

⁶ G. Pieterse, 1996, xi.

⁷ Vgl. Isabel A. Phiri, *Women Presbyterianism and Patriarchy. Religious Experiences of Chewa Women in Central Malawi*, Blantyre 1997.

⁸ Sam Oleka, *The Authority of the Bible in the African Context*, in: Samuel Ngewa Mark Shaw/Tite Tieno (Hg.), *Issues in African Christian Theology*, Nairobi 1998, 75-103.

⁹ Musa Dube (Hg.), *HIV/AIDS and the Curriculum: Methods of Integrating HIV/AIDS in Theological Programs*, Genf 2003, 224.

¹⁰ Stuart C. Bate OMI, *Responsible Healing in a World of HIV and AIDS*, in: ders. (Hg.), *Responsibility in the Time of AIDS: a pastoral Response by Catholic Theologians and AIDS Activists in Southern Africa*, Pietermaritzburg 2003, 158-159.

¹¹ Dorothy Scarborough, *HIV and AIDS: The Response of the Church*, in: *Journal of Constructive Theology* 7 (1. Juli 2001), 3-16.

¹² Musimbi Kanyoro, *Introducing Feminist Cultural Hermeneutics: An African Perspective*, Sheffield 2002, 24.

Aus dem Englischen übersetzt von Franz Schmalz

Das HIV/Aids-Szenario in Indien

|| Die Prävention der Übertragung von der Mutter auf das Kind in einem ländlichen Bezirk in Südindien

N. Matthew Samuel

Hintergrund

In Indien wurde der erste Fall von Aids 1986 entdeckt. Seitdem steigt die Zahl der Fälle beständig und beläuft sich derzeit auf 5,7 Millionen. Was die geschätzte Anzahl der HIV-Infizierten angeht, hat Indien Südafrika inzwischen überholt. Im Jahr 2006 dachten wir über die 25 Jahre nach, die seit dem Bericht der US-Gesundheitsbehörde CDC über die ersten Fälle in den USA vergangen sind. Wir machten uns ebenso Gedanken über die Epidemien bei uns in Indien, über die damit verbundene Dynamik, die verfolgten Präventionsstrategien, ihre Stärken und Schwächen.

Wir sind seit den frühen 90er Jahren an der HIV/Aids-Arbeit beteiligt. Als medizinische Hochschule hatten wir das Anliegen, unserem Lehrkörper und unseren Studenten Informationen zu vermitteln. Wann auch immer wir über HIV/Aids sprachen, konnten wir anfangs nur sagen, dass es zum Tode führen wird, da es keine geeigneten Medikamente gab, die im Umfeld der öffentlichen

Gesundheitspflege eingesetzt werden konnten. Wenn wir über Prävention diskutierten, ging es ausschließlich um Kondomgebrauch. 1995 stellte sich heraus, dass eine HIV-Übertragung von einer infizierten Mutter auf ihr Kind mit Hilfe von AZT (Studie 076) verhindert werden kann, wenn es während der Schwangerschaft eingenommen wird. Das waren gute Neuigkeiten, und wir begannen mit der Verabreichung von AZT (mit einigen Modifikationen) an HIV-infizierte Schwangere auf dem Land.

Gleichzeitig erhielten wir Briefe von Allgemeinmedizinerinnen aus einem kleinen ländlichen Bezirk, die uns darüber informierten, dass sie in ihren Praxen Fälle von HIV/Aids beobachteten, und die uns um unsere Hilfe baten, ihre Diagnosen zu bestätigen. Dies war für uns Veranlassung, den ländlichen Bezirk für weitere Untersuchungen aufzusuchen. Ein Student führte eine Studie durch, um die Infektionsrate bei Schwangeren in Namakkal zu beobachten, und stellte fest, dass diese bei 6 Prozent lag. Dies veranlasste uns, dorthin zurückzugehen und weitere Studien durchzuführen. Zur selben Zeit untersuchte unsere Gruppe die Anzahl der HIV-positiven schwangeren Frauen in der Großstadt Chennai in vier großen öffentlichen Einrichtungen. Die Verbreitung von HIV lag hier unter 1 Prozent. Es wurde klar, dass HIV nicht gleichmäßig verbreitet ist, sondern in unterschiedlichen Häufungen auftritt. Wir haben gelernt, dass das Virus in den verschiedenen Teilen des Landes unterschiedlich stark verbreitet ist und dass das, was man in einem Bezirk beobachtet hat, in einem anderen nicht ebenfalls so sein muss.

