

Patientenkompetenz: ein taugliches Konzept für eine multikulturelle Gesellschaft? **Mündige Patienten – weltweit?**

Vor einiger Zeit betrachtete ich in einem Vortrag das Konzept des «mündigen» Patienten innerhalb des Schweizerischen Gesundheitswesens kritisch (Käppeli 2008). Bei diesem Konzept geht es um das Verhältnis zwischen Patient und Einrichtung des Gesundheitswesens, um den Umgang der Gesundheitsfachleute mit ihren Patienten und darum, wie ein kranker Mensch mit seiner Situation umgeht. Explizit ist beim Letzteren von einer partnerschaftlichen Beziehung die Rede. – Wie tauglich ist dieses Konzept im Zusammenhang mit ImmigrantInnen, besonders mit AsylantInnen und Flüchtlingen aus Ländern, die nach jahre- oder jahrzehntelangen Konflikten im Wiederaufbau begriffen sind?



Silvia Käppeli, PD Dr. PhD in Pflegewissenschaft, ehemalige Leiterin des Zentrums für Entwicklung und Forschung in der Pflege, Universitätsspital Zürich, zurzeit Lehrbeauftragte an der Universität Herat in Afghanistan.

Dies ist nicht nur eine akademische Frage. Die Kriegs-, Krisen und Konflikterfahrungen dieser Menschen und ihre Emigration sind nur zwei Aspekte in ihrer Biographie, die sie vom Schweizer Durchschnittsbürger unterscheiden. Ebenso wichtig ist ihr ethnisch, religiös, kulturell und politisch geprägtes Verständnis von Gesundheit und Krankheit und die Art der Gesundheitsver-

sorgung, die sie kennen. Sie sind auch geprägt vom Umgang des Personals jener Einrichtungen und von den Leistungen, die sie von Ärzten, Pflegenden und Hebammen erhielten.

Kritische Auseinandersetzung

Wie mündig im Sinn von aktiver, kritischer Auseinandersetzung mit seiner Gesundheitssituation kann so jemand sein? Können solche Menschen mit den Akteuren des Gesundheitssystems in eine «Arbeitsbeziehung» eintreten, um Bedürfnisse, Erfahrungen und Rechte einzubringen, zusätzliche Informationen zu erhalten und auf dieser Basis Behandlung, Pflege und andere Leistungen aushandeln? Können sie medizinische, pflegerische und versicherungstechnische Informationen verstehen und im Hinblick auf den eigenen Lebenskontext beurteilen? Was ist für sie ein sinnvoller Umgang mit dem Gesundheitssystem. Inwiefern können sie im gesunden täglichen Leben informierte Entscheidungen treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken?

Gegenwärtige Herausforderungen der afghanischen Gesundheitsversorgung

Ich überprüfe diese Fragen auf dem Hintergrund des afghanischen Gesundheitssystems, in dessen verschiedenen Bereichen ich während einem Jahr als Pflegewissenschaftlerin tätig war. Dabei stelle ich die gegenseitige Bedingtheit von zur Verfügung stehenden Dienstleistungen und deren Nutzung durch die Kranken an einigen Beispielen in den Vordergrund. Vorab vermitteln Auszüge aus den aktuellen Strategiepapieren des Ministeriums für das öffentliche Gesundheitswesen und des Ministeriums für höhere Bildung einen kleinen Einblick in die Rahmenbedingungen und Infrastruktur der aktuellen Versorgung.

Die Gesundheitsstatistiken Afghanistans, einem der ärmsten Länder der Welt, gehören weltweit zu den herausforderndsten. Die Gesundheitsprobleme der Bevölkerung sind bedingt durch mehr als 20 Jahre Krieg, Besatzung, Bürgerkrieg und schliesslich eine drei Jahre dauernde Trockenperiode. Ungefähr sechs Millionen Menschen hatten 2005 kaum oder keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung, während etwa sieben Millionen auf Ernährungshilfe angewiesen waren, um zu überleben. Im Jahr 2007 beklagte eine interne Analyse des Gesundheitsministeriums die flächendeckende Ineffizienz des öffentlichen Gesundheitswesens und den extremen Schwund an qualifiziertem männlichem Gesundheitspersonal, vor allem an Ärzten.

