

Migranten – in Deutschland und anderswo

32. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie in Würzburg, 31.1.-2.2.2014

Zum dritten Mal fand die Jahrestagung der ATP in Würzburg statt, in zeitlichem Zusammenhang mit dem Intensivseminar, dem 5. TropPädKurs der ATP am missionsärztlichen Institut und mit erfreulich großer Beteiligung ausländischer Teilnehmer. Insgesamt nahmen 210 Teilnehmer, davon 14 ausländische Gäste aus 10 verschiedenen Ländern teil (Kenia, Ghana, Tansania, Senegal, Demokrat. Republik Kongo, Ruanda, Malawi, Äthiopien, Kambodscha, Indien). Organisiert wurde die Tagung von einem Team von Mitgliedern der ATP, darunter vier Vorstandsmitgliedern, unter lokaler Leitung der stellvertretenden Vorsitzenden der ATP, Christa Kitz, Würzburg. Es gelang in vorbildlicher Weise, die Tagung ohne jegliche Unterstützung der Pharmaindustrie zu gestalten. Dies war ausdrücklich gewünscht und wurde ermöglicht durch die dennoch mäßigen Teilnehmergebühren, eine lokale finanzielle Unterstützung durch die Würzburger Diözese, das Würzburger Missionsärztlichen Instituts und den Sonderforschungsbereiches der Würzburger Universität. Zusätzlich wurden durch hohes ehrenamtliches Engagement des Vorbereitungsteams und der Mitarbeit der studentischen Hilfskräfte während der Tagung erhebliche Personalkosten gespart. Dennoch wirkte die Tagung alles andere als dürftig; statt Pharmafirmen hatten viele Nichtregierungsorganisationen die Möglichkeit, sich während der Pausen zu präsentieren.

Als Migrant in Würzburg

Unter diesem Titel stellte August Stich, Chefarzt der tropenmedizinischen Abteilung der missionsärztlichen Klinik, im Festvortrag die Situation von Migranten in Deutschland dar. Jedes 4. Kind hat heute einen Migrationshintergrund. Verlust oder Verschlechterung der Lebensgrundlage ist der Hauptgrund für Migration, und wir sind daran häufig mit schuld, wenn man an Kampf um Ressourcen oder Umweltschäden, aber auch Konflikte denkt. Europa hat sich heute zur Festung abgeschottet, wie viele Tote kosten Europas Grenzen täglich? Ist die Vergabe des Friedensnobelpreises an die EU gerechtfertigt, wenn sogar der Papst sich schämt? Politische Flüchtlinge haben Asylrecht. Es werden aber nur 1% anerkannt, 1/3 meist nach 2 oder 3 Jahren zurückgeschickt, 1/3 geduldet. 27% sind Kinder. Medizinische Hilfe gibt es nur bei Schmerzen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen, Impfungen und vor- und nachgeburtliche Betreuung müssen beantragt werden. Wenn Migranten aber keinen Zugang zur medizinischen Betreuung haben, ist es nicht nur eine Verletzung der Menschenrechte und der nationalen Verfassungen, sondern kann auch, Beispiel Polio, eine öffentliche Gesundheitsgefährdung resultieren. Das Missionsärztliche Institut engagiert sich in Würzburg mit Sprechstunden, aber auch mit Pilotprojekten zur Kommunikationsverbesserung, Kulturbarrieren und zu Traumatisierungen, die etwa 70% aller Asylbewerber zeigen. Es ist zu fordern, dass alle Menschen, die in Deutschland leben, unabhängig von ihrem Aufenthaltstatus gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten.

Problemen ohne Grenzen

Die Vorträge der folgenden Tage im Audimax der Universität drehten sich um die immer wieder neuen alten Probleme: Überleben ist – in Not- und Katastrophensituationen besonders - entscheidend von medizinischer Hilfe abhängig, diese muss nicht nur vorhanden, zugänglich sondern auch akzeptiert sein. Frauen sind weltweit die wichtigsten „health care provider“. Der „Brain drain“ zieht ausgebildete Fachkräfte in die westlichen Länder und dünnt die Gesundheitsstrukturen weiter aus. Berichte aus Gesundheitseinrichtungen etwa aus Sierra Leone oder dem Kongo zeigen die Notwendigkeit, das Gesundheitswesen durch lokale Health posts von unten zu organisieren (Community orientated primary care). Zuweisungen an Distriktkrankenhäuser scheitern an der zu späten Entscheidung, am Transport, aber häufig auch an fehlenden Behandlungsmöglichkeiten der oft nur schlecht funktionierenden, ineffizienten und teuren Krankenhäusern. Und immer wieder zerstören Kriege und Unruhen, Flucht und Vertreibung mühsam Aufgebautes. Außerdem wird das Thema „Unfreundlichkeit“ als Abschreckungsmoment vor öffentlichen Einrichtungen ignoriert.

