

Republik Moldau: Behandlungsmöglichkeiten von Epilepsie

Auskunft der SFH-Länderanalyse

Katja Walser / Rainer Mattern

Weyermannsstrasse 10
Postfach 8154
CH-3001 Bern

Für Paketpost:
Weyermannsstrasse 10
CH-3008 Bern

T++41 31 370 75 75
F++41 31 370 75 00

info@osar.ch
www.osar.ch

Bern, 9. März 2006

PC-Konto
30-16741-4
Spendenkonto
PC 30-1085-7

Einleitung

Der Anfrage vom 16. Januar 2006 an die SFH-Länderanalyse haben wir die folgenden Fragen entnommen:

1. Welches sind die Möglichkeiten einer Behandlung der Epilepsie, Typ Grand Mal, in der Republik Moldau?
2. Welchen Risiken ist eine Person mit dieser Krankheit im Fall einer Rückkehr ausgesetzt?

Der Anfrage haben wir den folgenden Sachverhalt entnommen:

Der Gesuchssteller ist männlich, 32-jährig und kommt aus Chisinau, Republik Moldau. Er ist seit 2003 als Asylsuchender in der Schweiz. Seit einem Unfall im Jahr 2003 in der Schweiz leidet er an einem Schädeltrauma und in der Folge an Epilepsie Typ Grand Mal. Derzeit wird er mit den Medikamenten Depakin und Lamictal behandelt. Obwohl die Therapie seit Oktober 2005 verstärkt wurde, nehmen die Anfälle zu.

Der Gesuchssteller ist derzeit in der Republik Moldau nicht krankenversichert. Seine Familie könnte ihn in Moldau finanziell nicht im geforderten Ausmass unterstützen. Der Gesuchssteller verfügt über ein Diplom der Militärwissenschaften und könnte aufgrund der Epilepsie nicht mehr in seinem Beruf als Offizier arbeiten.

Aufgrund von Expertenauskünften und eigenen Recherchen können wir die folgende Auskunft geben.

1 Allgemeine Angaben zum moldawischen Gesundheitssystem

Während der sowjetischen Zeit war das Gesundheitssystem der heutigen Republik Moldau zentral organisiert und verwaltet (Semaschko Modell). Wichtiger als die Qualität des Systems waren der Bettenbestand und die Anzahl der Ärzte. Nach der Unabhängigkeit verschlechterten sich die Gesundheitsindikatoren der Bevölkerung, auch gingen die Ressourcen des Gesundheitssystems erheblich zurück. Die ineffiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen und der Fokus auf die tertiäre medizinische Versorgung führten in Moldau zum Zusammenbruch der Finanzierung des Gesundheitssystems, so dass die Versorgung mit elementarsten medizinischen Dienstleistungen gefährdet war.¹ Das hatte einen Anstieg informeller Zahlungen («out of pocket») und die Einführung formeller Benutzergebühren für Behandlungen und Medikamente zur Folge. Besonders für Haushalte mit niedrigem Einkommen wirkte sich das negativ aus, da nun ein grösserer Teil der Einkünfte der Haushalte

¹ Vgl. u.a. World Bank, Moldova: Health Policy Note: The Health Sector in Transition, November 2003, Quelle:
[http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/\\$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf), S. 5.

für Gesundheitskosten aufgebraucht wurde. Aufgrund Untersuchungen der Haushaltsausgaben und Schätzungen der informellen Zahlungen («out of pocket») ist die private Finanzierung der Gesundheitskosten wahrscheinlich doppelt so hoch wie die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben.²

Derzeit leben über 60 Prozent der Bevölkerung unter der Armutsgrenze.³

Seit 1997 wird das Gesundheitssystem in der Republik Moldau langsam reformiert: Für die primäre medizinische Versorgung werden HausärztInnen / AllgemeinpraktikerInnen ausgebildet, die Bettenzahl in den Krankenhäusern reduziert und der Finanzierungs- und Planungsmechanismus dezentralisiert. Damit können die bestehende Infrastruktur optimiert sowie die Budgetausgaben reduziert werden. Jedoch verfügen Spitäler, Kliniken und Arztpraxen (im öffentlichen und privaten Sektor) immer noch über eine überholte technische Ausrüstung und die fachlichen Kenntnisse des medizinischen Personals sind veraltet.⁴ Das im Rahmen der Reform des Gesundheitssektors eingeführte Hausärztesystem weist derzeit noch viele Mängel auf: Die Ausbildung ist zu kurz (aus finanziellen Gründen von 17 auf 4 Wochen verkürzt), wird nur in Rumänisch, der moldauischen Amtssprache⁵, angeboten und viele vorherige Spezialisten werden dazu gezwungen.⁶

