

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

Unter dem Titel "Human Resources and Global Health" traf sich die Arbeitsgemeinschaft zum dritten Mal in Würzburg. Vorgegangen war das Intensivseminar, der TropPädKurs der ATP am missionsärztlichen Institut, der nunmehr zum fünften Mal stattfand, diesmal mit erfreulich großer Beteiligung ausländischer Teilnehmer. Organisiert wurde die Tagung von einem Team von Mitgliedern der ATP, darunter vier Vorstandsmitgliedern, unter lokaler Leitung der stellvertretenden Vorsitzenden der ATP, Christa Kitz.

In seinem Festvortrag „Als Migrant in Würzburg“ stellte August Stich, Chefarzt der tropenmedizinischen Abteilung der missionsärztlichen Klinik, die Situation von Migranten in Deutschland dar. Migration hat Tradition, denke man nur an die Völkerwanderungen im ersten nachchristlichen Jahrtausend. Selbst der Hl. Kilian, Stadtpatron Würzburgs, war ein irischer Mönch, ein Migrant also. Donauschwaben und Wolgadeutsche waren ebenfalls Migranten, die nach Deportation nach Kasachstan während des Stalinismus nach dem

Mauerfall in großer Zahl nach Deutschland remigrierten, bis zu 400.000 (1989/90)

pro Jahr.) 9% „Ausländer“ ist eine politische Dimension und sagt nichts über Migration aus. Bei der Kinderlosigkeit der deutschen Bevölkerung ist der Kinderreichtum der Migranten eine Chance. Jedes 4. Kind hat heute einen Migrationshintergrund. Verlust oder Verschlechterung der Lebensgrundlage ist der Hauptgrund für Migration, und wir sind daran häufig mit schuldig – wenn man an Kampf um Ressourcen oder Umweltschäden, aber auch Konflikte denkt. Die Furcht, dass Millionen von Flüchtlingen nur darauf warten, Europa zu überrollen, ist nicht gerechtfertigt. Europa hat sich zur Festung abgeschottet, Frontex ist ein paramilitärisches Unternehmen, welches euphemistisch „integriertes Grenzmanagement“ betreibt. Wie viele Tote, Schätzungen sprechen von 10.000, Europas Grenzen kosten? Ist der Friedensnobelpreis an die EU gerechtfertigt, für das sich selbst der Papst schämt?

Zuständig für Flüchtlinge sind die erstregistrierenden Länder, so Polen und Tschechien für die SU-Flüchtlinge. Erreichen sie Deutschland, werden sie nach der Dublin II Regulation dorthin zurückgeschickt und ausgeliefert. Flüchtlinge haben nicht einmal die Möglichkeit, das UN-Flüchtlingshilfswerk UNHCR in Deutschland zu erreichen, weil es nur über das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge zu erreichen ist.

Nach § 16 des Grundgesetzes erhalten politische Flüchtlinge 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 (§4 AsylbLG). Impfungen und vor- und nachgeburtliche Betreuung muss beantragt werden. Wenn Migranten keinen Zugang zur medizinischen Betreuung haben, ist es nicht nur eine Verletzung der Menschenrechte und der nationalen Verfassungen, sondern auch, Beispiel Polio, eine öffentliche Gesundheitsgefährdung. Es gibt keine Netzwerke, keine Kommunikation von Untersuchungsergebnissen. Der DRK-Suchdienst bemüht sich, versprengte Familienmitglieder wieder zusammenzuführen.

Über die Gemeinschaftseinrichtung in der ehemaligen Adolf-Hitler-Kaserne Würzburgs wird etwas detaillierter berichtet, da sich das Missionsärztliche Institut und die Klinik dort engagieren, mit Sprechstunden, insbesondere aber im Verbund mit Pilotprojekten zur Kommunikationsverbesserung, Kulturbarrieren und zu Traumatisierungen, die etwa 70% aller Asylbewerber zeigen. Insgesamt ist zu fordern, dass alle Menschen, die in Deutschland leben, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten.

Nach diesem harten Toback fiel es schwer, beim anschließenden Get-together mit fränkischem Buffet fröhlich zur Tagesordnung überzugehen. Dennoch wurden viele alte Kontakte wiederbelebt und neue geknüpft; viele kannten sich ja schon durch das vorgeschaltete TropPaed-Seminar. So klang der Abend bei fränkischem Wein oder Bier in geselliger Runde aus.

Die eigentliche Tagung fand am Samstag, 1. Februar 2014, im Audimax der Universität statt. Im ersten Beitrag legte Klemens Ochel, Würzburg, die Zahl des Tages vor: 59.500.000 „Health worker“ sind weltweit tätig. 2006 veröffentlichte die WHO den Bericht: Working together for health. No health without a workforce. Frauen sind die wichtigsten „health care provider“. Überleben entscheidend von medizinischer Hilfe abhängig, diese muss nicht nur vorhanden, zugänglich sondern auch akzeptiert

sein. Das ist oft der Flaschenhals: selbst in Deutschland bekommen nur 1/3 aller HIV-Patienten die für notwendig gehaltene Behandlung. Der Brain drain zieht vor allem aus Südostasien in die westlichen Länder; aber es gibt umgekehrt einen Patientenfluss in die Gegenrichtung. Mit den „Push and Pull“ Faktoren muss man sich auseinandersetzen. Die Hälfte der Ausgaben der Gesundheitswesen sind Personalkosten. Es gibt etwa 1600 medical schools. Im Gesundheitswesen müssen die Prinzipien: Fairness, Transparenz und Nachhaltigkeit gelten, in der Planung der Ausbildung, Zusammenarbeit und „circular migration“, also Erwerb von Spezialkenntnissen anderenorts mit Rückkehr, Aufmerksamkeit gewidmet werden. Zur Dimension: in Afrika werden 5100 Ärzte ausgebildet, dagegen 175.000 Ärzte in der EU.

Katrin Boos, Würzburg, berichtete über die nationale und internationale Arbeit von Ärzten ohne Grenzen (MSF) in Sierra Leone. Die Zahlen für das Gesundheitssystem sind alarmierend; es liegt auf einem der letzten Plätze auf der UN-Liste „Human development Index“. Der Alphabetisierungsrate beträgt 43%, die Lebenserwartung 47 Jahre, und die unter 5-Sterblichkeit 18,6%. Seit 2010 gibt es theoretisch eine kostenfreie med Versorgung für < 5 und Schwanger / Stillende. Es gibt zwei einheimische Kinderärzte, die in der Hauptstadt sitzen. Das MSF-Engagement hatte 2004 ursprünglich für Flüchtlinge aus Liberia eingesetzt, mit Abnahme der Flüchtlinge zunehmende Versorgung der einheimischen Bevölkerung. Bericht aus einem Krankenhaus mit 180 pädiatrischen Betten, 22 Hilfsärzten (community health officers), die die Hauptarbeit leisten, 2 internationale Pädiater für Lehre, Strukturierung, Statistik und schwere komplexe Fälle. Die Vorteile sind ein aktueller Wissensstand durch ständig wechselnde internationale Ärzte und Fachärzte, die auch als Lückenfüller dienen, während das nationale Personal für Kontinuität und Kommunikation zuständig ist, welches auch die Lebensumstände und Morbiditäten kennen. Von Nachteil ist eine hohe Varianz durch wechselndes Personal und die Überordnung des Internationalen Personals durch Supervision und Reportfunktion, die die oft erfahrenen langjährigen einheimischen Mitarbeiter frustriert, zumal sie wegen fehlender formaler Ausbildung kaum Aufstiegschancen haben.

