

Deutschland und sein Engagement für die Gesundheit der Kinder weltweit

Globale Kindergesundheit in Deutschland und aus Deutschland: Vorschläge an (Standes-)Politik, Wissenschaft und die Fachgesellschaften in der Kinder- und Jugendmedizin

Carsten Krüger^{1,2}, Gabriele Ellsäßer³, Gottfried Huss⁴, Christa Kitz⁵, Robin Kobbe⁶, Thorsten Langer⁷, Werner Schimana⁸, H.-Michael Straßburg⁹, Ralf Weigel¹ | ¹ Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin, Universität Witten-Herdecke; ² hsg Bochum, Hochschule für Gesundheit, Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften (DAG); ³ Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., Berlin; ⁴ Rheinfelden; ⁵ Veitshöchheim; ⁶ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; ⁷ Klinik für Neuropädiatrie und Muskelerkrankungen, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Freiburg; ⁸ Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München; ⁹ Gerbrunn

Einleitung

Aufbauend auf der wissenschaftlichen Datengrundlage analysiert dieser Beitrag die Bedeutung der globalen Kindergesundheit für und in Deutschland. Anschließend werden mögliche Maßnahmen beschrieben, mittels deren Umsetzung aus Sicht der Autoren in den nächsten Jahren ein substantieller Beitrag Deutschlands zur Verbesserung der globalen Kindergesundheit geleistet werden kann. Es handelt sich bei diesem Artikel um eine aktualisierte Version des ursprünglichen Diskussionspapiers der Kommission für Globale Kindergesundheit der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) e. V., welches in seiner ersten Version seit dem 10. 01. 2019 auf der Webseite der DAKJ verfügbar ist [1].

Hintergrundinformationen

Kinder und Jugendliche von der Geburt bis 18 Jahre repräsentieren mehr als ein Drittel der Weltbevölkerung. In *Low-Income Countries (LICs)* und *Lower-Middle-Income Countries (LMICs)*, besonders in

Ländern südlich der Sahara, liegt ihr Anteil bei bis zu 50 %, in den Ländern mit hohem Einkommen nur bei etwa 15 – 20 % [2]. Jährlich versterben 5,3 Millionen Kinder unter 5 Jahren, viele an präventablen und/oder leicht behandelbaren Krankheiten, 2,5 Millionen (47 %) von ihnen bereits in der Neonatalperiode, 2 Millionen Schwangerschaften enden mit einer Totgeburt [3 – 5]. Zwischen 5 und 18 Jahren versterben 1,5 bis 2 Millionen Kinder und Jugendliche pro Jahr, zunehmend aufgrund von Unfällen, Gewalt, Drogenmissbrauch, Suiziden und Schwangerschaftskomplikationen bei minderjährigen Müttern [3, 6, 7].

Weit über 95 % dieser Todesfälle ereignen sich in den LICs und LMICs, damit überproportional häufig im Vergleich zum Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe. Das Risiko, bis zum fünften Geburtstag zu versterben, ist für ein Kind in LICs

und LMICs zehnfach so hoch wie für ein gleichaltriges Kind in Industriestaaten [2, 3]. Bei der Neugeborenensterblichkeit ist der Unterschied noch auffälliger: teils liegt sie um den Faktor 20 – 40 höher [4]. Nicht zufällig herrscht in den Ländern mit der höchsten Neugeborenensterblichkeit (Pakistan, Zentralafrikanische Republik, Afghanistan, Somalia) seit vielen Jahren Krieg; gleiches gilt für die Länder mit der höchsten Kleinkindersterblichkeit (Somalia, Tschad, Zentralafrikanische Republik, Sierra Leone, Mali) [3, 4].

Zudem können über 200 Millionen Kinder aufgrund von Mangel-/Fehlernährung, Krankheit, mangelnder medizinischer Versorgung, unsicheren, oftmals kriegsbedingten Lebensumständen oder fehlender Schulbildung ihr Entwicklungspotenzial nicht ausschöpfen und leiden lebenslang unter den daraus resultierenden Folgen inklusive Behinderungen [8, 9]. Dabei ist bekannt, dass die Verbesserung der sozialen Gesundheitsdeterminanten während der frühen Kindheit das größte Potenzial hat, gesundheitliche Be-



**FEED
BACK**
Ihre Meinung zählt!

Definition von globaler Gesundheit nach Koplan et al. (2009) [13]

„Globale Gesundheit ist ein Bereich für Lehre, Forschung und Praxis, der die Verbesserung der Gesundheit und die Erreichung von Gerechtigkeit für alle Menschen weltweit zum Schwerpunkt hat. Globale Gesundheit betont trans-nationale Gesundheitsprobleme, Determinanten und Lösungen, umfasst zahlreiche Disziplinen innerhalb und außerhalb der Gesundheitswissenschaften, fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit und ist eine Synthese aus populationsbasierter Prävention und individueller klinischer Versorgung.“



© Wehrettmel/Micro - AdobeStock

eintrüchtigungen und Ungleichheiten für die Kinder selbst und ihre nachfolgenden Generationen zu verringern [10 – 12].

