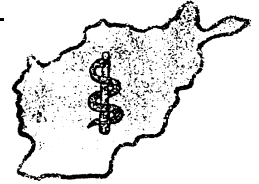


Medicina Afghanica



Bulletin zur Gesundheitsversorgung in Afghanistan

Nr.: 1
März 1999

ZUR INFRASTRUKTUR DES GESUNDHEITSWESENS

Das Gesundheitswesen in Afghanistan ist aus historischen Gründen in erster Linie klinisch orientiert, kurativ und auf die eher entwickelten urbanen Regionen beschränkt. Dieses städtische, kurativ fokussierte Gesundheitswesen konnte nicht den Anforderungen einer breiten Mehrheit der Bevölkerung gerecht werden, die in entfernten Dörfern leben. Somit erstreckt sich die Ausdehnung des Gesundheitswesens auf eine geringe Minderheit der Bevölkerung, die auf etwa 25 Prozent der Gesamtbevölkerung geschätzt wird. Darüber hinaus herrscht offensichtlich eine ungeheure Ungleichheit bei der Verteilung von Gesundheitseinrichtungen und Personal. Vor den gegenwärtigen Eskalationen des Konfliktes befanden sich 58% aller Krankenhäuser, alle spezialisierten und Spitzeneinrichtungen in der Hauptstadt Kabul. Die Mehrheit aller Einrichtungen des Gesundheitswesens war auf Kabul beschränkt, so z.B. 43% der Apotheken, 58% der Röntgeneinrichtungen, 70% aller Familienplanungskliniken und 78% der Mutter-Kind-Dienste.

Zwei Drittel aller 2.400 im Lande zugelassenen Ärzte, die mit dem Gesundheitsministerium zusammenarbeiten, praktizierten 1990 in Kabul. Andere Arten von Gesundheitsberufen schließen 1.270 Krankenschwestern, 441 Hebammen, 326 Laboranten und 461 midlevel health-workers ein, um nur einige Kategorien zu nennen, die der o.g. urbanen Struktur entsprechen. Das Ungleichgewicht innerhalb der Infrastruktur und bei der Verteilung des Personals im Gesundheitswesen ist so enorm, daß es Jahre dauern würde, hier Fortschritte zu erzielen.

In den angrenzenden Gebieten findet sich eine in vieler Hinsicht ähnliche Problemlage. Die Verteilung der Einrichtungen in ländlichen Gebieten ist vollständig aber meistens sind diese auf bestimmte Teile des Landes konzentriert, deren Grundlage weder die demographischen Erfordernisse noch koordinierte Planung sind. Das gesamte Gesundheitspersonal umfaßt etwa 4000 Leute, von denen 246 Ärzte, 335 Schwestern, 1586 midlevel health workers, 93 Laboranten und 1517 basic health workers sind.

In den ländlichen Gebieten basiert die Versorgung notwendigerweise auf folgenden Personalebene: Gesundheitshelfer (Basic health workers=bhw), primary health workers (phw) und midlevel health workers, die aus den ländlichen Gebieten rekrutiert wurden, um nach Abschluß ihrer Ausbildung wieder in ihre Gemeinde zurückzukehren. Dies ermöglicht eine bedeutende Anzahl von Gesundheitspersonal. Dieses kann in den Gemeinden aufgesucht werden, verfügt jedoch nicht über die dazugehörigen Überweisungs- und Konsultationsstrukturen, Unterstützung oder Supervision. Diese gemeindebezogene Public Health Work ist im Augenblick zugänglicher als jemals zuvor. Assessment-Teams

Editorial

Für in Deutschland lebende Afghanen wie für Deutsche ist es schwierig konkrete Fakten zur Situation der Gesundheitsversorgung der afghanischen Bevölkerung in Afghanistan zu erhalten. "Medicina Afghanica" will hierzu ihr zugängliche Daten aus nationalen wie internationalen Publikationen veröffentlichen. Diese oft eher statistischen Angaben sollen soweit möglich durch aktuelle Erfahrungsberichte vertieft werden.

Als weiteren Schwerpunkt will "Medicina Afghanica" Initiativen vorstellen, die sich der Verbesserung der Gesundheitsversorgungssituation in Afghanistan widmen, um damit u.a. zur Transparenz beizutragen und eine Unterstützung der Initiativen anzuregen.

Aufgenommen werden weiterhin Informationen, die für afghanische Mediziner und Medizinerinnen in Deutschland von Bedeutung und Interesse sein können, ebenso Hinweise auf aktuelle Publikationen und Veranstaltungen bezüglich Afghanistan.

