

## **35. Jahrestagung der GTP 2017 in Heidelberg**

### **Elimination und Eradikation von Infektionskrankheiten im 21. Jahrhundert**

Diesem Thema widmete sich die 35. Jahrestagung der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit (GTP), die vom 27.-29.01.2017 unter der Leitung von Olaf Müller, Institut für Public Health, in Heidelberg stattfand. Insgesamt waren 209 Teilnehmer bei der Tagung anwesend, davon 55 GTP-Mitglieder und 73 Studenten. Auch waren wieder zahlreiche , ausländische Gäste und Redner vertreten.

Eradikation ist, wie schon der Name sagt, per definitionem ein Erfolg, der aber unter verschiedenen Aspekten in größerem Zusammenhang gesehen werden muss, im Kontext des Gleichgewichtes von Geldgebern und Nutznießern auf der Grundlage des Rechtes auf Gesundheit für alle, so Gorik Ooms, London, in seinem einführenden Festvortrag.

### **Ist ein Ende von AIDS in Sicht?**

Unter dem Vorsitz von Florian Neuhann, Heidelberg, fand der erste Block von Hauptvorträgen statt. Kann die HIV/AIDS Epidemie bis 2030 beendet werden, fragte Till Bärnighausen, Heidelberg. Die Verhinderung der Mutter-zu-Kind-Übertragung (PMTCT) scheint gelingen zu können, Problem dabei sind noch unerkannte HIV-positive Schwangere. Die Behandlungserfolge durch antiretrovirale Therapie sind beträchtlich: so ist die Lebenserwartung z.B. in Südafrika von ca. 50 Jahren seit Therapieeinführung in ca. 10 Jahren auf über 60 Jahre gestiegen. Es bleibt somit noch ein Gap von 11 Jahren gegenüber der Normalbevölkerung; für Frauen ist der Anstieg der Lebenserwartung aus verschiedenen Gründen deutlich besser als für Männer. Im mittleren Lebensalter sind HIV und Tuberkulose die bei weitem häufigsten Todesursachen in Südafrika. In der Hälfte der Fälle dauert die Zeit von der Feststellung der Infektion bis zur Behandlung allerdings rund 5 Jahre. Eine Behandlung zur Prävention ist machbar, um die Transmission bei HIV-pos. Partnern zu verhindern. Auch ist eine Prä-Expositionsprophylaxe bei HIV-Negativen mittlerweile eine mögliche Kontroll-Strategie. Trotz Nebenwirkungen ist dies in Hochrisikoländern überlegenswert, denn Migration und Landflucht sind bei wechselnden Sexualpartner neben Sex älterer Männer mit jüngeren Frauen ein Hauptrisiko von HIV. Somit ist noch kein Ende von AIDS absehbar.

### **Polioeradikation: Die letzten Schritte sind die schwersten**

Inuwa Yau Barau, Nigeria, erläuterte den Stand der Polioeradikation. Bislang sind die Pocken die einzige eradizierte Erkrankung beim Menschen, seit die Welt 1979 für pockenfrei erklärt wurde. Dies konnte gelingen, weil die Erkrankung nur den Menschen befiel, gut identifizierbar war, eine sehr wirksame Impfung verfügbar war, die Inkubationszeit kurz und der Handlungsdruck bei einer 30% Mortalität groß war. 1988 wurde angekündigt, bis zum Jahr 2000 die Welt auch von Polio zu befreien, aber in dem Jahr gab es noch 20 endemische Länder. 2013 gab es noch einzelne Fälle in Somalia und Syrien neben den 3 Problemstaaten Nigeria,, Afghanistan und Pakistan, in denen auch 2016 noch 37 neue Fälle gemeldet wurden. Eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit von Afghanistan und Pakistan hat die Situation erheblich erleichtert. Hauptprobleme bleiben neben der Finanzierung die militärischen und ideologischen Konflikte und die Unzugänglichkeit mancher Regionen. In der öffentlichen Wahrnehmung führen Negativbeispiele wie der Vorwand einer Impfkampagne, die zum Auffinden Osama bin Ladens geführt hat, zu Akzeptanzproblemen insbesondere in muslimischen Ländern. Durch die orale Polioimpfung (OPV) verursachte Impfpolio-Fälle bleiben ein Problem, das nun mittelfristig über die Ersetzung von OPV durch die inaktivierte Impfung (IPV) gelöst werden soll. Die IPV-Versorgung ist aber immer noch kritisch und 15x teurer.

