

PAEDIATRICA

Vol. 27 Spezialnummer Migranten II/2016



Migranten: Fokus Pädiatrie

-
- | | |
|----|--|
| 3 | Klinische Betreuung von Migranten |
| 11 | Abklärung und Vorbeugung von Infektionskrankheiten und Aktualisierung des Impfschutzes |
| 19 | Familienbande im Spannungsfeld der Migration |
| 21 | Unbegleitete minderjährige Asylsuchenden |
-



ssp sgp

SWISS SOCIETY OF PAEDIATRICS
Ihre Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendliche
Les médecins de vos enfants et adolescents
I medici dei vostri bambini e adolescenti

Redaktion

Prof. R. Tabin, Sierre (Schriftleiter)
 Prof. M. Bianchetti, Bellinzona
 Dr. M. Diezi, Lausanne
 PD Dr. T. Kühne, Basel
 Dr. U. Lips, Zürich
 Prof. M. Mazouni, Lausanne
 Dr. M.-A. Panchard, Vevey
 Dr. P. Scalfaro, Cully
 Dr. R. Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds
 Prof. A. Superti-Furga, Lausanne
 Dr. R. von Vigier, Biel

Redaktionsadresse

c/o Prof. R. Tabin
 Av. du Général Guisan 30
 Postfach 942
 CH-3960 Sierre
 Tel. 027 455 05 05
 Fax 027 455 59 55
rene.tabin@swiss-paediatrics.org

Copyright

© Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie

Verlag – Herausgeber

Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP)
www.swiss-paediatrics.org

Sekretariat / Adressänderungen

Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
 Postfach 1380
 1701 Fribourg
 Tel. 026 350 33 44
 Fax 026 350 33 03
sekretariat@swiss-paediatrics.org

Layout und Druck

s+z: gutzumdruck.
 Nellenstadel 1
 3902 Brig-Glis
 Tel. 027 924 30 03
 Fax 027 924 30 06
info@sundz.ch

Inserate

Editions Médecine et Hygiène
 Michaela Kirschner
 Chemin de la Mousse 46
 1225 Chêne-Bourg
 Tel. 022 702 93 41
pub@medhyg.ch

Paediatrica

Erscheint 5 x jährlich für die Mitglieder der SGP.
 Nicht-Mitglieder können beim Sekretariat
 die Paediatrica zum Preis von Fr. 120.–
 jährlich abonnieren.

Auflage

1950 Ex. / ISSN 1421-2277
 Bestätigt durch WEMF

Nächste Ausgabe

Redaktionsschluss: 29.2.2016
 Erscheinungsdatum: Nr. 2: 15.4.2016

Titelbild

«Porteuse 2»
 Acrylfarbe auf Leinwand
 Dominique Lambert Delachaux

Für den Inhalt der Texte übernimmt die Redaktion
 keine Verantwortung.

Editorial

- 2 · Familien auf der Flucht stehen an unserer Tür
 N. Pellaud

Fortbildung

- 3 · Klinische Betreuung von Migranten: Fokus Pädiatrie
 M. Gehri, F. Jäger, N. Wagner, M. Gehri
- 11 · Leitlinien zur Abklärung und Vorbeugung von Infektionskrankheiten
 und Aktualisierung des Impfschutzes bei asymptomatischen Kindern und
 Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Schweiz
 PIGS
- 19 · Familienbande im Spannungsfeld der Migration
 J.-C. Métraux
- 21 · Eine wachsende Population?
 Die Unbegleitete minderjährige Asylsuchenden heute in der Schweiz
 S. Depallens, C. Plati, A-E. Ambresin

Hinweise

- 23 · Empfehlungen des UN-Kinderrechtsausschusses an die Schweiz
 Y. Heller, F. Narring
- 26 · TAK- Integrationsdialog «Aufwachsen – gesund ins Leben starten»
 S. Heiniger Eggimann
- 28 · migesExpert.ch
 Die Info-Webseite für Ärztinnen und Ärzte zu Migration und Gesundheit
- 28 · Den SGP-Ernährungsplan zur Einführung der Lebensmittel beim Säugling
 gibt es nun in 11 Sprachen
 N. Pellaud

Buchbesprechungen

- 29 · Le miroir aux alouettes
 R. Schlaepfer

Familien auf der Flucht stehen an unserer Tür

Nicole Pellaud, SGP-Präsidentin

Übersetzung: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Die Welt steht in Flammen, Menschen fliehen, Familien klopfen an unsere Tür, sind wir bereit, sie zu empfangen?

Tatsache ist, dass die Kinderrechte derzeit nicht respektiert werden, und das Editorial im Lancet vom September 2015 weist auf die Konsequenzen für die Flüchtlinge hin und auf die Pflicht der Berufspersonen, sich für deren Gesundheit einzusetzen¹⁾. Auf internationaler Ebene beschäftigt dieses Problem zahlreiche pädiatrische Akademien.

Vor Ort setzen sind unsere ungarischen Kollegen seit letztem Herbst freiwillig im Einsatz, haben aber nur ungenügende Mittel zur Verfügung²⁾, humanitäre NGOs rufen nach Verstärkung³⁾, es ist Zeit zu handeln.

Sind wir jetzt, da diese Kinder und ihre Eltern in unsere Praxen kommen, gerüstet, um sie anzuhören, zu begleiten und zu betreuen?

Die SGP beauftragte eine Arbeitsgruppe, eine «Checklist» zur Evaluation der Gesundheitsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund auszuarbeiten und entsprechende Empfehlungen zu formulieren. Diese Gruppe, und die Pediatric Infectious Disease Group of Switzerland PIGS für spezifische Fragen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten, publizieren in der vorliegenden Sondernummer das Resultat ihrer Arbeiten und stellen uns Hilfsmittel zur Verfügung, um den Bedürfnissen dieser Kinder und Familien angemessen entgegenkommen zu können.

Unmittelbar benötigen wir in der Praxis auch transkulturelle Mediatoren und es ist gerade der richtige Zeitpunkt, dies unseren Politikern bekannt zu geben⁴⁾.

Wir müssen auch langfristig denken, und uns in spezifischen Fragestellungen zu den Auswirkungen von Migration auf Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fortbilden. Entsprechende Fortbildungen werden dieses Jahr angeboten, die uns helfen sollen, bestmöglich auf die Bedürfnisse dieser Kinder und Jugendlichen eingehen zu können. Der Vorstand hat ebenfalls beschlossen, eine pädiatrische Expertengruppe für Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu bilden, die für

die SGP nebst der Experten – auch eine «Sentinella»-Rolle übernehmen soll.

Uns schliesslich befinden wir uns, über unsere Rolle als Ärzte hinaus, in der bevorzugten Lage, Warnsignale geben zu können, wenn Kinderrechte nicht respektiert werden. Dies ist leider in der Schweiz gegenüber diesen Kindern und Jugendlichen der Fall. Wir haben denn auch eine Vernehmlassung der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) zu einem Projekt mit Empfehlungen unbegleitete minderjährige Asylbewerber betreffend, mit Blick auf den Respekt der Kinderrechte beantwortet.

Referenzen

- 1) <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2815%2900190-7.pdf>.
- 2) http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/2015.09.22_migrants_0.pdf.
- 3) http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/pp_medecin_ou_infirmier_urgence_refugies.pdf.
- 4) [www.sodk.ch/fr/actualites/recommandations/einzelansicht/archive/2010/juli/artikel/empfehlungen-zur-foerderung-von-interkulturellem-uebersetzen-und-vermitteln/?tx_ttnews\[day\]=05&cHash=9d7d27897dee25646bc225c71c78b13e](http://www.sodk.ch/fr/actualites/recommandations/einzelansicht/archive/2010/juli/artikel/empfehlungen-zur-foerderung-von-interkulturellem-uebersetzen-und-vermitteln/?tx_ttnews[day]=05&cHash=9d7d27897dee25646bc225c71c78b13e).

Nationaler Telefondolmetschdienst (TDD)

0842 442 442, an allen Wochentagen rund um die Uhr in der ganzen Schweiz

Dieser Dolmetschdienst ist in erster Linie für kurze Erklärungen, Notfallsituationen und Gespräche gedacht, für welche kein Dolmetscher vor Ort verfügbar ist. Die Leistungen des TDD sind kostenpflichtig und die Benutzer müssen sich vorgängig einschreiben.

Der Telefondolmetschdienst wird in den Amtssprachen Deutsch, Französisch und Italienisch angeboten und es werden geeignete Dolmetschende in den folgenden Sprachen vermittelt: Albanisch, Arabisch, Italienisch, Kurdisch, Portugiesisch, Russisch, Serbisch-Kroatisch-Bosnisch, Somalisch, Spanisch, Tamilisch, Tigrinya, Türkisch.

Bei Bedarf übersetzen professionelle Dolmetschende auch in andere, insgesamt über 50 Sprachen.

www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12532/13703/index.html?lang=de

Klinische Betreuung von Migranten: Fokus Pädiatrie

Gehri Malick^{a)}, Jäger Fabienne^{b)}, Wagner Noémie^{c)}, Gehri Mario^{d)}

Übersetzung: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Einführung

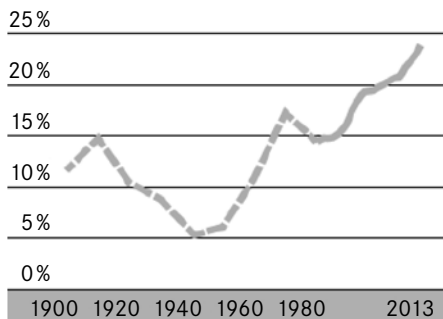
Gemäss den neuesten Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) betrug die schweizerische Bevölkerung 2014 8.2 Millionen Einwohner. Darunter findet man einen relativ hohen Anteil Ausländer, nämlich 2.1 Millionen (24.3%). Der Anteil minderjährige (0-18 Jahre) Nicht-Schweizer folgt der gleichen Tendenz (20.2%). Die Anzahl Asylsuchender liegt derzeit bei ca. 80000, (wovon 21000 2013 und 40000 2015 eintrafen), «Sans Papiers» und illegal Eingereiste werden auf 100'000 bis

300'000 geschätzt! Migration ist deshalb eine zentrale Problematik, insbesondere in Bezug auf das Gesundheitswesen, da oft angenommen wird, Migranten befänden sich in weniger guter Gesundheit als die einheimische Bevölkerung.

Mit diesen Zeilen versuchen wir dem Grundversorger, der sich einem Migrantenkind und seiner Familie gegenübersteht, einen praktischen Leitfaden zu vermitteln; diese bei weitem nicht ungewöhnliche Situation betrachten viele im Gesundheitswesen Tätige als kompliziert, sie fühlen sich dabei «hilflos» und oft machtlos¹⁾. Zu ihrer Entlastung muss gesagt werden, dass die medizinische, insbesondere pädiatrische Literatur²⁾ zu diesem Thema spärlich ist und nur wenige Guidelines verfügbar sind. Erwähnenswert sind zwei kürzlich in Kanada erschienene Arbeiten, in welchen einige Abschnitte dem Kindesalter gewidmet sind (Infektionskrankheiten, Impfungen, Miss-handlung, Zahnhigiene usw.)^{3), 4)}. Kinder mit Migrationshintergrund haben im Grossen und Ganzen dieselben gesundheitlichen Bedürfnisse wie einheimische Kinder; gewisse Besonderheiten erfordern jedoch ein «gezieltes» Vorgehen.

Einleitend werden wir einige allgemeine Begriffe erörtern, um dann auf globale (und die ganze Familie umfassende) Vorschläge zur Betreuung einzugehen, z.B. beim ersten Kontakt eines Migranten mit unserem Gesundheitssystem (Welche Abklärungen? Womit beginnen? usw.). Es sei auch bemerkt, dass Ärzte aus «Gewohnheit» und insbesondere beim ersten Kontakt dazu neigen, sich in diesen Situationen zu sehr, und oft übermässig, auf die medizinischen Aspekte zu konzentrieren. Trotz ihrer, hauptsächlich in psychologischer Hinsicht, oft erschütternden Vorgeschichte, sind Migrantenkinder im Ganzen gesehen bei guter Gesundheit. Diese verschlechtert sich jedoch zunehmend im Verlaufe der in der Schweiz verbrachten Jahre (chronische Krankheiten wie Adipositas, metabolisches Syndrom, Hypertonie und Risikoverhalten, Tabak-, Alkohol-, Drogenkonsum usw.)! Eine gute soziale Integration und Zugang zu Vorbeugemassnahmen sind deshalb zwei wesentliche Stützen, die der Kinder- oder Hausarzt den Migrantenfamilien, nach Ablauf der ersten Etappe somatischer wie psychosozialer Abklärungen, anbieten muss. Professionelle Betreuung muss im Bewusstsein geschehen, dass vielseitige Barrieren (abhängig vom Patienten, von der betreuenden Fachperson, vom schweizerischen Gesundheitswesen) den Zugang zu medizinischer Betreuung behindern.

Anteil ständige ausländische Wohnbevölkerung



Ständige und nichtständige ausländische Wohnbevölkerung, nach Niederlassungsbewilligung, 2013 in Tausend

Kategorie	Anzahl (Tausend)
Total	2 020,1
Aufenthalter (Ausweis B)	616,5
Niedergelassene (Ausweis C)	1 227,9
Internationale Funktionäre und Diplomaten	28,9
Kurzaufenthalter (Ausweis L)	97,1
Asylsuchende (Ausweis N)	21,3
Vorläufig aufgenommen (Ausweis F)	22,1
Nicht zugeteilt	6,3

Ständige ausländische Wohnbevölkerung, nach Staatsangehörigkeit, 2013 in %

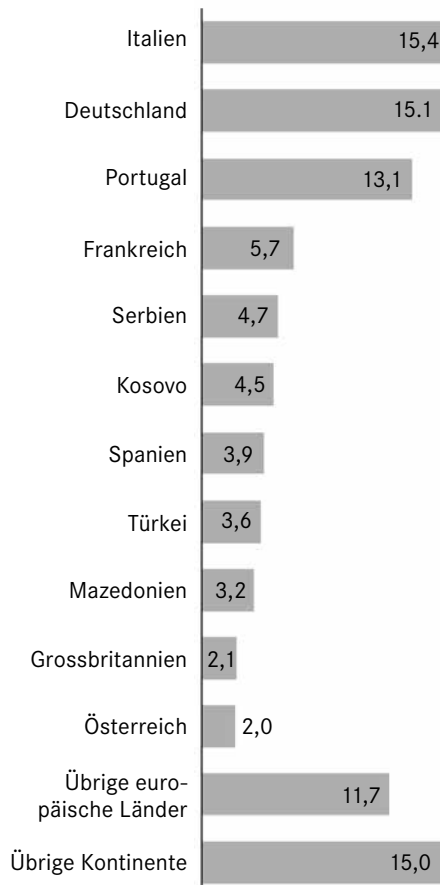


Tabelle 1: Ausländische Wohnbevölkerung in der Schweiz, 2013 (BFS).

Einleitend werden wir einige allgemeine Begriffe erörtern, um dann auf globale (und die ganze Familie umfassende) Vorschläge zur Betreuung einzugehen, z.B. beim ersten Kontakt eines Migranten mit unserem Gesundheitssystem (Welche Abklärungen? Womit beginnen? usw.). Es sei auch bemerkt, dass Ärzte aus «Gewohnheit» und insbesondere beim ersten Kontakt dazu neigen, sich in diesen Situationen zu sehr, und oft übermässig, auf die medizinischen Aspekte zu konzentrieren. Trotz ihrer, hauptsächlich in psychologischer Hinsicht, oft erschütternden Vorgeschichte, sind Migrantenkinder im Ganzen gesehen bei guter Gesundheit. Diese verschlechtert sich jedoch zunehmend im Verlaufe der in der Schweiz verbrachten Jahre (chronische Krankheiten wie Adipositas, metabolisches Syndrom, Hypertonie und Risikoverhalten, Tabak-, Alkohol-, Drogenkonsum usw.)! Eine gute soziale Integration und Zugang zu Vorbeugemassnahmen sind deshalb zwei wesentliche Stützen, die der Kinder- oder Hausarzt den Migrantenfamilien, nach Ablauf der ersten Etappe somatischer wie psychosozialer Abklärungen, anbieten muss. Professionelle Betreuung muss im Bewusstsein geschehen, dass vielseitige Barrieren (abhängig vom Patienten, von der betreuenden Fachperson, vom schweizerischen Gesundheitswesen) den Zugang zu medizinischer Betreuung behindern.

a) Etudiant en maîtrise, Institut de Santé Globale, Université de Genève
 b) Kinder- und Jugendmedizin FMH, Prävention und Gesundheitswesen FMH, Service de Pédiatrie, Hôpital du Jura, Site de Delémont, Delémont, Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut, Basel, Switzerland, Universität Basel
 c) Paediatric Infectious Disease Unit, Department of Paediatrics, Geneva University Hospital
 d) Pédiatre FMH, PD, médecin-chef, Hôpital de l'Enfance - Département médico-chirurgical de pédiatrie CHUV, Lausanne

Allgemeines

Definitionen, Charakteristika und Rechtsstatus

Es sollen folgende Definitionen berücksichtigt werden (United Nations Educational and Cultural Organisation, UNESCO, und Internationale Organisation für Migration, IOM⁵⁾):

- Migrant: ausländische Person, ausserhalb des Gastlandes geboren, dort lebend und arbeitend. Es wird erwartet, dass sie dort wesentliche soziale Bande knüpft (Beruf, Schule usw.)
- Kind mit Migrationshintergrund (von Geburt bis 18-jährig): Kinder und Jugendliche mit oder ohne Begleitung Ihrer Eltern, ohne persönliche Dokumente, der sog. «zweiten Generation», Flüchtlinge oder Asylsuchende
- Unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA) (unter 18-jährig):
 - Asylsuchender
 - Von keinem Elternteil oder gesetzlichen Vertreter begleitet

- Zur Auswanderung gezwungen: Krieg, Misshandlung, Vergewaltigung, Zwangs- oder arrangierte Heirat, Tod der Eltern, ökonomische Gründe.

2012 kamen 460 UMA in die Schweiz, 2015 waren es 2736 (darunter 120 < 12-jährige). 80% sind Knaben und 85% stammen aus Afrika (Eritrea, Äthiopien), Afghanistan und Syrien. Sie leben hauptsächlich in St. Gallen und Lausanne.

Die überwältigende Mehrheit der Migranten stammt aus Ländern der europäischen Union, vor allem aus Nachbarländern, allen voran Deutschland und Italien (Tab. 1). Der kulturelle Faktor offenbart sich dann eher durch den Sprachunterschied als durch andersartige Haltung oder kulturell bedingtes Sozialverhalten usw.

Rechtlich gesehen, hat der Migrantenstatus keine reelle Bedeutung. Es muss deshalb

klargestellt werden, welchen Status die Person mit Migrationshintergrund hat, dies umso mehr, als der Zugang zur Krankenversicherung direkt davon abhängig ist. Die in diesem Zusammenhang wichtigsten Begriffe sind in *Tabelle 2* zusammengestellt (angepasst, mit Angabe der üblicherweise erteilten Bewilligung⁶⁾); Ausländer mit einer Niederlassungs- und Aufenthaltsbewilligung (Ausweise B und C) sind nicht aufgeführt. Die Ausweise N und F zeichnen sich durch ihren provisorischen Charakter aus; sie müssen regelmässig erneuert werden und führen damit bei ihren Besitzern zu grossen Unsicherheitsgefühlen.

Gesundheitszustand der Migranten, insbesondere Kinder, in der Schweiz

Man findet in der Migrantenpopulation beträchtliche soziale und ökonomische Unterschiede. Schematisch kann man zwei Gruppen unterscheiden (wobei bestimmt auch intermediäre Kategorien vorkommen):

Status	Person...	Anrecht auf Krankenversicherung, Ausweis
Asylbewerber	Die formell in der Schweiz um Schutz nachsucht, unabhängig vom zu erwartenden Bescheid; diese Person wünscht als Flüchtling anerkannt zu werden und in den Genuss des damit verbundenen Rechtsschutzes und materiellen Hilfe zu gelangen.	Hat Anrecht auf eine Basisversicherung, den Kantonen ist es jedoch freigestellt, die Wahl des Versicherers und des Leistungserbringers einzuschränken. Ausweis N
Flüchtling	Die in ihrem Herkunftsland oder letzten Aufenthaltsland aufgrund von Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder politischen Überzeugung verfolgt wird oder zu Recht befürchtet, verfolgt zu werden.	Hat in Bezug auf Krankenversicherung Anrecht auf dieselben Bedingungen wie Schweizer Bürger. Ausweis F, N, S, manchmal B
Nichteintretensentscheid (NEE)	Deren Asylgesuch aus formellen Gründen (mangelnde Kooperation, Fehlen gültiger Dokumente etc.) nicht genauer geprüft wird; diese Person muss die Schweiz in der Regel sofort verlassen.	Hat Anrecht auf minimale Notfallhilfe, inbegriffen Zugang zu medizinischer Betreuung. Kein Ausweis
Dublinfall	Deren Asylgesuch grundsätzlich nicht weiter geprüft wird, weil bereits ein früheres Asylgesuch in einem dem Schengenraum angeschlossenen Land hängig oder abgeschlossen ist, dies unabhängig vom Bescheid. Diese Person wird in das entsprechende Land zurückgeschickt.	Hat Anrecht auf minimale Notfallhilfe, inbegriffen Zugang zu medizinischer Betreuung. Kein Ausweis
Person mit negativem Entscheid	Die früher den Status eines Asylbewerbers innehatte und, nach Abschluss des Verfahrens durch das Bundesamt für Migration und Erledigung allfälliger Rekurse bei den zuständigen Bundesbehörden, einen definitiven negativen Bescheid erhalten hat.	Keine Krankenversicherung, kann aber eine solche abschliessen und eine teilweise Prämiensubvention erhalten, ohne Gefahr, angezeigt zu werden. Kein Ausweis oder Ausweis F falls vorläufig aufgenommen aber nicht als Flüchtling anerkannt
Sans-Papiers	Ausländischer Nationalität, die sich illegal in der Schweiz aufhält, sei es nach Ablauf der Gültigkeit eines Touristenvisums oder einer anderen legalen Aufenthaltsgenehmigung, sei es nach Beendigung eines Asylverfahrens mit abschlägigem Entscheid, ohne dass ein weiteres Aufenthaltsgesuch gestellt oder bewilligt wurde, resp. obschon eine Aufenthaltsbewilligung verloren ging.	Keine Krankenversicherung, kann aber eine solche abschliessen und eine teilweise Prämiensubvention erhalten, ohne Gefahr, angezeigt zu werden. Kein Ausweis

Tabelle 2: Rechtlicher Status, Ausweis und soziale Konsequenzen (Versicherung), angepasst nach⁶⁾

Bemerkung: Die Kinderrechtskonvention sieht vor, dass unbegleitete Migrantenkinder Anrecht auf besonderen Schutz haben. Ziel ist es, ihnen die Grundlagen zu vermitteln, um in Sicherheit aufzuwachsen und Zukunftsperspektiven entwickeln zu können, sei es durch Rückkehr in ihr Ursprungsland, sofern dies möglich ist, sei es, indem eine dauerhafte Lösung in der Schweiz (oder einem Drittland) gefunden wird.