Die Redaktion

In dieser Ausgabe:

Gesundheitsversorgung und med. Personal
Daten aus UNICEF-Report 1998
Arbeitslose Mediziner – Arbeitsmarkt-Information
Möglichkeiten der NRO Arbeit in Afghanistan
Literaturhinweise

haben herausgefunden, daß dieses Personal weithin recht gute Qualität im gemeindebezogenen Public Health Care-Sektor leistet und auch gut von seinen Dörfern akzeptiert wird. Diese aktive Partizipation der Gemeinde wurde mit höchster Priorität verfolgt und die Bewohner bringen sich zunehmend aktiv in diesen Bereich der Primary Health Care ein. Nur auf diese Weise können sich die Leistungen im Gesundheitswesen auch auf diejenigen erstrecken, die ihrer am meisten bedürfen.

Grundlage der Health-Care-Pyramide ist das lokale Gesundheitszentrum, der Gesundheitsposten (VHV und Hebammen). Die meisten Gesundheitsprobleme, die in Afghanistan den Tod oder Behinderungen verursachen, können auf der dörflichen Ebene von VHV's behandelt werden, denen Gesundheitshelfer und primary health workers zur Seite stehen, die in Subhealth Centern arbeiten und ein Überweisungssystem benutzen, das Unterstützung und Feedback gewährleistet.

Wenn primary health workers und basic health workers gleichzeitig die erste Anlaufstelle im "formalen" Gesundheitssystem sind, arbeiten sie auf SHC-Ebene. Dieses Personal wird ausgebildet, grundlegende präventive Gesundheitserziehung zu erkennen, etwa potentiell lebensbedrohliche Zustände wie Durchfallerkrankungen, Malaria und akute Atemwegsinfektionen. Schließlich werden sie zur Unterstützung bei Impfprogrammen ausgebildet. Dieses Personal unterstützt die VHV's und Hebammen des Gesundheitspostens auf dörflicher Ebene. Das Personal oder das Grundstück werden von einem Gemeindeleiter gespendet.

Die nächste Ebene ist die der "alakadari", also der Sub Health-Center. In einem Sub Health Center (SHC) arbeiten ein midlevel healthworker mit zwei bis drei PHW/BHW und versorgen Gemeinden mit einer Größe von 5000 bis 8000 Einwohnern. Der midlevel health worker wird ausgebildet, wie man die häufigsten Krankheiten (70-80% der Patienten) diagnostizieren und behandeln kann und unterstützt Health Posts als Außenstelle durch PHW/BHW's.

Die nächste Ebene ist das Basic Health Center (BHC). Im besten Fall ist es mit einem Arzt und einem Team von midlevel health workers besetzt und besteht aus Laborant, Sanitäter, Compowder [??], Schwester, Hebamme und anderen midlevel health workers und Hilfspersonal für Impfungen (Vaxinator). Diese Art Einrichtung ist darauf ausgerichtet, eine Bevölkerungszahl von 15000 bis 25000 Menschen in einem Umkreis von acht bis zehn Kilometern zu versorgen.

Nächste Ebene ist das Woleswali (=Bezirks)-Krankenhaus, das für eine Bevölkerungszahl von 50.000 Menschen ausgelegt ist. In einem Woleswali-Krankenhaus arbeiten ein bis drei Ärzte und haben eine Betten-Kapazität von etwa 10 bis 20 Patienten, ein Fellabor und ein mobiles Röntgengerät. Es dient gleichfalls als wichtigste Anlaufstelle der Patienten aus 3-4 Basic Health Centers oder Subhealth Centers.

Die nächste Ebene sind die Krankenhäuser der Provin-

zen, die für eine Kapazität von 50-100 Betten ausgelegt sind und spezialisierte medizinische Hilfe leisten können, also die wichtigsten chirurgischen Eingriffe, Tiefgefriereinrichtungen und Labor, sowie Radiologie. Es ist Anlaufstelle für alle Basic Health Centers und Sub Centers im Verwaltungsgebiet des Krankenhauses.

Die regionalen Krankenhäuser sind für die Versorgung von 3-6 Provinzen ausgelegt und haben üblicherweise eine Kapazität von 150-200 Betten. Die medizinischen Leistungen, die erbracht werden können, sind alle medizinisch und chirurgisch spezialisierten Eingriffe mit fortschrittlicheren technischen Einrichtungen sowie einem Labor, Radiologie und anderen unterstützenden Leistungen.