## Die Krankheit der leeren Kornspeicher

So wurde die Dracunculose, Guinea Worm Disease (GWD), früher wegen ihrer sozioökonomischen Auswirkungen in Obervolta genannt, wie Peter Mayer aus seinen Erfahrungen als DED-Entwicklungshelfer vor 40 Jahren in Nouna, Burkina Faso (Obervolta), berichtete. Schon in antiken Mumien wurde die Dracunculose nachgewiesen. Thalia Sparling gab dann einen Überblick über das GWD-Eradikationsprogramm. Im Jahre 1986 wurde die globale Prävalenz noch auf etwa 3,5 Mio Fälle geschätzt. Bei erheblichen Rückgängen ist das letzte große Reservoir seit 1995 im Südsudan. Die Hauptquelle sind die offenen Wasserstellen: die in Kleinkrebsen sich entwickelnden Wurmlarven werden mit dem Wasser geschluckt, die Würmer wachsen entlang der langen Röhrenknochen und können nach einem Jahr überall herausbrechen. Häufig gehen die Betroffenen nicht zum Arzt, trotz Gehbehinderung, Superinfektionen, Sepsis und Tetanus. Durch entsprechende Dorfhelfer- und Hebammenausbildung und insbesondere über die Verwendung von Wasserfiltern ist GWD in vielen Ländern ausgerottet. Gab es 2011 noch 1058 Fälle in 5 Ländern, waren es 2016 nur noch 25 Fälle in 3 Ländern (Tschad, Südsudan, Äthiopien). Die Therapie ist mühsam, da bei einem Patienten bis zu 30 Würmer vorkommen können. Sie müssen langsam einzeln extrahiert werden; reißen sie ab, ist eine Infektion häufig. Während die Früherkennung schwierig ist, ist die Prophylaxe einfach: Wenn niemand mit einem Wurm ins Wasser geht, wird die Kette unterbrochen, ebenso, wenn alle nur gefiltertes Wasser trinken. Jedoch gilt wie für alle selten gewordenen Erkrankungen: Je weniger das Krankheitsbild bekannt ist, umso höher das Risiko, eine Erkrankung bei Wiederauftreten nicht sogleich zu identifizieren. So sind im Tschad nach einigen Jahren Latenz derzeit Neuinfektionen wohl über den Befall von Hunden aufgetreten.

## Nahrungsmittelvielfalt und Gesundheit

Unter dem Vorsitz von Sabine Gabrysch, Heidelberg, wurden Ergebnisse der FAARM-Studie (Food and Agricultural Approaches to Reducing Malnutrition) zu Eigenanbau und Nahrungsmittelvielfalt im ländlichen Bangladesh vorgestellt: Der Eigenanbau verschiedener Gemüse und Früchte ist notwendig, weil Kinder hauptsächlich mit Reis ernährt werden und in der Regel einen Mikronährstoffmangel haben. 35% der unter 5 jährigen sind unterernährt, 2/3 der Kinder haben keine ausreichende Vielfalt ihrer Nahrungsmittel. Über „Helen Keller international“ werden Frauengruppen zu Gemüseanbau und Hühnerzucht angeleitet. Der Eigenanbau vergrößert die Nahrungsmittelvielfalt deutlich. Wegen eines relativ hohen Eisengehaltes im Grundwasser in Bangladesh ist Eisenmangel allein, wie Amanda Wendt, Heidelberg, berichtete, kein Grund für Anämien. 10mg/l führen zu 6% höherem Ferritinspiegel. 1.131 Kinder von 1/2 bis 3 Jahren wurden auf Anämie / Eisengehalt, Eisengehalt der Nahrung und Vit. C – Versorgung untersucht. Caroline Stiller präsentierte Daten zu Ernährungsprogrammen in West Bengalen, Indien, wo 66% der Kinder untergewichtig, 41% unterernährt und 60% anämisch sind, und verglich die Eisenzufuhr mit Amaranth (Fe 87 mg%), Moringa (Fe 10-20 mg%) gegenüber Nahrungsergänzungsmitteln. Die Bedeutung soziokultureller Faktoren auf die Ernährung Schwangerer und stillender Mütter zeigte anhand der länderspezifischen verschiedenen Ernährungstabus Neshat Chareh auf: Eine richtige Ernährung soll Fehlbildungen und Fehlgeburten verhindern, die Geburt erleichtern und auch schlechten Eigenschaften der Kinder vorbeugen. Sehr verbreitet ist eine Kategorisierung nach „Heiß“ und „Kalt“: Stillende verlieren Hitze und werden empfänglich für Krankheiten. Verbreitet sind Signaturlehren: so führt in China der Verzehr von Hasen zu Hasenscharten, von Schlangen zu Frühgeburt, von Enten zu Enteneigenschaften. In Thailand führen zu viele Gewürze zu Haarlosigkeit, Tee und Kaffee zu Dummheit. In Indien führt Papaya wegen „Kälte“ zu Fehlgeburten, Bananen zu Fieber und Husten, in Nigeria zu Sabbern, Speicheln und Sprachstörung. Eier machen das Kind zu dick. In Burkina Faso wird ein Mangogenuss mit schwerer Geburt und schmutzigen Kindern assoziiert, Chili mit Hautausschlägen. Ratten und Eier machen diebisch. In Asien sind Meeresfrüchte tabu, aber auch Fleisch, Bananen und Papayas. Beim Stillen machen rohe Speisen, Eis und Wasser Kälte, Meeresfrüchte Allergien, und in Ghana trocknet frisches Fleisch die Milch aus. So gibt es kulturelle Vorurteile zu Gesundheit und Ernährung, nicht aber Wissen. Es sind nicht nur Schwangere und

