

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktor/Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Eine Befragung von Patienten im Nordirak, die eine
Behandlung im Ausland durchgeführt haben

Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der
Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Adil Doski
(2018)

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Referent: Prof. Dr. Borgers

Korreferent: Prof. Fangerau

Tag der mündlichen Prüfung: 23.10.2018

Widmung

Für meine Eltern

Summary

In the current era of globalization, it has become easier for patients to go abroad for medical treatment because of the increased availability of global information, improved flight networks and for other reasons. In this work we have examined this phenomenon in patients from the autonomous Kurdish region – North Iraq (KRG).

Since 2003 there has been a significant increase in the number of patients who have been treated internationally outside KRG. This study is based on interviewing 100 patients who have been treated abroad, with the use of a questionnaire which was specifically designed for this work. The questionnaire covers the background and reasons for the journey, patient's experiences, therapy results and post-therapy stage along with other relevant data. The patients were interviewed individually face-to-face by the author during 2014 and 2015. A high percentage of patients described mistrust of their local doctors as the main reason for their trip and/or the non-availability of required therapy options in KRG. Many of these patients travelled to Turkey for treatment, most likely due to the favorable close geographic location and simpler visa application process. The main pathologies included; various malignancies, neurological, orthopedic, gastrointestinal or cardiac complaints. A large proportion of these patients got information and advice on the treatment possibilities abroad by word of mouth. Many of them were treated in hospitals and more than half of patients felt better after treatment.

In this study, a high percentage of the patients have shown satisfaction with treatment abroad. Germany ranked the highest amongst the most visited destinations, but the overall costs were relatively high compared to Turkey, Iran and India.

It has become apparent that the main reason for seeking medical treatment abroad is the distrust of a large number of patients in their own health care system and the deficiency in the medical care facilities in the region. Most of patients had made a rational decision for their treatment abroad, stressing that these decisions were all medically indicated.

To reduce this trend, trust in their own health care provision needs to be restored. In addition, the local health system requires modernization of medical equipment and improvement of the quality of care at all levels in the region.

Following this study, a better understanding of the current trend of seeking treatment abroad requires further studies and additional questions on this subject.

Zusammenfassung

In einer Zeit der Globalisierung ist es für Patienten aufgrund der weltweiten Informationen und Flugmöglichkeiten und auch aus anderen Gründen einfacher geworden, sich für eine Behandlung ins Ausland zu begeben. Diese Arbeit untersucht dieses Phänomen bei Patienten aus der autonomen kurdischen Region – Nordirak (KRG), wo es seit 2003 eine starke Zunahme von Auslandsbehandlungen gibt. Die Untersuchung beruht auf 100 Personen, die im Ausland behandelt wurden. Mit Hilfe eines Fragebogens, der speziell für diese Arbeit entwickelt wurde, wurden die Hintergründe und die Motivationen für die Reise, die Patientenerfahrungen, die Therapieergebnisse, die Nachbehandlungsphase und weitere relevante Daten ermittelt. Die Patienten wurden durch uns persönlich in den Jahren 2014 und 2015 interviewt. Ein hoher Prozentsatz der Patienten nannte Misstrauen gegenüber den Ärzten vor Ort als Hauptgrund für die Reise und/oder auch die nicht verfügbare Therapiemöglichkeit in KRG. Viele der Patienten reisten für die Behandlung in die Türkei, vermutlich wegen der günstigen geographischen Lage und der einfachen Visumerteilung. Die vornehmlichen Pathologien waren: Karzinome sowie neurologische, orthopädische, gastroenterologische oder kardiale Beschwerden. Ein großer Teil der Patienten erhielt seine Hinweise auf die Behandlungsmöglichkeiten durch Mundpropaganda. Viele von ihnen wurden in Krankenhäusern behandelt. Mehr als die Hälfte der Patienten fühlte sich nach der Behandlung besser. In dieser Arbeit zeigte sich ein hoher Prozentsatz an Patientenzufriedenheit mit der Behandlung im Ausland. Deutschland erzielte die höchste Benotung unter den besuchten Reisezielen, jedoch waren die Kosten relativ hoch im Vergleich mit der Türkei, Iran und Indien. Das Misstrauen bei einer hohen Anzahl von Patienten in das eigene Gesundheitssystem und die Defizite in den medizinischen Möglichkeiten sind besonders hervorzuheben.

Die meisten Patienten hatten eine rationale Entscheidung getroffen für ihre Behandlungsreise ins Ausland, wobei betont werden muß, dass diese Entscheidungen alle medizinisch indiziert waren. Um diesen Trend zu reduzieren, muss das Vertrauen in die eigene Gesundheitsversorgung zurückgewonnen werden. Außerdem benötigt das lokale Gesundheitssystem eine Modernisierung der medizinischen Ausrüstung und eine Verbesserung der Qualität der Versorgung auf allen Ebenen in der Region. Zum besseren Verständnis dieses Trends, sich im Ausland behandeln zu lassen, sind sicherlich weitere Studien mit zusätzlichen Fragestellungen zu diesem Thema nötig.

Abkürzungen

KRI	Kurdistan Region of Iraq
KRG	Kurdistan Region Government
IDP	Internal displaced people
PHCC	Primary health care center
OFFP	Oil for food program
IOM	International organization for migration
ISIS	Islamic state of Iraq and Syria oder ISIL (Islamic state of Iraq and Lavent)
MOH	Ministry of Health
IMA	Iraqi medical association
ID	Irakische Dinar
SDI	Samarra Drugs Industry

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	1
1.1 Allgemeine Überlegungen zur medizinischen Behandlung im Ausland.....	1
1.2 Studiengebiet	3
1.3 Irakisches Gesundheitswesen	5
1.3.1 Vor den Sanktionen der Vereinten Nationen (vor 1990)	6
1.3.2 Sanktions- Periode der Vereinten Nationen (1990-2003)	8
1.3.3 Nach den Sanktionen der Vereinten Nationen & dem Sturz Saddams (nach 2003)	9
1.4 Gesundheitswesen in KRG	11
1.5 Einfluss des Flüchtlingsproblems auf das Gesundheitssystem im KRG	12
2. Methode und Probanden (Studiennummer: 4909)	14
2.1 Studienplanung und Befragungen als Untersuchungsmethode	14
2.2 Literaturauswahl.....	19
2.3 Auswahlkriterien für die Probanden	20
2.4 Patientenrekrutierung	20
2.5 Einschränkungen und Stichprobenproblematik.....	21
2.6 Allgemeine Bemerkungen zum Fragebogen und zu den Befragungsinstrumenten ...	23

2.7	Schwierigkeiten bei der Beantwortung des Fragebogens	24
3.	Ergebnisse aus dem Fragebogen.....	27
3.1	Die Gründe und Motive für Auslandsreisen:	27
3.2	Patientenbesonderheiten.....	34
3.2.1	Alter und Geschlecht	34
3.2.3	Soziale Situation	36
3.2.4	Ausbildung	37
3.2.5	Beruf.....	38
3.2.6	Sprachkenntnisse und Verständigung	39
3.3	Vorbereitung der Reise.....	40
3.3.1	Entscheidungsfindung	40
3.3.2	Hinweis auf Behandlungsmöglichkeiten	41
3.3.3	Das gewählte Zielland	42
3.3.4	Visum.....	43
3.4	Art der Anreise ins Ausland.....	45
3.4.1	Transportmittel	45
3.4.2	Durchschnittliche Zeit der Reisen	46
3.4.3	Die Unterkunft.....	47
3.5	Medizinische Unterlagen und Überweisungsart.....	48
3.6	Charakteristiken der Krankheiten.....	49
3.6.1	Art der Therapie.....	52

3.6.2	Therapieergebnisse.....	54
3.7	Patientenzufriedenheit.....	55
3.7.1	Patientenzufriedenheit mit den Therapie	55
3.7.2	Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Unterbringung	55
3.8	Therapiekosten	56
3.9	Wiederaufnahme der Auslandstherapie	58
3.10	Therapieabbruch.....	59
4.	Auswertung in Bezug auf andere Aspekte.....	61
4.1.1	Zielland und Geschlecht.....	61
4.1.2	Altersdurchschnitt und Zielland	61
4.1.3	Ausbildung und Zielland.....	62
4.1.4	Geschlecht und Pathologie	64
4.1.5	Art der Therapie und Zielland	66
4.1.6	Behandlungsergebnisse und Zielland.....	66
4.1.7	Therapieabbruch und Zielland	68
4.1.8	Therapieabbruch bezogen auf Überweisungsart	69
4.1.9	Therapiekosten bezogen auf die Familiengröße.....	69
4.1.10	Patientenzufriedenheit bezogen auf das Zielland.....	70
4.2	Die Lage der Gesundheitsversorgung in Dohuk im Spiegel der Antworten und aus unserer Erfahrung	72
4.2.1	Patientenmeinungen über die Ärzten in Dohuk.....	72

4.2.2	Qualität von Diagnostik und medikamentöser Versorgung	73
4.2.3	Situation der Gesundheitsversorgung in Dohuk	74
4.3	Gesundheitsbewusstsein der Patienten.....	78
4.4	Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und Reformvorschläge	83
4.4.1	Weitere Verbesserung der Gesundheitsdienstleistung	86
4.4.2	Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation.....	88
4.5	Die Rolle der lokalen Behörde	89
5.	Nicht Wahrscheinlichkeitsstichproben	92
6.	Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	96
7.	Einige gesundheitspolitische Überlegungen	98
8.	Literatur und Quellenverzeichnis.....	103
9.	Anhang Fragebogen.....	113
10.	Danksagung	124

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Azadi Monument Dohuk.....	3
Abbildung 2	source map: Joint Analysis and Policy Unit.....	4
Abbildung 3	Zahl der Antworten auf die erste offene Frage.....	28
Abbildung 4	Werbung für medizinische Kliniken in Indien und Jordanien	30
Abbildung 5	Motivationen für die Behandlung im Ausland.....	32
Abbildung 6	Motivationen für alle Patienten.....	33
Abbildung 7	Altersverteilung.....	34
Abbildung 8	Patientenverteilung nach Geschlecht	35
Abbildung 9	Monatliches Einkommen	36
Abbildung 10	Patientenverteilung nach Ausbildung.....	37
Abbildung 11	Berufsverteilung der Patienten	38
Abbildung 12	Art des Dolmetschers	40
Abbildung 13	Entscheidungsfindung.....	41
Abbildung 14	Hinweis auf Behandlungsmöglichkeiten	42
Abbildung 15	Zielland der Reise	43
Abbildung 16	Dauer des Visumantrags.....	44
Abbildung 17	Länge des Visum.....	45
Abbildung 18	Reisemittel ins Ausland.....	46
Abbildung 19	Die benötigte Zeit für die Reisen	47
Abbildung 20	Art der Unterkunft.....	48
Abbildung 21	Mitgenommene Vorbefunde.....	49
Abbildung 22	Pathologie- Verteilung über Zielländer	51
Abbildung 23	Patienten Verteilung auf Behandlungsplatz im Ausland	52
Abbildung 24	Art der Behandlung im Ausland.....	53
Abbildung 25	Eine oder mehrfache Therapie	53
Abbildung 26	Behandlungsergebnisse	54
Abbildung 27	Patientenzufriedenheit über die Therapie.....	55
Abbildung 28	Patientenzufriedenheit über den Aufenthalt.....	56
Abbildung 29	Die Belege für Therapiekosten.....	56
Abbildung 30	Kostenübersicht über die Behandlung pro Zielland.....	58
Abbildung 31	Grund für Wiederaufnahme der Auslandstherapie.....	59
Abbildung 32	Gründe für den Therapieabbruch	60
Abbildung 33	Patientenverteilung nach Zielland und Geschlecht	61

Abbildung 34	Patientenverteilung nach Altersdurchschnitt und Zielland	62
Abbildung 35	Patientenverteilung nach Ausbildung auf die Zielländer	63
Abbildung 36	Patientenverteilung nach ihrer Ausbildung pro Zielland	64
Abbildung 37	Verteilung der Pathologien nach Geschlecht.....	65
Abbildung 38	Art der Therapie und Zielland	66
Abbildung 39	Behandlungserfolg bezogen auf das Zielland	67
Abbildung 40	Therapieabbruch Gründe bezogen auf das Zielland	68
Abbildung 41	Therapieabbruch bezogen auf die Überweisungsmethode.....	69
Abbildung 42	Therapiekosten bezogen auf Familiengröße	70
Abbildung 43	Patientenbewertung pro Zielland	71
Abbildung 44	Poliklinik der Azadi Krankenhaus in Dohuk	75
Abbildung 45	Überfüllter Korridor im Azadi Krankenhaus	77
Abbildung 46	Unterschiedliche Medikamente einer Patientin mit Sprunggelenkschmerzen.	80
Abbildung 47	Eine private Pflegepraxis in Dohuk	81
Abbildung 48	Beispiel Überweisungsbrief vom PHCC zum Azadi Krankenhaus	84
Abbildung 49	Azadi Krankenhaus Korridor zur Radiologische Abteilung	86
Abbildung 50	Der Verfasser im Gespräch mit einem Patienten im Azadi Krankenhaus	89

1. Hintergrund

1.1 Allgemeine Überlegungen zur medizinischen Behandlung im Ausland

Die Auswirkungen einer globalisierten Welt sind auch im Gesundheitswesen unübersehbar. Schon lange ist der „Brain Drain“ eines der schwerwiegendsten Probleme für viele Länder. Wenn z.B. in England mehr Krankenschwestern aus einem afrikanischen Land arbeiten als in diesem Land selbst, wird die Ohnmacht und Tragik des Phänomens deutlich. Wenn Patienten aus diesem afrikanischen Land sich dann zu „ihren“ Schwestern nach England begeben (müssen), hat sich der Teufelskreis geschlossen. Es gibt aber noch viele andere Gründe, warum Patienten für ihre Behandlung ins Ausland reisen. Dies wird in dieser Arbeit am Beispiel von Patienten aus Kurdistan untersucht.

Im Grunde genommen ist das Konzept des medizinischen „Tourismus“ international nicht genau definiert. Manche Experten nennen die Patienten „medical tourist“, „health tourist“ oder „medical traveller“ (14, 16). In dieser Arbeit wird der Terminus „Medizinischer Tourismus“ nicht benutzt, wir bevorzugen den Terminus „out of country for medical treatment“. Es ist eine Tatsache, dass diese Patienten mit dem ausdrücklichen Zweck der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten ins Ausland reisen und nicht zum Vergnügen. Der Begriff medizinischer Tourismus könnte einen falschen Eindruck von dem Ziel der Reise hinterlassen. Daher wird in dieser Studie dieser Terminus vermieden. Wir begrenzen uns in der Studie auf Patienten, die im Ausland nur medizinische Versorgung benötigen.

Das Phänomen ist historisch gesehen nicht neu. Es gab dies bereits vor Tausenden von Jahren. Z.B. reisten griechische Pilger aus dem gesamten Mittelmeerraum in das kleine Gebiet im Sardonischen Golf, genannt Epidauros bereits, um 500 BC bis ins sechste Jahrhundert hinein. Dieses Gebiet war das Heiligtum des Heilgottes Asklepios. Sein Heiligtum war von großer Bedeutung für die griechisch-römische Welt. Epidauros war das bedeutendste Reiseziel für Patienten (11,78).

Heute sind die Reiseziele unterschiedlich, ebenso wie auch die Beweggründe für die Patienten unterschiedlich sein können. Patienten aus den USA reisen häufig zur Behandlung in Dritte Welt Länder wie Indien. Ein aktueller Bericht von Reuters ergab, dass Amerikaner in der Regel damit rechnen können, dass sie 40-50 Prozent ihrer Kosten einsparen je nach Behandlungsmethode. Einem Bericht der Medical Tourism Association zufolge können die Einsparungen bis zu 90 Prozent betragen. Z.B.: die Kosten für eine coronare Bypass-OP in den USA betragen im Mittel \$ 144.000 und in Indien dagegen nur erstaunliche \$ 5200 (1).

Patienten in der Dritten Welt reisen oft zu den medizinischen Zentren in der 1. Welt, in denen sie Dienstleistungen finden, die in ihren Herkunftsländern nicht zur Verfügung stehen, weil das medizinische Know-how und/oder die Technik fehlen.

Nach Angabe der Unternehmensberatung Booz & Co. reisen fast 7.000 Patienten pro Jahr von den Vereinigten Arabischen Emiraten ins Ausland auf der Suche nach medizinischer Versorgung. Im Dezember 2011 wurden die Zahlen des Jahres 2008 veröffentlicht. Hierin wurde geschätzt, dass die Regierung der Vereinigten Arabischen Emirate im Jahr 2008 für medizinische Behandlungen in Übersee etwa US \$ 500 Mio. ausgab. im Jahr 2003 betragen diese Kosten nur US \$ 200 Millionen (Booz) (64)

Der Fluss von Devisen ins Ausland stellt eine zusätzliche Belastung sowohl für die Wirtschaft in der KRG dar als auch für die lokale Bevölkerung. Nicht nur die Risiken einer medizinischen Behandlung im Ausland sondern auch die daraus folgenden Konsequenzen positiver oder negativer Natur für den Patienten erfordern dringend wissenschaftliche Untersuchungen.

1.2 Studiengebiet



Abbildung 1 Azadi Monument Dohuk

Die Studie wurde in der Stadt Dohuk durchgeführt. Der Verfasser ist in Kurdistan (Dohuk) geboren und hat viel Erfahrung mit dem Gesundheitssystem und der Kultur der Region.

Dohuk liegt in der autonomen Region Kurdistan im Norden Iraks. Die autonome Region im Nord- Irak ist offiziell als das Regierungsgebiet der kurdischen Regionalregierung (KRG) bekannt. Nach dem Ende des Golfkriegs im März 1991 erklärte die UNO-Resolution den nördlichen Irak zur Flugverbotszone, um kurdische Bürger gegen militärische Aggressionen von Saddams Regime zu schützen (56). Die Nationalversammlung der Kurden bildete im Jahr 1992 nach der Wahl des ersten Parlaments in Kurdistan die kurdische Regionalregierung (KRG).

Im Laufe mehrerer aufeinander folgender Kabinette entwickelte die KRG Erfahrung und Kompetenz in der Führung der nordirakischen Region Kurdistan vor allem nach dem Zusammenbruch des Regimes von Saddam Hussein im Jahr 2003.

Im Jahr 2006 vereinheitlichte das KRG die zwei separaten Kabinette (KDP und KUP) zu einem einzigen Kabinett. Dieses hatte den heutigen Premierminister Nechirvan Barzani als Vorsitzenden und den Präsidenten des KRG Mr. Masaud Barzani (47).

Das Gouvernement Dohuk liegt im nördlichen Teil des Irak an der Grenze zur Türkei. Es hat eine Bevölkerung von 1.133.627 Einwohnern auf einer Fläche von 6.553 km². Die Hauptstadt ist die Stadt Dohuk mit der größten Einwohnerzahl des Gouvernements. Die Gesamtzahl der Einwohner verteilt sich auf 74,4% städtische und 25,6% ländliche Bevölkerung ist (15).



Abbildung 2 source map: Joint Analysis and Policy Unit

In der Region Kurdistan ist die Suche nach medizinischer Hilfe im Ausland in den letzten 10 Jahren populär geworden. Leider gibt es keine genauen Angaben darüber, wann dieser Trend begonnen hat und wie es zu der bis heute entwickelten Form kam. Dies ist bisher nicht untersucht worden.

Daten zu dieser Gruppe, die für medizinische Hilfe ins Ausland gereist ist, sind nicht verfügbar. Es gibt keinerlei Informationen oder Aufzeichnungen über solche Patienten bei den Gesundheitsbehörden in Dohuk.

Nach den Informationen der Passvergabestelle, von Ärzten, Gesundheitspersonal und einigen Patienten, nahm die medizinische Behandlung im Ausland nach 2003 zu. Als der Sicherheitsrat der Vereinten Nationen die Sanktionen gegen den Irak am 22. Mai 2003 aufhob, bedeutete dies das Ende von 13 Jahren Embargo gegen den Irak (72).

Eine Vielzahl von Faktoren vereinfachte die Reise für die lokalen Menschen. Z.B.: Die Ausstellung eines irakischen Passes wurde erleichtert, was während der Zeit des Saddam-Regimes fast unmöglich war. Die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage im KRG machte die Reisen erschwinglich, hinzu kam eine deutliche Vereinfachung der Visa-Anträge vor allem in die Nachbarländer. Die Tatsache, dass die Menschen im Irak in der Regel Jahrzehnte unter Krieg und Embargo gelitten hatten mit den verheerenden Auswirkungen auf die Gesundheitssituation, verstärkte noch zusätzlich den Trend, sich Hilfe im Ausland zu suchen. Die Menschen wünschten sich ein gut funktionierendes Gesundheitswesen mit sichtlich hoher Standardqualität und hofften auf bessere Gesundheitsdienstleistungen im Ausland. Viele Faktoren beeinflussen die Verhaltensweisen der Menschen auf der Suche nach Gesundheit. Die Überprüfung der weltweiten Literatur weist darauf hin, dass diese Faktoren sehr unterschiedlich sein können, man kann sie nach folgenden Kategorien klassifizieren: Kulturelle Überzeugungen, soziodemographischer Status, Frauen-Autonomie, wirtschaftliche Bedingungen, physische und finanzielle Möglichkeiten, Krankheitsbilder und Gesundheitsleistungen (8).

1.3 Irakisches Gesundheitswesen

Das irakische Gesundheitssystem überstand verschiedene historische Perioden und musste sich einigen Herausforderungen stellen. Wir teilen die historischen Zeiträume ein nach:

- **Vor den Sanktionen der Vereinten Nationen, das heißt vor 1990**
- **Während der Sanktionen der Vereinten Nationen zwischen 1990 -2003**
- **Nach dem Fall des Saddam-Regimes/ nach den Sanktionen der VN , das heißt nach 2003**

1.3.1 Vor den Sanktionen der Vereinten Nationen (vor 1990)

Die Geschichte des Gesundheitssystems im Irak fing in den frühen zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts an. Es begann mit der britischen Besatzung nach dem Ende des Ersten Weltkrieges im Jahre 1918. Im Jahre 1921 wurde die erste Direktion für Gesundheitsdienstleistungen gegründet, diese wurde weiter entwickelt zu einem Gesundheitsministerium im September desselben Jahres. Im Jahr 1922 wurde es in das Innenministerium als Direktion integriert. Dieser Zustand dauerte an bis ins Jahr 1939, in dem die Direktion zusammengelegt wurde mit dem Ministerium für Soziale Angelegenheiten. Ein selbständiges Gesundheitsministerium kam im Jahr 1952 zustande, im Jahr 1959 wurde es mit neuen Organisationsstrukturen weiterentwickelt. Die Basisstrukturen der Organisierung haben sich aber bis zum heutigen Tage wenig verändert. Es ist also geblieben, wie es war! (27,41). Im Jahre 1966 wurde **Kimadia** gegründet. Dies ist das Staatsunternehmen zum Import und zur Verteilung von Medikamenten und medizinischer Versorgung. Es ist sehr zentralisiert aufgebaut, die ganze Organisation ist ziemlich geheimnisumwoben mit einem Vertriebsnetz und Kreislagerräumen, die von einer speziellen Zentrale im Gouvernement kontrolliert werden. Kimadia ist der Hauptlieferant für den ganzen Irak (40).

Das Gesundheitssystem entwickelte sich in den 1970er Jahren weiter zu einem zentralisierten Gesundheitswesen mit charakteristischen kostenlosen Gesundheitsleistungen. Es basierte hauptsächlich auf den Krankenhäusern als Grundlage für die Dienstleistungen, vor allem unterstützte es die anspruchsvollen Krankenhäuser mit fortschrittlichen medizinischen Verfahren. Dieses Versorgungsmodell war kapitalintensiv. Es erforderte den Import von Medikamenten und auch medizinischer Ausrüstung in großem Maßstab. Außerdem wurden Krankenschwestern oder andere Dienstleistungsberufe aus dem Ausland angeworben. Die Kosten für dieses teure Gesundheitswesen wurden durch Ölexporteinnahmen gedeckt. Medizinische Dienstleistungen wurden vorwiegend in Krankenhäusern und Facharztpraxen zur Verfügung gestellt, statt einer breiteren Grundversorgung durch allgemeinmedizinische Praxen den Vorzug zu geben. Diese werden im Irak Primärversorgungspraxen (Primary Healthcare Centre abgekürzt mit **PHCC**) genannt. In den frühen 80-er Jahren wurde dieses System erweitert und die Mehrheit der Menschen im Irak bekam Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Mit dieser Tatsache wurde eine gute Flächendeckung für viele Menschen erreicht. Das Gesundheitssystem wurde komplett subventioniert von der Regierung, das bedeutete eine kostenlose Gesundheitsversorgung für alle Iraker. Manche Kritiker erwähnen, dass leider nur wenige Daten für diese Periode über das Gesundheitswesen

gesammelt wurden. Wegen fehlender wichtiger Daten gab es einen Mangel an kostengünstigen Investitionen und die Dienstleistungen waren nur teilweise an die Bedürfnisse der Bevölkerung angepasst.

Trotzdem galt es als eines der besten in der Region Mittel-Ost. Die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen war hoch, die Gehälter der Ärzte und der anderen Mitarbeiter waren es ebenfalls. Der private Gesundheitssektor war nur von untergeordneter Bedeutung. Das System lief ziemlich effektiv. Ein gutes Beispiel: während der 1970er und frühen 1980er Jahre konnte der Irak eine deutliche Verbesserung in mehreren kritischen Gesundheitsindikatoren verzeichnen: Die Säuglingssterblichkeit sank von 80 pro 1.000 Lebendgeburten in 1979 bis auf 40 im Jahr 1989. Im gleichen Zeitraum sank die Sterblichkeit der unter fünf jährigen von 120 auf 60 (27, 41).

Um die Grundversorgung in der Medizin und auch die Präventivmedizin zu fördern, unterzeichnete die irakische Regierung die **Alma-Ata-Erklärung** im Jahr 1978. Mit dieser Erklärung wurden die primäre Gesundheitsversorgung und die Präventivmedizin durch den Bau von Gesundheitszentren im ganzen Land verstärkt. Ein Gesundheitsrecht wurde im Jahr 1981 eingeführt. Es erklärte, dass die Gesundheitsversorgung ein Recht für jeden Bürger des Staates darstellt und dass der Staat die Verantwortung für alle Mittel der Gesundheits-Prävention und die Behandlung von Krankheiten übernimmt. In den frühen 1980er Jahren wurde eine neue Strategie geplant, um die Gesundheitszentren (PHCC) in der medizinischen Grundversorgung zu integrieren mit folgenden Schwerpunkten: Überweisungssysteme, Kommunikation und Ausbildung. Als der Krieg gegen den Iran begann, wurden diese Pläne leider wieder auf Eis gelegt (41).

Während des Iran-Irak-Krieges (1980-1988) kam es zu großen Verlusten von wirtschaftlichen Ressourcen. Dennoch förderte die irakische Regierung das Bevölkerungswachstum. Die Sterblichkeitsrate unter jungen Kindern ging zurück. Gleichzeitig waren die Gesundheitsdienste nicht wesentlich beeinträchtigt und der Zugang zu Ärzten und Krankenhäusern verbesserte sich sogar (42).

Im Jahr 1989 wurde geschätzt, dass 30% der Medikamente im einheimischen **SDI** (Samara Arzneimittelindustrie) produziert und die übrigen 70% der Medikamente importiert wurden. SDI hatte eine große Auswahl an Produkten in ungefähr 160 verschiedenen Dosierungen und Darreichungsformen (40).

Der UNICEF / WHO Report berichtet, dass vor dem Jahr 1990 allein 97% der Stadtbewohner und 71% der ländlichen Bevölkerung Zugang zur kostenlosen primären

Gesundheitsversorgung hatten. Außerdem muss erwähnt werden, dass nur 2% der Krankenhausbetten privat geführt wurden (42)

1.3.2 Sanktions- Periode der Vereinten Nationen (1990-2003)

Auf die irakische Invasion in Kuwait 1990 folgte der Golfkrieg. Anfang 1991 wurde der Irak im Auftrag der Vereinten Nationen aus dem besetzten Kuwait vertrieben. Eine alliierte Streitmacht unter US-Führung führte die große Militär Operation mit dem Namen „**Operation Wüstensturm**“ durch (63). Der Golfkrieg veränderte die Gesundheitsdienstleistungen grundlegend. Die Situation verschlechterte sich in allen Bereichen dramatisch. Der Krieg verursachte Schäden an den Krankenhäusern, den Stromerzeugungs- und den Wasseraufbereitungsanlagen. Außerdem verließen ausländische Krankenschwestern das Land. Das Gesundheitsbudget wurde zusammengestrichen. Das Import Budget sank von US \$ 500 Millionen im Jahr 1989 auf US \$ 50 Millionen im Jahr 1991 und dann weiter auf US \$ 22 Millionen im Jahr 1995. Die Ausgaben pro Kopf fielen von US \$ 86 auf ein Minimum von US \$ 17 im Jahr 1996 (42).

Allerdings begann die Verschlechterung des Gesundheitswesens bezüglich der Kapazität und Leistung bereits Ende der 1980er Jahre und weitere Einbußen folgten als Ergebnis sowohl der Kriege als auch der politischen und wirtschaftlichen Sanktionen. Während dieser Zeit waren die Entscheidungen in der Gesundheitspolitik unangemessen, vor allem in Bezug auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit waren äußerst gering. Aus der Analyse des Ministeriums für Gesundheit wurden in den 1990er Jahren die Finanzmittel für die Gesundheit um 90 Prozent reduziert. Eine wesentliche Folge all dieser Faktoren war eine deutliche Verschlechterung der Gesundheitsindikatoren für die Gesundheit der Bevölkerung. Zur gleichen Zeit verließen viele medizinische Fachkräfte das Land. Das Gesundheitssystem wurde zunehmend politisiert, zentral gesteuert und konnte nicht mehr auf die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung reagieren, die sich mit der Zeit geändert hatten. Leider konnte das Gesundheitswesen unter diesen desolaten Umständen nicht richtig funktionieren, wie man an den Gesundheitsindikatoren deutlich erkennen kann: Die Mortalitätsrate der Säuglinge, Kinder und Mütter war mehr als verdoppelt im Vergleich zu den Jahren 1990 bis 1996. (27)

Wegen dieser elenden Lage im Irak implementierten die Vereinten Nationen ein neues Programm für den Irak unter dem Namen **Programm Öl für Nahrung** (Oil for Food

Programm) abgekürzt **OFFP**. In dem OFFP wurden von 1996 bis 2002 US 4,8 Milliarden für die medizinische Versorgung und die dazugehörige Unterstützung ausgegeben. Der Schwerpunkt des OFFP lag auf der medizinischen Grundversorgung sowie Impfungen. Hierdurch konnte die Säuglingsmortalitätsrate wieder gesenkt werden (60).

Während des OFFP verbot die UNO jeglichen Geldtransfer zum Irak. Daher gab es keine internen Investitionen z.B. in Gehälter, Ausbildung und andere Aufwendungen. Dadurch verursachte das OFFP ein Ungleichgewicht im Gesundheitssystem und ermöglichte so manche übertriebene medizinische Ausrüstung, die Anzahl des medizinischen Personals und die Leistungsqualität sanken jedoch rapide. Seit den 90er Jahren haben viele hoch qualifizierte Ärzte und andere Gesundheitsfachkräfte das Land verlassen (27)

Um die Auswanderung der Gesundheitsfachkräfte zu verhindern, fing die irakische Regierung an, dem privaten Sektor mehr Freiheit zu geben und erlaubte den privaten Kliniken und 4 Jahre später auch den Krankenhäusern, Gebühren zu erheben (60).

1.3.3 Nach den Sanktionen der Vereinten Nationen & dem Sturz Saddams (nach 2003)

Nach der Invasion der USA von 2003 begann die schwierigste Phase für das Gesundheitswesen des Landes. Als Folge des Endes des Saddam- Regimes brachen die Infrastrukturen des Gesundheitswesens zusammen. Es gab weit verbreitet Plünderungen im April 2003 (34). Das Gesundheitssystem war an manchen Tagen nicht funktionsfähig z.B. gab es unberechenbare Versorgungsengpässe an Wasser und Strom.

Nachdem die Sanktionen aufgehoben waren, wurde es einfacher für die Regierung, da mehr Bargeld durch den Verkauf von Öl zur Verfügung stand. Mit Bargeld wurden die Gehälter des medizinischen Personals erhöht. Aber der Schaden für das Gesundheitssystem war kolossal, vielleicht irreparabel. Zum Beispiel arbeiteten im Irak einem UNICEF / WHO-Bericht zufolge damals mehr Ärzte als Krankenschwestern. Dies ist sehr ungewöhnlich für ein armes Land. Bedauerlicherweise waren nur wenige Ärzte spezialisiert in Präventionsmedizin und Sozialmedizin, was genau das Land aber gebraucht hätte (60). Nach der Besetzung 2003 investierte die US-Regierung US \$ 50 Milliarden in den Wiederaufbau des Irak. Von diesem Geld wurden aber weniger als US \$ 1Milliarde für die Gesundheitsinfrastruktur ausgegeben (59).

Im Allgemeinen blieb das Gesundheitsversorgungssystem im Irak zentral kontrolliert von MOH (Ministry of Health) und die Gesamtsituation änderte sich wenig. Im Gegenteil

verschlechterte sie sich sogar, da das ganze Gesundheitssystem nun unter den Einfluss von politischen Parteien kam. Weiterhin gab es eine mangelnde Transparenz, eine unzureichende Organisation ohne klare Politik oder strukturierte Pläne für die Zukunft. Gleichzeitig war das Regelwerk für private und öffentliche Dienstleistungen im Gesundheitssektor unzureichend und es gab Schwierigkeiten bei der Finanzierung. Die Koordination zwischen Finanzierung und Planung im Direktorium der MOH war nur mäßig (59, 68,78).

Trotz der neuesten Verbesserungen in bestimmten Bereichen der Gesundheitsleistungen konnte das System bisher leider noch nicht die Bedürfnisse der Bevölkerung erfüllen. In einigen Orten beeinträchtigen zusätzlich Sicherheitsprobleme die Gesundheitsversorgung erheblich. Weiterhin gibt es einen Mangel an qualifiziertem medizinischem Personal im Irak. Das Defizit an Gesundheitsfachkräften stellte eine weitere Herausforderung für das System dar. Z.B. in den 1990er wurden noch 34.000 Ärzte im irakischen Ärztlichen Verein (IMA) registriert. Diese Zahl sank auf rund 16.000 im Jahr 2008. Viele Ärzte verließen das Land wegen des Mangels an Sicherheit als Folge der Kriege mit ihren schlimmen Auswirkungen auf die Ökonomie und wegen des Mangels an allgemeinen öffentlichen Dienstleistungen (34). In den Auseinandersetzungen im Rahmen des Bürgerkrieges richtete sich die Gewalt gegen Ärzte, weil diese wohlhabend waren oder es war Teil der Strategie des Gegners. Seit der Invasion 2003 wurden 2.000 irakische Ärzte ermordet und schätzungsweise ca. 250 entführt, wie das Brookings Institute im Dezember 2006 berichtete. Insgesamt flohen mehr als die Hälfte der irakischen Ärzte ins Ausland (60).

Hinzu kommt, dass es nach Schätzungen der Regierung des Irak nur rund 17.000 Krankenschwestern gab. Mit anderen Worten: es gab etwa so viele Krankenschwestern wie Ärzte. Seit 2008 appelliert die Regierung an das medizinische Personal, in das Land zurückzukehren (34).

Seit Jahren beschäftigt sich die irakische Regierung mit dem Aufbau der Gesundheitseinrichtungen und der Verbesserung der Qualität der Gesundheitsdienstleistungen. Bis 2004 war Kimadia der einzige Staatslieferant für Arzneimittel und Medizin. Jetzt beliefert er nur den öffentlichen Sektor (69).

In den meisten Großstädten sind wieder Gesundheitszentren aufgebaut worden. In ländlichen und abgelegenen Gebieten besteht weiterhin ein Mangel an diesen Einrichtungen.

Üblicherweise haben diese Einrichtungen Probleme mit schlechter Strom- oder Wasserversorgung, häufig auch mit unzuverlässigen Abwasser- oder Klimaanlage und mit

einer unzureichenden Abfallentsorgung. Die Ausrüstungen sind oft alt und schlecht gepflegt, und manchmal auch nicht ordnungsgemäß gewartet. Mangelnde Hygiene auf verschiedenen Ebenen in vielen Einrichtungen haben gravierende Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsdienstleistung. Häufig wird dem Mangel an Ressourcen die Schuld zugeschoben, aber um ehrlich zu sein, gibt es keine Entschuldigung für die Missachtung eines Mindeststandards in der Krankenpflege, Sterilisation und Abfallentsorgung. Der Mangel an Hygiene führt zu einer hohen Rate von Infektionen (nosokomial) und häufig zu Krankheiten. Gemäß der Aussage von medizinischem und paramedizinischem Fachpersonal sind manchmal schon kleinere Unfälle wegen unhygienischer Versorgung tödlich. Die Zahl der Betten in spezialisierten Abteilungen wie Intensivstation und Dialyse sind nicht ausreichend. Im Übrigen gibt es einen Mangel an ausgebildeten Krankenschwestern und medizinischem Personal(29).

Laut einer Quelle der irakischen Regierung hat diese optimistische Pläne für die Modernisierung der Gesundheitsinfrastruktur und die Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen durch einen Ausbau der Gesundheitseinrichtungen. Die Gesundheitsausgaben zeigten einen Anstieg um US \$ 6 Milliarden(34), jedoch wurden diese Pläne leider auf Eis gelegt wegen des derzeitigen Bürgerkriegs und der Aggressionen von Seiten der ISIS.

1.4 Gesundheitswesen in KRG

Seit 1992 herrscht in Kurdistan relative Stabilität mit seinem semi-autonomen Status im Irak und unter dem Schutz als Flugverbotszone (56). Die drei nördlichen kurdischen Provinzen (**Dohuk, Erbil und Sulaimaniya**) gründeten ein eigenes Gesundheitsministerium. Das System und die Strukturen wurden vom zentralen Ministerium für Gesundheit im Irak (MOH) übernommen (5).

Die medizinische Versorgung in Kurdistan leidet noch immer unter den desolaten Zuständen aus den Zeiten des Regimes Saddam Husseins. Das System ist von den Jahren der UNO-Sanktionen erschöpft, gefolgt von der US geführten Besatzung, der angespannten Lage zwischen KRG und der Zentralregierung in Bagdad und der ISIS-Aggression. Die Krankenhäuser können mit der Zunahme der Bevölkerung nicht mithalten. Die

Bevölkerungszahlen steigen, aber die Entwicklung des Gesundheitssystems kommt nicht schnell genug nach.

Im Allgemeinen werden die Gesundheitsdienstleistungen in der primären Gesundheitsversorgung (PHCC) und den Krankenhäusern bereitgestellt. Beide Einrichtungen stehen für Patienten zu sehr niedrigen Kosten zur Verfügung. Prinzipiell haben alle Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen.

In der autonomen kurdischen Region wird das Gesundheitsministerium durch das Finanzministerium finanziert, das unter die Verantwortung des kurdischen Parlaments fällt. Theoretisch erhält die KRG jährlich von dem zentralen irakischen Finanzministerium ein Budget von 17% der irakischen Öleinnahmen. Das KRG Gesundheitsministerium verfügt über ein Budget von 2,5% der gesamten öffentlichen Ausgaben. Bedauerlicherweise bestehen in der Beziehung zwischen KRG und Zentralregierung des Irak ständig Spannungen. Es gibt nur wenig Zusammenarbeit zwischen Bagdad und Erbil, es besteht eher eine Abstandsbeziehung. Bagdad weigert sich regelmäßig, den festgesetzten Anteil des Staatshaushaltes an die KRG zu zahlen. Dieses schlechte Verhältnis hat ganz erhebliche Auswirkungen auf die Finanzsituation der Menschen in Kurdistan (17, 59,27).

Normalerweise sind die Leistungen in der primären Gesundheitsversorgung und in den Krankenhäusern in KRG mangelhaft. Die Verfügbarkeit von benötigten Medikamenten in Quantität und Qualität ist nicht befriedigend und es gibt auch eine unzureichende Verfügbarkeit an medizinischen Geräten und Untersuchungsmöglichkeiten (54).

1.5 Einfluss des Flüchtlingsproblems auf das Gesundheitssystem im KRG

Nach der sektiererischen Gewalt im Jahr 2006 begann im Irak eine neue Welle der Gewalt mit verheerenden Folgen, die schließlich zum Bürgerkrieg führte. Fast 55.000 **IDP** (internal displaced people) Inlandsvertriebene flüchteten zwangsweise nach Dohuk (31).

Die Krise in Syrien seit März 2011 führte dazu, dass eine Menge von syrischen Bürgern aus ihrem Land fliehen mußten. Syrien hat eine lange Grenze mit dem Nordwesten des Irak. Diese geographische Lage hat erhebliche Folgen für Kurdistan. Es gab Massenströme von Flüchtlingen in die KRG (12).

