

Öffentliches Fachgespräch

**„Mütter- und Kindergesundheit
in Entwicklungs- und Schwellenländern“**

des Ausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (AwZ)

am Mittwoch, dem 19.10.2016, 11.00 – 13.00 Uhr

Schriftliche Stellungnahme

Sachverständige: Dr. med. Gisela Schneider, Direktorin Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V. (Difäm e.V.) und Co-Sprecherin der AG Gesundheit, VENRO:

Kontakt: schneider@difaem.de

In diesem Statement beziehe ich mich vorwiegend auf die Müttergesundheit. Herr Marwin Meier, World Vision Deutschland, wird die Sicht der Kindergesundheit beleuchten. Eine gute Übersicht über die Problematik gibt der „Global Strategy Report for Women’s, Children’s and Adolescent’s Health 2016-2030)¹

In den letzten 15 Jahren sind große Erfolge in der Reduktion der Mütter- und Kindersterblichkeit erzielt worden. Dennoch ist die **Müttersterblichkeit² weltweit mit 216 / 100.000 Lebendgeburten** immer noch viel zu hoch, insbesondere in Ländern wie der Demokratischen Republik Kongo, Liberia oder Sierra Leone erreicht die Zahl z.T. über 1000 / 100.000 Lebendgeburten³.

Müttersterblichkeit ist ein multifaktorielles Geschehen. Sie reflektiert sehr gut, welche Rechte Frauen und Mädchen in einer Gesellschaft haben und spiegelt die Qualität eines Gesundheitssystems wider.

Um die Zusammenhänge zwischen Müttersterblichkeit, Gesundheitssystemen und Entwicklung besser zu verstehen, will ich eine kurze Fallbeschreibung vorstellen, die sich auf den afrikanischen Kontext bezieht, sich aber ebenso auf Situationen in vielen anderen LMIC⁴ übertragen lässt.

Fatou S. ist Mutter von 5 Kindern und ernährt ihre Familie durch Subsistenz-Landwirtschaft. Ihr Mann ist chronisch krank und kann kaum etwas zur Entwicklung der Familie beitragen. Als Fatou S. merkt, dass sie schwanger ist, ist sie entsetzt, denn eigentlich wollte sie nicht mehr schwanger werden. So wie 222 Mio. Frauen weltweit, die eine Schwangerschaft verhüten wollen, aber keinen Zugang zu effektiver Familienplanung haben.

Fatou nimmt es stoisch hin. Erst im 4. Monat ihrer Schwangerschaft geht sie in das 5 km entfernte Gesundheitszentrum, wo sie an der ersten Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchung teilnimmt. Sie wird registriert, bekommt ihren Blutdruck gemessen und durchläuft Basislaboruntersuchungen, die alle im Normbereich liegen. Sie kennt die Prozedur der Vorsorge und daher reicht es ihr, dass sie nun ihren Schwangerenpass hat.

Auf weitere Besuche in der Klinik verzichtet sie angesichts der beginnenden Regenzeit und der gegebenen Arbeitsbelastung, obwohl sie vom Personal auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen hingewiesen wurde.

Ihre Schwangerschaft verläuft normal, ebenso wie die Arbeit auf dem Feld und in der Familie. Im 8. Schwangerschaftsmonat bemerkt Fatou, dass sie hin und wieder blutet. Sie hat keine Schmerzen und das Kind bewegt sich. Ja, sie sollte eigentlich in die Klinik gehen, aber im Moment passt es einfach nicht. Dann werden die Blutungen stärker und sie macht sich auf den 5 km langen Fußweg zum Gesundheitszentrum. Dort wird sie aufgenommen und das ausgebildete Personal erkennt die Notfallsituation und will die Patientin ins Distriktkrankenhaus zur Ultraschalluntersuchung und dem wohl notwendigen Kaiserschnitt verlegen.