Sr. Maria Rathinam vom St Thomas Hospital and Leprosy Center, Chetpet, Tamil Nadu, legte unter dem Motto „Serve one another in Love“ medizinische Aufgabenerfüllung auf Glaubensgrundlage in Indien dar. Das Medical mission secular institute in India (MMSI), 1952 von Deutschen gegründet, betreibt verschiedene Einrichtungen, etwa das Nityaseva Hospital mit 150 Betten, 15 Ärzten 70.000 ambulanten Vorstellungen und 5.400 Geburten. Oder das Maternity Center Pathardi, Maharashtra, in dem mit 15 Betten, einem Arzt, 7 Schwester und Helfern 25.000 ambulante Patienten und 3.337 Geburten ohne OP, Blutbank, Ultraschall versorgt. Ferner gibt es Hostels für arme Mädchen, die auf Zuckerrohrplantagen arbeiten und die Initiierung von Selbsthilfegruppen. In Bangalore wird seit 1976 neben Slumprojekten besonders auf Ausbildung Wert gelegt („Regionalhouse, Formationhouse“). St. Thomas in Chetpet besteht seit 1969: 210 Betten 18 Ärzte 30 Schwestern, 61 paramedics und betreut pro Jahr 41.084 ambulante und 5455 stationäre Patienten. Besonderer Schwerpunkt auch hier Ausbildung und Stipendien, behinderte Kinder, „mentally challenged children“ genannt.

Zwischendurch wies Klemens Ochel als Sitzungsvorsitzender auf Akademie für globale Gesundheit und Entwicklung tropenmedizinischen Standorte Tübingen, Heidelberg und Würzburg (www.agge-akademie.de) sowie auf das Informationssystem www.medbox.org, eine online-Bibliothek zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung in humanitären Einsätzen hin. Beide Organisationen waren durch einen Stand vertreten.

Dr Jean-Pierre Fina Lubaki, Vanga Hospital Kongo, befasste sich in seinem Vortrag mit dem Familienarzt als Distriktgesundheitsmanager. Im Kongo herrschen Probleme ohne Grenzen, aller Altersgruppen und aller Disziplinen, das Gesundheitswesen ist problematisch, schlechte Infrastruktur, große Armut. 2/3 der Bevölkerung lebt auf dem Land, wo aber nur 1/5 der Ärzte tätig ist. Es kommen 3 Ärzte auf 100.000 Einwohner, der Brain drain verschärft die Lage. 6,4% des Staatshaushaltes gehen in das Gesundheitswesen, vor allem auf dem Land aber sind wesentliche Träger die Kirchen. Für etwa 1500 Einwohner ist ein Gesundheitsposten vorgesehen, der sich um Wasser und Sanitär bemüht, Kondome verteilt, Impfungen durchführt und vor- und nachgeburtlich betreut sowie eine begrenzte Medikamentenauswahl zur Verfügung hat. Eine Zuweisung an das Distriktkrankenhaus scheitert oft an der zu späten Entscheidung, am Transport, aber auch an den Behandlungsmöglichkeiten der oft nur

schlecht funktionierenden, ineffizienten und teuren Distriktkrankenhäusern. Ziel muss ein "Community orientated primary care" nach funktionierenden Modellen etwa Südafrikas oder der DR Congo sein.). Derzeit scheidet eine wohnortnahe Betreuung an den begrenzten Ressourcen und auch fehlender Erfahrung. Für eine Ausbildung zum Familienarzt ist neben einer guten klinische Ausbildung ein Interesse an biopsychosozialen Zusammenhängen sowie am Selbststudium notwendig, um Fälle diskutieren zu können, evidenz-based Medizin und andere qualitätsverbessernde Maßnahmen zu implementieren und auch Forschungsfragen nachzugehen. Das Selbstbild umfasst neben dem medizinischen Dienstleister den Lehrer, Mentor, Manager und gemeindeorientierten Praktiker.

Eva Grabosch fragte in ihrem Beitrag, in dem sie n sie ihre eigenen Erfahrungen in die großen Linien der Entwicklungszusammenarbeit der letzten Jahrzehnte einwob, nach der Rolle der Entwicklungshelfer in Gesundheitssystemen, nachdem sich seit langen Jahren ein intensiver Diskurs über Sinn, Unsinn und Gefahren jeglicher Entwicklungshilfe hält. Gegner finden sich sowohl auf Geber- wie auch der Empfängerseite. Trotzdem waren 28.000 deutsche Entwicklungshelfer in 100 Ländern tätig, wobei sich eine deutliche historische Veränderung der Rolle zeigt: zunächst waren es Missionskrankenhäuser, an denen ein langfristiges Engagement an einem Ort erwartet wurde. So wurde 1906 das Missionsärztl. Institut, 1922 Würzburg begründet. Die Aufforderung zu offizieller Entwicklungshilfe erging 1949 durch den amerikanischen Präsident Truman bei der Gründung der NATO, seit 1957 begann in Deutschland technische und finanzielle Hilfe. 1963 wurde von Adenauer und Lübke in Anwesenheit Kennedys der DED gegründet, von 1969 stammt das Entwicklungshelfergesetz mit der Definition, „keine Gewerbsabsichten“ zu verfolgen. 1974 wurde die GTZ gegründet, die sich zunächst dem Bau von Krankenhäusern nach europäischem Modell (KfW) widmete, 2011 entstand durch Zusammenschluss die GIZ.

