

ERFAHRUNGSBERICHT

zum Hospitationsaufenthalt im Rahmen des
INTERNATIONALEN HOSPITATIONSPROGRAMM PFLEGE UND GESUNDHEIT
der Robert Bosch Stiftung
nähere Information unter www.g-plus.org

Teilnehmerin:

- Bettina Münninghoff
 - Fachkinderkrankenschwester für pädiatrische Intensivpflege
 - Pflegerische Bereichsleitung der Perinatologischen Intensivstation des Kinder- und Jugendzentrums der Universitätskliniken Mainz
 - mueninghoff@kinder.klinik.uni-mainz.de
-

Hospitationsvorhaben:

Im Dezember 2007 bin ich auf der Suche nach Informationen zu einem bestimmten Versorgungskonzept für frühgeborene Kinder 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 fördert mittels Unterstützung von Hospitationen im Ausland engagierte Pflegefachkräfte, die sich in Projektverantwortung oder Leitungspositionen befinden und die einmal ein bißchen über den eigenen Tellerrand schauen wollen.

„Eine Nabelschnur hat immer zwei Enden und Mainz kann unmöglich der einzige Nabel der Welt sein“ war mein Gedanke und so habe ich überlegt, was mich denn in der globalen externen Pflegewelt interessieren oder gar faszinieren könnte.

Meine Entscheidung, wo ich denn hinwollte, stand relativ schnell fest. Nicht in das europäische Ausland, auch nicht in entferntere westlich geprägte Kontinente, sondern nach Afrika.

Afrika als immer noch sogenannter „Dritte-Welt-Kontinent“ und hier 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 einem Land wie Südafrika, welches sich auf einem mit Deutschland vergleichbar hohem medizinischen Versorgungsniveau befindet und über entsprechende technisch-medizinische Ausstattung verfügt, die pflegerische Versorgungsqualität erkenntlich wird. Das besondere Augenmerk sollte dabei auf der Betreuung von klein(st)en Früh- und Neugeborenen liegen.

Es interessierte mich, inwieweit der südafrikanische Staat vierzehn Jahre nach Ende der Apartheid sein Engagement zu verdeutlichen in der Lage ist, nicht nur medizinische, sondern auch pflegerische Versorgungskompetenz zukunftsweisend zu demonstrieren und allen Bevölkerungsgruppen zugänglich zu machen.

Eine weitere Fragestellung war, über welche Lobby auf politischer, medizinischer oder gesellschaftlicher Ebene in Südafrika speziell ganz kleine Frühgeborene, bei denen es in Deutschland schon seit vielen Jahren keine Frage mehr ist, ob, sondern allenfalls in welchen Zentren auch die kleinsten oder kränksten Früh- und Neugeborenen versorgt werden, verfügen? 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:

- **Red Cross War Memorial Children's Hospital,**
Klipfontein Road, 7700 Rondebosch
- **Mowbray Maternity Hospital**
Hornsey Road, 7705 Mowbray

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, wird somit fast ausschließlich von der schwarzen Bevölkerung aufgesucht. Sämtliche Fachabteilungen der Pädiatrie sind hier vorhanden (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 nächsten zwei Jahren noch einmal technisch komplett überholt werden soll) und der auf der selben Etage ansässigen PICU (**p**ediatric **i**ntensive **c**are **u**nit) und über diverse Spezialambulanzen.

Das *Tracheostomy and Ventilation Home Care Program*, über das ich später berichten werde, wird über eine dieser Spezialambulanzen geführt. Die stationär zu versorgenden Patienten mit einem Tracheostoma lagen auf der *ward E1*, auf der ich die meiste Zeit während meines Aufenthalts im RXH zu Gast war.

Einzig über eine NICU (**n**eonatal **i**ntensive **c**are **u**nit) für Früh- und Neugeborene verfügt das RXH nicht.

Diese Kinder werden 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 zum größten Teil von schwarzen Frauen aufgesucht wird. Monatlich werden dort zwischen 600 und 700 Babies geboren (zum Vergleich: an der Mainzer Universitäts-Frauenklinik waren es knapp 1300 im letzten Jahr).

