

**Bericht und Evaluation
über
das „Waisenhaus“ Mygoma Home in Khartoum, Sudan
(Mai und Oktober 2010)**



Vorgeschichte

Im Jahre 1961 war von Damen der verschiedenen ausländischen Botschaften die Gründung eines Heimes für sogenannte Waisenkinder angeschoben und auch in weiten Teilen finanziert worden. Bei diesen Waisenkindern handelte es sich in der Regel nicht um echte Waisenkinder - im Sudan wird bei dem Tod beider Elternteile ein Kind in der Regel von den zahlreichen Verwandten aufgenommen und versorgt - sondern um Kinder nicht-verheirateter Frauen, die heimlich zur Welt gebracht und dann in den Straßen Khartoums ausgesetzt wurden.

Auch schon vor der Zeit der Scharia, d.h. also zu einer Zeit als die Republik Sudan noch ein eher säkularer Staat war, galt es für eine junge Frauen als undenkbar vor der Eheschließung Sexualverkehr mit der möglichen Folge einer Schwangerschaft zu haben. Ein solches Verhalten war - unabhängig von dem islamischen Glauben - gesellschaftlich nicht toleriert und brachte nicht nur der betroffenen jungen Frau, sondern auch der gesamten Familie Schande. Nach der Wende hin zu einer stärkeren Islamisierung ab 1988 und der Einführung der Scharia - in ihrem Namen wird eine Frau, die ein uneheliches Kind zur Welt brachte mit 70 Peitschenhieben bestraft - nahm die Zahl der ausgesetzten Neugeborenen weiter zu. Es wurden pro Tag mindestens etwa 3-6 neugeborene Kinder morgens irgendwo in den Straßen von Khartoum gefunden; nicht selten legten die Mütter ihre Kinder auch an Plätzen ab, an denen sie schnell aufgefunden werden konnten, so z.B. vor einer Moschee oder auch direkt vor dem Eingangstor des Mygoma Home.

Diese neugeborenen Kinder werden von der Polizei in das Mygoma Waisenhaus gebracht und sollen dort weiter betreut werden.

Das Heim stand von Beginn an unter der Aufsicht des Ministry of Social Affairs der Provinz Khartoum; allerdings muss gesagt werden, dass die Betreuungsverhältnisse in dem Heim dramatisch schlecht waren. So wurden zur Pflege und Betreuung der zahlreichen Kinder – in Spitzenzeiten waren bis zu 250 Säuglinge in dem Heim untergebracht – lediglich völlig ungelernte Frauen („Nannies“) als Pflegerinnen eingesetzt, die unabhängig von ihren fehlenden fachlichen Kenntnissen, wegen der äußerst geringen Bezahlung gezwungen waren auch noch andere Jobs anzunehmen. So gingen die „Pflegerinnen“ der Tagesschicht in der Regel am Nachmittag und Abend noch anderen Tätigkeiten, z. B. Putzen, nach und waren am nächsten Tag neben dem bestehenden Desinteresse an dem Schicksal der „illegitimen“ Kinder auch meist völlig übermüdet. Die Todesrate war entsprechend hoch und lag im Durchschnitt bei 60 - 80%.

Im Jahr 1982 ging das Land Niedersachsen eine Partnerschaft mit der Republik Sudan ein. In den folgenden Jahren wurden auch im gesundheitlichen Bereich zahlreiche Projekte sowohl in der Provinz Darfur, wie auch in der Nordregion, in Port Sudan und auch in der Hauptstadt Khartoum selbst durchgeführt (s. Sonderbericht „Informationen über die Nachhaltigkeit von gesundheitsbezogenen Projekten, die während der Partnerschaft des Landes Niedersachsen mit der Republik Sudan implementiert worden waren; Erfahrungen während einer Reise in den Sudan, Mai 2010“).

Die Gattin des damaligen Niedersächsischen Ministerpräsidenten, Heidi-Adele Albrecht, war nach einem Besuch in Khartoum im Jahr 1987 tief bewegt von den dramatischen Zuständen in dem Mygoma Home und empfahl dringend eine längerfristige Unterstützung und Hilfe für die dort abgegebenen Kinder und damit für das Mygoma Home.

Im Jahr 1987 entschloss sich daher das Land Niedersachsen über den damals gegründeten Verein „Hilfe für Kinder in Not“ (stellvertretende Vorsitzende Heidi-Adele Albrecht) zu einer längerfristigen Förderung des Mygoma-Home.

Voraussetzung der Förderung für das Mygoma Home war damals, dass keine unkontrollierten und unkontrollierbaren Finanzmittel fließen durften, sondern dass ausschließlich personelle und sächliche Hilfe z.B. in Form der Entsendung von Pflegekräften, gestellt wurden, die neben der unbedingt erforderlichen Anleitung des einheimischen Pflegepersonals auch bei Bedarf Nahrungsmittel und Medikamente einkaufen konnten. Vor allem aber sollten die damals zur Betreuung der Kinder eingesetzten ungelerten Pflegerinnen im fachgerechten Umgang mit Neugeborenen und Säuglingen geschult werden.

Zu Beginn waren 2 dänische Krankenpfleger im Einsatz, die im Jahr 1989 von einer deutschen Hebamme, Margret Giese / Hamburg, abgelöst wurden.

Im Zuge der Betreuung durch die von Niedersachsen entsandten Pflegekräfte konnte nicht nur die Versorgung und Betreuung der Säuglinge grundsätzlich verbessert werden, sondern auch die Akzeptanz dieser illegitimen Kinder in der Öffentlichkeit. Dies gelang durch folgende Maßnahmen:

- Der international renommierte Fußballklub Omdurman konnte für mehrere Benefizspiele zu Gunsten des Mygoma Home gewonnen werden
- Der führende islamische Geistliche in Khartoum konnte von der Notwendigkeit des Schutzes dieser Kinder – trotz der „Verfehlungen“ der Mütter – überzeugt werden, sodass durch den Supreme Religious Council in einer Fatwa im Jahr 1993 in den Moscheen Khartoums verkündet wurde, dass die Kinder des Mygoma Home des besonderen Schutzes der Gläubigen bedürften.