Das Ministerium für Höhere Bildung beklagte im Jahr 2010, dass unter den Millionen Kriegsopfern, Flüchtlingen und innerhalb des Landes vertriebener Menschen viele Hochschuldozenten waren. Die Berufsbildung stagnierte, Schulgebäude zerfielen, veraltete Ausbildungspläne und unterqualifizierte Fakultätsmitglieder, fehlende Unterrichtsräume und Labors, leere Bibliotheken und ungenügende IT-Technologie gehören bis heute zu den akutesten Folgeproblemen der Fakultäten. Es gibt kaum medizinische oder Gesundheitsforschung. Die Bildung in den Gesundheitsberufen erholt sich nur sehr langsam und wird mindestens eine Generation brauchen, bis die Gesundheitswissenschaften mit qualitativ und quantitativ den internationalen Anforderungen gewachsenen DozentInnen ausgestattet sein werden.

Extrem hohe Kinder- und Müttersterblichkeit

Bis vor Kurzem litt Afghanistan an extremen Niveaus von Kinder- und Müttersterblichkeit.

Frauen hatten ausserordentlich beschränkten Zugang zu adäquater perinataler Betreuung infolge fehlender Einrichtungen und qualifizierter weiblicher Gesundheitsfachleute sowie wegen kulturell und traditionell bedingter Einschränkungen, eines sehr niedrigen Bildungsstands und Gesundheitsbewusstseins und extremer Abgeschiedenheit zahlreicher Dörfer. Eine andere Konsequenz der jahrelangen Konflikte zeigt sich in der grossen Zahl körperlich Behinderter und psychisch traumatisierter Menschen, für die erst noch nachhaltig wirkende Behandlungs- und Rehabilitationsdienste entwickelt werden müssen. Für geistig Behinderte gibt es im ganzen Land nur eine Einrichtung für 40 Frauen.

Das landesweit eingeführte Basic Package of Health Services, das eine Deckung des Landes mit Gesundheitsposten in den Dörfern, Bezirks- und Regionalspitäler vorsieht, sollte im Jahr 2012 für mehr als 90% der Bevölkerung verfügbar sein. 70% aller neuen (immer noch häufigen) Tuberkulosefälle sollten identifiziert und 85% davon erfolgreich behandelt sein. In jedem Bezirk sollte es mindestens eine Einrichtung für psychisch Kranke geben.

Zögerliche Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten

Tatsächlich wurde der Zugang zu den Gesundheitsdiensten verbessert. Die Verfügbarkeit für die ländliche und Bergbevölkerung beträgt jedoch immer noch lediglich 52%, und ungefähr 85% der restlichen Bevölkerung erreicht eine Gesundheitseinrichtung innerhalb einer Stunde Gehdistanz. Die Zahl der Angehörigen von Gesundheitsberufen in den Gemeinden ist von 2500 auf 20'000 gestiegen. Trotz all dieser Verbesserungen bleibt Afghanistan eines der schlimmsten Orte für Kinder und Mütter. Bis

heute beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt noch immer nur 47 Jahre für Männer und 45 Jahre für Frauen. Ernsthafte Ernährungsunsicherheit betrifft aktuell 68% der Bevölkerung, währendem Afghanistan früher selbstversorgend war.