Aufgrund der zahlreichen Konflikte in den letzten Jahren ist die tatsächliche Anzahl der praktizierenden Gesundheitseinrichtungen auf allen Ebenen nicht genau zu ermitteln. Die absoluten Zahlen inmitten einer labilen politischen Lage ändern sich, und obgleich unbekannt ist, welche physischen Ressourcen überhaupt existieren, ist es notwendig, eine Bestandsaufnahme in standardisiertem Format vorzunehmen.

Der bedeutendste Teil dieses Aktionsplans ist eine sofortige Rehabilitation (entweder top-down oder bottom-up) der Einrichtungen und Leistungen des Gesundheitswesens. Das bedeutet verstärkte Partizipation in den Gemeinden, insbesondere auf dörflicher Ebene. Durch eine Vielzahl an Verfahren wird dieses Vorgehen gefördert, um ein PHC-Programm zu implementieren, das vom Volk fürs Volk und durch das Volk aufrecht erhalten wird. Wenn erst einmal die grundlegendsten medizinischen Leistungen am Platze sind und Unterstützung für die primary health workers auf Dorfebene erbracht werden kann, wäre der nächste Schritt, einen Handlungsfokus (focal point) für die Gemeindeleitung in jedem Dorf oder in einem Cluster von Dörfern - je nach spezifischen Erfordernissen - zu identifizieren.

Die leitenden Mitglieder einer Gemeinde in den Dörfern können nun motiviert werden, ein Komitee im Dorf oder ein ähnliches Verfahren zu organisieren, das als Institution innerhalb einer Kommune Entscheidungen trifft. Dies ermöglicht Planung, Unterstützung, Implementierung und Evaluation der Entwicklung der medizinischen Versorgung programmgemäß als ein Teil der grundlegendsten und dringendsten Bedürfnisse der Gemeinde. Die Aufgabe der Komitees eines Dorfes auf Bezirksebene ist, den Dorfbewohnern technische oder materielle Hilfe zu leisten, sie bei der Planung und Implementierung der dringendsten Notwendigkeiten zu unterstützen sowie die Auswahl der VHV's. Die VHV's erhielten dann berufsspezifische und anwendungsorientierte Ausbildung, so daß sie genau wüßten, was wann wie zu tun sei. Die Ausbildung wird auch das Wissen einschließen, wann und wo Patienten überwiesen werden müssen. Ihre Arbeit wird regelmäßig durch das Personal des Health Centers einschließlich der BHW oder der Primary health workers, die wesentlich für ihre Aus-

bildung sind, überwacht. Auf diese Weise hätte das Health Center ein Außenstellen-Element zu dem VHV, das in Kooperation mit der Gemeinde und dem Gesundheitszentrum agieren würde.

Quelle: WHO - Information v. 13.8.1996

Gesundheitsversorgung und med. Personal

Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung ist nach wie vor völlig unzureichend. Nach Angaben des UNDP (Human Development Report 1996) haben nur 17 % der ländl. und 80 % der städt. Bevölkerung Zugang zu den Gesundheitsdiensten und 5 % resp. 39 % zu Trinkwasser ("safe water"). Dank seiner klimatischen Bedingungen ist das Land weit weniger von Epidemien bedroht als andere Entwicklungsländer. Verbreitetste Krankheiten sind Malaria, Tuberkulose, Typhus, Ruhr und Cholera. Die größten Gesundheitsrisiken gehen aber von den direkten Kriegsfolgen aus. Die Ernährungslage ist prekär: Die Nahrungsproduktion ist auf wenig mehr als die Hälfte zurückgegangen, sie betrug 1993 nur noch 59 % des Durchschnitts der Jahre 1979-1983; die Versorgung mit Nahrungsenergie beträgt mit (1992) 1.523 Kcal pro Kopf und Tag nur noch drei Viertel des Existenzminimums. 19 % der Säuglinge kommen mit Untergewicht zur Welt. Die ärztliche Versorgung ist mit einem Arzt je 7.692 Einw. etwas besser als in manchen

anderen der ärmsten Länder, es fehlt aber an ärztlichem Hilfspersonal (1 Krankenschwester je 11.121 Einw.). Nach Ausbruch des Bürgerkrieges hat sich die Situation weiter verschlechtert.

Medizinisches Personal: Die Zahl der Ärzte (UNDP 1991: 2.233) geht zurück (1989: 2.957) ebenso wie die der Zahnärzte (267 nach 329), Apotheker (510), Krankenschwestern (1.451 nach 2.135) und Hebammen (338).

Rund 80% der Ärzte praktizieren in Kabul, wo es auch rund 60 % der Krankenhausbetten gibt. Der Ausbildungsstandart ist niedrig, die wenigen qualifizierten Mediziner wurden im Ausland ausgebildet. Über die Zahl der Krankenhäuser und Krankenbetten liegen keine aktuelle Zahlen vor.