1. Einerseits **Migranten mit geringem Gesundheitsrisiko**: Diplomaten, Intellektuelle, Studenten, obere Führungsschicht, liberale Berufe oder Politiker mit ihren Kindern.
2. Die zweite Gruppe besteht aus **Migranten (Familie und Kinder inbegriffen) mit vermehrtem Gesundheitsrisiko**: Arbeiter, Berufsgruppen mit niedrigem Einkommen, Asylsuchende, illegal Eingereiste. Frauen und Kinder stellen an sich «Risikogruppen» dar, die einer entsprechenden Betreuung bedürfen. Die kürzlich aus Syrien und Eritrea eingetroffenen Populationen gehören alle dieser zweiten Gruppe an.

Wir beziehen uns hier im Wesentlichen auf diese zweite, oft in grosser sozialer Unsicherheit lebende Gruppe.

Die **psychische Gesundheit** der Migranten ist im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung fragil^{7), 8)}. Bei Familien mit Kindern widerspiegelt sich dies in vermehrtem Aufsuchen von Schulpsychologen. Will man «Pathologien» bezeichnen, so sind Migrantenkinder scheinbar empfindlicher für sogenannte «funktionelle» Beschwerden (chronische Bauchschmerzen, Enuresis, Thoraxschmerzen, Gefühl der Atemnot, Hyperventilationskrisen, Schlafstörungen, Alpträume usw.) sowie depressive und Angstzustände. Sie sind vor allem durch die im Ursprungsland oder während ihrer Auswanderung erlittenen Traumata gezeichnet (denken wir an das Beispiel der Flüchtlinge aus Syrien oder dem Horn von Afrika). Die so erlebte, und oft innerhalb der Familie nachvollzogene Gewalt, führt bei Kin-

dern und Eltern zu schweren psychischen Störungen. Diese bedingen ihrerseits «Risikoverhalten», die Unfälle begünstigen können. Die Grenze zur «Misshandlung» ist oft schwer zu ziehen, bedarf aber besonderer Aufmerksamkeit. Eine ausführliche kanadische Literaturübersicht³⁾ hebt hervor, dass Kinder aus ethnischen Minderheiten und insbesondere Asylsuchende übermässig als «misshandelt» identifiziert und gemeldet werden (8.7 x bzw. 4 x mehr als einheimische Kinder); die in dieser Literaturübersicht angeprangerten übermässigen Meldungen bei Kinderschutzstellen, die zum Auseinanderbrechen von Familien und des sozialen Gefüges führen und schwere gesundheitliche Folgen für die Kinder haben, finden allerdings in einem von unserem deutlich verschiedenen Umfeld statt. Die dort formulierten Empfehlungen gehen dahin, dass in diesem sehr sensiblen Bereich ein äusserst professionelles Vorgehen und grosse klinische Empathie notwendig sind. Es wird auch die Frage erörtert, inwiefern das rechtzeitige Aufsuchen eines Psychologen zur Früherkennung signifikanter Störungen (vom Typ Posttraumatic Stress Disorder) beitragen kann⁹⁾. Besondere Aufmerksamkeit des Kinderarztes während der ersten Monate ist unbedingt notwendig.

Somatische, bei der Ankunft von Migrantenkindern entdeckte **Pathologien** bestehen im Wesentlichen aus Infektionskrankheiten. Wenn auch nicht ausschliesslich infektionsbedingt, muss in erster Linie die sogenannte «Schoppenkaries» erwähnt werden, die bei beinahe 50% der Migrantenkinder unter 5

Jahren festgestellt wird (gegenüber ca. 20% bei Schweizer Kindern, Daten von Madrid et al.¹¹⁾, bestätigt durch eine kürzlich in Lausanne durchgeführte Studie¹⁰⁾). Sie ist unter den Gesundheitsberufen wenig bekannt und wird ungenügend versorgt.

Je nach Ursprungsland und Migrationsweg können die Kinder an Infektionen leiden, die als «exotisch» betrachtet werden: Hepatitis B (Migrantenkinder sind zum Teil nicht geimpft und stammen aus hoch endemischen Ländern), HIV, Bilharziose, Malaria oder Tuberkulose (erhöhtes Risiko vor allem nach Aufenthalt in einem Gefängnis oder Flüchtlingslager, insbesondere in Afrika). Der Impfstatus gewisser Kinder kann inkomplett sein, obwohl sich die Durchimpfung weltweit – und vor allem in südlichen Ländern – in den letzten zehn Jahren deutlich verbessert hat. Darmparasiten sind häufig; die einen empfehlen systematische Suche, andere, pragmatischer, systematisch zu behandeln.

Frauen können eine Verstümmelung des Genitales erlitten haben, besonders in afrikanischen Ländern (Ostafrika, Ägypten u. a.)¹¹⁾.

Es ist deshalb empfehlenswert, eine «geographische» und «Wahrscheinlichkeitsmedizin» zu praktizieren, um bei Abklärungen möglichst rationell vorzugehen. So wird man angesichts einer Anämie (klinisch oder als Laborbefund) und je nach Herkunft der Familie eine Sichelzellanämie suchen.

Bei Mädchen wurden Störungen hormoneller und bisher ungeklärter Art festgestellt, die in

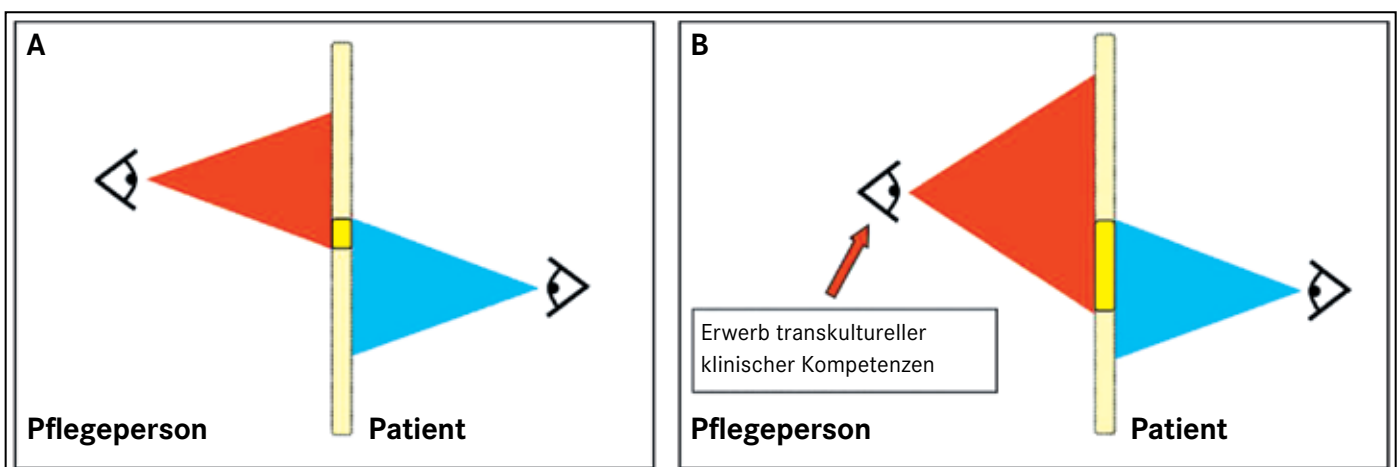


Abbildung 1: Was ist vom Erwerb transkultureller klinischer Kompetenzen zu erwarten?²⁰⁾

A. Schematische Darstellung der Wahrnehmung einer klinischen Situation (in Bezug auf medizinische Kenntnisse, Wahrnehmung der Krankheit, sprachliche Kompetenzen, Erwartungen und Werte). Aus der Sicht von Pflegeperson und Patient.

B. Die Gemeinsamkeiten haben sich Dank besserer transkultureller Kompetenzen des Kliniklers erweitert (bessere medizinische Kenntnisse, Verständnis für die Krankheitsvorstellungen, Hilfe eines Übersetzers, Erkundung der Erwartungen, mehr gemeinsame Werte).

den Monaten nach ihrem Eintreffen in der Schweiz zu verfrühter Pubertät führen¹²⁾. Wesentlich ist eine sorgfältige anthropometrische Überwachung, wie auch eine klare Information der Mutter, die beim geringsten Zeichen beginnender Pubertät den Arzt aufsuchen soll. Es sollte in diesen Fällen unverzüglich eine spezialärztliche Abklärung stattfinden.

Die **Ernährung** ist ein zentrales Gesundheitsthema. Verschiedene Studien weisen insbesondere auf Mangelzustände hin, in erster Linie Eisen und Vitamine (D, A) betreffend. Die beschriebenen Vorgehensweisen variieren: Von beinahe systematischer Bestimmung des Blutspiegels bis beispielsweise Bestimmung nur bei Risikofaktoren UND klinischen Symptomen für Vitamin D¹²⁾. Aus Mangel an Mitteln, an Kenntnis ihres neuen sozialen Umfeldes oder aus Gewohnheit (zu fette Ernährung z.B. der südamerikanischen Bevölkerung), ernähren sich viele Migranten oft

unausgeglichen. Rasch kommt es, deutlich häufiger als bei der einheimischen Bevölkerung, zu Adipositas^{13), 14), 15)}, als Folge schlechter Ernährung und eindeutigen Bewegungsmangel. Sensibilisierungs- und Erziehungsarbeit ist hier wichtig und notwendig; um diese Population auf lokale Nahrungsmittel mit gleichwertigem Nährwert hinzuweisen, erweisen sich transkulturelle Mediatoren als nützlich. Viele Institutionen greifen inzwischen auf anerkannte und zertifizierte transkulturelle Mediatoren zurück; durch den Gedankenaustausch mit den Patienten mit Migrationshintergrund leisten sie präventive Arbeit. Sie spielen ebenfalls eine zentrale Rolle bei der Betreuung chronischer Krankheiten (Asthma, Diabetes, Sichelzellanämie), wo therapeutische Erziehung wesentlich ist. Der **allgemeine Mangel an Prävention**, dem Migranten ausgesetzt sind, ist offensichtlich. Informationslücken zur Sexualgesundheit sind bei Mädchen wie bei Knaben beträchtlich¹⁴⁾. Folge davon sind eine im Pubertätsalter hohe

Prävalenz unerwünschter Schwangerschaften und sexuell übertragener Krankheiten (STD), sowie ein unharmonisches Entdecken des Sexuallebens mit all seinen psychologischen Auswirkungen. Prävention von Zigaretten- und Alkoholkonsum erfordert ebenfalls mehr Beachtung; erwachsene Migranten sind von dieser Seuche noch stärker betroffen als die einheimische Bevölkerung. Aufklärung der jüngsten Generationen ist unbedingt notwendig (siehe z.B. die vom Roten Kreuz zuhanden der Migranten herausgegebene Broschüre).

Schliesslich muss noch darauf hingewiesen werden, dass Migrantenfamilien bei Reisen in ihr Ursprungsland einem nicht vernachlässigbaren Risiko insbesondere von Infektionskrankheiten (z.B. Malaria, Typhus, Hepatitis, STD usw.) ausgesetzt sind. Sie bedürfen deshalb vor der Reise einer «reisemedizinischen» Beratung und nach der Rückkehr, insbesondere bei Fieberzuständen, entsprechende Abklärungen¹⁵⁾.

Beispiele von Grundhaltung, Kenntnissen und Fertigkeiten, die bei Lehrgängen für transkulturelle klinische Kompetenzen erworben werden können

Grundhaltung

Die Verantwortung des Kliniklers erkennen, soziale und kulturelle Aspekte bei der Patientenbetreuung zu identifizieren und zu berücksichtigen

Kenntnisse

Kenntnis soziokultureller Faktoren die gesundheitsbezogene Erwartungen, Glauben und Verhalten beeinflussen

Kenntnis sozialer, ökonomischer und kultureller Schranken, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren und die Compliance beeinträchtigen

Erkennen häufiger Quellen von Missverständnissen zwischen Patient und Klinikler

Erkennen persönlicher verzerrter Vorstellungen und Vorurteile gegenüber Patienten sowie deren Einfluss auf die Betreuung

Spezifische Kenntnisse Migration betreffend (Demographie, Epidemiologie, Gesetze, Ausweise, verfügbare Ressourcen für Patienten mit Migrationshintergrund usw.)

Fähigkeiten

Fähigkeit, effizient mit einem Übersetzer zusammen zu arbeiten

Fähigkeit, soziokulturelle Faktoren zu identifizieren und zu erkunden, die die Betreuung des Patienten beeinflussen können

Fähigkeit, einen Therapieplan vorzuschlagen, der den soziokulturellen Hintergrund des Patienten berücksichtigt, und bei Uneinigkeit über den vorgeschlagenen Therapieplan mit dem Patienten verhandeln können

Tabelle 3: Transkulturelle klinische Kompetenzen, das Wesentliche²⁰⁾.

Soziale Faktoren	Psychologische Faktoren	Medizinische Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende oder ungenügende soziale Sicherheit • Unsichere rechtliche Situation • Integrationsgrad der Eltern im Immigrationsland • Unbegleiteter minderjähriger Asylsuchender (UMA) • Sprachprobleme (Kommunikation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vor Ankunft Gewalt, Folter, ökologischer Katastrophe ausgesetzt • Ausgeprägte Kultur- und Sprachunterschiede 	<ul style="list-style-type: none"> • Inkubation einer «exotischen» Krankheit • Lager-, Gefängnis-, Spitalaufenthalt • Andersartige Essgewohnheiten • Epidemie im Ursprungsland, endemisches Sumpfbereich usw. • Impfkalendar des Ursprungslandes

Tabelle 4: Warnsignale, die bei der Erstkonsultation Behandlungsprioritäten anzeigen, auf Grund sozialer, psychologischer und allgemeinmedizinischen Gegebenheiten.

Ganz allgemein ist die für Migranten bestimmte «Gesundheitsinformation» inadäquat. Bei Migrantenkindern wurde in der Schweiz ein im Vergleich zu einheimischen Kindern höherer Anteil an Spitalaufnahmen und Einweisungen in Intensivabteilungen sowie eine erhöhte Mortalität nachgewiesen²⁾. Eine traurige Tatsache ist auch die höhere Zahl plötzlichen unerklärten Kindestodes bei Säuglingen von Migranten.

Um eine systemische Betreuung zu bevorzugen, müssen zusätzliche Anstrengungen zugunsten der Mütter unternommen werden; sie sind zum Teil krank, leiden an Mangelerscheinungen und sind psychisch fragil. Ihre Schulbildung ist oft minimal oder gar inexistent. Die sich daraus ergebende ungenügende Stimulierung ihrer Kinder führt zu psychomotorischem Entwicklungsrückstand, eine ungenügend untersuchte und deshalb bei Fachleuten und politischen Entscheidungsträgern auch ungenügend bekannte Tatsache. Wenn diese Mütter in der Schweiz gebären, muss die gesamte Säuglingspflege thematisiert werden: Schlaf-, Ernährungs- und Pflegegewohnheiten erstaunen oft und müssen hinterfragt werden. Gezielte Vorsorge ist auch hier gefragt. Und nicht zuletzt haben auch der Migrationsweg und die oft prekäre Gesundheit der Väter Auswirkungen auf die «Gesundheit» der Familie.

Hindernisse beim Zugang zu medizinischer Betreuung

1. Schwierigkeiten im Kontakt zwischen Gesundheitsberufen und Migranten

Es ist für im Gesundheitswesen Tätige keine einfache Aufgabe, sich einem Patienten mit Migrationshintergrund gegenüber zu sehen, der zudem mit dem schweizerischen Gesundheitswesen nicht vertraut ist. Eine kürzlich erschienene Arbeit¹⁶⁾ hat dies klar aufgezeigt, wobei namentlich drei Schwierigkeiten erwähnt werden: **Sprachliche Probleme, unterschiedliche Bezugsmodelle** von Arzt und Patient und das **spezifische Profil des Patienten**. Medizinische Fachleute können nicht alleine auf alle Probleme eine Antwort haben! Viel zu viele Kontakte zwischen Patient und Arzt finden in gegenseitigem Unverständnis statt¹⁷⁾. Um diesem Sachverhalt abzuhelpen, können transkulturelle Mediatoren in Anspruch genommen werden. Aus verschiedenen Gründen wird diese Möglichkeit nur selten genutzt: Mangel an Initiative seitens des Arztes («Zeitverlust», «kompliziert»), Probleme bei der Kostenvergütung der Übersetzer/Mediatoren und seltener die Weigerung des Patienten. *«Der Patient verweigert den Zuzug eines Übersetzers, da er befürchtet, es könnte jemand aus seiner Gemeinschaft sein, und da es sich um eine tabubehaftete Krankheit handelt, will er nicht, dass jemand aus der Ge-*

meinschaft die Diagnose erfährt.»¹⁶⁾ Ein Familienmitglied dient dann als Übersetzer, was die Erörterung gewisser Themen, wie Familiendynamik, Fragen zur sexuellen Gesundheit, aber auch zur Krankheit ganz allgemein, insbesondere bei psychischen Krankheiten, unnötigerweise kompliziert. Dabei wurde der Nutzen ausgebildeter transkultureller Mediatoren klar nachgewiesen (Qualität, Wirtschaftlichkeit, Relevanz usw.)^{18), 19)}.

Zu den sprachlichen Schwierigkeiten gesellt sich das kulturelle Umfeld. Die Diskrepanz zwischen dem schweizerischen und dem System des Ursprungslandes ist oft krass, sei es die Gesundheitspolitik oder den sozialen Bereich betreffend. Es ist deshalb notwendig, «transkulturelle klinische Kompetenz»²⁰⁾ zu erwerben, ein Ganzes bestehend aus persönlicher Haltung, Kenntnissen und Fachwissen, die es der Fachperson erlauben, Patienten verschiedenster Herkunft eine qualitativ hochstehende Betreuung zu bieten. *Tabelle 3* beschreibt, was beherrscht werden sollte und *Abbildung 1* schematisch den zu erwartenden Gewinn; gezielte Ausbildungsangebote sind verfügbar.

2. Patienten mit Migrationshintergrund und Gesundheitssystem

Die 2010 vom Bund durchgeführte Erhebung ergab, dass Migranten (Kinder wurden in dieser Arbeit nicht spezifisch berücksichtigt)

Infektiös	Ernährungsbedingt	Psychische Gesundheit, posttraumatischer Stress	Allgemeine Integrationsprobleme	Beobachtete Gesundheitsprobleme
Parasiten des Verdauungstraktes	Mangel-Anämien (Eisen)	Erlebte systematische Demütigungen	Prävention von Drogen-, Alkohol-, Tabakmissbrauch	Schwierigkeiten, das genaue Alter des Kindes zu erfahren
Hepatitis B	Malnutrition	Kriegs- oder Gewalt-erlebnisse	Sexuell übertragene Krankheiten	Zahnprobleme («Schoppenkaries»)
Malaria (bei Fieber)	Adipositas	Auseinanderbrechen der Familie		Entwicklungsrückstand
Tuberkulose	Rachitis*			Vorzeitige Pubertät
HIV				Gehör- und Sehprobleme
Dermatologisch: • Skabies • Leishmaniose • Pilze				Gesundheitliche Probleme, die dazu führten, in die Schweiz zu kommen: (Kardiopathie, Zerebralparese usw.)

Tabelle 5: Gängigste Gesundheitsprobleme bei Migrantenkindern («daran denken»)

Anmerkung: *Vit.-D-Mangel-verdächtige Zeichen und Symptome:

- Säuglinge: Krämpfe, Tetanie, Kardiomyopathie
- Kinder: Schmerzen, Myopathie, zu verzögertem Gehen lernen führend, klinische Rachitis
- Jugendliche: Schmerzen, Muskelschwäche, klinische sowie radiologische (z. B. im Zusammenhang mit einer Fraktur entdeckte) Zeichen von Rachitis oder Osteomalazie

Gesundheitsdienste, und insbesondere Notfalldienste, häufiger in Anspruch nehmen als die einheimische Bevölkerung⁷). Fehlendes Vertrauen und/oder Informationslücken zur Funktionsweise des schweizerischen Gesundheitssystems sind eine häufige Ursache; im Weiteren die Sprachgrenze, da Ärzte in der Praxis meist keine Übersetzer zur Verfügung haben.

Manchmal, insbesondere bei bestimmten medizinischen Situationen (posttraumatisches Stresssyndrom, sexuell übertragene Krankheiten, HIV usw.), nimmt der Patient eine «defensive» Haltung ein, und die medizinische Fachperson muss lernen, sie zu entschlüsseln. Die therapeutische Allianz Patient/Gesundheitsberuf hängt direkt davon ab. Es können folgende Ursachen aufgeführt werden:

1. Ungenügende Kenntnisse und Informationen zum Gesundheitssystem und Bezugnahme auf das meist sehr verschiedene System im Herkunftsland.
2. Fehlendes Vertrauen in das Gesundheitssystem, oft auf Grund vorangehender schmerzlicher Erfahrungen.
3. Finanzielle Schwierigkeiten.
4. Druck durch Arbeitgeber.
5. Furcht vor Anzeige.
6. Fehlende Gesundheitserziehung.
7. Persönliches Krankheitsverständnis, das sich von dem in der Schweiz allgemein bekannten und anerkannten unterscheidet.