Die Situation wurde noch weiter verschlimmert nach der Besetzung der Stadt Mosul durch die Terrororganisation ISIS im Juni 2014. Viele Flüchtlinge flohen nach Dohuk. Im Dezember

2013 sah Dohuk der Ankunft von drei Wellen von IDP (Inlandsvertriebene) entgegen: im Januar 2014 von Anbar fast 3.000 IDP, im Juni 2014 von Mosul und Salaheddin knapp 36.000 IDP und im August 2015 von Singar fast 450.000 IDP. Derzeit ist Dohuk der sicherste Ort im Irak und beherbergt den größten Anteil der 2014-2015 Vertriebenen im ganzen Land, zusätzlich zu der bereits erwähnten beträchtlichen Anzahl von syrischen Flüchtlingen. Den größten Teil der IDPs in Dohuk stellen die kurdischen Yeziden mit einem ethno-religiösem Hintergrund (10, 31).

Der Zustrom von Menschen und die verschlechterte Sicherheitslage außerhalb der KRI (Region Kurdistan im Irak) hat große Auswirkungen auf die Menschen in der kurdischen Region. Es ist bemerkenswert, dass die Armutsquote in der KRI sich seit 2013 von 3,5 Prozent auf 8,1 Prozent erhöhte.

Die **IOM** (International organization for migration) schätzte im September 2014 dass mehr als 75.000 Flüchtlingsfamilien im Gouvernement Dohuk einen Wohnsitz bekamen, die höchste Zahl von Inlandsvertriebenen in jedem irakischen Gouvernement. Dazu kamen über 100.500 syrische Flüchtlinge. Bis Juni 2015 hatte sich die Zahl der (IDP) Inlandsvertriebenen auf fast 441.000 Personen erhöht. Die Mehrheit der Flüchtlinge lebt in speziellen Lagern, Bauruinen oder gemieteten Häusern. Die KRG Behörden haben die Flüchtlinge ohne Unterstützung der internationalen Gemeinschaft begrüßt. Gleichzeitig hatten der fallende Ölpreis und das gestrichene Budget der irakischen Zentralregierung einen sehr negativen Einfluss auf die lokale Wirtschaft in Kurdistan. All diese Faktoren haben offensichtliche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung sowohl der lokalen Bevölkerung als auch der Flüchtlinge.

Es ist bekannt, dass Flüchtlinge andere demografische Profile und Krankheitslasten mit vielen gesundheitlichen Risiken für die lokalen Bewohner mit sich bringen. Ein Beispiel ist der neueste Ausbruch von Cholera im Irak, der sich vom Irak aus auch in die Nachbarländer ausgebreitete. Insgesamt wurden rund 2200 infizierte Patienten registriert (37).

Die Überlastung des Systems in Dohuk wird immer deutlicher. In der medizinischen Versorgung der staatlichen Krankenhäuser und der Zentren für Primäre Versorgung (PHCC) häufen sich die Ausfälle(z.B. Medikamentenlieferung).

2. Methode und Probanden (Studiennummer: 4909)

2.1 Studienplanung und Befragungen als Untersuchungsmethode

Der allgemeine Wunsch, zur medizinischen Behandlung ins Ausland zu reisen, war bei meinen Besuchen in Dohuk ganz offensichtlich. Die Mehrheit der Menschen erklärte, dass sie nur ein geringes Vertrauen in ihr eigenes Gesundheitssystem hätten. Für die Menschen war es nicht von Bedeutung, dass das Land mehrere Kriege überstanden hat, in denen die Infrastruktur völlig zerstört wurde, wie zuvor in der Einleitung erwähnt. Sie benötigten ein gut funktionierendes Gesundheitswesen mit einer qualitativ hochwertigen Medizin. In einem ausländischen Versorgungssystem hofften sie, eine bessere Qualität medizinischer Behandlung zu finden, als sie zu Hause erhalten konnten.

Als wir begannen, die Konzepte und Ideen für die Studie zu formulieren, war die allgemeine wirtschaftliche Lage und Sicherheit in Kurdistan im Vergleich zum übrigen Irak gut. Wir begannen Gesundheitsexperten und Ärzte zu kontaktieren, um mehr Informationen zu erhalten und ihre Meinung über die derzeitige Entwicklung zu erfahren. Auch von Seiten der medizinischen Fachkräfte wurde bestätigt, dass viele Patienten das Land verlassen, um sich im Ausland behandeln zu lassen. Die Faktoren, die am häufigsten von den Professionellen im Gesundheitssystem in Dohuk genannt wurden, waren: die verbesserte wirtschaftliche Situation der Patienten, sozialer Druck und das gute Image der Medizin im Ausland. Hierbei merkten wir häufig, dass die medizinischen Fachkräfte es vermieden, Lücken und Fehlfunktionen ihres eigenen Systems zu benennen. Darüber hinaus negierten die meisten von ihnen die Tatsache, dass viele der Menschen in Dohuk mit der Qualität des Gesundheitssystems in Dohuk und der ganze KRG unglücklich sind. Angesprochen auf das negative Image des eigenen Gesundheitssystems bagatellisierten die meisten von ihnen das Problem.

Dieses negative Bild der Menschen in Dohuk gilt nicht nur für die eigene Provinz sondern für ganz Kurdistan. Die Schuld wurde meist den Ärzten gegeben wegen ihrer arroganten Art und Weise, mit den Patienten umzugehen. Einige von ihnen nannten das Verhalten der Ärzte parasitär, mit dem einzigen Interesse, Geld zu verdienen, anstatt sich um die Gesundheit ihrer Patienten zu bemühen.

Die Diskrepanz in den Ansichten beider Seiten, der Mediziner einerseits und der Patienten andererseits, weckte bei uns das Interesse für dieses Thema. Wir entschieden uns, dieses Problem genauer zu untersuchen, um mehr über diese Entwicklung in KRG zu erfahren. Wir hatten das Glück, dass Prof. Dr. Borgers gleich Interesse an einer solchen Studie zeigte. Die Planung begann in Dohuk. Um eine solche Studie durchführen zu können, musste zunächst die Erlaubnis von der Gesundheitsbehörde (in diesem Fall der Generaldirektion Gesundheit) in Dohuk eingeholt werden. Der Antrag für die Genehmigung wurde bei der Abteilung für Planung -Sektor wissenschaftliche Forschung- gestellt. Diese Abteilung befindet sich in der Generaldirektion für Gesundheit in Dohuk. Die Generaldirektion gehört zum Ministerium für Gesundheit der kurdischen Regionalregierung (KRG). Der Prozess zur Erhaltung der Genehmigung, nahm unerwarteter Weise einige Monate in Anspruch. Die Beamten der Abteilung für Planung -Sektor wissenschaftliche Forschung- verlangten ein Empfehlungsschreiben der Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, um das Genehmigungsverfahren einzuleiten. Dieses Schreiben wurde von Uni. Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin ausgestellt und weitergeleitet an die Abteilung für Planung –Sektor wissenschaftliche Forschung. Zum Glück waren die meisten der Beamten und Ärzte in der Generaldirektion Gesundheit in Dohuk freundlich und hilfsbereit. Außerdem wurde das Studienvorhaben von der Ethik-Kommission der Abteilung für Planung – Sektor wissenschaftliche Forschung- unter der Schirmherrschaft von Dr. Farsat geprüft. Schließlich wurde die Genehmigung, diese Studie durchzuführen, erteilt. Uns wurde ein offizielles Schreiben der Generaldirektion Gesundheit in Dohuk für das Allgemeine Krankenhaus Azadi, das Notfall-Krankenhaus, das Nierenzentrum, die PHCCs und die Statistikabteilung der Generaldirektion Gesundheit in Dohuk ausgehändigt. Nunmehr konnten wir beginnen, nach geeigneten Kandidaten zu suchen. Für die Vorbereitung der Arbeit waren bereits mehrere Reisen nach Dohuk nötig gewesen. Die Rekrutierung von Probanden verlief dann zunächst sehr zögerlich, so dass wir uns auf Rat von Prof. Dr. Borgers entschlossen, für 6 Monate von Juni bis Dezember 2015 in Dohuk zu bleiben. Die Kosten der Untersuchung (Reisen, Aufenthalt usw.) wurden aus privaten Mitteln bestritten.

Die Region Kurdistan ist ein Gebiet der Dritten Welt. Die Dokumentation und Archivierung von Krankendaten ist sehr lückenhaft, sodass man nicht auf Archive der Gesundheitsbehörden oder Krankenhäuser zurückgreifen kann. Darüber hinaus werden die Daten bisher noch nicht

digitalisiert. In unserem Fall hieß das, dass wir selbst nach den Patienten in der Provinz Dohuk suchen musste.

Da es keine Fremdfinanzierung dieser Studie gab, konnten weder Fernsehen, Radio, Zeitung noch andere kostenpflichtige Werbemittel genutzt werden. Wir verwendeten folgende Quellen für eine direkte Ansprache der Patienten, was sehr schwierig und sehr zeitaufwändig war:

I. Allgemeines Krankenhaus Azadi

Der Direktor des staatlichen Krankenhauses Azadi ermöglichte es, die Untersuchung im Krankenhaus durchzuführen. Die Zusammenarbeit mit ihm fand unter sehr freundschaftlichen Umständen statt. Der Leiter der Assistenzärzte im Krankenhaus wurde gebeten, alle Ärzte über unsere Studie zu informieren und uns bei vorhandenen Probanden zu kontaktieren. Darüber hinaus hielten wir uns regelmäßig in der Lounge der Ärzte auf und baten auch die Fachärzte, uns die Patienten, die im Ausland behandelt worden waren, zu nennen.

Es wurden Ärzte, Pfleger(-innen) und Sekretäre in den ambulanten Polikliniken nach Kontaktdaten von Patienten gefragt, die eine Behandlung im Ausland erhalten hatten. Wir baten die Patienten persönlich um die Erlaubnis, ein Interview mit ihnen auf Basis des Standardfragebogens führen zu dürfen. Es wurde ihnen erklärt, welchem Zweck und Ziel diese Untersuchung dient. Die Interviews erfolgten in den Warteräumen der Poliklinik.

Weiterhin wurden Assistenzärzte und Pfleger(-innen) nach stationären Patienten gefragt, die im Ausland medizinisch behandelt worden waren. Die Suche nach Patienten erfolgte in allen Abteilungen gleichermaßen, aber es wurden vorwiegend Patienten in der Onkologie gefunden. Die Interviews fanden in den entsprechenden Abteilungen statt.

Wir beobachteten nicht nur die stationären und ambulanten Patienten, uns interessierten auch die allgemeine Situation im Krankenhaus, die Kommunikation zwischen Patienten, Ärzten und Krankenpflegern und das Arzt-Patienten-Verhältnis. Er wollte sich ein allgemeines Bild über die Lage im größten staatlichen Krankenhaus machen.

II. Primäres Gesundheitszentrum Bahdinan

Auch hier wurden das Personal und die Ärzte gebeten, Patienten, die im Ausland eine medizinische Versorgung erhalten hatten, zu melden.

Die Rezeption wurde gebeten, uns zu kontaktieren, falls Kandidaten für die Studie vorhanden waren. Die Verwendung einer schriftlichen Anzeige wurde von dem Zentrum nicht genehmigt. Die Mehrheit der Patienten, die das PHCC besuchten, waren Analphabetiker und kamen aus niedrigen sozioökonomischen Schichten. Eine solche Werbung könnte den Ablauf der Arbeit im Zentrum stören, vor allem, weil das Zentrum bekannt ist für sein hohes Patientenaufkommen.

Wir baten die Patienten und die Besucher des Zentrums persönlich um Hilfe bei der Suche nach weiteren Probanden für seine Studie.

Um ein besseres Verständnis der medizinischen Situation im PHCC zu entwickeln, arbeitete der Verfasser als Arzt ehrenamtlich für 5 Monate in Bahdinan PHCC. Hier haben wir mit Erfolg einige Patienten rekrutiert.

III. Arzt-Kollegen

wir fragten einige Ärzte in dem privaten Krankenhaus Vin und in privaten Praxen nach Patienten. Nachdem diese Patienten ihre Erlaubnis erteilt hatten, wurden die passenden Kandidaten über den Grund des Kontakts informiert.

Leider wollten einige dieser Ärzte nicht kooperieren mit der Begründung, dass die Suche nach Kandidaten für sie zu zeitaufwändig sei. Andere sagten, dass die Patienten ihre Besuche im Ausland verheimlichten, damit das Verhältnis zu den Ärzten in Dohuk dadurch nicht belastet würde. Hier bekamen wir nur wenig Unterstützung.

IV. Generaldirektion für Gesundheit-Dohuk

Die Suche nach Probanden begann bereits während des Bewerbungsverfahrens zum Erhalt der Genehmigung durch die Behörden, diese Forschung zu betreiben. In der Zentralen Gesundheitsdirektion in Dohuk (Gesundheitsbehörde in Dohuk) wurde das Personal der Abteilung für wissenschaftliche Forschung, Management-Abteilung, Statistik und

Planungsabteilung gebeten, uns über Namen und Adressen der Patienten, die für die medizinische Behandlung im Ausland waren, zu unterrichten. Eine kleine Gruppe von Patienten konnte auch hier rekrutiert werden.

V. Universität Dohuk

Beim Besuch an der Universität von Dohuk wurde der Prodekan Dr. Jamal gefragt, ob die Universitätsstudenten bei der Suche nach Probanden helfen könnten. Der Prodekan meinte, dass dies zu zeitaufwändig sei, es könnte außerdem die Studenten stören. Eine Werbung auf dem Campus war nicht erlaubt. Daraufhin wurde das Personal des Büros des Prodekans freundlich gebeten, bei der Suche nach Probanden zu helfen. Auch hier wurden einige Patienten rekrutiert.

VI. Soziale-Verbindungen

Freunde, Verwandte und Familie, die selbst im Ausland gewesen waren, wurden gebeten, teil zu nehmen bzw. gefragt, ob sie Kandidaten für unsere Untersuchung in ihrer Umgebung kannten. Hier konnten wir einige Patienten für unsere Studie finden. Die Nachbarn, der Supermarkt und die kleinen Geschäfte in der Nachbarschaft wurden ebenso gefragt. Hier konnten die Patienten direkt mit uns in Verbindung treten. Einige Patienten kontaktierten uns und machten Termine für Interviews. Diese Interviews wurden entweder bei den Patienten zuhause durchgeführt oder in unserer Praxis für Allgemeinmedizin.

VII. Reisebüro und Reiseagentur

Leider konnte uns das Reisebüro keine Patienten-Daten zur Verfügung stellen. Sie wollten nicht mit uns zusammenarbeiten. Die Gründe dafür waren nicht klar. Hier wurde ein Patient rekrutiert, der im Wartezimmer des Reisebüros wartete. Die Reiseagentur für Indien vermied jede Form von Kontakt mit uns.

2.2 Literatúrauswahl

Um sich dem Thema „*out of country for medical treatment*“ systematisch zu nähern, wurde die Suche nach Literatur in drei große Kategorien eingeteilt:

- 1- Medical tourism: ebenso wie die anderen Bezeichnungen in der internationalen Literatur „*Medical traveler, Health tourist*“ etc. wurden als Suchbegriffe eingesetzt.
- 2- Medical health system in Iraq: in dieser Kategorie erfolgte die Recherche zur historischen Entwicklung des Gesundheitssystems im Irak bis zum heutigen Tag. Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf den Einfluss der Kriege und der Sanktionsperioden gelegt.
- 3- Medical healthcare system in Kurdistan North Iraq: In dieser Kategorie galt das besondere Interesse der jüngsten Entwicklung seit 2003 im Gesundheitssystem. In diese Zeitspanne fällt die Abspaltung der Region von der Zentralen Regierung mit den daraus resultierenden Spannungen und Sanktionen. Hinzu kommen die Flüchtlingsströme und die ISIS- Aggression.

Im Allgemeinen erfolgte die Suche in der Literatur unter Verwendung von Pubmed, Cochrane und Google Scholar. Die Suchbegriffe waren: “*health system in Iraq, health system in Kurdistan, medical tourism, doctor patient communication, doctor patient relationship*”.

Die anderen Suchmaschinen wie Google, Bing und Yahoo wurden auch genutzt, hier waren die Suchbegriffe: “*Sanction on Iraq, Kurdish regional Government, Refugees in KRG, Dohuk Governement, Problems between Bagdad and Erbil* „. Die Auswahl der Literatur erfolgte nach der Relevanz für unser Thema.

2.3 Auswahlkriterien für die Probanden

Um das Spektrum verschiedener Anlässe, Motive und Erfahrungen von medizinischen Auslandsreisenden abbilden zu können, erfolgte die Auswahl der Probanden nach folgenden Kriterien:

- 1- Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Patienten konnten sie verweigern oder akzeptieren.
- 2- Die Kosten für die Behandlung im Ausland sollten von den Patienten selbst oder teilweise von der lokalen Regierung (KRG) übernommen worden sein. Die Patienten wurden gebeten, Belege oder Quittungen für die Behandlungskosten vorzulegen.
- 3- Befragt wurde nur ein Patient pro Familie, auch wenn mehrere Familienmitglieder im Ausland eine medizinische Behandlung erhalten hatten.
- 4- Es gab keine Altersbeschränkung.
- 5- Alle Patienten sollten im Gouvernement Dohuk leben.
- 6- Alle Reisen sollten in den Jahren 2012 bis 2015 stattgefunden haben.

2.4 Patientenrekrutierung

Die Planung und die Anträge auf Genehmigung für diese Studie wurden im Jahr 2013 gestellt, die Rekrutierung der Patienten begann im Jahr 2014 und dauerte bis Ende 2015. Alle diese Interviews wurden in 2014 und 2015 durchgeführt.

Zum Zeitpunkt der Planung 2013 war die Situation in der autonomen Kurdistan Region im Nord Irak im Wesentlichen bis auf die Probleme mit der zentralen Regierung in Bagdad stabil. Zunächst war geplant, mehrere 100 Patienten zu erfassen und zu interviewen. Dieser Optimismus wurde durch die zunehmend instabile politische Lage (Aggression durch ISIS) jedoch gedämpft. Die unter Punkt 2.1 genannten zusätzlichen logistischen Schwierigkeiten zwangen uns die Zahl auf realistische 100 Probanden zu beschränken, um den Zeitplan bis Ende 2015 einhalten zu können. Mit unseren Möglichkeiten und unter diesen Umständen wurde hier bei der Rekrutierung die convenient Sampling-Technik (ein nicht-zufälliges Auswahlverfahren) benutzt, eine Randomisierung war nicht möglich.

Die Probanden, die erfasst wurden, kamen alle aus dem Gouvernement Dohuk. Eine Repräsentativität in Bezug auf die Gesamtheit der Patienten, die zu Behandlungen ins Ausland gereist sind, ist schwierig zu belegen. Die Einschränkungen sind unter Punkt 2.5 erläutert. Einige Patienten weigerten sich, an der Studie teilzunehmen, nachdem sie erfuhren, dass es keine finanziellen Vorteile geben würde. Drei Patienten wurden ausgeschlossen; zwei von ihnen waren vor 2012 ins Ausland gereist und der dritte Patient wurde nicht angenommen, weil sein Bruder schon an unserer Studie teilnahm. Nachdem die Patienten über das Ziel der Studie aufgeklärt worden waren, zeigten sie sich engagiert in der Zusammenarbeit mit uns. Viele von ihnen erhoffen sich eine positive Veränderung des medizinischen Gesundheitssystems in Dohuk.

Die Interviews fanden bei den Patienten zu Hause, im Azadi-Allgemeinkrankenhaus (stationär und ambulant), im Bahdinan PHCC, im Reisebüro und in einer privaten Hausarztpraxis statt, die für diesen Zweck angemietet worden war.

2.5 Einschränkungen und Stichprobenproblematik

Da kein offizielles Patienten-Register zu medizinischen Auslandsbehandlungen existiert, war hier eine Suche unmöglich. Wir haben in allen Bereichen nach Patienten-Daten gesucht, unter anderem in Krankenhäusern, Gesundheitsbehörden in Dohuk, ID und Passamt ohne Erfolg. Das völlige Fehlen von Datenbanken ist in diesem Gesundheitssystem leider normale Realität. Die Erfassung der von uns gesuchten Zielgruppe war außerdem insofern problematisch, als die Patienten meist auf eigene Initiative ohne offizielle Anmeldung ins Ausland reisten.

Die gefragten Patienten stammten meist aus der Stadt Dohuk. Diese Patientengruppe repräsentiert vielleicht eher die Menschen in Dohuk Stadt und nicht die ganze Provinz Dohuk. Die KRG im Norden des Irak besteht aus mehreren anderen großen Städten wie Erbil, Sulaimaniya. Leider ist unsere Probenahme nur auf den Bereich der Provinz Dohuk beschränkt und umfasst nicht die ganze KRG.

Es ist für männliche Interviewer sozial eher akzeptiert, männliche Patienten zu befragen als die weiblichen Patienten zu kontaktieren, insbesondere, wenn die Pathologie mit gynäkologischen und geburtshilflichen Problemen zu tun hat. In dieser Studie könnte es sein, dass die jungen weiblichen Patienten, die sich für gynäkologische Probleme im Ausland

aufhielten, unterrepräsentiert sind im Vergleich zur realen Patienten-Population in der Provinz Dohuk.

Die meisten Probanden in Azadi Krankenhaus wurden stationär behandelt wegen malignen oder anderen schweren Erkrankungen. Diese Gruppe von Patienten könnte in unserer Patientengruppe überrepräsentiert sein. Die Patienten, die im Ausland waren für HNO-ärztliche, ophthalmologische und dermatologische Fragestellungen könnten unterrepräsentiert sein, da die meisten von ihnen nach der Rückkehr nach Hause nicht wieder in einem Krankenhaus aufgenommen wurden, was die Wahrscheinlichkeit, in unsere Studie eingeschlossen zu werden, vermindert.

Um die Aussagen einer empirischen Untersuchung, deren Empirie in Zahlen ausgedrückte Quantitäten darstellen, abzusichern, wird üblicherweise ein stochastisches bzw. inferenzstatistisches Verfahren z.B. ein Signifikanztest durchgeführt. Die Anwendung eines solchen stochastischen Testes soll der Zufälligkeit der Zahlenwerte entgegenwirken. Wenn die Nullhypothese = kein Unterschied vorhanden nicht auf dem 5% Irrtumsniveau widerlegt werden kann, wird der Unterschied als nicht vorhanden angesehen, wobei eine 5% Chance des Irrtums besteht. Wenn eine wirkliche Zufallsstichprobe in einer Bevölkerung gezogen werden kann, ist die Logik des Verfahrens unmittelbar plausibel, weil die nächste Stichprobe, die man ziehen könnte, ja andere Ergebnisse hervorbringt und die nächste wieder andere usw. In vielen wissenschaftlichen Untersuchungen (wie auch in der vorliegenden) ist aber eine Stichprobenziehung im echten Sinne nicht möglich, weil die Grundgesamtheit nicht erfasst werden kann. Diese Grundgesamtheit, wären in dieser Untersuchung z.B. alle Personen, die in einem bestimmten Zeitraum in der Region zur Behandlung ins Ausland gegangen sind. Erfassen meint ja praktisch, dass ich über eine Datenbank mit allen in Frage kommenden Personen verfüge und ich dann in einem Zufallsverfahren eine Stichprobe daraus ziehe. Jede Person hat dann die gleiche Chance in diese Stichprobe zu gelangen. Da die Auswahl der 100 Patienten in dieser Untersuchung (wie ja in fast allen klinischen Erhebungen an Patienten) aber nicht zufällig, sondern durch bloßes Auffinden irgendwo geschah, gibt es keine gleiche „Wahrscheinlichkeit“ in diese Stichprobe zu gelangen und damit auch nicht die Möglichkeit einer Inferenzstatistik. Wer nicht an dem Ort und Zeitpunkt der Auswahl anwesend war, konnte nicht in die Stichprobe gelangen.

In den meisten „Stichproben“ empirischer medizinischer Arbeiten wird diese Realität einfach übergangen und so getan, als handele es sich um eine Stichprobe. Dies geschieht analog zur Situation bei experimentellen Arbeiten. Hier wird davon ausgegangen, dass bei der Wiederholung des Experiments jeweils leicht verschiedene Ergebnisse herauskommen, weil

ein Versuch ein „Los“ aus einer Stichprobe ist. Die Grundgesamtheit besteht dabei aus den unendlich vielen möglichen Versuchen unter den gleichen Bedingungen. Diese Grundgesamtheit ist nur virtuell vorhanden und muss gegenüber Zeit und Raum unveränderlich sein. Weil aber die Auswahl von Personen bei Untersuchungen, die soziale Tatsachen betreffen, an einem bestimmten Ort und in einer bestimmten Zeit eine primär verfälschte Auswahl darstellt, ist das Unterstellen einer „Zufallsauswahl“ in Bezug auf die Erhebung sozialer Merkmale nicht erlaubt bzw. absurd. Würde ich stattdessen an den gleichen Personen grundlegende biologische Experimente durchführen, wäre die Annahme einer Zufallsauswahl dagegen möglich, weil es plausibel erscheint, diese als invariant gegenüber den konkreten Personen anzunehmen.

Für jede konkrete Auswahl einzelner Personen gilt - falls man die Aussagen nicht nur auf diese beschränken, sondern allgemeingültigere Schlussfolgerungen ziehen will - dass sie repräsentativ für diese Allgemeinheit sein sollen. Diese Repräsentativität ist aber nur durch eine Zufallsauswahl (evidenz-basiert, mit dem entsprechenden Vertrauensintervall als Fehlerbereich) zu sichern. Andere Formen der Auswahl sind häufig aus praktischen Gründen unumgänglich. Für diese gilt dann nur die Forderung, dass möglichst viele Verzerrungsmöglichkeiten benannt werden. Diese existieren in einer quantitativen Reihenfolge von offensichtlichen und fernerliegenden bzw. immer auch von gänzlich unbekanntem Fehlermöglichkeiten. Auf diese Verzerrungsmöglichkeiten wird in der Arbeit am Anfang dieses Absatzes und später in Kapitel 5 hingewiesen. Auf eine stochastische Perspektive (bzw. auf Signifikanztests) wird in der Arbeit aus den genannten Gründen verzichtet.

2.6 Allgemeine Bemerkungen zum Fragebogen und zu den Befragungsinstrumenten

Nach umfangreichen Diskussionen des Themas mit medizinischen Fachleuten in Dohuk sowie auch mit Professor Dr. Borgers und Dipl. Soz. Waldemar Streich wurde ein Fragebogen für die Studie entwickelt. Er deckt die wichtigsten Aspekte einer medizinischen Behandlung im Ausland ab. Die verschiedenen Abschnitte des Fragebogens sind:

- a. Sozio-demographische Daten wie Alter, Geschlecht, Ausbildung, Sprachkenntnisse, sozioökonomische Situation, Familienstand, Beruf.

- b. Gründe und Motive für die Suche nach einer Behandlung im Ausland.
- c. Details zu den Vorbereitungen der Reise.
- d. Verwendung medizinischer Unterlagen (aus evtl. vorherigen Behandlungen am Wohnort).
- e. Typ der Einrichtung für die Therapie im Zielland, Therapieergebnis.
- f. Patientenerfahrungen, Bewertung und Zufriedenheit bezüglich Therapie, Unterkunft und Verpflegung.
- g. Ereignisse der Nachbehandlungsphase: Rückkehr ins Ausland, Therapieabbruch.
- h. Kosten der Behandlung und andere Kosten.

Alle Fragen während der Interviews wurden in der Formulierung des Fragebogens vom Verfasser persönlich gestellt. Die Antworten wurden ausgefüllt bzw. notiert. Um sicherzustellen, dass der Patient die Fragen verstanden hatte und um Fehlinterpretationen zu vermeiden, wurde das Interview im lokalen Dohuk-Dialekt durchgeführt. 100 Patienten wurden persönlich von dem Verfasser interviewt, entweder allein oder in Anwesenheit der Familie, dies vor allem bei weiblichen Patienten und Kindern. Soweit dies Kinder betraf, wurden ein oder beide Elternteile befragt.

2.7 Schwierigkeiten bei der Beantwortung des Fragebogens

Die Befragung der Patienten war nicht in einfacher Weise standardisierbar. Patienten möchten oft ihre eigene Geschichte erzählen. Dies geschah häufig auf eine inkohärente Weise, weit vom ursprünglichen Thema abschweifend und mehrfach von den Ausführungen der Angehörigen unterbrochen. Die Patientengespräche zu leiten, um eine Antwort auf die Fragen des Fragebogens zu erhalten, war zeitaufwändig. Die Interviews nahmen meist deutlich mehr Zeit in Anspruch als vorher geplant. Die Dauer des Interviews variierte je nach Geschlecht des Patienten, nach Bildungsstand, ob Familienangehörige oder Freunde anwesend waren und nach dem Ort, an dem das Gespräch stattfand.

Die Interviews in Azadi Krankenhaus waren schwer zu beurteilen in Bezug darauf, wie frei die Patienten sich fühlten, vorurteilslos und objektiv ihre Ansichten zu äußern. Einige von ihnen wollten nicht die Mitarbeiter des Azadi Krankenhauses in Verruf bringen, sie befürchteten, dann vernachlässigt oder schlecht behandelt zu werden.

Bei den weiblichen Patienten war es schwierig zu überprüfen, wie ungebunden sie sich fühlten, die Fragen zu beantworten. Insbesondere bei offenen Fragen über den Grund ihrer

Reise für die medizinische Behandlung, die Art der Entscheidungsfindung, die Art der Pathologie, die Zufriedenheit bezüglich der Unterkunft und der Behandlung. Wahrscheinlich war dies auch der Fall bei Patienten, bei denen die Familie während des Interviews anwesend war. Bei der Frage, wer die Entscheidung für die Reise ins Ausland getroffen hatte, war es nicht leicht, herauszufinden, ob die Patienten wirklich eine ehrliche Antwort gaben. Vor allem wegen der herrschenden Hierarchie innerhalb der Familie, derjenige, der hoch in der Hierarchie steht, trifft meist die Entscheidungen.

Die Fragen über den Behandlungsplan im Ausland waren für einige Patienten schwer zu begreifen. Die Spaltung in Diagnose, Behandlung und Beratung war für sie nicht fassbar. Sie erwarten vom Arzt, dass er alle Entscheidungen trifft, ohne dass sie sich eine Meinung bilden müssen.

Bei der Frage nach den Symptomen und der Diagnose im Heimatland vor der Ausreise war im Falle einer malignen Erkrankung der Patienten meist nicht aufgeklärt worden. Die Schwierigkeit im Interview bestand dann darin, jeden Hinweis oder sogar Worte, die sich auf ein Carcinom beziehen könnten, zu vermeiden.

In der Frage, wo der Patient im Ausland behandelt worden war, konnten die meisten der Patienten nicht zwischen Krankenhaus und großen Fachpraxen unterscheiden. Einige Patienten kannten auch nicht den genauen Namen des Krankenhauses, manchmal nicht einmal ihre Diagnose. Die Familie hatte alles für den Patienten arrangiert.

Eine Bewertung abzugeben mit einer Punktevergabe zwischen 1-5 war sehr zeitaufwändig, speziell bei den Gesprächen mit Analphabeten. Wir mussten die Frage auf unterschiedliche Weise wiederholen und mit Beispielen verdeutlichen, bis der Patient das Prinzip verstand und antworten konnte. Zum Beispiel im Falle der Bewertung für die Unterkunft gaben einige Patienten die Anzahl der Sterne des Hotels als Punktwert an. Es konnte auch vorkommen, dass Patienten eine hohe Bewertung abgaben für die Unterkunft, um einen guten Eindruck zu machen oder die Familie nicht in Verlegenheit zu bringen.

Die Frage nach dem Ort und der Qualität des Essens wurde generell als unseriös betrachtet. Sie wurde durch den Patienten und manchmal auch durch seine Familie nicht positiv interpretiert, da dies ja nicht der Grund für ihre Reise gewesen sei. Einige Patienten meinten,

dass sie sich zu krank gefühlt hätten und alles habe merkwürdig geschmeckt, so daß sie bevorzugten, diese Fragen zu überspringen.

Es war durchaus üblich, dass der Patient selbst nicht wusste, wie lange der Antrag auf das Visum gedauert hatte und wie lange das Visum gültig war. Die Anordnung für das Visum und vielleicht für die ganze Reise wurde von der Familie des Patienten getroffen, was im Falle von schwer kranken Patienten auch verständlich ist.

Die medizinischen Agenturen traten auch als Übersetzer für den Patienten auf. Leider waren dies normalerweise keine qualifizierten Übersetzer. Das konnte man deutlich in einigen der Fälle sehen, wo der Patient unrichtige Informationen oder sogar eine falsche Diagnose mitgeteilt bekam. Diese Diskrepanz konnten wir bei Durchsicht der medizinischen Berichte des Krankenhauses dann erkennen. Dies war noch problematischer, wenn ein Familienmitglied für den Patienten übersetzen musste. Die Menge und auch die Art der Informationen, die der Patient von der Familie erhielt, wurden in diesem Fall von dem Übersetzer selbst entschieden. So wurden Informationen über Malignität oder eine andere schwere Krankheit verheimlicht. Auch die Qualität der Übersetzung durch die Familie war fraglich.

Hinzu kam, dass es für uns schwierig war zu erkennen, ob der Dolmetscher eine Privatperson oder vom Krankenhaus angestellt war, weil in den meisten Fällen der Dolmetscher vom Patienten bezahlt wurde.

Das Geburtsdatum war in der Mehrzahl der Fälle nicht korrekt. Ein hoher Anteil der Patienten kannte sein Geburtsdatum überhaupt nicht. Einige Patienten erwähnten, dass auch in ihren offiziellen Dokumenten das genaue Datum der Geburt unrichtig sein könne.

Die Frage nach den Arbeitsstunden pro Woche war neu für die Patienten. In Dohuk erschien es ungewöhnlich, nach Arbeitsstunden zu fragen. Die meisten der Patienten gaben eine Schätzung der Stunden pro Woche an. Die exakte Angabe der Anzahl der Stunden war leider meist nicht möglich.

Die Klassifizierung der Ausbildung der Probanden war schwierig: Viele Patienten haben keinen Abschluss, ihre Ausbildung wurde auf jeweils unterschiedlichem Niveau abgebrochen. Hier wurde immer die letzte Bildungsstufe gewählt, auch wenn kein Abschluss erreicht

worden war. Dadurch könnten Probanden mit Schulbildung überrepräsentiert sein, während der Anteil der Analphabeten zu klein ausfällt.

Die meisten Familien bestanden aus vielen Familienmitgliedern. Dies ist einfach zu erklären, da die verheirateten Kinder, vor allem die männlichen, im Haus der Eltern wohnen. Außerdem ist die Familienplanung kulturell noch nicht akzeptiert, so dass die meisten Familien kinderreich sind.

Die Einkommen der Patienten zu beziffern, war oft schwierig. Soweit sie alle zusammen in einer Familie leben, teilen sie die anfallenden Kosten. Das pro Monat zur Verfügung stehende Geld konnte in der Regel nur geschätzt werden. Die Patienten besaßen keine Lohnquittungen, was es erschwerte, die Genauigkeit des Einkommens zu belegen. Möglicherweise wurde der Betrag höher geschätzt, um Unannehmlichkeiten zu vermeiden oder vielleicht einen besseren Eindruck zu machen. Dies galt auch für die Behandlungskosten. Leider zeigten die Patienten nicht alle Belege oder Quittungen für ihre Unkosten. Die Beträge könnten dann und wann zu hoch oder vielleicht zu niedrig eingeschätzt worden sein.

3. Ergebnisse aus dem Fragebogen

3.1 Die Gründe und Motive für Auslandsreisen:

Die erste Frage des Interviews ist als offene Frage gestellt worden, sie lautet: „*Warum haben Sie eine Behandlung im Ausland gesucht?*“ Aus den komplexen Krankheitsgeschichten kristallisierten sich unterschiedliche Gründe für die Ausreise heraus (**Tabelle 1**). Die Beantwortung musste sich nicht zwingend auf die Nennung eines Grundes beschränken. 51% der Patienten gaben nur einen, 38% zwei und 11% gaben drei Gründe an wie in **Abb.3**.



Abbildung 3 Zahl der Antworten auf die erste offene Frage

Ein erster Blick auf die insgesamt 18 aufgeführten Gründe lässt erkennen, dass es praktisch keinen Einfluss moderner Medien (Werbung) auf die Motivation der Patienten gegeben hat. Keiner der Patienten dieser Studie nutzte andere Informationsquellen als die Mundpropaganda (im weitesten Sinne), d.h.: die direkte Kommunikation mit Familienangehörigen, dem sozialen Umfeld oder medizinischem Personal. Das dürfte einen wesentlichen Unterschied zu den Formen des medizinischen Tourismus in westlichen Industrieländern darstellen.

Des Weiteren ist zu beachten, dass sich die genannten Motive im Einzelnen sowohl auf die (defizitäre) Situation in Dohuk, als auch auf die positiven Erwartungen hinsichtlich einer Behandlung im Ausland richten. Beide Motiv-Komplexe stehen in einem engen Zusammenhang. Als ein drittes Motiv-Element kommt indirekt ausgeübter sozialer Druck hinzu, der durch die sozio-kulturell bedingte Verpflichtung von Stammes-Angehörigen, einem kranken Mitglied zu helfen, entsteht. Indem auf diese Weise Geld für die Finanzierung von Behandlungskosten gesammelt wird, gerät der Patient in gewisser Weise in die Pflicht, dieses Geld für eine Auslandsbehandlung zu nutzen.

Tabelle 1 Genannte Gründe für die Behandlung im Ausland

Grund für die Ausreise	Prozente
kein Vertrauen in die Ärzte	16
Behandlung/Untersuchung gibt es nicht	13
auf ärztlichen Rat	12
keine Verbesserung durch die Behandlung	12
sozialer Druck	9
besseres Image der Auslandstherapie	8
keine Diagnose	8
Second opinion ¹	3
schlechte Erfahrung in Dohuk	3
keine Erfolgsgarantie	3
Angst vor aggressiver Therapie ²	3
gute Gelegenheit	3
mangelnde Geduld	3
Malignität Tabu ³	1
Komplikationen nach Behandlung zu Hause	1
Krankheitsrezidiv	1
niedrigere Kosten im Ausland	1
Mangel an Versorgung	1

1) zweite Meinung in der Hoffnung auf eine andere Diagnose, anstatt der ursprünglichen malignen Diagnose 2) einige der Patienten hofften auf weniger aggressive Behandlung (Vermeidung der chirurgischen Operation). 3) kulturell besteht ein Tabu eine Krebsdiagnose auszusprechen.

16% nannten Misstrauen gegenüber den Ärzten im KRI als Grund für ihre Reise. Für 13% war entweder die Untersuchung oder die Behandlung im KRG nicht verfügbar. 12% folgten dem medizinischen Rat eines Arztes (manchmal wurde auch mehr als ein Arzt gefragt), ins Ausland zu gehen. Für 9% von ihnen war der soziale Druck so hoch, dass eine weitere Gesundheitsdienstleistung außerhalb der Grenzen von Kurdistan gesucht wurde. Der Druck wurde direkt oder indirekt auf den Patienten ausgeübt. Entweder sind es die Familie, Verwandte und Freunde des Patienten, die ihn direkt drängen, ins Ausland zu reisen, oder die Verwandten und Freunde wirken auf die Familie des Patienten ein, durch eine Auslandsbehandlung ihre Fürsorge für den Patienten zu zeigen. Die starken sozialen Beziehungen, vor allem unter den Menschen eines Stammes, führen zu einer kulturellen Verpflichtung, den Patienten zu unterstützen und Geld für die medizinische Behandlung im In- oder Ausland zusammenzulegen. Für manche Patienten ist eine Auslandsbehandlung nur auf diese Weise finanzierbar.

8% der Patienten gaben den besseren Ruf der ausländischen medizinischen Versorgung als Grund für ihre Reise an. Diese Auffassung ist gesellschaftlich weit verbreitet und wird in der Gemeinschaft durch Mundpropaganda weitergegeben. Die Mehrheit der Patienten antwortete auf die Frage, warum sie denken, dass die Gesundheitsdienstleistungen im Ausland besser seien, " weil alle das sagen ".

Die Patienten nutzten für ihre Beurteilung kein Internet, TV, Radio oder andere moderne Medien. Ihre Informationen basierten im Wesentlichen auf der Informationsquelle der Mund zu Mund Propaganda, also vor allem auf der Erfahrung anderer Patienten, die im Ausland behandelt worden waren.

Es gab wenig Werbung in lokalen Zeitschriften (76). In dieser Studie gab es keinen Patienten, der andere Informationsquellen für seine ausländische Therapie genutzt hätte als die Mundpropaganda.

The advertisement is for Medicana, a company specializing in medical equipment and health tourism. It features a logo with a heart and the name 'MEDICANA' in English and 'ميديكانا' in Arabic. The text is in Arabic and English, highlighting services in India and Jordan. The advertisement includes a photo of a doctor and a patient, and a photo of a doctor in a white coat. The text is as follows:

1 . مجموعة مستشفيات HCG في الهند
 مكونة من 20 مستشفى تخصصيه في
 علاج الأمراض السرطانيه بأحدث أجهزة الاشعاع
 (IGRT – Cyber Knife)
 وتحت إشراف أحسن الأطباء والجراحين في آسيا .
 وكذلك تعتبر المستشفى الأولى ترتيباً في آسيا
 لزراعة نخاع العظم والكبد وجراحة الجملة العصبية .