Quelle: Länderhefte: Afghanistan / Munzinger-Archiv / IH-Länder aktuell 25/97, S. 2/3

Bereitstellung der sozialen Grunddienste

Auszug aus der WHO-Publikation "Afghanistan. 1999 Appeal", Genf, Dezember 1998, S. 30/31

Ziel ist es, die **Lebensbedingungen** auf gerechter und dauerhafter Grundlage zu verbessern. Um das zu erreichen, müssen Einrichtungen in folgenden Bereichen zur Verfügung gestellt und gefördert werden: Gesundheitsvorsorge, einschließlich der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung; Erziehungsweisen; Trinkwasser- und Sanitäreinrichtungen; Unterkünfte, sowie Hilfe für Schwache.

Um diese Einrichtungen zur Verfügung stellen zu können, muß die Infrastruktur (vor allem das Transportwesen, das Fernmeldewesen und Energiequellen) auf dem Land und in der Stadt verbessert und die entsprechende Lebensmittelversorgung sichergestellt werden. Ein weiteres unverzichtbares Element ist die Schaffung einer funktionierenden Wirtschaft, die u.a. von künstlicher Bewässerung und dem Wiederaufbau in Landwirtschaft und Industrie abhängt. Sehr wichtig ist, daß alle Programme bei ihren Zielgruppen die schwächsten Glieder der Gesellschaft berücksichtigen, d.h. Behinderte mit einbeziehen, und daß sich alle Programme, wenn möglich, auf die Notwendigkeit konzentrieren, die Abhängigkeit von der illegalen Opiumherstellung in ländlichen Gebieten abzubauen. Die Integration Behinderter erfordert Programme, die ihr Hauptaugenmerk auf ihre besonderen Bedürfnisse legen.

Zur aktuellen Lage

Beachtliche Fortschritte wurden in der Trinkwasserversorgung und dem Bau von Sanitäreinrichtungen erzielt, vor allem **auf dem Land**. Seit 1990 hat die Entwicklungsgesellschaft den Anteil der ländlichen Bevölkerung, der Zugang zu Trinkwasser hat, erhöht. Schätzungsweise 20% der Landbevölkerung haben inzwischen sauberes Wasser, und die Möglichkeit, einen ähnlichen Fortschritt in den nächsten Jahren beizubehalten, ist gegeben.

In den Städten ist die Lage vielschichtiger, da die anfänglichen Versuche, Wasserleitungen über mittlere oder große Strecken wiederherzustellen, sich als unhaltbar erwiesen haben, vor allem weil es schwierig war, gesicherte, langfristige Unterstützung durch Spenden zu bekommen, und weil die Behörden zur Zeit nicht in der Lage sind, die Leitungen instandzuhalten. Verbesserungen wurden erzielt bei der Entsorgung von flüssigem und festem Müll, doch hier gibt es noch viel zu tun. Die meisten Stadtzentren sind weitgehend zerstört, ganze Stadtviertel sind ausgelöscht, Produktions-

stätten und Bearbeitungsbetriebe fehlen ganz, und die Elektrizitätsversorgung ist ganz oder teilweise zum Erliegen gekommen. Beträchtliche Teile vor allem von Kabul sind noch von Minen oder scharfen Bomben verseucht, ein Umstand, der die Menschen davon abhält, Häuser wiederaufzubauen, und den Wiederaufbau von Rohrleitungen und Brunnen, Gebäuden und Produktionsstätten verhindert, um nur einige Beispiele zu nennen.

Die Teilnahme an der **Erziehung** läßt auf allen Ebenen zu wünschen übrig, wobei Mädchen in ländlichen Gebieten besonderen Restriktionen unterliegen - nur bis zu drei Prozent besuchen regelmäßig die Schule. Trotz gesetzlicher Vorschriften, die den Zugang einschränken und des allgemein niedrigen Stands technischer Sachkenntnis in Afghanistan macht sich eine steigende Nachfrage nach Unterricht für Mädchen und für Jungen gleichermaßen deutlich bemerkbar. Gefragt sind nicht nur traditionelle Fächer, sondern auch praktische Kenntnisse des Alltags, wie zum Beispiel Gesundheit, Hygiene, Elternschaft, Bewußtsein für die Gefahr von Minen usw. Die BBC-Serie *New Home, New Life* hat mit ihrem zwanglosen Erziehungsprogramm breite Bevölkerungsschichten erreicht.