Empfehlungen für die Erstkonsultation (erster Kontakt des Migranten mit dem Gesundheitswesen)

I. Die 4 folgenden Punkte umreissen die Prioritäten:

1. Wichtigste soziale, psychologische und medizinische Fakten im Auge behalten (Tabelle 4).
2. Häufigste Gesundheitsprobleme von Kindern mit Migrationshintergrund erfassen (Tabelle 5); man muss danach suchen (anamnestisch und/oder durch klinische Untersuchung). Sinnvoll ist ein altersabhängiger Ansatz (Tabelle 6).
3. Eine sachbezogene Erstabklärung anbieten (Tabelle 7).
4. Eine folgerichtige Nachbetreuung von Kind und Familie vorschlagen.

II. Kommt ein Kind, manchmal eine Familie mit mehreren Kindern, in die Sprechstunde, muss rasch festgestellt werden, ob:

1. Das Kind oder ein Familienmitglied ein Gesundheitsrisiko für die Gemeinschaft darstellt (selten, aber da an der Grenze keine medizinische Untersuchung mehr stattfindet, müssen Tuberkulose, Epidemien im Ursprungsland – Ebola 2014–2015, klinische Masern usw. in Betracht gezogen werden).
2. Das Kind an einem Gesundheitsproblem leidet, das unmittelbare Massnahmen erfordert, **ohne** jegliche Rücksicht auf seinen rechtlichen Status! An sog. importierte Krankheiten und an die Inkubationszeit gewisser Krankheiten denken¹⁵.
3. Beim Kind eindeutige psychische Gesundheitsprobleme oder psychosoziale Risikosituationen bestehen, die unmittelbare Schutz- und Betreuungsmassnahmen erfordern. Wir denken dabei insbesondere an UMA.

Die erwähnten Situationen beeinflussen den «Betreuungskalender» (Tabelle 4), da sie prioritär in Angriff genommen werden müssen (Spitaleinweisung, «Isolierung» von Kind und/oder Familie usw.).

III. In den allermeisten Fällen ist das Kind mit Migrationshintergrund, unabhängig von seinem Alter, allem Anschein nach bei guter Gesundheit. Ziel der Erstkonsultation ist es dann:

1. Durch Anamnese und klinische Untersuchung, in Gegenwart der Familie und eines ausgebildeten transkulturellen Mediators (insbesondere wenn die Verständigung erschwert ist), ein **Vertrauensverhältnis herstellen**. Eine Blutentnahme ist nicht unmittelbar notwendig.
2. Bei der **gezielten vollständigen klinischen Untersuchung** auf die vorrangigen Punkte achten (sich vor jeder Erstkonsultation Tabellen 2 und 4 vergegenwärtigen)
3. **Initiale Abklärungen** festlegen und **erklären!** Solche Abklärungen können als eingreifend und stigmatisierend erlebt werden (Suche nach HIV, Sichelzellanämie, Hepatitis B, oder nur schon das «Blut nehmen» an und für sich).
4. **Nachkontrollen planen:**
 - Falls Mantoux-Test: Beurteilung nach 48–72 Stunden
 - Blutentnahme nach einige Wochen und Resultate erklären
 - Detaillierte Beurteilung der **psychomotorischen Entwicklung**; präzise Wachstumskontrollen
 - Detaillierte Untersuchung der **Sinnesorgane**, insbesondere der Sehschärfe (u. U. Zuweisung an Spezialarzt)
 - **Zahnärztliche Untersuchung** (beim geringsten Zweifel durch Zahnarzt)
 - Beurteilung der **psychischen Gesundheit** von Kind und Familie im Hinblick auf eine eventuelle spezialärztliche Betreuung. Psychosomatische Beschwerden sind sehr häufig und sollen nicht unbedingt medikamentös angegangen wer-

Neugeborenes	Kind im Vorschulalter	Kind im Schulalter und Jugendliche
<ul style="list-style-type: none"> • Durch Mutter übertragene Infektion (HBs, HIV, Syphilis) • Chagas wenn Ursprungsland in Lateinamerika (v.a. Bolivien) • Anthropometrische Daten 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Zeichen von Unter- und Mangelernährung (Haare, Nägel, Haut, Augen) sowie einer Rachitis • Zahnuntersuchung (Milch- und Dauerzähne) • Leber- und/oder Milzvergrösserung • Anämie (Handflächen, Konjunktiven) • Ikterus • BCG-Narbe • Anthropometrische Daten 	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeschäden eines akuten rheumatischen Fiebers (Herzgeräusch) • Zeichen einer Tuberkuloseinfektion (chronischer Husten, Gewichtsverlust) • Hepato-/Splenomegalie • Psychosomatische Krankheitszeichen • Psychiatrische Krankheitszeichen, Risikoverhalten («Strassenkind», Drogen-, Alkoholkonsum usw.) • Schulbildung des Kindes im Ursprungsland erfragen • Anthropometrische Daten • Pubertätsstadien

Tabelle 6: Anamnestische und klinische Orientierungshilfen, nach Altersklassen.

- den (insbesondere chronische Bauchschmerzen, Enuresis)
 - Nach einigen Monaten **schulische und soziale Integration** von Kind(ern) und Familie evaluieren
 - Gewisse Nachkontrollen können (durch für diese Probleme sensibilisiertes Pra-x-ispersonal) zusammengefasst werden; es vereinfacht das Leben der Migrantenfamilien und medizinischen Strukturen), z. B.:
 - Untersuchung von psychomotorischer Entwicklung und Sehschärfe/Gehör
 - Zahnärztliche Kontrolle
 - Soziale/Vorbeugekonsultation – z. B. Beraterin für Sexualgesundheit
5. Sich vergewissern, dass **Informationen** (wenn nötig mittels schriftlicher und übersetzter Dokumente) **zum Gesundheitssystem** und zum Verhalten bei Gesundheitsproblemen (Telefonnummern, Notfalldienste usw.), selbst bei geläufigen Problemen (Fieber, Unfälle und Verletzungen usw.), abgegeben wurden. Pflegefachleute, Sozialarbeiter oder transkulturelle Mediatoren können diese Informationen ergänzen. Die Rollen aller Beteiligten sollen sich ergänzen und aufeinander abgestimmt werden. Jede Region verfügt über ihre eigenen Dienststellen, die man kennen und aktiv vorschlagen soll. Internet-Angaben sind unerschöpflich, bedürfen aber einer «Auslese»!

6. Gesundheitsheft ausfüllen, unter spezieller Berücksichtigung der anthropometrischen Angaben (Gewicht, Länge, BMI, Pubertätsentwicklung, Zähne).

Zuweisung an einen pädiatrischen Spezialarzt ist oft notwendig. Koordination und Steuerung durch den Haus- oder Kinderarzt ist wesentlich. UMA werden je nachdem durch einen Kinderarzt oder Hausarzt betreut. Die Spezialsprechstunde für Adoleszenten kann hilfreich sein, ist aber nicht unumgänglich.

Informationsaustausch, gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Allgemein- und Spezialärzten, Beteiligung an Netzwerken, immer in Gegenwart von transkulturellen Mediatoren, soll eine von allen respektierte Arbeitsregel sein. Da Informationen die Gesundheit betreffend manchmal an politische Instanzen weitergegeben werden müssen, soll der Grundversorger deren vorrangiger Ansprechpartner sein, unter absoluter Beachtung der ärztlichen Vertraulichkeitspflicht.

Schlussfolgerung

Wir haben versucht, eine Standortbestimmung zur Gesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund in der Schweiz vorzunehmen und allgemeine Empfehlungen zur Betreuung

dieser Kinder und ihrer Familien zu machen. Zwei wichtige Tatsachen müssen in Erinnerung behalten werden: Erstens neigt der Gesundheitszustand von Migrantenkindern dazu, sich zu verschlechtern, nachdem sie und die Familie sich in der Schweiz niedergelassen haben. Eine bessere Integration in das schweizerische Gesundheitssystem ist deshalb vorrangig. Es geht nicht darum, Migranten dazu anzuhalten, vermehrt den Arzt aufzusuchen, sondern vielmehr darum, eine bessere «Gesundheitserziehung» anzubieten und ein «besseres» Benützen der ärztlichen Sprechstunde zu erreichen.

Zweitens, will man dieses Ziel erreichen, ist ebenso klar, dass die ärztliche Kompetenz verstärkt und Good-Practice-Empfehlungen zuhanden aller Gesundheitsfachleute erlassen werden müssen²¹. Der Arzt kann sich nicht alleine einer derartigen Herausforderung stellen. Es handelt sich um eine Gesundheitspolitische Aufgabe im vornehmsten Sinne.

Unsere heutige globalisierte Lebensweise verschafft uns die Möglichkeit, mit fremden Kulturen in Berührung zu kommen, was aber noch lange nicht bedeutet, dass wir sie auch kennen. Wir müssen uns deshalb an Fachleute dieser Sparte wenden, Ausbildungsgänge für «transkulturelle klinische Experten» und

Klinisch gesundes Kind	Klinisch krankes Kind
<p>1. Arztbesuch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese und detaillierte klinische Untersuchung • Ausschluss von Problemen, die unmittelbare Schutzmassnahmen oder Isolierung erfordern • Synthese, Erklärung, Kalender der Nachkontrollen <p>Einige Tage später (Tag 1):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantoux-Test, falls indiziert • Impfungen ergänzen, je nach Alter, Vorgeschichte, Herkunftsland usw. • Behandlung oder Suche nach Parasiten, falls indiziert <p>Tag 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantoux-Test ablesen <p>Nach 4–6 Wochen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BB, Ferritin, Serologien (Tetanus, Hepatitis B, weitere je nach geographischer Herkunft des Kindes und anamnestischen Umständen (HIV, Hepatitis, Vit. D, Hämoglobinopathien) ...) <p>Nach 8 Wochen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von Entwicklung, Gehör, Sehschärfe usw. ergänzen • Resultate der Blutentnahme besprechen • Impfungen in Funktion der «Impfantwort» ergänzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorgsam nach schweren und relativ häufig importierten Pathologien suchen, je nach geographischer Herkunft des Kindes, z. B.: • Aus endemischem Sumpfgebiet stammend: Bei Fieber, aktuell festgestellt oder anamnestisch, Malaria ausschliessen (Schnelltest und Blutaussstrich) • Bei Fieber und je nach Kontext und geographischer Herkunft auch: <ul style="list-style-type: none"> • Typhus • Dengue • Meningokokkenmeningitis • Amoebiasis • Hepatitis • Bei chronischem Husten und schlechtem Allgemeinzustand Lungentuberkulose ausschliessen • Nachkontrollen und weitere Abklärungen planen (siehe klinisch gesundes Kind).

Tabelle 7: Vorgeschlagene Erstabklärung eines (kranken oder gesunden) Kindes: Unverbindlicher Kalender.

Für das Screening von Infektionskrankheiten siehe den Artikel «Anleitung zur Abklärung und Vorbeugung von Infektionskrankheiten und Aktualisierung der Impfungen bei asymptomatischen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Schweiz» in der vorliegenden Spezialausgabe von Paediatrica.

Forschungsprogramme in diesem Gebiet erarbeiten. Für einen einfühlsamen, wohlwollenden und aufmerksamen Empfang hingegen ist ein jeder persönlich verantwortlich.

Nützliche Internet-Links

www.elearning-iq.ch

Durch das BAG angebotene online Fortbildung.

www.migesplus.ch

Informationen für Ärztinnen und Ärzte zu Migration und Gesundheit (Portal des Schweizerischen Roten Kreuzes).

Referenzen

- 1) Ofri D. Tornement. N Engl J Med 2004; 350: 2227.
- 2) Jaeger FN and coll. The Health of migrant children in Switzerland Int J Public Health (2012) 57: 659–71.
- 3) Pottie K and coauthors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. CMAJ 2011. DOI:10.1503/cmaj.090313.
- 4) Barrozino T and Hui C editors. Caring for Kids New to Canada/Les soins aux enfants neo-canadiens. 1st ed. Canadian Paediatric Society; 2013. Available from: www.enfantsneocanadiens.ca et www.kidsnewtocanada.ca.
- 5) Guerreiro AIF and coauthors. Ensuring the Right of Migrant Children to Health Care: the Response of Hospitals and Health Services. City International Organisation for Migration (IOM) Regional Liaison and Coordination Office to the European region; 2006.
- 6) Althaus F, Paroz S, Renteria S-C, Rossi I, Gehri M, Bodenmann P. La santé des étrangers en Suisse: Les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire? Forum Med Suisse 2010; 10(4); 59.
- 7) Office fédéral de la Santé Publique (OFSP), Santé des migrantes et des migrants en Suisse: Principaux résultats du deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse, 2010.
- 8) Gabadinho A, Wanner P, Dahinden J. La santé des populations migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM, Swiss forum for migration and population studies, 2007.
- 9) Peltonen K, Palosaari E. Preventive interventions among children exposed to trauma of armed conflict: a literature review. Aggressive behavior 2010 vol 36: 95–116.
- 10) Jaeger F, Hohlfeld P. Comment agir concrètement contre l'excision des filles en Suisse. Forum Med Suisse 2009; 9: 433–39.
- 11) Madrid C et coll. Carie du biberon : un caillou dans la chaussure de la santé. RMS 2012; 8: 764–8.
- 12) Virdis R et coll. Precocious puberty in girls adopted from developing countries. Arch Dis Child 1998; 78: 152–4.
- 13) www.gov.uk/government/publications/vitamin-d-advice-on-supplements-for-at-risk-groups
www.healthystart.nhs.uk <http://bpabg.co.uk/position-statements/vitamin-d-and-fractures>.
- 14) Depallens SD, Puelma MJ, Krähenbühl JD, Gehri M. The health status of children without resident permit consulting the Children's Hospital of Lausanne. Swiss Med Wkly 2010 Jul 15; 140: 13048.
- 15) Thomas G. Fox, John J. Manaloor, John C. Christenson. Travel-Related Infections in Children. Pediatr Clin N Am 60 (2013) 507–27.
- 16) M. F. Spigariol, Précarité dans un service d'urgence: utilité d'un outil de dépistage, travail de master 2011, UNIL-CHUV.
- 17) Miauton A. Formation postgraduée en compétences cliniques transculturelles: Intégration d'une perspective transculturelle au sein de l'enseignement de 4 spécialités médicales, Mémoire de Maîtrise en médecine, 2013, UNIL-CHUV.
- 18) Léanza YR. Exercer la pédiatrie en contexte multiculturel. Georg ed, 2011.
- 19) Office fédéral de la Santé Publique (OFSP). Des ponts linguistiques pour mieux guérir: L'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse, 2011.
- 20) Althaus F, Hudelson P, Domenig D, Green AD, Bodenmann P. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale : Quels besoins, quels outils, quel impact? Forum Med Suisse 2010; 10 (5): 79.
- 21) Jaeger F N, Kiss L, Hossain M, Zimmerman C. Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective-improving hospital care for migrant children. BMC Health Services Research 2013; 13: 389.

Dank

Pierre-Alex Crisinel, Sharon Ratnam, S. Mustapha Mazouni sei für ihre konstruktiven Beiträge herzlich gedankt.

Korrespondenzadresse

Dr Mario Gehri, PD
Médecin- chef
Hôpital de l'Enfance de Lausanne
CHUV
Ch. de Montétan 14
1000 Lausanne 7
Mario.Gehri@chuv.ch

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Leitlinie zur Abklärung und Vorbeugung von Infektionskrankheiten und Aktualisierung des Impfschutzes bei asymptomatischen asylsuchenden Kindern und Jugendlichen in der Schweiz

Sara Bernhard^{a)}, Michael Büttcher^{b)}, Ulrich Heininger^{c)}, Sharon Ratnam^{d)}, Christa Relly^{e)}, Johannes Trück^{f)}, Noémie Wagner^{g)}, Franziska Zucol^{h)}, Christoph Berger^{e)}, Nicole Ritz^{e),1)}
Im Auftrag der Paediatric Infectious Disease Group in Switzerland (PIGS).

Übersetzung: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Einführung

Weltweit wird die Anzahl Flüchtlinge auf 60 Millionen geschätzt, davon sind die Hälfte Kinder und Jugendliche. Gesamthaft nimmt die Zahl Flüchtlinge stetig zu und in der Schweiz wurde 2014 über 28000 Personen provisorisch Asyl gewährt, darunter 66% ≤ 7-jährige Kinder; diese Zahl wird für 2015 signifikant höher sein. Flüchtlinge im Kindes- oder Adoleszentenalter in der Schweiz stammen aus den verschiedensten Ländern, 2014 am häufigsten aus Eritrea, Somalia, Sri Lanka, Syrien und Afghanistan. Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, die als Flüchtlinge zu uns gelangen, kann bei ihrer Ankunft als Folge fehlender Gesundheitsversorgung im Herkunftsland, Unterernährung, Gewalt und schwierigen Lebensbedingungen während ihrer Flucht beeinträchtigt sein. Es besteht ein erhöhtes Risiko für Infektionskrankheiten und andere körperliche oder psychische Krankheiten^{1), 2)}. Bei ihrer Ankunft in der Schweiz belasten beschränktes Beherrschen der Sprache, ungenügende Kenntnisse des lokalen Gesundheitssystems sowie das

Fehlen von Dokumenten wie Impfzeugnisse die Gesundheit von Migranten zusätzlich. Dazu kommt, dass Asylsuchende oft in überfüllten und häufig wechselnden Unterkünften leben.

Nach ihrer Ankunft in der Schweiz ersuchen die Flüchtlinge um Asyl und werden in Empfangs- und Verfahrenszentren (EVZ) aufgenommen und als Asylbewerber eingestuft (Ausweis N). Ihr Asylgesuch wird innerhalb einiger Wochen bis Monate geprüft, und sie werden entweder provisorisch aufgenommen (Ausweis F) oder als Flüchtling (Ausweis B) anerkannt oder zurückgewiesen. Jede Person, Kinder inbegriffen, die in der Schweiz Asyl beantragt, wird auf ihre Gesundheit untersucht und erhält während dem Aufenthalt im EVZ Gesundheitsinformationen³⁾. Die Untersuchung erfolgt durch eine Pflegefachperson, mittels eines mit Piktogrammen versehenen, gesprochenen und geschriebenen Fragebogens, welcher hauptsächlich Zeichen und Symptome einer Tuberkuloseinfektion (TB) enthält (<http://www.tb-screen.ch>). Ein integriertes Punktesystem, welches auch das Ursprungsland des Flüchtlings berücksichtigt, hilft zu entscheiden, ob weitere Abklärungen für eine mögliche TB-Krankheit notwendig sind. Bei Verdacht auf eine TB- oder andere akute Krankheit, die einer Betreuung bedarf, wird der Asylbewerber dem für das EVZ verantwortlichen Arzt zugewiesen. Der Fragebogen enthält ein Item «Allgemeiner Gesundheitszustand», den die Pflegefachperson als «gut» oder «schlecht» einstuft, was ebenfalls zur Überweisung führen kann. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) empfiehlt derzeit Impfungen für Flüchtlinge während ihrem Aufenthalt im EVZ nur bei Kindern < 5 Jahren (für weitere Details siehe im nachfolgenden Kapitel Impfungen).

Die Schweiz hat – wie die meisten Länder der Welt – die UN-Kinderrechtskonvention von 1997 unterschrieben⁴⁾. Diese Konvention und deren Ratifizierung durch die Schweiz verpflichtet, das Recht des Kindes auf den bestmöglichen Gesundheitszustand und den Zugang zu ärztlicher Betreuung zu anerkennen. Zudem sollte jedes Kind, das um den Flüchtlingsstatus nachsucht oder als Flüchtling anerkannt wird, angemessenen Schutz und humanitäre Hilfeleistung erhalten.

Die nachfolgenden Empfehlungen verstehen sich für einen Gesundheits-checkup von gesund wirkenden/asymptomatischen Kindern und Jugendlichen ≤ 18 Jahren, die kürzlich in der Schweiz Asyl beantragt haben. Die Umsetzung dieser Empfehlungen sollte idealerweise bei der Erstuntersuchung durch eine Person des Gesundheitswesens erfolgen, möglichst innerhalb Wochen oder weniger Monate nach der Ankunft in der Schweiz. Kinder und Jugendliche mit Zeichen und Symptomen einer Krankheit sind nicht der Fokus dieser Empfehlungen und sollten gemäss der klinischen Diagnose betreut werden. Empfehlungen zu allgemeinen Gesundheitsfragen von asylsuchenden Kindern und Jugendlichen sind nicht Gegenstand dieses Beitrages und werden in einem separaten Artikel dieser Ausgabe behandelt. Unser Ziel ist es, dem Gesundheitsdienstleister eine Leitlinie für Routineabklärungen von Infektionskrankheiten und Aktualisierung der Impfungen bei Asylbewerbern anzubieten. Wir machen ebenfalls Vorschläge zur Rolle und Zusammenarbeit der Grundversorger und der pädiatrischen Infektiologen.

Entstehungsgeschichte der Empfehlungen

Im Juni 2014 wurde eine Arbeitsgruppe bestehend aus Mitgliedern der Paediatric Infectious Disease Group in Switzerland (www.pigs.ch) gebildet. Es wurde eine Prioritätenliste infektiöser Krankheiten erstellt. Die Verantwortung je eines Kapitels wurde neun verschiedenen Mitgliedern der Gruppe zugeteilt. Die ersten Entwürfe der verschiedenen Kapitel wurden im Mai 2015 besprochen. Der zweite Entwurf wurde im Juni 2015 Vertretern der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, dem Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut und dem Bundesamt für Gesundheit unterbreitet und gutgeheissen. Die dritte und endgültige Fassung wurde durch alle Ko-autoren im November 2015 durchgesehen.