2 . المستشفى العربي التخصصي في الاردن
 لعلاج حالات العجز الجنسي عند الكبار
 في السن والمرضى بداء السكري عن
 طريق احدث الطرق الجراحية واكثرها
 أماناً في العالم وتحت إشراف
 البروفيسور الجراح
د. حاتم القاضي

دهوك شارع زوهدرنا - عمارة حبيب محمد خالد
 الطابق الثاني رقم 11

Abbildung 4 Werbung für medizinische Kliniken in Indien und Jordanien

Bei 8% der Patienten konnte keine Diagnose in KRG gestellt werden, so dass sie zur weiteren Diagnostik ins Ausland reisten. 3% der Patienten waren auf der Suche nach einer zweiten

Meinung, in der Hoffnung, dass sie eine andere Diagnose erhalten würden als in Dohuk. Dies waren Patienten mit malignen Erkrankungen. Sie erhofften sich eine positivere Diagnose. 3% der Patienten oder ihrer Angehörigen hatten schlechte Erfahrungen in Dohuk gemacht wie z.B. Komplikationen nach einer Behandlung. 3% sagten, dass der Arzt keine Garantie für den Behandlungserfolg übernehmen würde. Hier handelte es sich vor allem um chirurgische Eingriffe wie z.B. totale Hüftendoprothesen. 3% hatten Angst vor einem chirurgischen Eingriff, sie hofften, dass die Behandlung im Ausland weniger aggressiv sei und eventuell nicht-chirurgisch. 3% der Patienten bekamen die Gelegenheit zu einer Reise ins Ausland, z.B. mit dem Auto eines Freundes. Teilweise war dies eine freie Fahrt, teilweise begleiteten sie eine andere kranke Person ins Ausland und konnten die Reise für eine eigene medizinische Versorgung im Ausland nutzen. 3% der Patienten fühlten sich nicht in der Lage, die Ergebnisse der Untersuchungen oder die Auswirkung der Behandlung (am Heimatort) abzuwarten.

Weniger häufig waren andere Gründe wie (**Tabelle 1**):

A) Tabuisierung maligner Erkrankungen. In der kurdischen Kultur ist es bis heute ein Tabu, dem Patienten zu erzählen, dass er an einem Carcinom leidet. In diesem Fall wird dem Arzt - natürlich auch unter dem Druck der Familie - nicht erlaubt, dem Patienten eine Diagnose, die zum Tod führen könnte, mitzuteilen.

Da der Patient nicht weiß, dass er eine maligne Erkrankung hat, wird es schwierig für die Familie oder den Arzt, dem Patienten zu erklären, warum es ihm nicht besser geht. Bei mangelnder medizinischer Besserung drängt es den Patienten, eine Behandlung im Ausland zu suchen.

B) Komplikationen nach einer Behandlung in Dohuk, wie Niereninsuffizienz nach einer Chemotherapie.

C) Krankheitsrezidive, wie Nierensteine.

D) günstigere Behandlungskosten im Ausland. In einem Fall gab es einen großen Unterschied in den Behandlungskosten. Die Behandlung im Ausland war billiger, hier ging es um die endoskopische Entfernung eines Nierensteins aus der Blase.

E) Ein Patient klagte über den schlechten Hygienezustand im Krankenhaus in Dohuk, der ihn veranlasste, zur Behandlung ins Ausland zu gehen.

Um die Bedeutung der Motive zu überprüfen, wurde im Anschluss an die offene Frage eine Multiple-Choice-Frage mit einer offenen Antwortmöglichkeit verwendet. Wir überließen den Patienten oder den Eltern - bei Kindern - die Freiheit, eine oder mehrere Antworten zu wählen

oder eine freie Antwort mit Erklärung zugeben. Die Frage wurde wie folgt formuliert: „Bitte sagen Sie mir, was Ihre Motivation war, die Behandlung zu Hause nicht durchzuführen?“

- keine Behandlung zu Hause verfügbar.
- gutes Image der medizinischen Versorgung im Ausland.
- wenig Vertrauen in einheimische Ärzte.
- Sonstiges.

In **Abb.5** wird die Antwortverteilung auf die Frage der Motivation gezeigt. Für 35% der Patienten war eine Behandlung oder Diagnostik in KRG nicht verfügbar (z.B. PET-Scan oder Gehirntumor-Biopsie), generell waren sie jedoch mit der Qualität des Gesundheitssystems in Dohuk zufrieden.

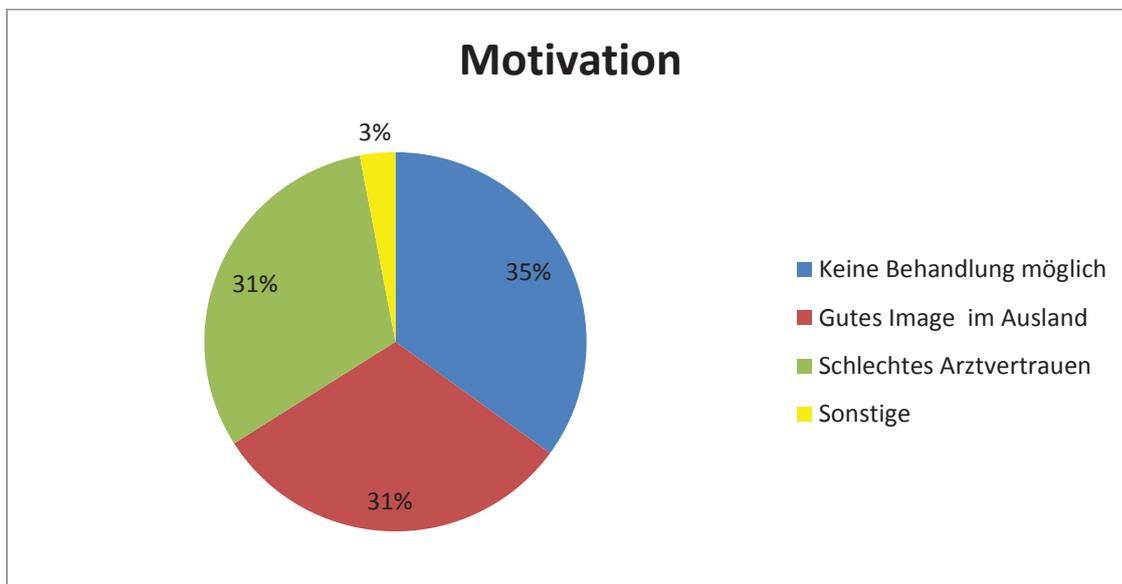


Abbildung 5 Motivationen für die Behandlung im Ausland

31% der Patienten hatten kein Vertrauen in ihre Ärzte. Die anderen 31% gaben an, dass die medizinische Versorgung im Ausland ein besseres Image habe. Sie behaupteten, dass sie dieses Urteil übernommen hätten auf Grund von Erfahrungen anderer Patienten, die im Ausland behandelt worden waren. In vielen Fällen war die Mundpropaganda die einzige Quelle für die Informationen sei es durch Fremde oder Familienmitglieder des Patienten, die im Ausland mit Erfolg behandelt worden waren. 3% haben eine sonstige Antwort gegeben, dies wird im nächsten Absatz ausgeführt.

Die nächste **Abb.6** zeigt die absolute Zahl der Antworten von allen hundert Patienten. Hier haben einige Patienten mehrere Motivationen genannt für ihre Entscheidung und 3 Patienten

gaben eine sonstige Motivation an. Die drei Ausnahmen waren einmal ein Krankheitsrezidiv, den beiden anderen hatte sich eine gute Gelegenheit geboten, sich anderen bei der Reise anzuschließen.

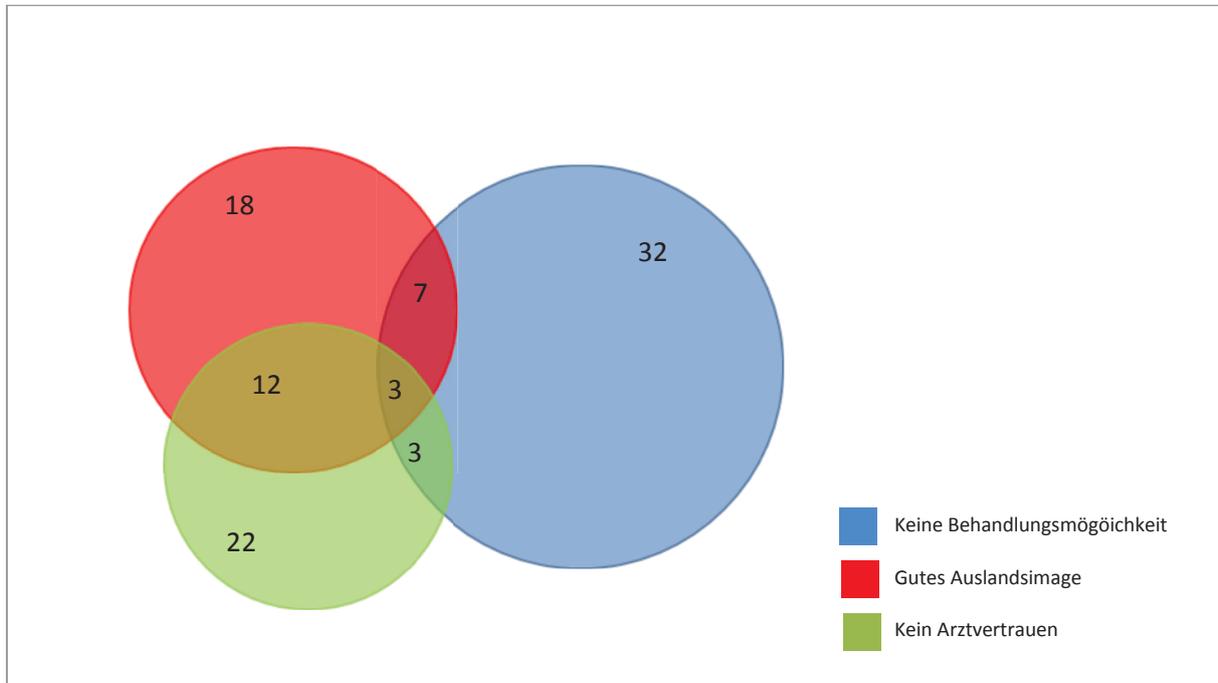


Abbildung 6 Motivationen für alle Patienten, 3 Patienten haben eine sonstige Antwort genannt, nicht in der Abb.

32 Patienten, die an dieser Studie teilgenommen haben, behaupteten, dass ihre Motivation für die Behandlung im Ausland in der Nichtverfügbarkeit der Behandlungs- oder Diagnose-Möglichkeit in KRG bestand, während 18 Patienten das bessere Image der Gesundheitsversorgung im Ausland angaben. 22 Patienten konnten den Ärzten in KRG nicht vertrauen.

Wie in **Abb. 6** gezeigt, gab es Patienten, die mehrere Motive hatten. 12 Patienten sagten, dass ihr Motiv zum einen das Misstrauen in lokale Ärzte war, zum anderen der gute Ruf der Gesundheitsversorgung im Ausland. Für 7 Patienten war die Nichtverfügbarkeit der Behandlung bzw. von Untersuchungen und der gute medizinische Ruf der Auslandsbehandlung die Motivation, ins Ausland zu gehen. 3 Patienten erwähnten, dass ihre Motive die Nichtverfügbarkeit der Behandlung bzw. Diagnostik in KRG und das Misstrauen in die regionalen Ärzte waren. Schließlich gaben 3 Patienten alle drei Möglichkeiten an: Nichtverfügbarkeit der medizinischen Behandlung bzw. Untersuchung, guter Ruf der Gesundheitsversorgung im Ausland und Misstrauen in die lokalen Ärzte.

72 Patienten gaben ein einzelnes Motiv an, 22 nannten zwei Motive, 3 wählten 3 Motive und 3 gaben eine sonstige Antwort.

3.2 Patientenbesonderheiten

3.2.1 Alter und Geschlecht

Es gab eine breite Palette in der Altersverteilung: der jüngste Patient war 9 Monate, das Alter des ältesten Patienten betrug 75 Jahre. **Abb.7** zeigt die Altersverteilung der Studiengruppe. Der Median des Alters betrug 48 Jahre. Es ist bekannt, dass es mit Zunahme des Alters zu einer Erhöhung des Bedarfs an Leistungen des Gesundheitswesens kommt (25).

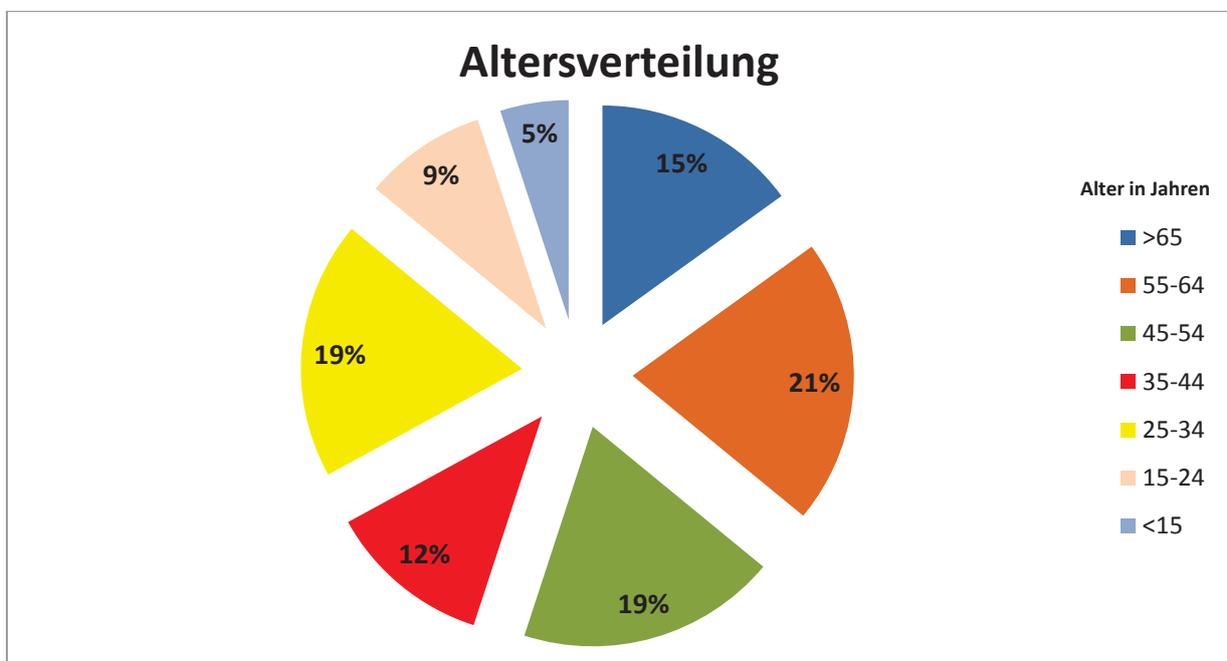


Abbildung 7 Altersverteilung

In dieser Studie wurde die Verteilung der Patienten nach Geschlecht untersucht und das Verhältnis von männlich: weiblich mit 1,5: 1 berechnet. In der Patientengruppe waren mehr männliche Probanden, die ins Ausland reisten zur medizinischen Behandlung, als weibliche. Die Geschlechtsverteilung zeigte 60% männliche und 40% weibliche Patienten.

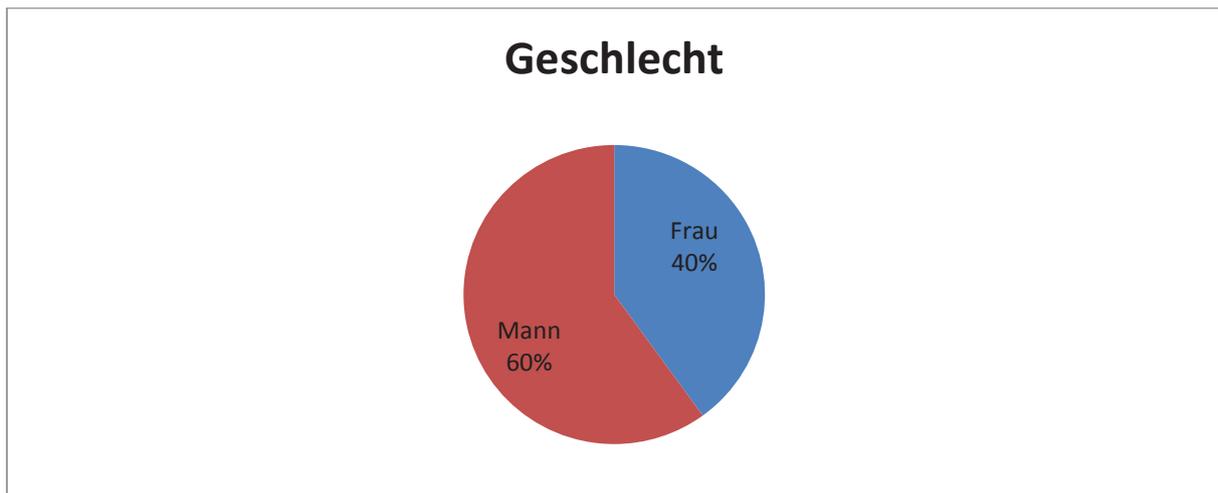


Abbildung 8 Patientenverteilung nach Geschlecht

3.2.2 Finanzielle Situation

Das monatliche Einkommen der Patienten war schwer zu schätzen, da die wenigsten Menschen Belege über ihre Einkünfte erhalten. Die meisten Patienten in Rente wurden von den Kindern und dem Rest der Familie finanziell unterstützt. Zum Zeitpunkt dieser Studie erhielten außerdem Menschen, die für die Regierung arbeiteten, ihre monatlichen Zahlungen wegen der Sanktionen durch die Zentrale Irakische Regierung an KRG nur mit großen Verzögerungen (45).

33% der Patienten hatten ein monatliches Einkommen von weniger als US \$ 500, 38% zwischen US \$ 500 bis 1000, 13% von ihnen hat ein Einkommen von US \$ 1000 bis US \$ 1500, 11% zwischen US \$ 1500 bis US \$ 2000 und nur 5% ein Einkommen > US \$ 2000. Für diese Zahlen gab es keine Belege, sie basieren auf den mündlichen Aussagen und Schätzungen der Interviewteilnehmer.

Als Zwischenresümee bleibt festzuhalten, dass es sich hier um die Situation in den Jahren 2014 und 2015 handelt. Es muss betont werden, dass es in diesem Zeitraum in der Region zu einem massiven Wandel sowohl in der demografischen Struktur als auch in der sozioökonomischen Situation der Bevölkerung kam:

- A. Die Population verändert sich bis heute durch Flüchtlingsströme, die sowohl aus dem Inland (IDP) als auch aus dem Ausland (Syrien) in die Region führen.
- B. Die allgemeine Situation bleibt unsicher auf Grund der Aggression durch ISIS.
- C. Die Wirtschaftslage verändert sich dauernd durch nationale und internationale Faktoren. Auf der nationalen Ebene bestehen seit langem Unstimmigkeiten zwischen Erbil und Bagdad. Die ökonomischen Sanktionen von Seiten der Zentralen Regierung

fürten zu monatelangen Gehaltsausfällen mit den entsprechenden Konsequenzen für die Bevölkerung in KRG. Hinzu kommt die steigende finanzielle Last durch die Flüchtlinge. International sorgt der sinkende Ölpreis als eine der wichtigsten Einnahmequellen der Ökonomie in der Region für eine Verschlechterung der Wirtschaftslage.

- D. Die politische Unruhe der gesamten Region führt zu einer zunehmenden Einschränkung der Reisefreiheit der Kurden im Nord Irak. Jüngstes Beispiel ist die Einführung einer strengeren Visapflicht für die Türkei.

Im Hinblick auf den schnellen Wandel in der Region und die oben genannten Faktoren kann die sozio-demografische Struktur der Untersuchungsgruppe mit ihren Patientenbesonderheiten schwerlich als repräsentativ in Bezug auf die Gesamtpopulation der medizinischen Auslandsreisenden bezeichnet werden.

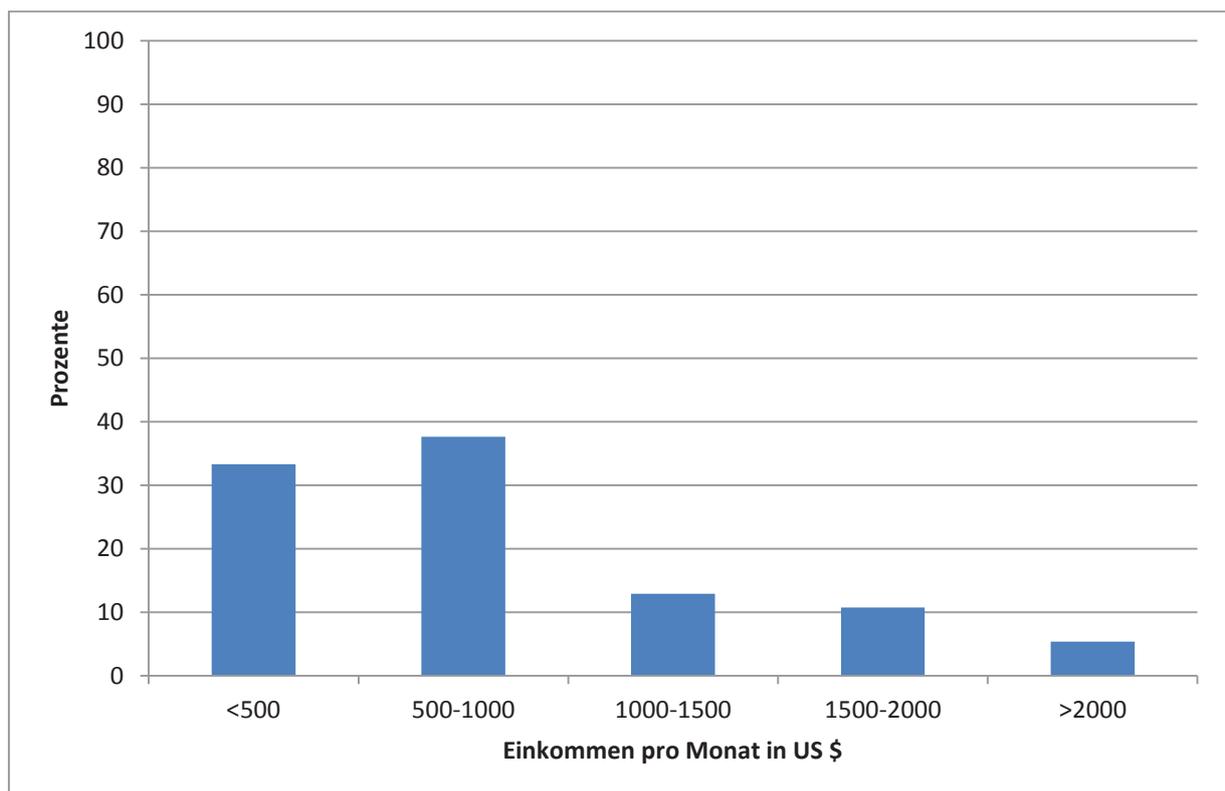


Abbildung 9 Monatliches Einkommen

3.2.3 Soziale Situation

Bei der Untersuchung des Familienstandes der Patienten waren 76% verheiratet, 17% nicht verheiratet, 6% Kinder und 1% geschieden.

Alle Patienten kamen aus relativ großen Familien. Im Normalfall wohnten sie zusammen, nur ein kleiner Prozentsatz die Bevölkerung wohnt in Einzelhaushalten. In 52% der Fälle bestand die Familie aus 5-10 Personen, in 29% bestand sie aus 2-5 Personen, gefolgt von 19% Familien mit mehr als 10 Familienmitgliedern in einem Haushalt.

3.2.4 Ausbildung

Das Schulsystem im Irak beginnt im Alter von sechs Jahren mit der Grundschule, die sechs Jahre dauert. Dann folgt die Mittelschule bestehend aus dem 7. bis 9. Schuljahr. Nach der Mittelschule kann man eine Berufsausbildung beginnen, die normalerweise 3 Jahre dauert, oder man vervollständigt die Schule bis zum 12. Jahr. Nach Abschluss der Oberschule beginnt die Hochschulausbildung (Universität). Um die Einstufung zu vereinfachen, wurden Mittel- und Oberschule unter dem Begriff „Mittelschule“ zusammengefasst. In dieser Untersuchung wurde nur das Niveau der Ausbildung unabhängig von einem vorhandenen Abschluss berücksichtigt wie unter Punkt 2.6 beschrieben.

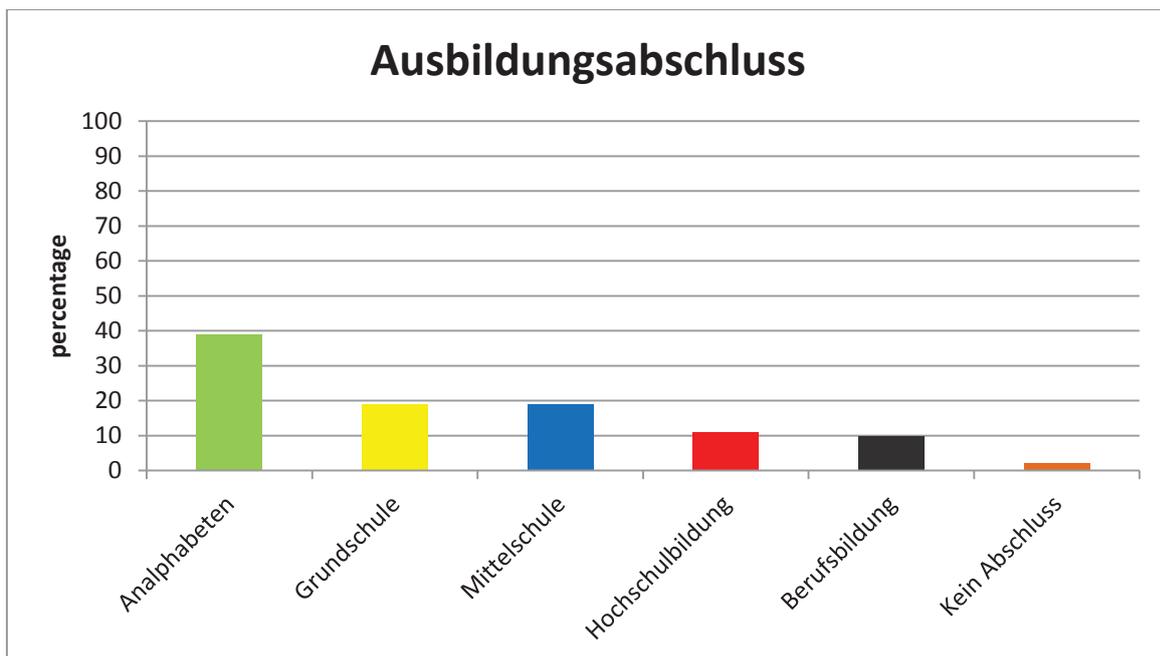


Abbildung 10 Patientenverteilung nach Ausbildung

Die Verteilung der Bildungsabschlüsse ist in Abb.10 dargestellt. Ein Großteil der Patienten waren Analphabeten circa 39%, ein Kind war im Vorschulalter und hatte noch keinen Abschluss. 19% hatten die Grundschule besucht, 19% die Mittelschule, 11% die Hochschule und 10% hatten eine berufliche Ausbildung. Im Allgemeinen wird geschätzt, dass die Fähigkeit zum Schreiben in Dohuk gering ist. Laut dem Irak-Kenntnisse-Netzwerk (IKN-

Bericht 2011) liegt die Analphabetenrate in Dohuk bei 30,7 % und ist damit die zweithöchste Rate im gesamten Irak. Sie unterscheidet sich in den verschiedenen Bezirken in Dohuk. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Rate des Analphabetismus und dem Alter. Je höher das Alter desto höher ist die Analphabetenrate. Im gesamten Irak liegt sie in der Altersgruppe von 12-19 Jahren bei 12,3%, während sie bei den > 50 - Jährigen 49,6 % beträgt (36).

3.2.5 Beruf

Der Berufsstand der Patienten in dieser Studie wird in **Abb.10** dargestellt. Die größte Gruppe der Patienten waren Hausfrauen mit 25%, gefolgt von 20% Angestellten im Staatsdienst, 18% der Patienten bezogen eine Pension, 16% waren selbständig, 12% Studenten, 5% Kinder, 2% Angestellte und 2% arbeitslos. Diese Verteilung sieht man in der nächsten Abbildung.

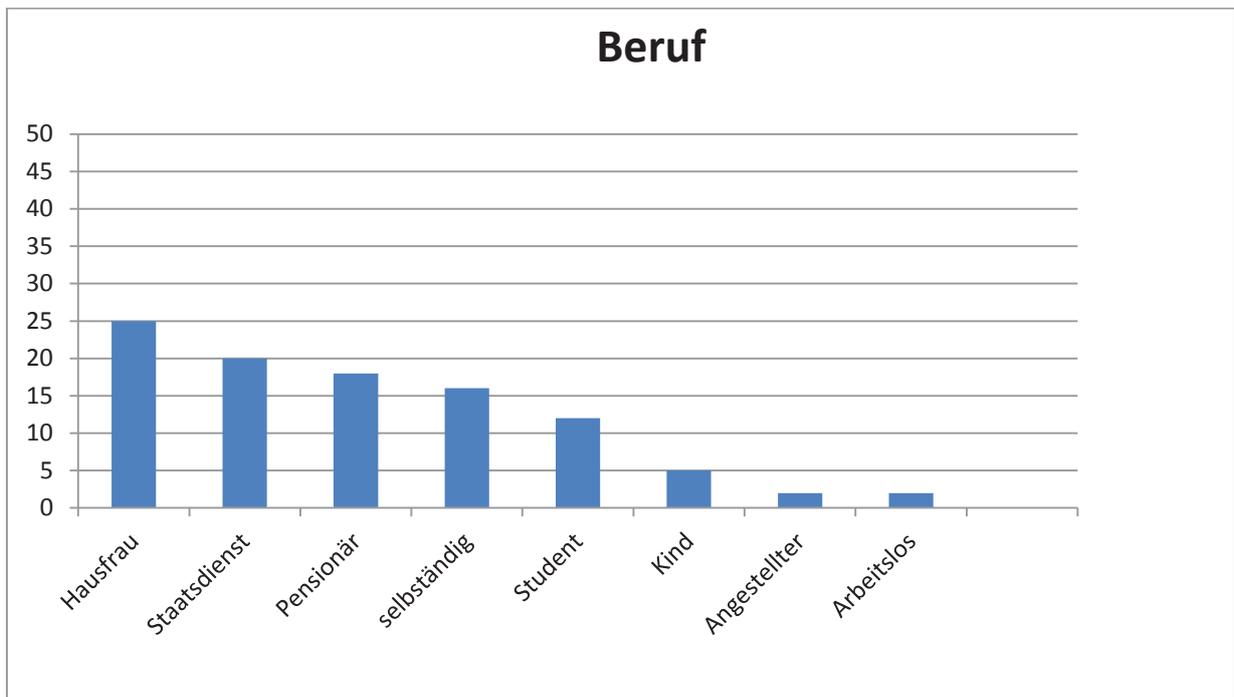


Abbildung 11 Berufsverteilung der Patienten

3.2.6 Sprachkenntnisse und Verständigung

94 Patienten konnten sich nicht in der Sprache der Gastländer verständigen. Nur in 6 Fällen waren die Patienten fähig, direkt mit dem Arzt zu kommunizieren - entweder in der Sprache des Gastlandes oder in der internationalen englischen Sprache.

Bei einer hohen Zahl der Patienten übersetzte ein Verwandter oder Freund, genau in fast 46% der Fälle. 25% der Patienten bezahlten einen privaten Dolmetscher. In 23% der Fälle wurde der Dolmetscher vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Hier musste der Übersetzer nicht immer bezahlt werden. Wie bereits erwähnt brauchten 6% keinen Übersetzer. Dies wird in der **Abb.12** dargestellt.

Es war schwierig herauszufinden, ob die Verständigung wirklich immer erfolgreich war.

Abgesehen von mangelnden Sprachkenntnissen gab es weitere sozio-kulturelle

Verständigungsbarrieren. Vor allem im Fall der Patienten mit malignen Erkrankungen wurde die Diagnose nicht unbedingt mitgeteilt. Einige Patienten mißverstanden ihre Diagnose völlig: ein Patient mit Favismus (G6PD- Mangel) ging davon aus, dass er eine „schwache Leber“ habe. Häufig hatte der Dolmetscher keinen medizinischen Hintergrund oder keine Sprachausbildung. In vielen Fällen waren die Übersetzer Freunde und Bekannte. Deshalb bestehen große Zweifel an der Qualität der Verständigung.

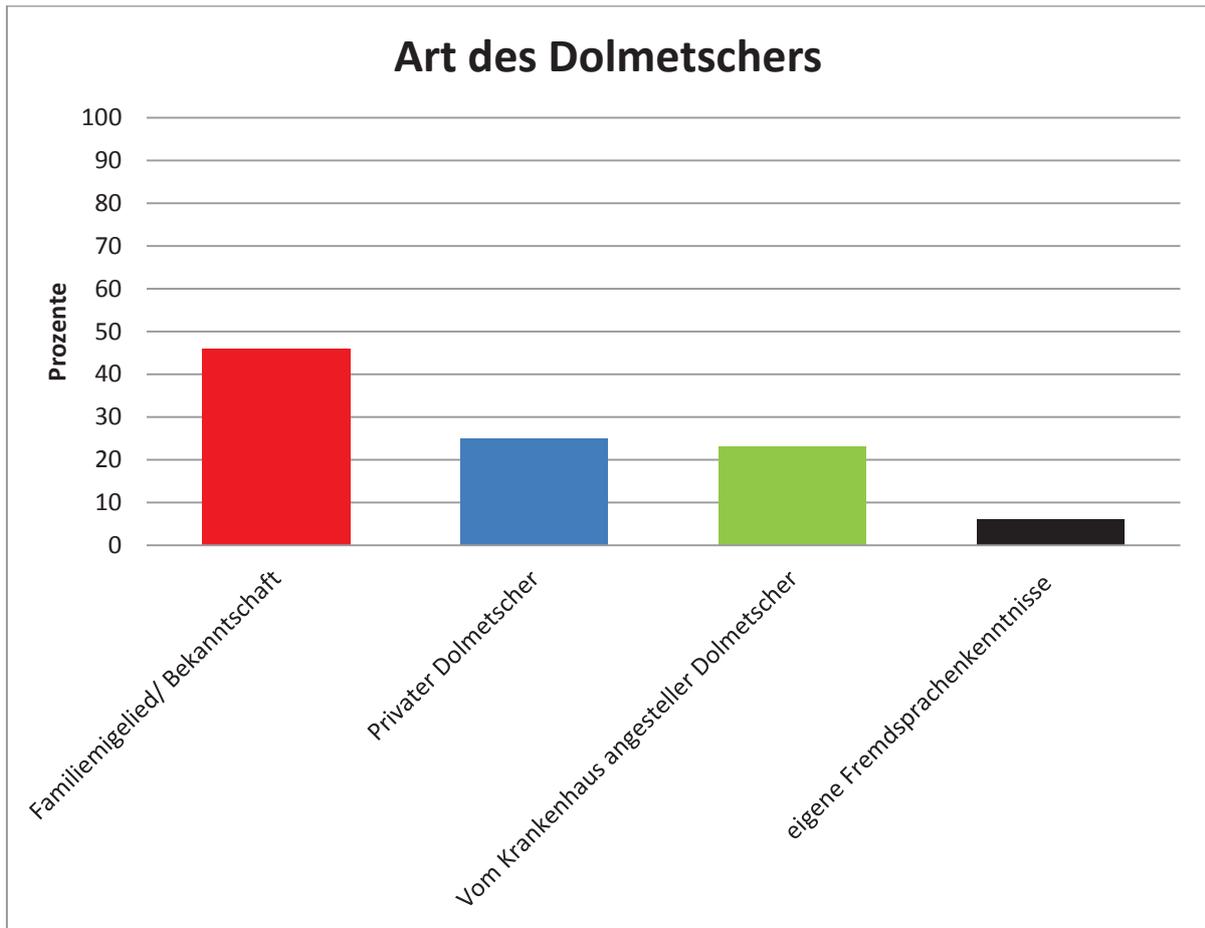


Abbildung 12 Art des Dolmetschers

3.3 Vorbereitung der Reise

3.3.1 Entscheidungsfindung

Im Entscheidungsprozess bestimmte die Familie der Patienten in 46% der Fälle, ins Ausland zu reisen. In 25% der Fälle entschied dies der Patient selbst, 22% der Patienten wurde dies von den Ärzten empfohlen. In 6% der Patienten lag die Entscheidung bei Verwandten und Freunden.

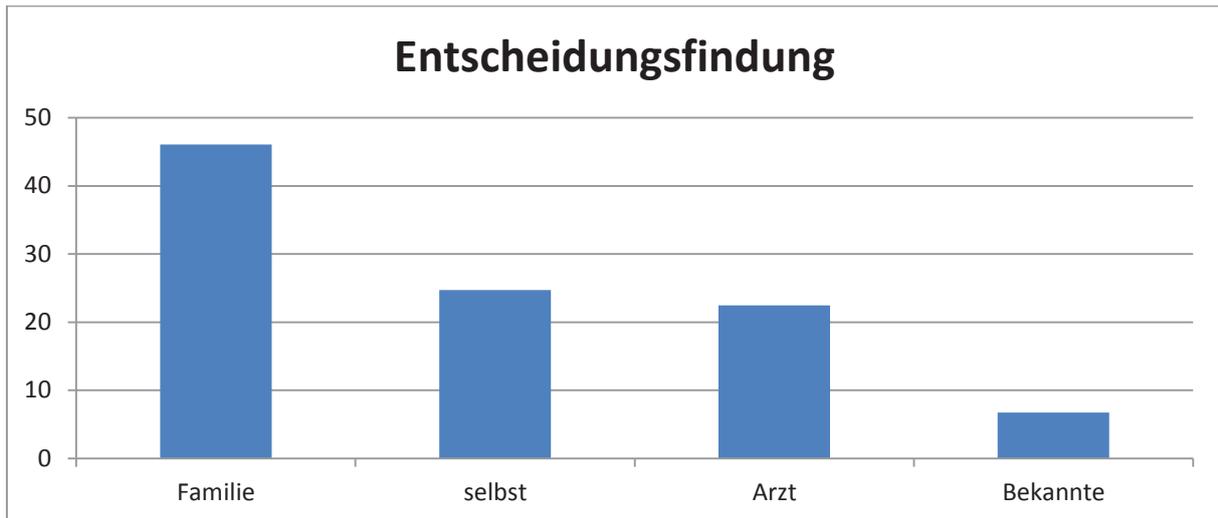


Abbildung 13 Entscheidungsfindung

3.3.2 Hinweis auf Behandlungsmöglichkeiten

Die Wahl eines bestimmten Krankenhauses, einer Facharztpraxis oder einer Klinik im Ausland wird in **Abb.14**. demonstriert.

60% der Patienten bekamen Informationen und Empfehlungen zu einem bestimmten Krankenhaus im Ausland von Verwandten und Freunden. In 18% der Fälle verwies der Arzt sie an ein bekanntes Krankenhaus im Ausland. Einige Ärzte, vor allem in der Abteilung für Onkologie, bevorzugten bestimmte Krankenhäuser in der Türkei, weil sie bereits gute Erfahrungen mit ihnen gemacht hatten. In 13% der Patienten entschied die Familie selbst, wohin sich der Patient wenden sollte. 7% der Patienten nutzten eine medizinische Agentur. Diese wählte das Krankenhaus für den Patienten und half ihm bei der Suche nach einer guten Unterkunft, Übersetzung, Transport und andere benötigte Dienste. 2% der Patienten fragten Einheimische im Ausland z.B. Apotheker oder Taxifahrer nach einem guten Krankenhaus oder Arzt. In unserer Patientengruppe nutzte keiner Medien wie Radio, Fernsehen, Zeitungen oder Internet auf der Suche nach einem guten Krankenhaus im Ausland.

