

Hospitationen für Pflegepersonal in Kapstadt / Südafrika

Seit 2008 organisiere ich jedes Jahr in verschiedenen Kinderkliniken in Kapstadt/Südafrika, ein Austausch- und Hospitationsprogramm für deutsche und südafrikanische Pflegekräfte (hauptsächlich) und Angehörige anderer medizinischer Berufe. In Gruppen mit maximal 10 Teilnehmern werden wir Dank der uns aufnehmenden Kliniken jedes Mal auf's Neue herzlich und umfassend eingeführt in die Strukturen der Gesundheitsversorgung der verschiedenen Kliniken. Allen Teilnehmern, die bislang mitgefahren sind, blieb vor allem diese ausgesprochene Gastfreundschaft, Herzlichkeit und im positiven Sinne Neugier auf uns und unsere Arbeits- und Lebenswelt in Erinnerung.

Und so hat es begonnen: Im Dezember 2007 bin ich auf das G-plus-Zentrum der Robert Bosch Stiftung aufmerksam geworden. Das G-plus-Zentrum im internationalen Gesundheitswesen ist ein Projekt der Universität Witten/Herdecke Forschungsgesellschaft mbH und förderte damals mittels finanzieller und organisatorischer Unterstützung Hospitationen im Ausland für engagierte Pflegefachkräfte, die sich in Projektverantwortung oder Leitungspositionen befanden. Damals war ich Bereichsleitung der Perinatologischen Intensivstation des Kinder- und Jugendzentrums der Universitätsmedizin Mainz. Derzeit arbeite ich in Worms im Bereich der Fachweiterbildung Pädiatrische Intensivpflege.

„Eine Nabelschnur hat immer zwei Enden und Mainz kann unmöglich das einzige Nabelende der Welt sein“ war mein Gedanke und meine Entscheidung, *wo* ich denn hinwollte, stand relativ schnell fest. Nach Afrika. *Afrika* als immer noch sogenannter „Dritte-Welt-Kontinent“ und speziell nach *Südafrika*, weil gerade dieses Land eine ausgeprägte Mischung zwischen afrikanischer Tradition und westlicher Anbindung zeigt.

Die zentrale Fragestellung meines Hospitationsvorhaben war es, zu erfahren, wie in Südafrika, das sich auf einem mit Deutschland vergleichbar hohen medizinischen Versorgungsniveau befindet und über entsprechende technisch-medizinische Ausstattung verfügt, die *pflegerische* Versorgungsqualität deutlich wird. Das besondere Augenmerk sollte dabei auf der Betreuung von kleinsten Früh- und kranken Neugeborenen liegen.

Es interessierte mich, inwieweit der südafrikanische Staat 2008, zum damaligen Zeitpunkt vierzehn Jahre nach Ende der Apartheid, sein Engagement zu verdeutlichen in der Lage ist, medizinische und vor allem pflegerische Versorgungskompetenz zukunftsweisend zu demonstrieren und allen Bevölkerungsgruppen zugänglich zu machen.

Eine weitere Fragestellung war, welche Lobby auf politischer, medizinischer oder gesellschaftlicher Ebene in Südafrika speziell für ganz kleine Frühgeborene existiert. Eine Patientengruppe, bei der es in Deutschland schon seit vielen Jahren keine Frage mehr ist, *ob*, sondern allenfalls *wie* oder *wo* die kleinsten oder kränksten Früh- und Neugeborenen versorgt werden! Wie gestaltet sich die Nachsorge dieser Kinder? Ist das pflegerische Arbeiten anders strukturiert und inhaltlich beeinflusst von einem Familiengefüge, das sich unterscheidet von dem in Deutschland?

Gastgebende Kliniken waren das Red Cross War Memorial Children's Hospital und das Mowbray Maternity Hospital.

Das Red Cross War Memorial Children's Hospital, kurz RXH, ist mit knapp 330 Betten und ca. 18.000 stationären Patienten pro Jahr die größte Kinderklinik südlich der Sahara und Lehrkrankenhaus der University of Cape Town (UCT). Es handelt sich um eine staatliche Klinik. Sämtliche Fachabteilungen der Pädiatrie sind hier vorhanden, wie z.B. Infektiologie, Säuglinge, Gastro-Enterologie, Kinderchirurgie, Neurochirurgie und Neuropädiatrie, Endokrinologie, Kardiologie usw., sowie auch große Funktionsabteilungen für bildgebende Verfahren wie beispielsweise das MRT, Echokardiographie und Herzkatheterlabor.