Das Zentrum zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung in Namakkal

Der Bezirk Namakkal liegt 400 Kilometer von der Stadt Chennai entfernt und kann nur mit dem Bus oder Auto erreicht werden ... Er ist wie ein vom Land umschlossener Bezirk, zu dem nur die Straße hinführt. Die Einwohner des Bezirks sind größtenteils Fernfahrer und Landarbeiter. Es gibt eine hohe Migrationsrate von Männern und Frauen, die auf der Suche nach Arbeit sind. Die meisten Menschen in Namakkal haben eine ländliche Prägung; der Großteil von ihnen wurde nur zeitweise unterrichtet; wenige haben die Grundschule besucht. Das dortige Zentrum zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung ist in Indien die erste Einrichtung dieser Art auf dem Land. Es wurde im Jahr 2000 im staatlichen Krankenhaus des Bezirks errichtet. Folgende Dienste werden dort angeboten:

- Beratung und Tests auf freiwilliger Basis
- Vertrauliche Beratung nach erfolgter Aufklärung
- Antiretrovirale Prophylaxe AZT und NVP
- Versorgung zu Hause
- Beratung zu den Möglichkeiten des Stillens
- Familienplanung

Dieser Bericht bezieht sich auf unsere Erfahrungen bei der Errichtung des

Zentrums und was wir dabei beobachtet und gelernt haben. Insbesondere Fragen der Ethik, mit denen man konfrontiert wird, werden hervorgehoben.

Beratung und Tests auf freiwilliger Basis

Bei den meisten schwangeren Frauen, die pränatale Dienste aufsuchen, handelt es sich um junge Frauen Anfang 20. Diese Frauen werden zunächst in einer Gruppensitzung beraten, die der klinischen Dokumentation vorausgeht. Sie erhalten Informationen über Ernährung, sexuell übertragbare Infektionen und über HIV/Aids.

Die Frauen kommen in die Krankenhäuser, um sich ihre Schwangerschaft bestätigen zu lassen und um zu erfahren, ob ihr Kind gesund ist. Einige Frauen kommen nach ihrem ersten Besuch bis zur Entbindung nicht mehr zu weiteren Beratungen, während andere ihre monatlichen Termine einhalten. Die Frauen tragen die Lasten der Familie, indem sie sich um das Zuhause kümmern, weiter arbeiten gehen und Geld zum Leben mit nach Hause bringen. Daher ist es schwierig für sie, sich auf den Weg ins Zentrum zu machen, weil sie auf diese Weise einen Tageslohn verlieren, der für ihr Überleben von Bedeutung ist. Aus diesem Grund haben wir inzwischen fünf Kliniken an verschiedenen Standorten in Wohngebietsnähe errichtet. Diese wurden von der Öffentlichkeit begrüßt ...

Bis heute wurden insgesamt 29.789 Frauen beraten und getestet. Bei 29.649 (99,5 Prozent) von ihnen kamen Schnelltests zur Anwendung. 519 Frauen (1,75 Prozent) wurden HIV-positiv getestet. Die Frauen müssen warten, bis die Ergebnisse vorliegen; 98 Prozent von ihnen holen die Testergebnisse dann auch tatsächlich ab. Nach den Beratungsstunden sind wir häufig überrascht, wie viele von ihnen den Krankheitsverlauf und die Folgeerscheinungen wirklich verstehen.

Vertrauliche Beratung nach erfolgter Aufklärung

Vor dem Test wird die Einwilligung nach erfolgter Aufklärung (*informed consent*) der Frauen eingeholt. Die schriftliche Einwilligung ist in der örtlichen Sprache verfasst, und die Berater erklären sie den Frauen ausführlich, bevor sie deren Einwilligung einholen.

Dies stellt ein großes Problem dar. Häufig sind wir uns nicht ganz sicher, ob die Frauen die Einwilligung verstehen, die sie uns gerade gegeben haben. Die Einwilligung bezieht sich auf die Tests und, wenn der Aidstest positiv ausgefallen ist, darauf, Medikamente zur antiretroviralen Prophylaxe zu bekommen. Nach einem positiven Testergebnis beraten wir die Frauen einzeln und, wenn die Patienten einverstanden sind, häufig auch den Partner und das Familienmitglied, das für die Versorgung der infizierten Person verantwortlich ist. Diesen Sachverhalt nennen wir „geteilte Vertraulichkeit“ – ein Begriff, der im Umfeld der beschränkten Ressourcen benutzt wird. Wir schützen grundsätzlich die Rechte der Individuen,

passen diesen Maßstab aber auch an die örtlichen Gegebenheiten und insbesondere den kulturellen Kontext an. Jedoch birgt dieser Ansatz auch eine Gefahr, da manche der Klientinnen die Informationen missbrauchen können!