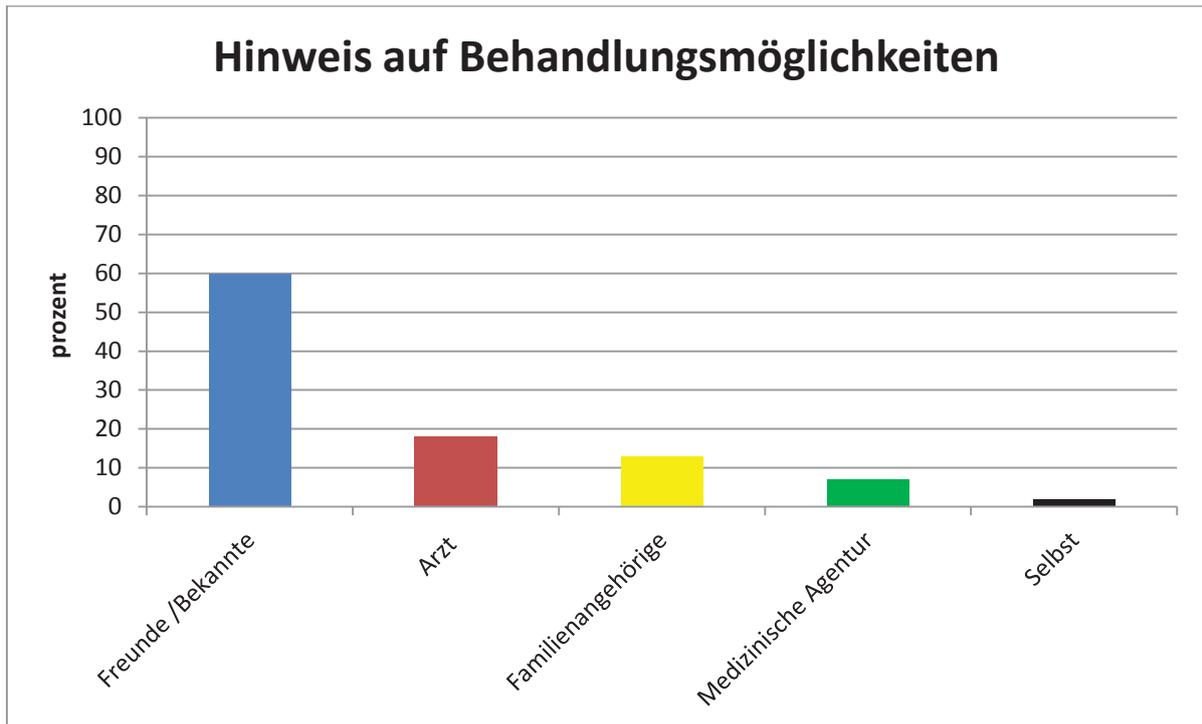


Abbildung 14 Hinweis auf Behandlungsmöglichkeiten

3.3.3 Das gewählte Zielland

Die Hauptzielländer der Patienten waren Türkei, Iran, Indien und Deutschland. Diese Länder werden in unseren Statistiken dargestellt. In anderen Ländern wie USA, Libanon, Österreich und Syrien ist nur je ein Patient gewesen. Die meisten Patienten wählten die Türkei als Ziel. Das Argument war die Nähe der Grenze und die Erreichbarkeit des Krankenhauses innerhalb von wenigen Stunden. 59% der Patienten fuhren in die Türkei, 24% in den Iran, 8% nach Indien und 5% nach Deutschland. Die sonstigen 4% verteilen sich auf Österreich, Libanon, Syrien und USA (**Abb.15**).

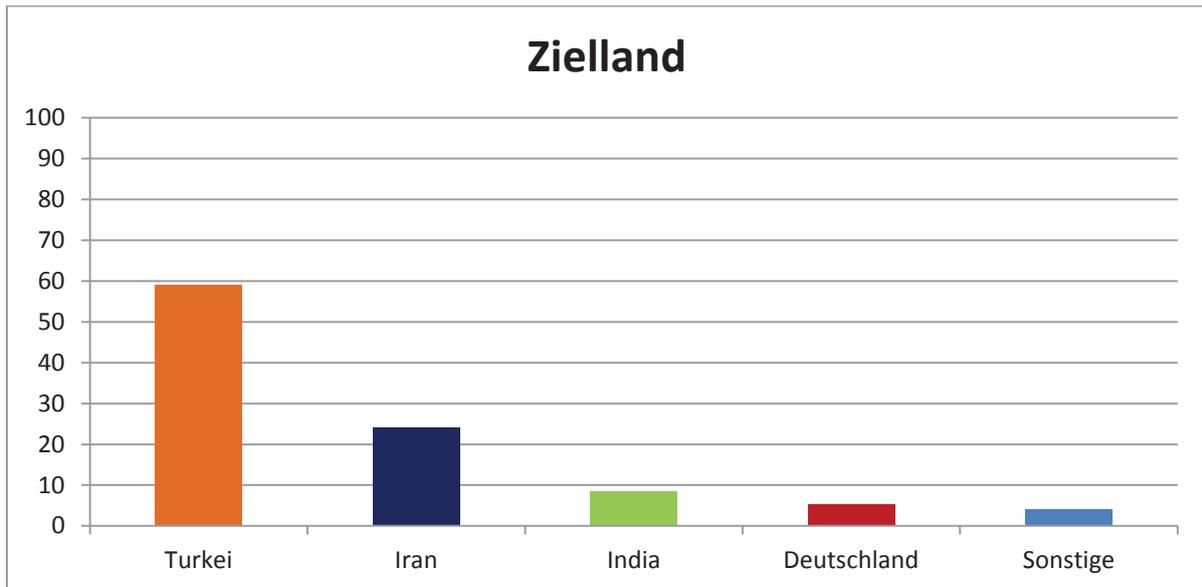


Abbildung 15 Zielland der Reise

3.3.4 Visum

99% der Patienten dieser Studie reisten mit einem Visum ins Ausland mit Ausnahme eines Patienten, der ohne Visum nach Syrien fuhr. Wegen des Kriegszustandes in der Region gab es keine offiziellen Grenzkontrollen, die kämpfenden Parteien ließen ihn ohne Visum passieren. Fast alle Patienten benötigten also ein Visum, um ins Ausland zu reisen. Die Anträge wurden entweder direkt durch den Patienten, seine Familie oder indirekt über Reisebüros und Reiseagenturen gestellt.

Für die Türkei war es einfach, einen Antrag online zu stellen. Anschließend wurde dem Patienten an der türkischen Grenze für einen Monat ein Visum erteilt. Für Iran und Indien bekam der Patient das Visum mit Hilfe von dem Reisebüro oder der Reiseagentur, das dauerte in der Regel 1 bis 3 Wochen. Die längsten Wartezeiten für ein Visum bestanden für Deutschland und USA. 2 Patienten hatten große Schwierigkeiten, ein österreichisches oder deutsches Visum zu erhalten.

Der große Anteil in unserer Studiengruppe bevorzugte die Türkei nicht nur wegen ihrer geographischen Lage sondern auch wegen der Einfachheit, ein Visum zu erhalten. In vielen Geschäften, Reisebüros, Übersetzungsbüros o.ä. wird dieser Antrag für eine Gebühr von 500 ID (Irakische Dinar) das entspricht US \$ 0,55 erteilt. Ebenso kann er auch über das Konsulat oder die Botschaft in KRG Hauptstadt Erbil oder in der irakischen Hauptstadt Bagdad gestellt werden.

In manchen Fällen mussten die Patienten ihren Antrag in einem zweiten Land abgeben wie z.B. der Türkei. Manche Patienten, die deutsche und österreichische Visa erhalten wollten, sahen sich genötigt, nach Ankara in die Türkei zu reisen und dort die Visa in der Deutschen Botschaft oder der Österreichischen Botschaft zu beantragen.

In **Abb.16** wird die Dauer der Visumanträge demonstriert. 83% der Patienten erhielten ihre Visa in weniger als einer Woche. 5% zwischen ein und zwei Wochen, 2% zwischen zwei und drei Wochen, 5% zwischen drei und vier Wochen und 3% bekamen ihre Visa nach 1 Monat. Ein Patient konnte diese Frage nicht beantworten, da die Familie den Antrag und die Reise für ihn organisiert hatte. Ein Patient reiste nach Syrien, er benötigte wegen des Bürgerkrieges kein Visum.

Die meisten der Patienten hatten keine Schwierigkeiten bei den Visumanträgen für die Türkei, Iran und Indien, sie hatten jedoch Probleme bei der Beschaffung der deutschen und österreichischen Visa. Einem Patienten, der in den Libanon reiste, wurde auf dem Flughafen in Beirut ein Visum erteilt. Ein Patient, der in die USA flog, hatte sein Visum über die US-Botschaft in Bagdad erhalten.

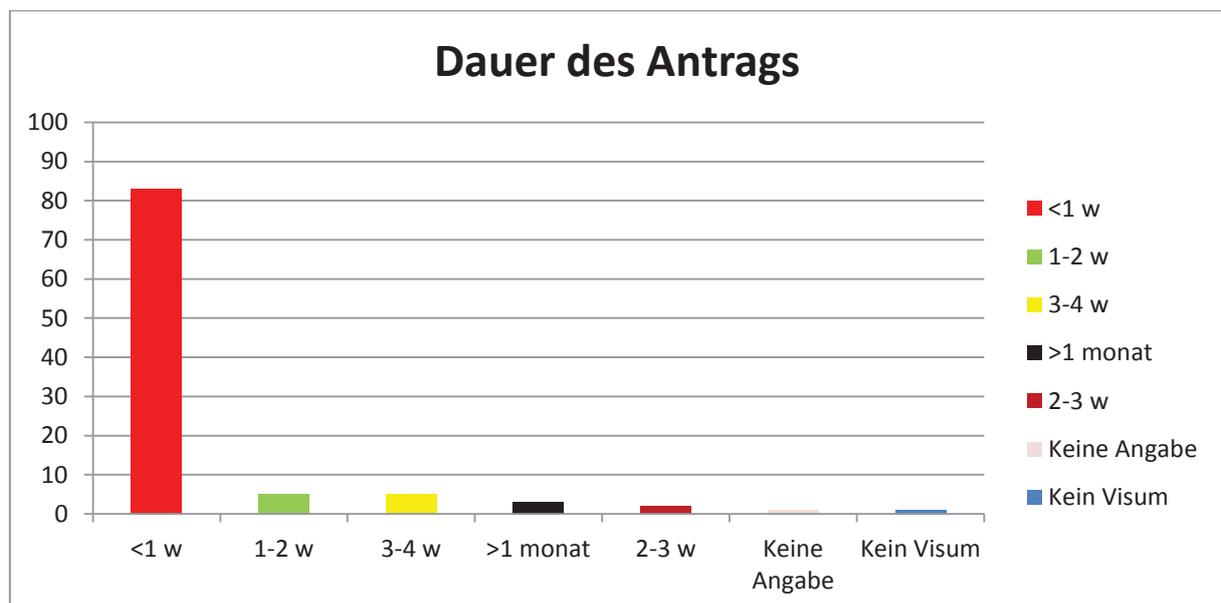


Abbildung 16 Dauer des Visumantrags

Die meisten der Visa galten für 1 bis 3 Monate, konnten aber entsprechend der klinischen Situation der Patienten problemlos verlängert werden.

Es gab keinen Patienten, der verpflichtet wurde, vorzeitig das Gastland zu verlassen. Die Länge des Visum-Aufenthalts war in allen Fällen ausreichend. **Abb. 17** zeigt das Verhältnis der Zahl der Patienten zur Dauer des Visum- Aufenthalts: 64% der Patienten erhielt ein

Visum für 1 Monat, 10% für 3 Monate, 14% länger als 3 Monate. 11% der Patienten wussten nicht, wie lange ihr Visum gültig war.

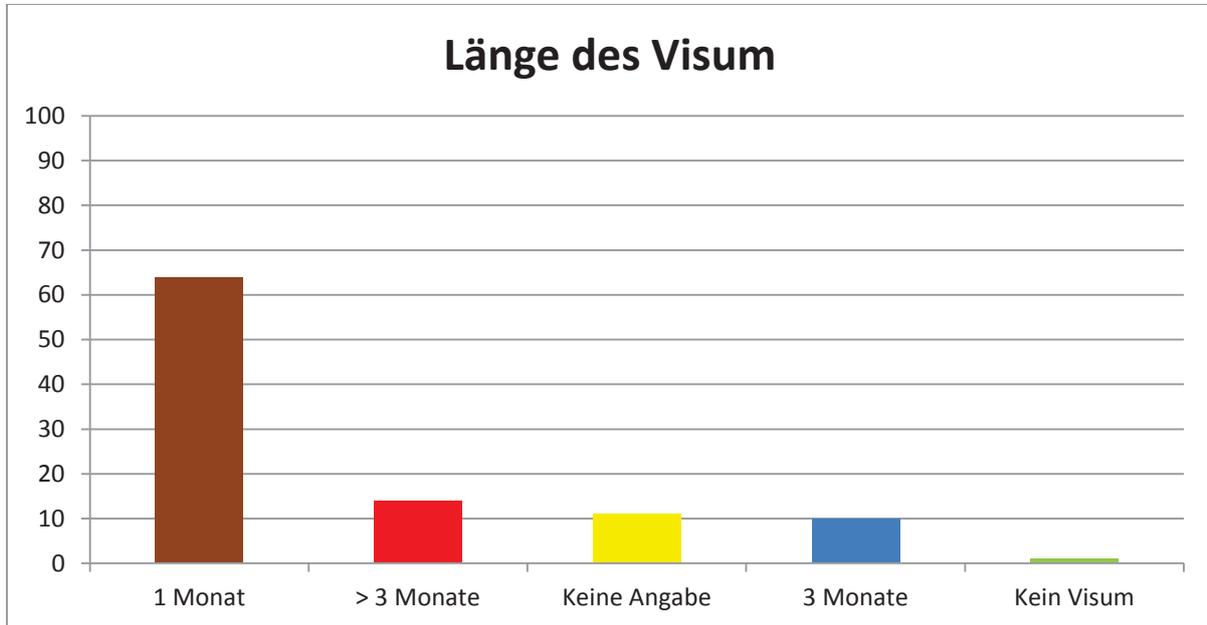


Abbildung 17 Länge des Visum

Abschließend bleibt festzuhalten, dass es zeitaufwändig und kompliziert ist, ein Visum für ein westliches Land zu erhalten. Daher wurden bevorzugt die Reiseziele Türkei, Iran und Indien mit ihrer unkomplizierten Visumserteilung gewählt.

3.4 Art der Anreise ins Ausland

3.4.1 Transportmittel

59% der Patienten reisten mit dem Auto ins Ausland. Die Mehrheit der Patienten fuhr in die Türkei, weil diese Reise für viele angenehm und die Krankenhäuser leicht mit dem Auto erreichbar sind. Nur 28% der Patienten buchten eine Flugreise. Diese Patienten flogen vom International Airport Erbil aus. 13% nutzten sowohl das Auto als auch das Flugzeug, in der Regel fuhren diese Patienten mit dem Auto in den Süden der Türkei oder in den Westen des Iran und flogen von dort aus zu anderen Großstädten wie z.B. Istanbul, Ankara oder Teheran.

Abb. 18

63% der Patienten, die flogen, taten dies direkt vom International Airport Erbil aus und 37% von außerhalb der KRG größtenteils aus der Türkei oder dem Iran.

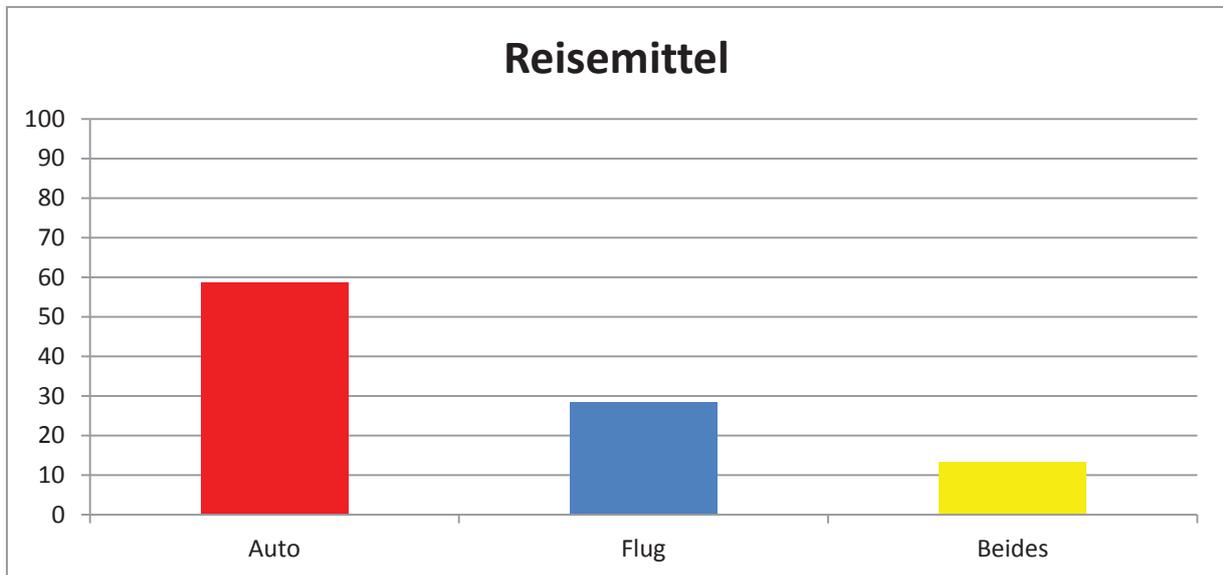


Abbildung 18 Reisemittel ins Ausland

3.4.2 Durchschnittliche Zeit der Reisen

Die benötigte Zeit für die Reisen ins Ausland war unterschiedlich. In **Abb.19** sehen wir die Reisezeit in Abhängigkeit vom Zielland. Die Patienten benötigten weniger Zeit für die Reise nach Deutschland im Vergleich zu anderen Zielländern, da die meisten einen Direktflug von Erbil gebucht hatten. Die durchschnittliche Reisezeit betrug 6 Stunden und 36 Minuten. Für die Türkei betrug die durchschnittliche Zeit 8 Stunden und 24 Minuten. Nach Indien benötigten die Patienten durchschnittlich 10 Stunden und 48 Minuten. Die durchschnittliche Zeit für die Reise in den Iran betrug 11 Stunden und 18 Minuten durch die geografische Lage des Iran. In diese beiden Länder reiste der Patient entweder mit dem Auto, dem Flugzeug oder beiden Verkehrsmitteln.

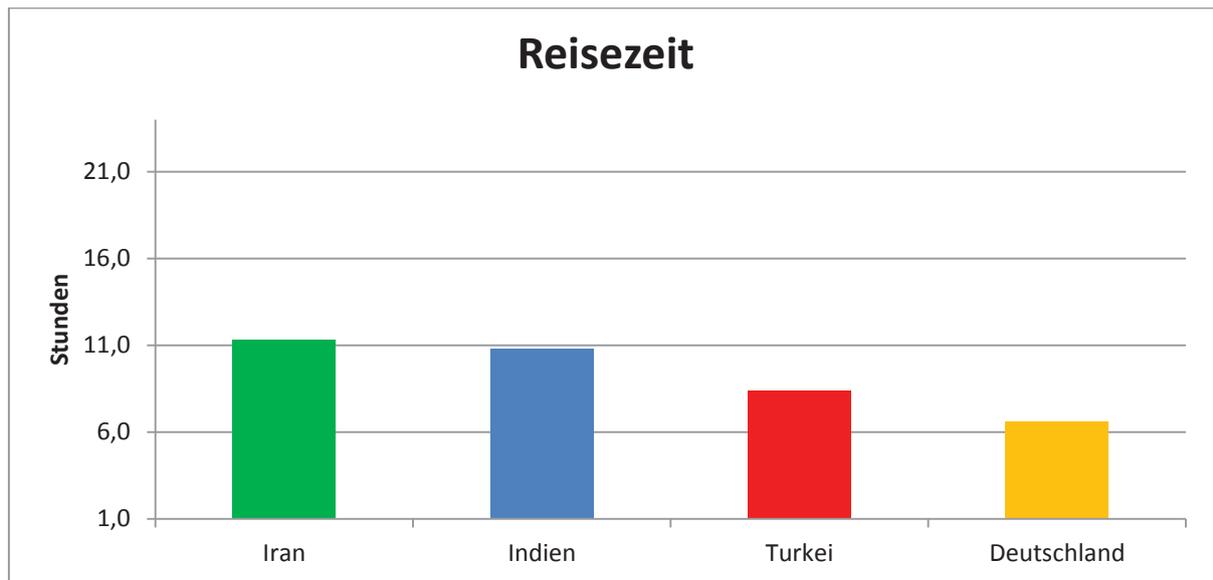


Abbildung 19 Die benötigte Zeit für die Reisen

3.4.3 Die Unterkunft

79% der Patienten wurden durch die Familie oder Verwandte ins Ausland begleitet. In 11% taten dies nur die Partner des Patienten. 5% der Patienten reisten mit Freunden und 5% der Patienten alleine.

Die Art der Unterkunft der Patienten wurde unterschiedlich gewählt, die Verteilung der Unterkunft dieser Patienten während der Behandlungsperiode im Ausland ist in der **Abb.20** dargestellt. 59% der Patienten übernachteten in einem Hotel, gefolgt von 15% der Patienten, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus direkt nach Dohuk zurückkehrten. 15% der Patienten wohnten bei Verwandten oder Bekannten im Ausland. Lediglich 10% der Patienten mieteten eine Wohnung.

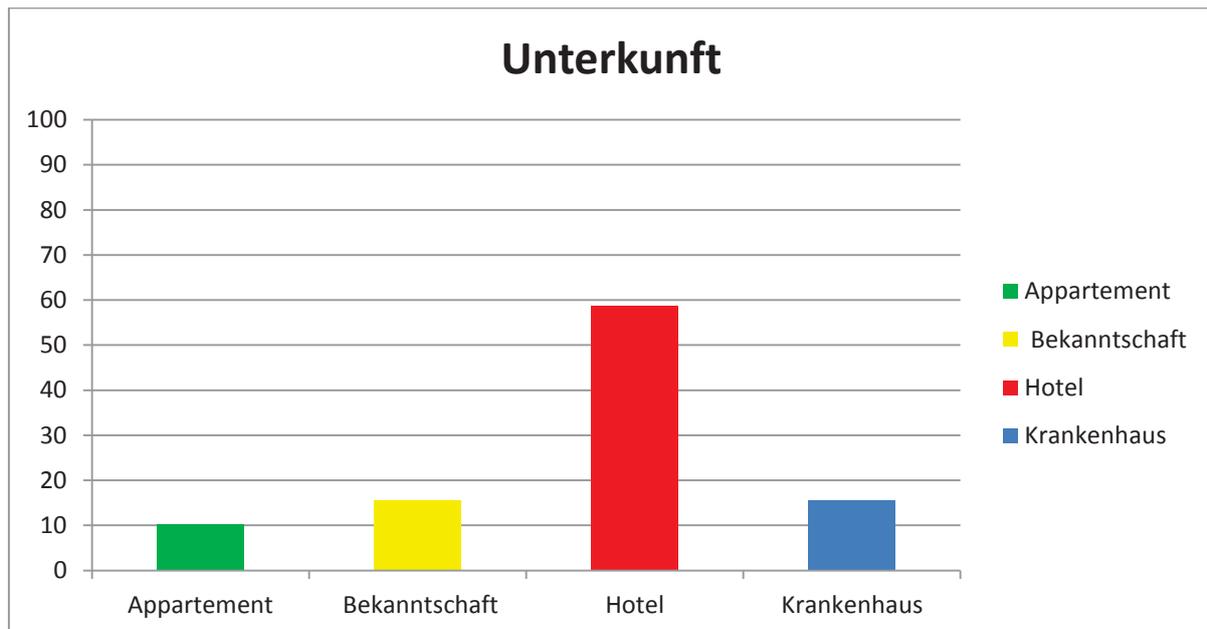


Abbildung 20 Art der Unterkunft

3.5 Medizinische Unterlagen und Überweisungsart

Was der Patient für die Ärzte im Ausland bei sich führte, zeigt uns die **Abb. 21**. Die Mehrheit der Patienten, etwa 46%, nahm ihre medizinischen Ergebnisse (Labor, MRT, CT-Scan, Histopathologie... etc.) mit ins Ausland. 35% der Patienten reisten ohne Unterlagen, teils mit dem Argument, dass die Untersuchungen von Dohuk im Ausland nicht anerkannt werden. 19% bekamen eine Überweisung von ihren Ärzten aus Dohuk. In manchen Fällen empfahl der Arzt auch ein bestimmtes Krankenhaus. Dies geschah vorwiegend bei Patienten mit malignen Diagnosen, die in der Türkei oder dem Iran behandelt werden sollten.

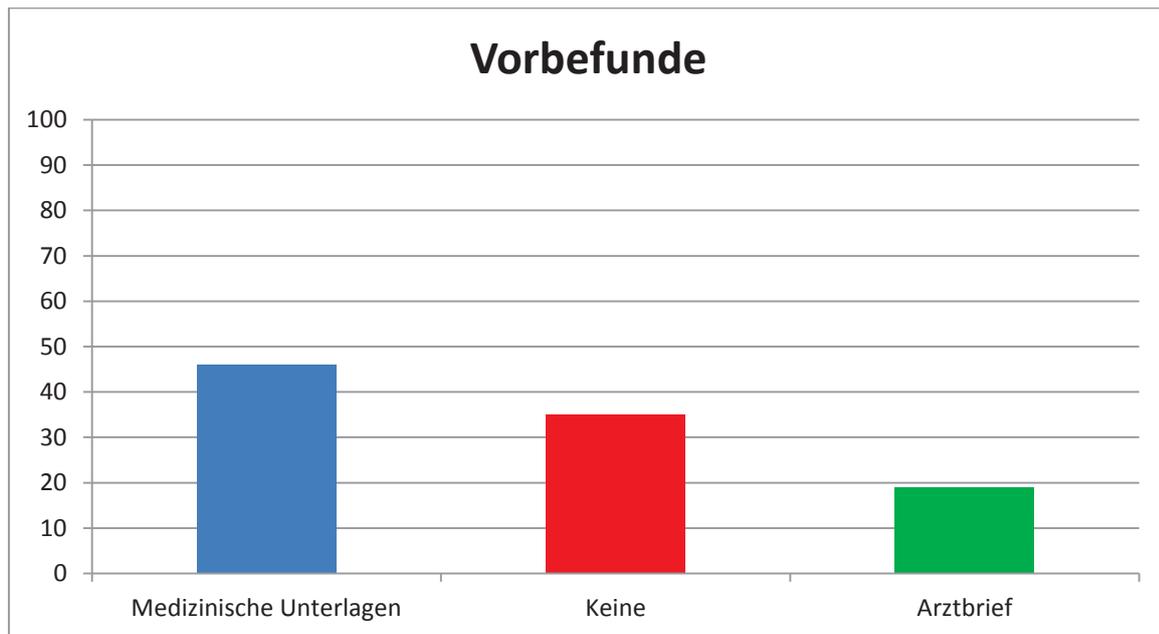


Abbildung 21 Mitgenommene Vorbefunde

3.6 Charakteristiken der Krankheiten

Aus den Antworten auf die offene Frage „*Welche Beschwerden oder Krankheiten hatten Sie?*“ in Zusammenschau mit den vorhandenen Krankenunterlagen ergab sich die Verteilung der Pathologien wie folgt: 37 Patienten onkologische Erkrankungen, 14 Patienten neurologische Erkrankungen, 10 Patienten orthopädische Erkrankungen, 9 Patienten GIT Krankheiten, 6 Patienten Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Andere Pathologien waren weniger häufig, wie aus **Tabelle 2** ersichtlich. 44% der Patienten und der Familien berichteten, dass sie im Ausland nur therapiert werden wollten; die Diagnose wurde bereits in Dohuk gestellt war. In 44% der Patienten wurden sowohl die Diagnostik als auch Beratung und Therapie durchgeführt. Bei 11% der Patienten sollte nur die Diagnostik erfolgen. 1% der Patienten wollte nur eine Beratung durch den Arzt.

Tabelle 2 Häufigkeit verschiedener Erkrankungen

Pathologie	Zahl der Patienten
Malignität	37
Neurologische Beschwerden	14
Orthopädische Beschwerden	10
Gastroenterologische Beschwerden	9
Herzbeschwerden	6
Chirurgische Eingriffe	4
Urologische Beschwerden	3
HNO Beschwerden	3
Respiratorische Beschwerden	3
Unklare Beschwerden	3
Ophthalmologische Erkrankungen	2
Nephrologische Erkrankungen	1
Hämatologische Pathologien	1
Rheumatische Beschwerden	1
Neurochirurgische Eingriffe	1
Sonstige*	2

* sonstige; Bienenallergie und postoperative Infektion (post-Tumorentfernung)

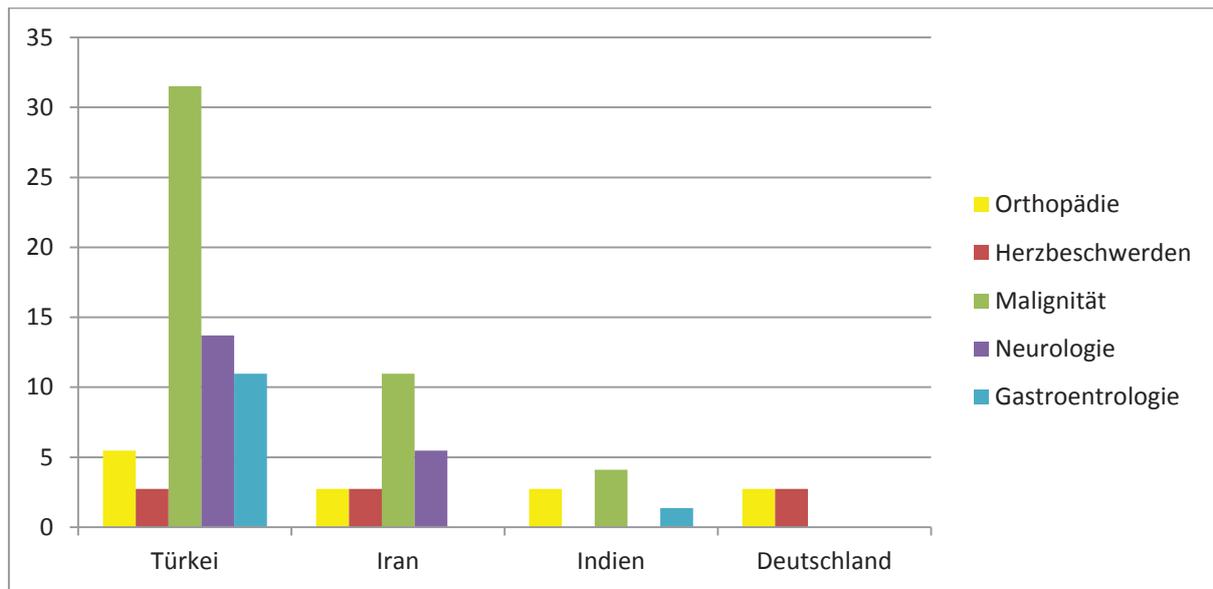


Abbildung 22 Pathologie- Verteilung über Zielländer

Unter den Patienten mit Karzinomen waren Mammakarzinome, Lungenkarzinome, Leukämien, Lymphome, Melanome, Gallengangskarzinome, Hepatome, Gehirnkarzinome, Osteosarkome und weniger häufig andere maligne Erkrankungen. Die meisten onkologischen Fälle wurden in der Türkei behandelt, nämlich etwa 32% unserer Studiengruppe. Gemäß der Aussage mehrerer Onkologen im Azadi Krankenhaus, die gerne mit den türkischen Krankenhäusern zusammenarbeiten, halten sie auch regelmäßig Rücksprache mit den Kollegen in der Türkei. Manchmal werden die Patienten für eine zweite Meinung (Second Opinion) dorthin verwiesen. Erwähnenswert ist, dass der PET-Scan und seltene Biopsien wie die Hirnbiopsie in der Türkei durchgeführt werden. An zweiter Stelle der Patienten mit malignen Erkrankungen folgt der Iran mit etwa 11% und schließlich Indien mit etwa 4%. Aus der Studiengruppe wurde kein Tumor in Deutschland behandelt.

Die **neurologischen** Erkrankungen, die häufig in dieser Patientengruppe gesehen wurden, waren unter anderem: Kopfschmerzen, Apoplex und Parkinson. 14% dieser Patienten suchten die Türkei auf. Das zweithäufigste Land war der Iran mit etwa 5% der Patienten.

Bei den **gastroenterologischen** Erkrankungen fanden sich: Leberzirrhose, Hepatitis B und Gallensteine. 11% davon wurden in der Türkei und fast 15% in Indien therapiert.

Die im Ausland behandelten **orthopädischen** Erkrankungen waren: Rückenschmerzen, Hüft-TEP, Arthrose. Bei 5% wurde die Therapie in der Türkei durchgeführt und bei je 3% in den Ländern Iran, Indien und Deutschland.

Bei den **Herzerkrankungen** waren die ischämischen Herzkrankheiten am häufigsten vertreten. Diese Patienten wurden mit je 3% in der Türkei, Iran und Deutschland therapiert. Siehe **Abb. 22**

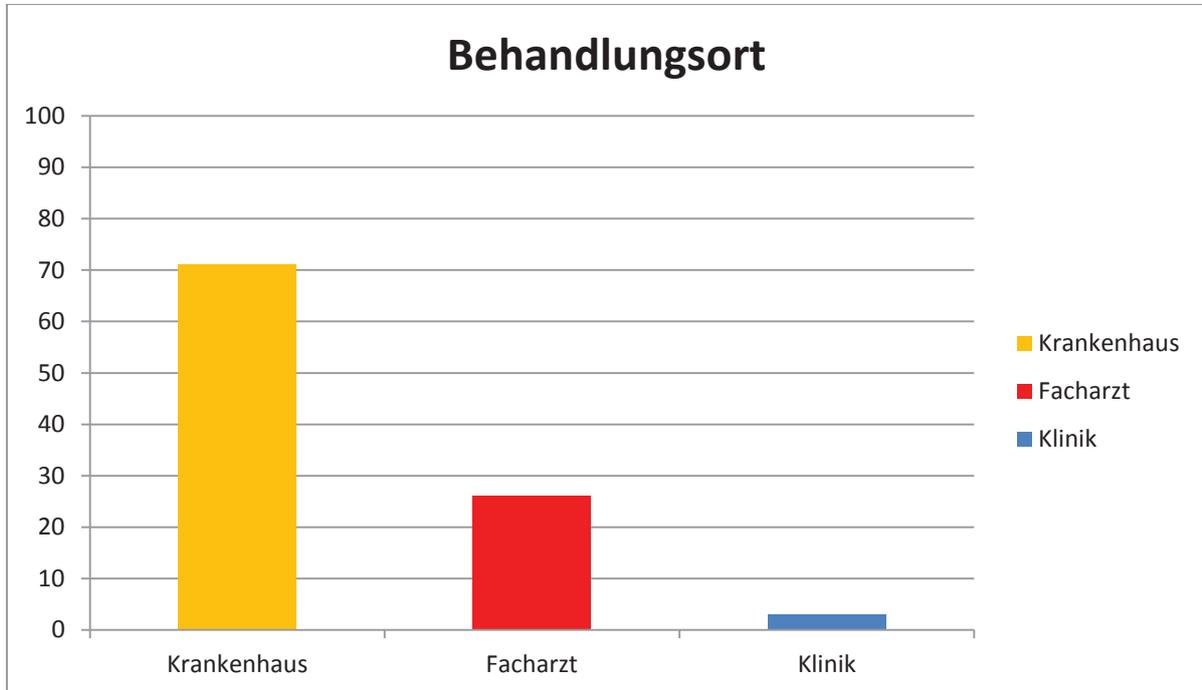


Abbildung 23 Patienten Verteilung auf Behandlungsplatz im Ausland

3.6.1 Art der Therapie

Die verschiedenen Arten der Behandlung der Patienten während ihres Aufenthalts im Ausland werden in **Abb. 24** gezeigt. 50% der Patienten wurden medikamentös behandelt, 35% erhielten eine operative Therapie. Bei 5% wurde eine Radiotherapie durchgeführt. 10% der Patienten erhielten aus unterschiedlichen Gründen keine Therapie: bei einigen war die Diagnostik das Ziel ihrer Reise, manche brachen die Behandlung ab und ein Patient reiste in die Kriegsregion(Syrien) und kam unverrichteter Dinge zurück. 71% dieser Patienten wurden in Krankenhäusern, 26% in Facharztpraxen und 3% in Spezialkliniken behandelt. 54% dieser Patienten wurden in Krankenhäusern stationär aufgenommen, während 46% eine ambulante Behandlung erhielten **Abb. 23**.

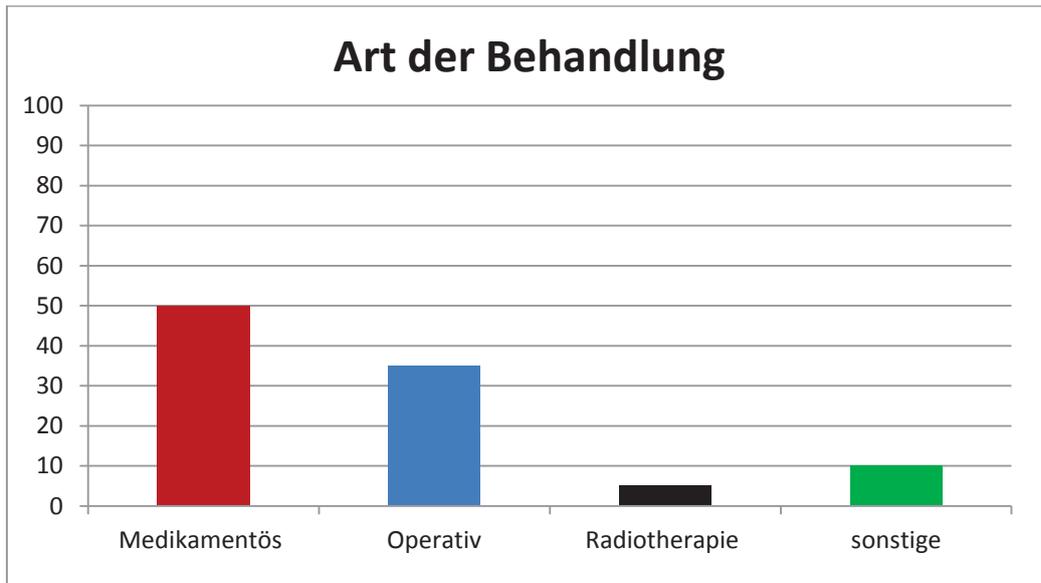


Abbildung 24 Art der Behandlung im Ausland

Das Kreisdiagramm **Abb.25** zeigt, dass bei 77% der Patienten je eine Art der folgenden Therapien durchgeführt wurde: medikamentös, operativ oder Radiotherapie. 13% erhielten eine Kombination dieser Behandlungsmöglichkeiten.

Wie bereits erwähnt wurde bei 10% keine Therapie durchgeführt (Diagnostik, Therapieabbruch, Kriegsgebiet).

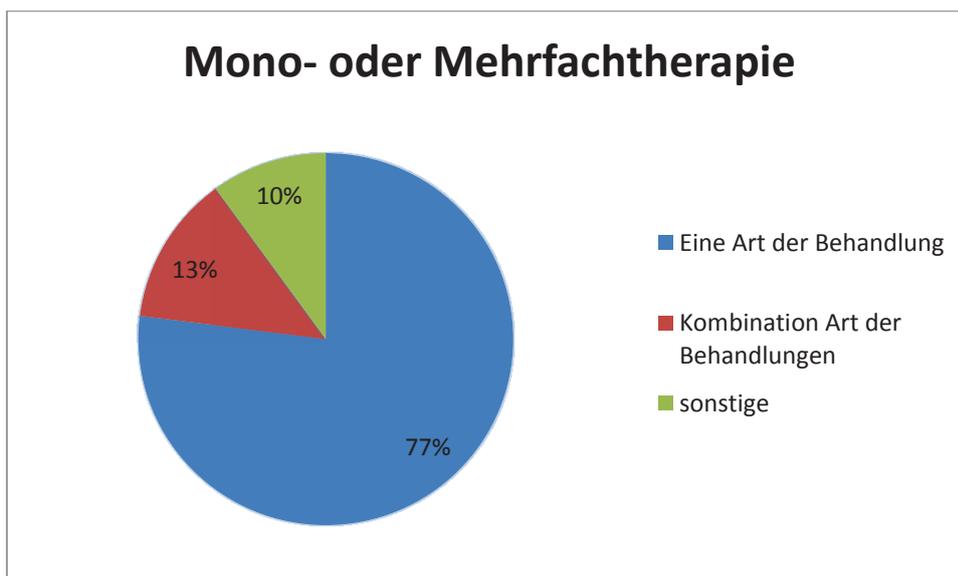


Abbildung 25 Eine oder mehrfache Therapie

3.6.2 Therapieergebnisse

Hier wurde mit Hilfe einer Multiple-Choice-Frage untersucht, ob die Patienten durch die Behandlung eine Verbesserung erfahren hatten, eine Verschlechterung ihres Zustandes, oder ob kein Unterschied feststellbar war. Die Patienten gaben die Antwort nach ihrem Befinden im Anschluß auf die Behandlung im Ausland auf die folgende Frage: *Welches Ergebnis hatte die Behandlung?*

1-Erfolgreich, beschwerdelos

2-Verbesserung, Linderung der Beschwerden

3-Kein Erfolg, unveränderte Beschwerden

Die meisten der Patienten hatten ihre Behandlung abgeschlossen. Der Patient, der das Land vor Abschluss seiner Behandlung verließ, wird nicht in **Abb.26** berücksichtigt.

63% der Patienten fühlten sich besser oder beschwerdefrei. 37% der Patienten sahen keine wesentliche Änderung.