- Klinik für Kinder und Jugendliche, Pädiatrische Infektiologie, Kantonsspital Aarau
- Stadtpital Triemli, Kinderklinik, Pädiatrische Infektiologie, Zürich
- Universitäts-Kinderspital beider Basel, Abteilung für pädiatrische Infektiologie, Basel
- Département médico-chirurgical de pédiatrie, Hôpital Universitaire (CHUV), Lausanne
- Abteilung für Infektiologie und Spitalhygiene, Universitäts-Kinderspital, Zürich
- Pädiatrische Immunologie, Universitäts-Kinderkliniken, Zürich
- Unité d'infectiologie pédiatrique, Département de pédiatrie, Hôpital Universitaire Genève
- Kinderklinik, pädiatrische Infektiologie, Kantonsspital Winterthur
- Universitäts-Kinderspital beider Basel, pädiatrische Pharmakologie, Universität Basel

Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und Infektiologen

Eine Anzahl diagnostischer Schritte kann und soll durch den Kinderarzt in der Praxis durchgeführt werden. Eine enge Zusammenarbeit mit spezialisierten Abteilungen ist immer wünschenswert, wenn der Grundversorger denkt, aus einer diesbezüglichen Beratung Nutzen ziehen zu können. Bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund besteht die Möglichkeit schwerer oder komplexer, in der Schweiz nicht üblicher Infektionen

oder chronischer Krankheiten, die das Beiziehen eines Spezialarztes rechtfertigen. Die von uns vorgeschlagene Vorgehensweise für eine gemeinsame Betreuung von Infektionskrankheiten von asylsuchenden Kindern und Jugendlichen ist in *Tabelle 1* zusammengestellt. Weitere Details zu spezifischen Kriterien für die Überweisung an einen Infektiologen (die weibliche Form ist immer mit gemeint) werden weiter unten besprochen.

Anamnese

Das Erfragen der Anamnese ist bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen eine Herausforderung. Wenn immer möglich, sollte ein unabhängiger Übersetzer (d. h. nicht ein Familienmitglied oder Freund) beigezogen werden. Übersetzer und Familie müssen informiert werden, dass alle diskutierten Informationen vertraulich behandelt werden. Fragen sollen kurz und einfach sein. Es sollten folgende für Infektionskrankheiten und Impfstatus relevanten Informationen erhalten werden:

Massnahmen durch Grundversorger	Massnahmen durch pädiatrische Infektiologen
<ul style="list-style-type: none"> • Unmittelbare Diagnostik und Behandlung kranker Kinder, Zuweisung bei schweren, ungewohnten oder chronischen Infektionskrankheiten • Abklärung behandelbarer und/oder ansteckender Infektionskrankheiten bei gesund wirkenden/asymptomatischen Kindern • Behandlung gängiger Infektionskrankheiten (z. B. parasitäre Krankheiten) • Nachholimpfungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung der diagnostischen Abklärungen bei frisch diagnostizierten Infektionskrankheiten • Behandlung schwerer, komplexer und chronischer Infektionskrankheiten • Beratung der Grundversorger bezüglich Nachkontrollen und Impfungen

Tabelle 1: Vorschläge für eine Zusammenarbeit bei Abklärung und Betreuung von asylsuchenden Kindern und Jugendlichen

Alter ¹	Basisimpfungen (Intervalle in Monaten ab 0)				DTP _a /dTp _a Nachholimpfung (Alter, als Routineimpfprogramm)		
	0	1	2	8	4–7 Jahre	11–15 Jahre	25 Jahre
6–11 Mte. ^{2,3}	DTP _a -IPV-Hib-HBV	DTP _a -IPV-Hib-HBV ⁴		DTP _a -IPV-Hib-HBV	DTP _a -IPV	dTp _a -IPV	dTp _a
12 Mte.–3 Jahre ^{2,3}	DTP _a -IPV-Hib-HBV MMR ⁵		DTP _a -IPV-Hib-HBV MMR ⁵	DTP _a -IPV HBV	DTP _a -IPV	dTp _a -IPV	dTp _a
4–7 Jahre ^{2,3}	DTP _a -IPV-Hib-HBV MMR ⁵		DTP _a -IPV MMR ⁵ HBV	DTP _a -IPV HBV		dTp _a -IPV	dTp _a
8–10 Jahre ^{6,7}	dTp _a -IPV MMR ⁵ HBV		dTp _a -IPV MMR ⁵ HBV	dT-IPV HBV		dTp _a -IPV	dTp _a
11–15 Jahre	dTp _a -IPV MMR + VZV ⁸ HBV ⁹		dT-IPV MMR ⁵ + VZV	dT-IPV HBV ⁹			dTp _a
≥ 16 Jahre	dTp _a -IPV MMR ⁵ + VZV		dT-IPV MMR ⁵ + VZV	dT-IPV			dTp _a
HPV ¹⁰	11–14-jährige Mädchen 15–19-jährige Jugendliche		2 Dosen M. 0, 4–6 3 Dosen M. 0, 1–2, 6				

Tabelle 2: Impfprogramm für bisher ungeimpfte Kinder und Jugendliche

¹ Zur Präzisierung der Altersgruppen, bedeutet z. B. 4–7 Jahre vom 4. Geburtstag bis zum Tag vor dem 8. Geburtstag
² Bei Säuglingen und Kindern bis 7 Jahre können eine oder mehr Hepatitis B-Impfungen mit einem hexavalenten Impfstoff verabreicht werden
³ In dieser Altersgruppe können Kinder gegen Hepatitis B nach einem 3-Dosen-Schema mit einem hexavalenten (M 0, 2, 8) oder monovalenten Impfstoff (Mt. 0, 1, 6) geimpft werden
⁴ Intervall von 1 Mt. für schnelle Immunisierung
⁵ Zwei Dosen MMR-Impfstoff werden üblicherweise getrennt im Abstand von 2 Monaten verabreicht, oder einem Intervall von mindestens 1 Mt zwischen den Dosen. Idealerweise soll die Impfung vor dem Alter von 2 Jahren erfolgen, kann aber in jedem Alter stattfinden
⁶ Aufgrund potentiell schwerer Lokalreaktionen, wird bei Kindern über 8 Jahren oder mehr ein Impfstoff mit reduzierter Dosis Diphterietoxoid (d) und Pertussis (pa) verwendet
⁷ Für unvollständig gegen Diphterie und Tetanus geimpfte Kinder, die keine Pertussis-Impfung erhalten haben, siehe Tabelle 3
⁸ Impfung gegen Varizellen wird für 11–15-jährige Kinder ohne anamnestische Varizellen und eine Nachholimpfung wird für Jugendliche und Erwachsene < 40 Jahren ohne anamnestische Varizellen empfohlen
⁹ Für diese Altersgruppe ist ein 2-Dosen Impfschema (4–6 Mte. Abstand) möglich, jedoch nur mit HBV-Impfstoffen, die für dieses Impfschema zugelassen wurden
¹⁰ Diese Impfung wird für 11–14-jährige Mädchen empfohlen und wird in 2 Dosen verabreicht. Ungeimpfte 15–19-jährige Jugendliche sollten nach einem 3-Dosen-Schema geimpft werden

- Herkunftsland, Fluchtweg und -dauer, Ankunftsdatum in der Schweiz, Aufenthaltsausweis.
- Frühere Spitalaufnahmen oder Behandlungen: Im Ursprungsland, während der Flucht, nach Ankunft in der Schweiz.
- Erlittene körperliche Misshandlung.
- Aktuelle Symptome, z. B. Durchfall, Erbrechen, Husten, (rezidivierendes) Fieber.
- Impfungen im Ursprungsland, während der Flucht, nach Ankunft in der Schweiz. Impfzeugnisse von Ursprungsland oder Schweiz.
- Anamnese von Familienmitgliedern die an TB, HIV oder einer anderen Krankheit leiden oder verstarben.

Impfungen

Empfohlene Impfungen variieren stark von Land zu Land. Spezifische landesbezogene Empfehlungen können auf der WHO-Webseite http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules eingesehen werden, und als Orientierung bezüglich in den verschiedenen Ländern routinemässig verabreichten Impfungen dienen⁵⁾. Wenn kein Impfzeugnis vorhanden ist, sollte jedoch nicht generell angenommen werden, dass die empfohlenen Impfungen auch tatsächlich durchgeführt wurden. Unglücklicherweise besitzen asylsuchende Kinder und Jugendliche oft kein Impfausweis und die Angaben zu

den erhaltenen Impfungen sind unzuverlässig. Seit Dezember 2013 besteht die Empfehlung, dass im EVZ aufgenommene Kinder < 5 Jahren gegen Polio geimpft werden, sofern sie nicht zuvor den schweizerischen Empfehlungen gemäss geimpft wurden (persönliche Mitteilung V. Masserey, 16.11.2015). Der Grund dafür ist das Wiederauftauchen von Poliomyelitis im Mittleren Osten mit dem Risiko, dass asymptomatische Träger bei ihrem Eintreffen die Krankheit an nichtimmune Flüchtlinge weitergeben. Das BAG empfiehlt, die Polioimpfung in dieser Situation entsprechend dem schweizerischen Impfplan als Teil der kombinierten Impfung (DTPa-IPV-Hib) zu verabreichen⁶⁾.

Empfehlungen

- Verfügbare Impfausweise von asylsuchenden Kinder und Jugendlichen sollen unter Berücksichtigung der altersentsprechenden, schweizerischen, vom BAG in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Impffragen EKIF erlassenen Empfehlungen evaluiert werden⁶⁾.
- Anamnestische Angaben von Eltern oder anderen Betreuern bezüglich früheren Impfungen sind häufig von geringem Nutzen, und Impfungen werden im Allgemeinen als gültig betrachtet, wenn eine schriftliche Bestätigung der Impfung verfügbar ist.

- Fehlende Impfungen sollen unter Benutzung des Algorithmus für unvollständige Impfungen bei Kindern und Jugendlichen ergänzt werden, wobei alle dokumentierten Impfungen berücksichtigt werden, unabhängig davon, ob es sich um vollständige oder unvollständige Serien handelt (Tabelle 2 und 3).
- Serologische Untersuchungen zur Bestimmung einer spezifischen Immunität sollen nicht routinemässig durchgeführt werden, da deren Zuverlässigkeit ungenügend ist, um die Kosten zu rechtfertigen.
- Als Ausnahme gilt die Bestimmung des anti-Tetanustoxin-Antikörperspiegels 4 Wochen nach einer Tetanustoxoid enthaltenen Impfung, um die Notwendigkeit einer weiteren Nachimpfung zu prüfen. Wird der anti-Tetanustoxin-Antikörperspiegel bestimmt, werden folgende Werte als Entscheidungsgrundlage verwendet:
 - > 1000 IE/l: Es ist keine weitere Nachimpfung notwendig
 - ≥ 500 und ≤ 1000 IE/l: Eine einzige zusätzliche Dosis 6 Monate nach der ersten
 - < 500 IE/l: Zwei weitere Dosen 2 und 6 Monate nach der ersten Dosis⁷⁾.
- Anti-Tetanustoxin-Antikörperspiegel dienen stellvertretend auch für eine genügende Immunisierung gegen Diphtherie und Pertussis, da diese Impfungen prinzipiell immer als Kombination verabreicht werden.

Anzahl zuvor erhaltene Dosen DTP _a -IPV(-Hib) ¹⁾ [Impfschema mit Intervallangabe zwischen den Dosen in Monaten]					
Alter	1	2	3	4	5
6–11 Mte.	2 Dosen DTP _a -IPV-Hib [0, 6]	1 Dosis DTP _a -IPV-Hib			
12–14 Mte.	1 Dosis DTP _a -IPV-Hib 1 Dosis DTP _a -IPV [0,7]	1 Dosis DTP _a -IPV			
15 Mte.–3 Jahre	3 Dosen DTP _a -IPV [0, 2, 8]	2 Dosen DTP _a -IPV [0, 6]	1 Dosis DTP _a -IPV		
4–7 Jahre					
1. Dosis < 6 Mte.	3 Dosen DTP _a -IPV ²⁾ / DT + IPV [0, 2, 8]	3 Dosen DTP _a -IPV ²⁾ / DT + IPV [0, 2, 8]	2 Dosen DTP _a -IPV [0, 6]	1 Dosis DTP _a -IPV	
1. Dosis ≥ 6 Mte.	3 Dosen DTP _a -IPV ²⁾ / DT + IPV [0, 2, 8]	2 Dosen DTP _a -IPV [0, 6]	1 Dosis DTP _a -IPV	–	
8–10 Jahre					
1. Dosis < 6 Mte.	3 Dosen dT(p _a ²⁾ -IPV [0, 2, 8]	3 Dosen dT(p _a ²⁾ -IPV [0, 2, 8]	2 Dosen dTp _a -IPV [0, 6]	1 Dosis dTpa-IPV	
1. Dosis 6–12 Mte.	3 Dosen dT(p _a ²⁾ -IPV [0, 2, 8]	2 Dosen dT(p _a ²⁾ -IPV [0, 6]	1 Dosis dTp _a -IPV	–	
1. Dosis ≥ 1 Jahre	2 Dosen dT(p _a ²⁾ -IPV [0, 6]	1 Dosis dTp _a -IPV	–	–	
11–15 y					
1. Dosis < 6 Mte.	3 Dosen dT(p _a ²⁾ -IPV [0, 2, 8]	3 Dosen dT(p _a ³⁾ -IPV [0, 2, 8]	3 Dosen dT(p _a ³⁾ -IPV [0, 2, 8]	2 Dosen dT(p _a ³⁾ -IPV [0, 6]	1 Dosis dTp _a -IPV
1. Dosis 6–11 Mte.	3 Dosen dT(p _a ²⁾ -IPV [0, 2, 8]	3 Dosen dT(p _a ³⁾ -IPV [0, 2, 8]	2 Dosen dT(p _a ³⁾ -IPV [0, 6]	–	–
1. Dosis 1–3 Jahre	3 Dosen dT(p _a ²⁾ -IPV [0, 2, 8]	2 Dosen dT(p _a ³⁾ -IPV [0, 6]	1 Dosis dTp _a -IPV	1 Dosis dTp _a -IPV	–
1. Dosis ≥ w4 Jahre	2 Dosen dT(p _a ²⁾ -IPV [0, 6]	1 Dosis dTp _a -IPV	–	–	–

Tabelle 3: Impfschema für unvollständig geimpfte Kinder und Jugendliche

¹⁾ Zusätzlich HBV-Impfdosen zur Vervollständigung des 2-, 3-, oder 4-Dosen-Schemas (altersabhängig)
²⁾ Nur 2 (die erste und dritte) dieser Impfdosen sollen die Pertussiskomponente enthalten
³⁾ Nur 1 (die erste) dieser Impfdosen sollte die Pertussiskomponente enthalten

- Alternativ kann die Person als nicht geimpft betrachtet werden und das vollständige Nachimpfprogramm angewendet werden.
- Folgt auf eine Nachimpfung gegen Tetanus ohne vorangehende Bestimmung des anti-Tetanustoxin-Antikörperspiegels eine signifikante lokale Reaktion, erlaubt die sofortige anti-Tetanustoxin-Antikörperspiegelbestimmung, eine Überimmunisierung festzustellen; bei hohem Spiegel (> 1000 IE/l) wird die Nachimpfserie abgebrochen.
- Generell gilt, dass fehlende Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Poliomyelitis, Masern, Mumps und Röteln bei Kindern und Jugendlichen unabhängig vom Alter ergänzt werden.
- Im Gegensatz dazu sind folgende Basisimpfungen in der Schweiz altersabhängig und werden üblicherweise nur im angegebenen Altersabschnitt verabreicht: *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib): < 5 Jahren; humane Papillomaviren (HPV): Mädchen, 11–14-jährig (für Knaben siehe Tab. 4).
- Unter Berücksichtigung spezifischer Indikationen gelten die empfohlenen Impfungen auch für asylsuchende Kinder und Jugendliche. Insbesondere sollten über 11-Jährige mit einer ungewissen oder negativen Varizellenanamnese 2 Dosen Varizellenimpfstoff erhalten (monovalent oder bei < 13-Jährigen in Kombination mit Masern, Mumps und Röteln, als MMRV-Impfung in Betracht ziehen. Beachte, dass dieser kombinierte Impfstoff von den Krankenversicherungen nicht rückvergütet wird (Stand Dezember 2015).
- Zusätzlich zur Grundimmunisierung sollten allen asylsuchenden Kindern und Jugendlichen entsprechend dem schweizerischen Impfplan sogenannte ergänzende Impfungen angeboten werden. Falls spezifische Risiken bestehen, sollen zudem entsprechende Impfungen für Risikopersonen angeboten werden. Indikationen für Impfungen im Zusammenhang mit Risikosituationen systematisch abgeklärt werden (z. B. Hepatitis B (siehe unten), Influenza, Meningokokken, Pneumokokken)⁶⁾.

Tuberkulose

Nach Inhalation von *Mycobacterium tuberculosis* kann eine Infektion stattfinden, wobei viele Betroffene jedoch asymptomatisch bleiben. Das Risiko einer TB-Übertragung wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst, wie Infektiosität des Indexfalles, Expositionsdauer und Alter der exponierten Person^{8), 9)}. Nach

einer Infektion ist das Risiko an einer TB zu erkranken von zahlreichen Faktoren abhängig, unter anderem von der Immunität und vom Alter des Wirtes, und wird allgemein lebenslang auf ca. 10% geschätzt¹⁰⁾. Wichtig dabei ist, dass bei Kindern das Risiko nach einer TB-Infektion eine TB-Krankheit zu entwickeln, wesentlich grösser ist: Eine kürzlich durchgeführte Studie in Amsterdam zeigte, dass 33% der < 5-jährigen und 19% der 5–14-jährigen TB-infizierten Kinder innert 5 Jahren an einer TB erkrankten¹¹⁾. Das höchste Risiko eines Fortschreitens zur aktiven TB besteht im Allgemeinen während den ersten 2–3 Jahren, bei Kindern schon in den ersten 6 Monaten nach der Infektion. Kleinkinder sind zudem einem besonders hohen Risiko ausgesetzt, eine schwere TB-Form zu entwickeln (miläre TB, TB-Meningitis). TB wird in erster Linie von Erwachsenen mit einer Lungen-TB die im selben Haushalt wohnen, übertragen. Es sind nur wenige Fälle von Übertragung durch Kinder oder Jugendliche mit einer TB beschrieben, da diese selten ein Sputum positiv sind¹²⁾. TB ist in der Schweiz eine seltene Krankheit, mit einer jährlichen Inzidenz von 1–2/100000 Kinder (14–31 Fälle von 1996 bis 2011), wobei in 80% Kinder oder Jugendliche ausländischer Herkunft betroffen waren¹³⁾. Die Inzidenz in der Schweiz steht in deutlichen Kontrast zu den Ländern, aus denen Flüchtlinge stammen, und in welchen die Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen auf >100/100000 geschätzt wird^{14), 15)}. Das Risiko einer TB-Exposition kann zudem bei Menschen erhöht sein, die in Flüchtlingslagern lebten oder Krisensituationen wie bewaffnete Konflikte, erzwungene Umsiedlung, Vertreibung oder Naturkatastro-

phen ausgesetzt waren. Dies belegt eine kürzlich publizierte systematische Übersicht, welche eine zweifache Zunahme der TB-Inzidenz unter solchen Bedingungen nachweist¹⁶⁾. In allen EVZ findet seit 2006 innerhalb der ersten 5 Tage bei allen Flüchtlingen ein TB-Screening mittels eines Interviews statt, mit dem Ziel, frühzeitig eine infektiöse Lungen-TB zu erfassen¹⁷⁾. Dieses Vorgehen wurde nur für Erwachsene entwickelt und evaluiert¹⁷⁾. Ein auf Befragung gründendes Screening ist zur Erfassung einer TB-Krankheit bei Kindern und Jugendlichen von beschränktem Nutzen, da diese meist asymptomatisch sind oder im Vergleich zum Erwachsenen unspezifische Symptome aufweisen^{18), 19)}. Andererseits ist eine ansteckende TB insbesondere bei Kleinkindern und asymptomatischen Kinder äusserst selten. Ein TB-Screening mittels Thoraxröntgenbild ist ebenfalls von geringem Nutzen, insbesondere bei jungen Kindern. Die Sensitivität des Thoraxröntgenbildes wird bei < 2-jährigen Kindern mit 28% angegeben, und ist bei älteren Kindern auf 63% und bei Jugendlichen > 12 Jahren auf 78% zuzunehmend^{19)–21)}. Kinder und Jugendliche sind zudem empfindlicher auf ionisierende Strahlen, weshalb radiologische Untersuchungen möglichst eingeschränkt werden sollten. Immundiagnostische Tests (Tuberkulinhaut- oder Interferontest (interferon-γ release assay, IGRA) haben mit 60% bis 80% die höchste Sensitivität und Spezifität zur Erfassung einer TB-Krankheit im Kindesalter^{22), 23)}. Darüber hinaus, und im Gegensatz zum Erwachsenen, korreliert ein positiver immundiagnostischer Test bei jüngeren Kindern mit einer primären und kürzlich stattgefundenen Infektion. Das TB-Screening

Alter	Basisimpfung (Intervalle, in Monaten ab 0)			
	0	1	2	8
6–11 Mte.	PCV-13 ^{1, 2}	PCV-13		PCV-13
12–23 Mte.	PCV-13 ² MCV-C ³		PCV-13	
2–4 Jahre	PCV-13 ² MCV-C ³			
5–19 Jahre	MCV-C ³			
> 11 Jahre (Knaben)	HPV		(HPV) ⁴	HPV ⁴

Tabelle 4: Empfohlene zusätzliche Impfungen

¹⁾ 13-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV-13)
²⁾ Bei Kindern, die bereits Dosen des 7-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoffes (PCV-7) erhalten haben, kann in jedem Alter zum PCV-13-Impfschema übergewechselt werden. Teilweise mit PCV-7 geimpfte Kinder ≥ 12 Mte. benötigen für einen optimalen Impfschutz nur 1 PCV-13-Dosis
³⁾ Gruppe C Meningokokken-Konjugatimpfstoff (MCV-C)
⁴⁾ (4-) 6 Mte nach der ersten Dosis; ≥ 15-Jährige sollten 3 Dosen erhalten (0-2-6 Mte.-Schema)

von Flüchtlingskindern und Jugendlichen ist in der Mehrzahl der OECD-Länder zwingend, und in 56 % dieser Länder schliesst dies zumindest einen immundiagnostischen Test, wie z. B. den Tuberkulinhauttest ein²⁴). Zur Screeningselektion herangezogene demographische Daten, wie Alter oder TB-Inzidenz im Ursprungsland, variieren sehr stark in Europa²⁴). Eine Möglichkeit für ein gezieltes TB-Screening ist, sich auf die TB-Inzidenz im Herkunftsland zu stützen (aktuelle globale TB-Inzidenzen können auf der WHO-Webseite www.who.int/tb/country/data/profiles/en/ gefunden werden). Zusammenfassend besteht bei Flüchtlingskindern ein höheres Risiko für eine frische TB-Infektion, bedingt durch Herkunft aus einem Land mit hoher TB-Inzidenz oder Infektionsrisiko auf dem Fluchtweg, sowie eine altersbedingte Anfälligkeit, eine (schwere) TB-Krankheit zu entwickeln. Ein gezieltes TB-Screening ist demnach für junge Kinder mit Migrationshintergrund, die einen Arzt aufsuchen, gemäss der nationalen TB-Strategie indiziert, da es sich um eine Population mit hohem Risiko handelt und eine frühzeitige Diagnose wichtig ist²⁵).