Das Mowbray Maternity Hospital hat einen auch weltweit sehr prominenten (weißen) Arzt als ehemaligen *medical director*, nämlich Nils Bergman, der in Südafrika der federführende Neonatologe in der Einführung des *KangarooMotherCare*-Konzepts (KMC) seit dem Jahr 2000 ist.

Darauf ist die Klinik (und auch die *nurses*) nicht nur sehr stolz, sondern im Februar dieses Jahres wurde der Klinik auch ein Preis verliehen für seine Tätigkeiten in diesem Bereich und für die den Kunden gebotenen Service-Leistungen, den *Premiers Annual Service Excellence Awards*.

In dieser Klinik außerplanmäßig hospitieren zu dürfen, war für mich eine große Freude.

Vorbereitung:

Die Bürokratie in Südafrika hätte alle meine Pläne und Vorhaben zunichte gemacht, wenn ich mich nicht auf das Wagnis eingelassen hätte, auch ohne die schriftliche und gültige Zusage für einen Hospitationsplatz nach Kapstadt zu fliegen.

In der Vorbereitungszeit hatte ich viele Adressen, Telefonnummern und Namen (auch von eigentlichen Entscheidungsträgern) gesammelt und angeschrieben mit der Bitte, mich bei der Bewilligung für die Hospitation zu unterstützen.

Es fehlte nicht am guten Willen aller Beteiligten, ganz im Gegenteil.

Der South African Nursing Council (SANC) stand als bürokratisches Hindernis allem und allen im Wege. Eine Registrierung beim SANC meinerseits wäre vonnöten gewesen, aber zum einen wäre es auf Grund der nicht mehr langen Vorbereitungszeit gar nicht mehr möglich gewesen, einen *Test of English as a Foreign Language*, den TOEFL-Test und weitere Anerkennungsverfahren durchzuführen und zum anderen hatte der SANC selber aus, wie es hieß, verwaltungstechnischen Gründen seit einiger Zeit alle Hospitations-, Austausch- und Gaststudentenprogramme gestoppt.

Eine Umgehung des SANC war aber nicht möglich, auch wenn ich gar nicht praktische Handlungen am Patienten durchführen wollte, dies auch immer wieder betont hatte, daß mir eine Position als *observer* völlig ausreichen würde; es blieb beim kategorischen Nein.

Eingedeckt mit einigem Material über die Klinik, über Kapstadt und über das südafrikanische Gesundheitssystem, einigen Auffrischungsübungen in der englischen Alltags- und Fachsprache und einem privat vermittelten Kontakt zur Leitung des *Tracheostomy and Ventilation Home Care Program* bin ich am 31. Mai 2008 nach Kapstadt gestartet.

Dieser private Kontakt war es letztendlich, der mir auf völlig unbürokratischem Weg direkt vor Ort alle Türen und Tore öffnen konnte. Welch eine Erleichterung!

1. Red Cross Hospital

Nachdem ich Kontakt zu Sister Jane Booth, der Leitung des *Tracheostomy and Ventilation Home Care Program*, aufgenommen hatte, bin ich, anders als ursprünglich geplant, nicht auf der PICU gelandet, sondern auf der *ward E1*.

Jane sorgte für eine „offizielle“ Aufnahme meiner Person in Form einer Mitgliedschaft des *Voluntary Programs* der Klinik bei „*The Friends of the Children's Hospital Association*“, so daß niemand gegen meine Anwesenheit Einwände erheben konnte und ich versicherungs- und haftungsrechtlich geschützt war.

Praktische Handlungen an den Patienten durfte ich dennoch nicht vornehmen. Das war für meinen Aufenthalt und meine Fragestellungen aber auch gar nicht relevant.

Auf der *ward E1* 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.

Ich wurde der *operating manager* (Stationsleitung) vorgestellt und zugeteilt.