91 Patienten in dieser Studiengruppe wurden im Ausland behandelt. Nur 9 der Patienten erhielten keine Behandlung, weil sie nur zu diagnostischen Zwecken wie PET-Scan ins Ausland gereist waren oder ihre Therapie aus anderen Gründen abgebrochen hatten wie z.B. unerwartete Diagnose von malignen Erkrankungen, Heimweh, oder sie erhielten eine konservative Behandlung, die von dem Patienten als eine nicht „echte“ Therapie anerkannt wurde.

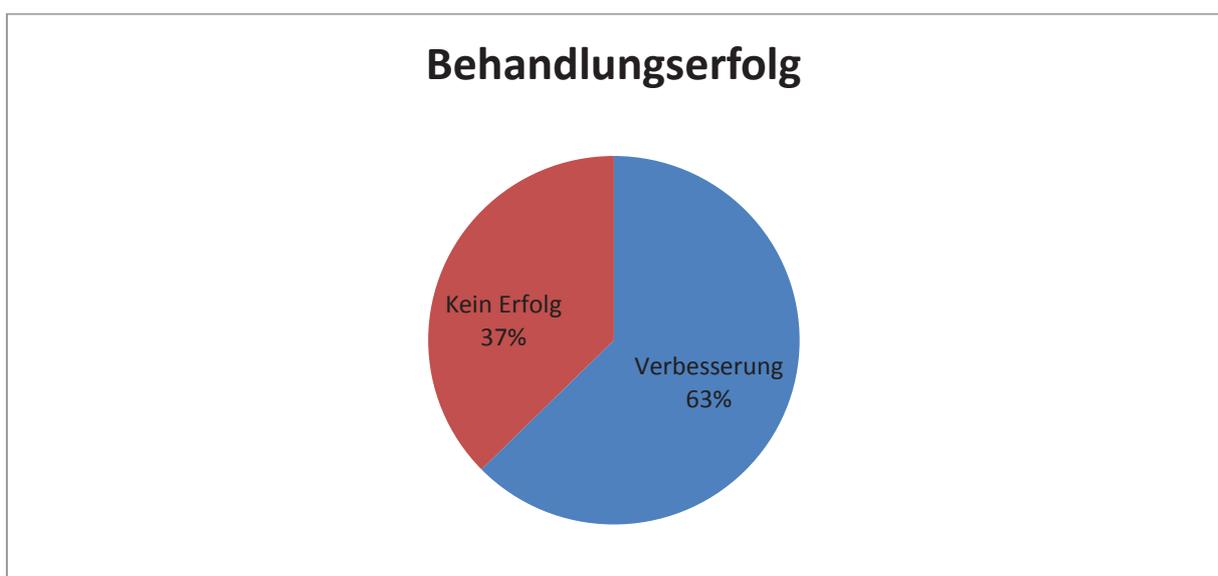


Abbildung 26 Behandlungsergebnisse

3.7 Patientenzufriedenheit

3.7.1 Patientenzufriedenheit mit den Therapie

Die allgemeine Zufriedenheit der Patienten wird in **Abb.27** dargestellt. Hier wird eine Skala genutzt von 1-5: 1-schlecht, 2- ausreichend, 3-mässig, 4-gut, 5-sehr gut. Die Mehrheit der Patienten war zufrieden mit ihrer Behandlung. 53% der Patienten gaben eine 4, 18% gaben eine 3, 17% gaben eine 5, 6% gaben eine 2 und nur 6% gaben eine 1. Folglich benoteten beinahe 70% der Patienten ihre Therapie mit ≥ 4 . Dies beweist eine hohe Zufriedenheit mit den Auslandsbehandlungen.

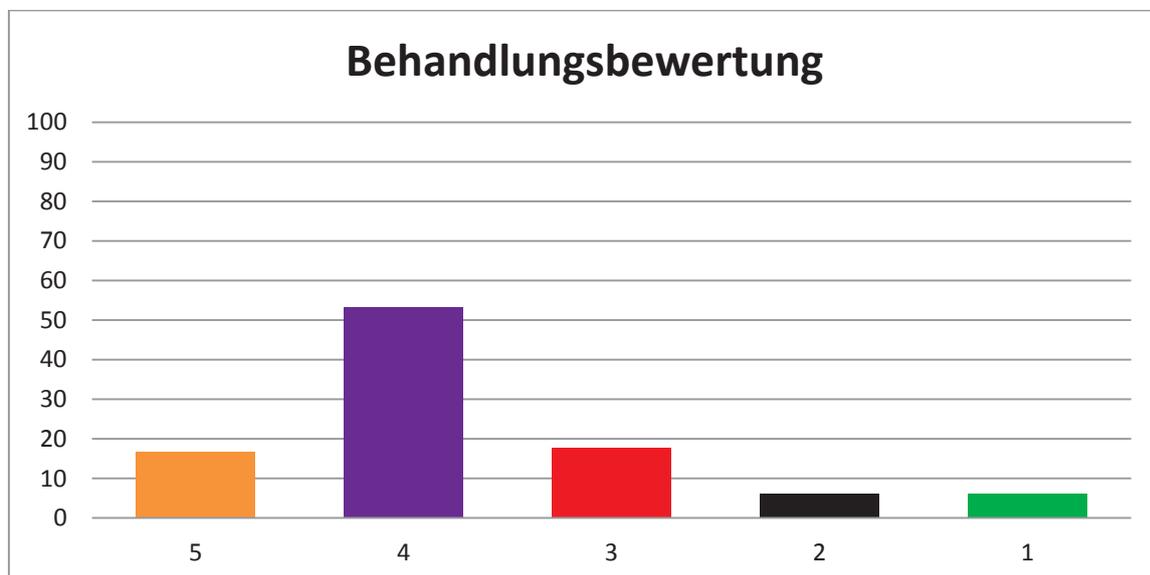


Abbildung 27 Patientenzufriedenheit über die Therapie

3.7.2 Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Unterbringung

Die Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Unterkunft im Zielland wird in Abb. 28 gezeigt. Hier werden die Durchschnittswerte pro Land verwendet in einer Skala von 1 bis 5. Die Punktzahlen werden entsprechend der folgenden Einstufung verwendet: 1-schlecht, 2- ausreichend, 3-mässig, 4-gut, 5-sehr gut. Mit einer durchschnittlichen Punktzahl von 4,2 für die Unterkunft erzielte Deutschland das beste Ergebnis. Iran erhielt 3,8 Punkte ebenso wie die Türkei, gefolgt von Indien mit 3,6 Punkten.

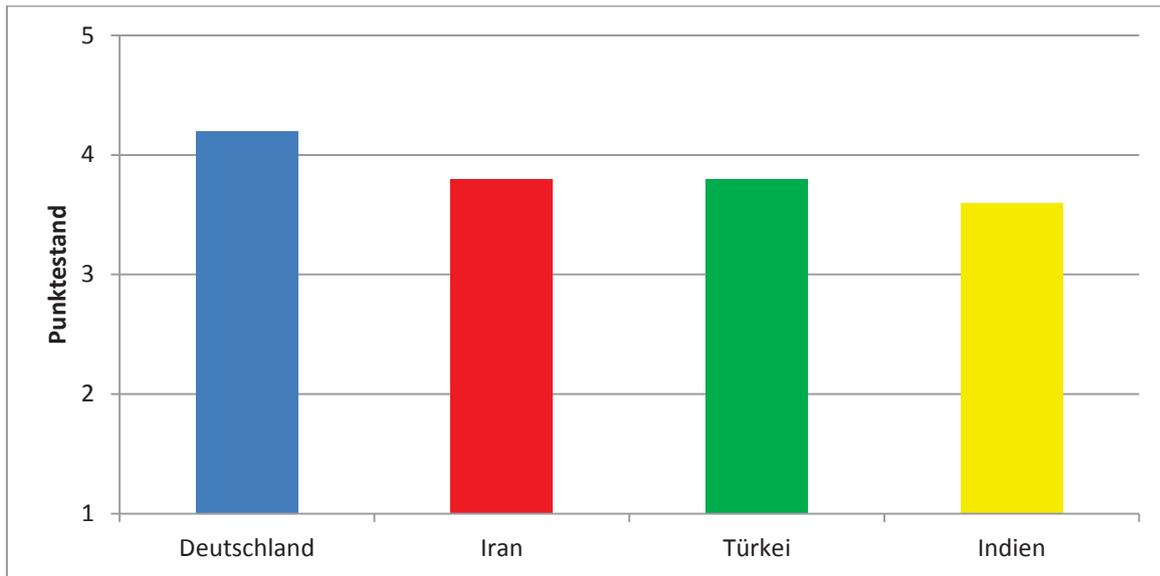


Abbildung 28 Patientenzufriedenheit über den Aufenthalt

3.8 Therapiekosten

Die Kosten für die Behandlung wurden lediglich mündlich durch die Patienten oder ihre Familie benannt. Viele von ihnen waren nicht in der Lage, Belege oder Quittungen vorzuweisen. Manche der Kosten, die entstanden für z.B. Transport, Restaurant und Unterkunft waren ohne Quittung gezahlt worden. Auch gaben einige Krankenhäuser und Ärzte den Patienten keine Belege. Alle Patienten in dieser Studiengruppe bezahlten bar. Banküberweisungen oder die Benutzung von Kreditkarten sind in KRG noch nicht üblich.

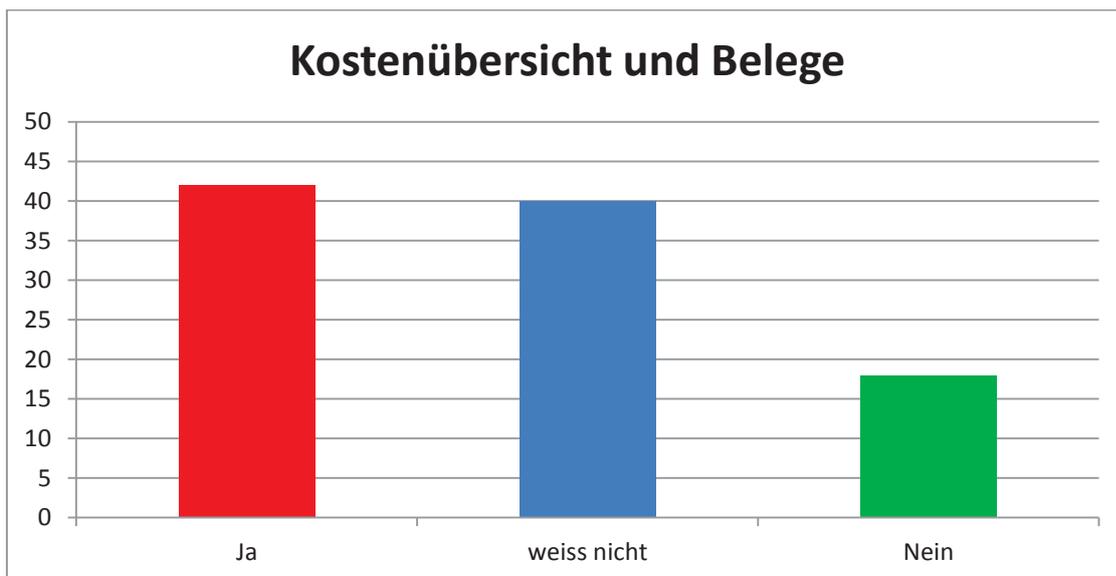


Abbildung 29 Die Belege für Therapiekosten

Die Antwort auf die Frage nach Quittungen für die Behandlungskosten der Patienten ergab folgendes: 42% der Patienten erhielten eine Rechnung aus den Krankenhäusern, 40% waren sich nicht wirklich sicher, ob sie tatsächlich Belege für die Kosten erhalten hatten, 18% der Patienten bekamen keine Belege für Therapiekosten .

Die Gesamtkosten für die Behandlung, inklusive sonstiger Kosten (Transport, Unterkunft, Restaurant, Übersetzer) für das jeweilige Land, sind in der **Abb.30** gezeigt. Deutschland war im Vergleich das teuerste Land. Die durchschnittlichen totalen Behandlungskosten betragen etwa US \$ 20.840, gefolgt von Indien mit durchschnittlich US \$ 18.637, dann Iran mit US \$ 8850. Die Türkei war letztendlich das kostengünstigste Land mit durchschnittlich US \$ 7914. Die hohen Kosten für eine Behandlung in Deutschland erklären sich aus mehreren Faktoren. Sie setzen sich zusammen aus den hohen Kosten für Administration, das hohe Lohnniveau so wie die hohen Preise für Medikamente und Ausrüstung. Hinzu kam, dass es sich bei 3 der insgesamt 5 Patienten in unsere Gruppe um sehr komplexe Eingriffe handelte.

Eine Patientin musste sich einer endoskopischen, neurochirurgischen Operation nach schwerem Wirbelsäulentrauma unterziehen, die außerdem eine wochenlange Rehabilitation nach sich zog.

In einem anderen Fall handelte es sich um eine Anomalie der Koronararterien, die nur in einem spezialisierten Herz- Zentrum operiert werden konnte. Bei der geringen Anzahl von 5 Patienten insgesamt, die in Deutschland behandelt wurden, erklärt dies den hohen Mittelwert der Therapiekosten.

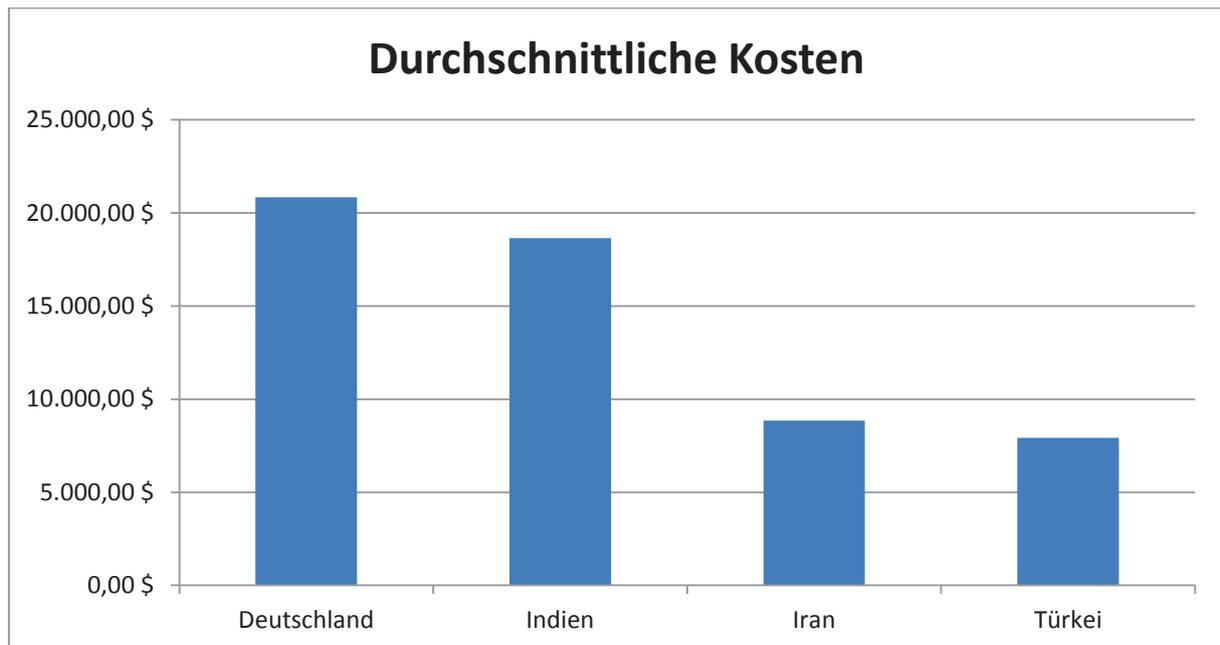


Abbildung 30 Kostenübersicht über die Behandlung pro Zielland

3.9 Wiederaufnahme der Auslandstherapie

Bei 60% der Patienten war die Behandlung nach der Reise noch nicht abgeschlossen, in 40% der Fälle gab es keine Notwendigkeit wieder zurückzukehren, weil die Behandlung erfolgreich beendet und die Beschwerden gebessert waren. Zum Teil gab es auch keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere bei Patienten mit Malignomen oder bei terminalen Patienten.

Die Gründe der Gruppe, die zurück ins Ausland bestellt worden war, werden in **Abb.31** gezeigt.

Fast 72% von ihnen benötigten eine Nachkontrolle im Ausland, dies galt im Wesentlichen für Patienten mit chirurgischen Eingriffen. Bei 25% war die Behandlung noch nicht abgeschlossen war. In 3% der Fälle entwickelten sich Komplikationen im Anschluß an die Therapie im Ausland, die nach der Rückkehr behoben werden sollten.

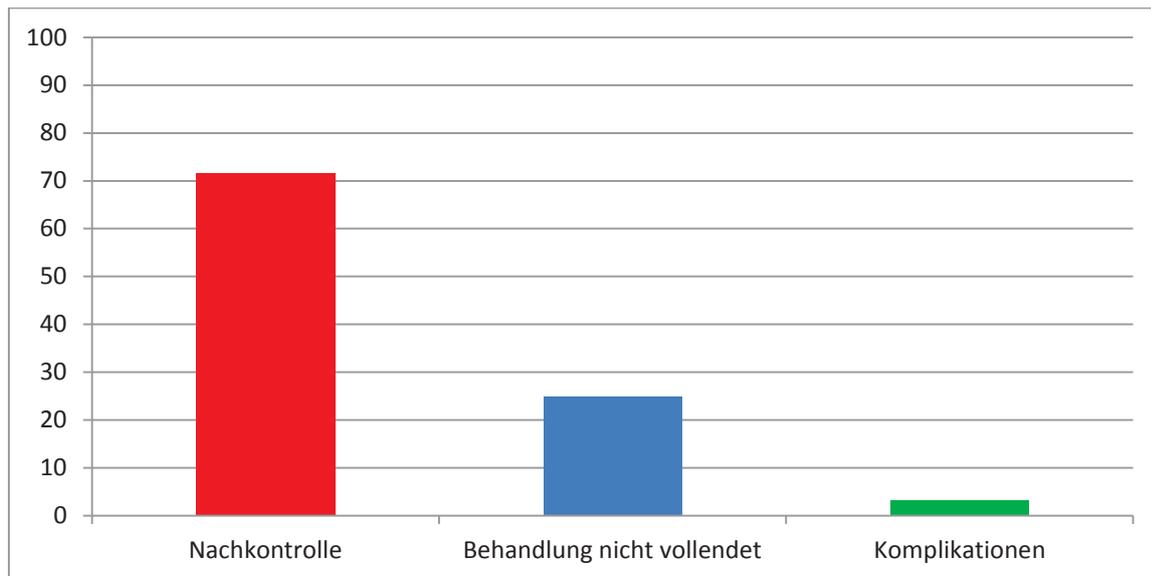


Abbildung 31 Grund für Wiederaufnahme der Auslandstherapie

3.10 Therapieabbruch

Nicht alle Patienten waren therapietreu. 28 der Patienten brachen ihre Behandlung und Nachkontrolle ab. Diese Patienten weigerten sich, wieder ins Ausland zu reisen. Die Gründe waren sehr unterschiedlich wie in **Abb.32** zu sehen.

39% von ihnen glaubten, dass sie die gleiche Behandlung in Dohuk bekommen könnten. 18% brachen die Behandlung wegen der hohen Kosten, gerade bei Chemotherapien, ab. 11% waren unzufrieden mit der Behandlung, sie hatten eine bessere Gesundheitsversorgung im Ausland erwartet. Diese Gruppe der Patienten war enttäuscht. 7% der Patienten fürchtete eine schlimme Diagnose oder die Aussicht auf eine Operation. Für 7% der Patienten war die Rückreise in den Süden der Türkei aufgrund der unsicheren politischen Lage nicht mehr möglich. 7% der Patienten litten unter Heimweh. 4% sahen keine Verbesserung im Ausland und lehnten deshalb eine weitere Behandlung ab. Für 4% war die Therapie zu zeitaufwändig, z.B. eine länger andauernde Physiotherapie. 4% stoppten die Nachkontrolle, weil sie sich gut fühlten und meinten, eine weitere Nachkontrolle könne ebenso gut in KRG durchgeführt werden.

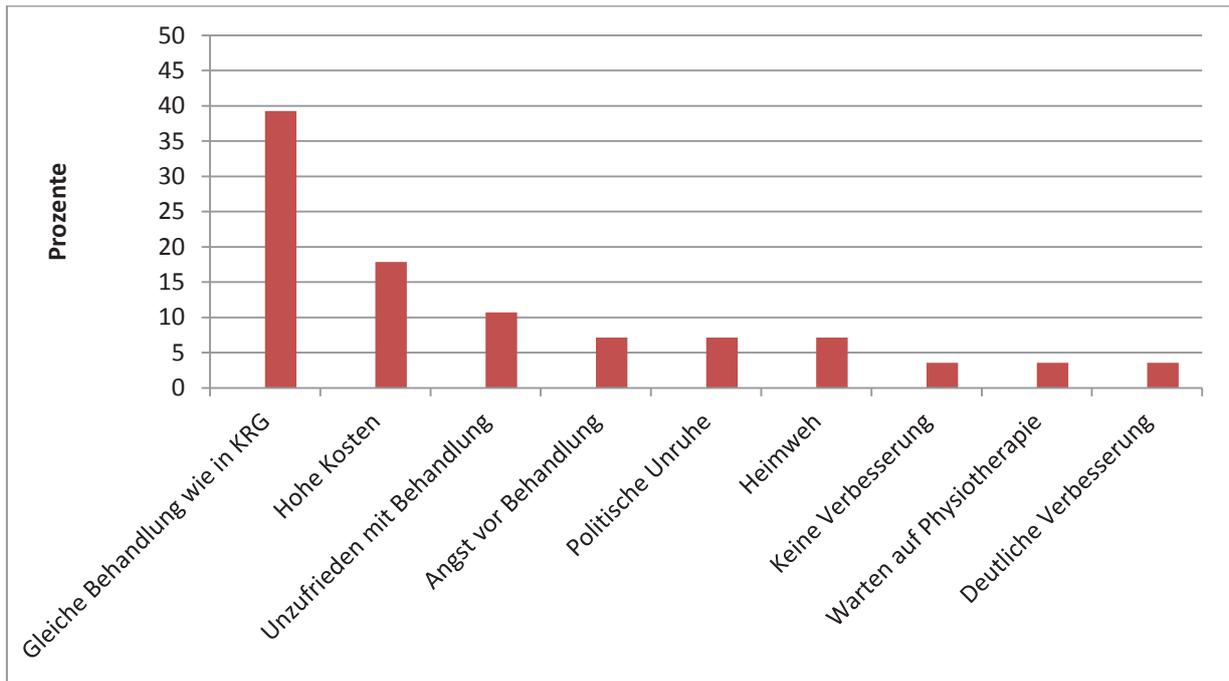


Abbildung 32 Gründe für den Therapieabbruch

4. Auswertung in Bezug auf andere Aspekte

4.1.1 Zielland und Geschlecht

In der Verteilung von weiblichen und männlichen Patienten zeigte sich ein Unterschied für die Türkei, Deutschland und sonstige (Libanon, Österreich, Syrien, USA). In diesen Ländern wurden mehr männliche als weibliche Patienten behandelt. Dieser Unterschied war im Falle des Iran dagegen sehr klein, in Indien war der Anteil der männlichen und weiblichen Patienten sogar gleich. Eine Erklärung für diese Verteilung konnten wir nicht finden, es könnte Zufall sein.

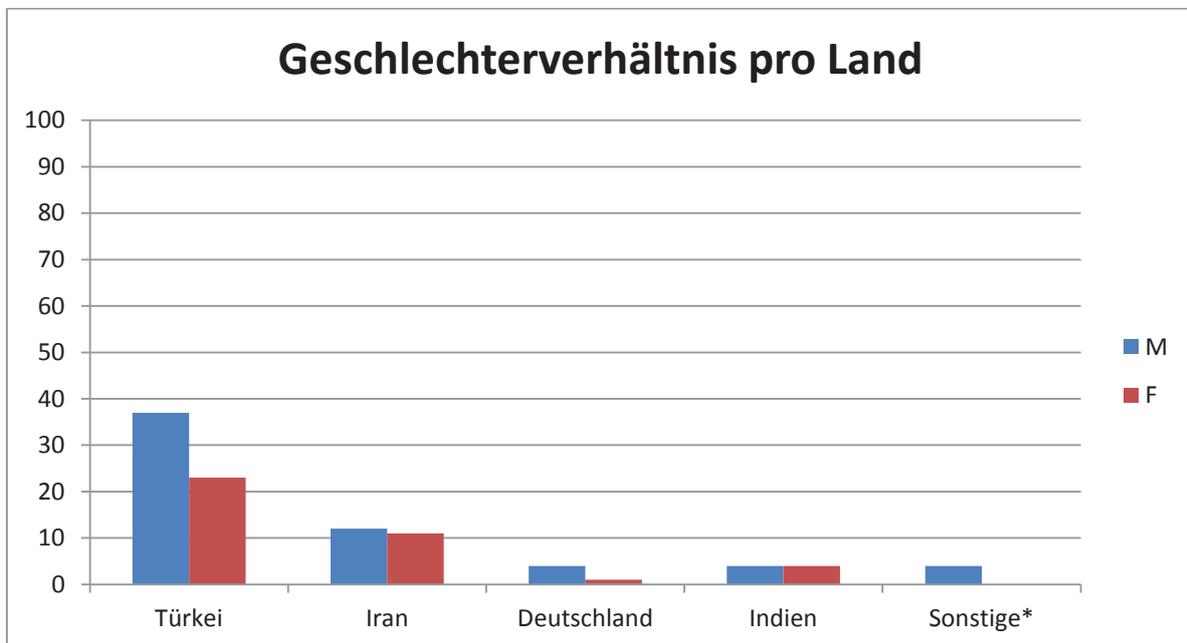


Abbildung 33 Patientenverteilung nach Zielland und Geschlecht, Sonstige* = Libanon, Österreich, Syrien, USA

Das Verhältnis Männer: Frauen in den Zielländern Indien und Iran war gleich. Aber in Deutschland war das Verhältnis von Männer: Frauen von 1:0,25, in der Türkei Männer: Frauen von 1:0,64.

4.1.2 Altersdurchschnitt und Zielland

Das Durchschnittsalter der Patienten in den jeweiligen Zielländern wird in **Abb.34** demonstriert. Die Patienten, die den Iran besuchten, waren im Durchschnitt 42 Jahre alt. Für die Türkei lag der Altersdurchschnitt etwas höher bei 45 Jahren, gefolgt von Deutschland mit

einem durchschnittlichen Alter von 49 Jahren. Der höchste Altersdurchschnitt lag mit 50 Jahren in Indien. Hierfür sind unterschiedliche Gründe denkbar. Da in die Türkei und in den Iran die Patienten meist mit dem Auto reisten, war dies mit mehr Unannehmlichkeiten verbunden als z.B. eine Flugreise nach Deutschland oder Indien direkt vom Flughafen Erbil aus. Eine Flugreise ist weniger belastend für die Patienten. Auf der anderen Seite ist eine Flugreise mit deutlich mehr Kosten verbunden. Außerdem haben die Schwierigkeit, ein Visum zu bekommen, die finanzielle Lage des Patienten sowie andere Faktoren Einfluss auf die Verteilung. Für eine eindeutige Erklärung müssten hier weitere Untersuchungen folgen.

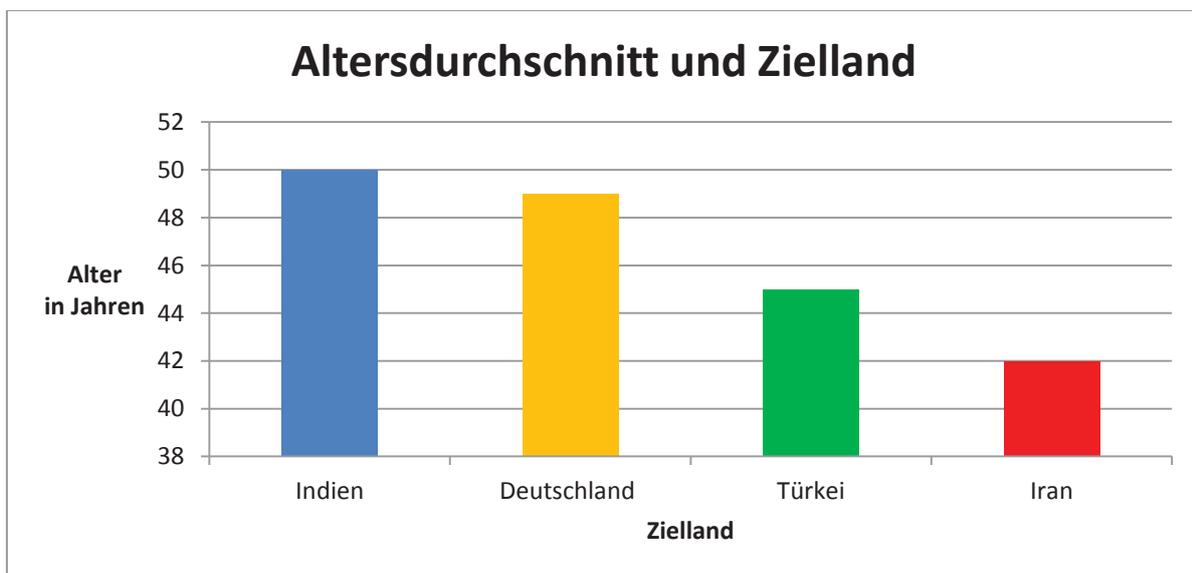


Abbildung 34 Patientenverteilung nach Altersdurchschnitt und Zielland

4.1.3 Ausbildung und Zielland

In diesem Absatz geht es um die Verteilung aller Patienten nach ihrem Bildungsniveau auf die Zielländer. Die **Abb. 35** zeigt, dass 7% der Patienten mit hoher Bildung in die Türkei gingen, 3% nach Deutschland und 1% nach Indien. 6% der Patienten mit Berufsausbildung wählten die Türkei, 1% Deutschland, 1% Iran und 1% Indien. 11% der Patienten auf Mittelschulebene gingen in die Türkei, 5% in den Iran und 3% nach Indien.

Die Patienten mit Grundschulausbildung haben für ihre Behandlung nur zwei Länder gewählt: 13% gingen in die Türkei und 6% in den Iran. Die Verteilung der Analphabeten auf die Ländern war wie folgt: 24% Türkei, 12% Iran, 3% Indien und 1% Deutschland.

Hier wurden der Libanon, Österreich, Syrien und die USA ausgeschlossen, da die jeweilige Anzahl der Patienten zu gering war.

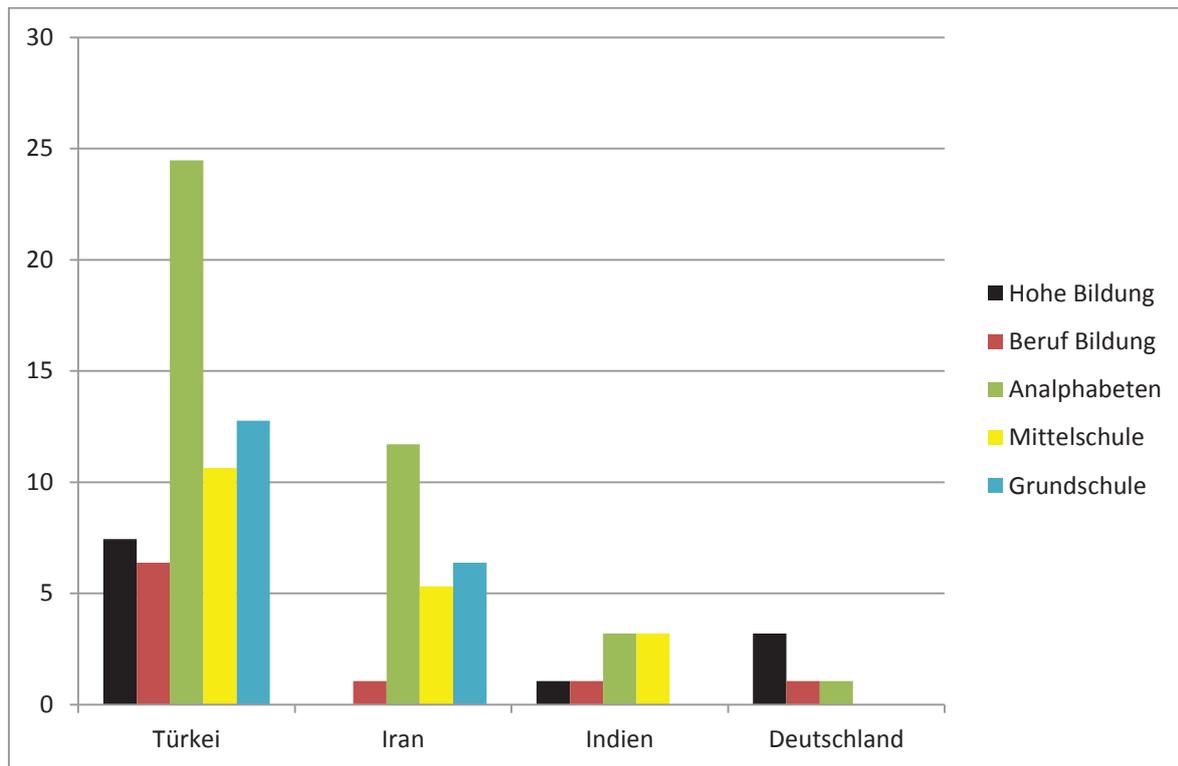


Abbildung 35 Patientenverteilung nach Ausbildung auf die Zielländer

Der Mangel an Gesundheitserziehung führt zu einer vermehrten Inanspruchnahme der medizinischen Gesundheitsversorgung, mit anderen Worten: je höher das Ausbildungsniveau des Patienten desto besser seine Kenntnisse über Gesundheit, seine Compliance und seine Fähigkeiten zum Selbst-Management (65, 51,81).

Die Verteilung der Patienten nach ihrem Bildungsniveau pro Zielland wird in **Abb. 36** gezeigt.

Die Patienten, die nach Deutschland reisten, waren hoch gebildet. 60% dieser Patienten hatte eine Hochschulausbildung. Einige dieser Patienten konnten gut Englisch sprechen oder zumindest gut verstehen. Viele von ihnen waren bereits vorher aus anderen Gründen im Ausland gewesen, so dass sie mehr Erfahrungen und Kenntnisse über das Land und eventuell auch über die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland hatten. Der größere Aufwand für den Antrag auf ein Visum bereitete ihnen keine großen Schwierigkeiten. Die restliche Zahl der Patienten verteilte sich zu 20% auf solche mit Berufsausbildung und 20% Analphabeten.

Interessanterweise betrug die Anzahl an Analphabeten bei den Reisenden in den Iran fast 48% der Patienten. Im Übrigen hatten 26% eine Grundschulausbildung, 21% besuchten die Mittelschule und 4% hatten eine Berufsausbildung.

In Indien war die Verteilung wie folgt: 37,5% waren Alphabeten, 37,5% hatten Mittelschulniveau, 12,5% eine Berufsausbildung und letztlich 12,5% einen Universitätsabschluss.

In der Türkei reisten 39,5% Analphabeten, 20,5% hatten Grundschulausbildung, 17% Mittelschulniveau, 12% Hochschulniveau und 10% eine Berufsausbildung.

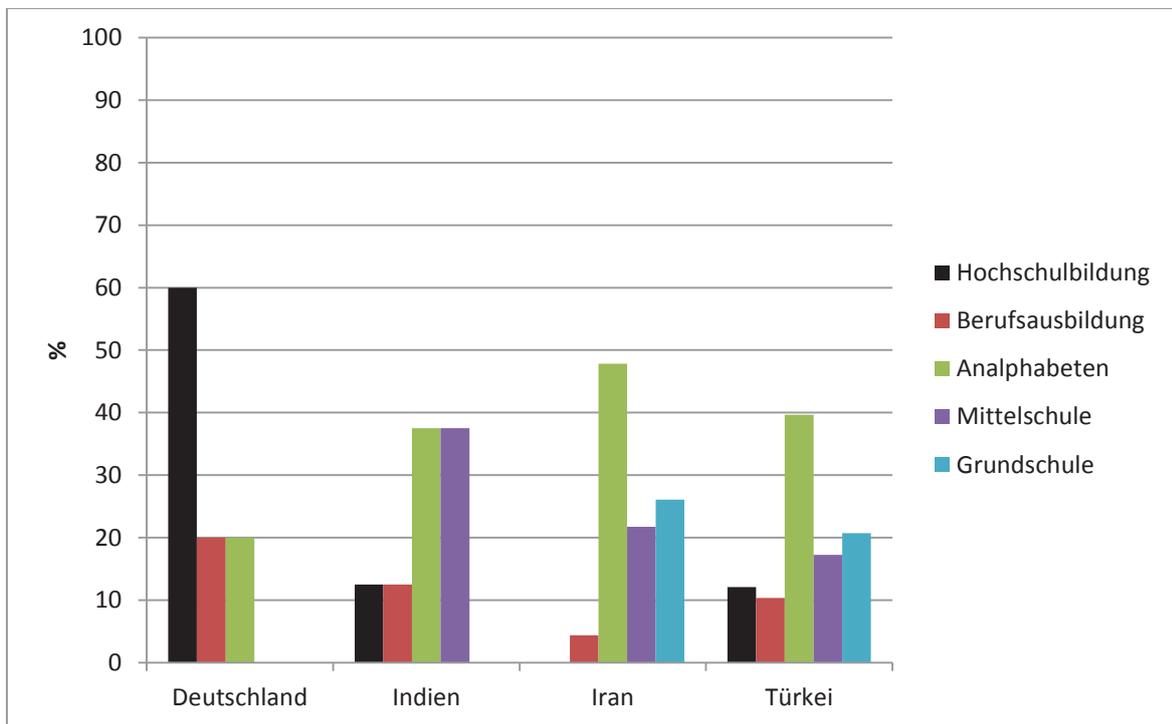


Abbildung 36 Patientenverteilung nach ihrer Ausbildung pro Zielland

4.1.4 Geschlecht und Pathologie

Die Verteilung der Pathologien nach Geschlecht wird in der Abb.37 gezeigt. Generell war die Prävalenz von zwei Krankheitsgruppen bei männlichen Patienten höher als bei weiblichen und zwar die gastroenterologischen und die kardialen Erkrankungen.

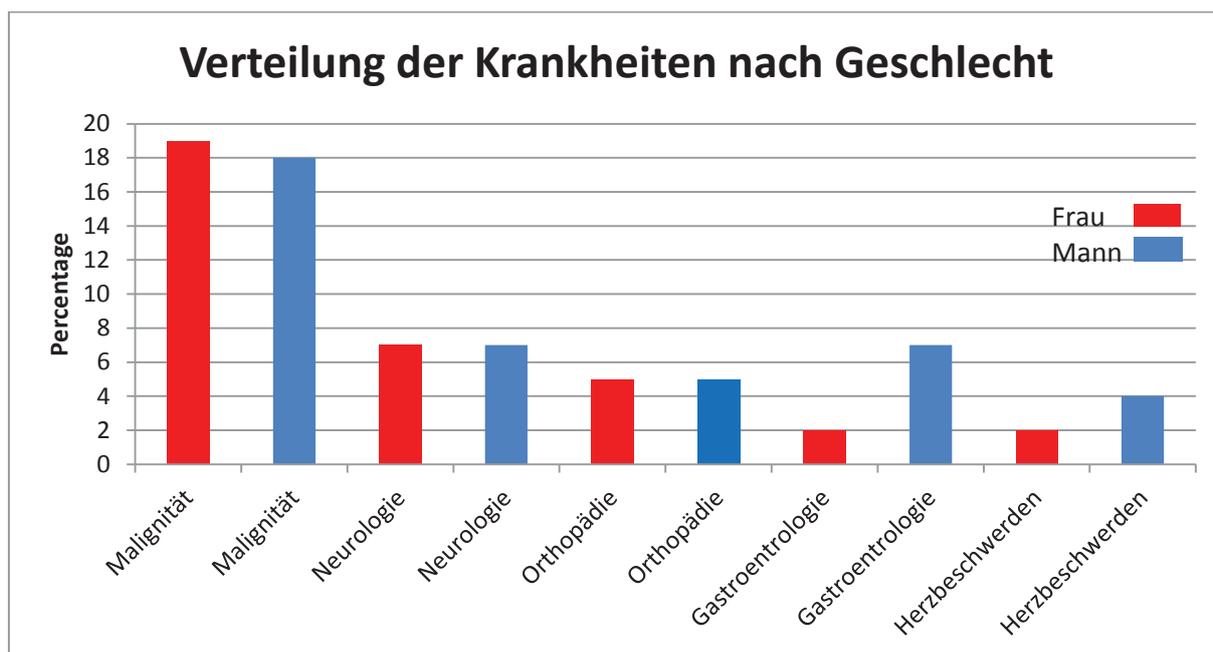


Abbildung 37 Verteilung der Pathologien nach Geschlecht

Den größten Anteil machen die **malignen** Erkrankungen aus. Von 37 der im Ausland wegen maligner Erkrankungen behandelten Patienten waren 19 weiblich und 18 waren männlich.

Das Verhältnis männliche: weibliche Patienten betrug 1:1,05.