Empfehlungen für Abklärung und Nachkontrollen

- Ziel des TB-Screening ist die Identifizierung der Kinder und Jugendlichen, die einer weitergehenden Abklärung bedürfen.
- Alle Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund die kürzlich mit einem TB-Indexfall Kontakt hatten oder eine Immunschwäche haben sollen ein Screening erhalten.
- Alle Kinder < 5 Jahren sollten unabhängig vom Herkunftsland ein Screening erhalten.
- Bei Kindern >= 5 Jahre sollte ein Tuberkulintest (oder IGRA) durchgeführt werden, wenn eines der folgenden Zeichen oder Symptome besteht: andauernder/ununterbrochener Husten (> 2 Wochen), Gewichtsverlust/Gedehstörung, persistierendes (> 1 Woche) unerklärtes Fieber (> 38 °C), andauernde, durch die Eltern/Betreuer berichtete unerklärte Lethargie oder verminderte Spiellust/Aktivität.
- Für das Screening soll bei Kindern < 5 Jahren, unabhängig von einer eventuellen BCG-Impfung, der Tuberkulinhauttest bevorzugt werden. Bei Mangel an Tuberkulin kann auf den IGRA zurückgegriffen werden.
- Bei Jugendlichen und Kindern ≥ 5 Jahren können Tuberkulinhauttest oder IGRA verwendet werden.
- Der Tuberkulinhauttest soll nur durch erfahrenes Personal durchgeführt und abgelesen

werden. Eine Dosis von 0.1 ml PPD RT23-Tuberkulin (enthält 2 Einheiten Tuberkulin) wird volar am Vorderarm intrakutan mit einer Nadel mit kurzer Abschrägung (26 G) injiziert.

- Eine 48–72 Stunden nach der Injektion gemessene Induration von ≥ 5 mm wird als positiv betrachtet¹⁰).
- Kinder oder Jugendliche mit einem positiven Tuberkulinhauttest oder IGRA sollen einem pädiatrischen Infektiologen oder Pneumologen zur weiteren Abklärung und Betreuung der TB-Infektion und -Krankheit zugewiesen werden.

Virale Infekte Hepatitis B

Die Hepatitis-B-Infektion wird durch den Hepatitis-B-Virus (HBV) verursacht und kann zu einer chronischen oder akuten Leberkrankheit führen. Die HBV-Infektion erfolgt als Mutter-Kind-Übertragung, durch perkutanen oder Schleimhautkontakt mit infiziertem Blut oder anderen Körperflüssigkeiten, meist sexuell oder durch unsachgemässe medizinische Handlungsweise. Die chronische HBV-Infektion ist ein weltweites Gesundheitsproblem. Die Mehrzahl der chronisch Infizierten ist sich der Infektion nicht bewusst, obschon diese in 15–40% mit Leberzirrhose, chronischer Leberinsuffizienz und hepatozellulärem Karzinom assoziiert ist. Weltweit bestehen bei ca. 2 Milliarden Menschen serologische Hinweise auf eine HBV-Infektion, 350 Millionen haben eine chronische Infektion und 621000 Menschen sterben jährlich an einer HBV-bedingten Leberkrankheit^{26, 27}). Die Prävalenz der chronischen HBV-Infektion wird in der Schweiz auf 0.3% geschätzt²⁸). Die Seroprävalenz bei Kindern ist nicht bekannt, wahrscheinlich jedoch sehr gering. Bei Erwachsenen ist die Seroprävalenz chronischer HBV-Infektionen bei gewissen, insbesondere

aus Ostasien, Subsahara-Afrika oder Osteuropa stammenden Populationen erhöht²⁶). In endemischen Ländern findet die Übertragung meist perinatal statt, während der frühen Kindheit auch durch Kontakt mit chronischen Trägern oder unsachgemässe medizinische Handlungsweise. In Ländern mittlerem Vorkommen findet die Übertragung eher perinatal und horizontal statt. In Ländern mit tiefem Vorkommen werden die meisten HBV-Infektionen horizontal in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter erworben, meist auf sexuellem Weg. Das Risiko, eine chronische HBV-Infektion zu entwickeln, ist umgekehrt proportional zum Alter, und beträgt ca. 90% für perinatal infizierte Säuglinge, 20–50% für Kinder < 5 Jahren und 1–10% für später Infizierte²⁸). Die weltweite Abdeckung durch die Impfung nimmt seit 2000 nach Angaben der WHO zu, und schätzungsweise 72% bis 91% der < 12-monatigen Kinder haben 2012 3 Dosen HBV-Impfstoff erhalten²⁹).

Empfehlungen für Abklärung und Nachkontrollen

- Ziel des Screening ist die Identifizierung der Kinder und Jugendlichen mit einer bestehenden HBV-Infektion; dies erlaubt eine engmaschige Überwachung und Personen aus der nahen Umgebung die HBV-Impfung anzubieten, um eine Weiterverbreitung zu verhindern.
- Das HBV-Screening soll anti-HBc und HBsAg umfassen.
- Bei Säuglingen und Neugeborenen sollte, wenn immer möglich, anhand der Krankengeschichte der HBV-Status der Mutter verifiziert werden. Ist die Serologie der Mutter negativ, kann auf weitere Abklärungen beim Säugling verzichtet werden.
- Zusätzlich soll der HBV-Immunistatus kontrolliert werden.
- Bestimmung von anti-HBs bei Kindern mit unbekannter Impfanamnese wird nicht emp-

HBs-Ag	Anti-HBc IgG/IgM	Interpretation	Massnahme
Negativ	Negativ	Nicht infiziert	Impfung vervollständigen falls vorgängig nicht geimpft
Positiv	Positiv oder negativ	Akute oder chronische HBV-Infektion	Überweisung an einen pädiatrischen Infektiologen oder Gastroenterologen
Negativ	Positiv	Unsicher oder durchgemachte HBV-Infektion	

Tabelle 5: Interpretation der Hepatitis B-Serologie und Empfehlungen zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ohne vollständige HBV-Impfung

fohlen, da in diesem Kontext (d. h. unklar wie viele Dosen verabreicht wurden) eine Korrelation zum Impfschutz nicht nachgewiesen ist.

- Nicht infizierte (HBs-Ag und anti-HBc negativ) und nicht geimpfte Kinder und Jugendliche sollten geimpft werden (*siehe Vorgehen in Abhängigkeit von Serologie Tab. 5*).
- Bei hoher HBV-Prävalenz im Ursprungsland wird eine HBV-Impfung vor der Adoleszenz empfohlen.
- Anti-HBs-Bestimmung zur Bestätigung der Immunität nach erfolgter vollständiger Impfung soll nur bei Kindern oder Jugendlichen durchgeführt werden, die zu einer Risikogruppe gehören (z. B. Kinder von Müttern mit positivem HBs-Ag, Patienten mit Immundefekten oder Hämodialysepatienten),
- Wird eine akute oder chronische HBV-Infektion festgestellt, soll der Patient einem pädiatrischen Gastroenterologen und/oder Infektiologen zugewiesen werden.

Humanes Immundefizienz-Virus

Die Humane Immundefizienz-Virus (HIV)-Infektion wird durch HIV-1 oder HIV-2 hervorgerufen, durch Mutter-Kind-Übertragung, Kontakt mit infiziertem Blut oder durch vaginalen oder orogenitalen sexuellen Kontakt. Man schätzte 2013, dass 35 Millionen Menschen mit HIV leben, wovon 3.2 Millionen Kinder < 15 Jahren waren. 2013 kam es bei ca. 240000 (210000–280000) unter 15-Jährigen zu einer HIV-Neuinfektion^{30)–32), 34)}. Der weitaus grösste Teil dieser Kinder wurde durch Mutter-Kind-Übertragung infiziert, meistens während der Geburt. In der Schweiz ist die Prävalenz bei neu eingetroffenen Flüchtlingskindern unbekannt, wird jedoch als gering eingeschätzt. Weltweit starben 2013 1.5 Millionen Menschen am erworbenen Immundefizienz-Syndrom (AIDS), davon waren 190000 < 15-jährig. Das Risiko, an HIV-assoziierten Komplikationen zu sterben, ist bei Kindern und Jugendlichen (10–19-jährig) wesentlich grösser als bei älteren Patienten, und es wurde gezeigt, dass ein frühzeitiger Behandlungsbeginn die Mortalität verringert³³⁾. Die Mehrzahl infizierter Kinder ist asymptomatisch, insbesondere im ersten Jahr nach stattgefundener Infektion.

Empfehlungen für Abklärung und Nachkontrollen

- Ziel des Screening ist die frühzeitige Identifizierung der infizierten Kinder und Jugendlichen, um kurzfristig Morbidität und Mortalität zu verringern und das langfristi-

ge Ergebnis und die Lebensqualität zu verbessern. Bei sexuell aktiven Jugendlichen ist das HIV-Screening notwendig, um das Risiko der Weiterverbreitung minimal zu halten³³⁾.

- Wenn möglich, sollte der HIV-Status der Mutter in der Krankengeschichte verifiziert werden. Ist dieser negativ, soll ein Screening nur bei verdächtiger Anamnese oder Klinik durchgeführt.
- Ein HIV-Screening soll allen asylsuchenden Kindern und Jugendlichen angeboten werden³⁴⁾.
- Das Screening soll in der Bestimmung von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern bestehen und ein positiver Test muss durch eine zweite Probe bestätigt werden.
- Bei Kleinkindern < 18 Monaten mit positiver Serologie für HIV-1- oder HIV-2-Antikörper muss eine Polymeraseketten-Reaktion (PCR) für HIV-DNA durchgeführt werden, da die HIV-Antikörper mütterlichen Ursprungs sein können.
- Kinder und Jugendliche mit positiven HIV-Antikörpern oder positiver HIV-PCR sollen zur weiteren Betreuung und Beratung so früh wie möglich einem pädiatrischen Infektiologen zugewiesen werden.

Würmer und Protozoen ausser Malaria

Kinder jeden Alters können durch intestinale oder extra-intestinale Parasiten infiziert oder befallen sein. Bei Menschen mit unzureichender persönlicher Hygiene und schlechter Trinkwasserversorgung besteht ein hohes Risiko für einen Parasitenbefall. Viele parasitäre Infektionen verlaufen asymptomatisch und selbstlimitierend, doch können Spätfolgen auftreten. Eine chronische Infektion durch Parasiten kann zu Gedeihstörung, Entwicklungsrückstand und kognitiven Störungen führen, infolge Eisenmangel, Anämie, Mangel an Spurenelementen, Unterernährung und Malabsorption³⁵⁾. Manche Parasiteninfektionen können jahrelang bestehen und schwere Komplikationen verursachen, wie Blasenkrebs oder Pfortaderhochdruck (Schistosomiasis) oder lebensbedrohliche Hyperinfektionen (immunsupprimierte Patienten mit chronischer Strongyloidiasis)^{36)–37)}. Es wird geschätzt, dass über eine Milliarde Menschen mit Helminthen infiziert sind, 200 Millionen mit *Schistosoma* spp. und 100 Millionen mit *Strongyloides* spp.³⁶⁾. Unter den intestinalen Protozoen sind *Giardia lamblia* (10.8%), gefolgt von *Entamoeba* spp. (4.3%) und *Crypto-*

sporidia (4.0%), die global am häufigsten gefundenen human-pathogenen Parasiten³⁷⁾.

Empfehlungen für Abklärung und Nachkontrollen

- Ziel des Screenings nach Helminthen anderen Protozoen Infektionen ist die Identifizierung der Kinder, die eine weitergehende Abklärung und Behandlung benötigen, um Spätfolgen zu verhindern.
- Bei allen asylsuchenden Kindern und Jugendlichen sollten 3 Stuhlproben zur mikroskopischen Untersuchung eingesandt werden. Eine dreifache mikroskopische Suche nach Parasiten erhöht die Sensitivität der Untersuchung^{38)–40)}.
- Alternative: Behandlung asymptomatischer Kinder (> 2-jährig und > 10 kg) durch eine einmalige Dosis Albendazol (400 mg).
- Die serologische Untersuchung für Schistosomiasis wird empfohlen bei Kindern und Jugendlichen welche aus allen Ländern Afrikas und des Mittleren Ostens sowie aus Brasilien, Venezuela, Karibik, Surinam, China, Indonesien, den Philippinen, der Volksrepublik Laos und Kambodscha kommen (aktualisierte Länderkarten können unter www.who.int/mediacentre/factsheets/fs115/en/ gefunden werden)^{36), 42)}.
- Die serologische Untersuchung für Strongyloidiasis wird empfohlen bei Kindern und Jugendlichen, die aus hoch endemischen Ländern (Südostasien und Afrika) kommen⁴²⁾. Bei immunsupprimierten Patienten soll unabhängig vom Herkunftsland nach *Strongyloides* gesucht werden.

Malaria

Die Erreger der Malaria sind verschiedene, durch die weibliche Anopheles-Mücke übertragene *Plasmodium* spp. Rund die Hälfte der Erdbevölkerung lebt in endemischen Malaria-gebieten. Malaria ist eine lebensbedrohliche Krankheit und sollte bei jedem, aus einem Endemiegebiet stammenden Patienten mit Fieber ausgeschlossen werden. Der WHO-World-Malaria-Report stellt fest, dass Malaria in 97 Ländern endemisch ist, wobei die meisten Leute in Afrika betroffen sind⁴³⁾. Das Risiko, an Malaria zu erkranken, besteht für schätzungsweise 3.2 Milliarden Menschen, und 2013 traten gesamthaft nahezu 2 Millionen Malariafälle auf. Die Krankheit verlief in über einer halben Million Fälle tödlich, insbesondere in Afrika und bei < 5-jährigen Kindern, die 78% aller Todesfälle darstellen (Endemieländer siehe (<http://worldmalaria->

report.org/library). Unter allen parasitären Krankheiten weist Malaria die höchste Mortalität auf; 2012 starben über 400000 Kinder < 5 Jahren an Malaria⁴⁴). An Malaria denken soll man bei jedem Kind mit Fieber, mit oder ohne zusätzliche klinische Symptome, welches sich während den vergangenen 6–12 Monaten in einem Malariaendemiegebiet aufgehalten hat. Die Inkubationszeit beträgt im Allgemeinen 7–15 Tage, kann aber in seltenen Fällen bis zu mehreren Jahren dauern. Es können zusätzlich Symptome wie Erbrechen, Kopfschmerzen, Schüttelfrost und Gelenk- oder Muskelschmerzen auftreten. Klinisch können eine Leber- und Milzvergrößerung sowie Ikterus festgestellt werden.

Empfehlungen für Abklärung und Nachkontrollen

- Ein routinemässiges Malariascreening bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen wird nicht empfohlen.
- Pädiatrische Patienten mit einer Malaria sollte durch erfahrene Kliniker betreut werden und Patienten mit vermuteter Malaria sollten unbedingt notfallmässig an einen pädiatrischen Infektiologen oder einen Tropenmediziner überwiesen werden.

Chagas-Krankheit

Die Chagas-Krankheit wird durch *Trypanosoma cruzi* verursacht und durch Raubwanzen übertragen. Die Übertragung durch den Vektor erfolgt ausschliesslich im amerikanischen Kontinent, wo Millionen Menschen infiziert sind. Die Infektion kann auch durch Blutprodukte, Organtransplantation, sowie vertikal stattfinden, wobei das Risiko der Übertragung von der Mutter auf das Kind 5% beträgt⁴⁵). Weltweit leben 5–6 Millionen chronisch infizierte Menschen, ca. 50000 Fälle treten jährlich neu auf. Importierte Chagasfälle sind in Europa nicht selten. Eine aktuelle Schätzung beruhend auf der Zahl Einwanderer aus Chagas-Endemiegebieten vermutet, dass 1500 bis 4000 Menschen mit Chagas-Krankheit in der Schweiz leben⁴⁶). In einer in Genf durchgeführten Studie bei 1012 Migranten aus Lateinamerika wurde bei 12.8% eine positive Serologie für Chagas festgestellt; die Mehrzahl dieser Personen stammte aus Bolivien⁴⁷).

Die akute Chagas-Infektion ist im Allgemeinen symptomfrei, ungeachtet der Eintrittspforte. Die akute Infektion wird von einer ebenfalls asymptomatischen Latenzphase gefolgt, die lebenslang dauern kann. Ein Drittel der Patienten entwickelt jedoch im Verlaufe des Lebens,

oft Jahrzehnte nach der Infektion, chronische Herz- oder Magendarmbeschwerden. Funktionsstörungen des Verdauungstraktes (v.a. Megaösophagus, Megakolon oder beides) treten bei 10–15% der chronisch infizierten Personen auf. Die kardiale Form betrifft 20–30% der Patienten und führt zu Störungen des Herzleitungssystems, apikalen Aneurysmen, Herzinsuffizienz und plötzlichem Tod. Die Reaktivierung einer Chagas-Krankheit beim Immunsupprimierten ist eine lebensbedrohliche Situation und geht mit Myokarditis und neurologischen Störungen einher.

Empfehlungen für Abklärung und Nachkontrollen

- Ziel des Screenings für einer Chagas-Infektion ist die Identifizierung der Kinder, die eine Behandlung benötigen, um Spätfolgen zu verhindern.
- Ein serologisches Screening einer Chagas-Infektion wird bei Kindern und Jugendlichen aus Zentral- und Südamerika, insbesondere Bolivien empfohlen.
- Das Screening sollte mittels Serologie durchgeführt werden.
- Ein serologisches Screening sollte bei allen Kindern > 9 Monate von Müttern, die aus Zentral- oder Südamerika stammen und einen unbekanntem oder positiven serologischen Status aufweisen, durchgeführt werden.
- Kinder und Jugendliche mit einer positiven Chagas-Serologie sollen zur weiteren Betreuung einem pädiatrischen Infektiologen zugewiesen werden.
- Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf oder klinischen Zeichen einer Chagas-Krankheit sollten zur weiteren Abklärung einem pädiatrischen Infektiologen zugewiesen werden.

Sexuell übertragene Krankheiten

Sexuell übertragene Krankheiten (STI) sind im Kindesalter von Bedeutung, da sie während der Schwangerschaft von der Mutter auf das Kind übertragen werden können. Wichtigste STI bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen ist die Syphilis, die kongenital erworben und häufig asymptomatisch sein kann. Alle anderen STI treten bei sexuell aktiven Personen auf oder bei Kindern und Jugendlichen, die sexuell missbraucht wurden. Gemäss WHO ist die Seroprävalenz für Syphilis in afrikanischen Regionen, wo 3–4% Menschen betroffenen sind, am höchsten, mit 1–2% tiefer in amerikanischen und südostasiatischen Ländern und liegt unter 1% in Europa und im östlichen Mittelmeer- und westlichen Pazifikraum⁴⁸).

Empfehlungen für Abklärung und Nachkontrollen

- Ziel des Syphilis-Screenings ist die Identifizierung kongenital infizierter Säuglinge und sexuell angesteckter Kinder und Jugendlichen, um eine Behandlung einzuleiten, Komplikationen und weitere Übertragung zu verhindern.
- Das Syphilis-Screening wird bei < 2-jährigen asylsuchenden Kindern und Jugendlichen ab 12–15 Jahren und unabhängig vom Alter bei einer Anamnese von sexuellem Missbrauch empfohlen.
- Das Screening soll mittels *Treponema pallidum*-Partikel-Agglutinationstest (TPPA), Enzym-Immunoassay (EIA) oder einem Chemilumineszenz-Immunoassay (CLIA) durchgeführt werden.
- Ist einer dieser Tests positiv, soll der Patient einem pädiatrischen Infektiologen zugewiesen werden.
- Screening für andere STI soll auf Grund einer Anamnese von sexueller Aktivität oder

Material	Empfohlener Test für alle asylsuchenden Kinder und Jugendlichen	Test empfohlen je nach Alter, Risikofaktoren und Epidemiologie
Blut	HBsAg, anti-HBc HIV-1/HIV-2 Antikörper +/- Tetanus Antikörper (1 Mt. nach Booster)	Chagas Serologie Interferon gamma release assay (IGRA) Schistosomiasis-Serologie Strongyloides-Serologie Syphilis-Serologie (TPPA oder ähnliche)
Stuhl	3 x für Parasiten	
Andere	Tuberkulinhauttest (< 5 Jahren)	Tuberkulinhauttest

Tabelle 6: Checkliste für die empfohlenen Untersuchungen

Missbrauch und/oder entsprechenden klinischen Befunden stattfinden. Kulturen und/oder PCR für *C. trachomatis* und *N. gonorrhoeae* werden aus Konjunktiva-, Urethra- oder Vaginalabstrichen oder Erststrahlurin, Kulturen und/oder PCR von *T. vaginalis* aus Vaginaausfluss oder Urin durchgeführt.

Zusammenfassung der Empfehlungen

Die *Tabelle 6* zeigt eine Checkliste für die Abklärung von Infektionskrankheiten bei gesund wirkenden asylsuchenden Kindern und Jugendlichen.

Schlussfolgerung

Das Ziel dieser Leitlinie ist es, die Gesundheit von asylsuchenden Kindern, Jugendlichen und Familien zu verbessern oder zu erhalten. Die frühe Erkennung und Behandlung von Infektionskrankheiten, die in der Migrantenpopulation verbreitet sind, liegt in der Verantwortung aller Haus- und Kinderärzte in der Schweiz. Eine konsequente und schnelle Nachimpfungen aller asylsuchenden Kinder und Jugendlichen sind ebenso wichtig, um Ausbrüche ansteckender Krankheiten zu verhindern und damit auch die einheimische Bevölkerung zu schützen.

