichtlich der Adhärenz bei komplexen PMTCT-Maßnahmen wäre hilfreich, um die gewonnenen Erkenntnisse einordnen zu können.

Als einziger signifikanter Einflussfaktor auf das Adhärenzniveau wurde die Statusoffenbarung der schwangeren Frauen identifiziert. Dies bestärkt die Annahme, dass das Mitteilen des HIV-Status gegenüber einer vertrauten Person wie dem Partner schwangeren Frauen erhebliche soziale, psychische sowie auch materielle Unterstützung für die Teilnahme an einer PMTCT-Maßnahme sichern kann³², was besonders bei komplexem Regime eine wichtige Rolle spielen

dürfte. Zum Zeitpunkt der Studiendurchführung wurde keine gemeinsame HIV-Testung von Paaren innerhalb der Schwangerschaftsvorsorge in KDH umgesetzt. Die Statusoffenbarung als Ausdruck von Paarkommunikation sollte jedoch als differenziertes Messinstrument für Partnerbeteiligung neben jenen Indikatoren, die die physische Anwesenheit von Männern voraussetzen, in entsprechende Analysen einbezogen werden.³³ Gleichwohl gibt die Erkenntnis über die Bedeutung der Statusoffenbarung für das Adhärenzniveau Anlass zur Mutmaßung, ob eine direkte Partnerbeteiligung in Form von gemeinsamer initialer Beratung und HIV-Testung die hohe Anzahl der unmittelbaren *lost-to-follow-up*-Fälle in dieser Studie möglicherweise reduziert hätte. Weitere Untersuchungen bezüglich verschiedener Formen von männlicher Beteiligung und jeweiligem Einfluss auf den Erfolg von Interventionen wären für die Zukunft wünschenswert.

Als Gründe für verpasste Medikamentenabholung während der Schwangerschaft gaben die befragten Frauen hauptsächlich persönliche, jedoch auch durch Krankenhauspersonal verursachte Hindernisse an. Die Bedeutung des Personals für die Adhärenz wurde eindringlich in der intra/postpartalen Phase offen gelegt: weniger als die Hälfte der stationär entbindenden HIV-positiven Frauen in KDH und nur ein Fünftel ihrer Neugeborenen erhielten mindestens 95% der vorgesehenen Medikamente. Dies muss zumindest teilweise einer hohen Arbeitsbelastung zugeschrieben werden; gleichzeitig muss das Personal in Einrichtungen wie auch dem KDH oftmals zwischen Stationen rotieren und ist daher teilweise nicht für spezielle Aufgaben wie PMTCT-Interventionen geschult.³² Eine Reduktion solcher Rotationssysteme für Personal sowie enge professionelle Supervision für Angestellte könnte dazu beitragen, die gesundheitssystembedingten Auswirkungen auf Adhärenz zu vermindern.

Die Tatsache, dass nur ein einziges Mutter-Kind-Paar in allen Interventionsphasen und für alle Medikamente mindestens 95% Adhärenz erreichte, gibt erheblichen Anlass zu Sorge in Bezug auf die tatsächliche Transmissionsreduktion bei komplexem PMTCT-Regime in einem ländlichen, strukturarmen Umfeld, und zeigt, wie wichtig es ist, Mechanismen zu stärken, welche die Frauen in ihrer Teilnahme und in einer möglichst vollständigen Adhärenz unterstützen.