Diese sorgte dafür, daß ich täglich eine Ansprechpartnerin hatte und mich ungehindert auf der Station bewegen konnte. Außerdem hatte ich völlig uneingeschränkte Akteneinsicht, konnte mich zu den Kindern und ihren Eltern begeben und auch alle Räumlichkeiten der Station nutzen. Ob Begleitung der Visiten, Therapiesitzungen bei den Kunsttherapeuten, ambulante

Sprechstunden, große Verbandswechsel im *dressing room*, Unterricht für die Medizinstudenten, Praxisanleitungen der *study nurses*, überall konnte ich teilnehmen. Mit größter Selbstverständlichkeit stellten sich auch alle anderen Angestellten immer ausgesprochen bereitwillig zur Verfügung; egal, ob es sich nun um Pflegekräfte, Ärzte, Physiotherapeuten oder die Kunst- und Maltherapeuten auf der *burns unit* handelte.

Die großzügige Möglichkeit der Akteneinsicht hatte mich anfangs irritiert, kenne ich aus Deutschland das stets in der Luft hängende „Achtung Datenschutz!“. Aber ich konnte wegen des sehr freien Aktenzugangs sehr viele Informationen über die Patienten einholen, die ich mangels Masse an Personal nicht unbedingt vom pflegerischen oder ärztlichen Personal hätte erfahren können.

Die sprachliche Verständigung stellte nicht so ein großes Problem dar, wie ich es befürchtet hatte. Jeder sprach Englisch, wenn auch mitunter mit deutlichem Akzent, geprägt durch das Afrikaans als eine der elf Landessprachen Südafrikas.

Der Mangel gerade an qualifiziertem Fachpersonal war 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 *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 können, wenn sie ein besseres Arbeitsangebot erhalten. Mit diesem organisatorischen Umstand haben sich die *operating manager* während eines Großteils ihrer Arbeitszeit zu befassen.

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.

Der wichtigste Grund hierfür ist - und das ist gerade in Kapstadt nicht von der Hand zu weisen - die Gefährdung der Mitarbeiterinnen bei Fahrten spät abends stadtauswärts nach Hause oder in die Stadt hinein.

Es war anfangs etwas schwierig für mich, eine Struktur im Arbeitsalltag der Pflegekräfte feststellen zu können.

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 gegen den Eindruck erwehren, hier noch auf ausgeprägte Weise Elemente der Funktionspflege zu finden. Dies geschah nicht immer in Übereinstimmung mit den Interessen der Patienten, ist aber 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 ausschließlich und 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 riesigem 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, deren Aufenthalt über Spenden der *Friends of the Children's Hospital Association* finanziert wird.

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 Sister Booth 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.

Auszubildende in der Pflege wiederum dürfen auch schon während ihres ersten Ausbildungsjahrs sowohl z.B. endotracheal absaugen als auch zwei bis drei tracheotomierte und eventuell beatmete Kinder versorgen. Bei uns undenkbar.

Das Programm 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 Medikamente 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 durch Steuern.

Bei einer Arbeitslosenquote von fast 40 % unter den Schwarzen kann man sich vorstellen, daß die Kassen des Gesundheitswesens nicht gerade üppig gefüllt sind. Gut verdienende Weiße und Schwarze sind in der Regel über private Versicherungen im Krankheitsfall abgesichert.

Das hat zur Folge, daß für Patienten der ausschließlich staatlichen Versorgung medizinisches Bedarfsmaterial nicht immer sofort oder ausreichend zur Verfügung steht.

Auch hier springt die dem RXH angeschlossene „*Friends*“- Stiftung ein. *Kein* Patient geht unversorgt nach Hause.

Zur Vorbereitung der Entlassung gehört es, die familiären Gegebenheiten einzubeziehen.

- Gibt es am Wohnort einen Stromanschluss für Absaugpumpe oder Sauerstoffgerät oder muss eine per Fußpedal betriebene Absaugpumpe bereitgestellt werden?
- Wie kann im Notfall ein Transport in die Klinik organisiert werden? Notfallambulanzen sind in der Provinz Western Cape rar gesät. Es kann mehrere Stunden dauern, bis ein Ambulanzfahrzeug frei ist.
- Beherrscht mindestens ein weiteres Familienmitglied auch alle Maßnahmen der Versorgung?

- Ist das knapp 40-seitige Informationsskript verstanden und kann gelesen werden? Es gibt noch etliche Analphabeten unter den Schwarzen oder sie sprechen und lesen nicht zwangsläufig Englisch, sondern Xhosa (oder eine der anderen elf Landessprachen). In solchen Fällen muß auf Zeichen- und Bildersprache ausgewichen werden oder ein Übersetzer gefunden werden.