Seit 2001 gibt es eine neue Finanzierungsweise des Gesundheitssystems und im Jahr 2004 wurde eine obligatorische Krankenversicherung eingeführt, die auf dem Abzug von Lohnanteilen beruht.⁷ Das Krankenversicherungssystem befindet sich seit 2001 in einem Zustand permanenter Veränderung und dieser Prozess ist nicht abgeschlossen.⁸ Im Jahr 2005 betrug der Beitrag der Arbeitgeber und Arbeitnehmer 2 Prozent des Gehalts vom Haupterwerb.⁹

² World Bank, Moldova: Health Policy Note: The Health Sector in Transition, November 2003, Quelle: [http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/\\$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf), S. vi-ix.

³ Die Angaben zur Anzahl Personen, die in der Republik Moldau unter der Armutsgrenze leben, variieren stark. Die hier angegebene Zahl wurde folgender Seite entnommen: Department for International Development, Country Profiles: Europe, 17. August 2005, Quelle: <http://www.dfid.gov.uk/countries/europe/moldova.asp>.

⁴ World Bank, Moldova: Health Policy Note: The Health Sector in Transition, November 2003, Quelle: [http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/\\$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf), S. 14.

⁵ Rumänisch wird von der Ethnie der Moldauer (2,5 Mio. Einwohner) gesprochen. Die grössten sprachlichen und ethnischen Minderheiten bilden die Ukrainer (600'000) und die Russen (562'000). Vgl. Ethnologue, Languages of Moldova, Quelle: http://www.ethnologue.com/show_country.asp?name=MD.

⁶ World Bank, Review of Experience of Family Medicine in Europe and Central Asia: Moldova Case Study, May 2005, Quelle: http://siteresources.worldbank.org/INTMOLDOVA/Resources/Fam_Med_ECA_MD_eng.pdf, S. 38, 73-76, 82, 84 und 88f.

⁷ European Observatory on Health Systems and Policies, Health Care Systems in Transition, HiT Summary: Republic of Moldova, 2004, Quelle: <http://www.euro.who.int/document/E81265sum.pdf>, S. 1f.

EPOS Health Consultants, EPOS Project Database, Health Sector Reform and Health Financing, Republic of Moldova, Public Health Reform, Quelle: http://www.epos.de/Project_Database.182.0.html.

World Bank, Moldova: Health Policy Note: The Health Sector in Transition, November 2003, Quelle: [http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/\\$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf), S. 12 und 50.

⁸ E-Mail von Moldavian League Against Epilepsy, 2. März 2006.

⁹ Price Waterhouse Coopers, Taxnewsletter, 2005, Quelle: http://www.pwcglobal.com/md/eng/ins-sol/publ/pwc_taxnewsletter_eng_2005.pdf.

Besonders schwierig ist die Versorgung von Personen, die keine Beiträge bezahlen können, da diese Krankheitskosten nicht budgetiert und nicht finanziert sind. Die Gefahr ist gross, dass Gesundheitskosten der Unversicherten durch direkte Zahlungen an die schlecht verdienenden Ärzte und das Gesundheitspersonal getragen werden müssen. Bei den Kosten für eine Hospitalisierung sind die direkt zu leistenden Zahlungen dreimal so hoch wie die durchschnittlichen Einkünfte eines Haushalts. Nahezu 40 Prozent der ärmsten Individuen lassen sich nicht behandeln, obwohl es nötig wäre.¹⁰ Kostenlose medizinische Versorgung ist zwar für verschiedene Zielgruppen (Schwangere und Kinder unter fünf Jahren) vorgesehen, doch sind diese Dienstleistungen sehr begrenzt.