Die hohe Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren und jungen Müttern, die Anfälligkeit für Diarrhöe, akute Atemwegsinfekte, Malaria, Tuberkulose und durch Schutzimpfung abwendbare Krankheiten, sowie Geburtenhäufigkeit und hohe Fertilität verdeutlichen die ernstesten Gesundheitsprobleme, die in diesem Land noch immer existieren. Ein Schlüsselproblem ist der unzureichende Zugang zu qualifizierten Entbindungsstationen - pränatale und postnatale Betreuung, auch in Nottfällen -, der Mangel an ärztlicher Schwangerenbetreuung, sowie fehlende Familienplanung.

Immerhin wurde ein gewisser Fortschritt erzielt, nachdem man von einem **zentralisierten, vertikalen Gesundheitssystem abgerückt** ist und Wert auf eine Heilbehandlung in einem regionalisierten, eingegliederten System legt, **das vorbeugenden Maßnahmen und medizinischer Erstversorgung besonderen Wert** beimißt. Heute gibt es viel mehr Kliniken für medizinische Erstversorgung als vor dem Krieg.

Schätzungsweise 700.000 Menschen sind körperlich oder geistig behindert. 25% von ihnen sind Amputierte, 25% Opfer von Kinderlähmung, und

die restlichen 50% sind blind, taub, leiden an Gehirnlähmung, sind geistig behindert oder mehrfach behindert. Durch Landminen hervorgerufene Verletzungen belasten das Gesundheitssystem besonders stark. Zwanzig Kriegsjahre haben eine große Anzahl von

öffentlichen und privaten Gebäuden zerstört und den meisten Menschen jegliche Einkommenschance genommen, was dazu geführt hat, daß viele Familien obdachlos oder vertrieben sind.

Übersetzung: Marion Balkenhol

Auswirkung des Krieges in Afghanistan

Rüdiger Hänlein

Bisher kamen mehr als 1 Million Menschen durch den Krieg ums Leben, darunter ungefähr 400.000 Kinder. 1,7 Millionen Menschen wurden zu Krüppeln. Zeitweise befanden sich mehr als 5 Millionen Menschen auf der Flucht, von denen etwa 3 Millionen in Pakistan und 1 Million im Iran lebten. Alle derzeit bekannten kriegsparteien Afghanistans wurden von anderen Staaten finanziell und mit Waffen unterstützt und repräsentieren die Interessen dieser Staaten. Deshalb und weil im Laufe des Krieges staatliche Strukturen wie auch traditionelle Sozialstrukturen und die wirtschaftlichen Grundlagen zerstört wurden, scheitern bisher alle diplomatischen Vermittlungsversuche.

Die moderne Forderung der meisten Kriegsparteien

nach Zentraler Staatlichkeit widerspricht dem höchst ungleichen Modernisierungsgrad zwischen Stadt und Land, zwischen Stammestradition und städtischem Leben sowie der völligen ethnischen, religiösen und tribalen Zersplitterung des Landes. Nur die strikte Beendigung äußerer Einflußnahme und die konsequente Demilitarisierung könnten einen breit angelegten Prozeß der allmählichen Annäherung afghanischer Gruppen über den Kreis der gegenwärtigen Kriegsparteien hinaus ermöglichen und traditionelle Konfliktlösungsmuster der afghanischen Gesellschaft reaktivieren.

In: Das Kriegsgeschiehen 1997, Daten und Texten zu der Kriege und bewaffneten Konflikten, Interpendanz Nr. 22/1998, Hrsg. Stiftung für Entwicklung und Frieden, Bonn.

Die Minensituation

Auszug aus der WHO-Publikation "1998. Consolidated Appeal for Afghanistan", Genf, Januar 1998, S. 35-37

Hintergrund / aktueller Stand

Afghanistan gehört weltweit zu den Ländern, die am schwersten von Landminen verseucht sind. Nach dem Stand vom November 1997 beträgt das Gebiet, das nach neuesten Erkenntnissen noch vermint ist, 725 Quadratkilometer. Ein Großteil dieses Gebietes

könnte sonst anderweitig für produktive ökonomische und soziale Zwecke genutzt werden, wie zum Beispiel für künstliche Bewässerung, Landwirtschaft, als Weidefläche, zum Straßenbau und als Wohn- und Industriegebiete.