Trotz eventueller Unklarheiten oder vermeintlicher (nach deutschen Maßstäben gemessen) Missstände wird jedes Kind schnellstmöglich entlassen. Es wird darauf vertraut, daß Eltern ihren Kindern keinen Schaden zufügen wollen und sich im Bedarfsfall irgendetwas einfallen lassen, um ihrem Kind zu helfen. Aber alle Unwägbarkeiten sind eben nicht beeinflussbar und diese Haltung wird sowohl von den Patienten als auch von allen Betreuenden eingenommen.

Anmerkung:

Diese Unterschiede in der Mentalität und in der Haltung zur Situation „Gesundheit, Krankheit, Behinderung“ sind mir später im Mowbray Maternity Hospital noch einmal sehr deutlich aufgefallen. Die gar nicht oder weniger gut verdienenden Schwarzen als staatlich versorgte Patienten verlassen sich zwar berechtigterweise darauf, daß ihnen in ihrer Notsituation geholfen wird.

Die Erwartungshaltung aber, daß sie als Patienten jeglichen Komfort bitte sofort und jetzt und zuallererst für sich selbst erfüllt bekommen, fehlte völlig. Das kenne ich aus Deutschland ganz anders.

Täglich werden ambulanten ENT (Ear-, Nose-, Throat)-Sprechstunden durchgeführt.

Anfangs kommen die Familien jede Woche, dann werden die Abstände gestreckt bis nur noch halbjährlich Kontrolluntersuchungen stattfinden.

Die Aufgabe der *nurse* ist es hier, die gesundheitliche Entwicklung des Kindes zu verfolgen und zu dokumentieren und natürlich weitere Beratung durchzuführen.

Anmerkung:

Während in Deutschland noch darüber diskutiert wird, in welchem Rahmen und Ausmaß Pflegepersonal beraten darf oder könnte (trotz der im Krankenpflegegesetz von 2004 enthaltenen Pflicht zur Beratung) ohne in ärztliches Hoheitsgebiet einzudringen, stellt sich diese Frage in Südafrika gar nicht.

„Wer denn sonst, wenn nicht wir?“ war die erstaunte Reaktion auf meine entsprechende Anfrage.

Gewichts- und Längenwachstum, Lungenfunktion und -erkrankungen, der Stand der erlernten sozialen und körperlichen Fähigkeiten, besondere Ernährungssituationen, Medikamentengabe (bestimmte Medikamente sind auch von den RN verschreibungsmöglich) aber auch Grundimmunisierungen wie Tuberkulose-Schutzimpfungen oder HIV-prophylaktische Maßnahmen werden während einer solchen ausschließlich von Pflegekräften durchgeführten Sprechstunde untersucht und ermittelt. Bei dieser Gelegenheit wird auch Ersatzmaterial für die Tracheostomaversorgung ausgeteilt, mit dem die Familie dann bis zu ihrem nächsten Termin haushalten muss.

Dieses *Trachestomy and Ventilation Home Care Program* existiert seit 1989 unter der Leitung von Jane Booth.

Mich hat sehr beeindruckt, wie sie sich abzeichnende Schwierigkeiten zu meistern vermag. Oft bedarf es mangels finanzieller Möglichkeiten Improvisations- und Organisationstalent und einer Zuhilfenahme der Stiftung „*The Friends*“. Häufig ist selbst während eines einzigen Gespräches ein Wechsel von einer Sprache zur anderen zu vollziehen (Englisch, Afrikaans,

Xhosa) oder bei Analphabeten muss auf eine nicht-schriftliche Kommunikation gewechselt werden.

Selbstverständlich muss manchmal auch ein ärztlicher Mitarbeiter hinzugezogen werden, z.B. wenn Begleiterkrankungen auftreten und behandelt werden müssen. Organisatorisch geschieht das dann in einer spontan angeforderten sehr zeitnahen konsiliarischen Mitbetreuung. Auch die *dietist*, die Ernährungsberaterin, findet sich bei den meisten ambulanten Terminen ebenfalls ein.

