

Deutschland und sein Engagement für die Gesundheit der Kinder weltweit

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

Ein Diskussionspapier der Kommission für Globale Kindergesundheit der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)

Carsten Krüger (Kommissionssprecher), Gabriele Ellsäßer, Gottfried Huss, Christa Kitz, Robin Kobbe, Werner Schimana, H.-Michael Straßburg

Präambel

Aufbauend auf der wissenschaftlichen Datenlage beschreibt dieses Diskussionspapier die Bedeutung der globalen Kindergesundheit auch für Deutschland. Anschließend werden mehrere mögliche Maßnahmen vorgeschlagen, mittels deren Umsetzung aus Sicht der Kommission in den nächsten Jahren ein substantieller Beitrag Deutschlands zur Verbesserung der globalen Kindergesundheit geleistet werden kann.

Hintergrundinformationen

Kinder und Jugendliche von der Geburt bis 18 Jahren repräsentieren mehr als ein Drittel der Weltbevölkerung. In Low-Income Countries (LICs) und Lower-Middle-Income Countries (LMICs), besonders im subsaharischen Afrika, liegt ihr Anteil bei bis zu 50%, in den sogenannten Industriestaaten nur bei etwa 15-20% (1). Jährlich versterben 5,6 Millionen Kinder unter 5 Jahren, viele an zu verhindernden und/oder leicht zu behandelnden Krankheiten, 2,6 Millionen (46%) von ihnen bereits in der Neonatalperiode. 2,6 Millionen Schwangerschaften enden mit einer Totgeburt(2-4). 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 (2,5,6).

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 zehnmal so hoch wie für ein gleichaltriges Kind in Industriestaaten (1,2). Bei der Neugeborenensterblichkeit ist der Unterschied noch auffälliger: teils liegt sie um den Faktor 20-40 höher (3). Nicht zufällig herrscht in den Ländern mit der höchsten Neugeborenensterblichkeit (Pakistan, Zentralafrikanische Republik, Afghanistan, Somalia) seit vielen Jahren/Jahrzehnten (Bürger-) Krieg; gleiches gilt für die Länder mit der höchsten Kleinkindersterblichkeit (Somalia, Tschad, Zentralafrikanische Republik, Sierra Leone, Mali) (2,3).

Zudem konnten 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 (7,8). Dabei ist bekannt, dass die Verbesserung der sozialen Gesundheitsdeterminanten während der frühen Kindheit das größte Potenzial hat, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Ungleichheiten für die Kinder selbst und ihre nachfolgenden Generationen zu verringern (9).

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 (siehe Box 1) (10). Früher seltene Erkrankungen sind nun in Deutschland häufiger geworden (z.B. Si-

Box 1: Definition von globaler Gesundheit nach Koplan et al. (2009)
“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 transnationale 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.”

chellzellkrankheit, Thalassämie, rheumatische Herzerkrankung, HIV/AIDS, 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 autochthon auf Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund übertragen werden können (11). Viele der zugewanderten Kinder und Jugendlichen leiden ferner an psychischen und psychiatrischen Erkrankungen. Diese Herausforderungen belasten das Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem enorm (12-14). Allerdings sind die rechtlichen Rahmenbedingungen im deutschen Asylrecht zur Gesundheitsversorgung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen deutlich schlechter als im europäischen Vergleich (12,15-17).

Das deutsche Gesundheitswesen ist auf alle diese Herausforderungen unzureichend vorbereitet, sowohl, was die Lösungsansätze in Deutschland selbst angeht, als auch, welchen Beitrag Deutschland global leisten kann (18-21). Deutschland verfügt einerseits über gute sozialpolitische und verfassungsrechtliche Voraussetzungen, um eine führende Rolle in globaler 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 (21). Dieses Diskussionspapier fokussiert daher auf 6 Bereiche, in denen Veränderungen aus Sicht der DAKJ-Kommission in (Standes-) Politik, Wissenschaft und bei den Fachgesellschaften wünschenswert sind, um qualitativ und quantitativ einen nachhaltigen Beitrag zur Lösung der Probleme der globalen Kindergesundheit leisten zu können.

Vorschlag 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 (<http://www.thelancet.com/series/germany>) (21). 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 internationalen Organisationen zuständig (Box 2). 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

Box 2: Struktur der globalen Gesundheitspolitik Deutschlands nach Kickbusch et al. (2017)

- 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*
-

(<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=76746&s=kickbusch>).

Insgesamt fehlt 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) (22).