Ein Land kann nicht entwickelt werden, nur Menschen können sich selbst entwickeln

Dieses Zitat des ersten Präsidenten Tansanias, Julius Nyerere, sagt alles. Wenn man die Geschichte der deutschen Entwicklungshilfe, gemischt mit eigenen Erfahrungen, entwirft, wie sie Eva Grabosch darstellte, bleiben viele Fragen offen: Was kostet ein Entwicklungshelfer verglichen mit einer einheimischen Fachkraft? Wie sind Reisekosten und Spesen für Kurzeiteseinsätze zu rechtfertigen, wer definiert den Bedarf und wer profitiert? Wie relevant oder angepasst sind vermitteltes Wissen und Fertigkeiten? Jean Marie Bizama, Rwanda, schilderte aus ruandischer Sicht, dass deutsche Ärzte zwar gute Arbeit leisten, die Wissensvermittlung aber schwierig sei und oft die Empfänger gar nicht wissen, was der Entwicklungshelfer eigentlich will, warum er da ist. Gebraucht würden wenige Ärzte mit guter Qualität und Erfahrung, die Lehrtätigkeit, Studentenunterricht, Ärztefortbildung und Beratung der Krankenhaus-Verwaltung übernehmen, mindestens für 2-3 Jahre, besser 4 Jahre, um das System zu beherrschen und ausreichend Erfahrung zu sammeln, aber nicht, um leitende Stellen zu übernehmen. In erster Linie müssen einheimische Ärzte in In- und Ausland besser ausgebildet werden.

Our first job is, to teach

Eine anschließende Gruppenarbeit sollte Ideen und Forderungen an die Entwicklungshilfe formulieren, um sie anschließend auf dem Podium zu diskutieren. Betont wurde nicht nur Vorhandensein, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität von Gesundheitsstrukturen, sondern auch die entsprechende Grundhaltung: Hingabe, Einsatz und Begeisterung. Erstes Ziel soll die Breitenwirkung sein, Health worker oder community health officers gut auszubilden. Es sind vor allem soziale, kulturelle und kommunikative Kompetenzen wichtig, nicht nur, um gute Arbeit zu leisten, sondern vor allem, anderen zu helfen, gut zu arbeiten. Nachhaltigkeit kann nur durch Lehren und Weitergeben, Teamwork, aber auch durch langfristiges Engagement und Kontinuität, und immer wieder Hinterfragen der Effizienz erreicht werden.

Gestörte soziale Beziehungen machen krank

Über den rein medizinischen Tellerrand hinaus schlug die Ethnologin Veronika Keck, Frankfurt, die Brücke zur geistigen Dimension des Heilens. Gestörte soziale Beziehungen oder belastende Probleme machen krank, eigentlich moderne Konzepte im Sinne des biopsychosozialen Modells, mit Frage nach der in unsere Biomedizin eher verpönten Frage nach der Causa, der Krankheitsursache, und einer Klärung und Aussprache in der Gruppe. Unsere Biomedizin hat eigentlich gar kein wirkliches Krankheitskonzept – die Frage nach dem Warum wird mit „zufällig“ beantwortet.

Die Seele einer Gesellschaft zeigt sich im Umgang mit ihren Kindern (Nelson Mandela).

Gesundes Aufwachsen für alle Kinder ist auch in Deutschland keine Selbstverständlichkeit, wie Christa Kitz, unter anderem basierend auf den Daten der KIGGS Studie, darlegte. Kinder mit Migrationshintergrund, fast ein Drittel aller Kinder, haben schlechtere Ausgangsbedingungen. Eine ausführliche Erstanamnese und – untersuchung mit Übersetzer unter Einbeziehung spezifischer Risikofaktoren des Herkunftslandes ist unabdingbar. Auch fehlt es an migrationsspezifischen Schulungsangeboten bei Kindern mit chronischen Krankheiten. Pädiater haben eine Schlüsselrolle bei der Unterstützung der Rechte aller Kinder auf gleichberechtigten Zugang zu Gesundheit und Bildung. Daraus resultiert ein Auftrag an uns deutsche Pädiater in der Versorgung von Kindern mit Migrationshintergrund. Denn deren spezifische Probleme sind mit unseren Untersuchungs- und Behandlungsstrukturen nicht adäquat versorgt. Zu wenig wird der soziokulturelle Kontext berücksichtigt, um mit chronischen Krankheiten und auch kinder- und jugendpsychiatrischen Problemen kultursensibel umzugehen. Die medizinische Versorgung von Kindern mit Migrationshintergrund darf nicht nur infektiologisch und mit Impfungen gelöst werden.