Referenzen

- Nicolai T et al. Caring for the Wave of Refugees in Munich. *N Engl J Med*, 2015.
- Rungan S et al. Health needs of refugee children younger than 5 years arriving in New Zealand. *Pediatr Infect Dis J* 2013; 32(12): e432-6.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). Technische Weisungen betreffend grenzsanitätsdienstliche Massnahmen (GSM) bei Personen des Asylbereichs in den Zentren des Bundes und in den Kantonen. 2008.
- Office of the High Commissioner for Human Rights Convention on the Rights of the Child. 1989.
- Bundesamt fuer Gesundheit und Eidgenoessische Kommission fuer Impffragen (EKIF) Schweizerischer Impfplan 2015. 2015.
- Borrow R, Balmer P and Roper M. The immunological basis for immunisations. Module 3: Tetanus update 2006. WHO Press, 2006.
- Marais BJ et al. The natural history of childhood intra-thoracic tuberculosis: a critical review of literature from the pre-chemotherapy era. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8(4): 392-402.
- Nakaoka H et al. Risk for tuberculosis among children. *Emerg Infect Dis* 2006; 12(9): 1383-8.
- Lungenliga Schweiz und Bundesamt für Gesundheitswesen. Handbuch Tuberkulose. 2012 [cited 2013 15 Aug]; Abrufbar unter: http://www.tbinfo.ch/uploads/media/Handbuch_Tuberkulose_2012_de.pdf.
- Sloot R et al. Risk of tuberculosis after recent exposure. A 10-year follow-up study of contacts in Amsterdam. *Am J Respir Crit Care Med* 2014; 190(9): 1044-52.
- Piccini P et al. Clinical peculiarities of tuberculosis. *BMC Infect Dis* 2014;14 Suppl 1: p. S4.
- Oesch Nemeth G et al. Epidemiology of childhood tuberculosis in Switzerland between 1996 and 2011. *Eur J Pediatr* 2013.
- World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2012. 2013.
- Seddon JA and Shingadia D. Epidemiology and disease burden of tuberculosis in children: a global perspective. *Infect Drug Resist* 2014; 7: 153-65.
- Kimbrough W et al. The burden of tuberculosis in crisis-affected populations: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2012; 12(12): 950-65.
- Schneeberger Geisler S et al. Screening for tuberculosis in asylum seekers: comparison of chest radiography with an interview-based system. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010, 14(11): 1388-94.
- Marais BJ et al. A refined symptom-based approach to diagnose pulmonary tuberculosis in children. *Pediatrics* 2006. 118(5): e1350-9.
- Frigati L et al. Clinical Predictors of Culture-confirmed Pulmonary Tuberculosis in Children in a High Tuberculosis and HIV Prevalence Area. *Pediatr Infect Dis J* 2015; 34(9): e206-10.
- Mulenga H et al. Phenotypic variability in childhood TB: implications for diagnostic endpoints in tuberculosis vaccine trials. *Vaccine*, 2011 29(26): 4316-21.
- Mahomed H et al. Screening for TB in high school adolescents in a high burden setting in South Africa. *Tuberculosis (Edinb)* 2013; 93(3): 357-62.
- Ling DI et al. Immune-based diagnostics for TB in children: what is the evidence? *Paediatr Respir Rev* 2011; 12(1): 9-15.
- Mandalakas AM et al. Interferon-gamma release assays and childhood tuberculosis: systematic review and meta-analysis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011; 15(8): 1018-32.
- Pareek M et al. Evaluation of immigrant tuberculosis screening in industrialized countries. *Emerg Infect Dis* 2012; 18(9): 1422-9.
- Bundesamt für Gesundheit Nationale Strategie zur Bekämpfung der Tuberkulose 2012-2017. 2012.
- Rossi C et al. Seroprevalence of chronic hepatitis B virus infection and prior immunity in immigrants and refugees: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012; 7(9): e44611.
- Walker, P.F.a.B., E.D., Immigrant medicine. 2007, Saunders Elsevier. pp 321-341 und 437-442.
- Fretz R et al. Hepatitis B and C in Switzerland - health-care provider initiated testing for chronic hepatitis B and C infection. *Swiss Med Wkly* 2013; 143: w13793.
- WHO. OMS. Couverture de la vaccination systématique dans le monde en 2012 2014 cited 2014 May 28]; Abrufbar unter: www.who.int/wer/2013/wer8844_45.pdf.
- WHO. Global summary of the HIV/AIDS epidemic december 2013. 2013; Abrufbar unter: (www.who.int/hiv/data/epi_core_dec2014.png?ua=1).
- WHO. Paediatric HIV data and statistics. Abrufbar unter: (www.who.int/hiv/topics/paediatric/data/en/).
- UNAIDS. www.unaids.org.
- Bamford A et al. Paediatric European Network for Treatment of AIDS (PENTA) guidelines for treatment of paediatric HIV-1 infection 2015: optimizing health in preparation for adult life. *HIV Med* 2015.
- WHO. HIV prevalence maps. Abrufbar unter: (<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>).
- Halliez MC and Buret AG. Extra-intestinal and long term consequences of Giardia duodenalis infections. *World J Gastroenterol* 19(47): 8974-85.
- Center for Disease Control and Prevention. Neglected tropical diseases and Intestinal parasite guidelines for domestic medical examination for newly arrived refugee.; Abrufbar unter: (<http://www.cdc.gov/globalhealth/ntd/>)
- Torgerson PR et al. The global burden of foodborne parasitic diseases: an update. *Trends Parasitol* 30(1): 20-6.
- Hiatt RA, Markell EK and Ng E. How many stool examinations are necessary to detect pathogenic intestinal protozoa? *Am J Trop Med Hyg* 1995. 53(1): 36-9.
- Branda JA et al. A rational approach to the stool ova and parasite examination. *Clin Infect Dis* 2006. 42(7): 972-8.
- Pottie K et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ* 2011; 183(12): E824-925.
- Swanson SJ et al. Albendazole therapy and enteric parasites in United States-bound refugees. *N Engl J Med* 2012; 366(16): 1498-507.
- Tugwell P et al. Evaluation of evidence-based literature and formulation of recommendations for the clinical preventive guidelines for immigrants and refugees in Canada. *CMAJ* 2011; 183(12): E933-8.
- World Health Organization. World Malaria Report 2014. 2014 [cited 2015 10 April]; Abrufbar unter: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/report/en/.
- World Health Organization. Factsheet on the World Malaria Report 2013.
- Howard EJ et al. Frequency of the congenital transmission of Trypanosoma cruzi: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2014; 121(1): 22-33.
- Basile L et al. Chagas disease in European countries: the challenge of a surveillance system. *Euro Surveill* 2011; 16(37).
- Jackson Y et al. Prevalence, clinical staging and risk for blood-borne transmission of Chagas disease among Latin American migrants in Geneva, Switzerland. *PLoS Negl Trop Dis* 2010; 4(2): e592.
- World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections - 2008. 2012 [cited 2014 21 Jan]; Abrufbar unter: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis/stisestimates/en/>.

Verdankung

Mario Gehri, Christoph Hatz, Fabienne Jäger, Claire-Anne Siegrist und den Mitgliedern der Eidgenössischen Kommission für Impffragen und der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel sei herzlich für ihre hilfreichen Anregungen und Kommentare gedankt.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med Nicole Ritz
Universitäts-Kinderklinik beider Basel UKBB
Spitalstrasse 33, CH-4031 Basel
nicole.ritz@unibas.ch

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Familienbande im Spannungsfeld der Migration

Jean-Claude Métraux, Lausanne

Übersetzung: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Familien mit Migrationshintergrund sehen sich zahlreichen Herausforderungen gegenüber. Seit jeher, doch heutzutage angesichts der mühe- und gefahrvollen Migrationswege ganz besonders. Ich will versuchen, die wichtigsten Entbehrungen aufzuzählen, die zur Stärkung oder Lockerung der Familienbande führen. Kinder- und Allgemeinärzte, Geburtshelfer und Psychiater sind hier besonders gefordert.

Mit wem wandert man aus?

Einst kamen Saisonarbeiter ohne Frau und Kinder zu uns. Es kommt auch heute noch vor, dass Ehepartner oder Kinder ihrem Gatten, ihrer Gattin, Vater und/oder Mutter erst nach Monaten oder Jahren folgen. Vorausgesetzt, dass der Familienzusammenschluss stattfinden kann. Asylbewerber kommen als Aufklärer, eingewanderte portugiesische Arbeiter oder Sans-papiers aus Ecuador lassen ihre Kinder bei den Grosseltern. Nicht zu vergessen sind die unbegleiteten Minderjährigen (UMA), Migranten ohne Familienmitglieder. Es gibt Verluste, Trauer ist oft schwer zu bewältigen. Bande aufrechterhalten stellt trotz Skype eine Herausforderung dar. Es fällt schwer, den zu Hause gebliebenen Misserfolge mitzuteilen – die Aufenthaltsbewilligung, die auf sich warten lässt, keine Arbeit, die es erlauben würde, die Seinen finanziell zu unterstützen: Viele wiederholen immer wieder «Alles geht gut» oder, schlimmer, sie schweigen. Und kommt endlich das Wiedersehen, klaffen die Erwartungen auseinander. Die Eltern freuen sich unendlich, ihre Kinder wiederzufinden, diese aber haben sich verändert, vor allem aber leiden sie darunter, ihre vertraute Welt verlassen zu müssen: Sie springen ihnen nicht in die Arme. Oft führt sie ihre Loyalität gegenüber den Grosseltern, das Gefühl, sie verlassen zu haben, in eine lange depressive Phase, die in der Schule Eingliederung und Lernen beeinträchtigt.

In Zeiten der Verunsicherung oder bei wichtigen Ereignissen, wie Schwangerschaft und Geburt, wird oft das Fehlen der Grossfamilie schmerzhaft empfunden.

Migrationsplan und Migrationsauftrag

Jeder Migrant hat einen Migrationsplan: Überleben, arbeiten, seine finanzielle Situation verbessern, heiraten, studieren. Er erhält jedoch durch Familie oder Lebensgemeinschaft auch einen *Auftrag*: Asyl finden, die Familie finanziell unterstützen, erfolgreich ein Studium abschliessen. Kinder, mit Ausnahme der UMA, haben keinen Migrationsplan: Sie beschliessen nicht selbst auszuwandern. Hingegen sehen sie sich mit einem Auftrag, gar einem doppelten Auftrag betraut. Einerseits eine Ausbildung erwerben, andererseits der ererbten Welt (ich ziehe diesen Begriff dem Wort «Kultur» vor) treu bleiben. Diese beiden Aufträge können bald in Konflikt geraten: Ein erfolgreicher Schulbesuch setzt voraus, dass das Kind sich von seiner neuen Umwelt durchdringen lässt, was die Eltern ihrerseits als bedrohlich empfinden können. Umso mehr als diese oft von ihren eigenen Eltern zur Rechenschaft gezogen werden: «Macht uns ja keine kleinen Schweizer aus ihnen!». Auch unbegleitete Jugendliche bekommen oft einen Auftrag seitens der Familie. Ich erinnere mich an einen 14-jährigen Knaben, den die Eltern aufforderten, sie als verstorben zu erklären, um seine Chancen, Asyl zu erhalten, zu vergrössern: Um seinem Auftrag gerecht zu werden, musste er in einem gewissen Sinne eine Art Trauer erarbeiten.

Reiseerfahrungen und -geheimnisse

Volle Boote die zwischen Libyen und Italien Schiffbruch erleiden, das Foto eines ertrunkenen Kindes auf einem Strand zwischen der Türkei und Griechenland, Barrikaden an den Grenzen Europas haben uns die Schrecken des Exils vor Augen geführt. Diese Erfahrungen können die gemeinsam reisenden Menschen zusammenschweissen. Sie erzeugen aber auch eine Art dauernden Alarmzustand, der Aufregung und das Weinen der Kinder verbietet. Wenn sie herumfuchteln oder schreien, muss man sie zum Schweigen brin-

gen, damit das Boot nicht in Gefahr gerät. Der Kampf ums Überleben diktiert die Erziehungsmethoden. Im Übrigen wird die Reise bei der Ankunft im Gastland nicht unbedingt so erzählt, wie sie tatsächlich verlief. Ein junger Afghane erzählte mir, sein Vater habe Frau und Kindern einen «offiziellen» Reisebericht vorgeschrieben, den sie jedermann in der Schweiz, inbegriffen Ärzte und Lehrer, die sich danach erkundigten, erzählen mussten. Viele Geheimnisse sind uns deshalb nie zugänglich, und um meine Patienten nicht zum Lügen zu zwingen, beschloss ich, diesbezüglich keine Fragen zu stellen.

Aufnahmebedingungen und unsichere Aufenthaltsbewilligungen

Familien die keine gesicherte Aufenthaltsbewilligung erhalten haben, neigen dazu, manchmal jahrelang, in einem *Zustand des Überlebens* zu verharren, der die Familie in einem Alarmzustand hält, in einer Art permanenter, durch Krieg, Hunger, und später auf der Auswanderung diktiert «Ausgangssperre». Dieser Alarmzustand bewirkt ein Einfrieren der durch die vielfachen Verluste verursachten Trauer: Anzeichen dafür sind Fixierung auf die Gegenwart, Unmöglichkeit sich in die Zukunft zu projizieren (was das Erlernen der Gastsprache problematisch macht), Verbot der Depression und vermehrt rohe Erziehungsmethoden. (Dieses «Einfrieren der Zeit» kann die Eltern im Übrigen auch für Wachstum und Entwicklung ihrer Kinder blind machen.)

Da sie keine Arbeitsbewilligung bekommen, haben gewisse Jugendliche nach Abschluss der Schule kein Recht, eine Lehre zu beginnen. Sie schlagen die Zeit tot und leiden, und die Eltern mit ihnen. Aus Machtlosigkeit. Machtlosigkeit die sie schmerzlich auch dann empfinden, wenn die Nothilfe – in Form von Sachleistungen – keinen Rappen übrig lässt, um ihrem Kind selbst im Winter eine Busfahrkarte zu bezahlen, oder ein Spielzeug oder Farbstifte zu kaufen: Von «mangelnder Stimulierung» des Kindes zu sprechen, wäre dann äusserst geschmacklos. Zudem vermittelt diese Machtlosigkeit den Kindern ein angeschlagenes Bild ihrer Eltern.

Dynamik kollektiver Trauer

Es kommt vor, dass Eltern und manchmal auch Kinder in dem Moment «dekompensieren», da sie eine dauerhafte Aufenthaltsbewil-

ligung erhalten. Dies erklärt sich durch das plötzliche «Auftauen» der bis dahin im Tiefgefrierfach der Psyche verwahrten Gefühle. Wellen der Depression können dann mehrere Familienmitglieder überfluten, wenn auch nicht alle. Eine Studie zur Dynamik kollektiver Trauer¹⁾ zeigt, dass innerhalb einer Familie (oder einer breiteren Gemeinschaft) der Kalender der Trauerverarbeitung von einer Person zur anderen nicht derselbe ist. Würden alle Familienmitglieder die depressive (für jede Trauer charakteristische) Phase gleichzeitig durchmachen, würde die Familie in einem Tränenmeer ertrinken und niemand hätte mehr die notwendige Energie, um die für die Gruppe lebensnotwendigen Aufgaben zu erfüllen. Diese zeitliche Verschiebung der Trauer führt aber auch zu einer Abgrenzung der Familienmitglieder untereinander; sie kann sie vorübergehend oder, wenn die Solidarität unter ihnen nicht genügend stark ist, gar endgültig verfremden.

Zwischen zwei Welten (Interkulturalität)

Im Ursprungs- und Gastland ist man nicht auf dieselbe Weise Vater und Mutter oder Gatte und Gattin. Nun werden Lebens- und Verhaltensweisen im Ursprungsland durch die Fachleute im Gastland oft entwertet (Fachleute die zudem vergessen, dass der Alarmzustand, die Unsicherheit und Fremdartigkeit der neuen Umgebung zahlreiche Eltern dazu führen, sich an Gewissheiten und das Erbe ihres Ursprungslandes zu klammern). Das Elternbild nimmt dadurch zusätzlichen Schaden, noch unterstrichen durch fehlende Deutsch-, Französisch- oder Italienischkenntnisse, Sprachen, die auf der «Sprachenbörse» höher bewertet werden als die meisten Muttersprachen. Die Eltern leiden damit unter zahlreichen «Anerkennungskrankheiten»²⁾, die sich auf ihre Kinder überwälzen. Diese wiederum versuchen, die Traumata ihrer Eltern zu heilen, indem sie ihr eigenes *handeln Können*²⁾ unter Beweis stellen, sei es «positiv» durch das Annehmen einer elterlichen Haltung (wir müssen dann unbedingt jegliches vorschnelles Verurteilen dieses Übernehmens der Elternrolle vermeiden!), sei es «negativ» durch gewalttätiges Verhalten.

Die grösste Gefahr: Doppelte Marginalisierung

Gewisse Kinder finden sich zunehmend auseinandergerissen zwischen Heimat (durch die

Familie vertreten) und der Welt des Gastlandes (in erster Linie durch die Schule verkörpert). Als hielten sie in jeder Hand ein Seil. Am einen Ende: Vater, Mutter, Grosseltern, Onkel und Tanten, die im Dorffriedhof ruhenden Ahnen, und alle ziehen in Richtung Heimatland. Am anderen Ende ziehen Lehrer, Psychologen, Ärzte, Schulsozialarbeitende und Schulpflegefachfrauen in Richtung Welt des Gastlandes. Unmöglich, in dieser Situation die beiden Enden zu verknüpfen und zu erreichen, was ich eine *schöpferische Integration* nenne. Nur ein Ende loslassen, führt unweigerlich zum Sturz: Schulschwierigkeiten, wenn es das Band der neuen Welt ist, dramatische Loyalitätsprobleme, wenn es sich um das Band ihrer Herkunft handelt. Die einzige Möglichkeit, um stehen zu bleiben: Beide loslassen! Doch der zu bezahlende Preis ist die doppelte Marginalisierung, die sich durch zahlreiche Symptome kennzeichnet: Gewalttätigkeit und Kriminalität, Drogenabhängigkeit, Suizidversuche, Psychose.

Was tun?

Abschliessend einige Ratschläge für Vorbeugung und Betreuung:

- Gigantischen Respekt für Familien im Zustand des Überlebens zeigen, sei es für ihre erzieherischen Methoden, oder ihre Schwierigkeiten, sich den Autonomiebestrebungen ihrer Kinder anzupassen, für ihr Haften an der ererbten Kultur und ihre Schwierigkeiten, unsere Sprache zu lernen, sich zu «integrieren» oder ihre Zukunft zu denken, ganz besonders aber für die unglaubliche Kraft, die sie bewiesen haben, um bis zu uns zu gelangen.
- Auf jegliche Neigung, das Elternbild zu entwerten, verzichten – indem wir Begriffe wie «mangelnde Förderung» oder «Übernahme der Elternrolle» vermeiden –, andererseits, indem wir die Muttersprache aufwerten (durch Zuhilfenahme eines Übersetzers).
- Haltungen vermeiden, die die Zerrissenheit der Kinder zwischen beiden Welten verstärken.
- Kurz, sich durch Anerkennung leiten lassen.

Referenzen

- 1) Jean-Claude Métraux, *Deuils collectifs et création sociale*, La Dispute, Paris, 2004.
- 2) Jean-Claude Métraux, *La migration comme métaphore*, La Dispute, Paris, 2011.

Korrespondenzadresse

Dr Jean-Claude Métraux
Pédopsychiatre FMH
Rue Cheneau-de-Bourg 10
1003 Lausanne
jcmetraux@bluewin.ch

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Eine wachsende Population? Die Unbegleitete minderjährige Asylsuchende heute in der Schweiz

S. Depallens¹⁾, C. Plati¹⁾, A-E. Ambresin¹⁾, Lausanne

Übersetzung: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Allgemeine Zusammenhänge

Die Bezeichnung unbegleiteter minderjähriger Asylsuchender (UMA) bezeichnet Kinder oder Jugendliche mit Migrationshintergrund, die sich ohne gesetzlichen Vertreter an unseren Grenzen einfinden. Die Migrationsgründe sind vielfach, haben aber immer Armut und strukturelle Instabilität als Ursache. Hinter diesen Faktoren allgemeiner Verletzlichkeit finden sich stets wiederkehrend und allgegenwärtig die Problematik von Diskrimination und Ungleichheit unter den Geschlechtern, ethnische Konflikte und Gewalt oder der Verlust eines oder beider Elternteile. Die sich an der Grenze einfindenden UMAs werden unter Vormundschaft gestellt und ohne weiteres bis zur Volljährigkeit in der Schweiz aufgenommen. Die Aufnahmebedingungen variieren von einem Kanton zum anderen, mit grossen Unterschieden bezüglich Zugang zu angemessenen Wohnheimen, erzieherischer Unterstützung,

Schulung und angepasster körperlicher und/oder psychischer Betreuung. Unangepasste Aufnahmestrukturen beeinträchtigen die Entwicklung und verstärken die Verletzlichkeit Minderjähriger.

Zwei Erlasse wahren den Schutz Minderjähriger in der Schweiz; zum Ersten handelt es sich um kantonale Jugendschutzgesetze, zweitens um die UN-Kinderrechtskonvention (KRK), die durch die Schweiz ratifiziert wurde und folglich auf Bundesebene anwendbar ist. Diese Gesetzesartikel halten unter anderem fest, dass Minderjährige das Recht auf eine angemessene Betreuung (Schutz, Pflege, Schulung) haben, unabhängig von Nationalität und administrativem Status (Art. 22 und Art. 2, 1), und dass bei jeder hinsichtlich des Kindes getroffenen Entscheidung, das höhere Interesse des Kindes im Vordergrund stehen soll. (Art. 3, 1).

Es liegt demzufolge in der Verantwortung des Staates, der diese Minderjährigen aufnimmt,

eine angemessene Betreuung zu organisieren und die Durchsetzung der UN-Kinderrechtskonvention sicherzustellen.

Die derzeit von Kanton zu Kanton unterschiedliche Betreuung der UMAs und die Überlastung angemessener Aufnahmestrukturen, die zur Folge haben, dass Minderjährige in Strukturen für Erwachsenen aufgenommen werden, sind problematisch und werfen juristische und ethische Fragen auf.