Minenverseuchtes Gebiet in Afghanistan

<i>Indikatoren</i>	<i>Zahlen</i>
Wichtige noch verminte Fläche insgesamt	323,7 km ²
Wohngebiet	11,1 km ²
landwirtschaftliche Flächen	144,3 km ²
Bewässerungsgebiet	2,5 km ²
Straßen	36,0 km ²
Weideland	129,8 km ²
Weniger wichtige verminte Fläche	401,3 km ²
Verminte Fläche insgesamt	725,0 km ²

Daten aus "WORKPLAN 1997", herausgegeben von UNOCHA/MAPA

Während allgemeingültige Zahlen über minenbedingte Verletzungen, Behinderungen und Todesfälle aus dem Land selbst nicht bekannt sind, zeichnen die Daten, die zur Verfügung stehen, ein düsteres Bild. Die Daten lassen den Schluß zu, daß täglich mehr als zehn Menschen von Minen oder nicht entschärften Bomben getötet oder verletzt werden.

Tabelle: Todesfälle und Verletzungen in Verbindung mit Minenräumarbeiten

Für den Wiederaufbau Afghanistans ist es überaus wichtig, Minen und nicht explodierte Bomben zu räumen. Minen und scharfe Bomben behindern die Lieferungen humanitärer Hilfe und den Prozeß der Sanierung und Entwicklung in Städten und auf dem Land. Die Schulung des Bewußtseins von Frauen, Männern und Kindern für die Gefahr durch Landminen gehört dazu, wenn das Problem der Landminen und scharfen Bomben angesprochen wird, und hilft den Gemeinden, mit der Bedrohung zu leben, die sie darstellen.

Leider erfordert die Arbeit des Minenräumens noch immer eine viel zu hohe Zahl von Unglücksfällen. Dennoch sollten Erfahrung, neue Technologien und erneute Schulungsbestrebungen für eine systematische Reduzierung in den kommenden Jahren sorgen. Die Aufgabe des U-NOCHA-Minensuchprogramms für Afghanistan (MAPA) ist es, Afghanistan von der Bedrohung durch Landminen und explosive Materialien zu befreien.

Der Prozentsatz an jährlich von Minen geräumtem Gebiet ist um das Fünffache gestiegen, seitdem das Programm einsetzte. Die Kosten für die Räumung eines Quadratmeters sind von 1,68 US\$ im Jahre 1993 auf weniger als 0,60 US\$ im Jahre 1997 gesunken.

Übersetzung: Marion Balken-

Von Minen geräumtes Gebiet (Stand: 31. Dezember 1997)

Kindersoldaten in Afghanistan

Michael Pohly

Afghanistan befindet sich seit 21 Jahren im Kriegszustand - so lange wie kaum ein anderes Land. Eine ganze Generation ist dort herangewachsen, für die der Krieg bislang überlebt haben, sind häufig nicht nur Opfer von physischer Gewalt geworden, sondern auch von traumatischen Erlebnissen geprägt. Zukunftsängste und Mißtrauen gegenüber der Erwachsenenwelt sind unter ihnen weit verbreitet.

Das Gewalt ein entscheidender Faktor in der emotionalen Entwicklung dieser Kinder war, spiegelt sich auf dramatische Weise in ihrer Selbstwahrnehmung. Die meisten rechnen damit, zu sterben, bevor sie erwachsen sind. Laut einer Studie von UNICEF-Mitarbeitern gaben fast drei viertel der Kinder an, den Tod eines Familienmitglieds erlebt zu haben; bis zwei Fünfteln war ein Elternteil umgekommen. In rund 100.000 Familien sind Witwen der Haushaltsvorstand. Schätzungsweise 300.000 bis 400.000 Kinder sind seit Beginn des Krieges aufgrund der Kämpfe umgekommen. Alleine in den ersten neun Monaten des Jahres 1998 wurden 3084 Opfer von Landminen gezählt. Das Internationale Rote Kreuz berichtet, daß von den 26.309 Amputationen, die die Organisation seit 1987 durchgeführt hat, 11 Prozent Kinder unter 14 Jahren betrafen.

Die Kinder Afghanistans sind aber nicht nur Opfer von Gewalt, von Bombardierungen oder Vertreibungen, sondern sie sind seit Beginn des Krieges auch

an den Kämpfen beteiligt. Sobald sie in der Lage sind, ein Gewehr zu tagen, werden sie im Kampfgeschehen eingesetzt....

Allerdings hat sich die Rolle von Kindern im Laufe des Krieges stark gewandelt. Zu Beginn, nach der sowjetischen Invasion von Ende 1979, wurden Kinder in den verschiedenen Guerillafronten eher sporadisch eingesetzt - je nach der Haltung der lokalen Kommandeure. Zu regelrechten Soldaten wurden Kinder anfangs vor allem von der Kommunistischen Regierung in Kabul gemacht. Mit dem zunehmenden Einfluß der islamistischen Gruppen in Afghanistan, nahm die Zahl der Kinder zu, die systematisch als Soldaten ausgebeutet wurden, und die Bedeutung der Kindersoldaten wuchs....