¹ <http://www.everywomaneverychild.org/global-strategy-2>

² Müttersterblichkeit: Definition: Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder 42 Tage nach Schwangerschaftsende, unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft oder dem Ort, an dem sie stattfindet oder den Maßnahmen, die in Bezug auf sie getroffen wurden, jedoch nicht, wenn die Todesfälle auf Zufälle oder Versagen zurückzuführen sind.“ (WHO)

³ Alkema L.: Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015 (Lancet [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7))

⁴ LMIC: Low and Middle Income Country

Für den Transport ins Krankenhaus muss der Ehemann Diesel auftreiben, denn der Tank des Ambulanzfahrzeugs ist leer – wertvolle Zeit geht verloren. Im Krankenhaus angekommen, gibt es leider keinen Strom und so fällt die Ultraschalluntersuchung aus. Die klinischen Zeichen sind eindeutig und so wird Fatou S. für einen Notfallkaiserschnitt vorbereitet. Sie braucht Blut, aber leider gibt es keine Blutbank. Es muss ein Spender gefunden werden. Wertvolle Zeit vergeht, am Ende findet ein Kaiserschnitt statt, das Baby überlebt, aber die Mutter bekommt ihre Blutkonserven zu spät – wie viele Frauen stirbt die Mutter von 6 Kindern an den Folgen ihrer schweren Blutungen.

Ihr Beispiel erklärt uns die Problematik der Müttersterblichkeit, die in „4 D“ **zusammengefasst werden kann:**

- **D1: Denying women education and empowerment**

Fatou hatte kein Interesse daran schwanger zu werden, aber sie war weder über die Möglichkeit der Familienplanung informiert, noch hatte sie Zugang zu entsprechenden Formen der FP, wie z.B. der Pille oder dem in ihrem Fall zu bevorzugenden Implantat, das sie vor der Schwangerschaft hätte schützen können. Ihre sexuellen und reproduktiven Rechte und der Zugang dazu waren ihr verwehrt.

222 Mio. Frauen geht es weltweit genauso, und obwohl wir ohne Probleme allen Frauen und Mädchen eine ihrer Situation angemessene Familienplanung ermöglichen könnten, bleibt vielen der Zugang verwehrt. Fehlende Bildung, fehlendes Empowerment, sich vor einer ungewollten Schwangerschaft zu schützen, und fehlende Rechte können am Ende zu einem katastrophalen Ausgang führen.

Die Wichtigkeit der Vorsorge war Fatou S. zwar bewusst, aber ihre ökonomische und familiäre Situation ließ es nicht zu, dass sie diese hätte wahrnehmen können. Das Gesundheitssystem im Gegenzug war nicht darauf ausgerichtet, einen aufsuchenden Service für Frauen anzubieten, die es nicht schaffen, zurückzukommen - z.B. mit modernen Methoden wie Erinnerungs-SMS etc. Außerdem hatte das Dorf keine Community Health Worker, die diese Aufgabe in einem guten „Primary Health Care System“ hätten übernehmen können.

Es hätte einer besseren Registrierung und Kommunikation bedurft, einer besseren Ausbildung und Ausrüstung; dann wäre die Komplikation vor der Blutung diagnostiziert worden und ein geplanter Eingriff hätte das Leben der Mutter gerettet.

- **D2: Delay in reaching a health facility**

Fatou musste die 5 km zu Fuß gehen. Das ist im Normalfall noch zumutbar, aber nicht, wenn jemand blutet oder Wehen hat. In diesem Fall hat dieser Fußmarsch die Allgemeinsituation der Frau massiv beeinträchtigt, sodass sie keine Reserven mehr hatte für die bevorstehende OP.

Ebenso hat das fehlende Diesel für den Krankentransport zu dem zeitlichen Delay beigetragen. Eine Gesundheitsstation, die offensichtlich schlecht gemanagt war, hat hier wertvolle Zeit verloren und die sehr engen Ressourcen der Familie verbraucht.

Ein gutes Gesundheitszentrum hätte schon nach der letzten Geburt bei Fatou entsprechende Maßnahmen der Familienplanung eingeleitet und nachverfolgt. Inwieweit andere Maßnahmen wie Vorsorge vor Malaria und HIV getroffen wurden, ist nicht klar.

Um D2 zu vermeiden bräuchte es ein Gesundheitszentrum mit gut ausgebildetem Personal, das, eingebettet in die lokale Gemeinde seinen Service integriert anbietet, um die Problemfälle der Community weiß und diese präventiv versorgt.

Ebenso bräuchte es eine angemessene Infrastruktur, die Transport etc. anbieten kann, damit eine zeitnahe Versorgung möglich ist.

- **D3: Delay in receiving good quality care**

Fatou S. brauchte eine gute Basisversorgung, was auch einen Ultraschall einschließt. Ebenso den Zugang zu Oxytocin, einem Medikament, das für eine sichere Geburt unerlässlich ist, aber entsprechend im Kühlschrank gelagert werden muss.