Pädiatrische Weiterbildung

Über Kinderärzteausbildung in Eritrea berichtet der niedergelassene Pädiater Matthias Röbbelen. Seit 2010 wird die pädiatrische Weiterbildung privat durch eine NGO organisiert: Neben einer dreijährigen Assistenzzeit an der einheimischen Kinderklinik besteht die strukturierte Ausbildung aus Kursen, die von 14 deutschen, 5 niederländischen und 2 amerikanischen Fachärzten angeboten werden. So gelingt es, 3-4 Fachärzte pro Jahr auszubilden und die Pädiatrie am Leben zu erhalten. Pädiater weiterzubilden macht Spaß und ist vielleicht der nachhaltigste Weg, die päd. Versorgung zu verbessern. Weitere Themen waren Malariakontrollmaßnahmen in Burkina Faso, der Traum von Afrika ohne AIDS, Salmonellosen in Kenia, Neugeboreneninfektionen in Ghana und die chirurgische Ausbildung in Malawi.

Schattentheater wirft seine Schatten

Abends fand in der Würzburger Residenz, ein Weinfest mit Weinverkostung und fränkischer Brotzeit statt. Eine Theateraufführung mit eindrucksvollen, aber auch sehr bedrückenden Szenen aus dem Leben und dem Dasein von Asylbewerbern zeigte als Schattentheater eben die Schatten dieses Daseins. Ein herber Kontrast zwischen der üppigen Verköstigung und der harten Kost, den die Aufführung bot. Die mit großem Applaus gefeierten Schauspieler, Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft, mischten sich anschließend unter die Gäste.

Globalisierung oder Klimawandel?

Ob ein Zusammenhang zwischen der Dengue-Fieber-Ausbreitung und der globalen Erwärmung besteht, konnte Katja van t'Ende, Dinslaken, zurückblickend auf zehn Jahre Erfahrungen in Kambodscha, nicht eindeutig klären, eher ist die Zunahme mit zum Teil sehr schweren, das Gesundheitssystem an den Rand des Zusammenbruch bringenden Epidemien Folge der Globalisierung und zunehmenden Mobilität, sowohl des Vektors wie der Menschen. Impfstoff sind schwierig zu entwickeln, zwei befinden sich in klinischer Erprobung. Ein neues Prinzip der Vektorkontrolle ist die Infektion des Vektors mit bestimmten Bakterien, Wolbachien, sodass er abstirbt, bevor er die Erkrankung weiter übertragen kann. Feldversuche mit diesem Prinzip werden derzeit z.B. in Australien durchgeführt.

Postmillennium development goals: Zukunft der Kindergesundheit

Wie ist die Perspektive nach 2015, nach den Millenniumszielen (MDG)? Albrecht Jahn, Heidelberg, führt aus, dass sich weltweit die Rahmenbedingungen der Medizin ändern: Chronische und Alterskrankheiten werden wichtiger und verdrängen die Infektionskrankheiten; Durchfall und Pneumonie sind von den ersten Plätzen verdrängt, den nun ischämische Herzerkrankungen und Schlaganfall einnehmen. Neue, nachhaltige Entwicklungsziele orientieren sich weiter an den MDG, aber nehmen Klimawandel, erneuerbaren Energien sowie Regierungsführung (Governance), stabile friedliche Gesellschaften sowie die sexuelle und reproduktive Gesundheit und deren Rechte auf. Der Sektor Gesundheit ist damit gegenüber einer insgesamt gesünderen Zivilgesellschaft deutlich in den Hintergrund getreten.

Wie kann die Gesundheit von Neugeborenen gebessert werden?