Die europäische «Migrationskrise» betrifft heute auch die in die Schweiz gelangenden UMAs. Im Kanton Waadt hat sich ihre Zahl im Verlauf eines Jahres (2014–2015) verdreifacht, gesamtschweizerisch ist die Zunahme noch grösser (Abbildung 1). Diese rasche Zunahme hat in allen Kantonen zur Überfüllung der Unterkünfte und Überlastung der Betreuungs- und Schulungsmöglichkeiten geführt, und erfordert neue Überlegungen zur Schaffung angemessener Strukturen für Minderjährige.

UMA und Gesundheit

In gesundheitlicher Hinsicht sind UMAs dreifach verwundbar. Sie sind Migranten, jugendlich und ohne Unterstützung durch die Familie, ein für die Gesundheit Jugendlicher wichtiger Schutzfaktor. Sie kumulieren die der Migrantenpopulation einerseits und dem Jugendalter (psychische Gesundheit, Risikoverhalten) inhärenten Gesundheitsrisiken andererseits. Die zum Thema UMA publizierte Literatur beschreibt Jugendliche, die einem erhöhten Risiko für psychische Krankheiten, vermehrten Schwangerschaftsabbrüchen und Drogenkonsum ausgesetzt sind. Diese Verletzlichkeit unterstreicht die Notwendigkeit angemessener Massnahmen zugunsten dieser Population, um die Schranken zum Zugang zu medizinischer Betreuung abzubauen. Der Begriff angemessene Betreuung für UMAs umfasst eine multidisziplinäre (Kinder- und Allgemeinärzte, Sexualberatung, psychische Gesundheit) und transkulturelle Betreuung mit Sprechstunden in Gegenwart transkultureller Übersetzer/Mediatoren, auf vertraulicher Basis trotz vernetzter Arbeitsweise.

Im Kanton Waadt wurde seit 2008 ein Modell integrierter Betreuung entwickelt. In diesem Betreuungsnetz übernehmen Pflegefachpersonen die Rolle des «Gate keeping»; sie empfangen und sehen alle UMAs und weisen jene, die eine ärztliche Evaluation benötigen, an die entsprechende Fachstelle zu. Der medi-

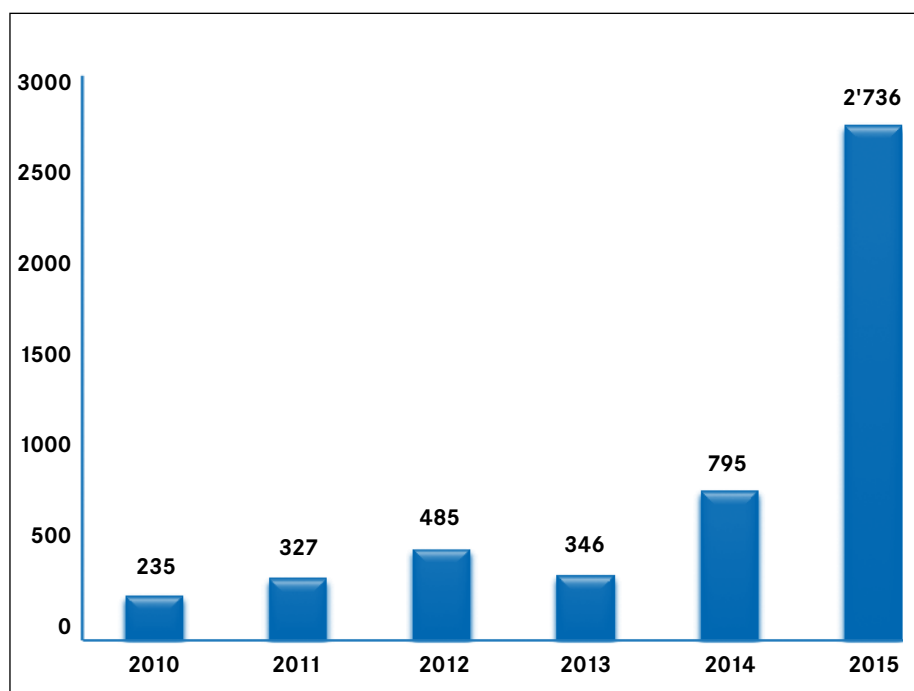


Abbildung 1: Jährliche Ankunftsanzahlen von UMA in der Schweiz (SEM 2015)

1) Division Interdisciplinaire de Santé des Adolescents (DISA), CHUV, Lausanne

zinische Pol, Kinder- und Jugendpsychiater/-psychologen und Kinder-/Allgemeinärzte umfassend, zentralisiert die Betreuung und weist bei Bedarf an Spezialärzte weiter. Die Betreuung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den Erziehern des Wohnheimes. Ein Protokoll hat zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Teams von Wohnheimen und somatischen und psychischen Betreuungsstrukturen, und damit zu verbessertem Zugang zu medizinischer Betreuung dieser vulnerablen Population geführt.

Aktuelle Herausforderungen UMAs betreffend

1. Festlegung der Minderjährigkeit

Die Kenntnisse der Medizin erlauben es nicht, das Alter eines Minderjährigen genau festzulegen. Die Fehlergrenze der verschiedenen Methoden (Knochenalter, Zahnstatus, CT-Scan des Schlüsselbeines) haben eine Fehlergrenze von ± 2 Jahren. Das Alter eines UMAs wird deshalb in den Empfangsstellen, in Abwesenheit einer erwachsenen Vertrauensperson, unter anderem auf Grund der Kohärenz der Angaben des UMAs festgelegt. Dieses Vorgehen wirft die Frage nach der Zuverlässigkeit der Angaben der Jugendlichen auf, im Wissen, dass viele nach einem langen und traumatisierenden Migrationsweg an der Grenze eintreffen, nicht zu sprechen von den im Ursprungsland erlebten Schrecken. Sind sie zu diesem Zeitpunkt in der Verfassung, ein Verhör zu ertragen? Wie zuverlässig sind je nach psychischem Zustand ihre Angaben? Gewisse minderjährige UMAs werden als volljährig erklärt. Solche Fehler haben dramatische Auswirkungen auf die weitere Integration des Jugendlichen, der nicht dieselbe Betreuung und auch nicht dieselben Schulungsmöglichkeiten hat, wie ein Jugendlicher, der als minderjährig erklärt wurde.

2. Betreuung in der Schweiz (Lebensbedingungen)

Wohnheime für UMAs bieten Jugendlichen mit Migrationshintergrund erzieherische Unterstützung und einen wohlwollenden Rahmen, um sie, gemeinsam mit der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde auf ihrem Bildungsweg und bei Fragen zu ihrer Gesundheit zu begleiten. Es ist vordringlich, Jugendlichen angepasste Wohn- und Rahmenbedingungen schaffen, ist vordringlich, will man ihre Vulnerabilität verringern und ihnen den notwendigen Schutz bieten. Die

Tatsache, dass sich derzeit in der Schweiz eine bedeutende Anzahl UMA in Erwachsenenstrukturen aufhält, sei es aus Überlastung, sei es weil in verschiedenen Kantonen Wohnheime für UMAs fehlen, ist besorgniserregend.

3. Zugang zu Schulung

Für Jugendliche ist Bildung ein wichtiger Gesundheitsfaktor und der Zugang zu Schulung gehört zu den Grundrechten der UN-Kinderrechtskonvention. In der Schweiz stehen derzeit zahlreiche UMAs auf Wartelisten von Schulen und bleiben monatelang unbeschäftigt, ohne Zugang zu Sprachintegrationskursen, was zu Zurückbleiben in der Schule führt oder eine mögliche Berufsbildung verhindert.

4. Übergang von Minder- zu Volljährigkeit

Der Übergang von der Minder- zur Volljährigkeit fällt oft mit dem Ausweisungsentcheid zusammen. Diese jungen Menschen befinden sich manchmal mitten in einer Ausbildung und sehen sich von einem Tag auf den anderen jeglicher Zukunftsperspektive beraubt. Dies kann beträchtliche Folgen für ihre psychische Gesundheit haben und die Not kann so gross sein, dass ihr Leben in Gefahr kommen kann. Es geht um die Frage, ob die Verletzlichkeit mit 18 Jahren + 1 Tag aufhört? Die aktuellen Kenntnisse zur Hirnentwicklung des Jugendlichen sprechen für eine Hirnreifung, die bis zum 25. Lebensjahr dauert; es ist damit fraglich, ob die bei 18 Jahren ange-setzte Grenze den Bedürfnissen und der Entwicklung junger Menschen entspricht.

Ansätze für die Zukunft

Die Schaffung einer nationalen multidisziplinären Arbeitsgruppe zur Betreuung der UMAs, mit Vertretern aus allen Kantonen, stellt eine Möglichkeit dar, die interkantonale Praxis zu harmonisieren und einen Konsens zu finden, der die grundlegenden Bedürfnissen aller in die Schweiz kommenden UMAs berücksichtigt. Nur die nationale Kohäsion aller Fachpersonen, die UMAs betreuen, kann erreichen, dass die damit verbundenen Herausforderungen bei den politischen Entscheidungsträgern Gehör finden.

Bildung ist ein für die Gesundheit Jugendlicher entscheidender Schutzfaktor; ein möglicher Weg wäre z. B., dass jungen Menschen, die in der Schweiz eine Ausbildung begonnen haben, ermöglicht wird, diese über das Errei-

chen ihrer Volljährigkeit hinaus fortzuführen. Während dieser Ausbildungszeit und Übergang von der Minder- zur Volljährigkeit würde eine erwachsene Bezugsperson (Vormund, Sozialarbeiter, Erzieher) den jungen Erwachsenen begleiten, auf der Basis eines Ausbildungsvertrages, mit dem Ziel, einen in der Schweiz, in einem Drittland oder im Ursprungsland realisierbaren Lebensentwurf auszuarbeiten.

Schlussfolgerungen

Trotz Straffung der Immigrationspolitik nimmt der Migrationsstrom nicht ab, und immer jüngere Jugendliche oder Kinder kommen ohne Schutz und Betreuung durch eine erwachsene Bezugsperson in die Schweiz. Diese jungen Menschen bleiben oft mittel- bis langfristig in der Schweiz und bedürfen auf Grund ihrer grossen Verwundbarkeit einer spezifischen Betreuung. Die Schweiz verfügt über die legalen Grundlagen zum Schutz dieser Minderjährigen, doch ist die praktische Umsetzung sehr inkonstant und ungleich. Auf eine nationale Zusammenarbeit bei der Betreuung der UMAs hinzuwirken, stellt eine absolute Priorität dar, will man die Situation dieser Jugendlichen verbessern.

Referenzen

- 1) UN General Assembly. Convention on the rights of the child. United Nations, Treaty series. 1989; 1577: 3.
- 2) Derluyn I Mels C Broekhaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J Adolesc Health*. 2009; 44: 291-7.
- 3) Narring F, Roulet N, Addor V, Michaud PA. Abortion requests among adolescents in comparison with young adults in a Swiss region (1990-1998). *Acta Paediatrica*. 2002; 91(8): 965-70.
- 4) Kirkcaldy BD Furnham AF Siefen RG. The effects of gender and migrant status on physical and psychological well-being. *Int J Adolesc Med Health*. 2009; 21: 61-72.
- 5) Depallens S Ambresin AE. Soins aux mineurs non accompagnés (MNA): l'expérience Lausannoise. *Rev Med Suisse*. 2010: 1248-52.

Korrespondenzadresse

Dr Anne-Emmanuelle Ambresin
Médecin cheffe
Division interdisciplinaire de santé des adolescents, DMCP Av. de Beaumont 48
CH-1011 Lausanne
anne-emmanuelle.ambresin@chuv.ch

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Empfehlungen des UN-Kinderrechtsausschusses an die Schweiz

Bericht der Sensibilisierungstagung vom 17. September in Genf¹⁾

Yvon Heller, Nyon, Françoise Narring, Genf

Übersetzung: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Organisation der Tagung

- Centre Inter facultaire en Droits de l'enfant de l'Université de Genève
- Netzwerk Kinderrechte Schweiz
- Internationales Institut der Kinderrechte

Im Anschluss an den 3. Überprüfungszyklus («Universal Periodic Review») der Schweiz durch den UN-Kinderrechtsausschuss im Januar 2015 wurde im September eine den Empfehlungen des UN-Ausschusses gewidmete Tagung veranstaltet. Wir beteiligten uns daran im Namen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP). Die schweizerische Delegation im Januar leitete Botschafter Stephan Cueni vom Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Wir berichten hier über diese Tagung und fügen einige Kommentare an, die unser persönliches Empfinden und keineswegs die Meinung der SGP widerspiegeln.

Es sei daran erinnert, dass die UN-Kinderrechtskonvention ein verpflichtendes Abkommen ist, das 41 untrennbare Artikel und 3 fakultative Protokolle umfasst, und durch die UNO 1989 angenommen wurde. Mit einer einzigen Ausnahme wurde es durch alle Länder (durch die Schweiz 1997) ratifiziert²⁾. Die Konvention betrifft alle Kinder. Der UN-Kinderrechtsausschuss unterstreicht, wie wichtig es ist, dieses Abkommen unter allen Fachleuten, die Kinder betreuen, selbstverständlich unter den Kindern, sowie der Bevölkerung ganz allgemein zu verbreiten.

Im Januar hat der Ausschuss 108 Bemerkungen gemacht, darunter über 50 an die Schweiz gerichtete Empfehlungen³⁾, mit der Verpflichtung, sie zu respektieren, darüber zu berichten und sie umzusetzen. Während dem Sensibilisierungstag wurde nur auf einige davon eingegangen.

Die Schweiz wurde insbesondere aufgefordert, im Bereiche Kinderrechte eine **nationa-**

le Strategie zur Förderung einer gesamtschweizerischen Anwendung der Kinderrechtskonvention zu entwickeln. Mehrere Hindernisse verhindern derzeit eine ordnungsgemässe Anwendung der Konvention in unserem Land:

- Gewisse Hindernisse sind **institutioneller** Natur. Kantonale Kompetenzen hindern die Anwendung und das Einführen einer landesweiten Umsetzungsstrategie der Kinderrechtskonvention. **Koordination** ist für einen föderalistischen Staat wie die Schweiz eine Herausforderung. Gefragt ist die Schaffung eines Organes auf Bundesebene, das die Umsetzung der Konvention koordiniert sowie ein unabhängiger Mechanismus zur Überwachung der Menschenrechte allgemein und der Kinderrechte im Besonderen. Im Bereiche Kinder und Familie tätige Organisationen der Zivilgesellschaft, wie z. B. die SGP, wären eingeladen, sich an einem solchen Koordinationsorgan zu beteiligen. Selbst die Kinder sollten in die Koordinationsarbeiten einbezogen werden. Überlegen sollte man sich auch das Einführen eines Ombudsmannes, ähnlich dem *Défenseur des enfants* in Frankreich oder dem *Délégué général aux droits de l'enfant* in Belgien, an welchen sich Kinder ebenso wie Eltern richten können.
- Besonders besorgt äussert sich der Ausschuss bezüglich **Sammlung von Daten und Statistiken** Kinder und Jugendliche betreffend. Diese müssen namentlich nach Alter, Geschlecht, Behinderung, geographischer Zone, ethnischem und nationalem Ursprung sowie sozioökonomischem Hintergrund aufgeschlüsselt werden. Die Qualität solcher Daten ist ein unabdingbares Mittel zur Umsetzung der Konvention und zu Forschungszwecken.

• In Bezug auf das Prinzip der **Nichtdiskriminierung** stellt der UN-Ausschuss noch zu

häufige Diskriminierung von Kindern aus Minoritäten (behinderte Kinder, Kinder mit Migrationshintergrund etc.) fest. Wir denken, dass es wichtig ist, die Gesundheitsbedürfnisse eines jeden Kindes zu berücksichtigen, und vernetzt und interdisziplinär zu arbeiten.

- Das Prinzip der **Beteiligung** des Kindes als Inhaber von Rechten findet sich nicht in allen Kantonen und wird nicht immer angewendet.

Wir stellten fest, dass Pädiatrie und UN-Konvention viele Anliegen und Interessen teilen, und dass sich die SGP bei der Umsetzung einer grossen Anzahl der gemachten Empfehlungen als wertvoller Partner erweisen kann. Wir regen zu folgenden Überlegungen an:

- Die Schweiz besitzt weltweit eine der reichsten Wirtschaften. Es sollte ein **Budgetverfahren** in die Wege geleitet werden, das Ausgaben zu Gunsten der Kinder klar ersichtlich macht. Ein solches Vorgehen würde die massgeblichen sozialen Gesundheitsfaktoren deutlicher zur Geltung bringen.
- Die **UN-Kinderrechtskonvention ist** bei Kindern, in der Bevölkerung und selbst unter den Kinderärzten **schlecht bekannt!** Das ist in zahlreichen Kantonen der Fall, wobei die Sensibilisierungsbemühungen gewisser Kantone wie Genf zu begrüssen sind. Die Schule spielt im Leben der Kinder eine wichtige Rolle und könnte vermehrt zur Information beitragen. Zurzeit werden Schüler vor allem Dank individueller Initiativen von Lehrerinnen und Lehrern informiert. Dies ist ungenügend. Die SGP sollte eine vermehrte Information und Förderung der UN-Konvention in Spitälern und Praxen anstreben. Die Schulgesundheitsdienste haben die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Lehrkörper die Konvention bei Kindern, Jugendlichen und Eltern besser bekannt zu machen.
- Die Rolle der UN-Konvention ist es, die Gesundheit aller Kinder, insbesondere aber der gefährdeten Bevölkerungsteile, zu schützen. Z. B. ist **Beteiligung** wichtig, um Zugang und Qualität der medizinischen Versorgung zu garantieren.

• Das **«Wohlsein des Kindes»** (*well-being, bien-être*) ist ein Grundprinzip der schwei-

zerischen Rechtsordnung, während die UN-Kinderrechtskonvention den Begriff *«best interest»* (Art. 3, Abs. 1) verwendet. Die Ratifizierungsurkunde durch die Schweiz hält fest: «Bei allen Massnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.»²⁾ Das «Wohl des Kindes» (und nicht das «Wohl-sein») wird zum «vorrangigen Gesichtspunkt».

Nun ist der UN-Ausschuss der Ansicht, dass die Begriffe «Wohl des Kindes» und *«best interest»*, nicht übereinstimmen und sich somit hinsichtlich ihrer Bedeutung und Umsetzung unterscheiden. Eine mögliche Erklärung könnte in der englischen Übersetzung des schweizerischen Zivilgesetzbuches liegen; dort wird der Begriff «Wohl des Kindes» durch *«well-being of the child»* (Wohlsein des Kindes, bien-être de l'enfant), wiedergegeben. Eine bessere Übersetzung wäre möglicherweise *«welfare of the child»*.

In Deutschland wird für einen neu zu schaffenden Artikel 2a Grundgesetz folgender Wortlaut vorgeschlagen (Abs. 4): «Dem Kindeswohl kommt bei allem staatlichen Handeln, das die Rechte und Interessen von Kindern berührt, vorrangige Bedeutung zu.»⁴⁾ Dazu ist in einem Kommentar des Kompetenzzentrums Kinderschutz zu lesen: «Was Kindeswohl konkret bedeutet und was im Detail als Kindeswohlgefährdung zu gelten hat, ist gesetzlich an keiner Stelle definiert. Beides sind so genannte unbestimmte Rechtsbegriffe. Es muss folglich in jedem Einzelfall eine eigenständige Interpretation erfolgen.»⁵⁾

«Ziel des Konzeptes des *«best interest»* ist, die vollständige und effektive Umsetzung aller in der Konvention festgehaltenen Kinderrechte wie auch die ganzheitliche Entwicklung des Kindes.»⁶⁾ Der Begriff *«best interest»* beinhaltet ein subjektives Recht des Kindes und setzt konkrete Massnahmen voraus, er stellt das Kind ins Zentrum des Kreises. Die Bezeichnung Wohlsein des Kindes lehnt sich unseres Erachtens an die WHO-Definition von Gesundheit an, ein Zustand physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, ein abstrakter Begriff, eine

Art Idealzustand, den es anzustreben gilt; das Kind ist nicht mehr im Zentrum, es wird Teil des Kreises aller beteiligten Personen. Das *«best interest»* des Kindes ist an weitere allgemeine Prinzipien der Konvention gebunden, wie die **Nichtdiskriminierung** (Art. 2), das **Recht auf Leben und Entwicklung** (Art. 6) und das **Recht, angehört zu werden** (Art. 12).

Ein Beispiel aus dem Kinderschutz zeigt die Bedeutung dieser zwiespältigen Interpretation auf. Im Januar 2015 hat sich die FMH gegen die Verpflichtung des Arztes (was unserer Meinung nach im *«best interest»* des Kindes liegt), und für das Recht des Arztes (im Sinne des Wohlseins des Kindes), Misshandlungen zu melden, ausgesprochen.

In Bezug auf Schutz gefährdeter Populationen, wie in Heimen untergebrachte Kinder, bemerkt der Ausschuss: *«Emotional care is a basic need of children; if parents or other primary caregivers do not fulfil the child's emotional needs, action must be taken so that the child develops a secure attachment. Children need to form an attachment to a caregiver at a very early age, and such attachment, if adequate, must be sustained over time in order to provide the child with a stable environment.»*⁷⁾

- Um diesem Sachverhalt abzuwehren, ist die SGP aufgerufen, sich weiterhin für eine bessere **Aus- und Fortbildung** der Kinderärzte im Bereiche Kinderschutz und Kinderrechte einzusetzen.

Die Empfehlungen sprechen zahlreiche weitere, den Kinderarzt betreffende Themen an. Diese reichen von allgemeinen Betrachtungen zur Gesundheit bis zum Thema Stillen. Die Frage der Asylbewerber, der Flüchtlinge und Sans-papiers wird aufgeworfen, wobei hervorgehoben wird, dass jedes ohne Landeszugehörigkeit in der Schweiz geborene Kind die schweizerische Nationalität erhalten sollte. Der UN-Ausschuss spricht sich gegen die Babyfenster aus. In der Frage der Gewaltanwendung Kindern gegenüber, nimmt der Ausschuss Stellung zur Körperstrafe, zur Notwendigkeit, nationale Daten über Gewaltakte Kindern gegenüber zu erheben und zugunsten einer globalen Präventionsstrategie. Der Ausschuss empfiehlt, die Wirksamkeit existierender Strukturen zur Gewaltverhinderung zu evaluieren, die nationale Koordination im

Kampf gegen alle Formen von Gewalt Kindern gegenüber zu verstärken, und sich vermehrt der geschlechtlichen Dimension von Gewalt und des Problems der weiblichen Genitalverstümmelung anzunehmen.