Außerdem verfügt das RXH über eine sehr große *burns unit* mit ca. 1800 Verbrennungspatienten pro Jahr, eine *trauma unit* mit angeschlossenem OP-Trakt, der in den letzten zwei Jahren noch einmal technisch komplett überholt wurde und der auf derselben Etage ansässigen PICU (**p**ediatric intensive care unit), ebenfalls in den letzten beiden Jahren umgebaut, vergrößert und modernisiert wurde und über diverse Spezialambulanzen.

Einzig über eine NICU (**n**eonatal intensive care unit) für Früh- und Neugeborene verfügte das RXH damals nicht. Diese Kinder wurden bisher in der ca. 2 km entfernt liegenden Frauenklinik des Mowbray Maternity Hospital betreut. Die Zusammenarbeit zwischen den Häusern ist allerdings existent und essentiell, werden doch erkrankte Frühgeborene, die sich einer Operation oder speziellen und aufwändigen Diagnostikverfahren zu unterziehen haben, eigens für diese Prozeduren in das RXH überführt, dort auf der PICU versorgt, um dann nach einigen Tagen wieder in das Mowbray Maternity Hospital zurückverlegt zu werden.

Das Mowbray Maternity Hospital ist ebenfalls eine staatliche Klinik, die größtenteils, aber nicht nur von der schwarzen Bevölkerung aufgesucht wird. Monatlich werden dort zwischen 800 und 900 Babies geboren.

1. Das Red Cross War Memorial Children's Hospital

Auf der Station E1 (*ward E1*) des Red Cross War Memorial Children's Hospital werden insgesamt bis zu 24 Kinder im Alter von 0 – 12 Jahre betreut. Die Hälfte der Kinder haben kardiochirurgische Eingriffe hinter sich und müssen kreislaufmäßig so stabil sein, daß sie von der PICU weiterverlegt werden können. Die andere Hälfte der Betten wird belegt von HNO-Patienten, die meisten von ihnen sind tracheotomiert.

Der Mangel gerade an qualifiziertem Fachpersonal war damals und ist auch heute leider noch jeden Tag aufs Neue spürbar. Viele gut ausgebildete Pflegekräfte wandern wegen Arbeitsplätzen mit deutlich besserer Bezahlung nach Saudi-Arabien und in die Vereinigten Arabischen Emirate aus.

Somit muss mehrmals in der Woche auf Mitarbeiterinnen aus Agenturen (*agencies*) zurückgegriffen werden. Das hat natürlich den Nachteil, daß diese nicht unbedingt über Erfahrung in der Kinderkrankenpflege verfügen, weder das Haus, die Station, das Team oder die Patienten kennen, alle paar Tage woanders arbeiten und kurzfristig absagen, wenn sie ein besseres Arbeitsangebot erhalten.

Das Pflegepersonal arbeitet in zwei Schichten zu je 12 Stunden; von 7 Uhr morgens bis 19 Uhr abends und von 19 Uhr abends bis 7 Uhr morgens. Mir wurde als ein Grund hierfür die Gefährdung der Mitarbeiterinnen bei Fahrten spät abends stadtauswärts nach Hause oder in die Stadt hinein genannt. Grundsätzlich lassen sich die Dienstpläne durch die 12-Stunden-Schichten auch einfacher planen.