Zurzeit wird unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), auch unter Einbezug der medizinischen inklusive der pädiatrischen Fachgesellschaften (u.a. vertreten durch die DAKJ und die Gesellschaft für Tropenpä-

diatrie und Internationale Kindergesundheit (GTP)), an einer neuen globalen Gesundheitsstrategie der Bundesregierung gearbeitet, die Ende 2019 veröffentlicht werden soll (23-25). Dieser Prozess eröffnet die Chance, 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 (26-29). 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 (http://health.bmz.de/what_we_do/index.html).

Unter letztgenanntem Punkt versteht das BMZ hauptsächlich die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit mit Zugang zu Kontrazeption, Familienplanung, Verhinderung sexueller und vertikal übertragbarer Infektionen, antenatale, perinatale, postnatale Versorgung, Schulgesundheitsprogramme, Gesundheit von Jugendlichen und bessere Ernährung für Frauen und Kinder (http://health.bmz.de/what_we_do/Reproductive-maternal-and-child-health/index.html).

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 Erarbeitung 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.

Vorschlag 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 Kindergesundheit 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) (30).

Seit Oktober 2017 gibt es eine Stiftungsprofessur für Globale Kindergesundheit an der privaten Universität Witten-Herdecke, finanziell unterstützt von einer großen deutschen Privatstiftung. Dies ist nur ein Anfang, da sowohl in der bereits erwähnten Lancet-Serie „Germany and Health“ (21) als auch in der Analyse der deutschen Wissenschaftsakademien (20) 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 (31). 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 wäre die Unterstützung der Hochschulkommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin (DGKJ) sehr hilfreich, 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 sicher zu stellen (29). Deutschland sollte diesen Bereich nicht allein der privaten Förderung überlassen, nicht zuletzt auch, um die Unabhängigkeit von Lehre und Forschung zu sichern (32).

Vorschlag 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, Transportmittel wie das Flugzeug 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 ebenso die sozialen Determinanten von Gesundheit, wie z.B. Bildung, sozioökonomischer Status, Migrationsstatus, Alter, Geschlecht, Anzahl der Kinder in der Familie usw., berücksichtigt werden.

Daher ist es unverzichtbar, dass in Studium, Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe inklusive der Facharztweiterbildung Kernthemen der globalen Gesundheit bearbeitet werden, wie dies im Ausland bereits seit langem der Fall ist (30,33-35). Dazu gehören nach Ansicht der Kommission 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 (36-38). 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 zusammen arbeitete. Dieses Engagement hat dazu geführt, dass im Jahr 2017 die Global Health Alliance Deutschland (GHA-D) gegründet wurde (<https://www.bvmd.de/index.php?id=549>). Hier haben sich Medizinstudierende, Lehrende und Wissenschaftler zusammen gefunden, um neben Forschung und Politikberatung die Lehre zu globaler Gesundheit an allen medizinischen Fakultäten zu etablieren.

Die bisher einzige 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 (39). Nur 18 deutsche Universitäten, davon 13 medizinische Fakultäten, boten in verschiedenen Formaten Lehre auf dem Gebiet der globalen Gesundheit an. An nur einer Universität wurde ein Wahlpflichtfach zu globaler Kindergesundheit angeboten. Erst jetzt wird an der Universität Witten-Herdecke ein weiteres Lehrangebot zu globaler Kindergesundheit entwickelt. Es besteht also ganz offensichtlich ein dringender Bedarf sowohl an Lehre zu globaler Gesundheit als auch im speziellen zu globaler Kindergesundheit.

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

Vorschlag 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 die 6 nationalen 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 (<https://www.bmbf.de/de/deutsche-zentren-der-gesundheitsforschung-394.html>). Daher ist es folgerichtig, dass Vertreter der deutschen Kinder- und Jugendmedizin die Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Kindergesundheit forderten (<https://www.dgkj.de/veroeffentlichungen/publikationen/>). Gemäß der ersten Konzeption soll sich das Zentrum auf 6 Kernfelder konzentrieren: vorgeburtliche Prägung, Prävention und Versorgungsforschung, seltene Erkrankungen, Pharmakotherapie, Krankheitsmechanismen sowie umwelt- und soziokulturelle Krankheiten.

Nach längeren Verhandlungen hat nun das BMBF die baldige Errichtung dieses Deutschen Zentrum für Kindergesundheit zugesichert (<https://www.bmbf.de/de/startschuss-fuer-zwei-neue-deutsche-zentren-der-gesundheitsforschung-6872.html>). 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 (40). Zudem kann dadurch die Expertise auf diesem Forschungsgebiet in Deutschland nachhaltig gefördert werden.

Vorschlag 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.

Vorschlag 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, so dass erneut ein Engagement in diesem Bereich aufgeschoben wird (41).