Die von Niedersachsen entsandte Hebamme blieb als Trainerin und Betreuerin des Personals im Mygoma Home bis zur Auflösung der Partnerschaft im Jahr 1994 durch den damals in Niedersachsen für die internationale Hilfe zuständigen Minister Trittin.

Aktuelle Situation im Jahr 2010

Nachdem im Jahr 2006 die französische Organisation MSF France nach nur 3 Jahren (Einsatz von 2003 – 2006) die Betreuung des Heimes zu Gunsten eines verstärkten Einsatzes in der Region Darfur völlig aufgegeben hatte, übernahm die sudanesishe NGO „ANA SUDAN“ die Führung und Betreuung des Heimes. Da diese Organisation wohl eine gewisse Nähe zu der gegenwärtigen Regierung hatte, erhielt sie anscheinend erhebliche finanzielle Förderung auch im personellen Bereich.

Ziel von ANA SUDAN war es anscheinend gewesen nicht nur das Waisenhaus zu betreuen, sondern auch gleichzeitig ein Krankenhaus auf demselben Gelände aufzubauen. Angeblich standen für die Betreuung der fast 200 gesunden und kranken Säuglinge über 450 Betreuungspersonen (u.a. über 50 ausgebildete Krankenschwestern sowie 20 Ärzte) zur Verfügung. Dies wurde auch Besuchern erzählt.

UNICEF warnte allerdings bereits im Herbst des Jahres 2008, dass diese sudanesisch Organisation die Säuglinge völlig vernachlässige und dass die Todesrate wieder auf bis zu 80% gestiegen sei. So wurden z.B. auch von streunenden Hunden angefressene Neugeborene vor dem Eingang des Mygoma Homes gefunden.

Als mehr und mehr Presseberichte über die extremen Missstände und die anscheinend massive Korruption in dem Heim erschienen, entzog die sudanesisch Regierung Mitte April 2010 der NGO „ANA SUDAN“ kurzfristig die Erlaubnis zur Führung des Heimes.

Unter Federführung von UNICEF wurde ab Ende April 2010 innerhalb weniger Wochen eine völlige Umorganisation des Heimes erreicht und die sudanesisch Regierung erklärte sich bereit kurzfristig Fachpersonal zur Verfügung zu stellen. Eine völlige Besuchersperre wurde verfügt.. Erst durch intensive Vermittlung von UNICEF und die Erinnerung einer alten Sozialarbeiterin an die Partnerschaft des Sudan mit Niedersachsen öffneten dann die Türen, da man sich in dieser hochproblematischen Situation wohl Hilfe von dem ehemals hochgeschätzten Partnerland erhoffte.

So konnte am 21.05.2010 eine ausführliche Besichtigung des Mygoma Home stattfinden mit einer anschließenden Besprechung unter Federführung von UNICEF mit dem gegenwärtig zuständigen Ministry of Sozial Development /Provinz Khartum.

Bei der Besichtigung fiel auf, dass sowohl in dem Zimmer der Leitung wie auch an anderen Stellen immer noch das Logo der Niedersächsischen - Sudanesischen Partnerschaft angebracht war (s. Bild).



Auch die gegenwärtige Leitung erinnerte sich noch gut an die Jahre zwischen 1988 und 1995 als das Land Niedersachsen über den Verein Hilfe für Kinder in Not das Mygoma Home (geleitet von Heidi-Adele Albrecht, Gattin des damaligen niedersächsischen Ministerpräsidenten Dr. Albrecht und Prof. Dr. Windorfer) sächlich und personell erheblich unterstützt hatte.

Bauliche Situation

Die Gebäude waren im Vergleich zu den 90er Jahren in einem besseren Zustand, aber immer noch in Teilen sanierungsbedürftig.



Es bestand jedoch eine klare Trennung zwischen Räumen mit organisatorischen Aufgaben (Milchküche, Küche, Vorratsräume), und solchen, die der Betreuung und Pflege der Kinder dienten. Die Betreuungsräume waren nach Altersstufen gegliedert, d.h. zwei Räume für die frisch aufgefundenen Kinder, 2 Räume für die gesunden Neugeborenen / Säuglinge im Alter von bis zu 4 Wochen, 2 Räume für Kinder zwischen der 3. Lebenswoche und dem 3. Lebensmonat und 2 weitere Räume für Kinder ab dem 3. Lebensmonat.

Bilder von Kindern aus dem Mygoma Home





Personelle Situation

In jedem Betreuungsraum befanden sich zwischen 8 – 10 Kinder; gegenwärtig waren 86 Kinder in Betreuung und Pflege des Heimes. Es gab nach wie vor zahlreiche sog. Nannies, d.h. ungelernete Pflegerinnen, die einfachste Pflege durchführen sollten, dazu aber nur sehr eingeschränkt in der Lage waren. Diese Frauen waren von dem früheren Betreiber des Heimes, Ana Sudan, übernommen worden.

Seit Ende April waren jedoch auch mehrere ausgebildete Krankenschwestern eingesetzt worden, die anscheinend einigermaßen vernünftig die rein körperliche Pflege der Kinder vornahmen.



Als ein großes Defizit zeigte sich bereits bei dem kurzen Besuch, dass neben der rein körperlichen Pflege allerdings kaum eine weitere Betreuung der Kinder in emotionaler Hinsicht stattfand. Die Kinder lagen meist eher apathisch, im Bett, niemand spielte mit ihnen, niemand nahm sie – mit Ausnahme beim Füttern – auf den Arm, niemand nahm sonst irgendeinen Kontakt auf.

Dies war auch bereits den Damen und Herren von UNICEF aufgefallen, die nun fieberhaft versuchen Hilfe für diese bestehenden Defizite zu finden. Es ist dabei nicht so, dass nicht genügend Personal zur Verfügung stünde; das Personal ist nur nicht geschult sich mit den

Kindern altersentsprechend zu beschäftigen. Es existieren auch keinerlei einfache altersgerechte Spielsachen.

Allerdings muss man festhalten, dass innerhalb der wenigen Wochen seit Ende April 2010 hinsichtlich der rein körperlichen Betreuung und hinsichtlich der Senkung der Todesrate Erstaunliches geleistet wurde. So waren in den vergangenen 4 Wochen lediglich 15 Kinder verstorben. Dies entspricht in diesem engen Zeitrahmen einer Todesrate von lediglich etwa 20%.

