



Mütter mit ihren Kindern bei der Milchausgabe

Sudan

Zentrum der Hoffnung

Seit 1993 unterhält „Ärzte ohne Grenzen“ ein Ernährungszentrum für Kinder in einem Flüchtlingslager im Sudan. Die Ärztin Stefanie Volz berichtet.

Es ist heiß und staubig. Die Sonne brennt, die Tagestemperaturen schwanken zwischen 45 und 50 °C. Nach einem viertägigen Marsch erreichen der vierjährige Alteib und seine Mutter das Ernährungszentrum in Mayo Farm City, 20 Kilometer südlich von Khartoum, der Hauptstadt des Sudan. In den vergangenen Monaten hatte Alteib zunehmend an Gewicht verloren und einen starken Husten entwickelt. Außerdem hat er seit sechs Monaten einen etwa drei mal drei Zentimeter großen Abszess auf der linken Wange, der nicht abheilt. In Alteibs Heimatdorf waren die „Mediziner“ ratlos. Verwandte hatten der Mutter von dem Zentrum berichtet, an das sie sich nun in letzter Hoffnung wendet.

Alteib leidet an einer disseminierten Tuberkulose (Potts Disease). Aufgrund einer schweren Pneumonie war sein Zustand am Anfang sehr kritisch. Unter der antituberkulösen Therapie und regelmäßiger Nahrungsaufnahme stabilisiert sich sein Allgemeinzustand jedoch deutlich. Er nimmt langsam an Gewicht zu. Etwa vier Wochen nach Therapiebeginn beginnt er zu spielen – ein Geschenk für das gesamte Team.

Der Sudan gehört zu den ärmsten Ländern der Welt. Das Land ist zerrissen und traumatisiert durch einen 20 Jahre währenden Bürgerkrieg im Süden und nun auch im Westen, der trotz wiederholter Friedensabkommen immer wieder aufflammt. Mayo Farm City ist eines von vier Auffanglagern für Binnenflüchtlinge aus dem Süden und Westen des Landes, das Anfang der 90er-Jahre um Khartoum herum entstand. Die Häuser bestehen aus Lehm, es gibt kein fließendes Wasser und keinen Strom. Die Straßen sind nicht asphaltiert, zum Teil in einem schlechten Zustand und werden hauptsächlich von Eselkarren benutzt. Zurzeit leben in Mayo Farm City etwa 160 000 Menschen, ihre Zahl steigt täglich. Doch alle hoffen, in die Heimat zurückzukehren – „if peace comes“.

Um die medizinische Grundversorgung kümmern sich lokale Nichtregierungsorganisationen

gegen ein geringes Entgelt – ungerechnet etwa 40 Cent pro Konsultation. Doch selbst diesen Betrag können sich die meisten Kranken nicht leisten. Folge ist, dass viele erst sehr spät und daher im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung einen Arzt aufsuchen. Besonders betroffen sind – wie immer – die alten und sehr jungen Menschen der Gesellschaft.

Im Flüchtlingslager hat „Ärzte ohne Grenzen“ 1993 ein Ernährungszentrum für Kinder gegründet, in dem jährlich mehr als 1 000 Kinder unter fünf Jahren mit schwerer Unterernährung versorgt werden. In Mayo Farm City sind etwa 15 Prozent aller Kinder dieser Altersgruppe unterernährt oder von schwerer Unterernährung bedroht. Mit mehr als 50 Prozent gilt Unterernährung als Haupttodesursache der unter Fünfjährigen. Zusätzlich zur mangelhaften Ernährung treten bakterielle und parasitäre Erkrankung auf, die zu Appetitverlust, Maldigestion und Malabsorption führen. Dies wiederum führt zu Wachstumsretardierung, Gewichtsverlust, Mangel an Spurenelementen und Eisen. Gleichzeitig verstärken chronische Erkrankungen wie HIV/Aids oder Tuberkulose aufgrund eines erhöhten Katabolismus Ansätze von Unterernährung.