Antiretrovirale Prophylaxe AZT und NVP

In der Anfangszeit haben wir AZT als einziges Medikament über längere Zeiträume verabreicht, später sind wir zur Kurzzeittherapie mit AZT übergegangen. Dem folgte die Gabe einer einzigen Dosis Nevirapin an die Mutter und einer einzigen Dosis an das Kind innerhalb von drei Tagen nach der Geburt, was in den Entwicklungsländern zur Standardversorgung gehört. Wir sind uns auch darüber im Klaren, dass eine einzige Dosis Nevirapin eine Resistenz gegen das Medikament erzeugen kann und dass dann, wenn den Frauen dies passiert, die künftige Einnahme des Medikaments in der Kombinationstherapie von Schaden ist.

Das Dilemma besteht zwischen dem, was wir wissen und was wir nicht so sicher wissen, und der Frage, wie viel Informationen dem Patienten zur Verfügung gestellt werden muss! Wir wissen, dass die antiretroviralen Medikamente, die zur Prophylaxe eingenommen werden, einen Schutz bieten, der bei 45-65 Prozent liegt. Wie kann man das einer Frau auf dem Land vermitteln, die den in der Gesundheitsfürsorge Beschäftigten anschaut, als habe er Wunderwaffen und Zauberlösungen für ihre Probleme?

Versorgung zu Hause

Wir haben festgestellt, dass die Mehrheit unserer Patienten nicht an Folgeberatungen im Krankenhaus teilnimmt. Die Gründe hierfür liegen in den großen Entfernungen zum Krankenhaus, im Verlust eines Tageslohns, in den manchmal langen Wartezeiten auf den Bus, in der unfreundlichen Art mancher Gesundheitsberater und in dem Stigma, das mit dem Besuch eines HIV/Aids-Zentrums verbunden wird. Diese Liste kann beliebig fortgesetzt werden!

Wir haben erfahren, dass die Frauen, wenn man Hausbesuche macht, sich viel wohler fühlen mit den Fragen, die sie am meisten beschäftigten. Dagegen war ihnen das Umfeld der Gesundheitsfürsorge bei der Interaktion nicht förderlich. Wir haben gelernt, dass die Beratung kein einmaliges Thema ist, sondern ein

Der Autor

Prof. Dr. N. Matthew Samuel studierte Medizin in Vellore und später in London, wo er zu Fragen der Immunologie und Mikrobiologie promovierte. Seit 1991 ist er Professor an der Tamilnadu Dr. MGR Medical University in Chennai, Südindien. Er ist der Gründer der Aids-Gesellschaft von Indien. Zugleich vertritt er Asien und Ozeanien in der Internationalen Aids-Gesellschaft. Er gehört außerdem dem Wissenschaftlichen Beirat der Organisation Global Strategies for HIV Prevention in den USA an. Anschrift: Department of Experimental Medicine and AIDS Research Center, TN DR MGR Medical University, Chennai-600032, Indien. E-Mail: nms_mds@yahoo.com.

fortwährender Prozess, der den Frauen immer wieder angeboten werden muss. Sie wissen es zu schätzen, dass sie Fragen stellen dürfen, und können mit Leichtigkeit über Themen diskutieren, die sich auf ihre Partner, die Stillgewohnheiten und die Optionen für das Kind beziehen. Die Besuche zu Hause bieten den Gesundheitsdienstmitarbeitern auch die Möglichkeit, „Pillenzählungen“ durchzuführen und herauszufinden, ob die Frauen ihre Medikamente mit anderen Familienmitgliedern teilen - ein Problem, das in unseren Programmen häufig beobachtet wird, insbesondere, wenn mehr als ein Familienmitglied HIV-infiziert ist. Das ethische Dilemma, mit dem man konfrontiert wird, liegt in der Vertraulichkeit und Identität, wenn die Gesundheitsdienstmitarbeiter die Frauen zu Hause besuchen. Es ist wahrscheinlich, dass die Nachbarn wissen, warum die Gesundheitsdienstmitarbeiter eine bestimmte Familie häufig besuchen. Dies führt zu einer Stigmatisierung innerhalb der Gemeinschaft. Wir haben auf mehrere Arten versucht, die Identität der Gesundheitsdienstmitarbeiter zu verbergen: Sie parkten ihre Fahrzeuge in einiger Entfernung vom Zuhause der Frauen und kleideten sich in Zivil. Leider vergeblich!