Bei der anschließenden Besprechung wurde die Zukunftssituation des Heimes angesprochen. Die Betreuung des Heimes durch eine einheimische NGO wurde weitgehend ausgeschlossen; zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird das Fachpersonal noch von dem Sozialministerium gestellt und finanziert, die organisatorische Aufsicht liegt vorläufig jedoch noch bei UNICEF.

UNICEF hatte eine Prioritätenliste an Wünschen aufgestellt, wobei die Unterstützung bei der regelmäßigen Beschaffung von Medikamenten sowie vor allem das Training aller Beschäftigten, einschließlich des „Managements“, als besonders wichtig hervorgehoben wurden.

Prof. Dr. Adolf Windorfer und Celia Windorfer stellten klar, dass sie nicht im Auftrage des Landes Niedersachsen, sondern im Auftrage der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER und des Vereins „Überlebenshilfe Sudan“ gekommen seien, um mögliche Hilfemaßnahmen zu erkunden.

Ferner machten sie deutlich, dass die voraussichtlich beschränkten Finanzmittel - gleichgültig in welcher Höhe - keinesfalls unkontrolliert an das Mygoma Home bzw. das dort zuständige Management gegeben würden, sondern dass Hilfe ausschließlich in personeller Art z.B. bei dem intensiven Training des Personals gegeben werden könnte. Denn auch von den Vertretern der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER wurde gesehen, dass man das Wohl der Kinder langfristig nur verbessern kann, wenn das vorhandene Personal immer wieder sachkundig angeleitet und auch kontrolliert würde.

Als Überlegung wurde im Anschluss an die Besprechung Folgendes entwickelt:

- Als Anfangsmaßnahme Auf- und Ausbau eines einfachen Trainings- und Seminarraumes mit einfachem Mobiliar und einfachem Schulungsequipment.
- Entsendung von 2 Fachkräften, die im Rahmen einer mehrtägigen Kontrolle der Arbeitsvorgänge im Managements- und pflegerischen Bereich die wichtigsten Defizite und damit die prioritären Fortbildungs- und Trainingsnotwendigkeiten erarbeiten sollen. Hierbei muss auch die Situation der wirklich notwendigen Medikamentenversorgung überprüft und besprochen werden.
- In Abhängigkeit von dem erarbeiteten Bericht, der auch mit UNICEF und dem sudanesischen Sozialministerium besprochen werden muss, kann dann entschieden werden welches Training und welche Fortbildung, sowie welche mittelfristige Überwachung der Maßnahmen erforderlich seien. Hiervon abhängig ist dann auch die Beantragung benötigter Fördermittel.

Allerdings sind Herr und Frau Windorfer der Meinung, dass eine Hilfe für das Mygoma Home nur erfolgen kann,

- wenn die Leitung des Heimes in nachweislich zuverlässigen Händen liegt,
- wenn ausreichend Fachpersonal vorhanden ist, das auch sinnvoll geschult werden kann.

***Bewertung der Betreuung, Pflege und Versorgung der Kinder im Mygoma Home
Vorschläge für eine Verbesserung der gegenwärtigen und zukünftigen Betreuung
Oktober 2010***

Aufgabenstellung des Mygoma Home

Aufgabe des Mygoma Home ist es, die seiner Obhut übergebenen neugeborenen Kinder gut und sachgerecht zu pflegen und zu betreuen, damit sie nach einigen Monaten gesund Eltern übergeben werden können, die ein Kind adoptieren möchten.

Aufgabenstellung an die Gutachter

Der Wunsch des für das Mygoma Home verantwortlichen Ministry of Sozial Development /Provinz Khartoum war es, dass Experten der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER die Qualität der Betreuung, der Pflege und der Versorgung der Kinder und den sich daraus ergebenden Bedarf an Veränderungen sowie an Training und Fortbildung für das Personal der verschiedenen Berufsgruppen erheben sollte. Damit soll erreicht werden, dass das Mygoma Home der gestellten Aufgabe (s.o.) gerecht werden kann.

Durchführung

Für die Durchführung der Aufgabe standen zur Verfügung:

Celia Windorfer, ehemals leitende Nurse einer Geburtshilflichen Abteilung

Prof. Dr. Adolf Windorfer, Kinderarzt, Pharmakologe und Experte in Gesundheitsmanagement

Vorgehen:

Begleiten von Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen bei ihrer täglichen Arbeit und Beobachten der einzelnen Handlungsabläufe, Erfahren der Begründung und Bewertung.

Zeitlicher Ablauf:

Die Begleitung fand in 2 Stufen statt.

Stufe 1:

an 3 aufeinander folgenden Tagen Beurteilung der einzelnen Pflege- und

Betreuungsmaßnahmen sowohl während der Früh- und Mittagsschicht wie auch am 3. Tag während der Abendschicht

Stufe 2:

Am 4. und 5. Tag Beurteilung der strukturelle Rahmenbedingungen

Voraussetzung der Beurteilung:

Grundlage für die kritische Begleitung war die Voraussetzung nicht ein absolutes Optimum an Pflege und Betreuung wie in einem Kinderkrankenhaus zu erzielen, sondern eine möglichst gute, aber den personellen und ökonomischen Verhältnissen des Mygoma Homes angepasste Pflege und Betreuung der Kinder zu erreichen.

Folgenden Schwerpunkten wurde dabei besondere Aufmerksamkeit geschenkt:

1. **Räume, die zur Betreuung der Neugeborenen und Säuglingen zur Verfügung stehen**
2. **Hygiene.** Die Sterbefälle der Kinder beruhen zum überwiegenden Teil auf akuten Infektionen (z. B. Sepsis, bakterielle Meningitis, Lungenentzündung und Durchfall). Daher war dem Vorgehen aller Personalgruppen in diesem Bereich besondere Aufmerksamkeit zu schenken.
3. **Ernährung und Nahrungszubereitung.** Da bei den im Mygoma Home betreuten Neugeborenen und Säuglingen ein Stillen ausgeschlossen ist, hat die sachgerechte Ernährung mit Formulamilch hohe Priorität. Zum einen, da eine Unter- oder Fehlernährung bei dem Auftreten akuter Infektionen deren Ablauf erheblich verschlechtern wird. Zum anderen aber, da vor allem durch eine Unter- oder Fehlernährung die Hirnentwicklung gerade in den ersten 12 Monaten erheblich leiden kann, so dass selbst Kinder, die überleben bei bestehender Unterernährung später geistige und körperliche Defizite aufweisen können.
4. **Beobachtung und Untersuchung.** Zum frühzeitigen Erkennen von akuten Infektionen und schnellem Handeln ist eine gute Beobachtung des Verhaltens und der Reaktionen der Kinder wichtig. Ebenfalls ist eine sachgerechte Untersuchung der Haut der Kinder, der Fontanelle und der Reflexe unerlässlich, um rechtzeitig eine Dehydrierung erkennen zu können.
5. **körperliche und emotionale Betreuung und Pflege.** Damit sich die Kinder nicht nur physisch, sondern auch emotional altersgerecht und gesund entwickeln können, ist es bei dem Fehlen der mütterlichen Bezugsperson von Bedeutung, dass die „Ersatzmütter“ die ihnen anvertrauten Kinder nicht nur richtig pflegen, sondern ihnen auch die erforderlichen „eye-to-eye-Kontakte“ geben, um eine „Ersatzmutter - Kind- Bindung“ zu ermöglichen.
6. **Motivation.** Die Motivation der Angehörigen der einzelnen Berufsgruppen ist die Grundvoraussetzung für eine gute und zuverlässige Pflege und Betreuung.
7. **Personelle Struktur; Personal und seine Zuständigkeiten, Management und Supervision.** Die Festlegungen der einzelnen Zuständigkeiten sind erforderlich, damit die Angehörigen der einzelnen Berufsgruppen ihre Tätigkeiten auch korrekt

wahrnehmen können. Darüber hinaus ist eine Kontrolle der einzelnen Arbeitsabläufe und bei Bedarf Korrekturen und Verbesserungen vorzunehmen.

8. **Laboruntersuchungen.** Die Laboruntersuchungen sollen eine frühzeitige Diagnose von akuten Infektionen ermöglichen.
9. **Medikamentöse Therapie.** Es sind die sinnvollen prophylaktischen therapeutischen Maßnahmen zu ergreifen, die für die Gesundheit der Kinder von Bedeutung sind.
10. **Wasser- und Stromversorgung.** Für ein Funktionieren einer Basisversorgung ist die verlässliche Wasser- und Energieversorgung unerlässlich.
11. **Bauliche Situation;** eine angepasste bauliche Situation ist ebenfalls wesentlich für das Funktionieren der Versorgung der Kinder.

Ergebnis der Begehung

Vorbemerkung

Den Gutachtern ist bewusst, dass es sich bei der Betreuung und Pflege der zu betreuenden Kinder um eine besonders schwere und verantwortungsvolle Aufgabe handelt und möchten ausdrücklich betonen, dass im Folgenden aufgeführte Mängel und daraus abzuleitende Verbesserungsvorschläge keine Kritik am Personal sein sollen, sondern nur dazu beitragen sollen die Betreuung und Pflege der Kinder auch im Sinne des Personals zu verbessern. Insgesamt möchten die beiden Gutachter jedoch dem gesamten Personal für seine Hilfsbereitschaft, seine Herzlichkeit und seine Offenheit danken.

Grundsätzlich war zu erkennen, dass sich die Mehrzahl des Personals den zugewiesenen Aufgaben engagiert entsprechend den Anforderungen widmete. Es waren jedoch auch z.T. Verbesserungsnotwendigkeiten sowohl bei der Betreuung der Kinder wie auch bei der Organisation und bei der Gesamtstruktur erkennbar.

Zu 1. Räume für die Betreuung

Die im Mygoma Home aufgenommenen und betreuten Kinder werden in insgesamt – je nach Alter und Gesundheitssituation – in 15 verschiedenen Räumen untergebracht und versorgt.

1.1. Aufnahme eines Kindes im Aufnahmeraum:

Ein z.B. von der Polizei in das Home gebrachtes Kind wird in dem Aufnahmeraum aufgenommen und versorgt. Die Versorgung einer Aufnahme Neugeborenen dauert allerdings erheblich zu lange, da das Personal intensiv mit Formalien beschäftigt ist, bevor es sich der Versorgung der Neugeborenen widmet.

1.2. Raum Nr. 1

Anschließend wird das neuaufgenommene Kind in den Raum (Raum 1) für „Neuaufnahmen“ verlegt. In diesem Raum befinden sich 8-10 Kinder, die während der ersten Lebenswochen hier betreut werden. Da dieser Raum Nr.1 überfüllt war, wurde ein weiterer Raum (Raum Nr. 2) für zusätzliche Neuaufnahmen geöffnet. Es fiel auf, dass in diesem Raum die Klimatisierung für die

Neugeborenen viel zu kalt war und eher dem Bedürfnis der Nannies und Nurses entsprach, aber für die Neugeborenen erheblich zu kalt war.

1.3 Weitere Räume für gesunde Säuglinge

Die älteren Säuglinge werden dann weiter in andere Räume verlegt. Die Kinder der verschiedenen Altersgruppen liegen ständig im Bett und werden in vielen Fällen nur zum Füttern und Saubermachen aus den Betten genommen. Eine Kontaktaufnahme außer dieser körperlichen Versorgung findet seltener statt. Die etwas älteren Säuglinge liegen ebenfalls im Bett. Möglichkeiten zu etwas mehr Bewegung werden nicht genutzt.

1.4 Raum für Kinder mit beginnendem Durchfall

Kindern mit beginnendem Durchfall werden in einem gesonderten Raum isoliert. Diese vernünftige Maßnahme wird jedoch in ihrem Wert durch mangelnde Hygiene eingeschränkt (s. Hygiene).

1.5. Raum für Kinder nach Rückkehr aus dem Krankenhaus

Eine ebenfalls sinnvolle Maßnahme ist es die aus dem Krankenhaus zurückkehrenden Kinder noch für einige Tage in einem gesonderten Raum zu pflegen. Ein Krankenhausbericht für diese Kinder war nicht erhältlich.

1.6. Raum für Kinder mit Unter- oder Fehlernährung

Kinder mit unerklärlichem Gewichtsverlust werden ebenfalls in einem gesonderten Raum betreut und erhalten höher kalorische Nahrung. Die Ursache für den Gewichtsverlust konnte nicht erklärt werden (s. Abschnitt Ernährung). Bei normalem Trinkverhalten und guter Beobachtung der Kinder dürften diese Gewichtsverluste nicht so häufig auftreten.