Laktierende, die besser geschult werden sollten, sondern auch die tonangebenden Groß- und Schwiegermütter.

Irmgard Jordan, Gießen, zeigt anhand von instruktiven Videoaufzeichnungen die Fallstricke und Probleme der Nahrungszubereitung und Mutter-Kind- und Füttersituation in Uganda. Was war das Ziel der Videoaufnahme? Um mehr Zeitersparnis beim Kochen zu erreichen, mehr Effizienz? Es geht schon auch darum, aber vor allem um die Interaktion beim Essen zur Erziehung zu „responsive Feeding“. Yitbarek Kidane berichtete aus Südwestäthiopien über Depression in der Schwangerschaft, eine häufige, aber wenig bekannte Störung auch in armen Ländern. 4650 Schwangere wurden mit 12 und 32 Wochen sowie nach Geburt über ein Jahr lang alle 3 Monate untersucht. Mittels Fragebögen wurde die Ernährungssituation (PHQ-9), die häusliche Gewaltsituation (Hurt, insult, threaten and scream (HITS) instrument) und Unterstützung und Hilfe gemessen (Maternity social support scale, MSSS). Das Durchschnittsalter 26 J., 55% Analphabeten, zu 2/3 Muslime, zu 97% verheiratet. Die Prävalenz der pränatalen Depression lag bei 11% und wurde durch die Determinanten Hunger und Unterernährung, häusliche Gewalt sowie fehlende häusliche Unterstützung geprägt. Eine Auswertung nach Religion ergab eine Häufung bei Muslimen, wie sich in der Diskussion herausstellte.

### **Malaria – Fort- und Rückschritte**

Unter dem Vorsitz von Albrecht Jahn, Heidelberg, ging die Nachmittagssitzung nach einer Gymnastikeinlage und einem im Foyer servierten Mittagessen mit lebhaften Gesprächen weiter: Lorenz von Seidlein, zur Zeit Bangkok, stellte sich der Frage, ob Malariaelimination möglich sei. Um 1900 war auch in Deutschland Malaria noch endemisch. Beispiele für rasches Wiederauftreten ist im 2. Weltkrieg das Fluten der pontinen Sümpfe bei Neapel gegen den Vormarsch der Alliierten, in denen die Malaria bereits ausgerottet war, oder das Aufflammen von Malaria nach den Staudambauten in Tennessee während der großen Depression. Die USA ist seit 1970 malariafrei. In Sri Lanka war Malaria häufig, etwa 6 Mio. Fälle 1935, wurde aber bis 1956 weitgehend eliminiert. 1968 bis 2001 kam es erneut zur Zunahme von Malariafällen, heute ist Sri Lanka malariafrei. Ein anderes erfolgreiches Beispiel ist Costa Rica. Dennoch gab es im Jahre 2015 noch 212 Mio. Fälle weltweit. Was bislang richtig gemacht wurde, ist konsequentes Casemanagement mit Artemisinin-basierter Kombinationstherapie und Vektorkontrolle, insbesondere mit Insektizid-behandelten Mosquitonetzen. Am notwendigsten ist aber der politische Wille. Die manifesten Fälle sind für die Transmission nur die Spitze des Eisbergs. Für die Fallkontrolle sind Frühdiagnostikmöglichkeiten, heute mit Schnelltesten und PCR notwendig. Bei der medikamentösen Behandlung macht die Resistenzentwicklung Sorgen, die 1957 in Kambodscha mit Chloroquin begann und seit 1978 Afrika erreicht hat. Aus derselben Gegend entwickelt sich derzeit eine Artemisinin-Resistenz. Bettnetze sind die einfachste und beste Prophylaxemöglichkeit, aber die Mücken stechen auch draußen und sind in Afrika häufig gegen Insektizide teil-resistent. Bettnetze werden in tropischer Hitze oft nicht benutzt, da sie die Belüftung um 50% reduzieren. Impfungen mit dem RTS,S – Impfstoff: Der Impfstoff ist EMA-empfohlen, die Wirksamkeit ist jedoch nach einem Jahr auf unter 50% abgesunken und wird nach 7 Jahren bereits negativ. Da die Impfung auch im Verdacht steht, die Sterblichkeit bei Mädchen zu erhöhen, ist die diesbezügliche WHO-Politik noch unklar. Eine Massenbehandlung (MDA) mit Malariamedikamenten konnte zum Beispiel auf der Aneityum Insel, Vanuatu, die Malaria eliminieren. Beispiele aus Thailand zeigen ähnliche Ergebnisse. Was die Global Player angeht, hat sich die Lage kompliziert: gab es 1969 nur die WHO, sind jetzt 6 Akteure im Spiel: Gates Foundation, Global Fund, Presidential Malaria Initiative, Clinton Foundation, MSF, WHO, die sich in den Zielen nicht immer einig sind.