6. Schlussfolgerung

Die Einbeziehung männlicher Partner in reproduktive Gesundheitsdienste und PMTCT-Interventionen stellt nach wie vor eine weitgehend unerschlossene Ressource für HIV-betroffene Familien dar.³⁴ Das Ausmaß und die Komplexität männlichen Einflusses auf Gesundheit und Wohlergehen von Frauen und Familien darf jedoch nicht länger ignoriert werden, insbesondere, da sich PMTCT-Interventionen in den nächsten Jahren zunehmend an der aktualisierten WHO-Empfehlung einer langfristigen Maßnahme orientieren werden und die Anforderungen für eine erfolgreiche Teilnahme der Frauen damit deutlich komplizierter werden. Einem Paradigmenwechsel ist diesbezüglich nicht damit Genüge getan, Männer nur als wichtige

Einflussfaktoren zu betrachten. Sie müssen vielmehr als konstituierende Bestandteile und maßgebliche Akteure von reproduktiver Gesundheit anerkannt und eingebunden werden. Dies erfordert die Etablierung von klaren gesundheitspolitischen Richtlinien und praktischen Umsetzungsstrategien, welche in angemessener Weise die Bedürfnisse von Männern für die Teilnahme an solchen Versorgungsdiensten berücksichtigen und dadurch eine geschlechterspezifische Zuordnung entsprechender Einrichtungen aufweichen.

Die internationale Gemeinschaft strebt eine Eliminierung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV bis zum Jahr 2015 an. Gleichwohl wird weltweit jede Minute ein Kind neu mit HIV infiziert, und jede zweite Minute stirbt ein Kind an einer Ursache in Verbindung mit AIDS.³⁵ Es bleibt vieles zu tun, um das Ziel einer HIV-freien Generation zu erreichen. Um in diesem ambitionierten und wichtigen Bestreben entscheidend voranzukommen, dürfen Männer nicht länger aus Diskussionen in Bezug auf reproduktive Gesundheit, Schwangerschaft und HIV ausgeklammert werden.

7. Literaturverzeichnis

1. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). (2010) Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010.
http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf
2. DeCock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vicenzi I, Saba J, et al. (2000) Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association* 283:1175-1182.
3. Dabis F, Bequet L, Ekouevi DK, Viho I, Rouet F, et al. (2005) Field efficacy of zidovudine, lamivudine and single-dose nevirapine to prevent peripartum HIV transmission. *AIDS* 19. 309-318.
4. Manzi M, Zachariah R, Teck R, Buhendwa L, Kazima J, et al. (2005) High acceptability of voluntary counselling and HIV-testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in rural Malawi: Scaling up requires a different way of acting. *Tropical Medicine & International Health*, 10(12), 1242–1250.
5. Stringer E, Sinkala M, Stringer J, Mzyece E, Makuka I, et al. (2003) Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa: Successes and challenges in scaling-up a nevirapine-based program in Lusaka, Zambia. *AIDS*, 17, 1377–1382.
6. Dardian M. (2003) Prevention of mother-to-child transmission: Assessing feasibility, acceptability, and cost of services in Kenya and Zambia. *Horizons Report of the Population Council*; [www.popcouncil.org/horizons/newsletter/horizons\(7\).html](http://www.popcouncil.org/horizons/newsletter/horizons(7).html).
7. Biratu B, Lindstrom D. (2006). The influence of husband's approval on women's use of prenatal care: Results from Yirgalem and Jimma towns, south west Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 20(2), 84–92.
8. Sarker M, Sanou A, Snow R, Ganame J, Gondos A. (2007) Determinants of HIV counselling and testing participation in a prevention of mother-to-child transmission programme in rural Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health*, 12(12), 1475–1483.
9. Farquhar C, Kiarie J, Richardson B, Kabura M, John F, et al. (2004) Antenatal couple counselling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37, 1620–1626.
10. Semrau K, Kuhn L, Vwalika C, Kasonde P, Sinkala M, et al. (2005) Women in couples' antenatal HIV counselling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS*, 19(6), 603–609.
11. Aluisio A, Richardson BA, Bosire R, John-Steward G, Mbori-Ngacha D, Farquhar C. (2011) Male antenatal attendance and HIV Testing are associated with decreased infant HIV infection and increased HIV-free survival. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 56 (1), 76-82.
12. World Health Organization. (2010) PMTCT strategic vision 2010–2015: preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals. http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf

13. Muia E, Olenja J, Kimani V, Leonard A. (2000) Integrating men into the reproductive health equation: Acceptability and feasibility in Kenya. The Robert H. Ebert Program on Critical Issues in Reproductive Health, Population Council.
<http://www.popcouncil.org/pdfs/ebert/FinalKenyaStudy.pdf>
14. Maman S, Mbwapbo J, Hogan N, Weiss E, Kilonzo G, et al. (2003) High rates and positive outcomes of HIV serostatus disclosure to sexual partners. *AIDS and Behavior*, 7(4), 373–382.
15. Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S, Maman S. (2004) Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: Implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(4), 299–307.
16. USAID/Synergy. (2004) Women’s experiences with HIV serodisclosure in Africa: Implications for VCT and PMTCT. Meeting report. Washington (DC): USAID.
<http://www.synergyaids.com/documents/VCTDisclosureReport.pdf>.
17. Harms G, Kunz A, Theuring S. (2007) Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Kenya, Tanzania and Uganda. German HIV Practice Collection. Eschborn: Dt. Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. <http://hiv.prg.googlepages.com/home>.
18. World Health Organization (WHO). (2006) Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Towards universal access. Recommendations for a public health approach. 2006 version.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789241594660_eng.pdf
19. WHO/UNAIDS. (2006) Epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. United Republic of Tanzania. Geneva: WHO.
http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EFS2006/EFS_PDFs/EFS2006_TZ.pdf.
20. Nzioka C. (2001) Research on men and its implications on policy and programme development in reproductive health. In: Programming for male involvement in Reproductive Health. Report of the meeting of WHO Regional Advisors in Reproductive Health. Sept. 5–7, 2001, Washington D.C., USA
21. Walston N. (2005) Challenges and opportunities for male involvement in reproductive health in Cambodia. Policy Project. Washington (DC): USAID.
http://www.synergyaids.com/documents/MaleRHInvolvement_Cambodia.pdf.
22. Bolu O, Allread V, Creek T, Stringer E, Fornal F, et al. (2007) Approaches for scaling up human immunodeficiency virus testing and counseling in prevention of mother-to-child HIV transmission settings in resource-limited countries. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 197 (3), S83–S89.
23. Dudgeon M, Inhorn M. (2004) Men’s influences on women’s reproductive health: Medical anthropological perspectives. *Social Science and Medicine*, 59, 1379–1395.
24. Montgomery C, Hosegood V, Busza J, Timaeus I. (2006) Men’s involvement in the South African family Engendering change in the AIDS era. *Social Science and Medicine*, 62, 2411–2419.

25. Richter L, Manegold J, Pather R, Mason A. (2004) The fatherhood project. *Children first*, 54, 16–20.
26. Chopra M, Doherty T, Jackson D, Ashworth A. (2005) Preventing HIV transmission to children: Quality of counseling of mothers in South Africa. *Acta Paediatrica*, 94, 357-363.
27. Mullany B. (2006) Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Kathmandu, Nepal. *Social Science and Medicine*, 62, 298–2809.
28. Creek T, Ntuny R, Mazhani L, Moore J, Smith M, et al. (2007) Factors associated with early uptake of a national program to prevent mother to child transmission of HIV (PMTCT): Results of a survey of mothers and providers, Botswana, 2003. *AIDS and Behaviour*, 13 (2), 356-364.
29. Karcher H, Kunz A, Poggensee G, Mbezi P, Mugenyi K, et al. (2006) Outcome of different nevirapine administration strategies in preventing mother-to-child transmission (PMTCT) programs in Tanzania and Uganda. *Journal of the International AIDS Society* 8:12.
30. World Health Organization (WHO). (2010) Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Recommendations for a public health approach. 2010 version. Geneva, Switzerland: WHO Press.
Available:http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf.
31. Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, Orbinski J, Attaran A, et al. (2006) Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 296: 679-690.
32. Norman A, Chopra M, Kadiyala S. (2007) Factors related to HIV disclosure in 2 South African communities. *American Journal of Public Health* 97: 1775-1781.
33. Montgomery E, van der Straten A, Torjesen K. (2011) „Male Involvement“ in women and children's HIV prevention: Challenges in definition and interpretation. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 57 (5): e114-e116.
34. Nuwagaba-Biribonwoha H, Mayon-White RT, Okong P, Carpenter LM. (2007) Challenges faced by health workers in implementing the prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programme in Uganda. *Journal of Public Health* 29: 269-274.
35. UNAIDS/Pepfar Press release, New York/Geneva, 9 June 2011: “World leaders launch plan to eliminate new HIV infections among children by 2015”.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pressrelease/2011/06/20110609_PR_GlobalPlan_en.pdf