Bei Bedarf fährt Sister Booth auch schon mal mit ihrem eigenen PKW, aber über die Klinik für solche Fahrten finanziert und versichert, zu den Patienten nach Hause und klärt Möglichkeiten der häuslichen Versorgung direkt vor Ort.

2. Mowbray Maternity Hospital

Die Zusammenarbeit der beiden Kliniken hatte ich bereits erwähnt, deswegen konnte mir Jane auch Dr. Lucy Linley, Oberärztin der NICU-Abteilung des Mowbray Maternity Hospital als Kontaktperson benennen, weil ich auf jeden Fall noch Informationen über die Betreuung von Frühgeborenen und ihre Familien einholen wollte.

Völlig unkompliziert, nach nur einem Telefonat konnte ich am darauf folgenden Tag meine beiden Hospitationswochen dort antreten.

Die *area manager* (Abteilungsleitung) der NICU-Abteilung mit den Bereichen “*intensive care, high care, special care* und *KangarooMotherCare*”, Sister van Whyk, unterwies mich auch hier nochmals dahingehend, daß ich wegen meiner nicht vorhandenen Registrierung beim SANC bei den Patienten keinerlei Handlungen durchführen dürfe.

Die NICU-Abteilung ist in diese vier o.g. Bereiche unterteilt, die sich nach dem Prinzip der Versorgungsgradstufen ergeben. 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 Schwangerschaften. Viele Frauen bemerken oder akzeptieren ihre Schwangerschaft erst spät. Ärzte sind nicht in genügender Anzahl vorhanden in erreichbarer (Fuß-) Nähe und auf dem Land wird traditionellen Heilerinnen und Hebammen bei der Schwangerschaftsbetreuung eher Vertrauen entgegengebracht als Kliniken oder Ärzten. So kommt es auch durchaus vor, dass Gebärende im Kreißsaal neben ihrem Baby, Blut und Fruchtwasser auch während der Schwangerschaft eingelegte Kräuter oder andere Hilfs- und Heilmittel mit austreiben.

Leider sind es oft die schlechten Transportmöglichkeiten in die Frauenklinik selbst, weswegen Risikoschwangere schlicht und einfach zu spät aufgenommen werden können. Die intrauterine Tragezeit wird bei Aufnahme in der Regel nicht, wie in Deutschland, anhand des Mutterpasses in aktuell berechneten Schwangerschaftswochen ausgewiesen, sondern wegen der meistens fehlenden Mutterpässe bei jedem Kind postpartal über den Dubowitz-Reifescore ermittelt.

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. Das ist nicht sonderlich verwunderlich, wenn man bedenkt, daß der derzeit noch amtierende südafrikanische Staatspräsident Thabo Mbeki noch bis vor vier Jahren einen Zusammenhang zwischen HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung abgestritten hat.

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. HIV-infizierte Mütter, die der Empfehlung, nicht zu stillen, nachkommen, erhalten von der Entbindungsklinik in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes kostenlos Formula-Milch.

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 als Hebamme 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.

Es gibt 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 provinz- oder landeseinheitlich geregelt und verfügen deshalb auch nicht über eine entsprechend landesweite Anerkennung, sondern sind in der jeweiligen Ausgestaltung von Klinik zu Klinik unterschiedlich.

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 ein bei einem Ausscheiden aus dem Arbeitsvertrag, selbst wenn sie das Arbeitsverhältnis unmittelbar nach Beendigung des Kurses auflösen sollten.

Von Arbeitgeberseite her wird darauf vertraut, daß Pflegekräfte es zu schätzen wissen, wenn ihnen durch kostenlose Weiterbildungsmöglichkeiten nachfolgende berufliche Chancen geboten werden und sie deshalb gern im ausbildenden Haus bleiben. Dass diese Vorstellung berechtigt ist, haben mir die beiden Kolleginnen, die sich gerade in der Endphase ihrer Qualifizierung befanden, bestätigt.

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. Bei uns in Mainz wird gerade der Grundpflege bei Frühgeborenen eine sehr große Bedeutung beigemessen. Sieht man doch bei einer Ganzkörperwaschung alle Körperstellen, kann gleich eine vollständige Hautinspektion durchführen und beim Trinken das Saug-Schluck-Atemkoordinationsvermögen der Kinder beobachten. Außerdem bemerkt man so viel schneller Veränderungen und wird eventuelle pflegerische Maßnahmen zeitnah angehen können.