In dieser Gruppe waren bei Frauen häufig das Mammakarzinom, zwei Fälle von metastasiertem Hautmelanom und zusätzlich zwei Nierenzellkarzinome, die nur in der weiblichen Gruppe auftraten. In der männlichen Gruppe waren die häufigsten Karzinome das Kolonkarzinom, das Osteosarkom und das Gallengangskarzinom.

Die nächste Gruppe sind die **neurologischen** Erkrankungen mit 7 weiblichen und 7 männlichen Patienten. Das Verhältnis Männer: Frauen beträgt 1:1. Hier lag die Anzahl von Frauen mit Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden deutlich über der der Männer, bei Männern dagegen überwogen die cerebralen Insulte.

In der **Orthopädie** war die Anzahl von männlichen und weiblichen Patienten ähnlich, bei den Männern herrschten Bandscheibenvorfällen vor. In der **Gastroenterologie** litten die Männer häufiger an Hepatitis B-Infektion und Leberzirrhose. In **Kardiologie** zeigten die Männer mehr ischämische Herzkrankheiten, dies entspricht auch der internationalen Prävalenz der koronaren Herzkrankheit (53)

4.1.5 Art der Therapie und Zielland

Die Verteilung der Patienten auf die unterschiedlichen Therapiearten wird in **Abb.38** dargestellt. In Deutschland wurden die Patienten medikamentös oder operativ behandelt. 3% von ihnen wurden operiert und 1% wurde medikamentös behandelt.

In Indien war der Anteil gleich: 5% der Patienten wurden operiert und die anderen 5% wurden medikamentös behandelt.

Im Iran erhielten 14% der Patienten medikamentöse Behandlung, 11% der Patienten wurden operiert. Außerdem erhielt 1% der Patienten eine Radiotherapie.

In der Türkei waren es 37% der Patienten, die nur medikamentös behandelt wurden, während 18% operiert wurden und bei 5% eine Radiotherapie durchgeführt wurde. Einige Patienten, die operiert wurden, erhielten auch Medikamente wie z.B. Schmerzmittel, andere ließen sich z.B. noch die erste Chemotherapie- Infusion geben, die übrigen Infusionen bekamen sie dann in Dohuk vor allem wegen der hohen Kosten. Einige der Patienten erhielten kurzfristig auch Physiotherapie, die jedoch nur eine Begleittherapie darstellte.

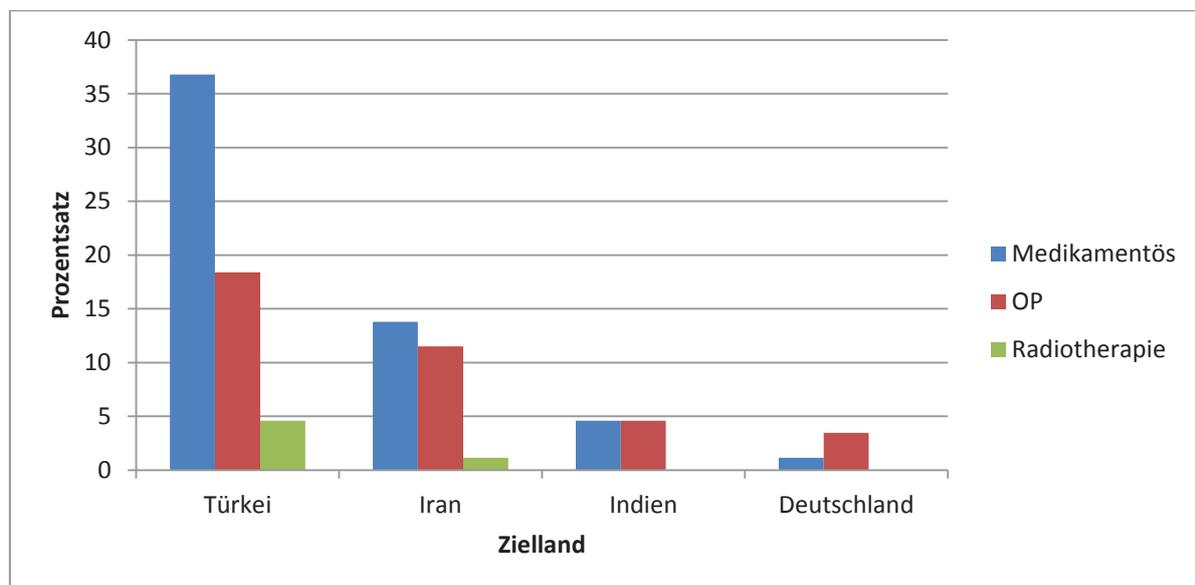


Abbildung 38 Art der Therapie und Zielland

4.1.6 Behandlungsergebnisse und Zielland

Es geht um den Behandlungserfolg und das eigene Wohlbefinden nach der Behandlung in jedem der vier Hauptländer unserer Studie. Deutschland hatte die höchste Erfolgsquote mit

80% der Patienten, die sich besser oder beschwerdefrei fühlten nach ihrer Rückkehr nach Hause. Gefolgt wurde es von der Türkei mit 63% der Patienten, die sich besser fühlten und gesünder. Für 37% der Patienten gab es keine Verbesserung bzw. die Beschwerden verschlimmerten sich.

In Indien fühlten 62,5% der Patienten eine Linderung der Beschwerden nach der Behandlung. 37 % sagten, dass sie keine Verbesserung verspürt hätten. Einige von ihnen, vor allem die Patienten mit malignen Erkrankungen, waren enttäuscht von Indien. An dieser Stelle ist erwähnenswert, dass von indischer Seite manchmal falsche Hoffnungen bezüglich des Therapieerfolges geweckt werden. Fast alle Patienten, die sich in Indien behandeln ließen, hatten vorher ihre medizinischen Unterlagen an die Krankenhäuser in Indien geschickt entweder direkt mit Internet oder durch medizinische Agenturen. Sie bekamen eine Verbesserung durch die Behandlung in Indien versprochen, in einem Fall sogar bei bekanntem Malignom mit generalisierter Metastasierung.

Im Iran sagten 50% der Patienten, sie fühlten sich besser, die anderen 50% sahen keine Besserung.

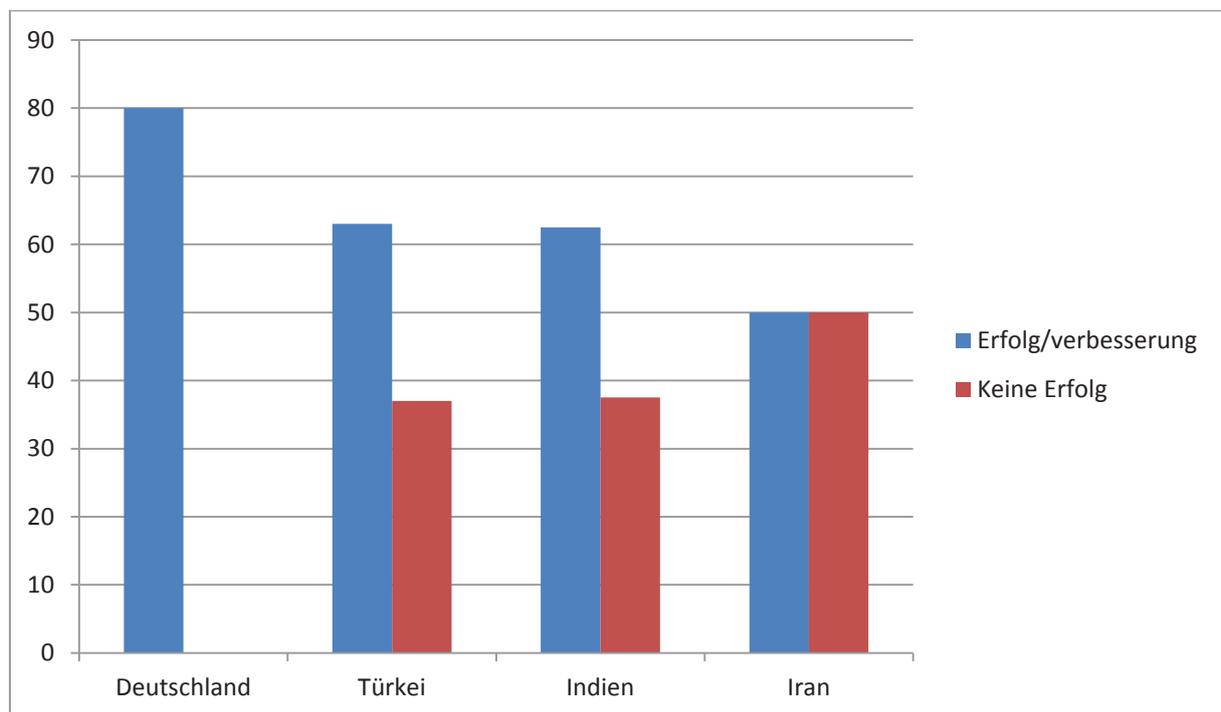


Abbildung 39 Behandlungserfolg bezogen auf das Zielland

4.1.7 Therapieabbruch und Zielland

Von den 100 Patienten der Studie haben 28 Patienten ihre Nachkontrolle nicht in Anspruch genommen oder sogar ihre ganze weitere Behandlung abgebrochen. **Abb.40** zeigt die Verteilung auf die Zielländer.

In Deutschland litten zwei Patienten so sehr unter Heimweh, dass sie die Behandlung nicht länger fortführen konnten. Ein Patient erhielt die gleiche Therapie wie in KRG, weswegen er nach Dohuk zurückkehrte. Kein Patient in Indien brach seine Behandlung ab.

Im Iran stoppten vier Patienten ihre Behandlung. Zwei davon waren unglücklich und unzufrieden mit der Behandlung. Die anderen beiden erhielten die gleiche Therapie wie in Dohuk. Daher gab es keine Notwendigkeit für einen weiteren Aufenthalt in Iran.

In der Türkei verließen 20 Patienten vorzeitig ihre Behandlung. Sieben Patienten konnten die gleiche Therapie zuhause erhalten. Für fünf Patienten waren die hohen Kosten der Grund für den Behandlungsabbruch. Zwei Patienten wollten nicht operiert werden und die beiden anderen Patienten scheuten die Rückreise in den Süden der Türkei wegen der unsicheren politischen Lage. Ein Patient fühlte sich so gut, dass er auf weitere Nachkontrollen verzichtete. Ein weiterer Patient war so unzufrieden mit der Behandlung, dass er nicht mehr in die Türkei zurückkehren wollte. Der dritte Patient war zu ungeduldig, eine längere Physiotherapie abzuwarten.

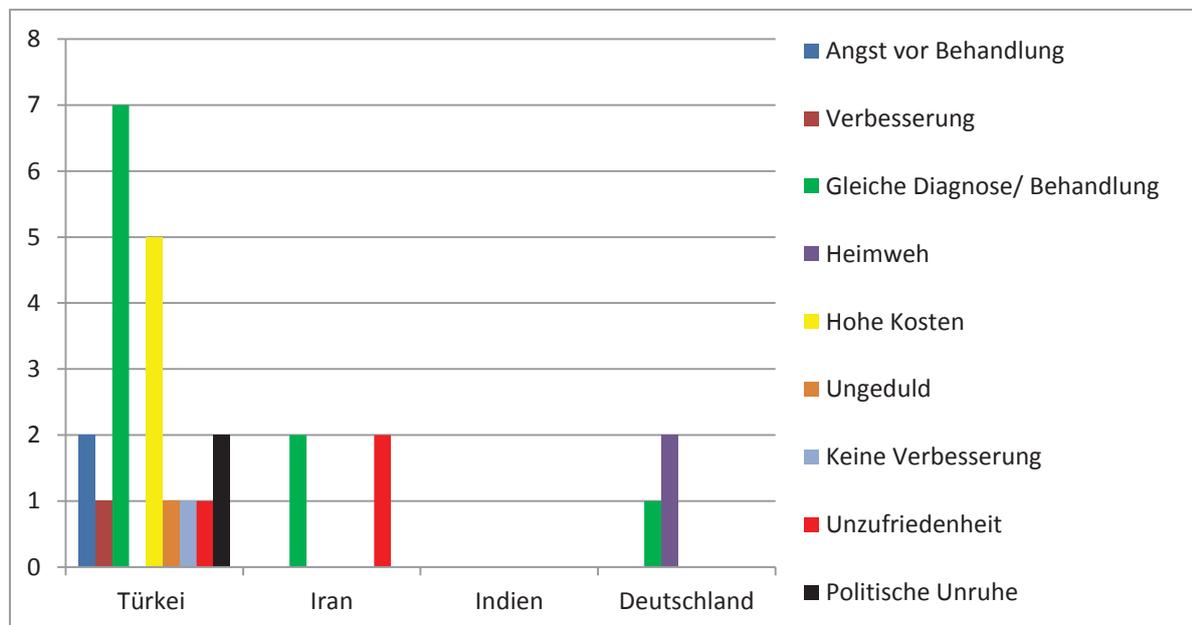


Abbildung 40 Therapieabbruch Gründe bezogen auf das Zielland

4.1.8 Therapieabbruch bezogen auf Überweisungsart

Die Beziehung zwischen dem Behandlungsabbruch im Ausland und der Art der Überweisung wird in **Abb. 41** dargestellt. Generell gab es drei Möglichkeiten: den Überweisungsbrief von einem Arzt, medizinische Unterlagen wie z.B. die Ergebnisse von Laboratorien und anderen Untersuchungen oder völlig ohne irgendwelche Untersuchungsergebnisse zu reisen.

Die Patienten, die einen Überweisungsbrief von den Ärzten in Dohuk erhalten hatten, brachen ihre Behandlung am seltensten ab. Dies waren nur etwa 7% der Patienten, während 39% der Patienten, die keinerlei Unterlagen mit sich führten, ihre Behandlung abbrachen. Die höchste Abbruchrate mit etwa 54% fand sich unter den Patienten, die vorhandene Vorbefunde aus der Heimat zur Therapie im Zielland mitbrachten.

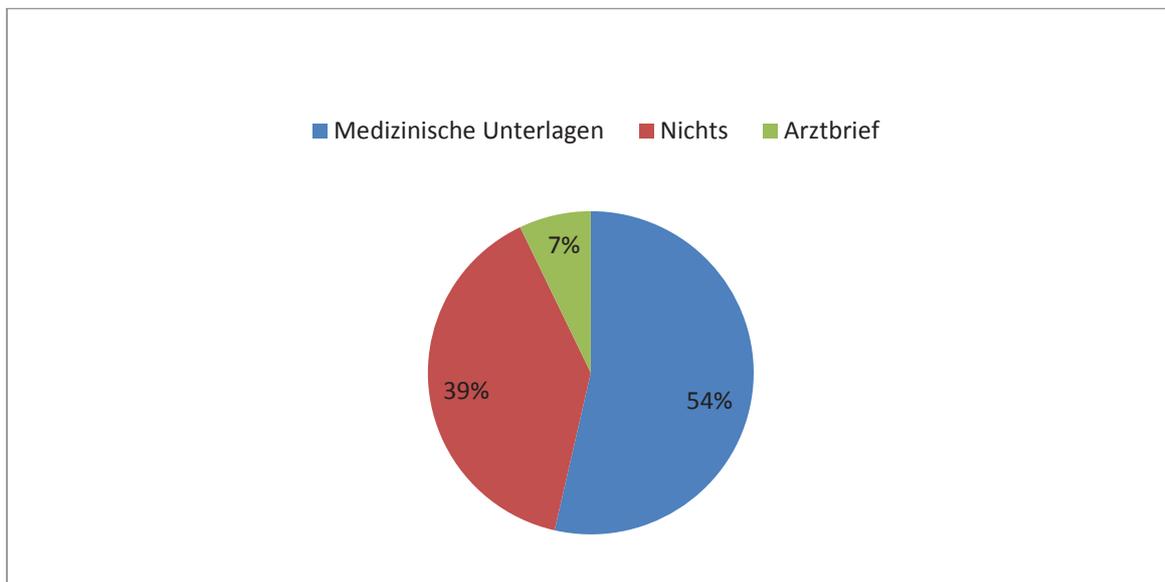


Abbildung 41 Therapieabbruch bezogen auf die Überweisungsmethode

4.1.9 Therapiekosten bezogen auf die Familiengröße

Die **Abb. 42** zeigt, dass die kleinen Familien in der Lage waren, mehr Geld für die medizinische Behandlung im Ausland auszugeben als die großen Familien. Die durchschnittlichen Gesamtkosten des Patienten aus einer Familie mit 2-5 Mitgliedern lagen etwa bei US \$ 11,400. In Familien mit einer Mitgliederzahl zwischen 5-10 wurden fast US \$ 10.750 ausgegeben. Die niedrigsten Gesamtkosten wurden von den größeren Familien mit mehr als 10 Mitgliedern aufgebracht: etwa US \$ 7800.

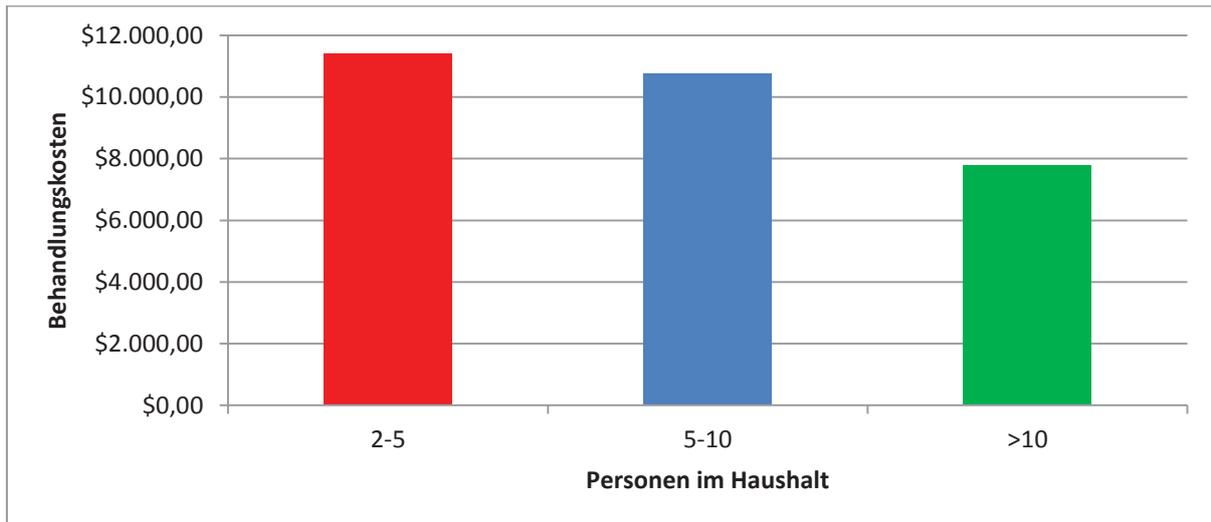


Abbildung 42 Therapiekosten bezogen auf Familiengröße

4.1.10 Patientenzufriedenheit bezogen auf das Zielland

Im Allgemeinen liegen die Patientenbewertungen für die Behandlung im Ausland zwischen mäßig und gut, eine Ausnahme bildet Deutschland, das eine Bewertung zwischen gut und sehr gut bekam. Für Libanon, USA, Syrien und Österreich lag die Zahl der Patienten bei je einem pro Land und war damit nicht aussagekräftig.

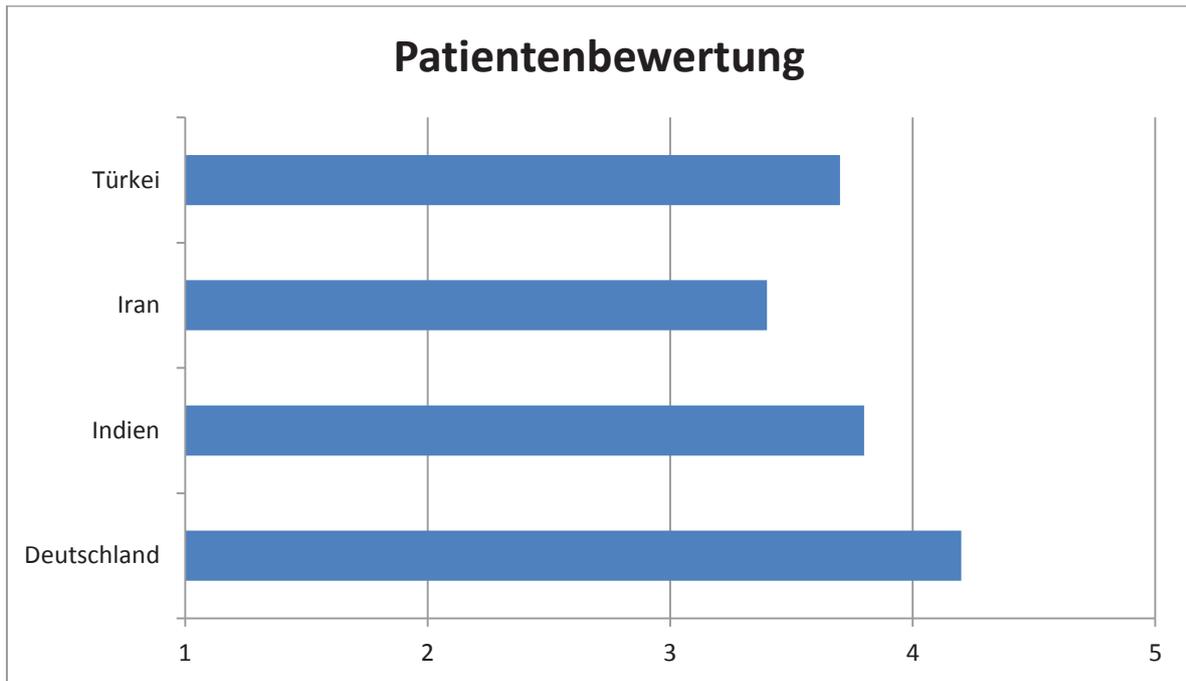


Abbildung 43 Patientenbewertung pro Zielland: 1-schlecht, 2- ausreichend, 3-mässig, 4-gut, 5-sehr gut

Generell zeigten sich die Patienten zufrieden mit der Qualität der Gesundheitsversorgung im Ausland. Die Zufriedenheit der Patienten wie von Pasco GC festgelegt (57) ist das Ausmaß der individuellen Erfahrung im Vergleich zu seiner Erwartungen.

Die Skala der Zufriedenheit fängt an mit 1 bis maximal 5 Punkte. Die Einteilung ist wie folgt: 1 für schlecht, 2 für ausreichend, 3 für mäßig, 4 für gut, 5 für sehr gut.

Die Patienten zeigten sich insgesamt zufrieden, wie in den Durchschnittsnoten in **Abb.43** gezeigt. Die durchschnittliche Punktzahl war für Deutschland mit 4,2 die höchste, dann folgte Indien mit der Zufriedenheitsnote von 3,8, im Anschluss die Türkei mit 3,7 und am Ende der Reihenfolge der Iran mit 3,4.

4.2 Die Lage der Gesundheitsversorgung in Dohuk im Spiegel der Antworten und aus unserer Erfahrung

4.2.1 Patientenmeinungen über die Ärzten in Dohuk

Die Analyse der ersten (offenen) Frage, warum die Patienten mit dem Ziel einer Behandlung ins Ausland reisten, wird in **Tabelle 1** dargestellt. Hier gibt die Mehrheit der Patienten das Misstrauen in ihre Ärzte am Heimatort als Hauptgrund an. Dies sind 16% der Patienten. Bei der Multiple-Choice- Frage über die Motivation für die Reise lag jedoch die fehlende Behandlungsmöglichkeit an erster Stelle mit 35%. Mit 31% folgte dicht darauf an zweiter Stelle das Misstrauen der Patienten in die eigenen Ärzte, siehe **Abb. 5**.

Arztmisstrauen ist eine Hauptursache für viele Patienten in KRI, eine Behandlung im Ausland anzustreben. Die Patienten sind der Ansicht, dass die Ärzte in KRI kein Interesse an ihnen zeigen. Sie nähmen eine paternalistische Haltung gegenüber den Patienten ein. In Kurdistan haben die Patienten hohe Erwartungen und Hoffnungen in ihre behandelnden Ärzte. In der kurdischen Kultur zollt der Patient den Ärzten gegenüber hohen Respekt und überlässt ihnen die alleinige Entscheidung über die Therapie. Die Patienten beteiligen sich in der Regel nicht aktiv an der Erstellung eines Behandlungsplans, die Entscheidungen überlassen sie allein den Ärzten.

Den Patientenaussagen zufolge zeigen einige der Ärzte ihre Wut und Frustration gegenüber den Patienten. Diese Haltung verschlechtert zusätzlich die Kommunikation mit den Ärzten. Des Weiteren werden die Patienten dadurch verunsichert und vermeiden, Fragen zu stellen, um den Arzt nicht zu provozieren oder die Atmosphäre im Rahmen der Konsultation nicht zu verschärfen. Nur eine Änderung in der Arzt-Patienten- Kommunikation kann diese unangenehme Lage der Patienten verbessern. Dieses Arzt-Patienten- Verhältnis in KRG ist bereits in anderen Untersuchungen und Artikeln dokumentiert worden(5, 20, 55)

Fast alle Patienten, die interviewt wurden, besuchten mehrere Facharztpraxen und wurden natürlich von mehr als einem Arzt untersucht. Auch dieses Phänomen ist von anderen beschrieben worden (66). Die meisten der Patienten bezweifelten nicht die medizinische Kompetenz der Ärzte und beschwerten sich nicht über fehlendes medizinisches Know-how in Dohuk. Der eigentliche Punkt der Mehrheit der Patienten war die Bitte nach mehr Zuwendung von Seiten der Ärzte.

Ein Teil der Patienten erwähnte, dass die Ärzte mehr Interesse an ihnen bei einem Besuch in der privaten Praxis oder Klinik zeigten. Einige erzählten, dass die meisten Privatpraxen von bekannten Ärzten mit einem guten Ruf überfüllt sind, so dass wieder wenig Zeit für die Patienten bleibt. Die Patienten, die sowohl Privatkliniken als auch öffentliche Krankenhäuser besucht hatten, fanden bei beiden mehr oder weniger die gleiche Qualität der Dienstleistungen. Störend war auch die Tatsache, dass es keine Privatsphäre bei den Sprechstunden gab. Es gibt Ärzte die mehrere Patienten zeitgleich in einer Konsultation sehen. Dies hat vor allem mit Kostenersparnis zu tun. Mehr Zeit pro Patient bedeutet weniger Patienten. Die Folge sind finanzielle Einbußen bzw. eine Verlängerung der Arbeitsstunden in der privaten Praxis, um den finanziellen Verlust aufzufangen.

4.2.2 Qualität von Diagnostik und medikamentöser Versorgung

Viele Patienten haben kein Vertrauen in die Qualität der medikamentösen Versorgung in KRI. Ein besonders publik gewordener Fall war die Verwendung abgelaufener Medikamente, in deren Folge damals 30 Patienten erblindeten durch die Behandlung mit illegal eingeführten Arzneimitteln. Hier ging es um das Medikament Avastin, das bereits abgelaufen aber dennoch an einem öffentlichen Krankenhaus in Erbil eingesetzt worden war (24).

Es gibt auch einige Zweifel über die Qualität der Untersuchungen in Dohuk. Die Patienten berichteten, dass man den Ergebnissen der Labors nicht vertrauen könne. In der Türkei würden Labor- und auch andere Untersuchungsergebnisse aus Dohuk nicht verwendet. Alle Untersuchungen werden wiederholt.

Im Falle eines Patienten dieser Studie, der sich wegen wiederkehrender Bauchschmerzen in Dohuk untersuchen ließ, konnte hier keine Krankheitsursache gefunden werden. Der Patient entschied sich, zur weiteren Diagnostik und Therapie in die Türkei zu reisen. Die Ultraschalluntersuchung zeigte einen Stein im Gallengang. Mit seiner Diagnose kehrte er zurück nach Dohuk, um sich dort einer ERCP zu unterziehen.

Ein Arzt berichtet, dass alle Laboratorien hier in Dohuk zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen mit unterschiedlichen Referenzwerten. Dies macht es den Ärzten sehr schwer, eine sichere Entscheidung zu treffen. Dies gilt auch für bildgebende Untersuchungen. Z.B. wurden die Bilder einer radiologischen Untersuchung ohne schriftlichen Befund an den behandelnden Arzt geschickt. Für einen Befundbericht sollte der Patient einen zusätzlichen Betrag bezahlen.

4.2.3 Situation der Gesundheitsversorgung in Dohuk

Nach den Statistiken der Generaldirektion für Gesundheit gibt es im ganzen Gouvernement Dohuk nur 13 staatliche und 7 private Krankenhäuser. Das Gesundheitswesen in KRG erhielt 2010 für die Gesundheitsversorgung ein Budget von etwa 5,2 Prozent des Gesamtetats, was relativ niedrig ist im Vergleich zu internationalen Standards. Es wurde im Jahr 2013 weiter verringert auf 4,8 Prozent (32,48).

Nach unserer Beobachtung betragen die Arbeitsstunden der Ärzte im zentralen staatlichen Krankenhaus Azadi in Dohuk offiziell 6 Stunden / Tag, wenn sie keinen Notdienst haben. In der Praxis wird diese Arbeitszeit jedoch nicht eingehalten. Wir haben festgestellt, dass viele Ärzte zur Morgenvisite bei den stationären Patienten nur sehr unregelmäßig erscheinen. Sie halten stattdessen Sprechstunden für ambulante Patienten in den Polikliniken. Darüber hinaus verlassen sie oft früher als 14:00 Uhr das Krankenhaus. Dies wurde auch in den primären Gesundheitsversorgung- Zentren dokumentiert durch Ali Tawfik et al (5).

Leider nehmen die ambulanten Kliniken nur bis 12:00 Uhr Patienten an, danach ist es schwierig, einen Spezialisten in der Poliklinik und sogar im ganzen Krankenhaus für die stationären Patienten zu finden.

Im Interview mit einigen wartenden Patienten in den Polikliniken, sagten diese, dass die Ärzte hier eilig und oberflächlich in ihrer Arbeit seien, außerdem kommen die meisten Ärzte entweder zu spät oder verlassen die Poliklinik früher.

Wir konnten in der Ambulanz des Azadi Krankenhauses einmal beobachten, wie der behandelnde Arzt 85 Patienten zwischen 08:30 Uhr und 13:00 Uhr behandelte. Diese Anzahl ist für einen einzelnen Arzt sicher zu hoch. Nach Aussage des Sekretariats der Poliklinik, sind in der Regel die Polikliniken völlig überfüllt. Es ist normal, dass die Ärzte eine solch hohe Anzahl von Patienten während der Öffnungszeiten der ambulanten Poliklinik sehen. Die kurze Konsultationszeit könnte als ein Indikator für ein gutes Know-how oder eine gute Arzt-Expertise gewertet werden (19), dies steht aber sicherlich nicht im Einklang mit einer guten Arzt-Patienten-Kommunikation oder Patientenzufriedenheit. Es gibt andere Studien, die die Länge der Konsultation mit den Ergebnissen der Konsultationen im Zusammenhang betrachten.

In einem Review zeigte sich, dass Änderungen in der Länge der Konsultation bei den Primär-Versorgungs- Ärzten keine Unterschiede in der Erfassungsrate des Problems des Patienten, der klinischen Untersuchung, der Verordnung einer Medizin, der Überweisung oder der

Untersuchung ergaben. Bei längeren Konsultationszeiten gab es mehr Diskussionen zwischen Arzt und Patient z.B. über das Rauchen oder Blutdruckkontrollen (80).



Abbildung 44 Poliklinik der Azadi Krankenhaus in Dohuk

Die Statistik der Generaldirektion für Gesundheit in Dohuk für das Jahr 2015 ergab: In den Monaten Januar, Februar, März und April wurden 75.699 Patienten aufgenommen, die Zahl der kleinen und großen Operationen betrug 25.024, zusätzlich zu den 1.530.066 Laboruntersuchungen und 85.178 Patienten, die die Radiologie-Abteilung besuchten und den 4.966 diagnostischen Untersuchungen (Endoskopie, EEG, EKG, Belastungs- EKG, Audiometrie).

Die Aufgaben der Ärzte sind in der Regel schlecht aufgeteilt, sie werden mit Arbeit überlastet. Der Einsatz der Krankenpfleger ist nicht gut genutzt und es herrscht generell ein Mangel an entsprechender Ausbildung (48,44).

Die Interviews mit vielen Ärzten im Krankenhaus zeigten, dass ihr Hauptproblem die Überlastung ist. Die Warteliste für elektive Operationen beträgt z.T. einige Monate. Dies sei das Beste, was sie aus dieser Situation machen könnten. Die Patienten, die nicht warten können, wählen lieber die privaten Krankenhäuser. Dort dauert es nur wenige Tage, bis der Patient seinen Operationstermin bekommt. Nach Aussage einiger Krankenpfleger aus der Abteilung Chirurgie im Azadi Krankenhaus werden die Patienten, die in Privatkliniken

operiert wurden, schnell zur postoperativen Versorgung in die staatlichen Krankenhäuser verlegt. Auf diese Weise spart der Patient die weiteren Kosten für das private Krankenhaus. Der Eintritt in die staatlichen Krankenhäuser ist fast frei (die symbolische Zahlung für ein Ticket von 500 Dinars entspricht etwa US \$ 0,60). Dies ist eine zusätzliche Last für die Krankenhäuser, aber es verringert die Kosten der Behandlung für den Patienten, der meist nicht in der Lage ist, den hohen Rechnungsbetrag des privaten Krankenhauses zu bezahlen. Einige Patienten fühlen, dass sie bewusst von den staatlichen zu den privaten Krankenhäusern umgeleitet wurden. Diese Praxis wird auch in anderen Studien über das KRG- Gesundheitssystem dokumentiert (5,20), z.B. für Kaiserschnittoperationen, die eine ansteigende Tendenz in den privaten Krankenhäusern zeigten (61).

Das zentrale staatliche Krankenhaus Azadi in der Stadt Dohuk ist überlastet, da es ein fast kostenloses Krankenhaus ist. Die Ärzte, Krankenpfleger und die einheimischen Patienten bestätigen, dass die gesamte Gesundheitsversorgung in Kurdistan überfüllt ist, besonders nach den riesigen Flüchtlingswellen aus Mosul und Singar (10, 12,30,31). Viele der Patienten beschwerten sich über die Nichtverfügbarkeit von Arzneimitteln im Gegensatz zu den Krankenhäusern im Ausland. Manche der stationären Patienten mussten ihre Medikation aus einer privaten Apotheke außerhalb des Krankenhauses besorgen lassen. Dies ist auch in anderen Krankenhäusern durchaus üblich (44).



Abbildung 45 Überfüllter Korridor im Azadi Krankenhaus

Während der gesamten Behandlungsdauer im Krankenhaus ist der Begleiter des Patienten ein wesentlicher Faktor, da er für gewöhnlich 24 Stunden für den Patienten da ist. Es sind meist Familienmitglieder ersten Grades. Sie helfen und betreuen den Patienten in der Mobilisierung, beim Waschen und Ankleiden und anderen täglichen körperlichen Aktivitäten. Sie begleiten den Patienten zu den diagnostischen Abteilungen und holen auch die Rezepte aus der Apotheke innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses. Sie machen die Arbeit, die die Krankenschwestern erledigen sollten. Wir sahen, dass die Begleiter eine Infusion beendeten, die Infusionsbeutel tauschten, tragbare O₂-Flaschen brachten und die Mundmaske beim Patienten installierten.

Ein Patient erzählte uns, dass nach einer seiner Chemotherapie-Behandlungen sein Sohn dreimal nach der Krankenschwester rief, um die Kanüle zu entfernen. Erst nach 45 Minuten kam die Schwester. Der Patient erzählte mir aufgeregt, im Gegensatz dazu „in den Krankenhäusern in der Türkei, als ich die Call-Taste gedrückt habe, war die Krankenschwester innerhalb von wenigen Minuten da.“

Ein Hindernis ist hier das Finanzierungssystem der Gesundheitsversorgung in KRG. Diese wird vorwiegend von der örtlichen Regierung KRG finanziert.

Das Duale-Praxis-System für Gesundheitsfachkräfte erlaubt den Ärzten in der Privatwirtschaft (eigene Praxis oder Privatklinik) und im staatlichen Sektor zu arbeiten. Dies führt zu Interessenskonflikten (20,48). Das duale System hat negative Auswirkungen auf die Effizienz der Arbeit der Ärzte und des Gesundheitspersonals. Es führt am Ende zu einem Mangel an Motivation, eine bessere und effizientere Gesundheitsdienstleistung zu fördern. Auf der anderen Seite könnte es aber auch den Wettbewerb unter den Ärzten im privaten Sektor fördern. Das interkollegiale Verhalten der Ärzte würde so negativ beeinflusst. Dies wird auch von einigen Patienten während der Sprechstunden bemerkt. Während der Konsultation lehnten einige Ärzte die Diagnosen der anderen Kollegen ab und entsorgten die verschriebenen Medikamente.

Manchmal geht es so weit, dass Ärzte vor den Patienten die Kompetenz ihrer Kollegen anzweifeln. Solche Fehler und ein schlechtes kollegiales Verhalten haben Auswirkungen auf die Patienten-Arzt-Beziehung. Dieses Phänomen wurde auch von anderen Autoren bestätigt, Goshan Karadaghi et al (20).

4.3 Gesundheitsbewusstsein der Patienten

Die Definition von Gesundheitskompetenz ist "das Ausmaß, in dem Individuen die Fähigkeit haben, grundlegende erforderliche Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen für angemessene Gesundheitsentscheidungen zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen" (65).

Nach Aussage der Ärzte fördert das mangelnde Gesundheitsbewusstsein der Patienten die Überlastung der Institutionen sowohl ambulant als auch stationär. Es ist nachgewiesen, dass ein Mangel an Gesundheitsbewusstsein mit einer erhöhten Nutzung der Gesundheitsversorgung verbunden ist und in der Folge mehr Krankenhausaufenthalte und damit eine Steigerung der Gesundheitskosten nach sich führt(51).

Ärzte beklagen sich über den Mangel an Gesundheitskompetenz bei einer hohen Anzahl der Patienten in Dohuk, was auch durch uns beobachtet wurde. Patienten bevorzugen in der Regel die Verwendung von Medikamenten in Form von Injektionen, die fast ein Allheilmittel in der Gesundheitsversorgung darstellen. Patienten besuchen für das gleiche Problem meist mehr als einen Arzt, dies kann zu unterschiedlichen Medikationen führen, die möglicherweise gleichzeitig genommen werden. Es wird keine medizinische Dokumentation in den privaten Praxen und PHCC genutzt. Die Mitteilung der medizinischen Informationen an andere Ärzten ist immer unzureichend und kann zu unerwünschten Problemen durch unerwartete Medikamenteninteraktionen und falsche Diagnosen führen und damit die Prognose für den Patienten verschlechtern. Hier sollte erwähnt werden, dass die Patienten keine digitalen oder wenigstens schriftlichen Patientenakten während des Besuchs in der privaten Praxis oder PHCC haben. Dieses Verhalten hat am Ende Einfluss auf die Kontinuität der Versorgung. Das Wechseln von einem Arzt zum anderen ist bei vielen Patienten Usus. Einige Patienten geben die verzögerte Verbesserung als einen Hauptgrund an, gefolgt von dem sozialen Druck der Familie und Verwandten. Einige Patienten haben Angst vor Mobbing und sozialen Vorwürfen, dass sie nicht gut für sich sorgen, oder sie zu geizig seien, Geld für die Gesundheit auszugeben. Leider besteht dieses Verhalten auch bei vielen Patienten, die in verschiedenen Ländern im Ausland behandelt wurden.



Abbildung 46 Unterschiedliche Medikamente einer Patientin mit Sprunggelenkschmerzen

Der Mangel an Gesundheitsbewusstsein führt den Patienten regelmäßig zu Labors für allgemeine Blutuntersuchungen. Hier benötigen die Patienten keine Anweisung durch den Arzt. Der Verfasser beobachtete, dass einige Patienten mehr als ein Labor für die allgemeine Blutuntersuchung sogar noch am gleichen Tag aufsuchten. Es gibt weder eine Leitlinie für die allgemeinen Laboruntersuchungen, noch einen Konsensus unter dem medizinischem Personal. Viele Patienten bevorzugen private Krankenpfleger-Praxen zur Behandlung, was in Dohuk häufig praktiziert wird. Hierfür könnte es mehrere Gründe geben wie z.B. die günstigeren Kosten. Es gibt keine Vorschriften und Richtlinien für die Führung dieser Praxen. Der Pfleger darf Rezepte ausstellen und Medikamente ohne ärztliche Beratung an die Patienten verabreichen. Während unserer Beobachtung wurden in vielen Fällen durch den Pfleger Spritzen gegeben. Oft verwendete der Pfleger eine Kombinationsinjektion (Diclofenac, Dexamethason und manchmal mit Lidocain) und leider wurde diese Kombination auch z.B. bei Erkältung gegeben. Sie verschrieben den Patienten auch kortikoidhaltige Salben und Cremes, NSAR- und andere Medikamente. Sie behandeln im Wesentlichen Symptome, ohne eine Diagnose gestellt zu haben. Somit gibt es eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Entdeckung schwerer Erkrankungen verfehlt wird und die Chancen für eine Fehldiagnose sind hoch.