Zu 2. Hygiene

2.1 Händehygiene. Weder von den Nannies („Ersatzmütter“), noch von den

Krankenschwestern, noch den Ärzten wurde zwischen der Versorgung der einzelnen Säuglinge eine Händereinigung vorgenommen oder gar eine Händedesinfektion. Besonders galt dies bei dem Wickeln der Kinder und dem Reinigen der Kinder bei verschmutzten Windeln. Ist dies schon bei den noch gesunden Kindern nicht zu tolerieren, so ist diese fehlende Händehygiene in dem Raum mit Säuglingen mit Durchfall, wie auch in dem Raum, in dem die Kinder nach der Rückkehr aus dem, Krankenhaus liegen, nicht günstig., da dadurch jede Infektion schnell und problemlos von einem Kind auf die anderen übertragen werden kann. Verwunderlich ist, dass von den die Nannies betreuenden Krankenschwestern in keinem Fall auf dieses Defizit hingewiesen wurde. Eine mikrobiologische Untersuchung aus dem Jahr 2009 zeigte eine massive Kontamination der Hände des Pflegepersonals wie auch von Flaschensaugern mit hochpathogenen Krankheitserregern. Im Gegensatz dazu wurden bei der Untersuchung der frisch eingelieferten Neugeborenen von der Krankenschwester Einmal-Handschuhe getragen. Sie konnte jedoch keine Auskunft darüber geben, warum sie dies machte.

2.2 Hygiene bei dem Wickeln und Untersuchen der Säuglinge. Die hierfür verwendeten Unterlagen wurden immer wieder bei unterschiedlichen Kindern verwendet ohne sie einem Kind zuzuordnen oder auch zu wechseln. Auch dies ist eine optimale Quelle für die Übertragung von krankmachenden Krankheitserregern.

2.3 Hygiene des Windelwechsels. Unabhängig von der fehlenden Händehygiene wurden die mit Stuhl verschmutzten Baumwollwindeln zusammen mit der anderen Wäsche in dieselben Körbe geworfen und in derselben Waschmaschine gewaschen. Dies kann ebenfalls zu einer erheblichen Keimverschleppung führen.



2.4 Arbeitskleidung des Personals. Sowohl die Nannies, wie die Krankenschwestern und auch die Ärzte tragen ihren normale Straßenkleidung in den Räumen der Kinder. Hierbei kommen sehr oft die Kopftücher der Frauen mit den Kindern, vor allem auch mit verschmutzten Windeln, in Berührung ohne dass dies irgendwelche Konsequenzen nach sich zieht oder beachtet wird. Dies kann auch zu einer Keimübertragung auf Familienangehörige des Personals führen.

2.5 Milchküche. Auch wenn in der Milchküche bei dem Anmischen des Milchpulvers mit Wasser eine Beaufsichtigung des Personals durch 2 Nutritionists besteht, so werden auch hier einige grundsätzliche Basishygieneregeln verletzt. So wurde Abfüllgefäße, mit denen die Milch aus großen Töpfen in die einzelnen Babyflaschen gefüllt wurde, auf dem nicht-desinfizierten Tisch abgestellt und dann immer wieder in die Milch eingetaucht. Führt unweigerlich zu einer erheblichen Verschmutzung der Milch mit Bakterien und zu einer massiven Infektionsausbreitung über die Milch. Dies wurde von den beaufsichtigenden Nutritionists anscheinend nicht bemerkt oder verbessert.

2.6 Waschküche. Diese war sowohl baulich wie auch apparatemäßig in einem sehr schlechten Zustand. Lediglich eine alte, große Waschmaschine funktionierte, sodass stuhlverschmutzte Windeln mit anderer Babykleidung gemeinsam gewaschen werden musste. Die nach dem

Trocknen durchgeführte Sterilisation (unabhängig von dem Sinn einer derartigen Maßnahme bei vernünftiger Trennung der Wäsche) erwies sich als völlig sinnlos, ja sogar eher problematisch, da die Wäsche nach dem Autoklavieren feucht und damit keimempfindlich war. Die bauliche Substanz war in einem so schlechten Zustand, dass sauberes Waschen nicht möglich scheint.



2.7 Wasserversorgung: an mehreren Tagen steht nicht ausreichend Wasser z. B. für die Händehygiene zur Verfügung.

Fazit: In allen Fragen der Basis hygiene besteht bei den Angehörigen aller Berufsgruppen ein erhebliches Defizit, obwohl fachlich qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht und die Probleme sehen müsste. (Lösungsvorschläge s. unten)

Zu 3. Ernährung und Nahrungszubereitung

3.1 Anpassungen der verwendeten Milch an das Alter der Säuglinge.

Wenn auch 4 verschiedene Milchsorten zur Verfügung stehen, so war die Milch für die ersten Lebenswochen nicht angepasst. Das bringt bei bereits vorgeschädigten Kindern die Gefahr einer verstärkten Durchfallsneigung, Unterernährung und damit zusätzlich erleichterte Infektionsbereitschaft mit sich (s. Aufnahme in den Raum für die fehl- und unterernährten Kinder).

3.2 Kontrollen der Trinkmenge

Für das Gedeihen der Kinder ist besonders wichtig, dass die berechnete Trinkmenge auch wirklich getrunken wird und bei zwischenzeitlichem Erbrechen auch wieder ausgeglichen wird. Es waren jedoch keine Aufzeichnungen darüber zu finden, ob ein Kind die ihm zuge dachte Menge auch getrunken hat. Dass hierbei ein erhebliches Informationsdefizit besteht, belegt die Tatsache, dass in einem gesonderten Raum Kinder mit Mangelernährung untergebracht sind, die besonders hochkalorische Nahrung erhalten. Es ist sicher, dass diese Maßnahme nicht erforderlich wäre, wenn das tatsächliche Trinkverhalten der noch gesunden Kinder besser überwacht würde. Es wurde angegeben, dass hierüber die Nutritionist eine Tabelle führen würde; diese lag jedoch nicht bei den Kindern. Der zuständige Arzt gab an, keine Information darüber zu haben, obwohl die Nutritionist angab nach Rückmeldung aus dem jeweiligen Zimmer mangelndes Trinken mündlich an die Ärzte weiter gegeben zu haben. An diesem Beispiel zeigt sich besonders deutlich ein Problem, das später nochmals detailliert besprochen werden soll, nämlich die erheblichen organisatorischen und strukturellen Defizite in dem Mygoma Home.