Schwere Unterernährung wird definiert als „Weight for Height“ (W/H) weniger als 70 Prozent und/oder mittlerer Oberarmumfang weniger als 110 Millimeter und/oder das Vorhandensein von Ödemen. Schwere Unterernährung manifestiert sich als Kwaschiorkor oder Marasmus. Der Begriff Kwaschiorkor stammt aus Ghana und bedeutet „die Erkrankung des Kindes, das von der Brust

entwöhnt wurde“. Die Ätiologie der Hypoalbuminämie, der Natrium- und Wasserretention bei dieser Ernährungsstörung werden seit den 50er-Jahren diskutiert und auf Proteinmangel zurückgeführt; neuere Theorien gehen von freien Radikalen und Aflatoxin als Ursache aus. Kwaschiorkor ist gekennzeichnet durch bilaterale Ödeme vor allem an Füßen, Beinen und im Gesicht, durch reduzierte Fett- und Muskelmasse,



Fotos: Stefanie Volz

Der fünfjährige Alteib leidet an einer disseminierten Tuberkulose (Potts Disease).

brüchige Haut mit Hypo-/Hyperpigmentation sowie Desquamation, die durch Ulzerationen und Infektionen gefährdet ist. Die Haare sind rötlich blond, spärlich, trocken und brüchig und können ohne Schmerzen ausgezogen werden.

Marasmus wird definiert als schwere Mangelernährung mit sehr niedrigem Gewicht und stark reduzierter Fett- und Muskelmasse; Rippen, Wirbelsäule und Scapula treten prominent hervor. Die Haut hängt lose und schlaff herab und gibt dem Kind das Erscheinungsbild eines alten Menschen.

Die meisten Mütter und Kinder, die die Hilfe im Ernährungszentrum in Anspruch nehmen, leben in Mayo Farm City selbst. Viele nehmen aber auch lange Fußmärsche in Kauf, um das Zentrum zu erreichen. Es hat sich herumgesprochen,

sind Entzündungen bis hin zu schweren Septitiden, an denen manche Kinder sterben. Trotz aller Aufklärung ist der „Heiler“ weiterhin fester Bestandteil des traditionellen Glaubens.

Bei der Aufnahme ins Ernährungszentrum werden die Daten der Kinder erfasst, der Impfstatus erhoben und gegebenenfalls nachgeimpft. Gewicht, Länge und Oberarmumfang werden oft unter großem Protest gemessen. Einzig mögliche Einganguntersuchungen sind ein Hämoglobincheck, ein Malaria-Paracheck und bei klinischem Verdacht ein Urinstix oder ein Blutzuckerstix. Es gibt weder Ultraschall- noch Röntgengerät und auch keine Möglichkeiten, ein Blutbild zu bekommen. Solche Untersuchungen können nur in einem der weit entfernten Krankenhäuser durchgeführt werden. Die Diagnose basiert somit hauptsächlich auf der klinischen Untersuchung. Am häufigsten leiden die Kinder an akuten Durchfallerkrankungen mit schwerer Dehydratation, an akuten Infektionen des Respirationstrakts, an Tuberkulose und Malaria. Weil etwa 70 Prozent der Kinder nicht geimpft sind, treten auch die Masern häufig auf; in Kombination mit schwerer Unterernährung enden sie oft tödlich. Mit Impfkampagnen und Screeningprogrammen versucht „Ärzte ohne Grenzen“, diesem Missstand entgegenzuwirken.

Fast alle Kinder, die im Ernährungszentrum aufgenommen werden, sind anämisch mit Hb-Werten von unter acht mg/dl. Bei klinischen Zeichen kardialer Dekompensation werden sie in das nächstgelegene Krankenhaus überwiesen, das etwa eine Autostunde entfernt ist. Eine Transfusion wird dort aber nur dann durchgeführt, wenn ein männlicher Familienangehöriger des Kindes gleichzeitig Blut spendet – für Frauen ist dies tabu –, um den Bestand der Blutbank umgehend wieder aufzufüllen.