Der Bericht des Save the Children Fund hielt 2011 fest, dass trotz vieler Verbesserungen, infolge der extremen Armut und der Infektionskrankheiten, eines von fünf Kindern seinen fünften Geburtstag nicht feiern kann. Die Hauptgründe für mehr als 10'000 Todesfällen/Jahr bei dieser Population sind vermeidbare Infektionskrankheiten (Pneumonien, Durchfallerkrankungen und Masern). Die Kindersterblichkeit wurde seit dem Ende der Talibanzeit insgesamt jedoch um 26% reduziert. Die Impfdeckung für Kinder gegen Kinderkrankheiten ist von 31% auf 83% gestiegen. Noch immer sind ca. 40% der Kinder untergewichtig, 16,7% sind akut unterernährt und über 50% weisen teilweise massive Gedeihstörungen auf. Das sind nicht einfach kleine Kinder mit dicken Bäuchen. Armut und Mangelernährung wirken sich beispielsweise im Schulzimmer aus: Viele Kinder leiden unter chronischen Kopfschmerzen, an Schwindel und Augenproblemen. Aus solchen Gründen haben sie massive Konzentrations- und Lernbehinderungen. Sie sind oft zu schwach, um zur Schule zu gehen. Dadurch sind ihre Leistungen und Abschlusszeugnisse minimal. Dies wiederum bewirkt, dass sie – falls sie die Schule überhaupt beenden können – höchstens eine schlecht bezahlte Gelegenheitsarbeit finden und sich die Armutsspirale in der allenfalls von ihnen gegründeten neuen Familie weiter fortsetzt.

Die Strategie des Ministeriums

Der Strategieplan des Gesundheitsministeriums (2012) enthält als Ziele die Verbesserung des Ernährungszustandes der afghanischen Bevöl-



Auf dem Weg zur Blinddarmoperation

kerung, die Verbesserung der Personalsituation im Gesundheitswesen, die Verbesserung des gleichberechtigten Zugangs zu einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung für Frauen und Männer aller ethnischen Gruppen, die Erweiterung Evidenz-basierter Entscheidungsfindung, Gesundheitsförderung, Stärkung der Gemeinden und Unterstützung der Schaffung von gesundheitsfördernden Umweltbedingungen. Für das letzte Jahr erwartete man eine Reduktion der Sterblichkeit der unter Fünfjährigen um 20%, diejenige der Müttersterblichkeit um 15%. Laut eines aktuellen Berichts der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung (DSW) bzw. aufgrund der aktuellen «Afghanistan Mortality Survey» (2011) des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) liegt die Müttersterblichkeit bei 327 Todesfällen pro 100'000 Lebendgeburten. Diese Erhebung repräsentiert 87% der afghanischen Bevölkerung und ist damit die aktuell umfassendste Studie dieser Art für Afghanistan. Der Anteil der Schwangeren, die heute eine professionelle perinatale Unterstüt-



Jubiläumsschrift

Brennpunkt Gesundheitssystem

Zehn Jahre Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenchaften



Schriftenreihe der SGGP | Band 120
Bestellung via info@sggp.ch



Auf eine Behandlung warten

zung erhalten, ist von 57% im Zeitraum 2005 bis 2007 auf 68% im Zeitraum 2009/2010 gestiegen. Auch die Anzahl der medizinisch betreuten Geburten ist von 14% 2003 auf 42% im Zeitraum 2009/2010 deutlich gestiegen. Zudem hat die Nutzung von Verhütungsmitteln zugenommen. Gaben 2003 nur 10% der Afghaninnen an, Verhütungsmittel zu verwenden, waren es 2007/2008 schon 15 und 2010 bereits 20%. Die durchschnittliche Kinderzahl liegt heute bei nur noch 5,1 Kindern pro Frau. 2007/2008 lag die Rate noch bei 6,3 Kindern pro Frau. Zuverlässige Zahlen über die Gesundheit der Männer sind wegen der Priorisierung von Frauen und Kindern kaum zu finden.

Beispiele aus der Praxis der Gesundheitsversorgung

Die veröffentlichten Gesundheitsstatistiken geben wenig Aufschluss über das alltägliche Verhalten der Kranken im afghanischen Gesundheitssystem. In Afghanistan sind die Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens kostenlos. Angesichts des ziemlich desolaten Gesundheitszustands des grösseren Teils der Bevölkerung kann man sich leicht vorstellen, was dies für die wenigen vorhandenen Institutionen bedeutet. Alte Ausrüstungen, defekte und mittlerweile gefährliche Ein-

richtungen auf Überwachungsstationen, fehlende Technologie in der Diagnostik und ineffiziente administrative Abläufe mit langen Sequenzen von gegenseitiger Kontrolle (infolge eines Verwaltungsapparates, der auf berechtigtem gegenseitigen Misstrauen beruht) und zu wenig qualifiziertes Personal lähmen das eingeschränkte Leistungsangebot zusätzlich.