Die verschiedenen Ausbildungsgrade der *nurses* (nach außen erkennbar durch Abzeichen an den Epauletten ihrer Uniformen) berechtigen und befähigen sie sehr unterschiedlich zu einzelnen

pflegerischen Handlungen. So konnte ich mich manchmal nicht des Eindrucks erwehren, auf ausgeprägte Weise Elemente der Funktionspflege zu finden. Dies geschah nicht immer in Übereinstimmung mit den Interessen der Patienten, ist vielleicht auch ein Ergebnis der zahlenmäßig fehlenden Fachkräfte. Pflegeplanung und Pflegedokumentation gestaltet sich deutlich anders als bei uns. Es gibt Vordrucke, auf denen pflegerisch relevante Tätigkeiten im Ankreuzverfahren nach Erledigung entsprechend gekennzeichnet werden. Freizeilen, die zur Verfügung stehen, werden im Laufe eines längeren Krankenhausaufenthaltes von den betreuenden *registered nurses* genutzt, bei Kurzliegern eher selten. Pflegeplanung ist im Lehrplan der Auszubildenden enthalten, im Arbeitsalltag habe ich eine schriftlich fixierte Planung nur gelegentlich bei tracheotomierten Patienten gesehen im Zusammenhang mit der Aushändigung des Begleitskripts für die Eltern.

Die *ward E1* nimmt als einzige Station einer Kinderklinik im subsaharischen Afrika Kinder auf, deren respiratorische Probleme nicht anders als mit Anlage eines Tracheostomas beherrscht werden können. Indikationen für eine Tracheotomie sind in Südafrika zum Teil natürlich deckungsgleich mit denen in Deutschland. Aber ich habe auch Krankheitsbilder gesehen, die in Deutschland so gut wie nicht (mehr) existent sind, z.B. ein Kind mit einer ausgeprägten Rachitis aufgrund massivsten Calciummangels oder ein Kind mit Hypothyreose-Kretinismus (tracheotomiert wegen Tracheomalazie und riesiger Struma).

Nach Absprache zwischen den örtlich behandelnden Chirurgen, Pädiatern und Neuropädiatern etc. wird die Platzkapazität im RXH abgefragt und Kinder kommen auch schon mal Kinder aus Namibia, Zimbabwe oder Malawi nach Kapstadt. Die Operation und der Aufenthalt der Kinder wird in solchen Fällen häufig über Spenden der *Friends of the Children's Hospital Association* finanziert.

Nach der Operation und einigen postoperativen Tagen auf der PICU kommen die Kinder mit ihren Müttern, seltener mit den Vätern, auf die *ward E1*, um so schnell wie möglich mit Hilfe des *Tracheostomy and Ventilation Home Care Program* auf ihre Entlassung vorbereitet zu werden.

Hauptsächlich übernimmt hier Jane Booth, eine hochqualifizierte Mitarbeiterin, die Anleitung der Eltern, wird aber unterstützt von den *Registered Nurses (RN)* der Station. Nur eine *RN* darf geplant eine Kanüle wechseln, Medikamente verabreichen oder einen Verbandswechsel vornehmen. Temperatur messen, wickeln, füttern oder waschen dürfen auch Hilfskräfte ohne entsprechend qualifizierte pflegerische Ausbildung, die sogenannten *enrolled nurses*.

Das *Tracheostomy and Ventilation Home Care Program* sieht vor, daß vorrangig die Mütter während des etwa vierwöchigen Krankenhausaufenthaltes lernen, mit dem Trachestoma ihres Kindes umzugehen, dann einschätzen können sollten, wann Interventionen wie z.B. Absaugen oder ein Kanülenwechsel stattfinden müssen und auch Haut- oder Sekretveränderungen beurteilen zu können. Vor der Entlassung werden die Familien mit Material zur Versorgung eingedeckt, wie etwa einer Absaugpumpe, Absaugkathetern oder Ersatzkanülen.

Das RXH ist ein staatliches Krankenhaus, somit ist für die Patienten jegliche Behandlung (auch die Anschlussbehandlungen am Wohnort) und auch die Versorgung mit Medikamenten und Gebrauchsmaterial sowie die Unterkunft der Eltern im Krankenhaus selbst oder in dem der Klinik angeschlossenen Elternhaus, kostenfrei. Das staatliche Gesundheitssystem in Südafrika finanziert sich aus Steuereinnahmen. Bei einer Arbeitslosenquote von 40 % - 70% bei der schwarzen Bevölkerung kann man sich vorstellen, daß die Kassen des Gesundheitswesens nicht gerade üppig gefüllt sind. Das hat zur Folge, daß für Patienten der ausschließlich staatlichen Versorgung medizinisches Bedarfsmaterial nicht immer sofort oder ausreichend zur Verfügung steht. Hier springt die dem RXH angeschlossene „*Friends*“- Stiftung ein. *Kein Patient geht unversorgt nach Hause.*

Gut verdienende Südafrikaner sind in der Regel über private Versicherungen im Krankheitsfall abgesichert.

