

MDGs 4 und 5: Reduzierung der Mütter- und Kindersterblichkeit

Ein weiter Weg

In den letzten Jahren hat es im Gesundheitsbereich einige Fortschritte bei der Verringerung der Mütter- und Kindersterblichkeit gegeben. Die mosambikanische Regierung hält es für möglich, die MDGs 4 und 5 bis zum Jahr 2015 zu erreichen. Zu den Entwicklungen im Gesundheitswesen und den anstehenden Herausforderungen schreiben zwei in Mosambik tätige deutsche Ärztinnen.

Von Annett Pfeiffer und Brigitte Ney Krings

Aus allen Richtungen strömen die Mütter mit den Kindern im Tragetuch und mit der gelben „ficha“ (Gesundheitskarte, in der Gewichtsentwicklung des Säuglings und Impfungen eingetragen werden) in der Hand zum Gesundheitsposten. Unter dem Mango- baum stellt die Krankenschwester die Waage auf – ein ganz normaler Morgen in einem Dorf, ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsvorsorge. Reduzierung der Kindersterblichkeit in Mosambik – eine Erfolgsstory? Leider nicht, dennoch sind viele Schritte in die richtige Richtung sichtbar.

Eine gesunde Mutter sowie eine sichere Geburt sind in Deutschland Normalität, in Mosambik oftmals eine Wunschvorstellung. Die Kindersterblichkeit beträgt 178 (Sterblichkeit der unter 5-Jährigen pro 1.000 Lebendgeburten), die Säuglingssterblichkeit (Sterblichkeit der Kinder bis zu einem Jahr pro 1.000 Lebendgeburten) beträgt 124. Die Müttersterblichkeit liegt bei 408 pro 100.000 Lebendgeburten. Auch wenn man die Absenkung der Sterblichkeitsraten in den letzten Jahren als Erfolge verbuchen kann, sind diese Zahlen immer noch erschreckend hoch.

Vorsorgeprogramm

In Mosambik gibt es seit Jahren eine Schwangerschaftsvorsorge mit mehreren Zielen: Förderung der Muttergesundheit durch Diagnose und Behandlung der sehr verbreiteten Eisenmangelanämie, Tetanusimpfung der Mutter zur



Foto: Petra Aschoff

Mütterberatung in Micaue/Zambézia

Vermeidung von Neugeborenen tetanus, Screening und Behandlung auf Syphilis, Blutdruckkontrolle zur Früherkennung des gefährlichen Schwangerschaftshochdrucks, Erkennung einer Risikoschwangerschaft mit anschließender Krankenhauseinweisung. Die letzte Erweiterung des Programms ist Aufklärung über HIV und Testung, auf Wunsch mit anschließender prophylaktischer antiretroviraler Behandlung zur Minderung des Risikos der Übertragung von HIV von Mutter auf das Kind unter der Geburt. Geburten in Gesundheitseinrichtungen werden propagiert, besonders, wenn eine Komplikation zu erwarten ist. Auf dem Land gibt es inzwischen an vielen Orten so genannte

„Casas de Espera“ – Häuser, in denen werdende Mütter, die weit entfernt wohnen, die Geburt erwarten. Welche dieser Ziele erreicht die Schwangerschaftsvorsorge? Im Bereich der Tetanusimpfung kann man große Erfolge verzeichnen: Alle Frauen, die zur Vorsorge kommen und keinen kompletten Impfschutz nachweisen können, werden geimpft. Dadurch spielt Tetanus zumindest in der Stadt bei Neugeborenen keine Rolle mehr. Die meisten Frauen werden beim ersten Besuch auf Syphilis getestet und bei Verdacht mit Penicillin behandelt. Die Behandlung der Ehemänner/ Partner ist dagegen nur unzureichend. Durch Unter- und Mangelernährung ist die Versorgung

mit Eisen nicht gewährleistet, so erhalten fast alle Frauen gratis Eisentabletten. Dagegen umfasst der Begriff „Risikoschwangerschaft“ viele verschiedene Aspekte wie z.B. Erstgebärende jünger als 15 Jahre, Vielgebärende, kleiner Körperbau, mehrere Fehlgeburten, Kaiserschnitt, Totgeburt, Schwangerschaftshochdruck mit schweren Folgen, Nachblutungen nach vorausgegangenen Schwangerschaften... Es gibt viele Gründe, eine Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft einzustufen.