Dies kommt beispielsweise zum Ausdruck in den «Trauben» von stundenlang im Freien vor einer Poliklinik wartenden Frauen, in Chadors und Burkas. Sie werden von Wachen im Zaum gehalten und im Minutentakt von einer Ärztin abgefertigt. Während diese Menschen auf engstem Raum und ohne akustische Abschirmung ihre Beschwerden den Ärztinnen stehend vortragen, notieren diese die Namen ihrer Kunden und deren Väter, das Datum, und die vermeintliche Diagnose von Hand in einem grossen Logbuch. Unmittelbar danach händigen sie den Patientinnen ein Rezept aus, das sie im Anschluss an den Bucheintrag geschrieben und gestempelt haben. Es kommt vor, dass eine Ärztin eine Rückfrage stellt oder kurz die Röcke einer Frau hochhebt, um etwas zu palpieren. Diese «man weiss, was die Leute haben»-Mentalität ist verbreitet in öffentlichen Einrichtungen. Einerseits gibt es tatsächlich lokal vorherrschende Gesundheitsprobleme wie Nierensteine und bekannte Folgen jahrelanger Mangelernährung oder von Traumatisierung. Andererseits ist bekannt, dass viele Frauen zur Poliklinik gehen, weil dies ihre einzige Möglichkeit ist, ihr Haus zu verlassen. Das Rezept bzw. die Tabletten, die sie nach ihrer Rückkehr dem Ehemann vorweisen, beweisen, dass der Ausgang berechtigt war und höchstwahrscheinlich wiederholt werden muss. Auf diese Weise wird die gesellschaftliche Ausschluss vieler Frauen durch medizinische Einrichtungen kompensiert. Weder die Frage einer mündigen oder kompetenten Nutzung einer öffentlichen Einrichtung noch diejenige nach einer alternativen Versorgungsqualität kommt auf.

Unglaubliche Leidensfähigkeit

Das öffentliche Gesundheitswesen in Afghanistan ist opportunity, nicht need based. Allfällige Kritik an der fehlenden Grundpflege hospitalisierter PatientInnen oder am Umgang von Ärzten und Pflegepersonal mit den Kranken wird – zynischerweise – mehrheitlich durch diese Art Steuerung gerechtfertigt und somit stabilisiert: Die Menschen gehen ins Spital, weil es eines gibt (und seine Leistungen kostenlos sind oder von NGOs finanziert werden), nicht, weil sie eines bräuchten. Andererseits dienen die persischen Begriffe für das Spital – Krankenhaus (schefah chaneh/bimarestan) als Erklärung. Die Einrichtung ist ein Ort für Kranke und nicht ein Ort der Hospitalität, wie im Westen.

Die uferlose Gastfreundschaft, die die afghanische Gesellschaft auszeichnet, wird im Krankenhaus als überflüssig erachtet. Wenn eine eintretende Person eine Station oder ein Mehrbettzimmer betritt, sagen ihm in der Regel die anwesenden Patienten, welches Bett er oder sie (im wahrsten Sinn des Wortes) beziehen kann. Was in keiner Statistik aufgeführt wird, ist die unglaubliche Leidensfähigkeit und Zähigkeit der AfghanInnen, ungeachtet ihres Geschlechts oder Alters. Diese Art von consumer driven Gesundheitsversorgung konsolidiert das gegenwärtige System ebenfalls und verdrängt die Dringlichkeit von Verbesserungen.