3.3 Indikation für die Gabe von „Oral Rehydration Fluid“(ORF) und Durchführung

Zum Ausgleich bei beginnendem Durchfall oder bei Erbrechen wird sinnvoller weise für jedes Kind ein Fläschchen ORF fertig gemacht. Es ist jedoch nicht klar, wann, wie viel und wie oft ORF den einzelnen Kindern verabreicht wird. Es scheint völlig dem Belieben der Nannies überlassen wie dies gehandhabt wird. Die Aufgabe der in jedem Raum anwesenden Nutritionist oder assistent Nutritionist wäre in diesem Zusammenhang die Nannies daraufhin zu weisen wann und wie viel von dieser ORF gegeben werden sollt. Dies geschah jedoch nicht. Mehrmals konnte auch beobachtet werden, dass die Fläschchen mit ORF für die Kinder verwechselt wurden, obwohl die Fläschchen mit dem Namen des jeweiligen Kindes gekennzeichnet waren. Dies wurde auch nicht von der anwesenden Nurse oder der Nutritionist (assistent Nutritionist) bemerkt oder kritisiert.

3.4 Führung der Gewichts- und Trinkkurven

Bei mehreren Kindern waren die entsprechenden Unterlagen über viele Tage nicht geführt worden und die erforderlichen Daten nicht eingetragen. Auch hier zeigte sich wieder das Problem der mangelnden Kontrolle durch Nurses oder Ärzte, denn anscheinend war dies Defizit niemand aufgefallen.

Zu 4. Beobachtung und Untersuchung

4.1 Beobachtung durch Nannies und Krankenschwestern

Die Kinder werden lediglich zum Windelwechseln ausgezogen. Eine Untersuchung z.B. des Hautzustandes durch eine Nurse konnte auch bei bereits deutlich dehydrierten Kindern nicht gesehen werden. Auf Nachfrage einer Ärztin konnte daher auch keine sachgerechte Auskunft gegeben werden. Eine Kontrolle des Hautzustandes, der Fontanelle oder des Trinkverhaltens wurde in unserer Gegenwart bei keinem Kind durchgeführt oder registriert.

4.2. Untersuchung durch Ärzte

Die Ärzte verlassen sich bei der Beurteilung des Zustandes eines Säuglings anscheinend auf die Aussagen der Nannies oder Nurses. Eine körperliche Untersuchung auch bei Kindern mit deutlich schlechtem Zustand fand nicht statt. Es hat den Anschein als ob die vorhandenen Ärzte von der Betreuung von Säuglingen und dem frühzeitigen erkennen von Infektionen wenig oder keine Erfahrung haben.

Zu 5 Körperliche und emotionale Betreuung und Pflege

5.1 Körperliche Versorgung

Hierbei wurden mehrere Hygienefehler begangen (s. oben unter 1.). Es ist weiter die Frage, die von den verschiedenen im Mygoma Home Befragten unterschiedlich beantwortet wurde, ob ausreichend Einmalwindeln (Pampers) für jedes Kind zur Verfügung stehen. Eine Aussage war, dass für jedes Kind täglich lediglich 1 Pamperswindel zur Verfügung stehe und dass im Übrigen sehr kleine Stoffwindeln eingesetzt werden müssten. Eine andere Aussage war, dass pro Kind und Tag 3-4 Pamperswindeln vorhanden seien. Unser Eindruck war, dass wahrscheinlich tatsächlich nur 1 Pamperswindel pro Tag und Kind vorhanden ist. Es ist durchaus möglich Baumwollwindeln einzusetzen, diese müssen jedoch in ausreichender Größe vorhanden sein und für das Waschen getrennt von der übrigen Babywäsche abgelegt werden.

5.2 Emotionale Betreuung

Die Mehrzahl der Pflegenden – sowohl Nannies wie auch Krankenschwestern – nahm relativ wenig Blick- und Sprechkontakt zu den Kindern während der Pflege oder während des Fütterns auf. Dies galt sohl für die ganz jungen Säuglinge wie auch für diejenigen, die bereits älter als 6 Monate waren. Da aber gerade die Nannies die Rolle einer Ersatzmutter spielen sollen und die Entwicklung einer Mutter/Ersatzmutter-Kind-Bindung besonders wichtig für die intellektuelle und soziale Entwicklung eines Kindes ist, ist dies ein unnötiges Defizit.



Die noch sehr jungen Säuglinge wurden gelegentlich in ein „Maxicosi“ gelegt, um sie beim Weinen besser Schaukeln zu können. Die zwangsweise gekrümmte Haltung in diesen Geräten ist nicht nur für die Kinder sehr unangenehm, sondern auch für die Haltung der Wirbelsäule schädlich.

Den etwas älteren Säuglingen wird darüber hinaus keine Möglichkeit gegeben sich auf einer Decke auf dem Boden zu bewegen.

Zu 6. Motivation

Es fällt immer wieder auf, dass einzelne Beschäftigte ihre Arbeit sehr engagiert durchführen, andere aber wiederum mit nur geringem Engagement. Vor allem die Bereitschaft zur regelmäßigen Kontrolle angeordneter und sinnvoller Maßnahmen ist nicht sehr stark ausgeprägt. Dies ist aber für eine verbesserte Überlebensrate unerlässlich.