Dabei könnten jedoch Modelle nach dem Vorbild des Royal College of Paediatrics and Child Health in Großbritannien (<https://www.rcpch.ac.uk/work-we-do/global-child-health>) oder pädiatrischer Weiterbildungsprogramme in den USA (42) 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 (siehe z.B. <https://globalchildhealth.de/intensivkurs2019/>) (35).

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 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 in dieser Auslandsphase Kenntnisse und Fertigkeiten, die im praktischen und organisatorischen Bereich weit über das hinausgehen, was in der gleichen Zeit in Deutschland möglich wäre (43). 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.

Darüber hinaus fördern diese Einsätze das gegenseitige Lernen und Verstehen sowie den Transfer einfacher, aber sehr effektiver Behandlungsmethoden aus den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen in die Industriestaaten (44). Als Beispiele seien nur einige Interventionen genannt, die bereits in Deutschland im Einsatz sind oder gut übernommen werden könnten: 1. ausschließliches Stillen für 6 Monate (WHO, UNICEF); 2. Einsatz von oraler Rehydratationslösung bei Diarrhö und Exsikkose (Bangladesch); 3. Kängurupflege bei Frühgeborenen und kranken Neugeborenen (Kolumbien); 4. antibiotische Therapie für 3-5 Tage bei ambulant erworbener Pneumonie (Pakistan); und 5. das integrierte Management von kindlichen Erkrankungen (Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)) bei der Behandlung häufiger pädiatrischer Erkrankungen im ambulanten Bereich (WHO, UNICEF) (45). Während bei der Stillrate und dem Einsatz der Kängurupflege positive Entwicklungen in Deutschland zu sehen sind, sind der Einsatz der oralen Rehydratationslösung, besonders im stationären Bereich, und die verkürzte Therapiedauer bei Pneumonie noch nicht ausreichend in den klinischen Alltag übernommen worden. Das IMCI-Konzept ist in Deutschland bisher nahezu unbekannt und müsste nach nationaler Adaptation vor der praktischen Anwendung primär in die Aus- und Weiterbildungsprogramme der verschiedenen Gesundheitsberufe integriert werden.

Literatur

1. UNICEF. The State of the World's Children 2017. New York: UNICEF; 2017.
2. UN IGME. Levels & Trends in Child Mortality. Report 2017. New York: UNICEF; 2017.
3. UNICEF. Every child alive. The urgent need to end newborn deaths. New York: UNICEF; 2018.
4. Lancet Series: Stillbirths 2016: ending preventable stillbirths. <http://www.thelancet.com/series/ending-preventable-stillbirths>
5. Hill K et al. Mortality risks in children aged 5-14 years in low-income and middle-income countries: a systematic empirical analysis. *Lancet Glob Health* 2015; 3: e609-16
6. Patton GC et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2015; 387: 2423-2478
7. Lancet Series: Early Child Development in Developing Countries 2011. <http://www.thelancet.com/series/child-development-in-developing-countries-2>
8. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; 372: 1661-9
9. UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region; final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinantsand-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>
10. Koplan JP et al. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009; 373: 1993-5
11. Johnson N et al. Emerging mosquito-borne threats and the response from European and Eastern Mediterranean countries. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(12). pii: E2775
12. 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
13. Pfeil J et al. 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* 2015; 163: 1269-1286
14. 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
15. Hjern A, Stubbe Østergaard L. Migrant children in Europe: entitlements to health care. http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2015/09/20160831_Deliverable-D3-D7.1_Migrant-children-in-Europe.pdf (siehe auch Hjern A et al. Health policies for migrant children in Europe and Australia. *Lancet* 2017; 389: 249)
16. Razum O, Bozorgmehr K. Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: the example of Germany. *Global Social Policy* 2016; 16: 321-24
17. Goldhagen JL et al. The Budapest declaration for children and youth on the move. *Lancet Child Adolesc Health* 2018; 2: 164-5
18. Bundesministerium für Gesundheit. Shaping global health—taking joint action—embracing responsibility. The Federal Government's strategy paper. July 10, 2013. https://health.bmz.de/what_we_do/Sector-strategies/shaping-global-health/index.jsp
19. Bozorgmehr K et al. The global health concept of the German government: strengths, weaknesses, and opportunities. *Glob Health Action* 2014; 7: 23445
20. German National Academy of Sciences Leopoldina, acatech—National Academy of Science and Engineering and Union of the German Academies of Sciences and Humanities. Public health in Germany. Structures, developments and global challenges. 2015. http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Public_Health_LF_EN_01.pdf
21. Kickbusch I et al. Germany's expanding role in global health. *Lancet* 2017; 390: 898-912
22. Lawn JE et al. Newborn survival: a multi-country analysis of a decade of change. *Health Policy Plan* 2012; 27 suppl 3: iii6–iii28
23. Bundesministerium für Gesundheit. Globale Gesundheit gemeinsam gestalten - Neue Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit wird entwickelt. Pressemitteilung vom 06. Juni 2018. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/2-quartal/globale-gesundheit-gemeinsam-gestalten.html>