Anteilserklärung

Stefanie Theuring hatte folgenden Anteil an den vorgelegten Publikationen:

Publikation 1:

Theuring S, Mbezi P, Luvanda H, Jordan-Harder B, Kunz A, Harms G. (2009) Male Involvement in PMTCT Services in Mbeya Region, Tanzania. *AIDS and Behaviour*, Vol. 13, Suppl. 1: S92-102.

Anteil: 80 Prozent

Beitrag im Einzelnen:

- Planung des Forschungsvorhabens, Analysen- und Methodenplanung
- Erstellung der verwendeten Fragebögen
- Vorbereitung und Durchführung der Datenerhebung
- Dateneingabe, Datenaufbereitung und statistische Auswertung
- Erstellen des Manuskriptes

Publikation 2:

Theuring S, Nchimbi P, Jordan-Harder B, Harms G. (2010) Partner involvement in perinatal care and PMTCT services in Mbeya Region, Tanzania: the providers' perspective. *AIDS Care*, Vol. 22, No. 12, 1562-1568.

Anteil: 80 Prozent

Beitrag im Einzelnen:

- Planung des Forschungsvorhabens, Analysen- und Methodenplanung
- Erstellung der Fragebögen
- Supervision der Durchführung der Datenerhebung
- Dateneingabe, Datenaufbereitung und statistische Auswertung
- Erstellen des Manuskriptes

Publikation 3:

Kirsten I, Sewangi J, Kunz A, Dugange F, Ziske J, Jordan-Harder B, Harms G, **Theuring S**. (2011) Adherence to Combination Prophylaxis for Prevention of Mother-to-Child-Transmission of HIV in Tanzania. *PLoS ONE* 6(6): e21020. doi:10.1371/journal.pone.0021020.

Anteil: 40 Prozent

Beitrag im Einzelnen:

- Mitarbeit Datenaufbereitung, statistische Aufbereitung
- Mitwirken bei der Manuskripterstellung
- Supervision der Studiauswertung und Manuskripterstellung

Stefanie Theuring

Publikation 1:

Theuring S., Mbezi P., Luvanda H., Jordan-Harder B., Harms G. (2009)

Male involvement in PMTCT services in Mbeya Region, Tanzania

AIDS and Behaviour, Vol. 13, Suppl. 1: S92-102.

DOI: 10.1007/s10461-009-9543-0

<http://www.springerlink.com/content/bk255k8278rq297q/>

Publikation 2:

Theuring S., Nchimbi P., Jordan-Harder B., Harms G. (2010)

**Partner involvement in perinatal care and PMTCT services in Mbeya Region, Tanzania:
the providers' perspective**

AIDS Care, Vol. 22, No. 12, 1562-1568.

DOI:10.1080/09540121003758572

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121003758572>

Publikation 3:

**Adherence to Combination Prophylaxis for Prevention of Mother-to-Child-Transmission
of HIV in Tanzania**

Kirsten I., Sewangi J., Kunz A., Dugange F., Ziske J., Jordan-Harder B., Harms G., Theuring S.