Zu 7. Personelle Struktur, Personal und seine Zuständigkeit, Management und Supervision

Ausschließlich für die Pflege und Betreuung der Säuglinge sind mehrere verschiedene Berufsgruppen zuständig:

Nannies = Ersatzmütter (n=217)

Krankenschwestern (n=28)

Nutritionist / Assiss. Nutritionist (n=24)

Ärzte (n=12)

Kinderarzt (n=1)

Apotheker (n=1)

Apothekenhelfer (n=1)

Diese sind in ihrer Zuständigkeit 2 verschiedenen Ministerien (Gesundheitsministerium und Sozialministerium) zugeordnet und es besteht eine gewisse Konkurrenzsituation zwischen den jungen, speziell im Bereich der Kinderheilkunde unerfahrenen Ärzten und der einzigen in Pädiatrie qualifizierten und erfahrenen Sister (Mrs. Batoul A. Mahmoud) sowie anscheinend auch zu den Nurses. Die Verantwortlichkeiten der einzelnen Berufsgruppen sind zwar in einem umfangreichen Dokument (Arbeitsplatzbeschreibung) festgelegt. Die jeweilig erforderlichen

Berichtswege sind jedoch eher theoretisch und umständlich und erfordern eine ständige Kontrolle, die in keinem Fall möglich ist, dass es ständig zu massiver Informationsdefiziten kommt. Die wesentliche praktische Arbeit wird von den Nannies geleistet; diese werden jedoch in den Arbeitsabläufen wenig kontrolliert oder verbessert.

Eine Supervision existiert nur durch die leitende Krankenschwester Sister Batoul, auf die jedoch noch nicht in ausreichendem Maße gehört wird. Vor allem die jungen Ärzte sind jedoch anscheinend nicht sehr bereit sich von Sister Batoul belehren zu lassen, obwohl sie in mehreren Fällen zu Recht auf den kritischen Zustand eines Kindes hinwies.

Bei einzelnen Berufsgruppen ist die Frage nach der Sinnhaftigkeit ihres Einsatzes oder nach der Anzahl des Personals zu stellen, z.B. bei den Ärzten.

Zu 8. Laboruntersuchungen

In dem Labor werden verschiedene Test durchgeführt, deren Sinn neu beurteilt werden solltet. Aufgabe der Laboruntersuchungen muss sein, akute Infektionen wie Sepsis oder bakterielle Hirnhautentzündung so früh wie möglich zu erkennen, um das betreffende Kind rechtzeitig in das Krankenhaus überweisen zu können.

Bei allen durchzuführenden Tests ist zu fragen, welchen Zweck der Test haben sollte. Dies gilt z.B. für:

- Routinemäßige HIV- Teste: Welche Konsequenzen hat ein positives HIV-Test? Eine Behandlung ist derzeit für diese wenigen Kinder kaum vorstellbar.
- Routinemäßige Hepatitis B- Teste: Welche Konsequenz hat ein positiver Hepatitis B - Test bei einem Neugeborenen? Auf Nachfrage wurde angegeben, dass die Hepatitis B - positiven Kinder in das Krankenhaus verlegt würden, um dort mit Antibiotika behandelt zu werden. Dies ist allerdings nicht wirksam, da es sich bei dieser Infektion um eine virale Infektion handelt, die nicht mit Antibiotika behandelbar ist. Es wäre lediglich die schnelle Gabe von Hepatitis B - Immunglobulin sinnvoll. Es war nicht zu erfahren, ob dies in dem Krankenhaus eingesetzt wird (Frage der Kosten).
- pH - Werte von Stuhl; hierzu ist kein Labor erforderlich, sondern lediglich eine Papierstreifenuntersuchung, die von einer Nurse an der Windel vorgenommen werden kann.
- Hämoglobinwert: Die Hämoglobinbestimmung alleine ohne Untersuchung der weißen Blutzellen ist wenig hilfreich. Wichtiger wäre die Durchführung eines Differentialblutbildes mit Differenzierung und Auszählung der weißen Blutzellen. Ferner kann die Bestimmung der Blutplättchen hilfreich sein.
- Malariatestung. Da im Raum Khartoum das Malariavorkommen selten ist, ist eine Infektion der Säuglinge im Mygoma Home eher sehr selten und außerdem große Erfahrung bei der Beurteilung der Blutausstriche erforderlich. Viel wichtiger ist auch hierbei das Auftreten von Fieber und allgemeine Krankheitszeichen rechtzeitig zu erkennen. Eine Therapie wird auf jeden Fall im Krankenhaus vorgenommen.

Zu 9. Medikamentöse Therapie

Jedes Kind erhält bei der Aufnahme routinemäßig ein orales Antibiotikum. Eine derartige prophylaktische Antibiotikagabe ist sehr kritisch zu sehen und aus unserer Sicht abzulehnen, da sie sehr ungezielt ist, als orale Gabe wahrscheinlich zu niedrig dosiert ist und vor allem die Gefahr einer Resistenzentwicklung besteht, so dass Bakterien sich entwickeln, die gegen Antibiotika nicht mehr empfindlich sind. Diese Situation hatte bereits vor einigen Jahren im Mygoma Home bestanden. Aus diesem Grund sollte eine routinemäßige Antibiotikagabe nicht mehr erfolgen, dafür aber eine gute Beobachtung speziell der Neugeborenen während der ersten 10 Lebens- und Aufenthaltstage im Mygoma Home. Aber auch andere Antibiotikagaben sollten nur bei dringender Indikation erfolgen. Es war nicht erkennbar, wann im Übrigen Antibiotika sonst gegeben werden.

Auch die Gabe anderer Medikamente wie Calcium- Gluconat ist von fraglichem Wert.

Zu 10. Wasser- und Stromversorgung

Es ist zumindest ein Wasserhohtank vorhanden, sodass die Wasserversorgung für jeweils 24 Stunden ausreichen müsste. Es fehlt jedoch anscheinend eine Pumpe, um den Wassertank täglich ausreichend aus dem Leitungssystem auffüllen zu können.

Die Elektrizitätsleitungen sind in einem schlechten und gefährlichen Zustand. Daher kann jederzeit ein Kurzschluss mit erheblicher Brandgefahr auftreten.

Zu 11. Bauliche Situation

Die bauliche Situation ist besonders schlecht bei dem Waschhaus; dies wird von der Stiftung zum gegenwärtigen Zeitpunkt renoviert. Die weiteren Gebäude und Räume sind zwar in keinem optimalen Zustand, eine Sanierung wäre jedoch nicht oberste Priorität, wenn man die Qualität der Betreuung und Pflege als wichtigstes Kriterium nimmt.