Patienten werden von Entscheidungen «befreit»

In der afghanischen Gesellschaft ist es Tradition, dass Menschen, die ernsthaft erkrankt sind, von den Belastungen des Alltags und besonders von Entscheidungen, die sie selbst betreffen, befreit werden. Wer in der Grossfamilie diese Verantwortung übernimmt, ist ebenfalls durch die Tradition geregelt. So hält sich mindestens eine Person ununterbrochen in der Nähe des Patienten auf, um anwesend zu sein, wenn etwas (im stillschweigenden Einverständnis mit dem Patienten) entschieden werden muss. Dies betrifft besonders die Information über seinen Zustand, wenn dieser ernst ist oder in absehbarer Zeit «terminal» wird. Es ist Sache der Familie, zu entscheiden, wer wie viel wissen muss. Diese Schicksals- und Gottergebenheit der meisten dieser Krisen-gebeutelten Menschen leistet dieser Praxis Vorschub. Und wer über eine minimale Bildung und (dadurch) ein anderes Krankheitsverständnis verfügt und es sich leisten kann – in westlicher Diktion also ein mündiger Patient ist – reist nach Pakistan, Iran oder Indien, um sich diagnostizieren oder behandeln zu lassen. Allerdings ist ungefähr die Hälfte der über 14-jährigen Bevölkerung des Lesens und Schreibens unkundig.

Ethische Fragen bleiben aussen vor

Ethische Fragen zur «vernünftigen» Nutzung des Gesundheitswesens stellt man sich unter den vorherrschenden Umständen kaum, denn etwas wie Medikamente zu erhalten (die man allenfalls anschliessend verkaufen kann) gibt vielen Menschen ein besseres Gefühl als leer auszugehen. Die allgemein ausserordentlich einfache Lebensweise und -qualität der Afghanen und die Tatsache, dass viele, wenn nicht die meisten Menschen nicht beurteilen können, wann ihre Beschwerden professionell abgeklärt werden müssten und sie das Internet kaum nutzen können, bewirkt, dass diejenigen, die Zugang haben zum Gesundheitswesen, überall hingehen, um zu Medikamenten zu kommen. Wenn Arzt-

besuche nicht zu behandelbaren Diagnosen führen, vermutet man das liege am Arzt und geht zum nächsten, was wiederum die Überlastung der Ärzte in den öffentlichen Einrichtungen verschärft. Gerechterweise muss man sagen, dass die verbreitete paternalistische Abfertigung von PatientInnen Krankheitszustände, die behandelt werden müssten, oft übersieht. Ob die verbreitete Gleichgültigkeit der Spitalärzte dadurch erklärt werden kann, dass die meisten im Anschluss an ihre Tätigkeit im öffentlichen Krankenhaus in ihrer/einer oft lukrativen Privatklinik weiter arbeiten, kann man nicht schlüssig beantworten.



Gerade angekommen

Dass man sich seitens der PatientInnen im westlichen Sinn mit Krankheit auseinandersetzen und lernen würde, mit ihr umzugehen, ist in Afghanistan eher ungewöhnlich. Im Rahmen der bildungsfernen, volkstümlichen islamischen Spiritualität ergibt man sich eher dem Schicksal. Verschiedenes was auf dem Hintergrund der aktuellen afghanischen Situation verständlich erscheint, wird – in Bezug auf das Verhalten von PatientInnen und ÄrztInnen – in der Schweiz als Missbrauch und Ausbeutung des Gesundheitswesens gedeutet.

Gesundheitsförderung findet nicht statt

Versuche der Gesundheitsförderung im Alltag, bzw. der Veränderung von gesundheitsschädigenden oder -gefährdenden Lebensgewohnheiten (Verkehrssicherheit, Sicherheit und Schutz am Arbeitsplatz) werden sehr oft mit der Erklärung, «das ist unsere Kultur, das ist Afghanistan» verworfen.

Eigeninitiative im Sinn des autonomen Patienten kennt man in Afghanistan kaum. Sie würde auch nicht viel nützen, weil die Umstände – nicht zuletzt die Korruption und Günstlingswirtschaft, die auch das Gesundheitswesen prägen – Vieles zunichtemachen. Initiative Patienten findet man allenfalls in Form erfinderischer Konstrukteure von Hilfsmitteln – etwa eines selbst gezimmerten und auf die eigene Behinderung abgestimmten Rollstuhls.