Durch die seit 2015 verstärkte Zuwanderung hunderttausender, teils unbegleiteter Kinder und Jugendlicher aus vielen Krisenregionen dieser Welt nach Deutschland ist besonders deutlich geworden, dass Fragen von Gesundheit und Krankheit nicht an nationalen Grenzen enden und nur in einem globalen Ansatz zu lösen sind.

Früher seltene Erkrankungen sind in Deutschland häufiger geworden (z. B. Sichelzellerkrankung, Thalassämie, rheumatische Herzerkrankung, Tuberkulose, Leishmaniasis, Skabies, Wurmerkrankungen, familiäres Mittelmeerfieber); zusätzlich wird die Klimaerwärmung dazu führen, dass auch in Mitteleuropa bisher in den Tropen und Subtropen endemische, vektorassoziierte Krankheiten wie Chikungunya und Dengue lokal auf Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund übertragen werden können [14]. Der Klimawandel wird auch weltweit zu einer zusätzlichen gesundheitlichen Belastung

bei Kindern und Jugendlichen führen [15, 16]. Viele der zugewanderten Kinder und Jugendlichen leiden ferner an psychischen und psychiatrischen Erkrankungen. Diese Herausforderungen belasten das Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem enorm [17 – 19]. Allerdings sind die rechtlichen Rahmenbedingungen im deutschen Asylrecht zur Gesundheitsversorgung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen deutlich schlechter als im europäischen Vergleich [17, 20 – 22].

Die aktuelle SARS-CoV-2-Pandemie (Deklaration durch die WHO am 11. März 2020) [23] verdeutlicht eindrücklich, dass im Zeitalter der Globalisierung nationale Strategien allein nicht mehr ausreichend sind und dass es essenziell ist, bei der Verbesserung der Gesundheit koordiniert zusammenzuarbeiten und voneinander zu lernen. Dabei ist es im konkreten Fall von COVID-19 nur wenig beruhigend, dass Kinder und Jugendliche vermutlich weniger als Erwachsene zur Verbreitung des Virus beitragen und nur selten schwer erkranken [24, 25].

Kinder und Jugendliche, insbesondere aus bildungsfernen und armen Familien, werden weltweit durch monatelange „Lockdowns“ von ihrer gesundheitlichen Versorgung sowie sozialer und bildungsbezogener Teilhabe abgeschnitten und gesundheitlich stark belastet sein („*lost generation*“). Weltweit verfügen arme Familien kaum über eigene, soziale oder ökonomische Kompensationsmöglichkeiten [26]. Die indirekten Folgen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen werden auf Grund der unterbrochenen präventiven, kurativen und rehabilitativen medizinischen Versorgung, des wirtschaftlichen Zusammenbruchs insbesondere in LMICs und des monatelangen Ausschlusses von Bildung bzw. Ausbildung aller Voraussicht nach um ein Vielfaches verheerender sein als die direkte Erkrankung [27]. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass durch die SARS-CoV-2-Pandemie Millionen von Kindern und Jugendlichen wieder in die Kinderarbeit gezwungen werden [28].

Deshalb benötigen gerade Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien besondere



© ag visuell - Fotolia

Unterstützung seitens der nationalen Regierungen, um den langfristigen negativen Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf ihre Entwicklung und Gesundheit entgegenzuwirken. Dies wird nachdrücklich in der aktuell publizierten Deklaration der *International Society for Social Pediatrics and Child Health (ISSOP)* eingefordert [29,30].

Das deutsche Gesundheitswesen ist auf diese weltweiten Herausforderungen nicht ausreichend vorbereitet, sowohl, was die Lösungsansätze in Deutschland selbst angeht, als auch, welchen Beitrag Deutschland global leisten kann [31–34]. Deutschland verfügt einerseits über gute sozialpolitische und verfassungsrechtliche Voraussetzungen, um eine führende Rolle in der globalen Gesundheitspolitik zu übernehmen; andererseits bedarf es einer einheitlichen politischen Gesundheitsstrategie (s. u.) und eines stärkeren finanziellen Engagements für die Verbesserung von Gesundheit auf globaler Ebene [34]. Dieser Beitrag fokussiert daher auf 6 Bereiche, in denen Veränderungen aus Sicht der Autoren in (Standes-)Politik, Wissenschaft und bei den Fachgesellschaften notwendig sind, um qualitativ und quantitativ einen nachhaltigen Beitrag zur Lösung der Probleme der globalen Kindergesundheit leisten zu können.