Empfehlungen

Die Empfehlungen orientieren sich an folgenden Gesichtspunkten:

- Sie müssen von dem Personal verstanden und nachvollzogen werden können
- Sie müssen umsetzbar und kontrollierbar sein
- Sie müssen sich in einem tolerierbaren Kostenrahmen bewegen
- Sie sollten bei strukturellen Änderungen Einsparungen ergeben, damit andere sinnvollere Ausgaben gedeckt werden können

Für die folgenden Empfehlungen wird eine stufenweise Umsetzung vorgeschlagen. Bei der Umsetzung der einzelnen Stufen kann die Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER behilflich sein.

Stufe 1 (sofort bzw. so bald als möglich):

Renovierung der Wäscherei:

Die grundsätzliche Renovierung der Wäscherei ist bereits eingeleitet und wird in den nächsten Tagen vollendet sein. Die Repräsentantin der Stiftung Eine Chance für Kinder, Frau Margret Giese, hat die entsprechenden Finanzmittel erhalten und wird sie entsprechend der Rechnungslegung auszahlen. Nach Fertigstellung des Baues wird von der Stiftung Eine Chance für Kinder der Ankauf von 2 neuen Waschmaschinen finanziert werden. Damit kann dann stuhlverschmutzte Wäsche getrennt von der anderen Babywäsche gewaschen werden. Ein gesonderter Raum für das Wäschebügeln ist vorgesehen. Entsprechende Geräte (Bügeleisen) werden angeschafft, da das Autoklavieren durch Bügeln ersetzt werden soll.



Verbesserung der Hygiene und Training

- **Sachleistungen:**

Von der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER werden z.B. für jeden Raum desinfizierbare Wickelunterlagen, eine größere Zahl von Baumwollwindeln, Waschlappen, Desinfektionsmittelspender und Desinfektionslösung usw. angeschafft.

- **Unterweisung in Hygienefragen und in der Pflege:**

Die Stiftung Eine Chance für Kinder wird so schnell wie möglich zwei Fachkräfte (wenn möglich Kinderarzt und Kinderkrankenschwester) für ca. 6 – 8 Wochen nach Khartoum

senden, um ausführliche Unterweisungen im Bereich der oben angesprochenen Defizite (Händehygiene usw.) für alle Personalgruppen durchzuführen.

Vor allem sollen die Krankenschwestern als key persons geschult werden, da sie die Kontrolle der Nannies übernehmen sollen.

Anschließend wird bei Bedarf eine ständige Hilfe bei der Überwachung der Hygieneregeln durch Frau Margret Giese (in Khartuom tätige deutsche Hebamme und Repräsentantin der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER in Khartuom) angeboten werden.

- **Personalkleidung**

Das Ministry of Sozial Development wird sich um eine Dienstkleidung für die pflegenden Personen bemühen, damit es zu keiner Keimübertragung über die Kleidung kommen kann.

Hilfe bei Fragen der Ernährung

Durch den Kinderarzt sowie die Kinderkrankenschwester soll auch eine Beratung der Ernährung besonders für die Neugeborenen Kinder sowie der Kinder mit Durchfall erfolgen. Der Kinderarzt wird ein System der Trinkmengenkontrolle entwickeln.

Training bei Betreuung, Beobachtung und Untersuchung

Durch die Kinderkrankenschwester soll auch das gesamte mit der Betreuung der Kinder befasste Personal in einer guten Betreuung und Beobachtung der Kinder geschult werden, um frühzeitig sich anbahnende Infektionen erkennen zu können.

Gleichzeitig soll das Personal in einem sachgerechten und altersentsprechenden Umgang mit jüngeren und älteren Säuglingen geschult werden.

Der Einsatz von Maxicosi – Schaukeln sollte grundsätzlich ausgeschlossen werden.

Die etwas älteren Säuglinge sollen die Möglichkeit zum Krabbeln bekommen. Die Stiftung Eine Chance für Kinder wird hierfür geeignete Materialien beschaffen.

Verbesserung der Motivation:

Das gesamte Training zu den oben aufgeführten Punkten soll gleichzeitig auch der Motivation des Personals dienen.

Stufe 2 (ab Frühjahr 2011):

Optimierung der Labortests:

Die Frage nach den durch das Labor zu erbringenden Tests, bzw. die Frage ob ein Labor überhaupt sinnvoll ist, sollen bei einem erneuten Besuch von Prof. Windorfer und Celia Windorfer im März 2011 abschließend besprochen und entschieden werden.

Optimierung der Therapie bzw. Vermeidung unnötiger Medikation:

Bei dem Besuch im März 2011 sollte endgültig auch die routinemäßige prophylaktische Antibiotikagabe bei allen neu aufgenommenen Neugeborenen abgeschafft werden.

Auch die Frage nach dem Sinn der Gabe von anderen Medikamenten (z.B. calcium gluconate) ist dann zu klären.

Optimierung der Personalstruktur:

Es muss abschließend geklärt werden, welche Berufe für das Mygoma Home wichtig sind. Dabei wird ein Vorschlag sein, keine nicht-spezialisierten Ärzte mehr einzusetzen, sondern ausschließlich 2 erfahrene Kinderärzte.

Es ist auch zu klären, ob an Stelle der in der Kinderversorgung unerfahrenen Ärzte nicht besser einige Krankenschwestern mit Erfahrung in Kinderpflege einzusetzen sind.

Es ist weiter zu klären, ob tatsächlich es sinnvoll ist eine assistent nutritionists in jedem Kinderzimmer zu haben; ob es nicht vielmehr besser ist, die Verantwortung für die Ernährung ganz den vorhandenen Krankenschwestern zu übertragen.

Durch eine konsequente Aufgabenzuteilung kann Personal reduziert werden und dennoch die Effektivität der Betreuung erheblich gesteigert werden, da dann Informationsdefizite vermindert werden können.

Die Verantwortlichkeiten dürfen nicht nur theoretisch zugeordnet werden, sondern müssen auch praktisch überwacht werden.

Stufe 3 (längerfristig, d.h. ab Sommer 2011):

Alle oben angesprochenen Fortbildungen werden durch immer wieder stattfindenden Besuch von entsprechenden Experten aufgegriffen. Hierdurch wird das Personal des Mygoma Home in die Lage versetzt werden, die Kontrollen der sachgerechten Betreuung der Neugeborenen, der gesunden und der kranken Säuglinge selbst durchzuführen. Auch dies soll im Laufe des Jahres 2012 fortlaufend überprüft werden.