Fragen und Vermutungen bleiben

Wie mündig im Sinn von aktiver, kritischer Auseinandersetzung mit seiner Gesundheitssituation kann sich ein Mensch aus einem derart andersartigen Gesundheitssystem im schweizerischen Gesundheitswesen bewegen? Würde man diese Kultur des Patient-Seins, d.h. des einerseits passiven Alles-in-Kauf-Nehmens und ander-

erseits der Nutzung jeglicher Behandlungsmöglichkeit auf den schweizerischen Kontext bringen, fände man den afghanischen Kranken ziemlich weit unten auf der Skala der Patientenkompetenz. Würde man ihn nicht gleichzeitig der verantwortungslosen Nachlässigkeit und der schamlosen Ausnutzung des Gesundheitswesens beschuldigen? Ganz abgesehen vom sprachlichen Unvermögen, bräuchte er sehr viele Erklärungen, um unser Versorgungskonzept und die Annahmen, auf die es aufgebaut ist, zu verstehen. Was bräuchte es, um ihm und Seinesgleichen aus anderen Ländern – und Schweizer PatientInnen, die sich ebenso verhalten – gerecht zu werden?

Weitere Informationen

Bibliographie

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung – DSW [news] – Januar 2012, Afghanistan: Müttersterblichkeit deutlich niedriger als bisher angenommen. Die Studie «Afghanistan Mortality Survey» www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR248/FR248.pdf, Measure DHS, Afghanistan Mortality Survey 2010

Islamic Republic of Afghanistan Ministry of Public Health, Health Sector Strategy for the Afghanistan national Development Strategy Draft march 2007

S. Käppeli, (2008), Der mündige Patient in der Pflege – ein Widerspruch in sich selbst? 5. Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften, Bern, 24. Oktober 2008

Ministry of Public Health of the Islamic Republic of Afghanistan 2012, Health Sector Strategic Planning Retreat, transition toward sustainable health care in Afghanistan, January 25–27, 2012, retreat report

Ministry of Higher Education, National Higher Education Strategic Plan: 2010–2014

National Health Communication (IEC-BCC) Policy (2005–2009) and Strategy (2005–2006),

IEC Directorate Ministry of Public Health (MoPH), Final Draft

J. Whitebread, The Save the Children Fund (Afghanistan in Transition), 2011

10. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften, 25. Oktober 2013, Inselspital Bern

Anlässlich der 10. Durchführung des Schweizerischen Kongresses für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften wird in der Schriftenreihe der SGGP der Band 120 herausgegeben. Der Band unter dem Titel «Brennpunkt Gesundheitssystem» enthält Beiträge der Plenarreferenten der vergangenen 10 Kongresse. Der aufschlussreiche Beitrag von PD Dr. Silvia Käppeli wird hier als Vorabdruck erstmals publiziert. Er gibt einen Einblick in die Tätigkeit der Autorin in Afghanistan an der Universität Herat und im örtlichen Spital. Der Jubiläumsband zum Kongress gibt einen Einblick in das Spannungsfeld Politik und Wissenschaft. Die Beiträge umfassen ein weites gesundheitswissenschaftliches Spektrum von der Nutzenbewertung pharmakologischer Interventionen bis zu Health Impact Assessment.

Am diesjährigen Kongress vom 25. Oktober werden die Professoren Katharina Janus, Stefan Boes und Martin McKee sowie Dr. Lars-Erik Holm vom Swedish National Board of Health and Welfare sich der Thematik «Gesundheitssystem 2023: Das Gute messbar und besser machen» annehmen. Erstmals findet am Nachmittag das Zukunftsforum Gesundheit statt. Im Mittelpunkt stehen hier die Referate «E-Health – die Zukunft der Gesundheitssystem ist digital» und «healthtalkonline – der emanzipierte Patient als Herausforderung der Zukunft». Der Kongress schliesst mit einer Diskussion zum Kongressthema und der Vergabe des Gesundheitsökonomiepreises (Preisstifter: MSD). Kongresssprache ist Deutsch und Englisch. Traditionell findet der Auftakt zum Kongress im Widder Hotel in Zürich statt. An der Vorabendveranstaltung referiert Professorin Katharina Janus zum Thema «Gesundheitsmanagement im Dialog zwischen Fiktion und Realität». Anmeldung und Information via www.skgg.ch.