Forderung 1
Strategien zur Verbesserung der globalen Kindergesundheit sollen elementarer Bestandteil der deutschen Entwicklungszusammenarbeit und Nothilfe sein.

Im Jahr 2017 erschien im *Lancet* eine Artikelserie mit der Überschrift „*Germany and Health*“, in der von politischer und wissenschaftlicher Seite auf die wachsende Bedeutung Deutschlands für die globale Gesundheit hingewiesen wurde [34]. Neben einer inhaltlich fundierten Analyse der Stärken und Schwächen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit und Nothilfe fiel auf, wie fragmentiert und unkoordiniert diese Aufgabe in Deutschland geplant und ausgeführt wird: Allein 6 Ministerien sind für verschiedene Aufgabenfelder und Kontakte zu internatio-

Tab. 1: Struktur der globalen Gesundheitspolitik Deutschlands nach Kickbusch et al. (2017) [34]

Bundesministerium für Gesundheit:	zuständig für globale Gesundheitspolitik, Kontakt zur WHO; Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zu vernachlässigten Tropenkrankheiten und armutsbedingten Krankheiten
Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung:	Zusammenarbeit mit der Weltbank, dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, UNICEF und dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen; Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zu vernachlässigten Tropenkrankheiten und armutsbedingten Krankheiten
Auswärtiges Amt:	verantwortet alle Maßnahmen im Bereich der humanitären Hilfe
Bundesministerium für Bildung und Forschung:	Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zu vernachlässigten Tropenkrankheiten und armutsbedingten Krankheiten
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:	internationale Aktivitäten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit
Bundesministerium für Wirtschaft und Energie:	fördert Arbeit von deutschen Gesundheits- und Technologiefirmen im Ausland

nalen Organisationen zuständig (Tab. 1). Bezeichnenderweise wurde diese Artikelserie in Deutschland, selbst im Deutschen Ärzteblatt, kaum beachtet: Dies zeigt, wie gering das Bewusstsein für Probleme der globalen Gesundheit in Deutschland nach wie vor entwickelt ist [35].

Insgesamt fehlen bisher ein umfassendes Konzept und ein koordiniertes Vorgehen, um die globale Kindergesundheit nachhaltig zu verbessern. Dabei könnte sich eine Strategie der Bundesregierung am „*Continuum of Care*“-Konzept orientieren, welches nicht nur die verschiedenen Lebensphasen von Neugeborenen, Kindern, Adoleszenten und jungen Erwachsenen, sondern auch die verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung umfasst (familiäre Gesundheitsförderung im häuslichen Bereich und durch das soziale Umfeld; ambulante Primärversorgung mit aufsuchenden öffentlichen Gesundheitsdiensten; stationärer und rehabilitativer Bereich) [36].

Unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), auch unter Einbezug der medizinischen inklu-

sive der pädiatrischen Fachgesellschaften (vertreten durch die DAKJ und die Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit (GTP)), wurde an einer neuen globalen Gesundheitsstrategie der Bundesregierung gearbeitet, die im Oktober 2020 veröffentlicht wurde [37–39]. Dieser Prozess hat die Chance eröffnet, Konzepte zur Verbesserung der globalen Kindergesundheit als elementaren Bestandteil der neuen Strategie zu etablieren.

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) legen, ohne dass bisher eine eindeutige inhaltliche Koordinierung durch das BMG erkennbar gewesen ist, einen Schwerpunkt auf Afrika südlich der Sahara [40–43]. Die deutschen Aktivitäten in der globalen Gesundheitspolitik konzentrieren sich dabei auf bestimmte Handlungsfelder: Infektionskrankheiten (inkl. „*Neglected Tropical Diseases*“) und Epidemiekontrolle; Stärkung der Gesundheitssysteme inkl. Ausbildung von Fachkräften und Zugang zu

Medikamenten; Aufbau sozialer Sicherungssysteme (z. B. Krankenversicherung); Klima und Gesundheit; Frauenrechte, Menschenrechte und Rechte von Personen mit Behinderung; Demografie und Gesundheit; sowie reproduktive Gesundheit, Mütter- und Kindergesundheit und Ernährung [44].