Der UN-Ausschuss ermuntert die Schweiz, Massnahmen zur Unterstützung der Familien zu verstärken und die Vorschul- und schulergänzende Kinderbetreuung zu fördern. Unseres Erachtens sollte die SGP sich dafür einsetzen, dass spezifischen Bedürfnissen der Kinder (Entwicklungsstörungen, Behinderung, Kinderschutz etc.) bei der Zuteilung von Krippenplätzen vermehrt Rechnung getragen wird, Zuteilung die heutzutage mehr auf arbeitsbedingte und ökonomische Überlegungen Rücksicht nimmt. Bezüglich Rechte von Kindern mit Behinderungen spricht sich der Ausschuss für integrierende erzieherische Methoden aus, das bedeutet, dass jedes Kind, unabhängig von der Schwere seiner Behinderung, in einer Normalschule und nicht einer Institution eingeschult werden sollte. Die Empfehlungen nehmen schliesslich zur geistigen Gesundheit Stellung und unterstreichen die besondere Bedeutung der Suizidprävention.

Die erwähnten Themen sind komplex und erfordern einige allgemeine Kommentare. Von Bedeutung ist Weiter- und Fortbildung der Kinderärzte in diesen Bereichen; im Weiteren ist es wichtig, Kindern, Jugendlichen und Eltern das Wort zu geben. Schliesslich erscheint uns die Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten und Kinderpsychiatern sowie zwischen Gesundheitsfachleuten und Fachleuten aus Schule, Sozialwesen, Justiz und Politik wesentlich – immer in Hinblick auf die Kinderrechte.

Die Ziele der im Januar 2016 in Kraft tretenden Strategie Nachhaltige Entwicklung (SNE)⁸⁾ können dazu beitragen, diese Überlegungen voranzutreiben. Die Schweiz ist in diesem Bereich sehr aktiv. Anlässlich der in Genf vor kurzem stattgefundenen Zusammenkunft der ISSOP (*International society for social pediatrics and child health*)⁹⁾ zeigte sich, dass Pädiater in einer Strategie, in welcher die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen vorrangig ist, eine Rolle zu spielen haben. Es wurde insbesondere gezeigt, dass Dank der engen Verbindungen zwischen SNE, UN-Konvention und Empfehlungen des Ausschusses, Entscheidungen in eine für Kinder und Jugendliche positive Richtung gelenkt werden können.

Die SGP kann gegenüber gewissen Empfehlungen des Ausschusses durchaus Vorbehalte haben, sie ist jedoch verpflichtet, für sie einzutreten und zu deren Umsetzung beizutragen. In der Tat kann man eine Übereinstimmung der Interessen und Befürchtungen von SGP und UN-Ausschuss in Bezug auf zahlreiche in den Empfehlungen erwähnte Zielsetzungen feststellen. Die UN-Konvention hat den Zusammenhang zwischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und Verantwortung der Gesellschaft klargelegt. Die medizinischen Fachgesellschaften, in unserem Fall die SGP, sollten öffentlich Stellung nehmen, um allen Kindern hier und anderswo Mitbeteiligung und Zugang zu medizinischer Betreuung und Rehabilitation zu gewährleisten. Es ist wichtig, dass SGP und fPmh (Ärztliche Union für Kinder und Jugendliche) schon heute aktiv den nächsten Überprüfungszyklus der Schweiz, der 2020 stattfinden soll, vorbereiten.

Gesundheit ist ein Recht jedes Mannes, jeder Frau und jedes Kindes.

Wir danken Philippe Jaffé, Direktor des Centre Inter facultaire en Droits de l'Enfant der Universität Genf und Jean Zermatten, Gründer des Internationalen Instituts der Kinderrechte und ehemaliger Präsident des UN-Kinderrechtsausschusses, für das aufmerksame Durchlesen dieses Artikels und ihren unermüdlichen Einsatz an unserer Seite für die Sache der Kinder und Jugendlichen in der Schweiz.

Referenzen

- 1) Programm der Tagung: http://www.childsrights.org/documents/actualites/divers/Programme_17-09-15_F.pdf.
- 2) Übereinkommen über die Rechte des Kindes, Ratifikationsurkunde durch die Schweiz, hinterlegt am 24. Februar 1997, in Kraft getreten für die Schweiz am 26. März 1997 (Stand 4. Juni 2014).
- 3) <http://www.netzwerk-kinderrechte.ch>.
- 4) <http://www.unicef.de>.
- 5) <http://www.kinderschutz-in-nrw.de>.
- 6) UN-Kinderrechtsausschuss: Allgemeine Bemerkungen n°14 (2013) zum Recht jedes einzelnen Kindes, dass sein Wohl als vorrangiger Gesichtspunkt berücksichtigt wird (Art. 3, Abs. 1).
- 7) Convention on the Rights of the Child, General comment No. 14 (2013) on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1), 72.
- 8) Report of the Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/68/970.
- 9) www.lssop2015.org.

Internetseiten

- Institut International des droits de l'enfant: <http://www.childsrights.org>
Lien vers la journée du 17.9.15: <http://www.childsrights.org/actualites/onu/607-recommandations-a-la-suisse>
- UN-Kinderrechtskonvention: <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
<http://www.kinderrechtskonvention.info>
- ISSOP: www.lssop2015.org
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie: www.swiss-paediatrics.org

Korrespondenzadresse

yvon.heller@bluewin.ch
françoise.narring@hcuge.ch

Tripartiten Agglomerationskonferenz «Aufwachsen – gesund ins Leben starten»

Sabine Heiniger Eggimann, Bolligen

Die Zeit von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die allerersten Lebensjahre eines Kindes bilden für alle Familien eine hochsensible und vulnerable Phase. Mütter und Neugeborene mit Migrationshintergrund sind deutlich weniger gesund als Schweizer Mütter und ihre Babys. Der Integrationsdialog «Aufwachsen – gesund ins Leben starten» hat zum Ziel Massnahmen zu ergreifen, die darauf ausgerichtet sind Rahmenbedingungen für eine gute körperliche, seelische und soziale Entwicklung im frühen Kindesalter zu schaffen. Getragen wird der Dialog von der tripartiten Agglomerationskonferenz (Bund, Kantone, Städte und Gemeinden).

Von einer Arbeitsgruppe wurde ein Empfehlungspapier mit Aktionsfeldern ausgearbeitet und im Juni 2014 von der tripartiten Agglomerationskonferenz (TAK) verabschiedet. Der Dialog läuft nun bald zwei Jahre.

Unten sind die neuesten Entwicklungen seit März 2015 aufgeführt. Hintergründe und Grundlegendendokumente zum Dialog sowie weiterführende Informationen zu den Dialogprojekten finden sich auf der Website www.dialog-integration.ch/aufwachsen.

Forschungssymposium: Mutter-Kind-Gesundheit, Migration, Armut

Am 24. November 2015 präsentierten Forscherinnen auf Einladung des Bundesamts für Gesundheit in Bern aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Mutter und Kind im Kontext von Migration und Armut. Eingeladen waren Fachpersonen aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Integration, Frühe Förderung und aus der Wissenschaft.

Das SRK lancierte diesen Sommer mit **migesExpert.ch** eine neue Webseite für Fachpersonen, die im Rahmen ihrer Arbeit Menschen mit Migrationshintergrund behandeln, beraten oder begleiten. migesExpert unterstützt ÄrztInnen darin, geeignete Dolmetschdienstleistungen zu finden, migrationsrelevante Faktoren in der Behandlung miteinzubeziehen

oder versicherungsrechtliche Faktoren im Rahmen der Aufenthaltsbedingungen zu verstehen. migesExpert ist im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit (2008–2017) entwickelt worden. www.migesExpert.ch.

Anfang Jahr luden das Bundesamt für Gesundheit und die Fachstelle für Rassismusbekämpfung FRB die am TAK-Dialog beteiligten Verbände ein, Gesuche für Forschungsvorhaben zu «Hindernissen im Zugang zur Gesundheitsversorgung rund um Schwangerschaft und Geburt» einzugeben.

Daraufhin konnten diesen Sommer zwei Forschungsvorhaben lanciert werden:

BRIDGE-Barrierfreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen

Die Studie von Forscherinnen der Berner Fachhochschule (Angewandte Forschung & Entwicklung, Disziplin Geburtshilfe), der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Institut für Hebammen, Forschungsstelle Hebammenwissenschaft), des Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut, von Family Start beider Basel und des Schweizerischen Hebammenverbands hat zum Ziel, kommunikative Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung bzw. in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von allophonen Frauen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund aus der Perspektive von Nutzerinnen, geburtshilflich tätigen Fachpersonen und Dolmetschenden zu beschreiben. Anfang 2017 werden entsprechende Empfehlungen an Fachverbände adressiert. <http://www.dialog-integration.ch/de/aufwachsen/dialog-projekte/bridgestudie>.

COMIRES II – Bedürfnisse von Schwangeren und Wöchnerinnen besser verstehen

An den Universitätsspitalern Genf und Zürich werden 300 schwangere Frauen oder Frauen

im Wochenbett zur Nutzung der entsprechenden Angebote befragt. Damit soll bis Ende 2016 das bestehende Informationsmaterial für Frauen und Gesundheitspersonal bedarfsgerecht angepasst werden. Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG unterstützt das Projekt ideell. <http://www.dialog-integration.ch/de/aufwachsen/dialog-projekte/beduerfnisse-schwangere-verstehen>.

Weitere neue Projekte im Rahmen des TAK-Dialogs sind:

Erweiterung der Standards und Richtlinien in der Mütter- und Väterberatung mit den Themen Integration und Migration

Basierend auf aktuellen Materialien und Empfehlungen für die Arbeit mit Migrationsfamilien erarbeitet der Schweizerische Verband Mütter- und Väterberatung (SF MVB) zusammen mit Fachpersonen aus den Bereichen Mütter-Väter-Beratung und Integration ein Modul «Integration und Migration», welches direkt in der Arbeit der Mütter- und Väterberaterinnen eingesetzt werden kann. Das Modul wird dabei in das bestehende Qualitätssicherungsinstrument «Standards und Richtlinien in der Mütter- und Väterberatung» aufgenommen. Damit erhält das Thema Integration einen festen Platz im Referenzsystem der MVB. Ergänzend dazu wird ein Themendossier aufbereitet (deutsch, französisch und italienisch), das online zur Verfügung stehen wird.

Wirksamkeit der Angebote zur Frühen Förderung

In den letzten Jahren sind in vielen Gemeinden, Angebote im Frühbereich entstanden oder ausgebaut worden. Dies mit dem primären Ziel, Familien und ihre Kleinkinder so zu unterstützen, dass letztgenannte sich optimal entwickeln können und beim Start der obligatorischen Schulzeit die Chancen gerecht verteilt sind. Die Nutzung und Wirksamkeit der Familienangebote soll nun mit der Studie «Angebote der Frühen Förderung in der Schweiz» der Hochschule Luzern und des Instituts für Elementar- und Schulpädagogik IESP bis Ende 2018 schweizweit untersucht werden.

«fide-Sprachkurse zu Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit»

Auf die Einladung zur Gesuchseingabe hin können in den Jahren 2015/2016 schweizweit 19 Pilotsprachkurse von 14 Projektträger-

schaften über den Integrationsförderkredit finanziell unterstützt werden:

Und auf der politischen Ebene

Am 24. Juni 2015 veröffentlichte der Bundesrat seinen Bericht in Erfüllung des **Postulates Maury Pasquier (12.3966): «Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund»**. Der Bundesrat bekräftigt im Bericht sein Engagement für den Integrationsdialog.

Sensibilisierung vor Ort

Verschiedene Integrationsdelegierte aus allen Landesteilen planen 2016 kantonale und kommunale Netzwerktreffen zu Gesundheit und Integration in der frühen Kindheit. Ziel dieser Treffen ist, dass sich die Akteure vor Ort vernetzen, die verschiedenen Angebote kennenlernen und für die Anliegen des Dialogs Aufwachsen sensibilisiert werden. Gleichzeitig gewinnen die nationalen Akteure eine Übersicht über die Vernetzung des Frühbereichs vor Ort und kennen den weiteren Handlungsbedarf.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sabine Heiniger
FMH für Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin
Kistlerstrasse 23A
3065 Bolligen/BE
sabine.heiniger@hin.ch

«Kinderärztin/Kinderarzt vor Ort»

Jeden Tag flüchten Tausende von Familien vor Gewalt und Unterdrückung aus ihrem Heimatland und setzen ihr Leben aufs Spiel, um vor die Tore Europas zu gelangen. Zurück von ihrem Einsatz in Griechenland, erzählt **Barbara Suter, Basler Kinderärztin von Médecins du Monde Suisse**, von ihren Erfahrungen:

«Die meisten Flüchtlinge kommen während der Nacht an und wir müssen oft grosse Zuströme innerhalb weniger Stunden bewältigen. Um sie in diesem prekären Umfeld zu betreuen, haben wir mehrere Zelte eingerichtet, die über eine Stromversorgung verfügen. So haben wir elektrisches Licht und können uns den immer rauer werdenden klimatischen Bedingungen anpassen.»

Über die Hälfte der durch die ärztlichen Teams durchgeführten Behandlungen betreffen Kinder. Diese leiden hauptsächlich unter Infektionen der Atemwege, Verdauungsstörungen und Hautproblemen, die auf fehlende Hygiene zurückzuführen sind. Zudem verteilen die Teams wenn nötig Decken und wärmere Kleider.

«Manche Kinder tragen noch die von der Überfahrt nassen Kleider und haben keine Ersatzwäsche dabei. Zudem leiden viele ebenfalls unter den Auswirkungen vom Stress, dem ihre Familie ausgesetzt ist, den sie jedoch nicht verstehen», erklärt uns Barbara.

Helfen Sie uns Einsätze wie jenen von Barbara zu unterstützen. Ihre Rolle innerhalb des Teams ist unerlässlich, damit die Flüchtlingskinder in dieser noch nie da gewesenen humanitären Krise die notwendige Grundversorgung erhalten. **Wir zählen auf Ihre Grosszügigkeit.**

Besuchen Sie für Ihre Spende oder für weitere Informationen zu unseren Einsätzen unsere Webseite www.medicinsdumonde.ch.



migesExpert.ch Die Info-Webseite für Ärztinnen und Ärzte zu Migration und Gesundheit

Das SRK lanciert mit migesExpert.ch eine neue Webseite für Fachpersonen, die im Rahmen ihrer Arbeit Menschen mit Migrationshintergrund behandeln, beraten oder begleiten.

Ärztinnen und Ärzte, aber auch andere Fachpersonen stossen bei der Behandlung und/oder Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der Verständigung oft an Grenzen.

Besonders im Bereich der frühen Kindheit ist von entscheidender Bedeutung, dass die pädiatrische Versorgung auch Migrationsfamilien erreicht (vgl. Paediatrica Vol. 26 Nr. 4 IX/2015).

Die neu entwickelte Info-Webseite migesExpert.ch bietet hierzu praxisnahe Informationen, Tipps und Tools, die zu einer gelungenen Interaktion beitragen.

migesExpert unterstützt Ärzte darin, geeignete Dolmetschdienstleistungen zu finden, migrationsrelevante Faktoren in der Behandlung miteinzubeziehen oder versicherungsrechtliche Faktoren im Rahmen der Aufenthaltsbedingungen zu verstehen. Dieses Verständnis schafft Vertrauen, verbessert die Arzt-Patienten-Beziehung und fördert den Behandlungserfolg.

Oft ist es schon hilfreich, im Rahmen einer medizinischen Beratung zusätzlich mehrsprachige Gesundheitsinformationen abzugeben und damit das Vertrauensverhältnis zu stärken. Manchmal werden qualifizierte Dolmetschende benötigt, um exakte Diagnosen stellen zu können und der Aufklärungs- und Informationspflicht gerecht zu werden. migesExpert.ch liefert hierzu unkomplizierte Hilfestellungen, die rasch online abgerufen werden können.

Das Schweizerische Rote Kreuz hat seine Erfahrungen zur Förderung der Gesundheitschancen, besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen in die Entwicklung dieser neuen Webseite eingebracht. Für die Bereiche Kommunikation, Anamnesegespräche, Patienteninformationen und aufenthaltsrelevante Fragestellungen enthält diese anwendungsori-

enterte Webseite praxisnahe Tipps sowie Hintergrundinformationen. Es unterstützt Ärztinnen und Ärzte sowie andere Fachpersonen bei der Behandlung und Begleitung ihrer Patientinnen und Patienten im Migrationskontext. migesExpert ist im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit (2008–2017) entwickelt worden.

Es wird als Erweiterung (neue Rubrik) der Webseite migesplus.ch geführt, welche seit mehr als zehn Jahren mehrsprachige Gesundheitsinformationen bereit stellt und Fachpersonen aus Gesundheitsförderung und Prävention dabei unterstützt, Projekte, Massnahmen und Kampagnen so zu gestalten, dass auch die Migrationsbevölkerung erreicht wird. Zudem ist die Seite auch über die eigene Domain www.migesexpert.ch zugänglich und für mobile Geräte nutzbar.

Schweizerisches Rotes Kreuz
migesplus.ch



Den SGP-Ernährungsplan zur Einführung der Lebensmittel beim Säugling gibt es nun in 11 Sprachen

Dank der engen Zusammenarbeit mit der Stiftung Stillförderung Schweiz wurde die Broschüre «Ernährung rund um Schwangerschaft und Stillzeit» in 7 weitere Sprachen übersetzt. Zusätzlich zu drei Landessprachen und Englisch gibt es nun eine albanische, arabische, portugiesische, serbo-kroatische, spanische, tamilische und türkische Ausgabe.

Sie können von der Webseite <http://www.swiss-paediatrics.org/> heruntergeladen werden.

La guida SSP per l'introduzione degli alimenti per il lattante esiste ora in 11 lingue

Grazie alla proficua collaborazione con la fondazione Promozione allattamento al seno Svizzera, l'opuscolo «Alimentazione durante la gravidanza e l'allattamento» è stato tradotto in altre 7 lingue. Oltre le versioni in tre lingue nazionali e in inglese, è ora disponibile pure in versione albanese, araba, portoghese, serbo-croata, spagnola, tamil et turca.

Può essere scaricato dal sito <http://www.swiss-paediatrics.org/>.

Le miroir aux alouettes

Benoîte Crevoisier
Éditions de l'Aire, 1994

Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

d'examiner les plats lorsque nous mangeons chez les autres. Combien de fois la politesse l'emporte-t-elle sur la répugnance, même injustifiée, et ne se force-t-on pas?»

Korrespondenzadresse

Schlaepfer2301@bluewin.ch



*«Dogan ne pouvait connaître le rapport affectif que Marie entretenait avec le porc. Elle n'en préparait jamais pour lui. Mais elle aurait bien voulu savoir l'origine historique de l'interdit religieux. Un soir la éclata guerre du cochon.»
Il ne pouvait savoir que «l'élevage, l'engraissement des porcs et l'avènement de la pomme de terre avaient contribué à éradiquer la famine du pays».*

«Dans la cuisine, la lumière jaune du néon brûle les yeux irrités de Marie. Elle prépare le souper. Saoule d'épuisement, elle glisse traîtreusement le steak de bœuf à côté de sa tranche de porc. De la chambre il épie les gestes de Marie. Il surgit devant la cuisinière, voit la promiscuité coupable des deux portions de viande dans le poêle. Il entame une danse protestation. Cris rogues et gestes coléreux.

Tout à coup, Marie se sent excédée par ces interdits musulmans qui heurtent sa vénération pour l'animal nourricier de son enfance rurale. La pelle menaçante, elle gueule, elle explose, elle dit tout, en vrac, lance en paquets les mots de rage. Elle en a assez, assez. Elle jette dans le conflit tout son répertoire de jurons, contre le ciel, contre la terre, contre lui l'étranger.»

«Il n'existe rien de plus subjectif que la nourriture. Devant un parterre d'enfants, si vous parlez du riz, la moitié des auditeurs se frotte le ventre de bonheur et l'autre moitié fait une grimace dégoûtée. Les atavismes alimentaires sont si forts, si reliés à la façon maternelle de cuisiner, si dépendants du biotope d'origine, qu'une évolution mentale énorme est nécessaire pour élargir la palette gastronomique.

Il était impossible de leur préparer des repas collectifs. Ils décourageaient les cuisiniers les plus inventifs. Les gens disaient qu'ils étaient «gâtés». Mais non! Le mal-être de leur vie actuelle se manifestait dans leur mauvais rapport avec la nourriture qu'on leur offrait. Suspicion instinctive qui se retrouve de maison en maison. Qu'on s'arrête un instant à notre façon

Benoîte Crevoisier wurde 1938 in Lajoux, ein Dorf in den Freibergen, als zehntes von zwölf Kindern geboren. Sie war Lehrerin in der Dorfschule ihres Heimatortes.

In ihrer einfachen, direkten, ungeschminkten, aber emotionsgeladenen Sprache, die verhaltene, aber jederzeit entflammbare Gefühle ahnen lässt, erzählt uns die Autorin die Abenteuer und Missgeschicke, die Marie, die Lehrerin, im Kontakt mit Asylbewerbern erlebt, denen sie in ihrem Dorf begegnet.

Die Verunsicherung, Scham und Zurückhaltung, aber auch die Wutausbrüche, die Beharrlichkeit und der enorme gute, aber manchmal unbeholfene Willen dieser Menschen führen Marie in eine neue Welt. Marie verstand sie, aber manchmal gehen sie ihr auf die Nerven. Die Gefühle des Fremden konfrontieren sie mit ihren eigenen Gefühlen und Lebenserfahrungen, mit ihrem Festhalten an ererbten Werten.

So ist der Zusammenstoss denn heftig, als der «Krieg um das Schwein» ausbricht.