### **Erfolge der Malariaelimination in China**

Frau Guangyu Lu, Heidelberg und China, stellte aktuelle Daten aus China vor: Malaria ist in China seit 5000 Jahren bekannt und war vor allem 1950 bis 1980 mit einer Spitze während der Kulturrevolution 1967 hochendemisch. Nach starkem Rückgang seit 1980 stiegen die Fallzahlen nach 2000 wieder an. 1955 startete ein Programm mit Vektor- und Transmissionskontrolle, Massenbehandlung,

Hygieneverbesserung und Stärkung der Gesundheitssysteme. Das chinesische Malariaeliminationsprogramm 2010 hat das Ziel, China bis 2020 malariefrei zu machen. 2015 gab es nur noch 3301 Fälle, 72% davon Malaria tropica, zu 98% importierte Infektionen, davon  $\frac{3}{4}$  aus Afrika. Die erfolgreiche „1-3-7“ Strategie zur Malariaüberwachung besteht aus Meldung am Tag 1, Bestätigung und Klärung, woher, am Tag 3, und Fokussuche und Bekämpfung bis zum Tag 7. Die derzeitige Herausforderung ist die importierte Malaria durch aus Afrika zurückkehrende Arbeiter, meist 30-50 Jahre alt, deren Mitreisende und Umfeld identifiziert und ggf. auch behandelt werden müssen.

### **Das Heidelberger MB-Projekt**

Olaf Müller erläuterte die Rolle von Methylenblau (MB) in der Malariabehandlung und in der Malariakombinationstherapie. Methylenblau wurde 1876 synthetisiert und schon 1891 von Ehrlich und Guttman in der Malariatherapie eingesetzt. Im weiteren Verlauf setzte sich die MB-Therapie der Malaria immer weiter durch und konkurrierte mit der traditionellen Therapie mit Chinin. Bereits 1904 wurden in einer Art Metaanalyse 85% Heilungen durch MB-Therapie attestiert. Vor dem 1. Weltkrieg war die Forschung zu MB in den damaligen deutschen Kolonien angesiedelt. MB hat in der Medizin topisch, oral, parenteral und diagnostisch weitere Einsatzgebiete: von der MetHb-Behandlung, Harnwegssanierung, Prävention und Therapie der Neurotoxizität von Ifosfamidtherapie, Priapismus, Transfusionsblutaufbereitung bis hin zur Giemsa-Färbung und Desinfektionsmassnahmen. Nebenwirkungen sind der bittere Geschmack, grünblauer Harn, Dysurie und gastrointestinale Symptome. Kontraindikationen sind u.a. bestimmte Formen des G6PDH-Mangel, Schwangerschaft und das frühe Säuglingsalter. Die Erforschung der Therapie mit MB erlebte nach 1995 während der fortschreitenden Resistenzentwicklung gegen alle damals verfügbaren Malariamedikamente eine Renaissance. Hierbei spielte insbesondere die Entdeckung, dass MB die Glutathionreduktase von *P. falciparum* selektiv inhibiert, eine wichtige Rolle. Im Rahmen des Heidelberger MB-Projektes wurden in Nouna/Burkina Faso bis heute mehr als 1200 Patienten in 11 verschiedenen klinischen Studien behandelt, wobei sich MB als hochwirksam insbesondere gegen alle Gametozytenstadien erweist. MB ist sicher und effektiv in der *M. tropica*-Behandlung im subsaharischen Afrika, wirkt synergistisch mit Artemisinin, hat ein niedriges Resistenzpotential und kann zur Elimination, zur Resistenzprophylaxe und zur Behandlung eingesetzt werden. Das Potential ist noch nicht ausgeschöpft.