Unter letztgenanntem Punkt versteht das BMZ hauptsächlich die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit mit Zugang zu Kontrazeption, Familienplanung, Verhinderung sexueller und vertikal übertragbarer Infektionen, Schwangerenvorsorge, perinatale und postnatale Versorgung, Schulgesundheitsprogramme, Gesundheit von Jugendlichen und bessere Ernährung für Frauen und Kinder [45].

Zwischen dem BMZ, seiner ausführenden Organisation, der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), dem BMBF und dem BMG einerseits sowie der akademischen Pädiatrie und den pädiatrischen Fachgesellschaften andererseits sollte nun im Rahmen der Umsetzung der neuen globalen Gesundheitsstrategie ein enger Dialog geführt werden. Ziel muss sein, entsprechend der weltweiten Bedeutung der Kindergesundheit gemeinsam in Deutschland und international über die nächsten Jahre eine substantielle Verbesserung zu erreichen.

Forderung 2

An medizinischen Fakultäten sollen Strukturen zur systematisch-wissenschaftlichen Bearbeitung zu Fragen der globalen Kindergesundheit eingerichtet werden.

Bis zum Jahr 2017 gab es weder an einer deutschen Universität noch an einem Tropeninstitut eine Professur oder ein Institut für globale Kindergesundheit. Zwei Forschergruppen, die in Hannover und Heidelberg in den 1980er- und 1990er-Jahren an den jeweiligen allgemeinpädiatrischen Lehrstühlen aktiv waren, wurden nach Neuberufungen auf die jeweiligen Lehrstühle nicht weitergeführt. Hingegen existieren teils schon seit Jahrzehnten Institute, Professuren und Lehrstühle für internationale bzw. globale Kindergesund-

heit in europäischen Nachbarländern wie Großbritannien, den Niederlanden, Norwegen, Schweden, Finnland und Italien. In den USA gehören an fast jeder medizinischen Fakultät derartige Professuren/Lehrstühle zum normalen Lehr- und Forschungsangebot (*Consortium of Universities for Global Health*; www.cugh.org) [46].

Seit Oktober 2017 gibt es eine Stiftungsprofessur für Globale Kindergesundheit an der privaten Universität Witten-Herdecke, finanziell unterstützt von einer großen deutschen Privatstiftung. Dies kann nur ein Anfang sein, da sowohl in der bereits erwähnten Lancet-Serie „*Germany and Health*“ [34] als auch in der Analyse der deutschen Wissenschaftsakademien [33] eindrücklich dargelegt werden konnte, dass gerade in Deutschland ein großer Mangel an qualifiziertem wissenschaftlichen Personal im Bereich von globaler Gesundheit, erst recht im Bereich von globaler Kindergesundheit, besteht [47]. Dadurch bleibt Deutschland, gemessen an seiner internationalen Bedeutung, weit hinter seinen Möglichkeiten zurück. Forschung und Lehre, orientiert an den Bedürfnissen der jeweiligen Partnerländer, konnten bisher kaum durchgeführt werden. In globalen Initiativen wie der *Partnership for Maternal, Newborn & Child Health* (www.pmnch.org), der *Coalition of Centres in Global Child Health* (<https://www.gchcoalition.com/>), dem *Consortium of Universities for Global Health* (www.cugh.org), dem *Global Pediatric Education Consortium* (www.globalpediatrics.org) oder der *Bellagio Global Health Education Initiative* (<https://bellagioglobalhealth.education/>) sind deutsche Universitäten und pädiatrische Fachgesellschaften bis auf wenige Ausnahmen nicht repräsentiert.

In dieser Situation könnte die Unterstützung der Hochschulkommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin (DGKJ) sehr hilfreich sein, um die Bedeutung der globalen Kindergesundheit für die medizinischen Fakultäten zu unterstreichen. Selbstredend muss aber die öffentliche Hand auf Länder- und Bundesebene Förderinstrumente schaffen, um eine nachhaltige Finanzierung und damit

langfristig eine kontinuierliche, hochqualifizierte Forschung und Qualifizierung von wissenschaftlichem Personal sicherzustellen [39]. Deutschland sollte den Anstoß durch private Förderung zum Anlass nehmen, Lehre und Forschung wichtige staatliche Impulse zu verleihen [48].

Forderung 3

Lehreinheiten zur globalen Kindergesundheit sollen in der universitären medizinischen Lehre und in der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen fest verankert werden.