Abbildung 47 Eine private Pflegepraxis in Dohuk

Darüber hinaus ist die Abgabe von Medikamenten bis auf wenige Ausnahmen in Kurdistan nicht rezeptpflichtig (Over the counter). Patienten können in der Regel Medikamente- sogar Antibiotika- ohne Rezept bekommen. Gelegentlich bekommen Patienten auch die Behandlung von dem Apotheker oder dem Angestellten der Apotheke (meist ohne Apotheker- Ausbildung oder Diplom) vorgeschlagen. Medikamente sind leicht zu erhalten und werden gern von den Patienten genommen. Diese Praxis sollte sorgfältiger hinterfragt, durch weitere Untersuchungen konkretisiert und letztendlich eingeschränkt werden.

Es ist zwingend erforderlich, unnötige und unangemessene medizinische Behandlungen zu verhindern und die Patienten über wichtige Fragen in der Medizin im Allgemeinen wie Nebenwirkungen, sichere Dosierung und Kontraindikationen zu informieren. Zusätzlich sollte den Patienten erklärt werden, dass einige Krankheiten selbstlimitierend sind z.B. Erkältungen.

Eine Verbesserung der Allgemeinbildung bildet die Grundlage für das Verständnis eines gesunden Verhaltens. Es ist nachgewiesen, dass die Zunahme des Bildungsniveaus mit einer Reduktion der Morbidität und einer gezielteren Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste einhergeht (51,73).

Traditionelle Medizin, wie sie in Dohuk noch praktiziert wird, kann schwerwiegende Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Patienten haben. Das Fehlen eines grundlegenden Gesundheitswissens und Gesundheitsbewusstseins treibt manch einen Patienten zur traditionellen Medizin, die kulturell beeinflusst ist und keinen wissenschaftlichen Ansatz hat. Diese Art der Medizin unter dem Einfluss der kurdischen Kultur und Geschichte wird oft von Patienten genutzt. Es gibt noch keine quantitativen und qualitativen Daten über die Wirksamkeit und Effizienz einer solchen Praxis in KRI. Ein gewöhnliches traditionelles Verfahren ist z.B. ein kleiner Schnitt hinter den Ohren als ein Verfahren zur Behandlung von Gelbsucht. Die Beobachtung zweier Patienten, die auf diese Art und Weise behandelt wurden, ergab zwar keine Besserung, Gott sei Dank traten aber auch keine Komplikationen durch diese Anwendung auf wie Blutungen oder Infektionen. Eine Patientin litt nicht an Gelbsucht, mit anderen Worten, das Verfahren war nicht indiziert, und der andere Patient hatte Favismus und benötigte eine allopathische ärztliche Behandlung. Ein niedriges Bildungsniveau geht einher mit einer kürzeren Lebenserwartung. Es ist bekannt, dass die Morbidität von Menschen mit schlechterer Bildung deutlich über der von gut ausgebildeten Menschen liegt. Es gibt viele Parallelen zwischen Menschen mit schlechter Ausbildung und solchen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Sie sind anfälliger für Gesundheitsrisiken durch ungesunde Verhaltensweisen wie Rauchen, Übergewicht und Adipositas (81)

Ein gutes Patienten- Gesundheitsbewusstsein und eine fundierte Ausbildung macht die Arzt-Patienten-Kommunikation einfacher und angenehmer für Arzt und Patient. Patienten mit einem hohen Bildungsniveau fällt es leichter, mit dem Arzt zu kommunizieren und ihr Problem klar zu formulieren. Im Allgemeinen investieren die Ärzte mehr Zeit und sind motivierter bei gebildeten Patienten (6).

Die Begeisterung der Ärzte für ihren Beruf ist wichtig für den Aufbau einer guten Arzt-Patienten-Beziehung. Sie spielt weiterhin eine wichtige Rolle bei der Erlangung des Vertrauens zum Arzt und verbessert die Zufriedenheit in die Gesundheitsdienstleistungen.

Eine Studie zeigt, dass die Zufriedenheit der Ärzte mit ihrem Berufsleben korreliert mit dem Patientenvertrauen, sie hängt jedoch nicht ab von den Behandlungserfolgen (21).

Die Ärzte in KRG haben Schwierigkeiten bei der Übersetzung von medizinischen Fachausdrücken in die lokale kurdische Sprache, eine Sprache, die unter Saddams Regime lange Zeit unterdrückt wurde. Seit dem Jahr 2004 ist die kurdische Sprache offiziell die zweite Sprache im Irak (67). Wir beobachteten während einer Beratung die Schwierigkeiten des Arztes bei der Erklärung der menschlichen Anatomie in kurdischer Sprache (einige Worte haben doppelte Bedeutung z.B. Melak könnte Leber oder auch Lunge bedeuten). Ebenso erging es ihm bei dem Versuch, den Begriff „Autoimmunerkrankung“ für Laien verständlich zu machen.

4.4 Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und Reformvorschläge

Wie bereits erwähnt ist die allgemeine Qualität der Versorgung in Dohuk schlecht. Viele Einrichtungen müssten ihre Ausrüstung aktualisieren sowohl in der primären als auch in der sekundären Gesundheitsversorgung. Die staatlichen Krankenhäuser sind schlecht ausgestattet, außerdem besteht ein Mangel an spezialisierter Behandlung. Die Arbeitszeiten sollten geändert werden, da 6 Stunden Arbeit pro Tag nicht mehr zeitgemäß sind. Auf der einen Seite schreitet die Entwicklung der Medizin rasant fort, auf der anderen Seite verändern sich auch die Anforderungen der Patienten. Leider assoziieren einige Patienten die Qualität der Dienstleistungen im Krankenhaus mit dem Vertrauen in das gesamte medizinische System. Manche sehen im Arzt den Vertreter des Gesundheitssystems.

Das Fehlen elektronischer Krankenakten erschwert eine Kontinuität in der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus belastet es die Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachgebieten in der Gesundheitsversorgung. Häufig ist dem Arzt die Krankengeschichte des Patienten völlig unbekannt, auch andere wichtige Informationen wie z.B. Medikamentenallergien werden nicht an ihn weitergegeben.

Erstaunlicherweise gibt es keine Verwendung von medizinischen Leitlinien. Unserer Beobachtung zufolge nutzten die Ärzte keine Behandlungsprotokolle, wie auch in anderen Untersuchungen erwähnt wird(5).

Darüber hinaus gab es keinen Konsensus über kritische Themen im Krankenhaus wie die unkontrollierte Verwendung von Antibiotika, schlechte Hygiene auf Grund von mangelnden

Desinfektionsspendern als auch einer unzureichenden Handwaschtechnik unter dem medizinischen Personal. Nur regelmäßig wiederholte Inspektionen und Überwachungsmaßnahmen auf den Krankenstationen, den Operationssälen, den Ambulanzen und anderen Abteilungen können Missstände wie diese beseitigen oder zumindest die Krankenhausinfektionen eindämmen. In einem Gespräch mit dem Laborleiter und einem Infektiologen im Azadi Krankenhaus, wußten diese nicht, ob es überhaupt eine Kommission für Infektionskontrolle gibt.

In vielen Studien zum Gesundheitssystem in KRG wurde bereits nachgewiesen, dass das Überweisungssystem schwach und ineffizient ist. Dies ist besonders auffallend in der Kommunikation zwischen PHCC und der sekundären Gesundheitsversorgung, wie beschrieben bei Ali Tawfik Shukor, et al und Nazar P. Shabila, et al (5, 55)

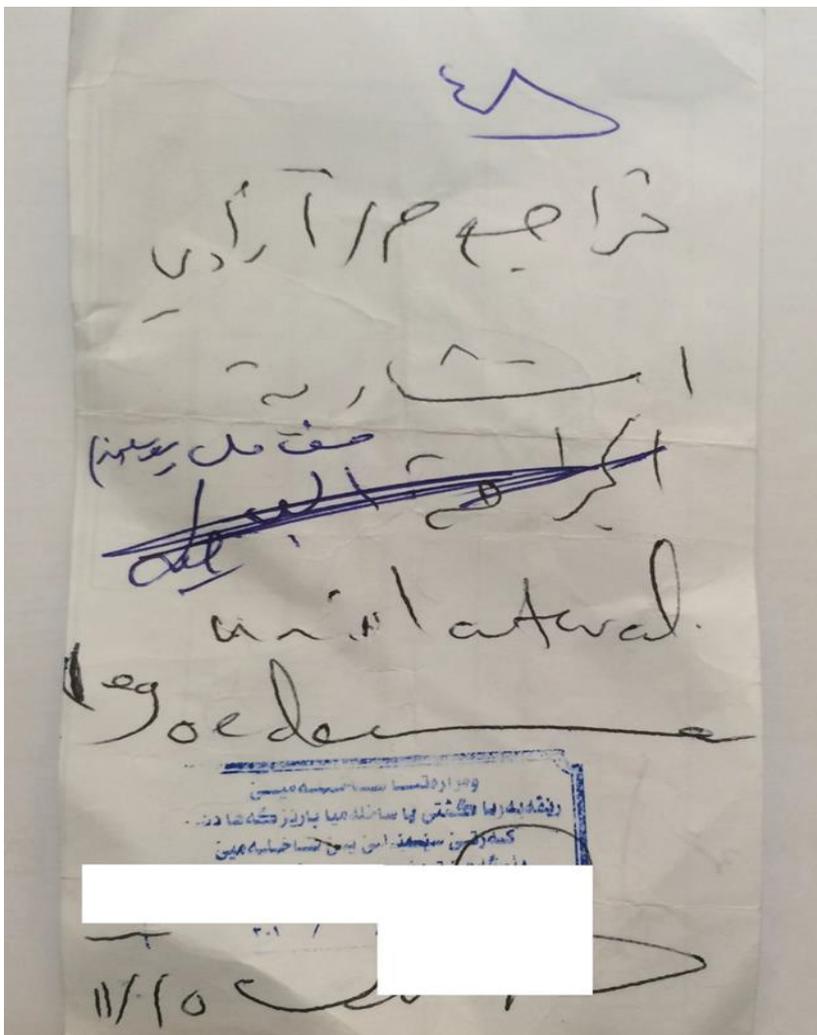


Abbildung 48 Beispiel Überweisungsbrief vom PHCC zum Azadi Krankenhaus

Wir stellten fest, dass die Qualität der Überweisungsbriefe nicht ausreichend war. Einige dieser Überweisungsbriefe enthielten nicht genügend Informationen über den Zustand des Patienten, auch andere wichtige Informationen fehlten. Einige Patienten sagten, dass sie von ihrem Arzt einen Arztbrief verlangt hätten, der ihnen aber verweigert wurde. Häufig waren die Patienten zu scheu, die Ärzte um eine Überweisung zu einem anderen Arzt zu bitten, weil dies nach ihrer Auffassung eine Disqualifikation oder Missachtung des Arztes darstellen könnte. Manche erschreckten sich auch über die unfreundliche Reaktion des Arztes, nachdem dieser erfuhr, dass der Patient zu einem anderen Kollegen gehen wollte.

Die Verwendung von Computern in Krankenhäusern mit Schwerpunkt auf elektronische Krankenakten würde mehr Struktur in die Arbeit bringen und die medizinische Kommunikation in allen Formen erleichtern. Zusätzlich vereinfacht ein solches System das Sammeln von Daten, was bei der Verbesserung der Auslastung des Gesundheitssystems z.B. das Termin-System für Konsultationen in der ambulanten Poliklinik sehr hilfreich wäre. Dies verringert den Druck auf die Poliklinik und befreit die Patienten von zusätzlichen Frustrationen.

Wir bemerkten, dass die Patienten und ihre Angehörigen offensichtlich darum kämpften, ihre Abteilungen zu finden. Das Fehlen von Beschriftungen im Eingang des Krankenhauses, sogar der Polikliniken, verursacht viel Unsicherheit und ermüdet die Besucher, und hält das medizinische Personal durch häufige Befragungen von ihren eigentlichen Aufgaben ab. Eine Beschilderung ist für die Patienten und Angehörigen das A und O zur Orientierung, vornehmlich wenn sie zum ersten Mal das Krankenhaus besuchen. Die Information und das Orientierungssystem im Azadi Krankenhaus sollte patientenfreundlicher werden auch unter Berücksichtigung der Analphabeten durch die Verwendung von Farbcodierungen, Fußboden-Hinweisen und Symbolen (49).

Informationen für den Patienten, vor allem in den Warträumen und Korridoren wie z.B. medizinische Folder, Broschüren und Ständer & Displays sollten verfügbar sein. Eine Rezeption mit mehreren Mitarbeitern erleichtert die Orientierung und bietet die nötige Hilfe für den Besucher.

Ein großer Teil der Patienten in unserer Studie beschwerten sich über den schlechten Hygienestatus des Allgemeinen Krankenhauses vor allem in den Bädern und WCs. Es gibt keinerlei Desinfektionsmittelpender. Wir haben sowohl im Eingang des Krankenhauses als auch in den Gängen der Abteilungen vergeblich danach gesucht. Sie waren nur in den

Zimmern von Ärzten und Pflegern installiert. Die Unzufriedenheit der Patienten mit der Hygiene wurde auch von M. Kemal Surji et al beschrieben (44).



Abbildung 49 Azadi Krankenhaus Korridor zur Radiologische Abteilung

4.4.1 Weitere Verbesserung der Gesundheitsdienstleistung

Leider liegt das Niveau der Krankenhäuser in Dohuk, sowohl was die technische Ausrüstung als auch das medizinische Know-how betrifft, unter dem der entwickelten Länder.

In unserer ersten Frage aus dem Fragebogen nannten 21 Patienten als Grund für ihre medizinische Behandlung im Ausland, dass diese weder in Dohuk noch in der KRG verfügbar sei. Bei der Frage nach der Motivation waren es sogar 35%, die diese Defizite als Grund angaben. Damit war dies die häufigste Motivation.

Vielfach genannte Defizite im System waren:

- 1) Diagnostischer PET-Scan: für diese Untersuchung bekommt der Patient eine finanzielle Unterstützung der KRG von US \$ 600 und die Kosten für Flug, Hotel und Transport zum Krankenhaus in die Türkei erstattet.
- 2) Radiotherapie: zum Zeitpunkt dieser Studie gab es nur ein Zentrum für Radiotherapie in Sulaimaniya, das wegen Überlastung eine lange Warteliste hatte. In dringenden Fällen mußten die Patienten ins Ausland verwiesen werden.
- 3) Raffinierte und schwierige Operationen: technisch ist es nicht möglich, z.B. Neugeborene mit angeborenen Missbildungen zu behandeln, eine Hirntumor-Biopsie oder Cornea Transplantation durchzuführen.
- 4) Komplizierte Fälle: spezialisierte Pflegeeinheiten wie z.B. für schweres Wirbelsäulen-Trauma sind nicht verfügbar.

Ein Arzt aus dem Privaten Krankenhaus **Vin** erzählte uns, dass früher eine größere Anzahl an Patienten für chirurgische Eingriffe am Herzen ins Ausland reiste, bevor ein neues Kardiologie-Zentrum in Erbil geöffnet wurde, gefolgt vom Herzzentrum in Dohuk. Die Anzahl der Patienten, die sich im Ausland einer Herzoperation unterzogen, ist seither deutlich zurückgegangen.

Nach Aussagen einiger Ärzte im Azadi Hospital hat die Gesundheitsversorgung in KRI bis 2014 Fortschritte gemacht. Die ganze Situation verschlechterte sich wieder, nachdem die Zentralregierung in Bagdad unter Ministerpräsident Nuri al Maliki das Budget für die KRG beschneit. Diese finanzielle Sanktion verursacht in der KRG eine erhebliche Verringerung der Gehälter des öffentlichen Dienstes mit großen Konsequenzen. In dieser Finanzkrise wurden viele Projekte gestoppt. Die humanitäre Krise mit der großen Anzahl an Flüchtlingen in der KRG haben die Aufmerksamkeit und die Finanzierung für einige wichtige Projekte reduziert. Die Aggression der Terror-Gruppe ISIS gegenüber Kurdistan mit den damit verbundenen Sicherheitsrisiken hat alles weiter verschlimmert. Dies alles hat einen sehr negativen Einfluss auf die gesamte Entwicklung in Kurdistan (10, 12, 17, 30, 31, 33, 45, 56)

12% der Patienten gingen auf den Rat der Ärzte hin ins Ausland. Meistens empfahlen die Ärzte kein konkretes Land. Nur in wenigen Fällen von Malignomen geschah dies wegen der engen Zusammenarbeit zwischen einigen Ärzten mit spezialisierten Krankenhäusern in der Türkei. Nach Aussage einiger Mitarbeiter der Generaldirektion für Gesundheit in Dohuk und einiger Ärzte aus dem Azadi Krankenhaus gibt es Ärzte in Dohuk, die eine finanzielle

Zuwendung pro Patient für die Empfehlung in bestimmte türkische Krankenhäuser erhielten. Für diese Behauptung konnten wir jedoch keine Beweise finden.

4.4.2 Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation

Allgemein bekannt ist, dass die Zufriedenheit der Patienten von der Qualität der Beratung abhängt. Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation ist von entscheidender Bedeutung in einem guten Gesundheitssystem. Anstatt sich nur auf die Krankheit und das Management zu konzentrieren sollte der Arzt einen patientenzentrierten Ansatz in der klinischen Konsultation wählen. Der Ansatz in der medizinischen Beratung sollte sich unter anderem auch auf das Leben des Patienten und seine Gesundheitsprobleme konzentrieren.

Die Länge der Konsultation ist von entscheidender Bedeutung für den Patienten und könnte auch für den Arzt wichtig sein. Wie wir wissen, benötigen neue Patienten sowie Patienten mit psychosozialen Problemen oder solche mit schwierigem Verhalten mehr Zeit für die Beratung. Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen den gesammelten Informationen durch den Arzt und der Länge der Konsultation (66).

Die Arzt- Patienten-Beziehung ist von wesentlicher Bedeutung für den gesamten Management-Prozess. Die Haltung und Fähigkeit der Ärzte, die Sorgen der Patienten herauszufinden, ergibt eine angemessene Information und zeigt Empathie. So entwickelt sich ein gutes Vertrauen der Patienten in die Ärzte. Außerdem ist dies der Grundstein für eine gute Compliance und medizinische Behandlung.

Eine gute kommunikative Fähigkeit der Ärzte verringert die psychische Belastung des Patienten. Es wird berichtet, dass Ärzte mit guten medizinischen Kommunikationsfähigkeiten mehr psychosoziale Probleme herausfiltern können und sich bei der Bewältigung der emotionalen Probleme der Patienten beteiligen (62).

Das einseitige Entscheidungsverhalten sollte geändert werden. Die Patienten müssen aktiv in den Managementplan eingebunden werden. Die Kommunikation mit den Patienten muss unter Berücksichtigung des Bildungsniveaus erfolgen. Es sollte zu einem modernen medizinischen Verhalten übergegangen werden, weg von dem biomedizinischen Modell mit Schwerpunkt auf einer paternalistische Haltung hin zu einem gemeinsam genutzten Entscheidungsmodell (3).

Um das Problem des Vertrauens in die Ärzte in Dohuk zu korrigieren, ist es wichtig, die Arzt-Patienten- Kommunikation zu verbessern. Die Kommunikationsfähigkeit sollte sowohl

graduieren Ärzten als auch medizinischen Studenten gelehrt werden. Es ist zwingend, die kurdische Sprache in der medizinischen Anwendung zu verbessern. In den medizinischen Hochschullehrplänen sollte mehr Betonung auf eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation gelegt werden. Eine Änderung der ärztlichen Verhaltensweisen und eine Verbesserung ihrer Kommunikationsfähigkeit ist mit fundierten Fortbildungen und Kursen einfach zu erzielen (77).

Gute Hausärzte verwenden folgende Kommunikationsfähigkeiten: Ermutigung des Patienten zu reden, überprüfen, ob der Patient die Zusammenhänge verstanden hat, mit Respekt der Meinung des Patienten zuhören und Humor im Gespräch zeigen (77)



Abbildung 50 Der Verfasser im Gespräch mit einem Patienten im Azadi Krankenhaus

4.5 Die Rolle der lokalen Behörde

Zur Verbesserung des Patienten- Gesundheitsbewusstseins sollte es für die lokale Regierung Pflicht werden, die Gesundheitserziehung als Pflichtfach im Schulprogramm einzuführen. Auf lange Sicht gesehen wäre es sehr nützlich und effektiv, mit Hilfe des Bildungssystems bei der jungen Generation zu beginnen.

Es ist auf alle Fälle erforderlich, die Massenmedien einzuschalten, vor allem mit Akzent auf die einfachsten Kanäle, um die Analphabeten zu erreichen. Um dieses Ziel zu erlangen, wäre es nützlich, Werbekampagnen für ein besseres Gesundheitsbewusstsein, die Prävention übertragbarer Krankheiten und das Bewusstsein von Volkskrankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Adipositas und die Gefahren des Rauchens durchzuführen. Die Medien in Kurdistan könnten mit ihrer Professionalität die Öffentlichkeit durch Werbung und Erziehungsprogramme in Fernsehen, Radio, Zeitung und Internet aufklären.

Zusätzlich sollte die Generaldirektion für Gesundheit in Dohuk mehr in die Förderung der Gesundheitserziehung investieren durch die Organisation von Gesundheitserziehungsprogrammen in PHCC, Verteilung von Anzeigen in öffentlichen Gebäuden wie Regierungsstellen, Schulen, Sporthallen, aber auch Supermärkten, Restaurants und Cafés. Solche Aufklärungskampagnen sollten regelmäßig von Experten ausgewertet werden. Es ist wichtig für die Regierung, das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung in Kurdistan zu fördern. Die Verbesserung der Gesundheitserziehung wird sicherlich eine Reduzierung der im Ausland behandelten Patienten nach sich führen.

Lokale Behörden sollten die Ärzte fördern und unterstützen, um einen ständigen Kontakt mit neuen medizinischen Entwicklungen im Ausland zu halten z.B. den Ärzten den Visumsantrag fürs Ausland erleichtern. Auch sollte eine finanzielle Unterstützung zu Kongressen, Symposien und anderen wissenschaftlichen Aktivitäten im Ausland erfolgen.

Einige Ärzte begannen in KRG via Telemedizin eine Kommunikation mit den Ärzten in Europa und den arabischen Golfstaaten zu nutzen. Ein Pädiater sagte uns, dass er gute Erfahrungen mit der Telemedizin gemacht habe. Mit ihrer Hilfe sei er seltener gezwungen, Patienten im Ausland behandeln lassen zu müssen.

Der gleiche Arzt bat einen Professor aus England um eine medizinische Präsentation mit Hilfe der Telemedizin. Auch viele Studenten in Dohuk waren an einem Vortrag über Nahrungsmittelallergien interessiert. Der Pädiater berichtete weiter, dass er nach dieser Präsentation in der Lage war, einige Patienten mit Nahrungsmittelallergie zu diagnostizieren.

Um die Qualität der Gesundheitsversorgung in KRG anzuheben, sind Mängel im aktuellen System zu beseitigen. Es sollte mehr Nachdruck auf die wirksame Überwachung und Evaluierung des Gesundheitssystems erfolgen. Die lokale Regierung sollte eher ein Promoter für die Gesundheitsversorgung sein als ein Anbieter. Hier wäre es klug, die Vorteile aus den Erfahrungen der Entwicklungsländer zu nutzen. Die Vorschriften für das Nebeneinander von

staatlichen und privaten Krankenhäusern sollten klarer definiert werden. Die dualen Arbeitsmöglichkeiten für das Gesundheitspersonal müssen klar geregelt werden, dies ist eine echte Herausforderung für die Politik (68,78).

Man kann die Rolle der Regierung zusammenfassen: Die Regierung sollte fungieren als Regulator des Gesundheitswesens. Außerdem als Promotor durch die Entwicklung eines umfassenden Systems der sozialen Sicherheit bzw. Entwicklung einer sozialen Krankenversicherung, als politischer Entscheidungsträger, als Unterstützer neuer Technologien, als Verbesserer der Infrastrukturen des Gesundheitssystems. Zudem sollte sie eine wichtige Rolle bei der Prävention von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten spielen, sich kümmern um die Zusammenarbeit mit NGOs und anderen Wohltätigkeitsorganisationen und die Verantwortung übernehmen für eine gute Patientenbildung. Auch mit dem privaten Sektor sollte die Regierung eine regulative und partnerschaftliche Zusammenarbeit anstreben, um ein faires Gesundheitswesen, das für jeden Patienten in der Gesellschaft gleichwertig nutzbar ist, zu erreichen (83,85).

Die Behandlung im Ausland ist nicht ohne Risiken für die Patienten, da nicht verfügbare Daten eine Menge von ungünstigen Nebenwirkungen für diese Menschen haben können. Aus meiner Sicht sind zusätzliche Untersuchungen notwendig, da es noch viele Fragen gibt, welche gestellt werden müssen: was passiert, wenn die Patienten Komplikationen entwickeln nach einer Behandlung im Ausland? Ein Patient aus unserer Studiengruppe z.B. erhielt eine Hüft-TEP in der Türkei, einige Tage nach der OP wurde der Patient nach Dohuk entlassen. Kurz darauf entwickelte er eine Luxation und war nicht mehr in der Lage zu stehen. Für eine Rückkehr in die Türkei fehlten ihm die finanziellen Möglichkeiten.

Wer gewährleistet die Rechte der Patienten auch im Falle von medizinischen Kunstfehlern und wie ist es mit der Sicherheit der Patienten?

Es ist mehrfach passiert, dass terminale Patienten aus unserer Untersuchungsgruppe mit metastasierenden Karzinomen mit falschen Hoffnungen nach Indien gelockt wurden. Welche Konsequenzen hat das absichtliche Irreführen der Patienten?

Wie ist es mit den Behandlungskosten? Es gibt keine einheitlichen Tarife, nicht einmal in ein und demselben Krankenhaus im Ausland. Es wird manchmal wie auf dem Bazar mit dem Patienten gefeilscht. Dies haben einige Patienten, die in Indien und der Türkei behandelt worden waren, uns erzählt. Leider gibt dort keine Kontrolle über die Preise für ausländische Patienten.

Wie ist es mit der Qualität der Gesundheitsdienstleistungen im Zielland? Wie sollte diese Qualität für Patienten aus KRG gewährleistet werden? Wie sieht es aus mit der Rolle der medizinischen Agenturen und Reisebüros? Bemerkenswert ist, dass sie den Kontakt mit uns vermieden haben. Unserer Meinung nach ist es lebensnotwendig, ein Zentralregister für diese Patienten einzurichten und die Daten so bald als möglich zu sammeln. Dies ist eine Verpflichtung für die Gesundheitsbehörden in KRG. Sie müssen wissen, was mit diesen Patienten in ausländischen Krankenhäusern passiert, weil diese Patienten in das Gesundheitsversorgungssystem der Heimat zurückkehren.

5. Nicht Wahrscheinlichkeitsstichproben

Meist hat man in der sozialen Forschung eine Hypothese, die man mithilfe der Forschungsarbeit beweisen oder widerlegen möchte. In unserer Arbeit hatten wir keine Hypothese, wir haben diese Untersuchung durchgeführt, um ein soziales Phänomen zu untersuchen. Die Aussagekräftigkeit eines statistischen Tests hängt von der gestellten Frage ab. Wie bereits erwähnt gibt es bei uns keine Hypothese, wir untersuchen ein Phänomen. Unsere offene Frage ist: was ist bekannt über diese Gruppe von Patienten aus Nord-Irak, die medizinische Behandlung im Ausland gesucht haben? Die Daten wurden gesammelt, um ein Problem im Norden des Irak mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens zu identifizieren. Wie groß dann die Stichprobe im Zeitraum unserer Studie werden würde, war vorab schwer abzuschätzen. Es war sehr schwierig Kandidaten zu finden in diesem Gebiet, das politisch und ökonomisch instabil ist. In dieser unsicheren Lage waren damit die Antworten auf diese Fragen nicht vorhersehbar.

In unserer Studie haben wir nicht Wahrscheinlichkeitsstichproben verwendet, da die Randomisierung in einer Bevölkerung, über die jegliche (für eine Stichprobenziehung) verwendbare Basisinformation fehlt, nicht möglich ist. Es besteht ein Mangel an Datenressourcen. Man hat keinerlei Anhalt über die Anzahl der Patienten aus Nord-Irak, Region Kurdistan, die im Zeitraum unserer Studie ins Ausland gereist sind. Das Ausmaß dieser Patientengruppe zu bestimmen ist nicht möglich, da eine Registrierung dieser Patienten bei den Behörden nicht existiert. Man darf nicht vergessen, dass dieser Mangel an Basisdaten in dritte-Welt-Ländern üblich ist. Zusammengefasst bedeutet dies, dass man ohne Daten keine Vorstellung über die totale Anzahl der Patienten hat, die zu medizinischen Zwecken ins Ausland gereist sind. So hatten wir praktisch keine Möglichkeit, eine Randomisierung durchzuführen. Das heißt, dass man keine Wahrscheinlichkeitsstichproben verwenden konnte.

In unseren Augen hat das Thema der Studie jedoch eine erhebliche medizinische Bedeutung, da es international weit verbreitet ist. Dabei gibt es kaum Untersuchungen zu diesem Problem. International ist dieser Trend zunehmend wichtig geworden. Für die lokale Bevölkerung hat dies eine große Bedeutung, da es sowohl kurz – als auch langfristig folgenschwere Auswirkungen auf das regionale Gesundheitswesen nach sich zieht. Dies waren für uns unter anderem die Gründe, diese Studie als convenient Stichprobe durchzuführen. Man hat keine andere Wahl, die einzig mögliche zweite Option wäre, dass man keine Untersuchung macht!

Wir waren uns bewusst, dass convenient Stichproben unsere einzige Handhabe sind, natürlich wissen wir um die Vorteile der convenient Stichproben: Einfachheit der Probandenrekrutierung und die Leichtigkeit der Forschung. Die Daten können in relativ kurzer Zeit erhoben werden und sind finanziell günstig, wenn man es vergleicht mit anderen Methoden der Probenahme. Die Nachteile in Bezug auf die statistischen Fehler sind z.B. Selektion Bias, Einflüsse außerhalb der Kontrolle der Verfasser, hohe prozentuale Stichprobenfehler. Leider haben die Studien, die Convenience Sampling verwenden, aufgrund der Fehleranfälligkeit nur eine eingeschränkte Aussagekraft.

Um die Aussagen einer Untersuchung abzusichern, deren Empirie in Zahlen ausgedrückte Quantitäten darstellen, wird üblicherweise ein stochastisches bzw. inferenzstatistisches Verfahren z.B. ein Signifikanztest durchgeführt. Die Anwendung eines solchen stochastischen Tests gibt Aufschluss über die Zufälligkeit der Zahlenwerte. Wenn die Nullhypothese (= kein Unterschied vorhanden), nicht auf dem 5% Irrtumsniveau verworfen werden kann, wird der Unterschied als nicht „real“ angesehen, wobei eine 5% Chance des Irrtums besteht. Wenn eine wirkliche Zufallsstichprobe in einer Bevölkerung gezogen werden kann, ist die Logik des Verfahrens unmittelbar plausibel, weil die nächste Stichprobe, die man ziehen könnte, ja andere Ergebnisse hervorbringt und die nächste wieder andere usw. In vielen wissenschaftlichen Untersuchungen (wie auch in der vorliegenden) ist aber eine Stichprobenziehung gar nicht möglich, weil die Grundgesamtheit nur virtuell existiert. Virtuell kann ich sie hypostasieren als die Gesamtheit aller Patienten im Nordirak, die sich jemals im Ausland haben behandeln lassen. Da die Auswahl der 100 Patienten in dieser Untersuchung (wie ja in fast allen klinischen Erhebungen an Patienten) aber nicht zufällig, sondern durch bloßes Auffinden geschah, gibt es keine gleiche „Wahrscheinlichkeit“ in diese Stichprobe zu gelangen und damit auch nicht die Möglichkeit einer Inferenzstatistik. Nur mit einer Art Taschenspielertrick kann eine Signifikanzberechnung in dieser Situation durchgeführt werden, indem willkürlich und fälschlich vorausgesetzt wird, dass die

Patienten, die ich irgendwann und irgendwo „finde“ mir durch den Zufall zugespielt wurden. Wenn aber dann ein Ergebnis in dieser „Nicht-Stichprobe“ als signifikant oder nicht signifikant berechnet wird, kann dies oberflächlich aufgrund des formalen Verfahrens dem Anschein nach so sein. Hier wird dann aber nur eine Schein-Wissenschaftlichkeit vorgegaukelt. Die Anwendung des Signifikanz-Formalismus führt in jedem Fall praktisch dazu, dass nur größere Unterschiede von Mittelwerten und Prozentsätzen als „signifikant“ bzw. als wirklich angesehen werden. So trüge das Verfahren immer zu einer konservativen Interpretation bei, die der wissenschaftlichen Skepsis als Grundhaltung entspräche. Es handelt sich aber weiter um eine Pseudo-Methode, die nicht zu rechtfertigen ist. Es werden daher in der vorliegenden Arbeit keine inferenzstatistischen Methoden angewendet.

Das Problem der Prüfung für signifikante Unterschiede mit Standard-parametrischen Tests ist ein strittiger Punkt in inferenzstatistischen Abschnitten vieler Forschungsstudien.

Inferenzstatistik agiert auf Wahrscheinlichkeit z.B. Berechnen von P- value und anderen parametrischen Tests. Es erfordert Wahrscheinlichkeitsprobennahme.

Man kann zwar gute statistische Werkzeuge verwenden und Analyse mit seinen Daten durchführen, aber das Ergebnis kann nicht repräsentativ sein, wenn die Daten nicht mit Hilfe von Wahrscheinlichkeitsstichproben gesammelt wurden. Ihre Gültigkeit ist fraglich. Die Verwendung inferenzstatistischer Tests bei Nicht- Wahrscheinlichkeitsprobennahme führt weder zu besseren noch zu logischeren Schlussfolgerungen.

Da eine Nicht- Wahrscheinlichkeitsprobennahme kein randomisiertes Verfahren verwendet, um aus einer Population auszuwählen, können wir nicht die Wahrscheinlichkeit berechnen, dass jedes Mitglied der Population in der Probe enthalten ist. Ohne diese Möglichkeit können wir z.B. keinen möglichen Selektions-Bias quantifizieren, was heißt, dass bestimmte Populationsmitglieder eher in der Stichprobe ausgewählt werden.

In unserer Studie haben wir versucht, die Stichprobenfehler so umfassend wie möglich in allen Abschnitten der Untersuchung zu reduzieren: erster Entwurf, Datenerfassung, Auswahlverfahren mit den dazu gehörigen Einschränkungen, wie bereits bei Punkt 2. Methoden und Probanden ausführlich dargelegt. Eine Beachtung der verbleibenden Fehlermöglichkeiten ist bei der Analyse bzw. Interpretation der Ergebnisse erforderlich.

Folgende Maßnahmen wurden getroffen:

A) Wir wählten eine möglichst große Zahl von Probanden, 100 Patienten, um einen Sättigungseffekt bei der Erfassung der für die Studie interessierenden Phänomene zu erreichen. Dies bedeutete eine Herausforderung für uns wegen der ungünstigen Lage in der Region, der unsicheren ökonomischen und politischen Situation, die einen exorbitanten Einfluss auf die Zugänglichkeit der Menschen im Nord-Irak hatte. Dies hatte zur Folge, dass Probanden nur schwierig rekrutiert werden konnten.

B) Der Zeitraum nur für die Rekrutierung der Probanden wurde auf 2 Jahre, 2014 und 2015, ausgedehnt. Eine längere Zeitspanne war aus praktischen Gründen (Kriegsgebiet, Kampf gegen ISIS und aus Sicherheitsgründen) nicht möglich.

C) Die Mittel für die Studie wurden ausschließlich vom Verfasser getragen, so dass diese unabhängig und ohne Interessenkonflikte durchgeführt werden konnte.

D) Verschiedene Ressourcen wurden für die Datenerhebung genutzt. Die sozialen Netzwerke wurden erreicht, was sehr hilfreich für die Sicherung von grundlegenden Informationen und die Einleitung von Kontakten zu möglichen Probanden war. Trotz dieser Tatsache könnte die Stichprobe nicht repräsentativ sein, aber wir haben versucht, den Bias so klein wie möglich zu halten.

E) Die Stichprobe der Befragten wurde so breit wie möglich aus der Dohuk Population gewählt und die Fragen wurden in "face-to-face"-Interviews auf Basis eines standardisierten Fragebogens vorgelesen. Allen Befragten wurden vom gleichen Interviewer die gleichen Fragen gestellt.

F) Vielfältigkeit der Probanden und Untersuchungsbedingungen: die Patienten wurden in unterschiedlichen Umgebungen interviewt, wir versuchten, eine angenehme Atmosphäre für den Probanden zu finden. Sie sollten in guter körperlicher Verfassung sein, so dass sie ohne Stress an der Befragung teilnehmen konnten.

Obwohl wir uns der Schwächen und der Fehleranfälligkeit der Stichprobenauswahl bewusst waren, wurden Nicht-Wahrscheinlichkeitsstichproben in unserer Untersuchung verwendet, weil es die einzig technisch mögliche Methode darstellte. Auf Grund der oben genannten Maßnahmen sowie der Tatsache, dass die Grundlagen für die Umfrage gut durchdacht und die Screening-Kriterien sorgfältig angewendet wurden, um die Zielgruppe eindeutig zu definieren, handelt es sich um die bestmögliche Stichprobenerfassung. Aufgrund der genannten methodischen Einschränkungen besteht jedoch noch weiterer Forschungsbedarf.

6. Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Studie zeigte im Wesentlichen folgende Ergebnisse:

Für die meisten Menschen im Irak, die eine lange Geschichte von Kriegen und Zerstörung hatten erleiden müssen, ist die Suche nach einer besseren medizinischen Versorgung zur Priorität geworden. Die Patienten und ihre Familien in unserer Studie waren fest entschlossen, sich im Ausland behandeln zu lassen. Ihre Entscheidung trafen sie trotz der Tatsache, dass diese Reise mit vielen Umständen und einem hohen Risiko für sie verbunden sein konnte. Dabei ging es nicht nur um die Kosten sondern auch um die Zeit und Energie, die sie in die Vorbereitungen und die Reise selbst investieren mussten.

Der ganze Prozess von der Entscheidungsfindung bis hin zur Reiseorganisation konnte nicht auf vertrauenswürdige Organisationsstrukturen zurückgreifen sondern basierte nur auf Mundpropaganda. Das Gleiche gilt für die Informationen über die Krankenhäuser im Ausland. Die Durchführung dieser Reisen in ihrer Komplexität von der Beschaffung der Visa, über den Transport, Sprache, etc. bis hin zur Rückkehr in die Heimat war nicht strukturiert geplant.

In den meisten Fällen hatte vor der Reise keine Beratung durch medizinische Fachkräfte stattgefunden. Auch die Informationen über die medizinischen Einrichtungen im Ausland waren nicht angemessen. Hinzu kommt, dass die Daten über die Qualität der medizinischen Leistungen dieser Krankenhäuser häufig inkorrekt waren.

Die meisten der Patienten waren mit der medizinischen Versorgung im Ausland zufrieden. Bei der Zufriedenheit unserer Patienten handelt es sich um eine rein subjektive Bewertung dieser Krankenhäuser im Ausland. Man darf nicht außer Acht lassen, dass diese Menschen aus einem defizitären, nicht gut funktionierenden Gesundheitssystem kommen. Hier wird von Laien die eingeschränkte medizinische Versorgung im Heimatland mit den medizinischen Dienstleistungen im Ausland verglichen.

Man sollte ins Kalkül ziehen, dass viele besuchte Gesundheitsinstitutionen nicht unbedingt einen hohen westlichen medizinischen Standard hatten.

Die hohe Bewertung der entwickelten Länder wie Deutschland war offensichtlich, was mit der Qualität und den hohen Standards in der medizinischen Versorgung korreliert.

Nur eine kleine Gruppe der Patienten reiste auf ärztlichen Rat hin ins Ausland, die Zahl derer, die eine Überweisung mit auf den Weg bekamen, war noch geringer. Die Mehrheit der

Patienten konsultierte keinen Arzt vor der Ausreise, sie verließen sich im Wesentlichen auf die Mundpropaganda. Trotzdem fällt der Großteil der Patienten eine rationale Entscheidung, medizinisch gesehen gab es in den meisten Fällen eine Indikation zur einen qualifizierteren Therapie. Dies gilt vor allem für die schwerkranken Patienten mit unzureichender Behandlung wie Malignom-Patienten, nach Rückenmarkstrauma etc.

Die Rolle der Familie und ihr Einfluss auf die Entscheidungsfindung des Patienten könnte hier missverstanden werden. Die Einschränkung der persönlichen Freiheit des Patienten, das maligne Tabu, die bewusste Irreführung des Patienten und Verheimlichung medizinischer Informationen zur Diagnose des Patienten ist für die westliche Kultur unverständlich. In der kurdischen Kultur ist es nicht ungewöhnlich, wenn die Familie für den Patienten entscheidet. Hier muss betont werden, dass die finanzielle Unterstützung durch die Familie und Verwandten eine wichtige Rolle spielen, um eine solche Behandlung überhaupt zu ermöglichen. Diese soziale Kultur ist lebensnotwendig in einer Gesellschaft, die ohne die Möglichkeit einer Gesundheitsversicherung zurechtkommen muss.