Zunächst leisteten junge Ärzte, oft als Ersatzdienst, ihre Einsätze in Krankenhäusern, geprägt durch persönliches Engagement, verortet im politischen Klima der 60er Jahre. Nachdem auf der Konferenz in Alma Ata 1978 Gesundheit für alle und primary health care (PHC) propagiert wurde, standen die Ausbildung von Krankenschwestern, Einrichtung von Mutter Kind Programmen und Bildung von Dorfkommities auf der Agenda. So war Eva Grabosch, die im Vortrag ihre persönlichen Tätigkeiten in den Rahmen der Zeitströme stellte, 1986-89 im Jemen in einem Gesundheitszentrum für Frauen und Kinder. 1987 wurde in der Harare-Deklaration das Distrikt als wesentliche Einheit einer Gesundheitsfürsorge definiert, 1987 in Bamako das Ziel bessere Qualität der Dienste, Nutzergebühren und Partizipation gefasst. So arbeiteten Entwicklungshelfer als Ärzte im Distriktkrankenhaus, vor allem Chirurgie und Gynäkologie, Kinderärzte schienen nicht gebraucht. Höhere Ansprüche an finanziellen Mitteln, Planung einer Übergabe nach 2-5 Jahren an Partner vor Ort (counterparts), die es häufig aber nicht gab, so am Lilongwe central hospital. So führte Eva Grabosch in Malawi 1994-98 mit der CIM ein Einzelkämpferdasein mit großem Mangel an Medikamenten. Zur Finanzierung einigten sich in Abuja 2001 und Monterrey 2002 die afrikanischen Staaten, 15% des Haushaltsbudget für die Gesundheit einzusetzen, entwickelte Länder sollen 0,7% des BSP für Entwicklungszusammenarbeit zahlen. 2003/2005 waren die Themen Harmonisierung, Ownership durch Empfängerland, Ergebnisorientierte Finanzierung und Accountability. Mehr und mehr wird die Entwicklungshilfe eingebunden in Kooperationen und internationale Standards. Da insgesamt mehr Allgemeinärzte vorhanden sind, steigt der Bedarf an Fachärzten. Zunehmende werden Koordinatoren benötigt, der bürokratische Aufwand steigt durch Berichtspflicht und diverse Projekte und Programme. Entwicklungshilfe findet zunehmend in der Lehre, on the Job, in Initiativen, Schulen etc. statt, immer mehr meetings, Berichte, Qualitätssicherung. In Namibia 2002-2004 war mit einmal Geld da – aber nur für AIDS. Bei ihrem Einsatz in Ruanda 2005-2009 findet sie selbstbewusste Gesprächspartner, die sich nicht reinreden lassen, aber aufgeschlossen sind.

Ganz zum Schluss erst wurden die Neugeborenen „entdeckt“. Die GTZ organisierte 2009 erstmalig eine Konferenz über Neugeborenenengesundheit. Ihren sehr persönlichen Bericht schließt sie mit der Frage, was sich geändert hat: Es ist vor allem der Entwicklungsstand und Selbstbestimmung der Empfänger, mehr ausgebildetes qualifiziertes eigenes Personal sowie ein erhöhter Anspruch der Regierungen und der Bevölkerung mit mehr Bewusstsein für Qualität und Effizienz. Der administrative Aufwand ist erheblich angestiegen: Monitoring, Evaluierung, vermehrte Kooperationen. So wird der Entwicklungshelfer zum „Zukunftsentwickler“: Wir machen Zukunft, machen Sie mit. Gefragt ist die kritische Außensicht, die Suche nach innovativen Lösungen, Werteorientierung und die Bereitschaft zu gesellschaftlichem Engagement nach der Rückkehr. So

versteht sich die AGEH als Schnittstelle zwischen Organisationen und sucht qualifizierte Fachkräfte mit sozialen und interkulturellen Kompetenzen.

Viele Fragen werfen sich auf: Was kostet ein Entwicklungshelfer verglichen mit einer einheimischen Fachkraft? Wie sind Reisekosten und Spesen für Kurzzeiteinsätze zu rechtfertigen, wer definiert den Bedarf und wer profitiert? Wie relevant oder angepasst sind vermitteltes Wissen und Fertigkeiten? Was ist besser: Kurzzeitler, Langzeitler, Gastarbeiter?

„Ein Land kann nicht entwickelt werden, nur Menschen können sich selbst entwickeln“ (Julius Nyerere erster Präsident von Tansania) Jean Marie Bizama, Rwanda, schilderte die Zukunftsperspektiven aus ruandischer Sicht: Deutsche Ärzte machen gute Arbeit, die Wissensvermittlung ist eher schwierig, oft wissen die Empfänger wissen gar nicht, was der Entwicklungshelfer eigentlich will, warum er da ist. Nach einem kurzen Überblick über Rwanda: 10,5 Mio. Einwohner nach dem Census 2012, 0,05 Ärzte / 1000 EW, 0,83 Pflegekräfte / 1000 EW, Unter 5-Sterblichkeit 7,6% Müttersterblichkeit 0,5%. 2/3 aller Geburten werden professionell begleitet. Die HIV-Durchseuchung liegt bei ca. 3%. Gebraucht werden 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. Nicht gewünscht ist die Besetzung leitender Stellen und das Verharren in Mutlosigkeit: Herausforderungen annehmen! Vor allem aber müssen rwandische Ärzte in In- und Ausland besser ausgebildet werden.

Eine anschließende Gruppenarbeit verwandelte das Audimax in ein Bienenhaus, es wurde aufgefordert, in kleinen Gruppen Ideen und Forderungen an die Entwicklungshilfe zu formulieren, die anschließend auf dem Podium diskutiert werden sollen.

Die Podiumsdiskussion der Sprecher stand unter dem Motto „Human resources for health: Availability, Accessibility, Acceptability, Quality and effective Coverage“ und wies auf die verbleibenden Lücken hin. Aber auch die Rolle des Glaubens wurde betont: es geht nicht nur um Professionalisierung und Technisierung, sondern auch um eine entsprechende Grundhaltung, „commitment“ und Inspirationen. Erstes Ziel soll die Breitenwirkung sein, Health worker oder community health officers gut auszubilden. Heimkehrer sollen ihre Erfahrungen auch in das deutsche Gesundheitswesen einbringen. Wie sollen die bestehenden Lücken gefüllt werden? Wenn die lokalen Verhältnisse auch sehr verschieden sind: die internationale Experten und die wenigen lokalen Ärzte müssen sich als Multiplikatoren verstehen und diejenigen, die vor Ort die Arbeit machen und die lokalen Verhältnisse kennen, auszubilden. Dazu braucht es angemessene Arbeitsbedingungen. Eigentlich ist vieles auch ein Verteilungsproblem, es gibt gute Expertise und Institutionen, aber nicht die nötige Breitenwirkung. Wie ist es mit der Qualität, was brauchen wir in Zukunft? Gutmenschen oder hoch ausgebildete Techno-Spezialisten? Das hängt von den lokalen Bedürfnissen, vor allem aber auch von der Stabilität der Region ab. Wenn eine staatliche Ordnung oder der Wille nicht existiert und ausgebildete Kräfte nicht finanziert werden, verlaufen sich auch gut ausgebildete Kräfte. „Task shifting“ kann eine erfolgreiche Strategie sein, etwa in Rwanda nach dem Genozid: es gab nur einen einzigen Psychiater im Land, und so wurden recht erfolgreich Krankenschwestern wesentliche Elemente der Traumatherapie vermittelt. Breitenwirkung und Abdeckung können häufig durch relativ kleine, delegierbare Maßnahmen erreicht werden.