PLoS ONE, 6(6): e2102

doi:10.1371/journal.pone.0021020

<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0021020>

Curriculum Vitae

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht

Komplette Publikationsliste von Stefanie Theuring

Originalarbeiten, peer-reviewed Journals:

- **Theuring S**, Mbezi P, Luvanda H, Jordan-Harder B, Kunz A, Harms G. (2009) Male Involvement in PMTCT Services in Mbeya Region, Tanzania. *AIDS and Behaviour*, Vol. 13 Suppl. 1: S92.102.
- **Theuring S.**, Nchimbi P., Jordan-Harder B., Harms G. (2010) Partner involvement in perinatal care and PMTCT services in Mbeya Region, Tanzania: the providers' perspective. *AIDS Care*, Vol 22, No. 12, 1562-1568
- Kirsten I, Sewangi J, Kunz A., Dugange F, Ziske J, Jordan-Harder B, Harms G, **Theuring S.** (2011) Adherence to Combination Prophylaxis for Prevention of Mother-to-Child-Transmission of HIV in Tanzania. *PLoS One* 6 (6), e21020. doi:10.1371/journal.pone.0021020.
- Hauser A., Sewangi J., Mbezi P., Dugange F., Kirsten I., Ziske J., **Theuring S.**, Kuecherer C., Harms G., Kunz A. (2012) Emergence of minor drug-resistant HIV-1 variants after WHO-recommended triple antiretroviral prophylaxis for prevention of vertical HIV-1 transmission. *PLoS One*. 2012; 7 (2):e32055.
- Kunz A., v. Wurmb-Schwark N., Sewangi J., Ziske J., Lau I., Mbezi P., **Theuring S.**, Hauser A., Dugange F., Katerna A., Harms G. (2012) Zidovudine exposure in HIV-1 infected Tanzanian women increases mitochondrial DNA levels in placenta and umbilical cords. In preparation for submission at *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.
- Ziske J., Kunz A., Sewangi J., Lau I., Dugange F., Kirschner W., Harms G., Hauser A., **Theuring S.** (2012) Hematological changes in women and infants exposed to AZT containing prophylaxis for prevention of mother-to-child transmission of HIV in Tanzania. In preparation for submission at *PLoS One*.

Weitere Publikationen:

- Harms G, Kunz A, **Theuring S.** German HIV Practice Collection: Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Kenya, Tanzania and Uganda. GTZ, 2008. <http://www.hiv-prg.org/en/reviewed-publications>
- **Theuring S.** HIV Prävention-das Risiko beginnt mit der Geburt. *Magazin Entwicklung + Zusammenarbeit* 11/2008. <http://www.inwent.org/ez/articles/080473/index.de.shtml>

Konferenzbeiträge (Poster, veröffentlichte Abstracts, Vorträge):

- **15th International AIDS Conference**, Bangkok, 2004: Harms G, **Theuring S**, Karcher H, Kunz A, Kagwire F, Mbezi P, Odera J. Cost evaluation of PMTCT Programmes. *MedGenMed* 2004; 6(3):TuPeC4953. (Abstract und Poster)
- **4th Berlin Symposium Sex and Gender in Medicine**, 2007: **Theuring S**, Mbezi P, Jordan B, Kunz A, Harms G. Assessment on male involvement in ANC/PMTCT services in Mbeya Region, Tanzania. (Kurzvortrag und Poster, ausgezeichnet als "Best poster in the area of health care/prevention research")