Wie kann man allerdings in der folgenden Schwangerschaft das Risiko erkennen? Eine Narbe nach einem vorgegangenen Kaiserschnitt kann man beobachten. Meist existieren jedoch keine Aufzeichnungen über vorausgegangene Schwangerschaften und Geburten. Frauen wurde nicht erklärt, warum ein Kaiserschnitt gemacht wurde. Der mutmaßliche Grund für eine Totgeburt bleibt vielen Eltern ein Rätsel. So kann auch beim Aufnahmegespräch in der nächsten Schwangerschaft das Risiko für die jetzige Schwangerschaft nur schwer eingeschätzt werden.

Umsetzungsprobleme

Schwangerschaftshochdruck und seine Folgen (hier im Volksmund „Schwangerschaftsvergiftung“ genannt) ist weltweit die häufigste Ursache für Müttersterblichkeit und hat eine hohe Kindersterblichkeit zur Folge. Schwarze Frauen haben ein höheres Risiko an einem Schwangerschaftshochdruck zu leiden. Dennoch haben nur wenige Gesundheitsposten überhaupt ein funktionierendes Blutdruckmessgerät. Frauen wissen oft nicht das Datum der letzten Menstruation, so kann das voraussichtliche Geburtsdatum nur grob abgeschätzt werden. Sowohl Frühgeburten als auch Übertragungen können vor der Geburt nicht ausreichend eingeschätzt werden.

Woran liegt es, dass solche grundlegenden Daten wie Schwangerschaftsalter oder Blutdruck nicht diagnostiziert werden können? Liegt es an mangelnder Ausbildung oder Ignoranz des Pflegepersonals? Ein Teil des Problems ist sicher die massive Überforderung des Pflegepersonals. Im Zentralkrankenhaus der Stadt Beira (500.000 Einwohner) werden im

Jahr 6.000 Kinder geboren mit einem Personalschlüssel von zwei Hebammen pro Schicht und sechs gynäkologisch tätigen Ärzten (in Deutschland wäre das der Personalschlüssel für eine Geburtenzahl von 500-600 im Jahr). Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten selbst im Zentralkrankenhaus von Beira, dem zweitgrößten Krankenhaus im Land, sind sehr eingeschränkt. In den umliegenden Krankenhäusern kann oft nicht einmal ein Blutbild hergestellt oder die Blutgruppe bestimmt werden. Krankenhäuser mit bis zu 1.000 Geburten im Jahr arbeiten ohne die Möglichkeit, einen Kaiserschnitt durchzuführen und müssen Patientinnen zum Kaiserschnitt notfallmäßig ins nächstgrößere Krankenhaus verlegen.

Kleinkindergesundheit

Für Kleinkinder ist die gelbe „ficha“ das wichtigste Dokument der Gesundheitsvorsorge. Regelmäßige Gewichtskontrollen, Impfungen sowie prophylaktische Vitamin A-Gaben werden durchgeführt und ebenso wie Erkrankungen registriert. Auch wenn auf die Frage nach der „ficha“ hin und wieder erklärt wird, dass sie gestohlen wurde, haben doch die meisten Mütter die „ficha“ bei sich, wenn sie ins Krankenhaus kommen. Das Impfprogramm in Mosambik ist gut organisiert, regelmäßige und großangelegte nationale Impftage schließen Impflücken. Mütter tragen ihre Kinder kilometerweit durch die Hitze, wenn ein Impfteam (brigada móvel) angekündigt wurde. In sechs Jahren kinderärztlicher Tätigkeit in Beira