Was sind die persönlichen Voraussetzungen? Heute werden hohe formale Qualifikationen verlangt, aber 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. Es ist unbestrittene Voraussetzung, sich mit den lokalen Verhältnissen und den ethischen Vorstellungen auseinanderzusetzen, Interesse am Mitmenschen und an fremden Kulturen zu haben, aber wie ist das vorher erlern- oder feststellbar? Es wird immer wieder zu kulturellen Missverständnissen und Zusammenstößen kommen. Entscheidend ist, Wissen weiterzugeben, wünschenswert sind flache Hierarchien, damit Fragen überhaupt gestellt werden können. Aber es muss „von oben“ Konzepte und Rückendeckung geben, und dafür ist Statistik und Bürokratie unvermeidlich, um zu vermeiden, dass Expertise wegen mangelhafter Umgebungsbedingungen gar nicht zum Tragen kommen kann.

Wie können wir Nachhaltigkeit erreichen: Durch Lehren und Weitergeben, Teamwork, aber auch durch langfristiges Engagement und Kontinuität, und immer wieder Hinterfragen der Effizienz.

Über Gesundheits- und Krankheitskonzepte in Ozeanien (Mikronesien) schlug die Ethnologin Veronika Keck, Frankfurt, die Brücke zur geistigen Dimension des Heilens. Allgemeine Aussagen

über Konzepte sind angesichts einer großen Diversität schwer, dennoch lassen sich Gemeinsamkeiten finden, die aber durch den kulturellen und sozioökonomischen Wandel im Fluss sind. Die Zunahme von Wohlstandserkrankungen und HIV, vor allem in Papua-Neuguinea, verändert auch Vorstellungen. Neben der Biomedizin gibt es einen medizinischen Pluralismus, der derzeit vor allem auf Rückbesinnung auf traditionelle Nahrung und Ernährung, identitätsstiftende traditionelle medizinische Techniken und Arzneien gründet. Traditionelle Heiler und Heilpflanzen werden in verschiedenen Publikationen dargestellt, auch die Kommerzialisierung omnipotenter Wundermittel. Die Gemeinsamkeiten der traditionellen Medizin sind, dass sie integraler Bestandteil des Glaubenssystems sind und Kranksein auf soziale Spannungen, Tabubruch oder Zauberei beruht. Dementsprechend besteht die Behandlung in Ritualen, Opfern oder Zahlungen. Die Kräutermedizin umfasst Tees, Blätter und Rinden, manuelle Maßnahmen sind Ölmassagen und Knocheneinrichtung, sie hat spirituelle, psychologische und medizinische Komponenten. Seit 1987 beschäftigt sich Veronika Keck speziell mit den Yupno in Papua - Neuguinea. Konflikte manifestieren sich als Krankheit, belastende soziale Beziehungen sind gefährlich und krankmachend. Das Konzept besteht aus einer Atemseele, die etwa der Lebenskraft entspricht, und einer Schattenseele, dem Totengeist. Der Normalzustand der vitale Energie ist „kühl“, Kranksein bedeutet erhitzen, brennen, oder auch kalt sein. Die Heilerin ist „Abkühler“. Gestörte Soziale Beziehungen oder belastende Probleme machen aus natürlichen Befindlichkeitsstörungen eine Krankheit, die aber auch durch Zaubereitechniken entstehen kann. Die Grundfragen nach dem warum muss gestellt werden; dabei besteht die Therapie aus der Beobachtung des Patienten und seiner Umgebung auf bestimmte Zeichen und Deutung der Träume. In einer Gruppendiskussion wird versucht, einen Konsens zu finden, um eine Befreiung von der Last oder ein Auslösen der Urheber durch ein Opfer zu erreichen. Wenn der Erfolg ausbleibt, muss es Zauberei sein. In der Diskussion wurde festgestellt, dass es sich um sehr moderne Konzepte im Sinne eines 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.

Ein Traum, Afrika ohne AIDS, ist das Ziel von DREAM (Drug Resource Enhancement against Aids and Malnutrition) der Gemeinschaft Sant`Egidio, vorgestellt von Jens Kern, Würzburg. Erreicht werden soll es durch antiretrovirale Therapie (HAART), Prävention der Mutter-Kind-Übertragung (PMTCT plus) Nahrungsmittelhilfen, Gesundheitserziehung und Aufklärung, Fortbildung von Aktivistinnen zu Multiplikatoren und medizinischem Personal.

In 10 Ländern Afrikas wurden etwa 66500 Patienten betreut, knapp 10% Kinder. Antiretrovirale Therapie der Mütter ab der 25. SSW bis 6 Monate nach Entbindung oder länger. Stillen wird empfohlen, Moskitonetze und Lebensmittelhilfen verteilt. Neugeborene erhalten innerhalb von 72 h NVP (2mg/kg KG für 6 Wochen), bei Seropositivität HAART. Dabei werden weniger als 3% der Kinder HIV positiv, gegenüber ca. 40% sonst. In einer Studie (AIDS 2011 25:1611-1618 Marazzi MC et al.) betrug die kumulative Transmissionsrate nach 12 Monaten nur 2%, Nebeneffekte waren 70% Risikoreduktion von Müttersterblichkeit, Totgeburt und Frühgeburtlichkeit. Herausforderungen sind die Adhärenz an die Therapie, die oft fortgeschrittene Erkrankung, die Begleiterkrankungen, die Langzeitnebenwirkungen für die Kinder auch durch das Stillen unter ARV der Mutter, der Zugang zu Laboruntersuchungen sowie die Finanzierungssicherheit. Wichtig ist ferner, dass das Projekt nicht in Konkurrenz zu staatlichen Programmen, sondern integriert und ausschließlich durch lokale Mitarbeiter ausgeführt wurde.

Der transkulturellen Pädiatrie widmete sich Christa Kitz in ihrem Beitrag zum gesunden Aufwachsen für alle Kinder. Ein Fünftel der deutschen Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund, bei den Kindern fast ein Drittel; außerdem leben 30.000 Kinder ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland. Aus der KIGGS Studie geht hervor dass dieses gute Viertel aller Kinder in allen Parametern schlechtere Ausgangsbedingungen hat - außer, was die Allergieneigung angeht. Nach KIGGS waren 84% der Schulanfänger planmäßig geimpft, aber nur 57,5% der Zuwandererkinder – dazu noch schlecht dokumentiert. Übergewicht häufiger (19,5 vs. 14%), vor allem die Jungen. Posttraumatische Belastungsstörungen bei Erlebnis von Kriegshandlungen, Zerstörung des Elternhauses, Flucht usw. sind häufig, 10% der Kinder fühlen sich für den Tod eines anderen Menschen mitverantwortlich. Es fehlt an migrationsspezifischen Schulungsangeboten bei Kindern mit

chronischen Krankheiten. Ausführliche Erstanamnese und – untersuchung mit Übersetzer unter Einbeziehung spezifischer Risikofaktoren des Herkunftslandes ist unabdingbar. Eine Konsanguinität muß erfragt und beachtet werden. An Tuberkulose denken, die relative Häufigkeit bei Kindern steigt und ist 6x höher als bei deutschen Kindern. Mangelernährung, Eisen- und Calciummangel sowie Rachitis sind bei Dunkelhäutigen besonders zu bedenken. Wir Pädiater haben eine Schlüsselrolle bei der Unterstützung der Rechte aller Kinder auf gleichberechtigten Zugang zu Gesundheit und Bildung. „Die Seele einer Gesellschaft zeigt sich im Umgang mit ihren Kindern“ (Nelson Mandela).