24. Bundesministerium für Gesundheit. Dokumentation der Auftaktveranstaltung für die Entwicklung einer Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit. Berlin 2018. http://typo3.p428724.webspaceconfig.de/fileadmin/user_upload/_temp_/Dokumentation-Auftaktveranstaltung-6._Juni_2018.pdf
25. Deutsche Gesellschaft für Public Health. Neue Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit. Positionspapier der Wissenschaft. Koordiniert von der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH). 30. August 2018. http://typo3.p428724.webspaceconfig.de/fileadmin/user_upload/_temp_/Positionspapier_der_Wissenschaft_zur_Strategie_der_Bundesregierung_zu_Globaler_Gesundheit_-_DGPH.pdf
26. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Afrika und Europa – Neue Partnerschaft für Entwicklung, Frieden und Zukunft. Eckpunkte für einen Marshallplan mit Afrika. Bonn: BMZ, 2017. https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/reihen/infobroschueren_flyer/infobroschueren/Materiale310_Afrika_Marshallplan.pdf
27. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. The BMZ's Africa policy: new challenges and focuses. Strategy Paper 2016. https://www.bmz.de/en/publications/type_of_publication/strategies/Strategiepapier364_04_2016.pdf
28. Bundesministerium für Bildung und Forschung. The Africa Strategy 2014–2018: Africa as a partner in education and research. 2014. https://www.bmbf.de/pub/Afrika_Strategie_eng.pdf
29. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Global health in the focus of research. Funding concept: neglected and poverty-related diseases. 2015. https://www.bmbf.de/pub/Global_health.pdf
30. Steenhoff AP et al. Partnerships for Global Child Health. *Pediatrics* 2017; 140(4). pii: e20163823
31. Gabrysch S, Jaehn P. Germany must invest in its global health academic workforce. *Lancet* 2018; 391: 656-657
32. Razum O et al. Germany's expanding role in global health – Authors' reply. *Lancet* 2018; 391: 658
33. Rowson M et al. The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. *Global Health* 2012; 8: 35
34. Peluso MJ et al. Reframing undergraduate medical education in global health: Rationale and key principles from the Bellagio Global Health Education Initiative. *Med Teach* 2017; 39: 639-645
35. Williams B et al. Global child health competencies for paediatricians. *Lancet* 2014; 384: 1403-5
36. bvmd, Globalisation and Health Initiative (GandHI). Lehre am Puls der Zeit – Global Health in der medizinischen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen. 2009. Bonn, bvmd e.V. (https://www.bvmd.de/fileadmin/user_upload/2009-01-10_Positionspapier_Global_Health_med_Ausbildung_bvmd.pdf)
37. bvmd. Das Globale Gesundheitspolitikkonzept der Bundesregierung. 2014/2017, Berlin, bvmd e.V. (https://www.bvmd.de/fileadmin/user_upload/Positionspapier_2014-04-27_Globale_Gesundheitspolitik_gea%CC%88ndert_am_2017-07-02.pdf)
38. Geffert K et al. Global Health: Mehr als ein Nischenfach. *Deutsches Ärzteblatt (Medizin Studieren)* 2017; 13: 2
39. Kaffes I et al. Global health education in Germany: an analysis of current capacity, needs and barriers. *BMC Med Educ* 2016; 16: 1-14
40. Weber MW et al. Pädiatrische Versorgungskonzepte in Europa. *Monatsschr Kinderheilkd* 2018; 166: 131-140
41. Brockmeyer H et al. Kinderärzte in der Entwicklungszusammenarbeit. Optionen und Konzepte für einen Einsatz im Ausland. *Monatsschr Kinderheilkd* 2015; 163: 1149-55
42. Butteris SM et al. Global Health Education in US Pediatric Residency Programs. *Pediatrics* 2015; 136: 458-465
43. Worth A. Voluntary service overseas/RCPCH fellowships; competencies gained beyond clinical experience. *Arch Dis Child* 2012; 97: A179
44. Crisp N. Mutual learning and reverse innovation - where next? *Global Health* 2014; 10: 14
45. WHO. Integrated Management of Childhood Illness: Chart Booklet. Geneva: WHO; 2014.

Korrespondenzadresse:

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz (Generalsekretär)

Chausseestr. 128/129

Tel.: 030.4000588-0

Fax.: 030.4000588-88

e-Mail: kontakt@dakj.de

Internet: www.dakj.de