Gut ausgebildetes und motiviertes Personal ist eine Grundvoraussetzung für eine gute Versorgung. Wenn Gesundheitsmitarbeitende schlecht bezahlt und oft ohne die notwendige Ausrüstung insbesondere in ländlichen Regionen arbeiten müssen, führt das zu einem ineffektiven Service, den manche Frauen am Ende mit dem Leben bezahlen.

Dabei müssen Gesundheitsmitarbeitende nicht nur patientennahe Tätigkeiten verstehen, sondern auch eingebunden sein in das sozio-kulturelle Umfeld, um Barrieren zu erkennen und diese gemeinsam mit der lokalen Bevölkerung anzugehen. Dazu braucht es Ressourcen in der Kommunikation und im Transport, sowie die Infrastruktur, die Strom, Wasser und entsprechende Infektionskontrolle sicherstellt.

- **D4: Delay in recognising a complication**

Gut ausgebildetes Personal kann auch in der Peripherie drohende Komplikationen erkennen und die Patientin rechtzeitig weiterverlegen. Bei Komplikationen, wie sie hier vorlagen, braucht es ein Team an ausgebildeten Mitarbeitenden, die 24/7 da sind und eine schnelle und gute Versorgung sicherstellen.

Auf Distriktebene braucht es ein effektives Team, das das Gesundheitsmanagement des gesamten Distrikts im Auge hat. Dazu gehört auch ein umfassendes Informationssystem.

In diesem Fall waren alle Abteilungen vorhanden, aber es gab Delays in der Umsetzung, die diese Patientin mit dem Leben bezahlt hat. Die umfassende Versorgung wird heute als BEMOC (Basic Emergency Obstetric Care)⁵ bezeichnet und hat einen festgelegten Katalog an Interventionen, der hier Anwendung finden würde.

Wenn eine Mutter verstorben ist, dann ist das auch für das Neugeborene eine Katastrophe, denn wer wird nun die Versorgung übernehmen? Ebenso hat in diesem Fall nicht nur das Neugeborene seine Mutter verloren, sondern eine ganze Familie ihre Ernährerin. Das wird sehr wahrscheinlich das Ende der Schulbildung der anderen Kinder gewesen sein. Der Weg in die katastrophale Armut für die ganze Familie ist damit vorgezeichnet.

⁵ BEMOC: Basic Emergency Obstetric Care: parenteral antibiotics, oxytocic/anticonvulsant drugs, manual removal of placenta, removal of retained products with manual vacuum aspiration (MVA), assisted vaginal delivery available 24 hours and 7 days (WHO)

Die Senkung der Müttersterblichkeit ist keine Nebensache, sondern eine der wichtigsten entwicklungspolitischen Entscheidungen, die Sie treffen können. Nicht umsonst ist die Senkung der Müttersterblichkeit das erste Ziel unter dem Nachhaltigkeitsziel 3, das von der UN 2015 verabschiedet wurde. Wer das nicht für Mütter und Kinder gewährleisten kann, kann es auch nicht für andere Zielgruppen.

Wir wissen heute sehr gut, welche Interventionen vor der Schwangerschaft, in der Schwangerschaft, bei der Geburt und nach der Schwangerschaft einen wichtigen Beitrag leisten, um das Risiko eines mütterlichen Todesfalles auf ein Minimum zu reduzieren.

Dabei braucht es einen systemischen Ansatz und ein hohes Maß an **Politikkohärenz**. Daher ist es gut, dass im letzten Jahr von der UN eine **Strategie für die Gesundheit von Müttern, Kindern und Adoleszenten** verabschiedet wurde⁶. Es geht darum, dass Frauen nicht nur überleben, sondern einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von Familie und Community leisten können und ihre Rechte als Frauen wahrnehmen können. **Müttersterblichkeit kann nur systemisch gelöst werden**. Was wir tun müssen, können wir folgendermaßen zusammenfassen:

1. **Wir müssen das Problem vor Ort verstehen:** Um „Maternal Health“ wirklich zu verbessern, muss man genau analysieren, auf welcher Ebene der 4 D's das Problem liegt und wo man mit einfachen Mitteln am besten ansetzt. Dazu braucht es gute Daten und ein klares Verständnis des sozio-kulturellen Kontextes. Mit der **„Maternal Death Surveillance and Response“** bezeichnen wir eine systematische Datenerhebung und Analyse, um Hintergründe besser zu verstehen. Mütterliche Todesfälle müssen dokumentiert, registriert, analysiert und als Chance des gegenseitigen Lernens verstanden werden. Dazu braucht es von politischer Seite den Raum und die Sicherheit, wo alle Beteiligten an einer lückenlosen Aufklärung arbeiten und diese auch gemeinsam zu verbessern suchen. Die Einführung der Civic Registration ist dabei nur ein erster Schritt. Insbesondere braucht es eine Kultur des Lernens, der Accountability und einen legalen Rahmen, der die Probleme nicht unter den Teppich kehrt, sondern dem System die Chance gibt, sich zu verbessern.
Dabei müssen die Länder darin unterstützt werden, gute Datensysteme einzurichten und auch nachzuhalten. Aber die Daten sollten nicht nur erhoben werden, sie müssen lokal interpretiert werden, um die Programme vor Ort entsprechend zu stärken und die Politik auf nationaler Ebene zu informieren.
2. **Gesundheitssysteme müssen nachhaltig und resilient sein, um Müttersterblichkeit zu senken und auf andere Gefahren, wie neue Epidemien rechtzeitig zu reagieren.** Dabei gilt es die gesamte Kette, das **„Continuum of Care“** von der Familie bis ins (Universitäts)krankenhaus zu gewährleisten, sowohl die Versorgung, Prävention als auch die Verbesserung der allgemeinen Gesundheit auf allen Ebenen. Ein sehr wesentliches Element ist dabei die Qualifikation der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen auf unterschiedlichen Ebenen. Viele Länder des globalen Südens leiden massiv unter dem „Brain Drain“, gerade was Ärzte und Krankenpflegepersonal angeht. Das betrifft insbesondere den Bereich der Mutter/Kind Gesundheit. Daher ist es von besonderer Bedeutung, dass Maßnahmen ergriffen werden, dass für jede Fachkraft aus diesen Ländern, die in Europa arbeitet, weitere

⁶ <http://www.everywomaneverychild.org/global-strategy-2>

Fachkräfte vor Ort qualifiziert werden und lokal Systeme entstehen, die Anreize schaffen, dass diese Fachkräfte auch in ihren Ländern arbeiten können.

Qualifiziertes Personal, eine gute Infrastruktur, gute Informationssysteme und Zugang zu qualitativ guten Medikamenten, sind die Grundvoraussetzung für ein funktionierendes System.

Die letzten beiden Jahre haben gezeigt, wie eine Epidemie wie Ebola Gesundheitssysteme geschwächt und zerstört hat. Gerade Müttergesundheit hat unter der Ebola-Epidemie massiv gelitten. Eine hohe Müttersterblichkeit reflektiert die Schwäche von Gesundheitssystemen. Daher ist es richtig, dass die Bundesregierung auf die Stärkung der Systeme setzt. Die Roadmap „Healthy Systems – Healthy Lives“ ist ein guter Anfang, muss aber in jedem nationalen Kontext neu definiert werden, damit wirklich jede Frau und jedes Kind auch erreicht wird. Daher müssen Gesundheitssysteme gestärkt werden, die Governance transparenter werden.

- 3. Die Gemeindeebene muss partizipieren und andere Sektoren einbezogen werden:** Bildung, Frauenrechte, sexuelle und reproduktive Rechte, ökonomische Unabhängigkeit etc. sind alles wichtige Beiträge zur Müttergesundheit. Das kann einmal dadurch gesichert werden, dass der politische Rahmen die Einbeziehung der Gemeinden zulässt. Gemeinden, Frauen und Männer müssen eine Stimme bekommen und Formen der Partizipation gefunden werden, sodass die Probleme vor Ort gelöst werden.

Das Difäm hat mit diesen gemeindebezogenen Ansätzen in vielen Ländern sehr gute Erfahrungen gemacht, gerade was auch die Partizipation von Frauen und deren Rechte angeht, sowie deren Versorgung. So haben Gemeinden z. B. sogenannte „Maternity Waiting Homes“ gebaut; damit haben Frauen am Ende der Schwangerschaft die Möglichkeit, nah am Krankenhaus auf die Geburt zu warten. Oder im Bereich der Familienplanung, die dann auf Dorfebene einfach erreichbar ist, wo es Community Health Workers gibt, die entsprechend ausgebildet sind und den Zugang ermöglichen. Daneben ist die Einbindung traditioneller Hebammen in die Versorgungskette wichtig, da sie oft das größte Vertrauen genießen und wichtige Multiplikator/innen sind.