Über die chirurgische Ausbildung in Malawi berichtet Henning Mothes, Jena. es gibt im ganzen Land 16 Chirurgen und 3 Orthopäden. Da Ärzte nicht zu bekommen sind oder abwandern, wird eine Bachelor-Ausbildung für „clinical officers“ angeboten, die über 3 Jahre geht, sowie ein chirurgisches Ausbildungsprogramm mit einem Katalog und einer 2 Jahre dauernden Ausbildung, die mit einer fellowship of the college of Surgeons endet. In einem freien Austauschprogramm zwischen Zomba und Jena gibt es Ausbildungsmöglichkeiten, in denen nach WHO „Essential Surgical Care“ gelehrt wird.

Über invasive Infektionen mit Nicht-Typhus Salmonellen (NTS) in Kenya berichtet Martina Oneko. Es wurden neben Blutkulturen von Malariaimpfstoff – Studienpatienten Patienten mit persistierendem Fieber untersucht und per Ausstrich und RDT auf Malaria getestet. Die HIV Prävalenz betrug 15%. 1620 Kinder konnten über 4 Jahre verfolgt werden, 1666 Blutkulturen wurden untersucht, 128 positiv, davon $\frac{3}{4}$ Salmonellen. Die Inzidenz liegt damit bei 5,8 %, bei HIV infizierten doppelt so hoch. Klinisch hatten alle Kinder Fieber, $\frac{2}{3}$ Tachypnoe, die Hälfte Durchfall, $\frac{1}{3}$ neurologische Symptome und $\frac{3}{4}$ gleichzeitig Malaria, 3 Todesfälle kamen vor. Die Resistenz gegen Chloramphenicol liegt bei 75%, gegen Ceftriaxon sehr stark zunehmend. Imipenem ist 10x teurer. Ohne eine funktionierende Bakteriologie kann eine differenzierte Therapie nicht erfolgen. Invasive NTS sind in Kenya häufig, eine empirische antibiotische Behandlung bei nach Malariabehandlung persistierendem Fieber empfohlen. Der Datensatz von 15.000 Kinder die in die Malariaimpfstudie aufgenommen wurden, bietet eine einmalige Chance, weitere epidemiologische Daten zu gewinnen.

Monica Mallomo, Tanzania, stellte das Programm “No Baby left out” (NBLO), einen Ansatz zur Reduzierung der neonatalen Mortalität vor, welches in 84 Zentren im Süden Tanzanias implementiert wurde. Weltweit hat sich die Zahl der „under 5 mortality“ von 1990 auf 2012 von 12,6 auf 6,6 Mio. Kinder halbiert, dabei hat aber die Neugeborenensterblichkeit (relativ) zugenommen (44% der Todesfälle). Die Hälfte stirbt in den ersten 24 Lebensstunden, 75% in der ersten Woche. Infektionen machen 26%, die Asphyxie 24%, Frühgeburtlichkeit 34%, andere Ursachen 16% der Todesfälle aus (Unicef 2013). Wie können Strategien zu besserer Neugeborenenengesundheit entwickelt werden: Sensibilisierung auf die Thematik, Neugeborenenstationen mit entsprechender Ausbildung und Ausstattung. Die Neugeborenensterblichkeit ist von 3,5 2011 auf 2,2% 2013 gesunken. Das Programm „No Baby left out“ sieht eine unterstützende Supervision auf allen Ebenen vor: die Einweisungspraxis muss verbessert werden, spezielle Neugeborenenstation, mit entsprechender Ausstattung und Ausbildung in Neugeborenen-Basisversorgung und Reanimation sowie der Kangaroo Methode. Eingesetzt wird auch eine „Newborn Triage checklist“ mit rot gelb grün nach allgemeinen Gefahrenzeichen. Das Ziel soll die Senkung der Neugeborenensterblichkeit durch thematische Sensibilisierung, Verbesserung der Fähigkeiten und Ausbildung von Multiplikatoren sein. Bislang wurden in 70 Einrichtungen 185 Personen ausgebildet.

Über Kinderärzteausbildung in Eritrea berichtet der niedergelassene Pädiater Matthias Röbbelen mit Jaap Mulder, NL, am Orotta Pediatric Referral Hospital. So groß wie Griechenland, war Eritrea einst Teil Äthiopiens und wurde 1993 nach 30 Jahren Krieg unabhängig. Nach einer Stabilisierung stand Eritrea von 1998 bis 2000 weiterhin im Krieg, es wurde bis heute noch kein Frieden mit Äthiopien geschlossen. 2003 Start einer medizinischen Weiterbildung, aus der sich die Amerikaner 2010 zurückzogen. Die Organisationen Archemed e.V. und Mekane Hiwot, NL. übernahmen ab 2010 die pädiatrische Weiterbildung. Diese besteht aus 3 Jahren Assistenzzeit in der Orotta Kinderklinik sowie Vorlesungen von 14 deutschen, 5 niederländischen und 2 amerikanischen Fachärzten, die auch die 3 tägige Facharztprüfung auf hohem Niveau abnehmen. Archemed, Ärzte für Kinder in Not e.V. entsendet Dozenten für jeweils 2 Wochen, die an den Morgenbesprechungen und klinischen Visite sowie den Spezialambulanzen teilnehmen. Nachmittags werden Vorlesungen gehalten und

individuelle Gespräche geführt. Damit ist es gelungen, 3-4 Fachärzte pro Jahr auszubilden und die Ausbildung am Leben zu erhalten, was zu einer Vervielfachung der Pädiater im Lande führt. Probleme sind die Bezahlung und damit die Verlockungen der Privatpraxis, Reiseeinschränkungen für Ausländer, Stromausfälle, sowie einer Blockierung durch die alten Pädiater des Landes, die in der Ausbildung nicht mitmachen. Sechs Kollegen leiten inzwischen Kinderabteilungen, vier haben eine Neonatologie gegründet, einer vertritt im Ministerium die Pädiatrie. Der brain drain beträgt 25%. Die Herausforderungen liegen in der Weiterentwicklung der Pädiatrie sowie der klinischen Forschung. Pädiater weiterzubilden macht Spaß und ist vielleicht der nachhaltigste Weg, die päd. Versorgung zu verbessern!