Beratung zu den Möglichkeiten des Stillens

Das Stillen ist ein weiterer Weg, auf dem die Mutter HIV auf das Neugeborene übertragen kann. In den Industrienationen wird das Stillen nicht befürwortet, stattdessen sind Muttermilchersatzprodukte die Norm.

Es ist nicht zu empfehlen, in Indien auf dem Lande einen ähnlichen Weg einzuschlagen. Muttermilchersatzprodukte werden in den Städten Indiens, abhängig vom wirtschaftlichen Status der Familien, befürwortet. In unseren Kliniken ist es üblich, dass die Mutter selbst entscheidet, ob sie stillen will oder nicht. Nach einer Beratungssitzung erklärt sich die Mehrheit der Mütter damit einverstanden, ihre Säuglinge nicht zu stillen. Schließlich ist es der Wunsch einer jeden Mutter, für ihren Säugling das Beste zu tun. So praktizieren sie diese Methode in den ersten ein oder zwei Monaten, stellen dann aber fest, dass es ihnen unmöglich ist, damit fortzufahren, weil die Muttermilchersatzprodukte teuer sind. Also greifen sie auf gemischte Mahlzeiten zurück und benutzen verunreinigtes Wasser, was dem Kind dann eher schadet und eine HIV-Übertragung begünstigt.

Wir sind uns darüber im Klaren, dass so die Realität in einem Umfeld der beschränkten Ressourcen aussieht, fühlen uns aber „unwohl“ damit, unterschiedliche Strategien zu haben, deren Grundlage der wirtschaftliche Aspekt ist.

Familienplanung

Indiens Bevölkerung umfasst 1,2 Milliarden Einwohner und wird in den nächsten drei Jahrzehnten wahrscheinlich China als bevölkerungsreichste Nation der Welt ablösen. Für die Armen sind Kinder eine Bereicherung, sozusagen eine

Sozialversicherung für die Eltern. Mit diesem Stolz wünschen sich die meisten Frauen mehr Kinder und sträuben sich dagegen, die Kinder in vernünftigen Zeitabständen zu bekommen. Man muss auch verstehen, dass sie sich nicht sicher sein können, ob das Neugeborene seinen fünften Geburtstag erleben wird! Manchmal merken wir, dass unsere Beratungsbemühungen hierzu wie eine verlorene Schlacht sind, aber wir machen weiter mit dem Vorsatz, dass weniger, aber gesunde Kinder der Stolz einer Familie sind.

Manche Mütter möchten ihre Schwangerschaft abbrechen, nachdem sie erfahren haben, dass HIV von der Mutter während der Schwangerschaft und danach über die Muttermilch auf das Kind übertragen werden kann. Es ist ein echtes Dilemma, ob man ihnen zu einem Abbruch raten soll oder nicht. Aber wir sind uns auch darüber im Klaren, dass alle aktuellen Gesundheitspläne in der Praxis keine 100-prozentige Prävention bedeuten. Also liegt das ethische Dilemma für den Anbieter von Leistungen der Gesundheitsfürsorge in der Frage: Was ist die richtige Botschaft, die ich der Mutter geben sollte?

Manchmal fragen die Mütter uns Berater und Ärzte, was wir in einer solchen Situation tun würden! Das Leben muss geschützt werden, und es gibt Präventionsstrategien, die das Leben unterstützen können.

Abschließende Bemerkung

HIV/Aids infiziert die sexuell aktivsten Altersgruppen. Der Tod tritt in den nächsten 5-10 Jahren ein. Mit anderen Infektionen zusammen, wie der Tuberkulose, kann es in einigen Fällen sogar noch schneller zum Tod kommen. Wir in Indien müssen für drei Epidemien wirksame Lösungen vorbereiten - für die Epidemie von HIV/Aids, die Epidemie der Tuberkulose und die dritte, ebenso bedeutende Epidemie der Stigmatisierung und Diskriminierung.

Wir alle müssen jetzt handeln, um kommende Generationen vor HIV/Aids zu schützen.

Die Zeit zu handeln ist *jetzt*.

Aus dem Englischen übersetzt von Susanne Bayer