- 4. Die Forschung und Entwicklung von neuen effektiven Interventionen und Medikamenten ist ein weiterer Baustein:** In der Müttergesundheit ist ein lebensrettendes Medikament das Oxytocin. Es ist sehr gut und billig, aber eben nur, wenn es im Kühlschrank gelagert wird, eine Voraussetzung, die nicht überall gegeben ist. Dazu kommt die Notwendigkeit neuer Antibiotika und der verantwortliche Umgang mit denen, die im Moment zur Verfügung stehen. Ein weites Feld für weitere Forschung und Entwicklung.

Dabei müssen Fortschritte in diesen Bereichen direkt den Betroffenen zugutekommen.

- 5. Alle Stakeholder sollten involviert werden.** Ein Land – Ein System – daran müssen alle beteiligt werden. Neben den Regierungseinrichtungen spielt die Zivilgesellschaft eine wichtige Rolle. Zivilgesellschaftliche Programme und Einrichtungen richten sich gerade an vulnerable Gruppen oder erreichen abgelegene und ländliche Regionen, wie das viele kirchliche Einrichtungen tun, die in vielen Ländern in Sub-Sahara Afrika 30-40% der Versorgung abdecken. Leider beobachten wir immer wieder, wie der Raum für die Zivilgesellschaft eingeschränkt wird. Auch der Privatsektor spielt eine wichtige Rolle. Dabei braucht es Accountability, wer was tut und wer durch wen erreicht wird. Hier hat die lokale Regierung eine wichtige Rolle zu spielen. Wer immer vor Ort ist, kann einen Beitrag leisten zur Verringerung der Müttersterblichkeit, und wer Müttersterblichkeit verringert, leistet

damit auch einen wichtigen Beitrag zur allgemeinen Entwicklung. Denn hinter jeder Mutter steht eine Familie, eine Gemeinde, ein Land.

6. Es braucht eine transparente Finanzierung für die Gesundheit von Müttern, Kindern und Adoleszenten. Die UN hat auf der Finanzierungskonferenz in Addis Abeba 2015 einen neuen Mechanismus, „The Global Financing Facility⁷“ geschaffen, die bis zum Jahr 2030 das notwendige Geld zur Verfügung stellen soll und dabei internationale Gelder, Gelder privater Philanthropen und nationale Gelder zusammenbringt. Bisher ist mir nicht bekannt, dass Deutschland sich an dieser Initiative beteiligt.

Um bis 2030 wirklich niemand zurückzulassen⁸, braucht es Ressourcen und innovative Finanzierungsmodelle. Dabei ist es wichtig, dass transparent wird, welche Gelder in diesen Bereich fließen und ob sie ihre Wirkung erreichen. Dazu muss Deutschland seinen Beitrag leisten, denn leider sind wir immer noch weit davon entfernt, 0,1% des BNI in Gesundheit zu investieren.

Das Recht auf Gesundheit ist ein Menschenrecht – jede Frau hat das Recht auf eine umfassende sexuelle und reproduktive Gesundheit und keine Frau darf an vermeidbaren Ursachen während Schwangerschaft und Geburt sterben. Es gibt für mich als Ärztin nichts Schlimmeres, als zu erleben, wie eine Frau unter der Geburt oder während der Schwangerschaft stirbt. Daher arbeiten wir als Difäm mit unseren Partnern in der Ausbildung von Fachkräften und wollen unseren Beitrag leisten, lokale Gesundheitssysteme zu stärken.

Als Verantwortliche des Parlaments sind Sie aufgefordert, den Beitrag Deutschlands in der Gesundheitsfinanzierung zu verbessern, sodass bis 2030 alle Frauen Zugang zu reproduktiver Gesundheit haben und Länder, die heute noch eine sehr hohe Sterblichkeit haben, den Anschluss bekommen. Das kostet viel Geld. Daher ist es gut, dass in der GFF die Länder aufgefordert sind, diese Möglichkeiten zu nutzen und auch mehr lokale Ressourcen zu mobilisieren. Das bedeutet aber auch, dass Regierungen und die internationale Gemeinschaft Sorge tragen, dass dieses Geld in transparenter Weise in entsprechende Programme und Projekte gelangt, die Müttersterblichkeit effektiv bekämpfen und damit einen wichtigen Beitrag leisten, um die Nachhaltigkeitsziele zu erreichen.

⁷ For more information: <http://globalfinancingfacility.org>

⁸ <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>