2. Das Mowbray Maternity Hospital

Die NICU-Abteilung in dieser Frauenklinik ist in vier Bereiche unterteilt. Insgesamt liegen in der Abteilung 24 Kinder, für die sich dreizehn Plätze im Bereich der *intensive care* befinden und elf auf der *high care* und *special care*. Der *KangarooMotherCare (KMC)*-Bereich verfügt über zwei Zimmer mit je acht Betten für Frauen mit ihren Babies. Besonders die *intensive care* und die *KangarooMotherCare*- Bereiche habe ich mir näher angeschaut.

Auf der *intensive care* liegen zu früh geborene Babies und schwer erkrankte Neugeborene. Die Gründe für eine Frühgeburtlichkeit sind ähnlich denen in Deutschland (vorzeitige Wehentätigkeit, Blutungen, Cervixinsuffizienz, Infektionen). Dazu kommen aber noch sehr häufig unüberwachte (Teenager-)Schwangerschaften. Viele Frauen bemerken oder akzeptieren ihre Schwangerschaft erst spät. Leider sind es oft die schlechten Transportmöglichkeiten in die Frauenklinik selbst, weswegen Risikoschwangere schlicht und einfach zu spät aufgenommen werden können. Eine häufige Begleiterscheinung ist tatsächlich die dadurch auftretende Asphyxie des Neugeborenen und die entstehende Hypoxämisch-Ischämische Enzephalopathie.

HIV-Infektionen oder Tuberkulose-Erkrankungen sind nicht ungewöhnlich. Südafrika hat eine der höchsten HIV-Infektionsraten der Welt, nach „UNAids“-Berechnungen von 2007 handelt es sich um ~32 % der Bevölkerung, die mit dem Virus infiziert sind. In den letzten 10 Jahren gab es aufgrund deutlich verbesserter Aufklärung, Vorsorge und vor allem Ausgabe von antiretroviralen Medikamenten erheblich weniger Neuinfektionen, die Lebenserwartung der Menschen ist deutlich gestiegen, wenngleich die Zahlen der HIV-Infizierten mit ca. 25% immer noch zu den höchsten weltweit gehören.

HIV-infizierte Schwangere werden in Deutschland in der Regel und nach Möglichkeit per Sectio entbunden, um für das Neugeborene das Risiko einer Kontamination mit Viren unter der Geburt so gering wie möglich zu halten. Dieser Entbindungsmodus ist in Südafrika nicht zwangsläufig der gängige Weg. Die HIV-Infektionsrate bei Kindern unter 5 Jahren liegt bei ~11%. Antiretrovirale Medikamente stehen allerdings postpartal ausreichend und ebenfalls kostenlos zur Verfügung.

Seit 2013 wird auch das Stillen bei HIV-Infektion empfohlen. HIV-infizierte Mütter, die dieser Empfehlung nachkommen, erhalten für ihre Kinder in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes antiretrovirale Medikation und kontinuierliche Testungen und, wenn nötig, lebenslang antiretrovirale Medikamente.

3. Ausbildung

Das Ausbildungssystem der Pflegekräfte zur *registered nurse* sieht einen in die pflegerische Ausbildung integrierten Werdegang zur Hebamme vor, so daß nach Beendigung der vierjährigen College-Zeit eine *registered nurse* auf einer Entbindungsstation sowohl in der Geburtshilfe tätig sein kann als auch in der pflegerischen Versorgung der Wöchnerinnen einsetzbar ist, und – völlig entgegengesetzt zur fachlich getrennten Ausbildung in Deutschland - ebenso die kranken Früh- und Neugeborenen betreuen darf. Nach der vierjährigen College-Ausbildung werden weiterführende Qualifikationen in der Regel angestrebt, um eine besondere Expertise vorweisen zu können und im gewünschten Einsatzbereich dauerhaft(er) zu arbeiten.