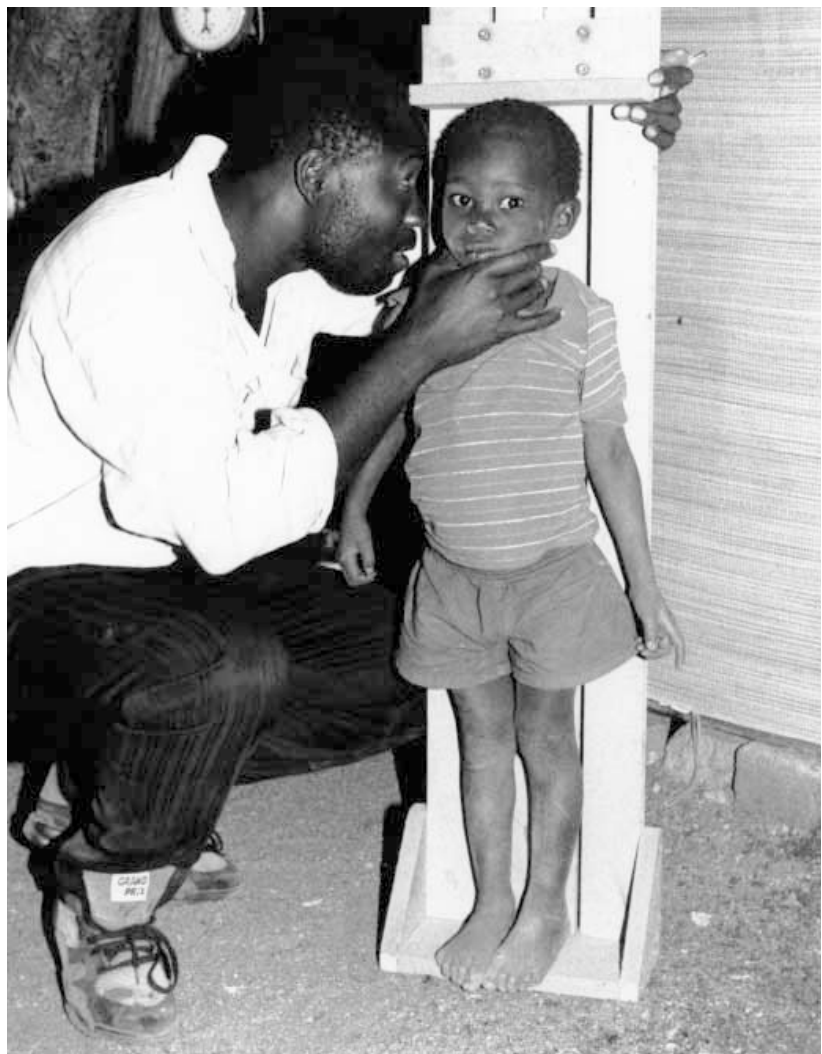


Foto: Peter Steutner

Kontrolle ohne Konsequenzen?

haben wir nur ein Kind mit Masern gesehen, was den Erfolg des Impfprogramms zumindest in Beira unterstreicht.

Problem Unterernährung

Leider ist Unterernährung immer noch ein Problem in Mosambik. Mehr als die Hälfte der Kleinkinder, die sterben, sind unterernährt. Im Präventionsprogramm werden Kleinkinder regelmäßig gewogen, im ersten Lebensjahr monatlich, später alle 2-3 Monate. Es kommt vor, dass über ein Jahr das Gewicht eines Kindes konstant bleibt, aber regelmäßig kontrolliert wurde. Woran liegt es, dass bei aller Kontrolle keine Konsequenzen gezogen werden? Zum einen liegt es an der Überlastung des Pflegepersonals, auch an den häufig wechselnden Praktikanten/Freiwilligen, die zum Messen und Wiegen kurz angeleitet werden, die aber bei Problemen allein gelassen werden. Was passiert jedoch, wenn ein Kind als schwer unterernährt klassifiziert wird? Es gibt zu wenig Strukturen, die ein Ernährungsprogramm anbieten, Mütter schulen, wie mit wenig finanziellen Mitteln wertvolle Mahlzeiten zubereitet werden können. Es braucht mehr medizinische Betreuung und eine psychomotorische Förderung der Kinder.

In den letzten zwei Jahren wird, unterstützt von UNICEF, die Verbesserung der Behandlung schwer unterernährter Kinder vorangetrieben, Schulungen und spezielle therapeutische Milch sollen die Überlebenschancen dieser schwer kranken Kinder verbessern.

Fortschritte in Prävention, Diagnose und Behandlung

Die Implementierung des „integrierten Management von Erkrankungen im Kindesalter“, einem von der WHO entwickelten Leitfadens, mit dessen Hilfe Krankenschwestern und Gesundheitshelfer mit großer Sicherheit die wichtigsten lebensbedrohlichen Erkrankungen erkennen und behandeln können, macht gute Fortschritte und zeigt erste Erfolge. Die Änderung der Behandlungsrichtlinien gegen Malaria und die Verteilung von Moskitonetzen lässt hoffen: Während im Zentralkrankenhaus in Beira von Februar bis Mai normalerweise über 50 Kinder monatlich stationär gegen Malaria behan-