Mit der Globalisierung ist es zunehmend zu Migrationsbewegungen nicht nur auf Patientenseite, sondern auch bei medizinischem Personal gekommen. Nationale und geographische Grenzen verschwimmen, moderne Transportmittel ermöglichen es, dass potenziell jeder Mensch innerhalb eines Tages an nahezu jeden Ort dieser Welt reisen kann. In Deutschland wurde mit der Ankunft Hunderttausender Flüchtlinge seit 2015 allen im Gesundheitswesen Tätigen vor Augen geführt, wie wichtig fachübergreifende Kenntnisse zu globalen Gesundheitsproblemen in der präventiven und kurativen Gesundheitsversorgung sind. Dabei müssen unbedingt die sozialen Determinanten von Gesundheit, wie z. B. Bildung, sozioökonomischer Status, Migrationsstatus, Alter, Geschlecht, Anzahl der Kinder in der Familie, berücksichtigt werden.

Daher ist es unverzichtbar, dass in Studium, Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe inklusive der Facharztweiterbildung Kerntemen der globalen Gesundheit bearbeitet werden, wie dies im Ausland bereits seit Langem der Fall ist [46, 48–50]. Dazu gehören nach Ansicht der Autoren auch Aspekte der Lehre zur globalen Kindergesundheit. Bereits seit Jahren hat sich die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) für vermehrte Lehrangebote zu globaler Gesundheit an deutschen Universitäten eingesetzt [51–53]. Teils daraus hervorgehend bildete sich eine „Global Health Deutschlandweit“-Initiative auf Studierendenseite, die mit der *Global*

Health Alliance für Deutschland, überwiegend von Wissenschaftlern/Lehrenden auf diesem Gebiet gegründet, eng zusammenarbeitete. Dieses Engagement hat dazu geführt, dass im Jahr 2017 die *Global Health Alliance* Deutschland (GHA-D) gegründet wurde (www.gha-d.org). Hier haben sich Medizinstudierende und Hochschullehrer zusammengefunden, um neben Forschung und Politikberatung v. a. die Lehre zu globaler Gesundheit an allen medizinischen Fakultäten zu etablieren.

2017 wurde die *Global Health Alliance* Deutschland (GHA-D) gegründet (www.gha-d.org).

Eine systematische Erhebung zu Global-Health-Lehre an deutschen Hochschulen und Universitäten aus dem Jahr 2015 zeigte dann auch einen deutlichen Mangel an Global-Health-Programmen auf [54]. Nur 18 deutsche Universitäten, davon 13 medizinische Fakultäten, boten in verschiedenen Formaten Lehre auf dem Gebiet der globalen Gesundheit an. Erst jetzt existiert an der Universität Witten-Herdecke ein Lehrangebot zu globaler Kindergesundheit. Es besteht also ganz offensichtlich ein dringender Bedarf sowohl an Lehre zu globaler Gesundheit als auch im speziellen zu globaler Kindergesundheit [55].

Dass dieser Bedarf mittlerweile auch von der Politik gesehen wird, zeigt sich daran, dass im Januar 2020 eine studentische Initiative zur Förderung der Lehre in globaler Gesundheit im Rahmen des Ideenwettbewerbs „Neue Ideen für Globale Gesundheit“ des *Global Health Hub Germany* einen Preis erhielt [56].

Die Kommission für Weiterbildungs- und Strukturfragen der DAKJ, die AG Lehre der DGKJ und die bereits erwähnte Hochschulkommission der DGKJ sind ideale und kompetente Partner, um diesem Lehrbereich mehr Gewicht in der medizinischen Lehre und in der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen zu verschaffen.

Forderung 4

Bei der Einrichtung des zukünftig vom BMBF geförderten Deutschen Zentrums

für Kindergesundheit sollte als ein wichtiger Sektor auch das Thema globale Kindergesundheit perspektivisch eingeplant werden.

Zurzeit existieren 6 nationale Zentren der Gesundheitsforschung für Infektionskrankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenkrankheiten, Krebs, neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) und Diabetesforschung (DZD), die vom BMBF gefördert werden und im Schwerpunkt Erkrankungen im Erwachsenenalter erforschen [57]. Daher ist es folgerichtig, dass Vertreter der deutschen Kinder- und Jugendmedizin die Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Kindergesundheit forderten. Gemäß der aktuellen Konzeption soll sich das Zentrum auf **6 Kernfelder** konzentrieren:

- vorgeburtliche Prägung,
- Prävention und Versorgungsforschung,
- seltene Erkrankungen,
- Pharmakotherapie,
- Krankheitsmechanismen sowie
- durch Umwelt und soziokulturelle Umstände verursachte Erkrankungen.