### **Globalisierung, Migration und Gesundheit**

Kayvan Bozorgmehr, Heidelberg, beschrieb die Konfliktfelder Arbeitsmigration, Landflucht, Flüchtlinge, Binnenflüchtlinge, protrahiertes Displacement. 70% aller Flüchtlingstoten, 6000 Menschen, sind im Mittelmeer gestorben. Aufnahmeprozesse sind für Kinder viel zu langwierig und gegen alle Kinderrechte, unbegleitete Minderjährige haben bessere Bedingungen als Familien mit Kindern. Die Wartezeit auf reguläre Krankenversorgung ist für Kinder viel zu lang. Thomas Breil, Heidelberg, berichtete über die pädiatrische Arbeit im Patrick-Henry-Village in Heidelberg, welches ursprünglich 16.000 US-Angehörige beherbergte und seit 2013 leer stand, bevor es Flüchtlingsunterkunft wurde. Seit Anfang 2016 findet dort eine Kindersprechstunde mit Assistenten der Klinik, freiwilligen Helfern, Medizinstudenten und Übersetzern statt. Zur Spitzenzeit befanden sich 5000, meist syrische und afghanische Flüchtlinge im Village, zur Zeit sind es 1650 Menschen aus anderen Ländern. Anhand einer Fallgeschichte wurden die Problemfelder wie vor allem die Kommunikationsprobleme dargestellt. Vorteil ist die Präsenz vor Ort mit entsprechenden Nachverfolgungsmöglichkeiten.

Viola Koncz und Christoph Henking zeigten Daten aus dem "WHO baseline survey on child and adolescent health in Europe" im Rahmen des Vorhabens, Handlungsfelder für die Aktion "Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020" zu identifizieren. Die Ausgangslage ist, dass 2/3 aller europäischen Länder keine systematische Information zum

Gesundheitszustand von Migranten und Flüchtlingen haben. Die Ergebnisse sind unter [https://gateway.euro.who.int/en/ abrufbar](https://gateway.euro.who.int/en/abrufbar). In der Diskussion wurde angezweifelt, dass es eine systematische Datenerhebung zu dieser Frage in Deutschland gibt.

Céline Lichtl analysierte die Heidelberger Klinikdaten von 2015 nach dem Versicherungsstatus (Asylbewerberleistungsgesetz) gegenüber der normal versicherten Bevölkerung nach verhinderbaren Krankenhausbesuchen. Unter „Ambulatory Care Sensitive Conditions“ (ACSC) werden hier 17 Zustände mit 304 ICD-Codes verstanden, bei denen ein Krankenhausaufenthalt potentiell vermeidbar wäre und die Problemfelder in der Primärversorgung aufdecken können. Sie werden als Maß für die Verfügbarkeit und die Qualität ambulanter Versorgung gesehen. Die Unterschiede von Flüchtlingen und Allgemeinbevölkerung für stationäre Aufnahmen und ambulante Notaufnahmen von Patienten unter 18 wurden analysiert. Flüchtlinge wurden fast doppelt so häufig stationär aufgenommen und 5x häufiger ambulant untersucht. In der Diskussion wurde klar, dass Gründe dafür auch in sprachlichen und kulturellen Problemen im Umgang mit den Angeboten des Gesundheitswesens zu sehen sind.

### **Mitgliederversammlung und Rahmenprogramm**

Nach der anschließenden Mitgliederversammlung der GTP trafen sich die Teilnehmer zum Gesellschaftsabend in der Kulturbrauerei Heidelberg mit der westafrikanischen Sunucraft Rhythm Band und einem reichhaltigen deftigen Abendessen sowie einigen Bieren aus der Hausbrauerei.