Mitunter war 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.

Es herrschte ein sehr ruhiger und freundlicher Umgangston auf der Station, der nicht nur zwischen Pflegekräften und Kindern bestand, sondern auch unter allen Besuchern und auch Berufsgruppen, die an der Behandlung beteiligt waren. Salopp würde ich es ausdrücken mit „die südafrikanische Mentalität scheint von warmherziger Freundlichkeit und Offenheit, Lebensfreude und Respekt dem Gegenüber geprägt zu sein“. Jedwede Nörgelstimmung oder Arbeitsunlust, wie ich sie teilweise aus deutschen Kliniken kenne, habe ich in beiden Krankenhäusern nicht wahrnehmen können. Erst zum Schluss meiner Hospitation fiel mir dieses auf, als ich mich selber an einen routinemäßigeren Tagesablauf gewöhnt hatte und das Gefühl entwickelte, einen entscheidenden Unterschied zu spüren, aber noch nicht benennen konnte, um welchen Unterschied es sich handelte.



Eltern und auch weitere Familienangehörige hatten stets uneingeschränkten Zugang zu ihren Kindern. Die Einbeziehung der Eltern, vorrangig allerdings auch hier die der Mütter, in die Pflege ihrer Kinder wurde von den jeweils zuständigen *registered nurses* vorgenommen. Schnell waren die Mütter in der Lage, ihr Kind zu lagern, zu wickeln und auf dem Arm halten zu können. Die Mütter schienen weniger Berührungsängste bei ihren Kindern zu haben als ich es von Deutschland her kenne. Kinder zu bekommen, aber auch, sie zu verlieren, gehört zu einem als normal angesehenen Lebenslauf der Frauen. Somit gehört auch die Versorgung von Kindern, die klein oder krank sind, in den Zuständigkeits- und Aufgabenbereich der Frauen. Das Zutrauen in die Fähigkeiten und Kenntnisse der Ärzte/innen und der Pflegekräfte habe ich von Eltern niemals, nicht einmal im Ansatz, in Zweifel gezogen gehört. Jede Form

der Zuwendung an die Kinder und sie selbst als Eltern wurde mit Wohlwollen, Respekt und (in meinen Augen) gewissem Fatalismus gewürdigt. Natürlich gab es elterliche Tränen und emotionale Ausbrüche, wenn Kindern eine infauste Prognose gestellt wurde oder ein Kind im Sterben lag. Aber auch diese Verzweiflung wurde im großen gemeinsamen Raum ausgelebt, ohne daß sich ein Gefühl des Peinlich-berührt-seins breit zu machen drohte für die anderen. Das Sterben, die Angst und Verzweiflung gehören zum Leben dazu und werden nicht in einem anderen Raum abgestellt.

Das hat mir sehr gut gefallen, weil ich diese Auffassung teile. Bei uns erlebe ich oft die Tendenz zum individuellen und einsamen Durchleben von leidvollen Situationen, um nicht Unbeteiligte, wie es Mitpatienten in einem Krankenzimmer nun mal sind, noch zusätzlich zu belasten.

In Kapstadt hatte ich den Eindruck, daß neben Familienangehörigen und dem Personal auch die Mitpatienten eine weitere Stütze darstellen mittels ihres empathischen Vermögens, bislang fremden Menschen ihr Mit-Leid bieten zu können.

Das medizin-technische Equipment der Station war vergleichbar mit dem unsrigen, wenn auch unsere Inkubator-, Monitor- oder Beatmungsgerätemodelle alle schon in der jeweils neuesten Version bei uns zur Verfügung stehen. Andere Medizinprodukte und auch die gängigen Medikamente entsprachen fast haargenau den unsrigen.

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

Das Mowbray Maternity Hospital verfügt tatsächlich über eine vollzeitbeschäftigte *breastfeeding consultant* für die gesamte Entbindungsklinik.