Der Zugang zu Medikamenten bei der Behandlung chronischer Krankheiten ist eines der grössten Probleme im Gesundheitssystem der Republik Moldau: Für die Regelung des pharmazeutischen Bereichs ist das Gesundheitsministerium zuständig. Es legt Höchstpreise und das Angebot der Medikamente fest. Die Republik Moldau importiert den grössten Teil des Medikamentenbedarfs. Da über 60 Prozent der Bevölkerung unter der Armutsgrenze leben, können sich viele Menschen die teuren importierten, aber auch andere Medikamente gar nicht leisten.¹¹ Es gibt einige wenige Ausnahmen, wo Medikamente spezifischen sozialen Gruppen kostenlos abgegeben werden. Der öffentliche Sektor des Gesundheitssystems verfügt nur über die grundlegendsten Medikamente für die Notfallversorgung, in den grösstenteils privaten Apotheken sind hingegen fast alle Medikamente gegen Bezahlung erhältlich. Vielfach ist aber die Qualität der Medikamente mangelhaft.¹²

2 Behandlung der Epilepsie, Typ Grand Mal

In der Republik Moldau gibt es eine Sektion der International League Against Epilepsy¹³. Gemäss Auskunft der Moldavian League Against Epilepsy (MLAE) existieren **in der Republik Moldau** einige psychiatrische Kliniken mit Epilepsie-Abteilungen für Langzeitbehandlungen mit Medikamenten. In **Chisinau** gibt es zwei neurochirurgische Abteilungen in Kliniken, in welchen Diagnosen gestellt (CT, MRI) und chirurgische Eingriffe vorgenommen werden können. Dort ist die technische Ausrüstung auf einem vergleichsweise tiefen Niveau. Deshalb werden in einigen Fällen auch PatientInnen für chirurgische Eingriffe ins Ausland überwiesen. Eine Behandlung im Aus-

¹⁰ World Bank, Moldova: Health Policy Note: The Health Sector in Transition, November 2003, Quelle: [http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/\\$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf), S. vi-ix

¹¹ European Observatory on Health Systems and Policies, Health Care Systems in Transition, HiT Summary: Republic of Moldova, 2004, Quelle: <http://www.euro.who.int/document/E81265sum.pdf>, S. 2f. und 7.

¹² World Bank, Review of Experience of Family Medicine in Europe and Central Asia: Moldova Case Study, May 2005, Quelle: http://siteresources.worldbank.org/INTMOLDOVA/Resources/Fam_Med_ECA_MD_eng.pdf, S. 73f. EPOS Health Consultants, EPOS Project Database, Health Sector Reform and Health Financing, Republic of Moldova, Public Health Reform, Quelle: http://www.epos.de/Project_Database.182.0.html. World Bank, Moldova: Health Policy Note: The Health Sector in Transition, November 2003, Quelle: [http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/\\$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf), S. 14f. und 26.

¹³ <http://www.ilae-epilepsy.org/Visitors/Chapters/index.cfm>.

land muss von den PatientInnen **selber finanziert** werden. Nur in wenigen Fällen hat die moldauische Regierung sich an diesen Kosten beteiligt. Grundsätzlich hängt die Möglichkeit einer Behandlung von der Hartnäckigkeit der zu behandelnden Person, von ihrer Herkunft (Stadt/Land) und vom behandelnden Arzt (dessen Klinik) ab. Nach Auskunft der MLAE sind die vom Gesuchssteller benötigten Medikamente in der Republik Moldau im Vergleich zum üblichen Lebensstandard **sehr teuer. Eine arbeitslose Person kann sich diese Medikamente nicht leisten.**¹⁴

Gemäss Auskunft von IOM Moldova ist die Behandlung von Epilepsie Typ Grand Mal in der Republik Moldau in einer psycho-neurologischen Klinik in **Chisinau** möglich und erfolgt nach den Erkenntnissen des aktuellen Forschungsstandes. Bei Versicherten ist die stationäre Behandlung durch die Krankenversicherung in den meisten Fällen gedeckt. Die beiden **Medikamente**, die der Gesuchssteller erhält, sind grundsätzlich in lokalen Apotheken erhältlich: Eine Box Depakin kostet 200 MDL, eine Box Lamictal ist etwa 400 MDL (100 MDL sind ca. 10 Schweizer Franken).¹⁵

Gemäss Auskunft von Herrn Dr. Rasul Baghirov (WHO Regional Office for Europe) übernimmt die **Krankenversicherung** die Behandlungskosten der Epilepsie in drei Fällen: wenn (1) der Patient entweder arbeitet oder (2) als arbeitslos registriert ist (erhält nach Anmeldeprozedur Bestätigung durch die Behörden) oder (3) wenn er als Invalider registriert ist (ebenfalls eine Anmeldung und Prüfung durch Behörden). **Ohne Krankenversicherung** hat ein Epilepsie-Patient in der Republik Moldau die Möglichkeit, von einem speziellen nationalen Programm zu profitieren, welches unabhängig vom Versichertenstatus eine kostenlose elementare psycho-neurologische Behandlung garantiert. Um in dieses Programm aufgenommen zu werden, muss sich der Patient bei einem Hausarzt anmelden, der ihn dann an einen Spezialisten weiterleitet. Dieses Programm deckt allerdings keine Untersuchungen und Leistungen ausser der Notfallversorgung und der kostenlosen Versorgung mit Medikamenten.¹⁶ Wieviele Personen von diesem Programm profitieren können, konnten wir nicht feststellen.