### **Gesundheits- und Impfprogramme**

Am Folgetag beschäftigte sich die Tagung unter dem Vorsitz von Olaf Müller mit Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Masern in Deutschland, und den unspezifischen Effekten von Impfungen. Martin Weber berichtete für die WHO über IMCI-Programme in Osteuropa und Zentralasien. Eigentlich gedacht für arme Länder mit einer unter 5-Mortalität über 40/1000, wurde IMCI auch für die ehemaligen Ostblockländer für sinnvoll gehalten, deren Pädiatrie durch ausgeprägte Polypragmasie, Overuse von Medikamenten über Monate, fehlende wissenschaftliche Grundlagen und den Zusammenbruch von Gesundheitssystemen geprägt war. Jetzt geht es nicht nur um die Ausbildung von Health Workers, sondern auch um bessere Arzneimittelprogramme, allgemeine Verbesserungen der Gesundheitssysteme und Förderung von Familien- und gemeindeorientierten Ansätzen. Der IMCI-Algorithmus nach dem Ampelsystem soll die Entscheidungen im Umgang mit kranken Kindern erleichtern. Es dauert etwa 5-6 Jahre, in einem Land IMCI zu implementieren, die Schritte sind Entscheidung, Pilotdistrikte, Ausdehnung, Training, Durchsetzung von Kinderrechten in Krankenhäusern. In 16 Länder, meistens der früheren Sowjetunion, aber auch in Rumänien, Türkei und Albanien wurde IMCI mit unterschiedlichen Strategien eingeführt, zum Teil aber auch wieder verlassen. Die Ergebnisse zeigen, dass IMCI den ganzheitlichen Zugang zu kranken Kindern verbessert, Krankenhausaufenthalte verkürzt und die Polypragmasie vermindert. Im Unterschied zu sehr armen Ländern geht es nicht nur um Überleben, sondern eine bessere Qualität der pädiatrischen Versorgung auf der Basis von Kommunikation und Aufklärung. Vielerorts stellen sich dogmatische Widerstände entgegen, wie die Abwertung des Stethoskops in der Pneumoniediagnostik, aber auch Interessenskonflikte, expandierende Privatsektoren, Eingriffe der Pharmaindustrie, aber auch von Eltern, denen es „zu wenig“ ist. IMCI muss, wie alles, kontinuierlich unterstützt und weitergelehrt werden. Gründe für die Aufgabe manche Länder sind fehlende Integrierbarkeit, IMCI sei „zu primitiv“ im Sinne von „poor medicine for poor people“; aber auch da, wo IMCI verlassen wurde, sind viele Elemente in nationale Leitlinien aufgenommen worden, wie Algorithmen, Atemfrequenz zählen, Stillförderung, orale Rehydratation etc., etwa in der Türkei. In Ex-Sowjetländern ist die frühere spezifische „Neuropädiater“ – Ausbildung mit einem ganz anderen Hintergrund und Selbstverständnis ein Hemmnis. In Georgien hat sich durch radikale Privatisierung und Deregulierung das Gesundheitswesen erheblich verschlechtert und IMCI-Ansätze sind durch Pharmaindustrie, Korruption und Privatinteressen verloren gegangen.

## **Masernfrei? Weit entfernt!**

Oliver Razum sprach für die Nationale Kommission zur Verifizierung der Eliminierung von Masern und Röteln (NAVKO) zu „Eliminierung der Masern in Deutschland – ein realistisches Ziel?“ 2015 sollte Europa masernfrei sein, davon sind wir weit entfernt. Seit 2013 gibt es diese Verifizierung auf fehlende endemische Viruszirkulation, ausreichende Immunität der Bevölkerung (>95%), Surveillance sowie Genotypisierung der Zirkulate. Die Berufung erfolgte durch das BMG 2012 und 2015, 8 ehrenamtliche Mitglieder, die den Eliminationsprozess begleiten, „verifizieren“, nicht aber selbst Vorschläge zu Kontroll- und Kommunikationsmaßnahmen machen sollen. 2016 gab es 167.000 Masernfälle, hauptsächlich in Südostasien, aus 76 Ländern wurden keine Masernfälle berichtet. Aus Rumänien mehr als 1000, aus Italien 728, aus UK 569, mit 7 berichteten Todesfällen. In Deutschland wurden 2016 291 Fälle (32% Flüchtlinge), 2015 aber 2464 Fälle, davon die Hälfte aus Berlin, und nur 2% Asylanten, gemeldet. Nur 40% der Patienten waren unter 10 Jahren, was dafür spricht, dass die Kinder doch gut geimpft sind. Technische Probleme mit der Impfung gibt es nicht, sondern es sind die Durchimpfungsraten, die mit 15 Monaten fast nirgendwo die 95% erreichen und zum Teil unter 60% liegen. Impfversager treten bei zu früh geimpften, „low respondern“, oder bei Interferenz mit maternalen oder applizierten Immunglobulinen auf, können aber auch auf schlechteren Impfstoffen beruhen: Totimpfstoffe gab es bis in die 70er Jahre, in der DDR wurden mit „Leningrad- 16“ schlechtere reale Konversionsraten von 90% beschrieben. Oder die Impfstoffe sind falsch appliziert oder abgelaufen: 14 Fälle traten 2016 in Thüringen auf, von denen 12 2x geimpft waren, aber alle von demselben Arzt. Zusätzliche Impfstrategien lassen sich als Catch-up, Follow-up, Mop-up (wenn Masern zirkulieren) und Speed-up –Kampagnen (zusätzliche Altersgruppen, Erwachsene) klassifizieren. Unklar ist, ob Deutschland zusätzliche Impfkampagnen benötigt, und in welcher Form. Die Datenlage hat sich verbessert, z.B. durch Nutzung der KV-Daten zur Impfsurveillance. Das Ziel der Eliminierung bis 2015 wurde jedenfalls verfehlt. Es stellt sich die Frage, wohin mehr investiert werden soll: in Länder mit hoher Prävalenz oder in Deutschland? Eine verpflichtende Impfung kann in Deutschland ohnehin nicht infrage kommen, sodass nur über Information und Aufklärung die Impfrate verbessert werden kann.