Schätzungsweise 15 bis 20 Prozent der Soldaten sind in Afghanistan derzeit Kinder und Jugendliche. Der Anteil ist bei allen Konfliktparteien ungefähr gleich hoch. Auch die Methoden der Rekrutierung - etwa Gewalt gegenüber den Eltern oder die Verführung in den Koranschulen - sind auf allen Seiten zu finden. Armut und Unwissenheit sind der Boden, auf dem dieser Krieg gedeiht. Ausländische Interessen tun ein übriges, um ihn in Gang zu halten, während die Bevölkerung längst kriegsmüde ist. Die Kinder werden so nicht nur um ihre Kindheit betrogen, sondern auch um ihre Zukunft

Auszug aus dem Beitrag "Die Kinder erwarten, nicht alt zu werden" des Autors, in: der überblick Nr. 4/98, S. 35-38.

Hinweis

Wir möchten auf zwei informative wie interessante Studienhefte / Reader der Evangelischen Akademie Iserlohn aufmerksam machen, die anlässlich zweier Tagungen (Jahr 1996 sowie 1998) erstellt wurden. Bestellung bei:
Ev. Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 58638 Iserlohn, Tel.: 02371 / 3520, Fax 35 21 69

- Studienheft 12/96: Prof. Dr. A. Ghanie Ghaussy,
Der Islam in Afghanistan. Seine Entwicklung von den historischen Anfängen bis zur
Gegenwart. Ein Beitrag zur Tagung "Bewahrung von Kultur und Menschenrechten in
Zeiten des Krieges in Afghanistan"
75 Seiten, DM 10,- (plus 2,- für Versand)
- Studienheft 12/98: Im Zeichen der Taliban. Afghanistan und die "International Community"
109 Seiten, DM 13,- (plus 2,- DM für Versand)

Möglichkeiten der NRO Arbeit in Afghanistan unter den Taleban

Mohammed Belal El-Mogaddedi

Die Arbeit der NROs muß im Vorgriff auf künftige Entwicklungsperspektiven langfristige Ziele definieren, die erörterungsfähig sind. Es muß darum gehen, aus der reinen humanitären Arbeit strukturelle Segmente zu finden und zu fördern, die es dem Land ermöglichen werden, sich langfristig selbst zu entwickeln. Kurze Projekte sind schön und gut, aber nur im Bereich der Soforthilfe sinnvoll. Der kurze Aufenthalt der NRO Mitarbeiter in Afghanistan mag dann von kurzer Dauer sinnvoll sein, wenn punktuelle Hilfe vonnöten ist, aber auch unter Taleban wird es ein Expertentum geben, bei denen die Helfer nicht gleich das Land verlassen, wenn sie ihre Eingewöhnungsphase hinter sich haben. Es gibt erste positive Ansätze des Umdenkens, wie z.B. in Großprojekten von NROs im Sanitär- und Baumaterialwesen. Dafür dürften auch künftig qualifizierte und erfahrene Dauer - Fachkräfte notwendig sein. Die NROs sollen in Afghanistan kein zum Staat parallel existierendes Wiederaufbauwesen anstreben, sondern sich auch ihrer begrenzten Möglichkeiten bewußt sein.

Die Taleban könnten Partner, wenn auch zugegebener Maßen keine einfachen Partner, für die NROs werden. Allerdings bin ich der Auffassung, daß sich die NROs

Anm.: Die Taleban haben die Vereinten Nationen (UN) aufgefordert, Ihre Mandat in Afghanistan wiederaufzunehmen. Die Sicherheit der UN-Mitarbeiter wolle man gewährleisten.

erst dann wieder entfalten können, wenn die internationale Staatengemeinschaft endlich beginnt, mit Afghanistan eine diplomatische Beziehung aufzubauen. Eine mögliche diplomatische Öffnung besonders der westlichen Staaten für Afghanistan, darf nicht von der Präsenz der Taleban oder einer anderen Gruppe an der Spitze des afghanischen Staates abhängig gemacht werden. Besonders die Bundesrepublik Deutschland ist gefordert - wie mit dem Iran - auch mit Afghanistan einen "kritischen Dialog" zu pflegen. Die Aufhebung der Suspendierung von Hilfsgeldern der EU und des BMZ für Afghanistan muß mit einer derartigen Öffnung einhergehen. Der andauernde Boykott, die Degradierung Afghanistans zu einem Zufluchtsort für angeblichen Terroristen und der kürzlich erfolgte Angriff auf das Territorium Afghanistans durch die USA fördern nur die radikalen Kräfte unter den Machthabern Afghanistans und führen zu weiteren Einigelung des Landes.