Diese *breastfeeding consultant* ist einzig und allein für die Stillberatung der Wöchnerinnen zuständig und verfügt über ein großes, sehr gut mit Literatur und Hilfsmitteln ausgestattetes Büro. 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, spezielle Brustwarzenformen etc.)

In der NICU-Abteilung wird den Kindern und Müttern niemals das 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 abgepresste Muttermilch über eine Magensonde sondiert. Elektrische Milchpumpen sind nicht vorhanden. Die Mütter entleeren die Milch aus ihren Brüsten durch Ausstreichen mit den Händen und fangen sie in einem untergehaltenen Becher auf. Von dieser Milch wird das Kind nach Möglichkeit auch gleich gefüttert. Das Auspressen der Milch geschieht im Sitzen vor den Inkubatoren oder Wärmebetten, weil man sich einen positiven Effekt auf die Milchproduktion und den Milchfluss erhofft, wenn die Mütter sehen können, für wen sie diese Unbequemlichkeit auf sich nehmen. Die Milchmengen, die auf diesem Wege abgepresst wurden, standen denen, die mittels einer elektrischen Pumpe erzielt werden, nicht nach. Das fand ich sehr beachtlich.

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, daß sich die meiste Zeit am Bett der Patienten befindet, befragt, wie es ihrer Beobachtung nach um die Fähigkeiten der Kinder bestellt ist.

Aus Deutschland kenne ich die Becherfütterung als eine mögliche Alternative zur Flaschenfütterung, um der sogenannten Saugverwirrung vorzubeugen. 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.

Im Mowbray Maternity Hospital wird ausschließlich gebechert und, solange nicht gestillt werden kann, sondiert. 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 vor gut acht Jahren nach diesem Prinzip umgestaltet.

Sobald ehemalige Frühgeborene den *intensive care*-Bereich über die beiden anderen 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 halten für die restliche Zeit des stationären Aufenthalts ihres Kindes über vierundzwanzig Stunden am Tag auf ihrer Brust. Jeden Tag, bis sie nach Hause entlassen werden, wickeln sie mit speziellen Tragetüchern ihre kardiorespiratorisch stabilen, aber noch zu leichtgewichtigen Babies auf diese Art und Weise an ihren Körper. Die Mütter bekommen ein Essen gestellt, können ihre private Wäsche auf der Station waschen und die Kinder sind noch ein wenig unter medizinischer und pflegefachlicher Betreuung. Die *breast feeding consultant* kommt weiterhin regelmäßig vorbei und *social workers* kümmern sich um eventuelle finanzielle oder organisatorische Bedürfnisse, 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 sehr sicher im Umgang mit ihnen. Mir ist keine Frau aufgefallen, die ihr Kind ängstlich oder übertrieben vorsichtig berührt hätte. Das Wickeln, Stillen, Tragen und die Kommunikation mit ihren Babies wirkte ebenso unverkrampft und normal wie es bei einem gesunden Neugeborenen der Fall gewesen wäre.

Ich wurde auch von den Müttern sehr freundlich aufgenommen, wenn ich mich zu ihnen in den Raum setzte, um bei Impfungen, Untersuchungen oder Beratungen dabei zu sein. Ihr

Interesse an mir als europäische Besucherin war genauso groß wie meines an ihnen als Teilhabende am KMC-Betreuungs-Konzept. All meine Fragen sind mit herzlichem Entgegenkommen und viel Freude am Austausch beantwortet worden und im Gegenzug musste ich immer wieder erzählen, wie Frühgeborene in Deutschland versorgt werden. Weder die Mütter noch die Pflegekräfte konnten sich vorstellen, daß es in Deutschland keine 24-Stunden-Einheiten für Mütter von Frühgeborenen gibt. Unverständnis herrschte bei den Pflegekräften, aber vor allem bei den Müttern darüber, wenn ich berichtete, daß es wohl nicht viele Frauen in Deutschland gäbe, die bereit wären, in einem 8-Bett-Zimmer notfalls auch mehrere Wochen zu bleiben, um mit ihrem zu früh geborenen Kind dauerhaft zusammen sein zu können.