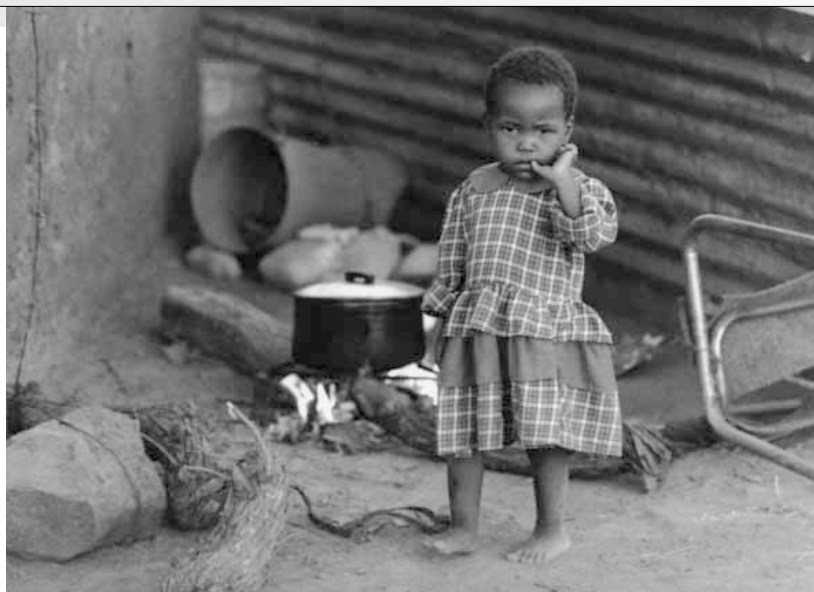


Foto: Peter Steudtner

Unterernährung bleibt ein Problem

delt wurden, haben wir seit letztem Jahr weniger als 30 Kinder monatlich gegen Malaria behandelt. Es ist noch zu früh zum Jubeln, aber

HIV/AIDS

Auch Kinder leiden erheblich unter an HIV/AIDS: Mütter können HIV während der Schwangerschaft, unter der Geburt oder während der Stillperiode auf ihre Babys übertragen, welche dann oft in den ersten Lebensjahren sterben. Die Säuglingsstation in Beira ist bis zu Dreivierteln mit AIDS – kranken Kindern belegt, auf der Station für Unterernährte sieht es ähnlich aus. Die Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten ist bisher nur in Zentren möglich und kommt für die Kleinsten oft zu spät.

Ein weiteres schweres Problem für das Gesundheitssystem sind die AIDS-Waisen. Sie sollen im familiären Umfeld aufgezogen werden, oft bei den Großeltern oder der Tante/dem Onkel. Aber für diese Familien stellen zusätzliche Esser oft eine Belastung dar. Die Ernährung und Gesundheitsversorgung der AIDS-Waisen sind oft problematisch, das Ausmaß dieses Problems wird in Zukunft sicher noch größer.

Ausblick

Insgesamt kann man sagen, dass gute Konzepte vorhanden sind, verschiedene Faktoren dem Erfolg jedoch entgegenwirken. Während in den Städten und Dörfern die meisten Mütter mindestens einmal zur Schwangerschaftsuntersuchung gehen, die meisten Kinder eine „ficha“ haben und geimpft wurden und viele

Erkrankungen in einem relativ frühen Stadium behandelt werden, leben immer noch die Hälfte der MosambikanerInnen weit abseits jeglicher Infrastrukturen und damit ohne Zugang zu Gesundheitseinrichtungen. Der Ausbau der Gesundheitseinrichtungen geht voran, neue Krankenhäuser werden gebaut. Viele Schwesternschülerinnen und Pflegeschüler werden neu ausgebildet und im gesamten Land eingesetzt. Neben der Möglichkeit, in Maputo Medizin zu studieren, werden seit 5 Jahren auch in Beira an der Katholischen Universität MedizinstudentInnen ausgebildet.

Auf der anderen Seite macht die AIDS-Epidemie auch vor dem Gesundheitspersonal nicht halt: Pflegepersonal und Ärzte erkranken, pflegen Angehörige, gehen auf Beerdigungen – die Gesamtzahl der effektiv tätigen Gesundheitsarbeiter steigt nur langsam.

Die meisten tödlichen Erkrankungen sind mit Unterernährung gekoppelt und damit auch armutsbedingt. Wenn es nicht gelingt, die absolute Armut deutlich zu reduzieren und die AIDS-Epidemie aufzuhalten, werden sterbende Mütter und Kinder weiterhin zum Alltag in Mosambik gehören.

Annett Pfeiffer ist Ärztin und arbeitet für den Evangelischen Entwicklungsdienst (EED) an der Katholischen Universität in Beira an der medizinischen Fakultät. Sie ist dort unter anderem Koordinatorin des praktischen Jahres.

Brigitte Ney Krings ist Gynäkologin und arbeitet an der Universität im Bereich Gynäkologie und Mutter-Kind-Gesundheit.