Nach längeren Verhandlungen hat nun das BMBF die baldige Errichtung dieses Deutschen Zentrums für Kindergesundheit zugesichert und eine erste Ausschreibung veröffentlicht [58, 59]. Bei der Planung und Umsetzung dieses Zentrums bietet sich in den nächsten Jahren die Möglichkeit, perspektivisch zusammen mit den anderen Kerngebieten und in Abstimmung mit der Weltgesundheitsorganisation auch einen Schwerpunkt in der globalen Kindergesundheit zu etablieren, da dieser nicht nur für Kinder und Jugendliche in anderen Weltregionen, sondern auch für Europa und Deutschland eine herausragende Bedeutung hat [60]. Zudem kann dadurch die Expertise auf diesem Forschungsgebiet in Deutschland nachhaltig gefördert werden.

Forderung 5

Pädiatrische Fachgesellschaften (inklusive der Gesundheitsfachberufe) sollen ermöglichen, dass sich Arbeitsgruppen für globale Kindergesundheit etablieren können.

Allen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin Tätigen ist bewusst, dass eine umfassende präventive und kurative Versorgung der Kinder und ihrer Familien nur im interdisziplinären Kontext möglich ist. Demzufolge sollten sich nicht nur einzelne Fachgesellschaften/-verbände wie die GTP mit globaler Kindergesundheit auseinandersetzen. Vielmehr sollten die Mitgliedsgesellschaften der DAKJ und des Konvents der DGKJ darauf hinarbeiten, dass sich entsprechende Stabsstellen/Arbeitsgruppen für globale Kindergesundheit etablieren können.

Die DAKJ-Kommission für globale Kindergesundheit könnte dabei als Dialogpartner, Ratgeber und Koordinator fungieren. Regelmäßige Treffen zur Koordination der jeweiligen Programme und Schwerpunkte könnten dazu beitragen, die Bedeutung der globalen Kindergesundheit über die Fachgrenzen hinaus gegenüber Öffentlichkeit und Politik prägnanter darzustellen, an internationalen Initiativen sichtbar Anteil zu nehmen und sich koordiniert für die Wahrung und Verbesserung der Kindergesundheit auf allen Ebenen im In- und Ausland einzusetzen. Zurzeit geschieht dies aufgrund der fehlenden personellen und materiellen Ressourcen fragmentiert und unzulänglich.

Forderung 6

Ärztliche Einsätze, ebenso Einsätze durch Angehörige der Gesundheitsfachberufe im Ausland sollen in Deutschland strukturell unterstützt und gefördert werden.

Viele junge Ärztinnen und Ärzte (und Angehörige der Gesundheitsfachberufe) scheuen ein Engagement in der Entwicklungszusammenarbeit und Nothilfe während ihrer Weiterbildungszeit, da diese Zeiträume von den Landesärztekammern oft nicht als Weiterbildung anerkannt werden. Nach Abschluss der Weiterbildungsphase haben dann andere Ziele (z. B. weitere Karriere, Familiengründung) oft Priorität, sodass erneut ein Engagement in diesem Bereich aufgeschoben wird [61].

Dabei könnten jedoch Modelle nach dem Vorbild des *Royal College of Paediatrics and Child Health* in Großbritannien [62] oder pädiatrischer Weiterbildungsprogramme in den USA [63, 64] auch auf Deutschland übertragbar sein, in denen im Rahmen der Weiterbildung mittels Rotation in ausländische Partnerinstitutionen sowie zusätzlich durch entsprechende Kurse im Inland spezielle Inhalte zur globalen Kindergesundheit vermittelt werden [50, 65].

Der folgende Vorschlag müsste jedoch in Abstimmung mit der Kommission für Weiterbildungs- und Strukturfragen der DAKJ, mit der AG Lehre und der Hochschulkommission der DGKJ weiter präzisiert und mit den Landesärztekammern letztlich abgestimmt werden: Wenn junge Ärztinnen und Ärzte ihre Auslandszeit an einer pädiatrischen Institution verbringen, die von einer/einem erfahrenen Pädiater/-in geleitet wird und die mit deutschen und EU-Institutionen (z. B. Universitäten, Klinikpartnerschaften) eng zusammen arbeitet, sollten die Landesärztekammern dies als Weiterbildungszeit anerkennen, selbst wenn die Weiterbildungsleitung und die Inhalte nicht komplett den deutschen Vorgaben entsprechen. Anerkanntermaßen erwerben die Weiterbildungsassistenten

Tab. 2: Auf einen Blick: Maßnahmen zur Förderung der globalen Kindergesundheit in und aus Deutschland heraus

1.	Elementarer Bestandteil der deutschen Entwicklungszusammenarbeit
2.	Wissenschaftliche Beschäftigung mit der Thematik an universitären Instituten
3.	Lehre an Universitäten, Hochschulen und Fachausbildungsstätten
4.	Arbeitsbereich im zukünftigen Deutschen Zentrum für Kindergesundheit
5.	Arbeitsgruppen zur Thematik in pädiatrischen Fachgesellschaften
6.	Anerkennung ärztlicher und von Gesundheitsberufen durchgeführter Einsätze im Ausland durch deutsche Weiterbildungsgremien

in dieser Auslandsphase Kenntnisse und Fertigkeiten, die im praktischen und organisatorischen Bereich mitunter über das hinausgehen, was in der gleichen Zeit in Deutschland möglich wäre [66]. Diese können dann in die tägliche Arbeit in Deutschland zum Nutzen aller Patienten eingebracht werden und dazu dienen, die Kompetenzen in globaler Kindergesundheit auf eine breitere Basis zu stellen.