Zwischen dem *KangarooMotherCare*-Bereich und dem *intensive care*-Bereich konnte ich problemlos hin und her wechseln, wenn ich mich einer Mutter und ihrem Kind anschließen wollte, um einen Teil ihres Tagesablaufs zu begleiten. Das gesamte Pflegepersonal arbeitet wechselweise auf jedem dieser vier Bereiche, um die gesundheitliche und familiäre Entwicklung mit den ehemaligen Frühgeborenen im gesamten Verlauf verfolgen zu können. Die hochqualifizierten *registered nurses* des *intensive care*-Bereiches blieben allerdings vorrangig in diesem Bereich.

Vermisst habe ich Stations- oder Teambesprechungen. Diese, so wurde mir berichtet, finden auch nicht statt, zumindest nicht in der Weise, wie ich sie kenne, nämlich als innerstationäres Forum des Informations- und Gedankenaustauschs mit Raum für inhaltliche Diskussionen, patientenbezogene Fallbesprechungen oder arbeitsprozessbezogene Analysen. Gelegentlich gibt es Neuerungen auf der Station, meistens initiiert von der oberärztlichen Leitung, und die *area manager* gibt diese Anordnungen mündlich oder in einem Übergabebuch schriftlich festgehalten weiter an das Team. Diese Anordnungen sind dann verbindlich und ohne weiteren Gedankenaustausch zu Sinn oder Unsinn dieser Maßnahme durchzuführen.

Bei der Überlegung, einige Anregungen aus Kapstadt mit nach Mainz zu nehmen, ist mir dieser Punkt als der am ehesten sinnentleerte und kontraproduktive ins Auge gesprungen, den ich auf gar keinen Fall übernehmen möchte.

Eine Neuerung in der Patientenversorgung könnte ich in meiner Abteilung nicht ansetzen, ohne daß eine vorherige Diskussion stattgefunden hätte, in der im Vorfeld von verschiedenen Seiten Informationen und Pro- und Contra-Argumente gesammelt worden wären. Ein gemeinsamer Konsens bei Entscheidungen wird bei der Einführung neuer Maßnahmen angestrebt, um eine möglichst hohe Zustimmung und Akzeptanz des gesamten Teams zu erreichen.

Transfermöglichkeiten:

Aus Kapstadt zurückgekehrt hatte ich nicht mit einem dermaßen großen Interesse von Seiten der Kolleginnen, aber auch der Pflegedienstleitung und unserer oberärztlichen Leitung gerechnet, wie es mir letztendlich entgegengebracht wurde.

Meine Pflegedienstleitung, Frau Angela Sauer, hatte noch vor meinem Abflug einen Termin mit mir vereinbart, damit ich im Rahmen einer Stationsleitungsbesprechung über meine Hospitation berichten kann.

Von meinen Kolleginnen wurde ich gebeten, einen stationsinternen Vortrag zu halten. Besonders die Themen „Becherfütterung“ und „*KangarooMotherCare*“ als ausgestaltetes Konzept mit den sichtbaren Unterschieden zu unseren Angeboten und Anforderungen an die Eltern stießen auf großes Interesse.

Ich werde keine südafrikanischen Verhältnisse bei uns einführen können und will das auch gar nicht. Dafür, denke ich, sind die schon benannten Unterschiede in der Mentalität zu groß zwischen deutschen und afrikanischen Frauen als Patientin. Aber gerade im Bereich des *KangarooMotherCare*-Konzeptes sind etliche Bausteine enthalten, die es sich lohnt, in unseren Arbeitsbereich zu transferieren.

Für die Teilnahmemöglichkeit an einem solchen Hospitationsprogramm bin ich dem G-plus-Zentrum zu großem Dank verpflichtet. Über den Tellerrand zu schauen, eröffnet stets neue Perspektiven und Blickwinkel, erhöht die Diskussionsbereitschaft, zwingt einen, althergebrachte Strukturen zu überdenken und fordert und fördert den Willen zu Entscheidungen.

Aber auch meinem Arbeitgeber, der Uniklinik Mainz und meiner Pflegedienstleitung Frau Sauer bin ich sehr dankbar für die Unterstützung der Hospitation in Form von Gewährung von Sonderurlaub und dem spürbaren Interesse an den Ergebnissen dieses Auslandsaufenthaltes.

Bettina Münninghoff
Oktober 2008