## **Unspezifische, über die Zielerkrankung hinausgehende Impffolge**

Peter Aaby, eigentlich Anthropologe, ist seit 40 Jahren im Bandim Health Projekt in Guinea-Bissau tätig und hat sich in vielen Studien und Publikationen mit den unspezifischen Auswirkungen von Impfungen beschäftigt. Er beleuchtete diese unter den Aspekt der weltweiten Eradikationsprogramme. Im derzeitigen Impfparadigma wird ein Impfstoff nur an der Zielerkrankung bewertet, unter der Annahme, dass Impfen immer gut ist und weder Geschlechtsunterschiede noch die Reihenfolge von Impfungen eine Rolle spielen. Beim Ziel der Eradikation werden die unspezifischen Effekte, positiv oder negativ, übersehen.

Vor 40 Jahren starb in Guinea-Bissau noch jedes 2. Kind unter 5. 1979 wurde wie in vielen anderen Ländern die Masernimpfung eingeführt, die Sterblichkeit fiel um den Faktor 3 ab. Da Masern maximal 10-15% der Todesfälle verursachen, ist die positive Wirkung der Impfung auf die allgemeine Kindergesundheit weit größer als die Elimination der Zielerkrankung. Diese unspezifischen positiven Effekte lassen sich auch dadurch belegen, dass in Studien mit vorgezogener Masernimpfung Pneumonien seltener waren. Auch bei einer BCG-Impfung bei Geburt ist die allgemeine Neugeborenensterblichkeit erheblich (38%) reduziert, verglichen mit einer Impfung erst mit 6 Wochen. Auch die Kombination OPV-DPT reduziert die Mortalität gegenüber DPT allein um 32%. So sind die unspezifischen Effekte weit bedeutsamer als die spezifischen, insbesondere, weil derzeit weder Polio noch Tb im Säuglingsalter eine Rolle spielen. Lebendimpfungen scheinen das Immunsystem allgemein zu stärken. Was wird jedoch passieren, wenn Lebendimpfungen nicht mehr angewandt werden, wie etwa BCG in Deutschland (!) seit 1996, oder wie jetzt weltweit geplant OPV? Es lässt sich bis heute nachweisen, dass die Pockenimpfung ebenfalls einen positiven Effekt hatte: Patienten mit Impfnarben haben in Guinea-Bissau eine höhere Lebenserwartung und eine

geringe Wahrscheinlichkeit von HIV-Infektionen (-35%), eine Beobachtung, die auch in dänischen Daten gefunden werden konnte: eine stattgehabte Pockenimpfung reduzierte das Asthmarisiko um 45% und die Wahrscheinlichkeit einer stationären Aufnahme wegen einer Infektionskrankheit um 16%. Es liegt schon an der Impfung, nicht an der besseren Epidemiologie einer Kampagne an sich, denn 7 Studien aus Bissau zeigten, dass eine OPV-Kampagne die Mortalität um ein Fünftel reduziert, nicht dagegen eine Vit-A-Kampagne. In großen WHO-Datenanalysen zeigt sich, dass Lebendimpfungen, wie die Masern- und die BCG-Impfung, die Mortalität halbieren (also weit mehr, als durch die Verhinderung der Zielerkrankung erreicht wird), aber die DPT-Impfung die Mortalität steigert, besonders bei Mädchen, um den Faktor 2. Was kann passieren, wenn wir Lebendimpfprogramme stoppen, weil die Zielerkrankung eradiziert ist? Die vielen sich anschließenden drängenden Fragen konnten nicht weiter diskutiert und mussten in die Pause verlegt werden.

## **Verschiedenes**

Nach der Kaffeepause wurden unter dem Vorsitz von Peter Meissner, Ulm, in Kurzvorträgen verschiedene Themen angesprochen. Zum Thema unspezifische Impfwirkungen stellte Stephan Nolte ein 12jähriges Mädchen mit einer Kontaktallergie gegen Aluminium vor, die sich in jahrelang bestehenden juckenden Ekzemen an allen früheren Impfstellen äußerte. Solche Kontaktallergien sollen nach skandinavischen Untersuchungen bei fast 1% aller geimpften Kinder vorkommen.

Anthony Enimil berichtete aus Ghana über die Nutzung der oft langen Wartezeiten in der HIV-Ambulanz für Jugendliche zur Bildung von Jugendlichengruppen und deren Auswirkungen. Peer groups sind für Jugendliche sehr wichtig und verbessern die Inanspruchnahme, erleichtern die Schulung, verbessern die Therapieadherenz und helfen, der Stigmatisierung zu begegnen. An den reinen medizinischen Parametern fanden sich keine Veränderungen, aber das Leben mit HIV wird erleichtert.