Es gibt auch kliniksinterne Weiterbildungskurse, z.B. zur „Fachkraft für die Versorgung von kranken Früh- und Neugeborenen“. Diese zusätzlichen Qualifizierungen sind aber von Dauer, Inhalt und Prüfungsvorgaben nicht provinziell- oder landeseinheitlich geregelt und verfügen deshalb auch nicht über eine landesweite Anerkennung.

Am Mowbray Maternity Hospital dauert dieser Kurs zwischen vier und sechs Monate. Jede Woche ist ein Tag für den theoretischen Unterricht vorgesehen, der von jeweiligen Fachdozenten des Hospitals abgehalten wird. Teilnehmen dürfen ausschließlich *registered nurses*. Die Kurse selbst sind kostenlos und die Teilnehmerinnen sind der Klinik bei einem Ausscheiden aus dem Arbeitsvertrag weder zu Rückzahlungen verpflichtet, noch gehen sie andere Verbindlichkeiten. Im *intensive care*-Bereich der Abteilung gibt es, wie im Red Cross Hospital auch und ebenso aus den gleichen Gründen, zu wenig fachlich hoch qualifiziertes Pflegepersonal.

Auch im Mowbray Maternity Hospital behilft man sich mit Personalausleihe von *agencies*, was nicht unbedingt von Vorteil für die Patienten ist. Wie schon im Red Cross Hospital, wurden auch hier die unterschiedlich erworbenen Qualifikationen eher in funktionsprinzipmäßiger Versorgung an die Patienten weiter getragen. Während eine *assistant nurse* beispielsweise die Grundpflege wie Waschen und Füttern an mehreren Kindern durchführt, ist eine *registered nurse* ausschließlich dafür zuständig, daß alle 24 Patienten der Abteilung ihre Medikamente erhalten.

Mitunter war und bin ich nicht sicher, wie das für die Grundpflege zuständige Personal befähigt zu sein schien, gerade solche, auch für die Entwicklungsförderung der Kinder wichtigen Aspekte adäquat erfassen und beschreiben zu können und entsprechend an die *registered nurses* oder die Ärzte/innen weiter zu geben. Denn nur diese sind befugt, entsprechende Änderungen in der Versorgung anzuweisen. Die Ärzte/innen übernehmen häufig diese Aufgaben und haben sich für mein Empfinden zu schnell und auch zu oft in die pflegerische Betreuung mittels Anordnungen, pflegerische Aktivitäten betreffend, eingebracht.

Die *registered nurses* mit einer zusätzlichen Qualifikation zur „Fachkraft für die Versorgung von kranken Früh- und Neugeborenen“ zeichneten sich durch außerordentlich hohes Verantwortungsbewusstsein und dem Engagement aus, nicht nur die Kinder professionell und liebevoll zu versorgen, sondern auch die Mütter und Väter in die Pflege mit einzubeziehen.

Das medizin-technische Equipment der Station war und ist vergleichbar mit dem unsrigen. Andere Medizinprodukte und auch die gängigen Medikamente entsprechen fast haargenau den unsrigen.

Der Personalbestand an sehr gut ausgebildetem Personal ist deutlich geringer. Zahlenmäßig waren allerdings mehr Personen zur Versorgung vorhanden, *assistant nurses*, *social workers*, *breastfeeding consultant* und *voluntaries* mit eingerechnet.

Eine *breastfeeding consultant* ist einzig und allein für die Stillberatung der Wöchnerinnen zuständig. Die Zusammenarbeit mit den anfordernden Stationen scheint gut zu funktionieren. Sie macht morgens ihre regulären Runden über die Stationen und wird an den Nachmittagen mitunter extra einbestellt zu spezielleren Beratungen (Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte vor der Korrektur-OP, besondere Brustwarzenformen etc.)