Schlussbetrachtung

Insgesamt fördert die Beschäftigung mit den Themen der globalen Kindergesundheit das gegenseitige Lernen und Verstehen sowie den Transfer einfacher, aber sehr effektiver Interventionen aus den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen in die Industriestaaten [67]. Als Beispiele für Deutschland seien aufgeführt:

1. ausschließliches Stillen für 6 Monate (weltweit propagiert von WHO, UNICEF, *Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)*);
2. Einsatz von oraler Rehydrationslösung bei Diarrhö und Exsikkose (in Bangladesch entwickelt, in Deutschland bisher zu wenig im Einsatz);
3. Kängurupflege bei Frühgeborenen und kranken Neugeborenen (aus Kolumbien stammend);
4. das integrierte Management von kindlichen Erkrankungen (*Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)*) bei der Behandlung häufiger pädiatrischer Erkrankungen im ambulanten Bereich (WHO, UNICEF, in Deutschland bisher nahezu unbekannt) [68];
5. der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften („*school nurses*“) in Schu-

len (beispielsweise Modellprojekte an öffentlichen Schulen in Brandenburg und Hessen) mit dem Ziel der „betriebsmedizinischen“ Versorgung und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen direkt vor Ort an ihrem „Arbeitsplatz“ in der Schule [69].

Wenn es in Deutschland gelingt, in den genannten 6 Schwerpunkten (siehe auch Tab. 2) konkrete Fortschritte zu erzielen, können wir zur Verbesserung der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen weltweit beitragen.

Literatur

1. DAKJ-Kommission für Globale Kindergesundheit (2019) Diskussionspapier: Deutschland und sein Engagement für die Gesundheit der Kinder weltweit (10.01.2019). https://www.dakj.de/wp-content/uploads/2019/01/Globale-Kindergesundheit_Statement_20190108_v5.pdf
2. UNICEF (2019) The State of the World's Children 2019. UNICEF, New York
3. UN IGME (2019) Levels & Trends in Child Mortality. Report 2019. UNICEF, New York
4. UNICEF (2018) Every child alive. The urgent need to end newborn deaths. UNICEF, New York
5. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) (2020) A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths. United Nations Children's Fund, New York
6. Hill K, Zimmerman L, Jamison DT (2015) Mortality risks in children aged 5 – 14 years in low-income and middle-income countries: a systematic empirical analysis. *Lancet Glob Health* 3: e609 – 616
7. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, et al. (2016) Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 387: 2423 – 2478
8. Lancet Series (2011) Early Child Development in Developing Countries 2011. <http://www.thelancet.com/series/child-development-in-developing-countries-2>
9. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 372: 1661 – 1669
10. UCL Institute of Health Equity (2014) Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region; final report. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinantsand-the-health-divide-in-the-who-european-region-final-report>
11. Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalgligh SL, et al. (2020) A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *Lancet* 395: 605 – 658
12. Alfvén T, Dahlstrand J, Humphreys D, Hellidén D, Hammarstrand S, et al. (2019) Placing children and adolescents at the centre of the Sustainable Development Goals will deliver

Wesentliches für die Praxis ...

- Globale Kindergesundheit ist, nicht nur unter dem Aspekt von Migration und Flucht, auch in Deutschland ein wichtiges Thema.
- Wesentliche Problemfelder der Kinder- und Jugendgesundheit lassen sich nur im globalen Maßstab angehen, dies zeigt sich aktuell in der Coronavirus-Pandemie („Denke global, handele lokal.“).
- Neben der Politik sind Wissenschaft, Forschung, Klinik, Praxis und Fachgesellschaften gefordert, für die Belange von Kindern und Jugendlichen weltweit, damit auch in Deutschland, einzutreten.