Hans-Joerg Lang berichtete für MSF Schweiz über die zu erzielenden Fortschritte in der Reduktion der Krankenhausmortalität in Manono, Katanga, DR- Kongo. Maßnahmen wie Priorisierung, Triage, Notfallbereiche, tagesklinische Betreuung und eine stabile Infrastruktur haben die Krankenhausmortalität innerhalb kaum zweier Jahre von 20 auf 2% gesenkt.

Über die Bedeutung eines kultursensitiven Herangehens an Schwangerschaft und Geburt berichtete Florian Schneider am Beispiel der Maasai am Endulen Hospital, Nordtansania. Die Maasai leben in einer stark paternalistisch geprägten polygamen Gesellschaft und entbinden mit lokalen traditionellen Hebammen (traditional birth attendants, TBA). Sie meiden das Krankenhaus wegen der Kosten, der fehlenden Sensibilität, auch gegenüber den TBAs, sowie der fehlenden Privatsphäre. Durch Informationsveranstaltungen, Einladungen zur Mitgestaltung des Geburtszentrums und Einbeziehung der TBAs konnte eine bessere Akzeptanz und eine Steigerung der Klinikgeburtenrate erzielt werden.

Eva-Maria Schwienhorst-Stich (DAHW) trug am gleichzeitig stattfindenden Weltlepratag vor, was zukünftige Eliminations- und Eradikationsprogramme aus den Fehlern der "leprosy elimination campaign" lernen müssen. Dazu müssen erst einmal die Begriffe Extinktion, Auslöschung, die bislang noch bei keiner Krankheit gelungen ist, weil ja noch Pockenviren in ausgewählten Laboren vorhanden sind, Eradikation (Pocken), Elimination (Masern, Polio) und Disease control (Tb, Malaria...) auseinandergehalten werden. Bei der Lepra heißt Elimination eben nicht, dass die Krankheit verschwunden, sondern nur in der Prävalenz unter einen definierten Schwellenwert (5/100.000) gesunken ist. So rühmt sich Indien, das 2000 noch nicht erreichte Ziel der Lepra-Elimination 2005 erreicht zu haben. Das mag bezogen auf die Gesamtbevölkerung zwar zutreffen, auf einzelne Regionen aber nicht. Die offiziellen Zahlen widersprechen dem, was durch gezieltes Aufsuchen an „hidden cases“ noch gefunden wird, die Fallzahlen dürften 10x höher liegen. Durch den „Eliminationserfolg“ geraten die Krankheiten außer Fokus, es gibt kein Interesse und keine Mittel mehr. Lepra gehört zu den 18 neglected diseases der WHO. Durch die extrem lange Inkubationszeit kann die Früherkennung und -behandlung bei mangelnder „Awareness“ und Schulung verzögert werden. Die Folgen der Erkrankung, chronische Morbidität durch Deformitäten und Behinderungen

werden noch lange weiterbestehen und den Kampf zur Entstigmatisierung weiterhin notwendig machen.

Im letzten Vortrag erläuterte Ante Züchner die Weiterentwicklung der Facharztausbildung am Bugando Medical Centre in Mwanza seit 2006: inzwischen wurden mit Hilfe u.a. der GTP 28 Pädiater in einem sechssemestrigen Training ausgebildet, die auch bis auf einen Umzug nach Kenia im Lande und der Pädiatrie treu geblieben sind, 3 machen eine weitere Spezialisierung. Das Beispiel sollte Schule machen und auch auf andere Länder ausgedehnt werden.

Am Ende wurde durch den Vorsitzenden der GTP, Carsten Krüger, der Helmut Wolf-Preis der GTP verliehen, der in diesem Jahr auf zwei Preise zu einem ähnlich übergreifenden Thema, nämlich der pränatalen Prävention, aufgeteilt wurde: zum einen an Yitbarek Woldetensay und seine Gruppe für die Untersuchungen zu Schwangerendepression in Äthiopien, zum zweiten an Florian Schneider für die Verbesserung der Inanspruchnahme der Geburtshilfe durch kultursensible Maßnahmen. Unter großem Applaus für die Organisatoren und das ganze Team ging die Veranstaltung zu Ende. Der Stab wurde an Christian Schmidt weitergeben, der die nächste, die 36. Jahrestagung, 2018 in Dinslaken organisieren wird.

Ein Teil der Dozenten und Teilnehmer fuhr anschließend zum ausgebuchten internationalen TropPaedKurs der GTP nach Rauschholzhau / Univ. Gießen, um sich in Seminaren und Übungen der Thematik intensiver und praxisnah zu widmen. Dieser Kurs ist auch als Vorbereitungskurs für eine Tätigkeit für Kinder in armen Ländern und Krisenregionen konzipiert und wird jährlich im Anschluß an die Jahrestagung der GTP durchgeführt.

Protokoll:  
Stephan Heinrich Nolte  
Marburg  
shnol@t-online.de