Olaf Müller, Heidelberg, berichtet für das Nouna Health Research Center über Malariakontrollmaßnahmen in Burkina Faso. 1955-69 war das erste große Malariaeradikationsprogramm gescheitert. Von 2000 bis 2013 ist der finanzielle Einsatz zur Malariabekämpfung von 100 Mio. auf 2 Mrd. US\$ gestiegen. 2008 wurde der globale Malaria-Aktionsplan erneuert: Imprägnierte Bettnetze (ITN) wurden in einer nationalen Campagne seit 2002 verteilt, was zu einer 50% Reduktion der Morbidität und 20% der Mortalität führte und inzwischen fast 100% der Haushalte erreicht. Die Vor- und Nachuntersuchung ergab, dass die Malariainzidenz nur leicht gesunken ist, die ITN-Nutzung stark zugenommen hat, die Konsultationen wegen Malaria und Pneumonie eher zugenommen haben und die unter 5-Mortalität nur gering gesunken ist. Insgesamt hat sich seit 2000 die hyper-/holoendemische Malarialage zu einer mesoendemischen entwickelt. Die Kindersterblichkeit ist leicht gesunken. Die letzte ITN-Kampagne 2010 hat trotz hoher Abdeckung nicht mehr viel gebracht, vielleicht wegen Ineffizienz der Imprägnierung oder Resistenzbildung, oder anderer biologischer oder sozialer Faktoren. Nur Impfungen oder andere noch neue Maßnahmen können auf Dauer helfen, derzeit wird vor allem die Frühbehandlung angeraten.

Über Infektionen und Riskofaktoren bei Neugeborenen in Ghana zeigte Frau Gordon Daten aus dem St. Martin de Porres-Hospital in Eikwe. Bei einer Neugeborenensterblichkeit von 3% und einer unter 5 mortality von 5% ergibt sich Handlungsbedarf: Es wurden 319 Neugeborene bakteriologisch und serologisch untersucht: Die HIV – Prävalenz betrug 6,8% HBV 4,2% . Bei 2,5 % wurden B-Streptokokken gefunden, drei Neugeborene verstarben. Fünf Neugeborene verstarben von den 28,5 positiv auf E.Coli getesteten. Insgesamt betrug die Sterblichkeit 7,8%, davon 56% am 1. LT. Über die Ursachen einer so hohen Neugeborenensterblichkeit kann nur spekuliert werden. Liegt es daran, dass nur Hebammen, selbst bei einem Kaiserschnitt keine Ärzte die Kinder untersuchen und keine postnatalen Routinetestungen erfolgen? Es ist zu fordern, in der Schwangerschaft auf HBV, HIV und Syphilis zu screenen, sowie Abstriche zu machen. Unter der Geburt stellt sich die Frage einer antibiotischen Prophylaxe sowie des Anlegens von Kulturen. Nach der Geburt ist eine professionelle Versorgung, inklusive Reanimationseinrichtung und eine entsprechend ausgestattete Neugeborenenstation sowie weitere Maßnahmen wie Augentropfen zu fordern.

Nach der Mitgliederversammlung der ATP, deren Inhalte in einem eigenen Protokoll festgehalten wurden, fand im staatlichen Hofkeller der Würzburger Residenz, Weltkulturerbe, ein „fränkisches Weinfest“ mit verschiedenen Weinverkostungen und einem reichlichen fränkischen Brotzeitteller statt. Die rauchgeschwärzten gewaltigen Kellergewölbe mit den langen Reihen von Fässern waren stimmungsvoll durch Kerzen beleuchtet. 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 (etwas) unter die Gäste.

Über den Zusammenhang zwischen der Dengue-Fiebersausbreitung und der globalen Erwärmung sinnierte Katja van t`Ende, Dinslaken, zurückblickend auf zehn Jahre Erfahrungen in Kambodscha. Es gab große Ausbrüche, zum Beispiel im Juni 2007, mit einer Vervielfachung der Fallzahlen, an dem das ganze Gesundheitssystem zusammenbrach, ebenso 2012, wo man etwas besser darauf vorbereitet war. Insgesamt gibt es Zehnmal mehr Todesfälle an Dengue als an Malaria. Nur ein Patient von 10 erkrankt symptomatisch, schwere Verläufe sind durch Zweitinfektion bedingt. Es gibt weder eine Impfung noch eine spezifische antivirale Therapie. Schätzungen gehen von dreimal mehr Fällen aus,

als bislang berichtet wurden. Weiterverbreitung auch migrationsbedingt. In Südamerika, wo ca. 1,6 Mio Fälle pro Jahr auftreten, sind nur Chile und Uruguay frei. Hyperendemisch ist Dengue in Kambodscha, Laos, Malaysia und auf den Philippinen. Der Hauptvektor, *Aedes aegypti*, ist auch bei uns angekommen, somit ist Dengue zu erwarten. Welche Rolle der Klimawandel spielt, ist unklar, eher ist die Verbreitung eine Folge der Globalisierung und zunehmenden Mobilität, sowohl des Vektors wie der Menschen. Schwerere Fälle nehmen zu, virulentere Stämme verdrängen die weniger virulenten, das Risiko neuer Stämme besteht. Kürzlich fand in Bangkok die 3. internationale Konferenz zu Dengue statt. Ergebnisse waren, dass Impfstoff schwierig zu entwickeln sind, sich aber zwei in klinischer Erprobung befinden. Ein neues Prinzip der Vektorkontrolle ist die Infektion des Vektors mit bestimmten Bakterien (Wolbachien), sodass er abstirbt, bevor er die Erkrankung weiter übertragen kann (Scott O'Neill). Feldversuche werden derzeit in Australien und anderen Ländern durchgeführt.

Wie geht es weiter mit der Kindergesundheit nach 2015, nach den Millenniumszielen (MDG)? Albrecht Jahn, Heidelberg, führt aus, dass sich der Kontext ändert: 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. Menschenrechte bleiben normativer Rahmen, die Menschenrechtsdeklaration von 1948 bleibt Standard, ist aber noch nicht umgesetzt (International Covenant on economic, social and cultural rights 1966). Der Klimawandel hat HIV als Hauptthema verdrängt. Regierungsbemühungen dazu sind unangemessen und ungenügend, etwa die Klimakonferenzen. Insgesamt werden 28 Mrd US\$ für globale Gesundheitsförderung ausgegeben, konstant wurden aber über die letzten 20 Jahre nicht mehr als 0,3% der Bruttonationaleinkommen geleistet. Die Nachteile der MDG waren, dass die Gesundheitssysteme nicht durch krankheitsspezifische Ziele verbessert wurden, oft an den Bedürfnissen der Bevölkerung vorbeigingen und die Gesundheitswesen zu Fragmentieren drohten. 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. Offene Fragen: Wie kann Gesundheit besser mit Nachhaltigkeit verknüpft werden und ist Kindergesundheit integraler Bestandteil der Universal health coverage nach WHO-Muster?