Die kurz- und langfristigen Folgen dieses „*Out of country medical treatment*“ für die Region sollten weiter untersucht werden, insbesondere deren Einfluss auf die soziale Situation, wirtschaftliche Aspekte und auf das Gesundheitssystem in der Heimat. Der Dollar-Drain aus der Region ins Ausland ist nicht ohne Folgen, dieses Geld wird eigentlich dringend benötigt für die Verbesserung des eigenen medizinischen Systems.

Was bisher in KRG in Bezug auf die Medizinversorgung getan wird, ist eine respektable Arbeit, aber es gibt leider kein optimal funktionierendes Gesundheitswesen, das die Perspektiven und Wünsche der Patienten erfüllen kann. Es sollte nicht vergessen werden, dass dieses Gesundheitssystem auf den Ruinen mehrerer Kriege und internationalen Embargos aufgebaut wurde. Vor kurzem strömten riesige Wellen von Flüchtlingen in die KRG. Die Budgetbeschneidungen durch die Zentralregierung in Bagdad und durch den Krieg gegen ISIS haben die Situation weiter verschärft. Es gibt Mängel und Lücken im Gesundheitssystem, die auch in diversen Studien festgehalten wurden. Um das Patientenvertrauen in die lokale medizinische Gesundheitsversorgung zurück zu gewinnen, sollte eine Verbesserung der Qualität der Gesundheitssystems angestrebt werden.

7. Einige gesundheitspolitische Überlegungen

Da wir noch keine Vorstellung über das Ausmaß der medizinischen Auslandsbehandlungen haben, können wir auch nicht abschätzen, welchen weiteren Einfluss es auf das lokale Gesundheitswesen und die ökonomische Situation hat. Es folgen einige Vorschläge zu diesem Thema:

1. Zentrales Patienten-Daten-Register für Patienten, die im Ausland behandelt wurden

Wichtig erscheint die Implementierung einer zentralen Datenerfassung für Patienten, die die Absicht haben, sich im Ausland behandeln zu lassen. Ein solches Datenregister setzt eine gute Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsbehörden und Patienten voraus.

Es wird einige Anstrengung kosten, die Patienten zu ihrer Mitarbeit zu bewegen und sie davon zu überzeugen, dass sie letztendlich von einer solchen Institution profitieren werden.

Das zurzeit in das Gesundheitssystem herrschende Misstrauen, das sich in unserem Fragebogen herauskristallisierte, gilt es zu überwinden.

Auf Basis eines von den Behörden erstellten Regelwerks wird es nötig sein eine standardisierte Form der Registration aufzubauen. Diese Registration sollte auf Grund der praktischen Erfahrung laufend verbessert und erweitert werden, da es hierfür bisher keine Leitlinien gibt, angefangen mit der Sammlung von klinischen und epidemiologischen Daten des Patienten. Meiner Meinung nach sollte es eine Pflicht sein für die Patienten, vor der Abreise und nach ihrer Rückkehr in die Heimat Kontakt mit dem Registrationszentrum aufzunehmen.

Die gesammelten Daten sollten auch die medizinischen Einrichtungen im Ausland und ihre Qualitätsstandards betreffen. Solche Informationen verhelfen den Gesundheitsbehörde zu mehr Verständnis und einer besseren Kontrolle über die im Ausland erbrachten Leistungen. für die Patienten bedeutet dies einen sichereren Schutz vor Risiken wie z.B. medizinischen Kunstfehlern.

Für die Verwaltung und Pflege solche Dateien benötigt man finanzielle Mittel und Expertise. Sie können aber für zukünftige Planungen im Gesundheitssystem und für die Forschung eine wertvolle Hilfe sein. Das Ziel ist ein organisiertes System zur Sammlung, Speicherung, Analyse und Weitergabe der Informationen sowohl an die Verantwortlichen im Gesundheitssystem als auch an die Patienten.

2. Reise- und medizinische Beratung für Patienten, die eine Auslandsbehandlung planen

Es sollte eine Stelle eingerichtet werden, die zunächst feststellt, welche Patienten im Ausland behandelt werden wollen. Diese Einrichtung sollte unabhängig beraten sowohl in Bezug auf die medizinische Indikation der Reise als auch allgemeine Reiseinformationen geben können. Hier sollten Informationen für den Patient und sein begleitendes Familienmitglied zu folgenden Themen zur Verfügung gestellt werden:

Wichtig sind die Qualifikation des Gesundheitsanbieters im Ausland und eventuell geeignete Krankenhäuser für den Patienten. Es sollte vorgeschrieben sein, dass eine solche Beratung ca. 6-8 Wochen vor der Abreise stattfindet in Abhängigkeit von der Dringlichkeit des Falles, in Notfällen natürlich auch kurzfristig.

Der Patient sollte eine komplette medizinische Akte erhalten, die unter anderem die Untersuchungsergebnisse, Medikamentenliste mit Marke, generischen Namen und Dosierungen enthält. Wünschenswert ist ein ausführliches Überweisungsschreiben vom behandelnden Arzt. All diese Dokumente sollten zusätzlich in englischer Sprachübersetzung vorhanden sein.

Diese Stelle stellt auch Informationen zu medizinischen Agenturen zur Verfügung und erklärt, wie Patienten sich schützen können gegen falsche Informationen und falsche Hoffnungen, die manchmal von medizinischen Agenturen oder Krankenhäusern geweckt werden. Der Patient wird aufgeklärt über Maßnahmen, die er im Falle falscher ärztlicher Behandlung ergreifen kann.

Weitere wichtige Hinweise zu Themen, die die Patienten häufig nicht bedenken, sind folgende:

Die Kommunikation mit dem medizinischen Personal im zukünftigen Gastland erfordert die Organisation eines qualifizierten Übersetzers. Weit über die Hälfte der Patienten in unserer Studiengruppe kommunizierte mit dem Arzt mit Hilfe eines Familienmitglieds oder eines nicht qualifizierten Übersetzers.

Weitere Punkte könnten z.B. mögliche Reiseerleichterungen sein, bei Bedarf vorgeschriebene oder empfohlene Impfungen, ebenso auch Hinweise zu eventuell bestehende Risiken durch multiresistente Bakterien.

Auskünfte über Kultur, Klima, Unterkunft und Ernährung in Gastland sind sicher wertvoll für den Patienten und seine Begleiter.

Die Patienten werden darauf hingewiesen, dass sie vor ihrer Rückreise sicher stellen, schriftliche medizinische Berichte einschließlich aller Untersuchungen, Ergebnisse, Therapie

und noch ausstehender Nachbehandlung zu erhalten, dazu eine Kostenrechnung. Diese Unterlagen sollten alle in Englisch abgefasst sein.

Hinzu kommen Informationen über die Risiken der Rückreise, z.B. postoperatives Thromboserisiko und die Nachbehandlungsphase im Heimatland.

3. Regelmäßige Durchsicht und Evaluierung durch die örtlichen Gesundheitsbehörden zur Quantifizierung des Problems

Die lokale Gesundheitsbehörde sollte eine Strategie entwickeln, um diesen Trend genau unter die Lupe zu nehmen. Es ist sinnvoll, zu diesem Zweck das Datenbank-Register zu verwenden. Mithilfe dieser Daten können die öffentlichen Gesundheitsplaner schließlich das Problem mühelos quantifizieren und Schlüsse daraus ziehen, um entsprechend nötige Interventionen durchzuführen.

Die periodische Bewertung des Trends aus der Sicht medizinischer Experten schafft ein gutes Instrument für die weitere zukünftige Entwicklung des Phänomens „*out of country for medical treatment*“ in der Region.

4. Verbesserung in der Versorgung verbreiteter medizinischer Probleme in der Bevölkerung

Priorität sollte sein, eine klare Strategie zur Verbesserung des Gesundheitssystems zu entwickeln. In der ersten Phase sollte dieses System in der Lage sein, die Behandlung der häufigsten Krankheiten der Region abzudecken. Das System sollte mit dem steigenden Druck der schnell wachsenden Bevölkerung Schritt halten können. Zum Aufbau der Gesundheitsversorgung gehören die Verbesserung der Infrastruktur und die Förderung der Rolle der Allgemeinmedizin, um einen möglichst großen Teil der Bevölkerung zu erreichen. Grundlegend ist die Reaktion auf die dringlichsten Bedürfnisse der Krankenhäuser und PHCC durch die Bereitstellung von Medikamenten, Instrumenten, durch Optimierung der Hygiene, Wasser- und Stromversorgung..... etc.

Der verantwortungsvollere Umgang mit den Gesundheitseinrichtungen durch die Fachkräfte, eine klar geregelte zuverlässige Verwaltung, die die medizinische Versorgung des Patienten in den Mittelpunkt des Interesses stellen und die Heilung der Patienten als Ziel haben, muss

angestrebt werden. Diese Forderung wird erhoben trotz der ökonomisch und politisch instabilen Lage in der Region.

Die Qualitäten der Dienste könnten erhöht werden, indem sie eine freundlichere Haltung gegenüber dem Patienten einnehmen. Die Fähigkeit zu einer guten Arzt-Patienten-Kommunikation ist Voraussetzung für die vertrauensvolle Beziehung zwischen Ärzten und Patienten.

Die Änderungen auf der Ebene des medizinischen Personals beginnen mit der Einführung eines Akkreditierungssystems für alle medizinischen Berufe. Die Gesundheitsfachkräfte müssen angeregt werden, sich weiterzubilden durch die Teilnahme an Kursen und anderen wissenschaftlichen Aktivitäten. Für die Arbeitsabläufe der Behandlung sind die Verwendung von Richtlinien und Protokollen von zentraler Bedeutung. Der gute Kontakt mit internationalen medizinischen Aktivitäten ist ein wertvoller Beitrag zur weiteren Entwicklung der lokalen Medizin. Deshalb sollte der Kontakt der Ärzte zur internationalen medizinischen Forschung sowohl direkt durch die Teilnahme an Symposien und Kongressen als auch indirekt mithilfe der Telemedizin gefordert werden.

Ein faires und bezahlbares System ist notwendig besonders für die arme Bevölkerung. Der Aufbau einer Krankenversicherung würde die Gesundheitsversorgung für alle Menschen ermöglichen.

Eine sehr große Aufgabe der Gesundheitsbehörde stellt das duale System und die Kultur des privaten und staatlichen Krankenhauses dar. Es wäre zu wünschen, wenn die Politiker beginnen, ein Plan auf Basis von beweisinformierter Entscheidungsfindung zu entwickeln, um diese große Aufgabe in Angriff zu nehmen.

5. Modernisierung und Aktualisierung der Gesundheitsausrüstung und Versorgung

Das Azadi Generelle Krankenhaus in Dohuk ist mehr als 40 Jahre alt, Baujahr 1984 (<http://www.duhokhealth.org/en/azadi>). Es benötigt dringend Revitalisierung in allen Bereichen. Wie wir wissen, erwarten die Menschen anspruchsvolle Verfahren und ein breites Spektrum an klinischen Möglichkeiten in jedem guten Krankenhaus. Die Modernisierung der Dienstleistungen und der Verwaltung wird die Fähigkeit des Krankenhauses erhöhen, den medizinischen Herausforderungen gerecht zu werden. Um dies zu erreichen, ist es notwendig, dass die KRG mit hohen Summen in die lokalen Einrichtungen investiert. Die Krankenhäuser und PHCCs benötigen eine moderne Ausrüstung, die Einführung moderner Computer-Systeme und elektronischer Krankenakten.

Hier müssen zunächst politische Entscheidungen der Regierung gefällt werden, um finanzielle Ressourcen zu finden. Eine Möglichkeit besteht in der Suche nach ausländischen Investoren, die bereit sind, in lokale Gesundheitswesen zu investieren und neue Krankenhäuser zu bauen. Das Bestreben der lokalen Regierung, Ärzte und Gesundheitsanbieter aus dem Ausland anzuwerben, muss weiter ausgebaut werden in Form von regelmäßigen Einladungen von qualifizierten ausländischen Ärzten und medizinischen Fachkräfte in die KRI. Dies wird die Qualität der Dienstleistungen verbessern. Den lokalen Ärzten erleichtert es, mehr Kontakt zu ausländischen Kollegen pflegen zu können. Persönliche Kontakte und gemeinsames Arbeiten sind eine gute Ressource zur Weitergabe von Know-how.

Es gab keinen Interessenkonflikt in dieser Studie.

8. Literatur und Quellenverzeichnis

1. A heart bypass for \$5,200? Why more Americans are going abroad for surgery to save money,(2011),[Daily Mail Reporter], *Daily Mail*,12 October.[online]. Available at: <http://www.dailymail.co.uk/...rticle-2048020/Medical-tourism-Why-Americans-going-abroad-surgery-save-money.html> (Accessed :11December 2015)
2. Ala'din Alwan (2004).The Current Situation, Our Vision for the Future and Areas of Work, Iraqs Ministry of Health, Second Edition, December 2004. [Online]. Available at:http://www.who.int/hac/crises/irq/background/Iraq_Health_in_Iraq_second_edition.pdf (accessed at:05 January 2016)
3. Alexander A(2010), The Shared Decision-Making Continuum, *JAMA*, August 25,:Vol 304, No. 8
4. Alexander A. Kon (2010) The Shared Decision-Making Continuum, *JAMA*, August 25, Vol 304, No. 8
5. Ali Tawfik Shukor A & Hiro Khoshnaw (2010), The impact of health system governance and policy processes on health services in Iraqi Kurdistan. *BMC-International Health Human Rights*, 10:14. [Online]. Available at: <http://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-10-14> (Accessed at: January 5, 2016)
6. Andrea Ildiko Gasparik, et al (2014), Relation of some communication parameters to patients' education, gender and age. Teaching to communicate effective; *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 142(2014) 367 – 369
7. Ari Mamshae (2015), Baghdad not sincere about KRG budget, *Rudaw*, published on November 3. [Online]. Available at: <http://rudaw.net/english/middleeast/iraq/110320151> (Accessed at: January 5,2016)

8. Babar T. Shaikh and Juanita Hatcher (2004) Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers: *Journal of Public Health*, 8 December ,Vol. 27, No. 1, pp. 49–54
9. Beckman HB, et al (1994) The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med.* Jun 27; 154(12):1365-70.
10. Betsy Hiel (2014), Sectarian divisions haunt Iraq refugees, *Triblive*, Aug.31, [online]. Available at: <http://triblive.com/usworld/betsyhiel/6711781-74/isis-kurdish-iraq#axzz3wNCwg9nZ> (accessed at: January 5, 2016)
11. Bronwen L., & Wickkiser (2008). *Asklepios, Medicine, and the Politics of Healing in Fifth-Century Greece*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore, Maryland.
12. Caroline Abu Sa'Da and Micaela Serafin (2013), Humanitarian and medical challenges of assisting new refugees in Lebanon and Iraq. *Forced Migration Review*, Sept. [online]. Available at: <http://www.fmreview.org/detention/abusada-serafini> (Accessed at January 5, 2016)
13. Cegala DJ1, Marinelli T, Post D, (2000), The effects of patient communication skills training on compliance: *Arch Fam Med.* 2000 Jan; 9(1):57-64.
14. Crooks Valori A., et al (2010). What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research*, 10:266. [Online]. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/266> (Accessed :04 January 2016)
15. Dohuk Governorate Profile, (2015), [online]. Available at: http://www.ncciraq.org/images/infobygov/NCCI_Dohuk_Governorate_Profile.pdf (Accessed at: 5 January 2016)
16. Dr. Prem Jagyasi (2008), Defining Medical Tourism ~ Another Approach, *Medical tourism magazine* Jul 15. [Online]. Available at:

<http://www.medicaltourismmag.com/defining-medical-tourism-another-approach/>

(Accessed: 05 January 2016).

17. Ed Butler (2015), Iraqi Kurdistan's battle with Baghdad over oil revenues, *BBC News*, Erbil, 10 April, [online]. Available at: <http://www.bbc.com/news/business-32220764>
(Accessed at: January 5,2016)
18. Fatima Baba Kura Imam, et al (2015) An Evaluation of the Challenges of Doctor-Patient Communication: *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, Vol. 4 Iss. 11, November. 201, PP.13-15 Available from: www.ijhssi.org
Feb. 8.
19. Goedhuys J1, Rethans JJ. (2001), On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Fam Pract.* Dec; 18(6):592-6.
20. Goshan Karadaghi and Chris Willott (2015), Doctors as the governing body of the Kurdish health system: exploring upward and downward accountability among physicians and its influence on the adoption of coping behaviors. *Human Resources for Health*, 13:43
21. Grembowski D, et al (2005), Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. *J Gen Intern Med.* March; 20(3):271-7.
22. Gude T, et al (2013): A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP consultations. *Scand J Prim Health Care.*
Mar;31(1):31-5
23. Gunter MM, et al (2004), The Kurds in Iraq. *Middle East Policy*, 11(1):106-131.
24. Harem Karem (2013), Kurdistan's 30 blinded victims left uncared for, *Kurdistan Tribune*, [online]. Available at:<http://kurdistantribune.com/2013/kurdistans-30-blinded-victims-left-uncared-for> (Accessed at: December16, 2015)

25. Health Care in America: Trends in Utilization. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2003. Online <http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/healthcare.pdf> date
26. Health Impacts of Education (2008), [review] Published by the Institute of Public Health in Ireland, November, [online]. Available at: <http://www.publichealth.ie/publications/healthimpactsofeducationareview> (Accessed at: January 5, 2016)
27. Health System Profile-Iraq (2006) Eastern Mediterranean Regional Health System observatory report. [Online]. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js17295e/> (Accessed:05 January 2016)
28. Howard Bauchner, et al (2001), Changing physician behaviour, *Arch Dis Child*; 84:459–462 [online]. Available at: <http://adc.bmj.com/content/84/6/459> (Accessed at: December 29, 2015)
29. ICRC Geneva (2010), *Iraq: putting the health-care system back on its feet*, 29 July, [online]. Available at: <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/update/iraq-update-290710.htm> (Accessed at:5 January 2016)
30. Internal displacement monitoring center, 30 June 2015. [online].Available at: <http://www.internal-displacement.org> (Accessed at: November 17, 2015)
31. International organization for migration, Iraq mission (2015), Governorate profile, Dohuk, April. [Online]. Available at: <http://iomiraq.net/reports/dahuk-governorate-profile-april-2015-0> (Accessed at: January 5,2016)
32. Invest in Group IIG (2013), Kurdistan region, [Review], On Track for Expansion: Health, Date 07october 2013, [online]. Available at: <http://investingroup.org/review/245/on-track-for-expansion-health-kurdistan/> invest in Group (Accessed at: January 5,2016)

33. Invest in Group IIG (2015), Kurdistan region, Leading the way [Interview with PM Nicherwan Barzani], Date February 23, [online]. Available at: <http://investingroup.org/interview/186/nechirvan-barzani-kr/> (Accessed at: January 5, 2016)
34. Iraq on the road of the recovery (2012), [Iraq report], *MiddleEastHealth*, 21th Jan. [online]. Available at: <http://www.middleeasthealthmag.com/cgi-bin/index.cgi?http://www.middleeasthealthmag.com/jan2012/feature1.htm> (Accessed at: January 5, 2016)
35. Iraq: Putting people First (2013) [Editorial], *The Lancet*, Vol 381 March 16. [Online]. Available at: www.thelancet.com Vol 381 March 16, 2013 (Accessed at: 05January 2016)
36. Iraqi Knowledge Network Survey (IKN) 2011, [online]. Available at: http://www.ilo.org/surveydata/index.php/catalog/31/related_materials (Accessed at : January 2, 2016)
37. Isabel Coles (2015), Cholera spread from Iraq to Kuwait, Bahrain: *Reuters*, Fri Nov 6, at 5:22 am EST. [online]. Available at: <http://www.reuters.com/article/2015/11/06/us-mideast-crisis-iraq-cholera-idUSKCN0SV18420151106#FdRKkfP79c91IhuV.97> (Accessed at:17 November 2015)
38. Jenna krajeski (2012), Emergency Care: Medical Tourism in Kurdish Turkey, *The pulitzer center*, August 15, [online]. Available at: <http://pulitzercenter.org/reporting/turkey-medical-tourism-migration-kurdish-people> (Accessed at: 05January 2016)
39. John R. Tongue (2005), et al, Communication Skills for Patient-Centered Care, *The Journal of Bone & Joints Surgery*, Vol. 87-A · No. 3 · Mar.
40. Joint needs assessment for Iraq reconstruction (2003), Medicine and Medical Supply, Undg/ World Bank, 12 August. [Online]. Available at:

<http://iraq.undg.org/index.cfm?Module=Document&Page=Document&Category=56&Type=background> (Accessed at:5 January 2016)

41. Joint needs assessment for Iraq reconstruction (2003), Health and Health care system in Iraq, *Undg/ World Bank*, 12 August. [Online]. Available at:
<http://iraq.undg.org/index.cfm?Module=Document&Page=Document&Category=56&Type=background> (Accessed at:5 January 2016)
42. Juan Diaz, Richard Garfield (2003), Iraq watching briefs, Health and Nutrition, *Unicef- WHO*: July. [Online]. Available at:
www.corpwatch.org/downloads/IraqiHealthWatching_Brief.doc (Accessed at: January 5 2016)
43. Katherine Hawley (2015), Trust and Distrust between Patient and Doctor, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Oct;21(5):798-801
44. Kemal M. Surji et al (2015), Understanding Patients' Perception and Experience in Improving Quality Healthcare with one of the Leading Public Hospitals in Erbil, Iraq, *European Journal of Business and Management*, Vol.7, No.2
45. KRG says delayed salaries to be paid this month (2015), *Rudaw*, October 20, [online]. Available at: <http://rudaw.net/english/kurdistan/201020151> (Accessed at: January5, 2016)
46. Kurdistan Region Statistics Office (2014), Ministry of Planning, Kurdistan Regional Government. [Online]. Available at: <http://www.krso.net/> (Accessed at: 05 January 2015)
47. Kurdistan regional Government, Government index, [online]. Available at:
<http://cabinet.gov.krd/p/page.aspx?l=12&s=030000&r=314&p=390> (Accessed at:5 January 2016)
48. Kurdistan Regional Government, Ministry of Planning, Ministry of Health(2014), The Future of Health Care in the Kurdistan Region—Iraq, *The RAND Corporation*,

[online]. Available at: http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR490z2.html

(Accessed at: December 17, 2015)

49. Laura Landro (2014), A Cure for Hospital Design, Strategies to Keep Patients and Their Visitors From Getting Lost: *The Wall Street Journal*, Updated Feb. 3, 2014 11:47
50. Louise Roug, (2006), Decrepit healthcare adds to toll in Iraq, *The Los Angeles Time*, November 11, [online]. Available at: <http://articles.latimes.com/2006/nov/11/world/fg-health11> (Accessed at: 05 January 2016)
51. McCray AT (2005), Promoting health literacy. *Journal of American Informatics Association*; Mar-Apr; 12(2): 152–163.
52. Moira A. Stewart, (1995) Effective Physician- Patient communication and Health outcomes a [review], *CAN MED ASSOC J*, May 1, 1995; 152 (9) PP. 1423:1433
53. Mozaffarian D. et al (2015). Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. *Circulation*. Volume 131(4):e29-e322, January 27
54. Nazar P. Shabila et al, (2010). Iraqi health system in Kurdistan region: medical professionals' perspectives on challenges and priorities for improvement. *Conflict and Health*, 4:19 [online]. Available at: <http://www.conflictandhealth.com/content/4/1/19> (Accessed at: 05 January 5, 2016)
55. Nazar P. Shabila, et al (2012) Iraqi primary care system in Kurdistan region: providers' perspectives on problems and opportunities for improvement, *BMC International Health and Human Rights*, 12:21. [Online]. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/12/21> (Accessed at: 11 August 2015)
56. No fly zone the legal position (2001), [Middle East] *BBC News*, [online]. Available at: http://news.bbc.co.uk/2/hi/middle_east/1175950.stm (Accessed at: December 8, 2015)
57. Pascoe GC (1983): Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*, 6: 185–210. 10.1016/0149-7189(83)90002-2

58. Paul C. Webster(2011) Iraq's health system yet to heal from ravages of war; Special report, *The Lancet*, Vol 378 September 3
59. Paul Webster (2009) Reconstruction efforts in Iraq failing health care, *The Lancet*, vol 373 Feb.21 [online]. Available at:
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60382-2/fulltext?version=printerFriendly](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60382-2/fulltext?version=printerFriendly) (Accessed at: January 5, 2016)
60. Pratap Chatterjee (2007), High-Tech Healthcare in Iraq, Minus the Healthcare, [Special] *CorpWatch*, January 8th, [online]. Available at:
<http://www.corpwatch.org/article.php?id=14290> (Accessed at : January 5, 2016)
61. Rise in Iraqi C-sections worries doctors (2011), *The Fox news*, Published August 16, [online]. Available at: <http://www.foxnews.com/world/2011/08/16/rise-in-iraqi-c-sections-worries-doctors/> (Accessed at: January 5,2016)
62. Roter DL, et al (1995); Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med*. Sep 25; 155(17):1877-84.
63. Rückblick: Der Verlauf des Golfkriegs 1991(2001), *Der Spiegel online*, Freitag, 16 Feb. Available from: (accessed at:6 January 2016)
64. Sara Hamdan (2012), Thailand Profits From Health Care to Arab Patients, *New York Times*: February 8.
65. Selden, et al (2000), Health literacy [bibliography online]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; 2000 Feb [(Current bibliographies in medicine; no. 2000-1). 479 citations from January 1990 through October 1999. Available from:
pubs/resources.html
66. Shakawan Ismaeel, (2012), Continuity of patients care in Kurdistan, [Editor], *The Kurdistan Tribune*, June 30, [online]. Available at:

- <http://kurdistantribune.com/2012/continuity-of-patient-care-kurdistan/> (Accessed at: 05 January 2016)
67. Sonia Roy (2011), The Impact on the Politics of Iraq and Turkey and Their Bilateral Relations Regarding Kurds Post-Saddam Hussein Regime, *Foreign Policy Journal*, Published on April 22. [Online]. Available at :
<http://www.foreignpolicyjournal.com/2011/04/22/the-kurdish-issue/> (Accessed at: December 18, 2015)
68. Susan Dorr Goold, (2002) Trust, Distrust and Trustworthiness, Lessons from the Field, *J Gen Intern Med.* Jan; 17(1): 79–81.
69. Thamer Kadum Al Hilfi , Riyadh Lafta, Gilbert Burnham,(2013) Health Service in Iraq: Review, *The Lancet*, Vol 381 March 16,
70. The Iraqis Ministry of Health, [online]. Available at:
<http://www.moh.gov.iq/english/index.php> (Accessed at: January 5, 2016)
71. Tore Gude, et al, (2013) A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP consultations, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2013; 31: 31–35
72. United nation Security Council (2003), *Security Council lifts sanctions on Iraq, Approves UN role calls for appointment of security-General's representative*, Resolution of May 2003. [Online]. Available at:
<http://www.un.org/press/en/2003/sc7765.doc.htm>, (Accessed at : January 5, 2016)
73. van Oort FVA, van Lenthe FJ, Mackenbach JP. Co-occurrence of lifestyle risk factors and the explanation of education inequalities in mortality: Results from the GLOBE study. *Preventive Medicine* 2004; 39:1126-34.
74. von dem Knesebeck O, Verde PE, Dragano N (2006). Education and health in 22 European countries. *Social Science and Medicine*, 63:1344-51.

75. WA Rogers, (2002) is there a moral duty for doctors to trust patients? *J Med Ethics*; 28:77–80
76. *Waseet* (2015), Iss 3. Nov.
77. Wendy Levinson, et al (1997) Physician-Patient Communication The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons, *JAMA*; 277(7):553-559.
78. WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean (2013), Country cooperation strategy for WHO and Iraq 2012-2017, [online]. Available at: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_irq_en.pdf (Accessed at: January 5, 2016)
79. Wilbert M. Gesler (2003) *Healing places*, Rowman and littlefield publisher, Inc. Lanham, Maryland.
80. Wilson AD, Childs S. (2006), Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD003540. DOI: 10.1002/14651858.CD003540.pub
81. Wim Groot and Henriëtte Maassen van den Brink (2008), what does education do to our health? Copenhagen: Organization for Economic Co-operation and Development. 2006 [cited 28 July 2008]; available on <http://www.oecd.org/edu/innovation-education/37425763.pdf>
82. Wong SY S., Lee A. (2006), a Communication Skills and Doctor Patient Relationship: *The Hong Kong Medical Diary*. March; Vol.11 No.3
83. World Bank, the World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population in the East Asia and Pacific Region, 30 Jun 2000. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2000/06/437079/world-bank-strategy-health-nutrition-population-east-asia-pacific-region> (Accessed:19 March 2016)

84. World health organization, Iraq profile [online]. Available at:

<http://www.who.int/countries/irq/en/> (Accessed :11 September 2015)

85. World health organization, Regional Committee for the Eastern Mediterranean,

EM/RC53/Tech.Disc.1 July 2006. Available at:

http://applications.emro.who.int/docs/EM_RC53_Tech.Disc.1_en.pdf (accessed: 16 March 2016)

9. Anhang Fragebogen

Fragebogen:

Befragung von Patienten der nord-irakischen Region Dohuk, die medizinische Behandlung im Ausland gesucht haben

1	Warum haben Sie eine Behandlung im Ausland gesucht?	
2	Motive, die Behandlung zu Hause nicht durchzuführen: Behandlung gibt es nicht zu Hause.....() Gutes Image der medizinischen Versorgung im Ausland() Schlechtes Arztvertrauen zu Hause.....() Sonstiges.....()	
3	Gab es Widerstände oder Hindernisse für die Reise? nein.....() ja und zwar Visum / Reiseerlaubnis.....() Sonstiges(<i>bitte, nennen</i>)()	
4	Wie lange dauerte Ihre Behandlungsreise?	
5	Wer hat die Entscheidung für die Reise ins Ausland getroffen? ich selbst() Familie.....() Bekannten/Freunde.....() Arzt.....() Sonstige Person und zwar (<i>bitte, nennen</i>)	

6	<p>Wer hat Sie auf die Behandlungsmöglichkeit aufmerksam gemacht?</p> <p>Arzt.....()</p> <p>Freunde/Bekannte..... ()</p> <p>Familienangehörige.....()</p> <p>Internet.....()</p> <p>Fernsehen.....()</p> <p>Medizinische Agentur.....()</p> <p>Sonstiges und zwar</p> <p>.....</p>	
7	<p>Haben Sie einen Arztbrief oder medizinische Unterlagen mitgeführt? (mehrere Nennungen möglich)</p> <p>Arztbrief.....()</p> <p>Medizinische Unterlagen.....()</p> <p>sonstiges und zwar:.....</p>	
8	<p>Was sollte am Ziel Ihrer Reise medizinisch gemacht werden? (mehrere Nennungen möglich)</p> <p>Beratung.....()</p> <p>Diagnostik.....()</p> <p>Behandlung.....()</p> <p>Etwas anderes und zwar:.....</p>	
9	<p>Welche Beschwerden oder Krankheiten ? (mehrere Nennungen möglich)</p> <p>Herzbeschwerden.....()</p> <p>Atemnot/ Husten.....()</p> <p>Verdauungsbeschwerden.....()</p>	

	Rheumatische Beschwerden.....() Gelenkbeschwerden.....() Rückenschmerzen.....() Augenbeschwerden.....() HNO Beschwerden.....() Krebs.....() Gewichtsabnahme.....() Kopfschmerzen.....() Psychische Beschwerden.....() Anfälle.....() Schmerzen() Sonstiges und zwar	
10	Wo sind Sie behandelt worden? Krankenhaus.....() Klinik.....() Allgemein-medizinische Hausarztpraxis.....() Facharzt Praxis.....() Andere Einrichtung und zwar	
11	Behandlungsform ambulant.....() stationär()	
12	Art der Behandlung <i>(mehrere Nennungen möglich)</i> Operativ.....() Medikamentös() Physiotherapie.....()	

	Alternativ.....() Andere und zwar	
13	Welches Ergebnis hatte die Behandlung? Erfolgreich, beschwerdefrei()) Verbesserung, Linderung der Beschwerden() Kein Erfolg, unveränderte Beschwerden()	
14	Wenn nur Diagnostik (ohne Behandlung) durchgeführt wurde: wie benoten Sie sie? <i>1-schlecht, 2- ausreichend, 3-mässig, 4-gut, 5-sehr gut</i> <div style="text-align: right;">[]</div>	
15	Wenn nur Beratung (ohne Behandlung oder Diagnostik) durchgeführt wurde: wie benoten Sie sie? <i>1-schlecht, 2- ausreichend, 3-mässig, 4-gut, 5-sehr gut</i> <div style="text-align: right;">[]</div>	
16	Wie benoten Sie Ihre Behandlung? <i>1-schlecht, 2- ausreichend, 3-mässig, 4-gut, 5-sehr gut</i> <div style="text-align: right;">[]</div>	
17	Ist die Behandlung im Ausland vollendet? Nein.....() Ja.....()	
18	Warum müssen Sie noch einmal ins Ausland? Wegen... Follow-up und Kontrolle()	

	Diagnose ist noch nicht vollendet() Behandlung ist noch nicht vollendet.....() Komplikationen.....() Sonstiges und zwar.....	
19	Wenn die Behandlung im Ausland abgebrochen wurde: warum? Kosten zu hoch.....() Gleiche Diagnose und Behandlung wie zu Hause.....() Heimweh.....() Visum wurde nicht verlängert.....() Angst vor der Behandlung.....() keine Behandlungsmöglichkeiten.....() Sonstiges und zwar:.....	
20	In welchem Land wurden Sie behandelt?	
21	Haben Sie Visum gebraucht für Ihre Reise? Ja.....() Nein()	
22	Warum haben Sie kein Visum gebraucht? Besitze einen Europäischen Pass.....() kein Visum für Iraker im Einreiseland erforderlich.....() Andere Gründe und zwar:.....	
23	Haben Sie Ihr Visum bei der Landesbotschaft im Irak beantragt? ja.....() wenn nein: in welchem Land?	
24	Wie lange dauerte es, bis Sie Ihr Visum bekommen haben?	

	<p>< 1 Woche.....()</p> <p>1-2 Wochen.....()</p> <p>2-3 Wochen.....()</p> <p>3-4 Wochen.....()</p> <p>> 1 Monat()</p>	
25	<p>Wie lange war Ihr Visum gültig?</p> <p>< 2 Wochen.....()</p> <p>2-4 Wochen.....()</p> <p>1-2 Monate.....()</p> <p>2-3 Monate.....()</p> <p>>3 Monate()</p>	
26	<p>Wie sind Sie gereist?</p> <p>Flug()</p> <p>Auto.....()</p> <p>Andere und zwar.....</p>	
27	<p>Sind Sie direkt ab Irak geflogen?</p> <p>Ja.....()</p> <p>wenn, nein: von welchem Land aus? (<i>bitte nennen</i>)</p> <p>.....</p>	
28	<p>Kannten Sie die Sprache Ihres Gastlandes?</p> <p>Ja.....()</p> <p>Nein.....()</p>	
29	<p>Wenn Sie einen Dolmetscher gebraucht haben: Wer war das?</p> <p>Familienmitglied/ Bekanntschaft.....()</p> <p>Privater Dolmetscher.....()</p> <p>vom Krankenhaus angestellter Dolmetscher.....()</p>	

30	<p>Unterkunft im Ausland</p> <p>Hotel.....()</p> <p>Appartement.....()</p> <p>Krankenhaus.....()</p> <p>Bei Bekanntschaft/Familienmitglied.....()</p>	
31	<p>Wie benoten Sie Ihre Zufriedenheit mit der Unterkunft?</p> <p><i>1-schlecht, 2- ausreichend, 3-mässig, 4-gut, 5-sehr gut</i></p> <p>[]</p>	
32	<p>Wer hat Sie auf ihrer Reise begleitet?</p> <p>niemand.....()</p> <p>Partner.....()</p> <p>Familie und/oder Verwandte.()</p> <p>Freunde.....()</p> <p>Mitarbeiter.....()</p> <p>Geschäftspartner.....()</p> <p>Sonstiges und zwar:.....</p>	
33	<p>Hatten Sie Schwierigkeiten, ein für Ihren Geschmack geeignetes Restaurant finden?</p> <p>Nein.....()</p> <p>Ja.....()</p>	
34	<p>Wo haben Sie gegessen?</p> <p>Hotel.....()</p> <p>Restaurant.....()</p> <p>Krankenhaus.....()</p> <p>An anderem Ort und zwar:.....</p>	

35	<p>Wie bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Essen?</p> <p><i>1-schlecht, 2- ausreichend, 3-mässig, 4-gut, 5-sehr gut</i></p> <p style="text-align: right;">[]</p>	
36	<p>Geschlecht der Zielperson</p> <p>Männlich.....()</p> <p>Weiblich.....()</p>	
37	<p>Bitte nennen Sie mir Monat und Jahr Ihrer Geburt</p> <p>Geburtsmonat.....(-)</p> <p>Geburtsjahr.....(-)</p>	
38	<p>Haben Sie die Irakische Staatsangehörigkeit?</p> <p>Ja.....()</p> <p>Nein.....()</p>	
39	<p>Welche andere Staatsangehörigkeit haben Sie?</p> <p>Land:.....()</p>	
40	<p>Welchen Familienstand haben Sie?</p> <p>Verheiratet.....()</p> <p>Verheiratet aber getrennt lebend.....()</p> <p>Ledig.....()</p> <p>Geschieden.....()</p> <p>Verwitwet.....()</p>	
41	<p>Welche Ausbildungsabschluss haben Sie?</p>	
42	<p>Wie üben Sie Ihre Erwerbstätigkeit aus?</p>	

	Selbständig.....() Nicht Selbständig (Arbeiter/Angestellter).....() Staatsdienst (Beamter)()	
43	In welchem Wirtschaftszweig sind Sie tätig? Landwirtschaft.....() Handel.....() Gewerbe.....() Handwerk.....() Industrie.....() Dienstleistung.....() Bildung/Wissenschaft() Andere und zwar:.....()	
44	Facharbeiter.....() Angestellte/r() Andere und zwar :.....()	
45	Beamter/ Beamtin.....() Angestellte.....() Andere und zwar.....()	
46	Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise / Woche? <20.....() 20-30() 30-40.....() > 40.....()	
47	Wenn Sie nicht arbeiten, warum?	

	In Pension.....() Arbeitslos.....() Arbeitsunfähigkeit (aus medizinischen Gründen).....() Andere und zwar:.....()	
48	Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? <2() 2-5.....() 5-10.....() >10.....()	
49	Was ist Ihr durchschnittliches Nettoeinkommen pro Monat?	
50	Wie viel hatte Ihnen die Behandlung im Ausland gekostet? Patient Aussage ohne Belege() Patient Aussage mit Belege()	
51	Bekam der Patient kosten Übersicht und Belege von Arzt oder Krankenhaus? Ja.....() Nein()	

10. Danksagung

Bei Herrn Prof. Dr. Borgers möchte ich mich herzlich bedanken, dass er mir für meine Doktorarbeit ein hoch interessantes Thema gegeben hat. Ich danke ihm für seine hilfreiche Unterstützung, die sinnvollen Diskussionen und seinen kompetenten Rat. Er hat mich während der gesamten Arbeit auf seine freundliche und professionelle Weise begleitet. Mein besonderer Dank gilt auch Dipl. Soz. Herrn Waldemar Streich für seine konstruktiven und wertvollen Anmerkungen bei der Fertigstellung des Fragebogens. Er war für meine Fragen allzeit ein freundlicher Ansprechpartner.

Danken möchte ich auch Herrn Prof. Dr. Wilms für seine Unterstützung.

Ein ganz spezielles Dankeschön geht an meine Frau Christina Thomas. Ohne sie wäre es mir nicht möglich gewesen, diese Arbeit zu schreiben. Ihre Geduld, Hilfe, Unterstützung und Motivierung waren für mich in dieser Zeit unbeschreiblich wichtig.

Ein großer Dank an meinen Neffen Herrn Dr. Jamal Doski, Prodekan der Universität Dohuk. Seine sachkundige Erfahrung und wertvolle Unterstützung war mir eine große Hilfe bei der Arbeit vor Ort in Dohuk.

Danke schön an meine Familie, vor allem an meinen Neffen Nezar, Hekar und meinen Cousin Mohammad. Ich möchte mich weiterhin bedanken bei allen, die mir geholfen haben, diese Arbeit in Dohuk zu bewerkstelligen. Hier gilt mein Dank dem Gesundheitsamt in Dohuk, ausdrücklich Dr. Tareq Baker, Dr. Farsat, Dr. Ari, Dr. Najeeb. Auch dem Azadi Krankenhaus, speziell Direktor Dr. Afrasiab und der Abteilung Onkologie möchte ich für alles danken. Schließlich danke auch an Doktor Saleh S. Al- Hinai für die angenehme Korrespondenz zu dem Thema Medizinischer Tourismus.