Ein weiteres Problem ist die Tuberkulose. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass in den Entwicklungsländern 1,3 Millionen Kinder jährlich an Tuberkulose erkranken und 450 000 daran sterben. In Afrika, südlich der Sahara, sind Morbidität und Mortalität hoch. Der Sudan bildet keine Ausnahme. Epidemiologische Daten existieren dort nicht – es wird jedoch eine Inzidenz von 18 pro 100 000 Kinder angenommen. Etwa zehn Prozent der im Ernährungszentrum aufgenommenen Kinder sind mit Tuberkulose infiziert. Unter den prekären Umständen des Lagerlebens erkranken die jungen Kinder besonders schwer.

Jedes Kind, das im Behandlungszentrum aufgenommen wird – meist zusammen mit der Mutter und einem weiteren kleineren Geschwisterkind – erhält ein Identifikationsarmband sowie Decken und Seife. Ernährt werden die Kinder zunächst mit energie-, protein- und natriumarmer Milch, um eine Volumenüberlastung und nachfolgende akute Herzinsuffizienz zu vermeiden. Hat sich der Zustand der kleinen Patienten stabilisiert und der Appetit wieder eingestellt, wird die Energiezufuhr gesteigert. Im Durchschnitt bleiben die Kinder etwa 30 Tage im Zentrum, bis das Zielgewicht (W/H mehr als 85 Prozent) erreicht ist und sich ihr Gesundheitszustand stabilisiert hat. Oft sind Mutter und Kind nach einer Woche regelmäßiger Ernährung und medizinischer Versorgung kaum wieder zu erkennen. Viele Kinder machen deutliche Entwicklungsfortschritte, fangen erstmals an zu laufen oder zu spielen.

Nach drei Monaten kann auch Alteib das Ernährungszentrum wieder verlassen. Es ist inzwischen für Mutter und Kind zu einem zweiten Zuhause geworden. Unter Tränen kehren beide zurück in eine ungewisse Zukunft. Alteibs Tuberkulose ist noch nicht komplett abgeheilt, eine weitere sechsmonatige Therapie steht bevor, die aber zu Hause durchgeführt werden kann. Liegt der Wohnort der kleinen Patienten nicht zu weit vom Ernährungszentrum entfernt, werden sie drei Monate lang nachbetreut.

Die medizinische Grundversorgung im Sudan ist mehr als mangelhaft. Gäbe es keine Hilfsorganisationen, die die Bevölkerung auf dem Land sowie im Bürgerkriegsgebiet unterstützten, wäre für viele Menschen die Situation aussichtslos. Mit einfachen medizinischen Mitteln und regelmäßiger Ernährung kann schon viel erreicht werden. Dr. med. Stefanie Volz



Bei der Aufnahme misst das Gesundheitspersonal bei den Kindern den mittleren Oberarmumfang, um den Grad der Unterernährung zu bestimmen.

dass es hier medizinische Hilfe gibt. Meist erkennen die Eltern die Unterernährung ihrer Kinder jedoch aus Unwissenheit nicht. Erst wenn eine akute Erkrankung hinzukommt, wird Hilfe gesucht – häufig zu spät.

Vielfach konsultieren die Familien im Krankheitsfall zunächst traditionelle Heiler. Deren Behandlungsmethoden sind häufig drastisch und werden vielfach unter unhygienischen Bedingungen durchgeführt. Bei akutem Erbrechen und Diarrhö beispielsweise werden häufig Gaumenzäpfchen oder Mandeln entfernt, oder es wird die „false tooth extraction“ durchgeführt. Dabei brennt der Heiler mit glühender Kohle die noch nicht vorhandenen vier Eckzähne aus dem Kiefer des Säuglings heraus. Folge