Weltweit hat sich zwar die unter 5-Sterblichkeit von 1990 auf 2012 von 12,6 auf 6,6 Mio. Kinder halbiert, dabei hat aber die Neugeborenensterblichkeit relativ zugenommen, die nun 44% der Todesfälle ausmacht. Die Hälfte der Kinder stirbt am ersten Tag, 75% in der ersten Woche. Infektionen und Asphyxie machen je ein Viertel, die Frühgeburtlichkeit ein Drittel der Todesfälle aus (Unicef 2013). Es fehlt an Problembewusstsein, Ausbildung und Ausstattung. Monica Mallomo, Tanzania, stellte ein Programm "No Baby left out" zur Reduzierung der neonatalen Mortalität vor, welches in 84 Zentren in Tanzania implementiert wurde. Die Neugeborenensterblichkeit konnte durch verbesserte Zuweisung, Einrichtung von Neugeborenenstation, Neugeborenen-Basisversorgung und Reanimation sowie Kangaroo Methode von 3,5 2011 auf 2,2% 2013 gesenkt werden. Dass der

Schlüssel zur Senkung der Kindersterblichkeit heute in der Bekämpfung der Neugeborenensterblichkeit liegt, berichtete auch Peter Meissner, Ulm. Die „Entdeckung“ des Neugeborenen ist relativ neu; weil die Neugeborenensterblichkeit, die heute etwa 40% kindlicher Todesfälle ausmacht, ursprünglich in die Mortalitätsstatistik nicht einging. Es wurde in vielen Studien gezeigt, dass etwa jede zweite Totgeburt, jeder zweite Neugeborenentodesfall und die Hälfte der mütterlichen Todesfälle durch ganz einfache Maßnahmen verhindert werden können. Severin von Xylander, Genf, und Martin Weber, New Dehli, stellten dazu den Aktionsplan der WHO „Every Newborn“ zur Reduktion verhinderbarer Todesfälle vor. Schritte sind, mehr Schwangere zu erreichen, auf die Perinatalzeit zu focussieren, weil um die Geburt 75% der kindlichen und 72% der mütterlichen Todesfälle auftreten (Geburtsstillstand, Asphyxie, Infektion, Frühgeburt), Mutter- und Kindbetreuung zusammenzubringen und zu optimieren und durch Schulungen sich bereits präkonzeptionell zu kümmern. Eine Voraussetzung ist weiterhin, überhaupt jedes Neugeborene zu erfassen; denn schätzungsweise ein Drittel der Geburten sowie 2/3 der Neugeborenentodesfälle werden gar nicht erfasst.

Weitere Themen

Zur Adipositas im Kindesalter legte Michael Krawinkel, Gießen, alarmierende Zahlen vor, etwa, dass in China der BMI in 10 Jahren um 5 kg/m² zugenommen hat. Überernährung bleibt mehr ein quantitatives als ein qualitatives Problem. Staatliche Programme gibt es zum Beispiel in Mexiko, einem am meisten betroffenen Land. Vollmilch wird durch fettarme ersetzt, Süßgetränke in Schulen verboten, Zucker besteuert, durch politische Interventionen wie Kennzeichnungspflicht sollen hochkalorische Getränke eingeschränkt werden. Mit Relaktation, dem Stillen ohne eigenes Kind, beschäftigte sich Veronika Scherbaum, Hohenheim, gründend auf eigene Erfahrung mit dem Wieder-Stillen eines Waisenkindes 7 Jahren nach eigener Schwangerschaft. So kann „biologische Mutterschaft“ auch bei Adoptivkindern entstehen. Dass nicht nur Medikamente, sondern auch Laborwerte gefälscht werden, berichtete Stephan Nolte, Marburg. Eher naiven Versuchen einer Gewinnschöpfung durch falsch-positive „Werte“ stehen im großen Stil Manipulationen von „Normalwerten“ entgegen, die Dauerpatienten aus Gesunden machen können. Die Folgen der zunehmenden Kommerzialisierung und Privatisierung der Medizin sind gerade für arme Länder nicht absehbar. Eine merkwürdige, der Absencen-Epilepsie nahestehende Erkrankung ist das „Nodding Syndrome“, eine im Südsudan, Südtanzania und Norduganda auftretende Epilepsieform, bei der neben 5-20x pro Minute auftretenden Nickbewegungen das Bewußtsein kurz aussetzt. Erich Schmutzhard, Innsbruck, berichtete dass außer Risikofaktoren wie Unterernährung und weitere kognitive Auffälligkeiten umfangreiche ätiologische Untersuchungen ergebnislos geblieben sind.

In den Dankes- und Schlussworten wurde der Helmut Wolff Preis der ATP in Höhe von 500.-€ für den besten Vortrag unter großem Applaus an Monica Mallomo aus Tanzania für das Präventionsprogramm „No Baby left out“ vergeben. Mit Hinweis auf die nächste Tagung in Mainz 2015 ging unter großem Beifall die Tagung zu Ende. Auch im nächsten Jahr wird es wieder einen TropPaedKurs zur intensiven Einführung in die internationale Pädiatrie geben. Nähere Informationen auf der website www.tropenpaediatric.de.