

Zur Debatte ● ● ●

Flüchtlingskrise – auch eine Krise der Pädiatrie

Angesichts der Massen von Flüchtlingen, von denen ein Drittel Kinder sind, gerät nicht nur die Gesellschaft, sondern auch die Kinderheilkunde in eine Krise. Wie soll sie „triagieren“, was ist wichtig, was kann geleistet werden – und von wem?

Ungeachtet ihrer Herkunft, sozialen Stellung oder kulturellen Hintergrunds gilt der berechnete Anspruch auf Gleichbehandlung für allein unserem Land lebenden Kinder. Sie orientiert sich an der extrem hohen Messlatte, die wir in den letzten Jahrzehnten aufgehängt haben. Damit zahlt die Pädiatrie die Zeche für eine jahrzehntelange Strategie, der Medizin große Teile der Daseinsfürsorge mit einem Universalvertretungsanspruch zu überlassen und die Kindheit und das ganze Leben zu medikalisieren – zum Wohle eines übermächtigen medizinisch-industriellen Komplexes, der zwölf Prozent des Bruttosozialprodukts ausmacht. Dies führt unter anderem zu einem Entmündigungsprozess, nicht nur der Eltern, sondern aller Institutionen, die mit Kindern befasst sind.

Nur wir Ärzte glauben zu wissen, getrieben von wissenschaftlichen Ansprüchen und interessen-gruppen- oder industriegesteuerten Angeboten, was für die Kinder gut ist. Mit einfachsten gesundheitlichen Fragen und pädagogischen Aufgaben sind nicht nur die Eltern, sondern auch die zahlreichen neuen Betreuungseinrichtungen völlig überfordert. Die Praxen füllen sich mit den banalsten Symptomen, die entsprechend übertherapiert werden und dadurch die Erwartungshaltung teufelskreisartig verstärken. Das gilt für körperliche Symptome wie eine Rotznase oder einen Husten ebenso wie für Stifthaltung und

Einbeinstand und führt zu einem maximalmedizinischen Anspruch. Die Pädiatrie muss sich positionieren und unterscheiden zwischen notwendiger Regelversorgung, fakultativer Mehrversorgung und experimenteller Maximalversorgung.

Derzeit findet vor allem die klinische Pädiatrie fast überall nur noch auf Maximalversorgungsniveau statt, nämlich an den Universitäts-Kinderkliniken. Eine „Regelversorgung“ ist praktisch nicht mehr existent. Es erscheint mir bedenklich, wenn nicht zwischen Regelbetreuung und experimenteller Maximalversorgung unterschieden wird. So wird Eltern mit einem Kind mit hy-

poplastischem Linksherz die Möglichkeit einer Herztransplantation als Regelversorgung, nicht aber als Experiment vorgestellt, Experimente zahlen die Krankenkassen nicht. Hat es jemals eine Studie oder ein Ethik-Komitee dazu gegeben? So werden Maßstäbe gesetzt, die dann auch flächendeckend erfüllt werden müssen – gleiches Recht für alle.

Diese Entmündigung von Eltern und Institutionen dürfen wir nicht auch noch den Flüchtlingen aufdrücken. Sie brauchen in erster Linie ein positives Aufnahme-klima, eine Erwerbsmöglichkeit und Sprachkompetenz, nicht die Breitseite einer überzogenen me-



Foto: © absolutimage – Fotolia.com

dizinischen „Versorgung“, die die Selbstwirksamkeit unterdrückt. In den letzten Tagen sind mir Absurditäten wie die Forderung von Lehrern nach Logopädie für jedes Flüchtlingskind auf der einen Seite, bis hin zu Neugeborenen, die mit ihren Müttern drei Stunden nach der Geburt in die Zeltunterkunft entlassen werden, begegnet. Anspruch und Wirklichkeit liegen weit auseinander: Der Anspruch, alle Kinder gleich zu behandeln, scheitert an fehlender ärztlicher Betreuung, Terminknappheit, Impfstoffknappheit und starrem Zuständigkeitsdenken. Formalismen ersetzen Zuwendung. Nirgendwo zeigt sich der Irrweg unseres Gesundheitswesens deutlicher als in dieser Krisensituation. Bei uns kostet ein einziger Impfstoff weit mehr als eine ganze Immunisierung

nach WHO-Standard. In Flüchtlingslagern in armen Ländern arbeiten wir mit billigen Generika aus Großgebirgen, hier müssen die Flüchtlinge sich ihre Medikation genehmigen lassen und erhalten wiederholt gar Falsches. Die wirklich notwendigen Medikamente, die „essential drugs“ sind vielen Ärzten gar nicht bekannt; sie werden auch nicht gelehrt. Überflüssige Medikamente wie Hustensäfte führen nur zu neuen Abhängigkeiten, wenn sie beim nächsten Infekt dann nicht zur Verfügung stehen. Dann wird die fehlende medizinische Versorgung bejammert und so schließt sich der Kreis.

So ist zu fordern, die Regelversorgung in der pädiatrischen Ausbildung auf die „essentials“ zu fokussieren und nicht auf die Maximalmedizin, und auch nur

die „essentials“ zu propagieren. Seit über 20 Jahren konfrontiere ich die Studenten schon im Berufsfelderkundungspraktikum mit Dingen, die ihnen weder im Studium begegnen noch Bestandteil der Fachausbildung sind: etwa *essential Drugs, essential procedures, sanitation*. Die wirklichen *top priorities* liegen ohnehin jenseits der kurativen Medizin: Wasser, Nahrung und Fäkalentsorgung machen den Haupterfolg von Hilfsmaßnahmen aus. Und die Hilfe zur Selbsthilfe, die in unserem Medizinsystem zugunsten von vielfältigen, zum großen Teil künstlich geschaffenen Abhängigkeiten untergraben wird.

Stephan Heinrich Nolte
E-Mail: shnol@t-online.de

Red.: ReH