- **17th International AIDS Conference**, Mexico City, 2008: **Theuring S**, Mbezi P, Jordan B, Kunz A, Harms G. Assessment on male partner involvement in ANC/PMTCT services in Mbeya region, Tanzania. TUPE0680. **(Abstract und Poster)**
- **15th International Conference on AIDS and STIs in Africa**, Dakar, Senegal, 2008: Mbezi P, **Theuring S**, Kunz A, Jordan B, Harms G. Scaling-up of PMTCT services in Mbeya Region, Tanzania. **(Abstract)**
- **101. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin**, 07. November 2009, München: **Theuring S.** „Prevention of mother-to-child transmission of HIV: Strengths and Pitfalls“ **(Vortrag)**
- **18th International AIDS Conference**, Vienna, 2010: **Theuring S.**, P. Nchimbi, P. Mbezi, B. Jordan-Harder, G. Harms. Implementing strategies to increase partner participation in PMTCT services in Mbeya Region, Tanzania. MOPE0269 **(Abstract und Poster)**
- **18th International AIDS Conference**, Vienna, 2010: **Theuring S.**, P. Nchimbi, P. Mbezi, B. Jordan-Harder, G. Harms. Partner integration into PMTCT services in Mbeya Region, Tanzania: The providers' perspective. MOPE0233 **(Abstract und Poster)**
- **18th International AIDS Conference**, Vienna, 2010: **Theuring S.**, J. Sewangi, I. Kirsten, F. Durance, J. Ziske, A. Kunz, D. Pilger, B. Jordan-Harder, G. Harms. PMTCT combination prophylaxis: The challenge of adherence to a complex regimen during pregnancy in Kyela, Tanzania. MOPE0267 **(Abstract und Poster)**
- **6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention**, Rome, 2011: **Theuring S.**, Kirsten I., Sewangi J., Dugange F., Ziske J., Kunz A., Jordan-Harder B., Hauser A., Harms G. Adherence to combination prophylaxis throughout all stages of PMTCT intervention is difficult to achieve in a peripheral Tanzanian setting. TUPE276 **(Abstract und Poster)**
- **7th European Congress on Tropical Medicine and International Health**, Barcelona, 2011: **Theuring S.**, Kirsten I., Sewangi J., Dugange F., Ziske J., Kunz A., Jordan-Harder B., Hauser A., Harms G. Prevention of mother-to-child transmission of HIV: Adherence to combination prophylaxis is difficult to achieve in a peripheral Tanzanian setting” T2P2-05 **(Abstract und Vortrag)**

Selbständigkeitserklärung

Ich, Stefanie Theuring, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Integration männlicher Partner in die pränatale Gesundheitsversorgung zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV in Tansania“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Diese Arbeit entstand während meiner Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit, Charité-Universitätsmedizin Berlin. Die meiner Arbeit zugrundeliegenden Forschungsvorhaben wurden vom Sektorvorhaben HIV/AIDS der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) finanziert.

Mein aufrichtiger und herzlicher Dank gilt meiner Betreuerin Frau Prof. Dr. Gundel Harms für ihre fortwährende Unterstützung und ihr großes Vertrauen in meine Arbeit.

Ich danke auch meinen Kolleginnen Dr. Andrea Kunz und Andrea Hauser, die mir in allen Belangen freundschaftlich und hilfsbereit zur Seite standen und damit zur Entstehung dieser Arbeit wesentlich mit beitrugen. Dr. Brigitte Jordan-Harder möchte ich sehr für ihre beherzte Unterstützung in der Umsetzung meiner Forschungsvorhaben in Tansania danken. Außerdem danke ich meinen tansanischen Kollegen Dr. Paulina Mbezi, Philo Nchimbi und Dr. Julius Sewangi, die mich immer wieder mit Herzenswärme und großem Elan empfangen und dafür sorgten, dass unsere Zusammenarbeit eine Bereicherung für mich darstellte.

Weiterhin gilt mein großer Dank meiner Familie, insbesondere Andreas Bernard, Jutta Schäffer-Theuring, Carolin Theuring, Nicola Gedik, und ganz besonders auch meinem Sohn Nicolas. Sie alle entlasteten und unterstützten mich während der Entstehung dieser Arbeit in vielerlei Hinsicht, und ermöglichten mir nicht zuletzt auch meine Reisen nach Tansania.

Ich danke euch von ganzem Herzen!