for current and future generations. Glob Health Action 12: 1670015

13. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, et al. (2009) Towards a common definition of global health. *Lancet* 373: 1993 – 1995
14. Johnson N, Fernández de Marco M, Giovannini A, Ippoliti C, Danzetta ML, et al. (2018) Emerging mosquito-borne threats and the response from European and Eastern Mediterranean countries. *Int J Environ Res Public Health* 15 (12). pii: E2775
15. Bhutta ZA, Aimone A, Akhtar S (2019) Climate change and global child health: what can paediatricians do? *Arch Dis Child* 104: 417 – 418
16. Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, et al. (2019) The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not de-fined by a changing climate. *Lancet* 394: 1836 – 1878
17. DAKJ-Kommission für Globale Kindergesundheit (2016) Maßnahmen zur medizinischen Erstversorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern im Kindes- und Jugendalter in Deutschland (aktualisierte Langversion vom 10.02.2016). https://dakj.de/wp-content/uploads/2016/09/150216_Langversion_Stellungnahme_Komm_glob_Kindergesundheit_DAKJ.pdf
18. Pfeil J, Kobbe R, Trapp S, Kitz C, Hufnagel M (2015) Empfehlungen zur infektiologischen Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit und des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. *Monatsschr Kinderheilkd* 163: 1269 – 1286
19. DAKJ-Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen und DAKJ-Kommission für Globale Kindergesundheit

(2018) Medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen. https://www.dakj.de/wp-content/uploads/2018/02/Med-massnahmen-immigrierende-kinder-jugendliche_lang_final_280218.pdf

20. Hjern A, Stubbe Østergaard L (2015) Migrant children in Europe: entitlements to health care. http://www.childhealth-servicemodels.eu/wp-content/uploads/2015/09/20160831_Deliverable-D3-D7.1_Migrant-children-in-Europe.pdf (siehe auch: Hjern A, Østergaard LS, Norredam M, de Luna CM, Goldfeld S (2017) Health policies for migrant children in Europe and Australia. *Lancet* 389: 249)

Weitere Literatur beim Verfasser.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt in Zusammenhang mit diesem Beitrag besteht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Carsten Krüger, MIH, FRCPC
 Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin
 Universität Witten-Herdecke
 Alfred-Herrhausen-Straße 50
 58448 Witten
 E-Mail: carsten.krueger@uni-wh.de

Danksagung: Die Autoren danken Herrn Prof. Dr. H. I. Huppertz als Generalsekretär der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendgesundheit (DAKJ) für seine konstruktive Mitarbeit an dem Diskussionspapier der DAKJ, welches die Grundlage für die vorliegende Publikation bildet.



KURZ & BÜNDIG

**Viel zu viel und doch zu wenig:
Über- und Unterversorgung in der Pädiatrie**

„Viel zu viel und doch zu wenig“. Das trifft auf die Pädiatrie in besonderer Weise zu und wird im neuen Buch von Herausgeber und Fachjournalist Raimund Schmid anhand von 19 Themen- und Fallbeispielen aus der Kinder- und Jugendmedizin besonders beleuchtet. Die 340 Seiten umfassende neue Publikation, die hierzulande erstmals die Thematik der Über- und Unterversorgung in der Medizin und dabei ganz speziell in der Pädiatrie aufgreift, ist im Januar 2021 im Elsevier-Verlag erschienen. Die Analysen im Buch untermauern, dass große und kleine Patienten vielfach mit Fehlversorgung konfrontiert werden, die sich sowohl in Unter- wie auch in der Überversorgung widerspiegelt. So stehen zum Beispiel der zum Teil unnötigen Medikalisierung und Therapieflut bei Kindern Behandlungen gegenüber, die gerade bei Kindern mit komplexen Erkrankungen viel zu kurz greifen. Auch im Bereich der Kinderrechte und der politischen Kindermedizin liegt viel im Argen, was zum Beispiel an den fehlenden Möglichkeiten für Pädiater, sich gerade chronisch kranken Kindern und deren Eltern wirklich zuwenden zu können, deutlich wird.

Diese gravierenden Fehlversorgungsstrukturen sind durch die Folgen der langanhaltenden Coronapandemie, durch die viele Mittel und Personalkräfte stärker als zuvor gebunden werden, noch deutlich verschärft worden. Daher müssen die Fehlsteuerungen im System dringender denn je beseitigt werden. Würden die dabei eingesparten Ausgaben für unnötige Gesundheitsleistungen den bisher unterversorgten Bevölkerungsgruppen (vor allem einen Großteil der chronisch kranken und psychisch kranken Kinder) zugutekommen, wäre schon viel gewonnen, so die Botschaft des Buches.

Viel zu viel und doch zu wenig.
 Schmid R (Hrsg.), Urban & Fischer (Elsevier), 2021,
 ISBN 978-3-437-24061-4; Preis: 24 Euro



© Urban&Fischer