3 Risiken bei einer Rückkehr

Falls der Gesuchssteller im letzten Monat vor der Rückreise einen Epilepsieanfall hatte, braucht er für die Reise jemanden, der ihn begleitet und ihm bei einem Anfall die nötigen Medikamente verabreichen kann.¹⁷

Nach den Angaben in der Anfrage könnte der Gesuchssteller nicht mehr in seinen Beruf als Offizier der Armee zurückkehren.

¹⁴ E-Mail von Moldavian League Against Epilepsy, 2. März 2006.

¹⁵ E-Mail von IOM Moldova, 18. Januar 2006.

¹⁶ E-Mail von Dr. R. Baghirov, WHO Regional Office for Europe, 24. Februar 2006.
World Bank, Review of Experience of Family Medicine in Europe and Central Asia: Moldova Case Study, May 2005, Quelle:
http://siteresources.worldbank.org/INTMOLDOVA/Resources/Fam_Med_ECA_MD_eng.pdf, S. 30.

¹⁷ E-Mail von IOM Moldova, 18. Januar 2006.

Zur Möglichkeit des Gesuchstellers, eine Arbeit ausüben zu können, gibt es allgemeine Regeln:¹⁸

- Anfallspatienten sollten nicht in grösseren Höhen, auf Gerüsten o. ä. arbeiten.
- Eine Tätigkeit, bei der Schwimmen notwendig sein kann, ist nicht geeignet. Fahrtätigkeiten mit Personenbeförderung oder dem Führen schwerer LKW scheiden aus.
- Schichtdienst ist zu vermeiden, da durch unregelmäßigen Schlaf Anfälle provoziert werden können.
- Bei Patienten mit Flickerlichtempfindlichkeit (hauptsächlich bei idiopathisch-generalisierten Epilepsien) sollte dieser Reiz gemieden werden.

4 Fazit

Davon ausgehend, dass der Gesuchsteller bei einer Rückkehr keine finanzielle Unterstützung von Seiten der Familie erhalten würde und auch nicht wieder als Offizier arbeiten kann, müsste er als Unversicherter die Kosten einer Behandlung (weitgehend) selbst übernehmen. Für unversicherte Personen ist die Lage prekär. Sie könnten zwar **theoretisch** eine kostenlose elementare psycho-neurologische Behandlung erhalten, bei dieser handelt es sich lediglich um eine Notfallversorgung. Weitergehende Kosten müsste er selbst tragen. Um als Nichterwerbstätiger eine Krankenversicherung abschliessen zu können, müsste er seine Arbeitslosigkeit oder seine Invalidität von den betreffenden Behörden bestätigen lassen.

Es ist jedoch unklar, ob die Krankenkasse tatsächlich für Kosten aufkommen würde, die nicht durch Lohnanteile finanziert sind. Angesichts der Tatsache, dass viele Krankheitskosten selbst bei Versicherten durch informelle oder formelle Zahlungen an Ärzte oder Krankenpersonal getragen werden müssen, ist zu befürchten, dass die Registrierung von Erwerbslosen oder Invaliden bei einer Behörde keineswegs ein Entstehen der Versicherung für alle oder einen Teil der Krankheitskosten nach sich zieht. Zu viele Fragen hinsichtlich Finanzierung, Qualität und Effizienz der Krankenversicherung sind noch offen.¹⁹ Sicher ist nach Auskunft der MLAE dass eine arbeitslose Person **nicht** in der Lage ist, die sehr teuren Medikamente oder die Behandlung zu bezahlen.²⁰

¹⁸ Epilepsie-Netz, Epilepsie und Berufstätigkeit, Quelle: <http://www.epilepsie-netz.de/158/Epilepsie-Ratgeber/Beruf.htm>.

¹⁹ World Bank, Review of Experience of Family Medicine in Europe and Central Asia: Moldova Case Study, May 2005, Quelle: http://siteresources.worldbank.org/INTMOLDOVA/Resources/Fam_Med_ECA_MD_eng.pdf, S. 41. World Bank, Moldova: Health Policy Note: The Health Sector in Transition, November 2003, Quelle: [http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/\\$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/ECA/MoldovaWeb.nsf/9798a0c608da996dc2256b480049c511/916d9e900417301ec2256e1a00473ad7/$FILE/Moldova%20Health%20Policy%20Note11-03-03.pdf), S. 39f.

²⁰ E-Mail von Moldavian League Against Epilepsy, 2. März 2006.

Profil der SFH-Länderanalyse

Wer sind wir

Die Schweizerische Flüchtlingshilfe unterhält als Dachverband der Hilfswerke CARITAS, HEKS, SRK, SAH und VSJF unabhängig von schweizerischen Behörden eine asylspezifische Länderanalyse, die Teil des internen Ressourcenzentrums Protection ist. Die Länderanalysearbeit bildet ein zivilgesellschaftliches Korrektiv zu behördlichen Einschätzungen im Asylverfahren: www.osar.ch/country-of-origin

Was wollen wir

Die SFH verfügt über eigene länderspezifische Kompetenzen, die aktiv in Form von Analysen und Positionen (Richtlinie zur Einschätzung der Schutzbedürftigkeit) zur Situation in Herkunftsländern zuhanden der Behörden und Öffentlichkeit eingesetzt werden. Die SFH bietet dank ihrer Länderkompetenzen und Netzwerke den primären Schweizer Zielgruppen (Rechtsberatungsstellen, RechtsanwältInnen, Hilfswerkvertretung) Zugang zu schwer beschaffbaren und qualitativ hochwertigen Herkunftsländerinformationen.

Wie arbeiten wir?

Die Länderanalyse arbeitet unabhängig, vernetzt und systematisch. Die Länderanalyse hat Zugang zu Informationsnetzwerken in Herkunftsländern und zu externen Länder-ExpertInnen, Organisationen und Institutionen in der Schweiz und anderen Ländern. Aufgrund zahlreicher Arbeitsaufträge und begrenzter Kapazitäten benötigen länderspezifische Recherchen einen zeitlichen Vorlauf.

Was sind unsere Produkte?

Die Länderanalyse-Produkte sind auf das Schweizer Zielpublikum zugeschnitten. Intern und/oder extern erstellt werden Lageberichte, Themenpapiere, Gutachten / Einzelfallrecherchen und Länder-Basisinfos auf der Grundlage von Informationsnetzwerken, Recherchen und Abklärungsreisen: www.osar.ch/country-of-origin. Die Länderanalyse arbeitet mit an der Herkunftsländer-Plattform des European Country of Origin Network (www.ecoi.net).

Was sind unsere Arbeitsschwerpunkte?

Aufgrund asylpolitischer und -statistischer Entwicklungen (Rückkehr, Gesuchszahlen, Bestand Asylsuchende) sowie der Informationsbedürfnisse (Anfragen) der primären Schweizer Zielgruppen und unserer begrenzten Kapazitäten werden Arbeitsschwerpunkte jährlich neu überprüft. Folgende Herkunftsländer stellen 2006 einen besonderen Arbeitsschwerpunkt (Berichte, Themenpapiere, Positionen, Recherchen) dar:

Afrika: Angola, Äthiopien, DR Kongo, Eritrea, Somalia

Asien: Afghanistan, Sri Lanka, Tschetschenien

Europa: Bosnien, Kosovo, Mazedonien, Serbien-Montenegro, Türkei

Mittlerer/Naher Osten: Irak, Iran, Syrien

Weyermannsstrasse 10
Postfach 8154
CH-3001 Bern

Für Paketpost:
Weyermannsstrasse 10
CH-3008 Bern

T++41 31 370 75 75
F++41 31 370 75 00

info@osar.ch
www.osar.ch

PC-Konto
30-16741-4
Spendenkonto
PC 30-1085-7

Zu weiteren wichtigen Herkunftsländern nimmt die Länderanalyse aufgrund besonderer Aktualität sowie bei Gefährdungslagen abhängig von internen Kapazitäten selbst oder mit Hilfe externer ExpertInnen Stellung. Der Länderanalyse stehen 160 Stellenprozent und begrenzte PraktikantInnen-Kapazitäten zur Verfügung.

Wie finanzieren wir uns

Die SFH finanziert sich durch Spendengelder und Mitgliederbeiträge. Unterstützen Sie die Arbeit der Schweizerische Flüchtlingshilfe: PC-Konto 30-1085-7.