Der Schlüssel zur Senkung der Kindersterblichkeit liegt heute in der Neugeborenensterblichkeit, berichtete Peter Meissner, Ulm. Weltweit sterben jährlich 350.000 Frauen unter der Geburt, es gibt 2,6 Mio. Totgeburten und 15 Mio. Kinder und Mütter leiden an Geburtskomplikationen. 3,1 Mio. Kinder sterben jährlich, das sind 7 pro Minute, davon die Hälfte am ersten Tag. Die „Entdeckung“ des Neugeborenen ist relativ neu; weil die Neugeborenensterblichkeit in die Mortalitätsstatistik nicht einging. Heute macht sie etwa 40% kindlicher Todesfälle aus. Die bisherigen Erfolge sind relativ gering, die Sterblichkeit sank von 3 auf 2,3%, während sich die under-5 Sterblichkeit wesentlich verbesserte (Durchfall, Pneumonie, Masern). Vor allem in Afrika und Asien die größte Rolle, optisch besonders gut visualisiert auf www.worldmapper.org Tafeln 260, 258, 219, 215. Eine erfahrene Geburtsbegleitung erfolgt vor allem im subsaharischen Afrika in weniger als 50% der Geburten. Es fehlt an Material, Transport, Erfahrung. Wie erfolgreiche eine „home-based“ Neugeborenenbetreuung sein kann, zeigte Bang (Lancet 1999) mit der Reduktion der neonatalen Mortalität um 60%. Und Darmstadt GL et al. publizierten im Lancet 2005; 365: 977-88: Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save, dass 45% der Totgeburten, 43% der neugeborenen Todesfälle und 54% der maternalen Todesfälle durch einfache Maßnahmen verhindert werden, zum größten Teil durch eine bessere Geburtshilfe und Neugeborenenbetreuung wie Warmhalten, Infektionen verhindern bzw. bekämpfen und konsequentes Stillen.

Severin von Xylander, Genf, und Martin Weber New Dehli stellten den Aktionsplan „Every Newborn“ zur Reduktion verhinderbarer Todesfälle vor (www.everynewborn.com). Das Neugeborene ist tatsächlich ziemlich neu entdeckt, anfangend etwa seit 1996, richtig erst seit 2005, „A Promise renewed“ bis 2035. Drei Hauptkiller: Frühgeburt, Geburtskomplikationen und Infektionen. Der „Integrated Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD)“ will bis 2015 die Todesfälle durch Pneumonien auf unter 3 und durch Durchfall auf unter 1 von 1000 Geburten senken. „Reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH)“ bis 2025

die Neugeborenensterblichkeit unter 1% senken. Wie soll das geschehen: 1. mehr in die Perinatalzeit investieren, weil um die Geburt 75% der kindlichen und 72% der mütterlichen Todesfälle auftreten (Geburtsstillstand, Asphyxie, Infektion, Frühgeburt), 2. Mutter- und Kindbetreuung optimieren 3. alle erreichen: Mutter- und Kindergesundheit zusammenbringen, alle Schwangeren erreichen, „pre conception care“, Vorsorgeuntersuchungen. Erste Voraussetzung ist, überhaupt jedes Neugeborene zu erfassen; schätzungsweise ein Drittel der Geburten sowie 2/3 der Neugeborenen Todesfälle werden nicht erfasst. Aufgabe der Forschung soll eine vereinfachte Reanimation, Infektionsbehandlung, Stillförderung, Desinfektion sein. Die Umsetzung erfolgt in den Regionalbüros: Flaschenhalsanalyse: wie ist die Abdeckung und die Qualität der für sinnvoll anerkannten Maßnahmen? Wie ist die Umsetzung auf allen Ebenen, von der Politik über die Finanzen, Ausbildung oder Beteiligung der Kommunen?

Die großen Themen bleiben: die Mortalität sinkt zu langsam, Neugeborenenbetreuung ist schlecht, sinnvolle Interventionen sind nicht implementiert, etwa Reanimation oder Hausbesuche. Eine 24stündige Neugeborenenüberwachung postpartal wird gefordert, dagegen sei „Community based newborn care“ ziemlich problematisch, unter anderem wegen vieler verspäteten Behandlungen und hohem Antibiotikaverbrauch.

In der Diskussion aller Vorträge wurde unter anderem angemerkt, dass der Aspekt der Kommunikation sowie kulturelle und soziale Blickwinkel zu wenig betont wurden. Außerdem wird das Thema „Unfreundlichkeit“ als Abschreckungsmoment vor öffentlichen Einrichtungen ignoriert. Des Weiteren wurde hinterfragt, wie solide der Hintergrund für die geforderte 24h-Überwachung des Neugeborenen postpartal sei, denn diese wird ja auch bei uns bei ambulanten Geburten nicht praktiziert.

Im letzten Block nach der Kaffeepause sprach Michael Krawinkel, Gießen, über die Rolle der Adipositas. 1,6 Mrd. Menschen sind übergewichtig und die Prävalenz steigt gerade auch in armen Ländern an, mit den bekannten Folgen. Gründe sind, dass gerne süß gegessen wird, es gibt billige kalorische Süßmacher, sowie eine Präferenz für Fett – immer billigeres Fett. Durst und Hunger seien nicht verknüpft, daher entsteht kein Sättigungsgefühl durch hochkalorische Süßgetränke. In China zum Beispiel hat der BMI in 10 Jahren um 5 kg/m² zugenommen. Der BMI berücksichtigt allerdings nicht den Körperfettgehalt und Körperfettverteilung, die konstitutionell ist. Allgemein ist die Überernährung mehr ein quantitatives als ein qualitatives Problem. Zugenommen hat die Verwendung von Speiseölen zum Frittieren und Braten, und die Süßgetränke, mit noch unklaren endokrinen Effekten und einer Abhängigkeitsproblematik. Früher gab es nur Wasser und Muttermilch – alles andere ist menschengeschichtlich sehr jung. Es werden immer mehr tierische Nahrungsmittel gegessen, die Zwischenmalzeiten in Form von Snacks steigen massiv an, dabei geht die körperliche Aktivität zurück, eine sitzende Lebensweise nimmt zu. 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 werden hochkalorische Getränke zurückgefahren.

Mit der Relaktation beschäftigte sich Veronika Scherbaum, Hohenheim, gründend auf eigene Erfahrung mit dem Stillen eines Waisenkindes 7 Jahren nach eigener Schwangerschaft. Zu unterscheiden ist Relaktation nach Stillpause von induzierter Laktation (adoptives Stillen). Die Mehrheit der Frauen könne bereits nach einer Woche stillen, wobei eine volle Laktation eher nach eigener Geburt möglich sei. Physiologisch wird die Brust in der Schwangerschaft vorbereitet, Prolaktin und Oxytozin steigen nach der Geburt an, Stress und Angst hemmen die Milchbildung. Determinanten für erfolgreiche Relaktation sind Zeitdauer des Stillen, Menge, Abstand vom Abstillen. Wichtig ist Stillen vor allem für Beziehung und Bindung, Haut- und Augenkontakt. So kann „biologische Mutterschaft“ auch bei Adoptivkindern entstehen. Praktisches Vorgehen: Das Kind muss angelegt werden – ohne Zwang, etwa 12x. Zwischendurch Abpumpen, Hilfreich kann ein Brusternährungsset sein. Galaktogoga können zusätzlich hilfreich sein (Oxytocin, MCP, Hopfen, Malz.). Abstillgründe sind fehlende Unterstützung und falsche Technik, Relaktation und induzierte Laktation sind möglich und können in armen Ländern, aber auch bei uns hilfreich sein. Jeder Tropfen Muttermilch ist wertvoll. Erfahrene Hilfe, Motivation, Unterstützung und Streßabbau sind zur erfolgreichen Relaktation nötig.

Über Fälschungen nicht nur von Medikamenten, sondern auch von Laborwerten berichtet Stephan Nolte, Marburg, anhand dreier Fällen von Tropenheimkehrern, bei denen aus Gewinnsucht Malaria diagnostiziert und behandelt wurde. Solchen eher naiven Versuche einer Gewinnerschöpfung stehen im großen Stil Manipulationen von „Normalwerten“ entgegen, die auf einen Schlag Dauerpatienten aus Gesunden machen, etwa bei TSH, Blutdruck, Blutfetten, was zwar nicht der Gesundheit, aber der Gesundheitsindustrie als Ganzem dient. Die Folgen einer Kommerzialisierung und Privatisierung der Medizin sind, auch oder gerade für arme Länder, nicht absehbar.

Über das „Nodding Syndrome“, eine im Südsudan, Südtanzania und Norduganda auftretende Epilepsieform, berichtete Erich Schmutzhard, Innsbruck. Die WHO hielt 2012 ein erstes Int. Scientific Meeting on Nodding Syndrom in Kampala ab. Es ist eine eigenartige Epilepsieform, die in einem Video demonstriert wurde: Neben dem Nicken setzt die Kommunikationsfähigkeit einige Sekunden aus. Es handelt sich um eine atypische Absencenepilepsie, wobei auch bei letzterer man nicht genau weiß was sie ist. Die Erstbeschreibung erfolgte 1931, seither sind Hunderte von Fällen beschrieben, aber es gibt nur wenig genaue Untersuchungen. Onchozerkose wurde als Ursache, ebenso wie andere Infektionskrankheiten, sicher ausgeschlossen. Auch Toxine oder Autoimmunantikörper wurden nicht gefunden. Das EEG erinnert an eine Absencenepilepsie. Die Definition erfolgt nach Hauptkriterien: Alter 3-18 Jahre, Nicken 5-20/min. Nebenkriterien sind weitere neurologische Auffälligkeiten, Retardierung, kognitive Probleme. Trigger sind Essen und kaltes Wetter. Die Zahl ist derzeit stark rückläufig, 2013 trat in Uganda kein Fall mehr auf. Ernährungsfaktoren spielen eine unspezifische Rolle: stunting und wasting häufig. Gesichtsnarben und andere Verletzungen treten auf. Das Nodding Syndrome wird als atonische Absencenepilepsie angesehen. MRT-Veränderung sind eher unspezifisch: posttraumatische und atrophische Befunde. Die Therapie muss auf dem Hintergrund gesehen werden, dass weltweit nur 1/5 aller 100 Mio. Epilepsiepatienten eine adäquate Behandlung erhalten. Phenytoin und Phenobarbital können erfolgreich sein. Wie die Absencenepilepsie ist das Nodding Syndrome immer noch ein Geheimnis. Die Prognose ist unterschiedlich: von sekundärer Generalisierung bis Verschwinden in der Pubertät.

Aus einem Unterernährungsbekämpfungsprojekt in Burkina Faso berichtete Fabian Schumacher, Brescia, für Medicus Mundi. Weit entfernt von den MDG hat die Unterernährung dort sogar noch zugenommen. Nur 1/5 der Kinder werden mit ORS rehydriert, 1/4 sind unterernährt, 1/3 untergewichtig. Unterernährte Kinder sind stigmatisiert und werden oft versteckt oder bestraft, daher aktive Suche notwendig. In einer Schulung in Ernährungsberatung inklusive Vit A-Gabe, Antibiotischer Behandlung, Malariatherapie und Masernimpfung wurden insgesamt 1700 Community Health worker ausgebildet, präventiv vor allem in Mütter- und Hygieneschulung. Die Art der Nahrung ist nicht so wichtig: nicht, was, sondern dass man was gibt. Die Erfassung lag (wohl durch Zuwanderung) bei über 100%, insgesamt 9088 Kinder, von denen 97% ins Protokoll aufgenommen wurden, 15% stationär betreut werden mussten, insgesamt 1.513 Kinder. Dropout 12,3%. Ein „Door to door Screening“ war erfolgreich im Rekrutieren und reduziert die Stigmatisierung.

In ihrem Schlusswort stellte Christa Kitz, verbunden mit einem großen Dank, unter großem Applaus für die gelungene Tagung das ganze Team noch einmal vor, nicht nur die sechs Programmgestalter und Organisatoren, sondern auch das Sekretariat, die studentischen Helfer, Übersetzer und Unterstützer. Insgesamt gab es 210 Teilnehmer, die durch ihren Beitrag eine Tagung frei von Sponsoring durch die pharmazeutische Industrie ermöglicht haben. Dies war der in Erfüllung gegangene Wunsch des Organisationsteams und Neuland nicht nur in der ATP; sondern in der ganzen pädiatrischen Kongresslandschaft. Dabei war es kein Sparkongress, es war gelungen, den ausländischen Referenten die Anreise zu finanzieren, denn ohne die Stimmen Afrikas und Asiens wäre eine tropenpädiatrische Tagung nicht denkbar. Besonderer Dank galt auch den freiwilligen Übersetzern, die die auf Deutsch gehaltenen Vorträge wiedergaben. Der letzte Dank und das Schlusswort sprach Carsten Krüger, der Vorsitzende der ATP. Der Helmut Wolff Preis in Höhe von 500.-€ für den besten Vortrag wurde unter großem Applaus an Monica Mallomo für „No Baby left out“ vergeben. Mit Hinweis auf die nächste Tagung in Mainz 2015 ging unter anhaltendem Beifall die Tagung zuende.