In der NICU-Abteilung wird den Kindern und Müttern kein Füttern mit der Flasche angeboten. Es herrscht absolutes und ausschließliches Stillgebot. Solange das Stillen bei den zu früh geborenen oder kranken Kindern noch nicht möglich ist, wird die handentleerte Muttermilch über eine Magensonde sondiert. Elektrische Milchpumpen stehen bewusst nicht zur Verfügung. Nicht alle Privathaushalte verfügen über eine zuverlässige Stromzufuhr und so macht es keinen Sinn, ein entsprechendes Gerät zu verordnen. Die Gewinnung der Milch geschieht im Sitzen vor den Inkubatoren oder Wärmebetten, weil man sich einen positiven Effekt auf die Milchproduktion und den Milchfluss erhofft. Die Milchmengen, die auf diesem Wege aufgefangen werden, stehen denen,

die mittels einer elektrischen Pumpe erzielt werden, nicht nach. Das weiß mittlerweile auch das Personal in Deutschland.

Sobald die Ärzte/innen den Eindruck haben, daß ein kleines Frühgeborenes über eine ausreichende Saug- und Schluckkoordination verfügt, wird mit der Becherfütterung begonnen. Leider wird selten das Pflegepersonal befragt, wie es ihrer Beobachtung nach um die Fähigkeiten der Kinder bestellt ist. Auch in Deutschland ist die Becherfütterung eine mögliche Alternative zur Flaschenfütterung, um der sogenannten Saugverwirrung vorzubeugen, auch wenn bei ausschließlicher Becherfütterung das Saugbedürfnis der Kinder definitiv nicht befriedigt wird. Das Einträufeln von Nahrung mittels Spritze oder das Ausprobieren verschiedener Saugerformen, um ein Kind an das eigenständige Trinken heran zu führen, wird im Mowbray Maternity Hospital definitiv abgelehnt. Auch Beruhigungssauger gibt es nicht. Ist ein Kind sehr unruhig oder weint, bekommt es einen *lolly*, eine zusammengerollte und in Glycerin getränkte Kompresse, zum Saugen angeboten.

Diese ausschließliche Still- und Becherfütterung hängt mit dem *KangarooMotherCare*- Konzept (KMC) zusammen, nach welchem seit dem Jahr 2000 in der Klinik gearbeitet wird. Ziel dieses Konzeptes ist es, die natürliche Einheit, die eine Mutter und ihr Neugeborenes darstellen, nach einer (zu früh) erlebten Geburt so schnell und so intensiv wie möglich wiederherzustellen. Wachstumsförderung des Kindes, Vertrauensbildung zwischen Mutter und Kind, Brustfütterung zu ermöglichen sind dabei die elementaren Zielsetzungen. Dr. Nils Bergman, in Kapstadt lebender südafrikanischer Neonatologe und ehemals *medical director* des Mowbray Maternity Hospital hat die NICU-Abteilung im Jahr 2000 nach diesem Prinzip umgestaltet.

Sobald ehemalige Frühgeborene den *intensive care*-Bereich über die Bereiche *high care* und *special care* verlassen können, aber noch nicht entlassfähig sind, werden die Mütter im *KangarooMotherCare*-Bereich der Abteilung aufgenommen. Hier ist in zwei geräumigen Zimmern Platz für je acht Betten. Die Mütter tragen ihre Babys für die restliche Zeit des stationären Aufenthalts kontinuierlich mit Tragetüchern auf ihrer Brust. Die Mütter bekommen ein Essen gestellt, können ihre private Wäsche auf der Station waschen und die Kinder sind noch ein wenig unter medizinischer und pflegfachlicher Betreuung. Die *breast feeding consultant* kommt weiterhin regelmäßig vorbei und *social workers* kümmern sich um eventuelle finanzielle oder organisatorische Bedürftigkeiten, bevor Mutter und Kind nach Hause entlassen werden.

Mit einem durchschnittlichen Entlassungsgewicht von 1750 Gramm liegen die Babies weit unter dem Gewicht, mit dem sie in Deutschland nach Hause entlassen werden (ca. 2200 – 2500 Gramm). Dank der umfassenden 24-Stunden-Betreuung sind die Mütter mit ihren zwar stabilen, aber auch noch sehr kleinen Kindern dennoch sicher im Umgang mit ihnen.

Wer bei einer der nächsten Touren mitfahren möchte, kann gerne weitere Informationen bekommen unter bettina.mueninghoff@gmx.de