

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

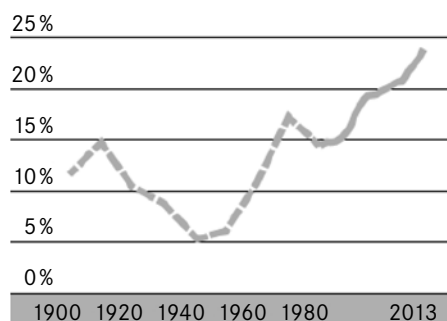
300'000 geschätzt! Migration ist deshalb eine zentrale Problematik, insbesondere in Bezug auf das Gesundheitswesen, da oft angenommen wird, Migranten befänden sich in weniger guter Gesundheit als die einheimische Bevölkerung.

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 kompli-

ziert, 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

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 %

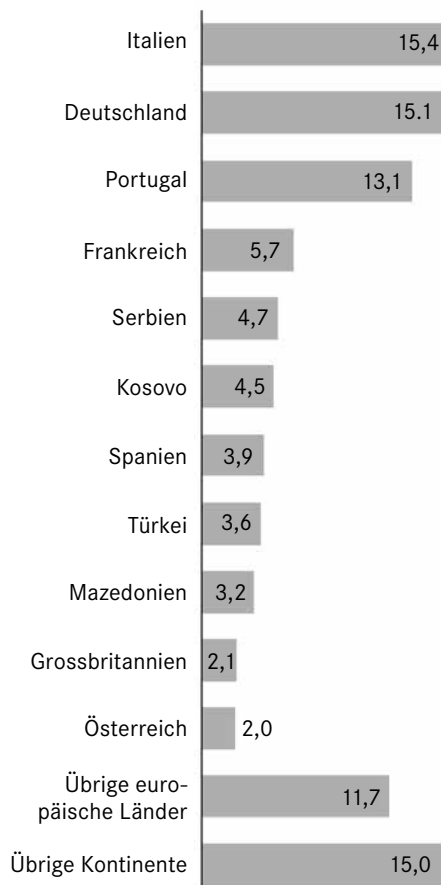


Tabelle 1: Ausländische Wohnbevölkerung in der Schweiz, 2013 (BFS).

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 Post-traumatic 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

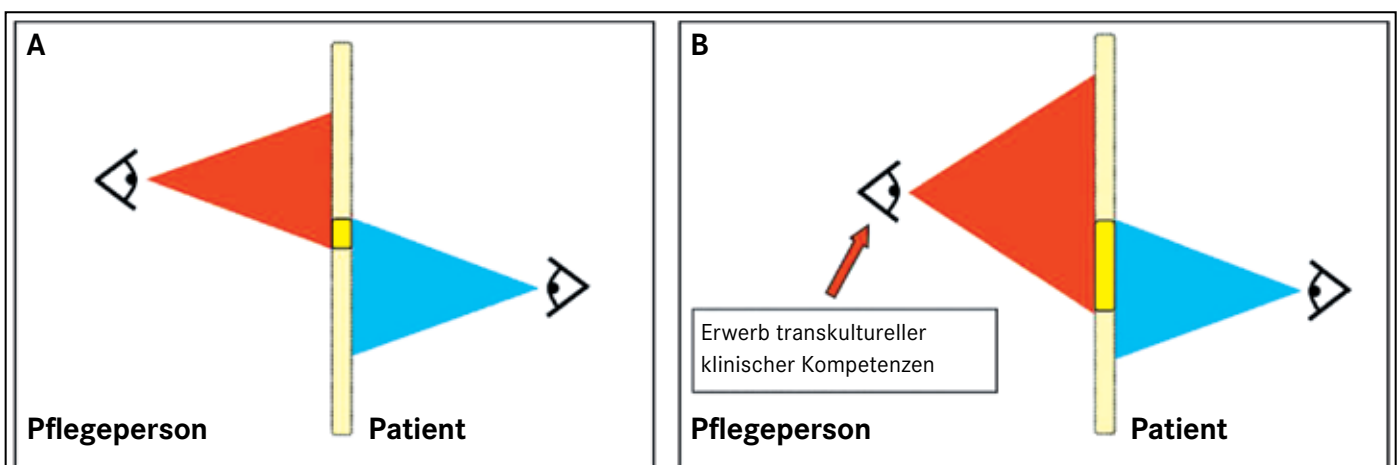


Abbildung 1: Was ist vom Erwerb transkultureller klinischer Kompetenzen zu erwarten?²⁰⁾

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 Kliniker

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
• Fehlende oder ungenügende soziale Sicherheit • Unsichere rechtliche Situation • Integrationsgrad der Eltern im Immigrationsland • Unbegleiteter minderjähriger Asylsuchender (UMA) • Sprachprobleme (Kommunikation)	• Vor Ankunft Gewalt, Folter, ökologischer Katastrophe ausgesetzt • Ausgeprägte Kultur- und Sprachunterschiede	• Inkubation einer «exotischen» Krankheit • Lager-, Gefängnis-, Spitalaufenthalt • Andersartige Essgewohnheiten • Epidemie im Ursprungsland, endemisches Sumpfgebiet 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 abzuweichen, 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
• Durch Mutter übertragene Infektion (HBs, HIV, Syphilis) • Chagas wenn Ursprungsland in Lateinamerika (v.a. Bolivien) • Anthropometrische Daten	• 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	• Folgeschäden eines akuten rheumatischen Fiebers (Herzgeräusch) • Zeichen einer Tuberkuloseinfektion (chronischer Husten, Gewichtsverlust) • Hepato-/Spleno-megalie • 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 Präxipersonal) 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
1. Arztbesuch: • Anamnese und detaillierte klinische Untersuchung • Ausschluss von Problemen, die unmittelbare Schutzmassnahmen oder Isolierung erfordern • Synthese, Erklärung, Kalender der Nachkontrollen Einige Tage später (Tag 1): • Mantoux-Test, falls indiziert • Impfungen ergänzen, je nach Alter, Vorgeschichte, Herkunftsland usw. • Behandlung oder Suche nach Parasiten, falls indiziert Tag 3: • Mantoux-Test ablesen Nach 4–6 Wochen: • BB, Ferritin, Serologien (Tetanus, Hepatitis B, weitere je nach geographischer Herkunft des Kindes und anamnestischen Umständen (HIV, Hepatitis, Vit. D, Hämoglobinopathien) ...) Nach 8 Wochen: • Untersuchung von Entwicklung, Gehör, Sehschärfe usw. ergänzen • Resultate der Blutentnahme besprechen • Impfungen in Funktion der «Impfantwort» ergänzen	• 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 Blutausschuss) • Bei Fieber und je nach Kontext und geographischer Herkunft auch: • 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, wohlwollen 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.