Quelle: Auszug aus gleichlautenden Beitrag des Autors, erschienen im Studienheft Nr.12/98 der Ev. Akademie Iserlohn, S. 87-99

Arbeitslose Mediziner - Arbeitsmarkt-Information

Eine Broschüre der ZAV

Arbeitslose Mediziner in Deutschland - das war jahrzehntelang einer realitätsferne Vorstellung. Inzwischen liegt die Arbeitslosenquote bei Ärzten bei etwa dreieinhalb Prozent. Diese Entwicklung hat, so die Zentralstelle für Arbeitsmarktvermittlung (ZAV), weitreichende Konsequenzen für die ärztliche Weiterbildung in den Krankenhäusern.

Nicht nur würden hier Stellen aus Sparsamkeitsgründen gestrichen. Hinzu komme, daß viele Fachärzte ihre sicheren Positionen nicht mit der unsicheren Perspektive als niedergelassener Arzt tauschen wollen. Die Konsequenz: Es ist immer weniger Bewegung im System, und junge Ärzte finden nur noch schwer Weiterbildungsstellen. Sie müssen zuneh-

mend Kompromisse schließen und kürzere Laufzeiten ihrer Arbeitsverträge akzeptieren und müssen sich mit längeren Phasen der Arbeitslosigkeit zwischen zwei Verträgen anfinden.

Um diesem Personenkreis und Medizinstudenten zu helfen, hat die Zentralstelle für Arbeitsvermittlung an der Bundesanstalt für Arbeit in Frankfurt am Main eine Broschüre herausgegeben, die über die derzeitigen Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt für Mediziner informiert.

Die 56 Seiten starke Broschüre "Qualifizierte Fach- und Führungskräfte: Ärztinnen und Ärzte" ist kostenlos bei der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung, Arbeitsbereich 10.20, Postfach 17 05 45, 60079 Frankfurt/M., Tel. (069) 7111-203, -414 erhältlich.

Afghanistan: Past, Present and Future.

Institute of Regional Studies (ed., 1997), 509 pp., Pan Graphics (Pvt) Ltd.; Islamabad, ISBN 969-2020-11-X

The book under review is an output of fifteen years research work done at the Institute of Regional Studies, Islamabad. Contently it represents a collection of updated articles/research papers which were written and already published in 1980s - 1990s by a team of eminent Pakistani authors in the field: journalists, diplomates, analysts. The Project was completed due the support of Konrad-Adenauer-Stiftung and their Islamabad representative, Dr. Rüdiger Zülch.

Structurally it is three-sectional analysis of the Afghan conflict from a historical and geo-political/regional perspectives, the set of actual issues, expressing the intricate and complicated nature of past and recent developments in Afghanistan: nature of state authority and legitimacy, political parties' formation, tribal and ethno-regional politics, impact of external determinants, etc. Indeed, there are topics which repeatedly attracted attention of some analysts, but the authors of the present volume try to find their own, more or less original point of view.

Literaturhinweis

Matin Baraki: Die Beziehungen zwischen Afghanistan und der Bundesrepublik Deutschland 1945-1978 dargestellt anhand der wichtigsten entwicklungspolitischen Projekte der Bundesrepublik in Afghanistan. Peter Lang, Frankfurt/M., 1996, XIX/690 S., 168,00 DM

Die Marburger Dissertation des afghanischen Politikwissenschaftlers Matin Baraki ist eine materialreiche Untersuchung von neun westdeutschen Entwicklungsprojekten in Afghanistan. Der Verfasser stützt seine Argumentation auf eine Vielzahl von veröffentlichten und unveröffentlichten Analysen und Dokumenten und läßt die Akteure ausführlich zu Wort kommen.

Impressum

Herausgeber: Vereinigung zur Förderung des Gesundheitswesens Afghanistans e.V.
Anschrift: c/o Dr. Wardak, Lentersweg 27, D- 22339 Hamburg
Tel./Fax: 040 – 538 640 3, Email: MedAfghan@aol.com

Redaktion: Yahya Wardak, Dieter Hampel
Erscheinungsweise: halbjährlich, Jahresabo: 10 DM
Für Mitglieder der Vereinigung ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Die Herausgabe (Druck) dieser Ausgabe wurde unterstützt vom "Ärzteprogramm" der Deutsche Stiftung für internationale Entwicklung/Berlin und der Abteilung Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg.