

Tadschikistan: Gesundheitsversorgung für afghanische Flüchtlinge

Auskunft der SFH-Länderanalyse

Bern, 1. Juni 2022

Impressum

Herausgeberin
Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH)
Postfach, 3001 Bern
Tel. 031 370 75 75
Fax 031 370 75 00
E-Mail: info@fluechtlingshilfe.ch
Internet: www.fluechtlingshilfe.ch
Spendenkonto: PC 30-1085-7

Sprachversionen
Deutsch

COPYRIGHT
© 2022 Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH), Bern
Kopieren und Abdruck unter Quellenangabe erlaubt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Afghanische Flüchtlinge in Tadschikistan	4
2.1	Zugang zu Registrierung und Asylverfahren	4
2.2	Zugang zu Gesundheitsversorgung	5
2.3	Deportationen	6
3	Behandlung eines Hirnschlags	7
3.1	Begrenzte Notfallversorgung und veraltete Behandlungsmethoden	7
3.2	Ungenügendes und korruptes Gesundheitssystem	8
4	Quellen	12

Dieser Bericht basiert auf Auskünften von Expertinnen und Experten und auf eigenen Recherchen. Entsprechend den COI-Standards verwendet die SFH öffentlich zugängliche Quellen. Lassen sich im zeitlich begrenzten Rahmen der Recherche keine Informationen finden, werden Expertinnen und Experten beigezogen. Die SFH dokumentiert ihre Quellen transparent und nachvollziehbar. Aus Gründen des Quellenschutzes können Kontaktpersonen anonymisiert werden.

1 Einleitung

Situation: Afghanisches Ehepaar in Tadschikistan, der Beschwerdeführer hat letztes Jahr einen Hirnschlag erlitten. Der Beschwerdeführer ist seit dem Hirnschlag sehr geschwächt. Es wird von einem hohen Risiko eines erneuten Hirnschlags ausgegangen.

1. Gibt es für Flüchtlinge Zugang zur Gesundheitsversorgung?
2. Wie sieht die Behandlungsmöglichkeit konkret für Flüchtlinge mit einem Risiko auf Hirnschlagenerkrankung aus? Gibt es im Falle des Erleidens eines Hirnschlags eine ausreichende Versorgung?
3. Besteht das Risiko einer Rückschiebung von Tadschikistan nach Afghanistan?

Die Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH) beobachtet die Entwicklungen in Tadschikistan seit mehreren Jahren.¹ Aufgrund von Auskünften von Expert*innen und eigenen Recherchen nimmt die SFH zu den Fragen wie folgt Stellung:

2 Afghanische Flüchtlinge in Tadschikistan

2.1 Zugang zu Registrierung und Asylverfahren

Rund 12'000 afghanische Flüchtlinge in Tadschikistan. Nach der Verschlechterung der Lage in Afghanistan im Jahr 2021 verzeichnete Tadschikistan laut UNHCR (2022) einen stetigen Anstieg der Zahl der Asylsuchenden, die seit Januar 2021 durchschnittlich 662 Personen pro Monat umfasste. Der Höchststand der Ankünfte wurde im August verzeichnet. Die meisten afghanischen Staatsangehörigen kamen formell und mit gültigen Dokumenten in Tadschikistan an und erhielten tadschikische Visa. Seit Januar 2021 sind 5710 Personen eingereist und haben Asyl beantragt, so dass sich die Gesamtzahl der Flüchtlinge und Asylsuchenden im Land im Dezember 2021 auf etwa 12'000 belief (UNHCR, 2022).

Bereitschaft der Regierung zur Aufnahme von afghanischen Flüchtlingen schien im Verlauf des Jahres 2021 abzunehmen. Noch im Juli 2021 kündigte die tadschikische Regierung laut *Amnesty International* (AI, 2022) ihre Bereitschaft an, 100'000 Flüchtlinge aus Afghanistan aufzunehmen. Im August 2021 berichteten die Medien, dass 2000 Flüchtlinge aus Afghanistan Tadschikistan durchquert hätten und alle in Drittländer umgesiedelt worden seien. (AI, 2022). Das *US Department of State* (USDOS, 2022) weist darauf hin, dass bereits im August 2021 berichtet wurde, dass mehreren Asylsuchenden die Einreise nach Tadschikistan verweigert wurde, obwohl sie Verfolgung in Afghanistan befürchteten. *Amnesty International* berichtete, dass der Innenminister im September 2021 erklärte, dass Tadschikistan nicht über die Infrastruktur verfüge, um viele Flüchtlinge aufzunehmen. Weitere 200 afghanische Staatsangehörige versuchten im September 2021, nach Tadschikistan einzureisen, aber nur 100 Frauen und Kinder wurden zugelassen (AI, 2022). Auch USDOS (2022) berichtete, dass die

¹ www.fluechtlingshilfe.ch/publikationen/herkunftslanderberichte.

tadschikische Regierung die Landgrenze für Asylsuchende schloss und vielen (aber nicht allen) Neuankömmlingen die Einreise verweigerte.

Widersprüchliche Gesetzgebung: Zugang zum Asylverfahren und zu Schutz wird stark erschwert. Die Regierung Tadschikistans erkennt die Taliban-Regierung nicht an und betrachtet laut UNHCR (2022) weiterhin alle Einreisen aus Afghanistan von Personen, die ein Asylgesuch stellen wollen, unter dem Gesichtspunkt der nationalen Sicherheit als ein Risiko und hält daher an einer Politik der geschlossenen Grenzen fest. Die Situation wird durch die COVID 19-Pandemie noch verschärft, da der Zugang von Asylsuchenden nach Tadschikistan über die Landesgrenzen, selbst mit gültigen Visa, ernsthaft eingeschränkt wird. Der Schutzwille wird laut UNHCR immer kleiner, und der Zugang zu Tadschikistan ist aufgrund von Widersprüchen zwischen dem Flüchtlingsgesetz und dem Strafgesetzbuch weiterhin eingeschränkt oder gar nicht möglich (UNHCR, 2022). Laut USDOS (2022) entsprechen das Verfahren zur Feststellung des Flüchtlingsstatus sowie die Gerichtsverfahren nicht den internationalen Standards. Das Strafgesetzbuch stellt Asylsuchende, die illegal eingereist sind, unter Strafe, während das Flüchtlingsgesetz besagt, dass die illegale Einreise keine Straftat darstellt. Aufgrund dieser widersprüchlichen gesetzlichen Bestimmungen laufen Asylsuchende Gefahr, verhaftet und abgeschoben zu werden, ohne Zugang zu einem Asylverfahren zu haben (USDOS, 2022). Trotz der Klausel, dass Asylsuchende bei illegalem Grenzübertritt nicht bestraft werden dürfen, wenden die Grenzbehörden laut UNHCR (2022) nach wie vor einen restriktiven Ansatz an. Dieser orientiert sich am Strafgesetzbuch, das bei illegalem Grenzübertritt eine Inhaftierung und anschliessende Abschiebung vorsieht. Das UNHCR hat wiederholt seine Besorgnis darüber zum Ausdruck gebracht, dass afghanischen Bürger*innen, die in Tadschikistan Sicherheit suchen, der Zugang zu Asylverfahren und Schutz erschwert wird. Im Juli 2021 setzten die lokalen Behörden die Ausstellung von Aufenthaltsgenehmigungen für alle neu eingereisten Afghan*innen aus, obwohl ein solches Dokument Voraussetzung für die Beantragung von Asyl ist. Etwa ab Mitte August 2021 erhielten auch die konsularischen Vertretungen Tadschikistans in Afghanistan die informelle Anweisung, keine Visa mehr für afghanische Staatsbürger*innen auszustellen. Darüber hinaus hat die *staatliche Kommission für die Bestimmung des Flüchtlingsstatus* laut UNHCR (2022) ihre Arbeit zur Prüfung von Asylanträgen auf Flüchtlingsstatus eingestellt. Beobachter berichten, dass seit Mitte August 2021 keine neuen Asylanträge mehr bearbeitet wurden (USDOS, 2022). Somit haben alle afghanischen Staatsangehörigen, die ihren Wohnsitz nicht vor diesen Entwicklungen vor Ort angemeldet haben, keinen Zugang zu Asylverfahren und müssen mit Geldstrafen, möglicher Verhaftung und Zwangsrückführung rechnen (UNHCR, 2022).

Bestechungsgelder für Ausstellung von Flüchtlingsausweisen nötig. Die Regierung stellt Asylsuchenden während der Bearbeitung ihrer Asylanträge durch die *staatliche Kommission zur Bestimmung des Flüchtlingsstatus* eine befristete Bescheinigung und nach der Zuerkennung des Flüchtlingsstatus einen Flüchtlingsausweis als Nachweis für den legalen Aufenthalt aus. Zahlreiche Quellen berichten, dass Beamte, die Flüchtlinge registrieren, für die Ausstellung befristeter und dauerhafter Flüchtlingsausweise Bestechungsgelder verlangen, die in einigen Fällen 2000 Dollar übersteigen (USDOS, 2022).

2.2 Zugang zu Gesundheitsversorgung

Anerkannte Flüchtlinge und Asylsuchende haben Zugang zu Gesundheitsdiensten. Nach Angaben von USDOS (2022) geniessen von der Regierung anerkannte Flüchtlinge die gleichen sozioökonomischen Rechte wie tadschikische Staatsangehörige und können sich

legal im Land aufhalten. Flüchtlinge und Asylsuchende haben laut USDOS ebenso wie die einheimische Bevölkerung ungehinderten Zugang zu Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsdiensten.

Behandlung und Medikamente sind in Tadschikistan generell kostenpflichtig. Nach Angaben der *International Organization for Migration* (IOM, 2021) gibt es in Tadschikistan kein nationales Krankenversicherungssystem, das die Behandlung und die Medikamente abdeckt. Kinder unter drei Jahren müssten kostenlos behandelt werden. Aber diese Regel werde laut IOM aus verschiedenen Gründen nicht immer befolgt (IOM, 2021). Alle medizinischen Dienstleistungen seien gebührenpflichtig. Nur vulnerable Gruppen haben Zugang zu kostenloser medizinischer Grundversorgung (IOM, 2020).

Verbot des Aufenthalts in grösseren Städten und Razzien bei Flüchtlingsbevölkerung. Die Regierung hat Asylsuchenden und registrierten Flüchtlingen laut USDOS erhebliche Beschränkungen auferlegt und ihnen den Aufenthalt in der Hauptstadt und allen grösseren Städten des Landes untersagt. Die Sicherheitsbehörden überwachen regelmässig die Flüchtlingsbevölkerung. Die Polizei führte Razzien bei Flüchtlingsgruppen durch, wenn der Verdacht bestand, dass sie sich in verbotenen Gebieten aufhielten. Dies schränkt ihre Möglichkeiten ein, Arbeit zu finden und zur Schule zu gehen, ein (USDOS, 2022). Da ländliche Gebiete eine mangelhafte Gesundheitsversorgung aufweisen (siehe Kapitel 3.2.), ist es möglich, dass dies auch den Zugang der Flüchtlinge zur Gesundheitsversorgung beeinträchtigt.

Lage für Asylsuchende ohne Zugang zum Asylverfahren ist laut UNHCR katastrophal. Diese sind dringend auf humanitäre Hilfe angewiesen. Die sozioökonomische Lage in Tadschikistan wird weiterhin durch die COVID-19-Pandemie beeinträchtigt und weiter verschärft, was sich nicht nur auf die Geschäfts- und Lebensmöglichkeiten der Flüchtlinge, sondern auch auf die der einheimischen Bevölkerung auswirkt. Die Lage für neu angekommene Asylsuchende, die aufgrund des fehlenden Zugangs zu Asylverfahren nicht in den Genuss der sozioökonomischen Rechte kommen, ist katastrophal. Der tadschikischen Regierung fehlen derzeit Einnahmen, um ihren Haushaltsverpflichtungen nachzukommen, insbesondere im Bereich der sozialen Dienste. Vor diesem Hintergrund sind Flüchtlinge, Asylsuchende und andere bedrohte Personen laut UNHCR (2022) auf humanitäre Hilfe angewiesen.

UNHCR leistet begrenzte humanitäre Hilfe auch im medizinischen Bereich. Obwohl sich die Aktivitäten von UNHCR hauptsächlich auf die Interessenvertretung und den Schutz konzentrierten, leistet es begrenzte humanitäre Hilfe, um den am meisten gefährdeten Familien zu helfen. UNHCR leistete über seinen NGO-Partner *Refugees, Children, and Vulnerable Citizens* Hilfe bei medizinischen Ausgaben (USDOS, 2022). Nach Angaben von UNHCR (2022) konnten so zwischen Juli und Dezember 2021 1180 Flüchtlinge kostenlose medizinische Beratung erhalten, 957 Flüchtlinge wurden an Spezialist*innen überwiesen, 327 Betroffene mit Behinderungen erhielten finanzielle Unterstützung durch Erstattung oder Beschaffung von Medikamenten und 317 Personen erhielten eine Erstattung für medizinische Ausgaben (UNHCR, 2022).

2.3 Deportationen

Dokumentierte Abschiebungen und «freiwillige» Rückführungen im Herbst 2021. Wie bereits erwähnt, hatte UNHCR wiederholt seine Besorgnis darüber zum Ausdruck gebracht, dass afghanischen Schutzsuchenden in Tadschikistan der Zugang zu Asylverfahren und

Schutz erschwert wird. Obwohl UNHCR eine Nichtrückführungsempfehlung für Afghanistan herausgegeben hat, die der tadschikischen Regierung mitgeteilt wurde, gab es mehrere Fälle von Deportationen aus Tadschikistan nach Afghanistan. Dem UNHCR sind mindestens fünf Fälle von Zwangsrückführungen nach Afghanistan im Monat November 2021 bekannt, von denen insgesamt 37 Personen betroffen waren (UNHCR, 2022). USDOS berichtet, dass im November 2021 elf afghanische Asylsuchende abgeschoben, wurden, nachdem ihr Visum abgelaufen war und sie sich nicht als Flüchtlinge registrieren lassen konnten (USDOS, 2022). Eine Gruppe von 80 Afghan*innen wurde Berichten zufolge im Oktober 2021 «freiwillig» nach Afghanistan zurückgeführt, nachdem sie zwei Monate auf einer Insel im Grenzfluss in Tadschikistan verbracht hatten und ihnen von Tadschikistan die weitere Einreise verweigert worden war. Eine solche Rückführung kann nach Einschätzung von UNHCR Asylsuchende der Gefahr der Verfolgung in ihrem Herkunftsland aussetzen und stellt eine Zurückweisung dar, die einen schweren Verstoss gegen das Abkommen von 1951 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und das Übereinkommen von 1984 gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe darstellt. Die Republik Tadschikistan ist Vertragsstaat beider Konventionen (UNHCR, 2022).

Risiko der Abschiebung besteht laut USDOS weiterhin. Nach Einschätzung von USDOS (2022) dominierten nationale Sicherheitsbedenken in Tadschikistan weiterhin die behördlichen Entscheide in Bezug auf Flüchtlinge und deren Schutz und Menschenrechte, wodurch sich das Risiko der Abschiebung von Asylsuchenden und Flüchtlingen häufig erhöhte. Im Laufe des Jahres 2021 widerrief die Regierung den Status von sechs Flüchtlingsfamilien (28 Personen); ihnen drohte eine Bestrafung und anschliessende Abschiebung. Im Juni 2021 änderte die Regierung das Gesetz, um die Abschiebung auszuschliessen. Trotz der Aktualisierung des Gesetzes besteht laut USDOS weiterhin die Gefahr der Abschiebung (USDOS, 2022).

3 Behandlung eines Hirnschlags

3.1 Begrenzte Notfallversorgung und veraltete Behandlungsmethoden

Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache in Tadschikistan. Nach Angaben einer Fachpublikation von *Aringazina et al.* aus dem Jahr 2018 sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache in Tadschikistan. Zwischen 1990 und 2010 habe die Belastung durch nicht-übertragbare Krankheiten, insbesondere koronare Herzkrankheiten und Schlaganfälle, in Tadschikistan zugenommen. Im Zeitraum 2005-2011 stieg die Herz-Kreislauf-Erkrankungen-Sterblichkeit von 63 auf 67 Fälle pro 100'000 Einwohner, d. h. von 46,8 Prozent auf 48,82 Prozent der gesamten Sterblichkeitsrate (Aringazina et al., 2018).

Zugang zu medizinischer Notfallversorgung bei Schlaganfall begrenzt und Behandlungsmethoden veraltet. Nach Angaben von *Aringazina et al.* (2018) ist der Zugang zu medizinischer Notfallversorgung bei einem akuten Herzinfarkt begrenzt. Die wichtigsten Leistungen werden auf der Ebene der zentralen Bezirkskrankenhäuser erbracht (Verschreibung von Aspirin, Betablockern und Angiotensin-umwandelnden Enzyminhibitoren), aber der Zugang zur Thrombolyse-Therapie sei begrenzt. Bei der Behandlung von Schlaganfällen würden zudem veraltete Methoden angewandt, die nicht auf einer evidenzbasierten Medizin beruhen.

Das Land verfüge über keine evidenzbasierten klinischen Leitlinien für die Behandlung von Schlaganfall-Patient*innen (Aringazina et al., 2018).

Ambulanzdienst unzureichend bei medizinischen Notfällen wie Schlaganfall. Der auf Zentralasien spezialisierte *Professor Sebastian Peyrouse*² wies in einem Bericht aus dem Jahr 2020 darauf hin, dass der Zugang zu medizinischen Einrichtungen in einem so gebirgigen und armen Land schwierig sein könne. Das mangelhafte Strassennetz, und das unzureichende öffentliche Verkehrssystem verschärfen die schlechte Anbindung an die Städte. In Notfällen ist der Mangel an leicht zugänglichen Krankenhäusern besonders kritisch. Der Ambulanzdienst in Tadschikistan ist veraltet und unzureichend, selbst in den Grossstädten. Ausländische Hilfe, zum Beispiel aus Indien, ist nach Angaben von *Peyrouse* zwar wertvoll, beschränke sich aber auf die Bereitstellung von bestenfalls ein paar Dutzend Fahrzeugen. Der private Transport mit inoffiziellen Taxis sei daher das wichtigste Mittel, um medizinische Einrichtungen zu erreichen, auch in zeitkritischen Fällen wie bei einem Herzinfarkt oder Schlaganfall. Dies ist nach Einschätzung von *Peyrouse* besorgniserregend, da 30 Prozent der Bevölkerung unter der nationalen Armutsgrenze leben und sich private Taxidienste nicht leisten können. Daher sind die Bewohner*innen ärmerer Regionen wie der Provinz Gorno Badakhschan selbst in gravierendsten Notfällen auf die unterbesetzten und schlecht ausgestatteten örtlichen Gesundheitszentren angewiesen (*Peyrouse*, 2020).

3.2 Ungenügendes und korruptes Gesundheitssystem

Generell alarmierender Zustand des Gesundheitssystems. *Peyrouse* beschrieb die Lage des Gesundheitssystems Tadschikistans in dem Bericht im Juli 2020 als alarmierend: Von allen Staaten der ehemaligen Sowjetunion investiert Tadschikistan jährlich am wenigsten in das Gesundheitswesen, nämlich nur 55 US-Dollar pro Kopf, ein Betrag, der im Wesentlichen dem in Afghanistan entspricht. Seit mehr als 30 Jahren habe sich der Mangel an Investitionen in Verbindung mit dem autoritären Charakter der staatlichen Führung Tadschikistans negativ auf das medizinische System ausgewirkt (*Peyrouse*, 2020). Auch die *Bertelsmann Stiftung* weist darauf hin, dass Tadschikistan unter einer sich verschlechternden Infrastruktur und einem schlechten öffentlichen Gesundheitssystem leide. Alle Bereiche des öffentlichen Dienstes leiden demnach unter Unterfinanzierung, ausufernder Korruption, willkürlichen Eingriffen übergeordneter Behörden und unzureichender technischer Ausstattung (*Bertelsmann Stiftung*, 2022).

Behauptete Verbesserung steht in krassem Widerspruch zu veralteter und maroder Infrastruktur und Geräte, fehlenden Medikamenten, unzureichender Versorgung mit Strom, Wasser, Heizung und Abwassersystem. Trotz der Ankündigung der Regierung, im Rahmen des kürzlich verlängerten «Programms staatlicher Garantien zur Versorgung der Bevölkerung mit medizinischer und sanitärer Hilfe für 2017-2019» 560 Spitäler und Gesundheitszentren im ganzen Land neu zu bauen, sei unklar, ob die Mehrheit dieser neuen Einrichtungen tatsächlich existieren. Die Informationen über den Standort und die Eröffnungstermine der geplanten 560 medizinischen Einrichtungen blieben vage. Für ein Land, in dem die Errungenschaften im Bereich der Sozialfürsorge von den staatlich kontrollierten Medien in der Regel ausgiebig gefeiert werden, sei es nach Einschätzung von *Peyrouse* erstaunlich, dass die neu gebauten

² Professor Sebastian Peyrouse ist am Institute for European, Russian and Eurasian Studies (IERES) der George Washington University tätig.

Einrichtungen in der Presse kaum Beachtung finden. Die von der Regierung behauptete Verbesserung der Gesundheitsinfrastruktur steht in krassem Gegensatz zu den zahlreichen Schwierigkeiten der Bevölkerung. Die meisten medizinischen Einrichtungen wurden zwischen den 1930er und den späten 1970er Jahren gebaut und ihr Zustand hat sich seit dem Zusammenbruch der Sowjetunion erheblich verschlechtert. Es fehlte an Mitteln, um die alten Strukturen zu modernisieren oder neue zu bauen. Viele medizinische Einrichtungen verfügen über veraltete oder funktionsuntüchtige Geräte, es fehlt an grundlegenden Medikamenten oder sogar an einer ausreichenden Versorgung mit Strom, Wasser und Heizung sowie an einem Abwassersystem (Peyrouse, 2020).

Keine nachhaltigen Investitionen in Gesundheitsbereich. Hinzu kommt laut *Peyrouse* (2020), dass die Investitionen der Regierung in die medizinischen Einrichtungen weniger der Verbesserung und dem Ausbau des Systems als vielmehr der Aufbesserung des Images und des Rufs dienen. Dies zeigt sich auch an der geografischen Konzentration der neuen medizinischen Einrichtungen, die sich überwiegend in der Hauptstadt Duschanbe befinden, wo sie als Zeichen des Engagements des Präsidenten zu besichtigen sind, sowie in Khatlon, der Region, aus der Präsident Rahmon stammt, wo sieben der acht medizinischen Zentren des Programms 2017-2019 gebaut wurden. Diese Konzentration auf Khatlon ist Teil der Strategie des Präsidenten, sich die Loyalität der Eliten dieser Region zu sichern. Schliesslich wurden einige medizinische Einrichtungen oder Krankenhäuser aufgrund einer Kombination von Geschäftsinteressen und Korruption und nicht aufgrund eines logischen, rationalen Ziels der Gesundheitsversorgung gebaut. Örtlichen Ärzt*innen und gesammelten Zeugenaussagen zufolge wurden mehrere Geschäftsleute, die keine Erfahrung im medizinischen Management haben, durch Zahlung von Bestechungsgeldern an die Präsidentenfamilie ermächtigt, medizinische Einrichtungen zu eröffnen (Peyrouse, 2020).

Verschuldete Krankenhäuser, Ausfall Heizungssysteme und Strom, Mangel an Personal und Medikamenten. Überlastung der regionalen Krankenhäuser wegen mangelhafter Versorgung ländlicher Gebiete. Der Mangel an Finanzmitteln hat dazu geführt, dass einige Krankenhäuser in eine ernsthafte Schuldenfalle geraten sind. In Bokhtar (Provinz Khatlon) sind laut *Peyrouse* (2020) das Zentralkrankenhaus und das regionale klinische Krankenhaus mit fast 50'000 bzw. 19'000 US-Dollar Schulden zu den Hauptschuldern der Elektrizitätsgesellschaft geworden. Einige medizinische Zentren sind gezwungen, im Winter zu schliessen, weil ihre Heizungssysteme ausfallen (Peyrouse, 2020). Anhaltende Stromausfälle beeinträchtigen den Betrieb der Krankenhäuser nach Angaben der *Bertelsmann Stiftung* (2022) erheblich. Um die medizinischen Einrichtungen in den ländlichen Gebieten ist es laut *Peyrouse* (2020) noch schlimmer bestellt. In den meisten ländlichen Krankenhäusern gibt es nur eine Arztfachkraft, während andere medizinische Einrichtungen in der Regel mit jungen, unerfahrenen Pflegefachkräften besetzt sind und es oft an grundlegenden Medikamenten wie Schmerzmitteln fehlt. Daher ziehen es viele Patient*innen vor, die lokalen Gesundheitszentren zu meiden, die eigentlich für die Primärversorgung zuständig sind, und stattdessen in die städtischen oder regionalen Krankenhäuser zu gehen, die für die Sekundär- und Tertiärversorgung zuständig sind. Dies führt zu einer Überlastung dieser regionalen Einrichtungen, die ihrerseits personell und materiell unzureichend ausgestattet sind, und wirkt sich nachteilig auf die Qualität der von ihnen angebotenen Leistungen aus (Peyrouse, 2020).

COVID-19-Pandemie legte gravierende Defizite und Korruption des Gesundheitswesens offen. Die Reaktion der Behörden auf die COVID-19-Pandemie hatte nach Angaben der *Ber-*

telsmann Stiftung (2022) die Defizite des tadschikischen Gesundheitswesens offenbart. Aufgrund anfänglicher Nachlässigkeit und Verweigerung der Anerkennung von COVID-19 kam es in dem Land zu einer erheblichen Zahl von Todesfällen. Die Infektions- und Sterblichkeitsrate unter Ärzt*innen und medizinischem Personal war wegen des Mangels an persönlicher Schutzausrüstung erschreckend hoch. Im Sommer 2020 funktionierten Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen nur mit den von selbst mobilisierten lokalen Gruppen gesammelten Material-, Lebensmittel- und Ausrüstungsvorräten. Die Familien der von COVID-19 betroffenen Patient*innen waren ohne staatliche Unterstützung mit den exorbitanten Kosten der Behandlung konfrontiert. Während der Pandemie setzte sich die Regierung zwar erfolgreich für finanzielle Unterstützung aus dem Ausland ein. Die Nothilfe konzentrierte sich auf Massnahmen zur Behebung der unmittelbaren Defizite des öffentlichen Gesundheitssystems (wie zum Beispiel Schutzausrüstung, Testkapazitäten und Beatmungsgeräte) und nicht auf dessen strukturelle Defizite. Eine Rechenschaftspflicht für die Hilfe gab es nicht und diese kam nur selten bei den vorgesehenen Empfänger*innen an. Das Gesundheitspersonal berichtete zum Beispiel, dass es für das Material und die Schutzausrüstung bezahlen musste, obwohl diese als humanitäre Hilfe im Land ankamen. Nach Angaben der Weltbank konnten 20 Prozent der Haushalte, die während der Pandemie von ihnen benötigte medizinische Hilfe nicht erhalten (*Bertelsmann Stiftung*, 2022).

Ineffiziente Organisation des Gesundheitswesens. Die Gesundheitsversorgung Tadschikistans leidet auch weiterhin unter der ineffizienten Organisation des sowjetischen Gesundheitswesens. Viele Krankenhäuser sind auf die gleichen Krankheiten oder Bereiche wie Tuberkulose, Kardiologie, Neurologie oder Geburtshilfe und Gynäkologie spezialisiert, was zu einer Verdoppelung und Fragmentierung der Gesundheitsdienste führt. Andererseits sind andere spezialisierte Dienste wie die psychiatrische Versorgung oder die Langzeitpflege für Menschen mit Behinderungen unterentwickelt. Die meisten Menschen, die von solchen Krankheiten betroffen sind, können sich keine speziellen Dienste leisten und werden von ihren Familien versorgt (*Peyrouse*, 2020).

Gravierender Fachkräftemangel. Der ehemalige Gesundheitsminister Nasim Olimzoda, der im März 2020 entlassen wurde, hatte öffentlich eingeräumt, dass in Tadschikistan 1000 Ärzt*innen und 4000 Pflegefachkräfte fehlen, und versprochen, das Problem anzugehen. Gleichzeitig nahm er jedoch die wachsende öffentliche Kritik am Fachkräftemangel im Gesundheitswesen auf die leichte Schulter und behauptete, dass fast 80% der Stellen für Ärzt*innen und 70% der Stellen für Pflegefachkräfte besetzt seien. Trotz der Versprechen der Regierung ist die Zahl der Ärzt*innen pro Kopf der Bevölkerung seit den 1990er Jahren zurückgegangen. Heute hat Tadschikistan mit nur 170 Ärzt*innen pro 100'000 Einwohner*innen eines der niedrigsten Verhältnisse von Ärzt*innen zu Bürger*innen in Zentralasien oder Europa. Die Zahl der Pflegefachkräfte liegt mit 444 pro 100'000 Einwohner weit unter derjenigen anderer Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Dem Land fehlt es auch an Fachärzt*innen, darunter Anästhesist*innen, Zahnärzt*innen, Infektiolog*innen, Suchtmediziner*innen («*Narcologists*»), Epidemiolog*innen und Psychiater*innen. Selbst wenn die vom Gesundheitsminister genannten Zahlen stimmen würden, müssen laut *Peyrouse* viele Allgemeinmediziner*innen die Aufgaben einer kinderärztlichen, therapeutischen und gynäkologischen Fachkraft sowie diejenigen einer Hebamme übernehmen. Ausserdem sind die Ärzt*innen gezwungen, einen grossen Teil ihrer Zeit mit Verwaltungsaufgaben zu verbringen, was die Zeit, die sie für die Behandlung der Patient*innen aufwenden können, erheblich einschränkt. Schliesslich sind in den genannten Zahlen auch Ärzt*innen im Rentenalter enthalten, die wei-

terarbeiten, sowie Ärzt*innen, die in unterbesetzten Krankenhäusern oder medizinischen Einrichtungen, vor allem in den Provinzen, in mehreren Positionen gleichzeitig arbeiten. Hinzu komme laut *Peyrouse*, dass die meisten Ärzt*innen in der Hauptstadt Duschanbe arbeiten, während in den Provinzen und vor allem in den ländlichen Gebieten ein gravierender Mangel an medizinischen Fachkräften, einschliesslich Verwaltungspersonal, herrscht (*Peyrouse*, 2020).

Unzureichende Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals. Neben dem Personalmangel stellt auch laut *Peyrouse* (2020) die unzureichende Ausbildung eine ernsthafte Beeinträchtigung des Gesundheitswesens dar. Das Qualifikationsdefizit ist sowohl auf Probleme im Zusammenhang mit dem medizinischen Hochschulstudium als auch auf die unzureichende oder fehlende medizinische Fort- und Weiterbildung zurückzuführen. Einerseits untergräbt die Korruption das gesamte Bildungssystem, da immer wieder Bestechungsgelder für die Zulassung und für die Noten während des Studiums gezahlt werden müssen. An der für die medizinische Ausbildung zuständigen Avicenna-Universität fehlt es an Ausrüstung, qualifizierten Lehrkräften und angemessenen Labors. Die Lehrmethoden konzentrieren sich nach wie vor mehr auf das Auswendiglernen als auf eine kompetenz- und fähigkeitsbasierte Ausbildung, und die Student*innen erhalten keinen echten klinischen Kontakt. Das Gesundheitsministerium hat zwar beschlossen, die Zahl der Student*innen pro Jahr zu begrenzen, um die Qualität der Ausbildung zu verbessern, doch die zahlreichen strukturellen und methodischen Probleme wurden nicht angegangen. Die Krankenpflege gilt als Beruf mit niedrigem Status, und obwohl Pflegefachkräfte in Krankenpflegeschulen ausgebildet werden, sind sie nach wie vor unterqualifiziert. Die offiziell alle fünf Jahre vorgeschriebene ärztliche Fortbildung wird in der Praxis nicht wirklich umgesetzt. Viele Ärzt*innen haben keinen Zugang zu den notwendigen Programmen, die es ihnen ermöglichen würden, ihre Fähigkeiten und Kenntnisse zu aktualisieren. Es gibt nur wenige Weiterbildungsmöglichkeiten, die sich auf Duschanbe konzentrieren, welche für viele Ärzt*innen aus familiären und finanziellen Gründen nicht zugänglich ist. Die Defizite in der Aus- und Weiterbildung haben offensichtliche Auswirkungen auf die Behandlung. Die mangelnde Ausbildung im Umgang mit Patient*innen beeinträchtigt laut *Peyrouse* auch die Beziehungen des medizinischen Personals zu den Patient*innen und ihren Familien. Laut einer Umfrage aus dem Jahr 2018 beklagte sich so mindestens ein Viertel der Patient*innen über das unhöfliche Verhalten des medizinischen Personals (*Peyrouse*, 2020).

Niedrige Gehälter und Zwangsabgaben im medizinischen Bereich führen zu Mangel an Personal. Abwanderung medizinischer Fachkräfte ins Ausland. Der medizinische Sektor Tadschikistans hat erhebliche Schwierigkeiten bei der Rekrutierung und Einstellung von Personal. Der medizinische Beruf hat aufgrund niedriger Gehälter und schlechter Arbeitsbedingungen viel von seinem Ansehen eingebüsst. Während der Durchschnittslohn in Tadschikistan bei etwa 150 USD pro Monat liegt (was nicht für die Grundbedürfnisse ausreicht), verdient ein Arzt zwischen 78 und 100 US-Dollar pro Monat, während Pflegefachkräfte zwischen 50 und 60 US-Dollar verdienen. Von diesen niedrigen Gehältern werden über die regulären Steuern hinaus noch Zwangsabgaben abgezogen, zum Beispiel für Abonnements von staatlich unterstützten Zeitungen oder Zeitschriften oder für den Unterhalt medizinischer Einrichtungen. Nach Aussagen mehrerer medizinischer Mitarbeitenden sind diese Zwangsabgaben oft undurchsichtig und Teil eines umfassenderen Korruptionspyramidensystems, das einige Mitarbeitende dazu zwingt, den Gegenwert von 40 bis 50 US-Dollar an den Chefarzt zu zahlen, was für unterbezahltes Personal eine beträchtliche Summe darstellt. Auch muss das medizinische Personal häufig Schmiergelder an die Verwaltung zahlen, um sicherzustellen, dass die Erfassung der Daten und Berichte («*reporting*») pünktlich erfolgt und dass es nicht wegen

Verwaltungsübertretungen angeklagt wird. Ein zweites Hauptproblem sei schliesslich die Abwanderung von medizinischem Personal ins Ausland (Peyrouse, 2020).

Notwendigkeit, für Stelle im Gesundheitsbereich Bestechungsgeld zu zahlen, verschärft Problematik des Fachkräftemangels. Trotz des gravierenden Personalmangels sind Stellenbewerbende oft gezwungen, exorbitante Bestechungsgelder zu zahlen, um eine Stelle im Gesundheitsbereich zu bekommen. Diese können laut *Peyrouse* umgerechnet rund 5'000 US-Dollar betragen, um beispielsweise eine Stelle in einem Krankenhaus zu bekommen. Dies führe dazu, dass qualifiziertes Personal arbeitslos bleibt oder auswandert, was das gravierende Problem des Personalmangels verschärfe und das medizinische System des Landes weiter untergrabe (*Peyrouse*, 2020).

Patient*innen müssen Bestechungsgelder bezahlen. Der medizinische Sektor ist nach Angaben von *Peyrouse* (2020) einer der korruptesten Sektoren des Landes, selbst nach Angaben der Agentur für staatliche Finanzkontrolle und Korruptionsbekämpfung. Trotz kostenloser medizinischer Leistungen gibt die Mehrheit der Patient*innen an, dass sie Ärzt*innen während der Konsultation oder dem medizinischen Personal während des Krankenhausaufenthalts Bestechungsgelder zahlen. Nach Angaben der Behörden geht die Korruption zurück, aber Aussagen aus der Bevölkerung widersprechen dieser Behauptung. Die verwaltungstechnische Reaktion der Regierung mit der Strafverfolgung einiger Ärzt*innen entspricht nicht der täglichen Realität der Angehörigen der Gesundheitsberufe und ist kaum geeignet, die weit verbreitete Korruption wirksam zu bekämpfen. Die wenigen Ärzt*innen, die vor Gericht gestellt werden, sind nur ein Tropfen auf dem heissen Stein der Korruption. Wichtig ist, dass die Korruption in vielen Fällen nicht auf die Unehrlichkeit der Angehörigen der Gesundheitsberufe zurückzuführen ist, sondern auf die extrem niedrigen Löhne, die Ärzt*innen und Pflegefachkräfte dazu zwingen, alternative Einkommensquellen zu suchen, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten und ihre Familien zu unterstützen. Es ist unwahrscheinlich, dass sich an dieser Situation etwas ändert, solange keine grundlegenden Reformen durchgeführt werden, einschliesslich der Gewährung von Löhnen, die den Fähigkeiten und der Ausbildung des Gesundheitspersonals entsprechen und die die Schwierigkeit der Arbeit und die langen Arbeitszeiten sowie die Lebenshaltungskosten widerspiegeln. Zudem gibt es auch Berichte über «wirklich korruptes» Gesundheitspersonal, das sich weigert, Patient*innen zu behandeln, die keine Bestechungsgelder zahlen können oder wollen. Die Korruption im medizinischen Sektor ist Teil eines umfassenderen Problems, das in allen staatlichen Diensten und in der gesamten tadschikischen Verwaltung anzutreffen ist und in der Regel darin besteht, für den Zugang zu besseren Dienstleistungen, die offiziell kostenlos sind, zu zahlen. Im medizinischen Bereich zahlen viele Patient*innen Bestechungsgelder, die von den Ärzt*innen nicht direkt verlangt werden, von denen sie sich aber eine bessere Betreuung erhoffen. Diese Praxis wird auch dadurch begünstigt, dass es an entsprechend qualifiziertem medizinischem Personal mangelt, so dass die Patient*innen versuchen, sich durch Bestechung eine Behandlung durch die Fachkräfte mit dem besten Ruf zu sichern (*Peyrouse*, 2020).

4 Quellen

AI, 2022:

On 28 April, fighting broke out on a disputed section of the border between Tajikistan and Kyrgyzstan, triggered by a dispute between local inhabitants on both sides over access to

water. The Tajikistani authorities claimed that by the time the violence ceased on 1 May, 19 people had been killed and 87 injured on the Tajikistani side. **In July the government announced its readiness to accept 100,000 refugees from Afghanistan. In August, media reported that 2,000 refugees from Afghanistan had passed through Tajikistan and all were resettled in third countries. In September the Minister of the Interior stated that Tajikistan did not have the infrastructure to host many refugees. A further 200 Afghan nationals tried to enter Tajikistan in September but only 100 women and children were admitted.**» Quelle: Amnesty International (AI), Amnesty International Report 2021/22; The State of the World's Human Rights; Tajikistan 2021, 29. März 2022: www.ecoi.net/en/document/2070283.html.

Aringazina et al., 2018:

*«The epidemiological situation shows that **CVD are the leading cause of death in Tajikistan. Between 1990 and 2010, Tajikistan had an increase in the burden of NCDs, especially coronary heart disease and stroke. [...] There is limited access to emergency medical services for the acute myocardial infarction. The most important services are provided at the level of the central district hospitals (prescribing aspirin, beta blockers, and angiotensin converting enzyme inhibitors), but access to thrombolytic therapy is limited. For the treatment of stroke, obsolete methods are used that are not based on evidence-based medicine. The country lacks evidence-based clinical guidelines for the management of stroke patients. During 2005–2011, CVD mortality increased from 63 to 67 cases per 100,000, or approximately from 46.8% to 48.82% of the total death rate.**»* Quelle: Aringazina A, Kuandikov T, Arkhipov V. Burden of the Cardiovascular Diseases in Central Asia. Cent Asian J Glob Health. 2018 Aug 8;7(1):321: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6393056/.

Bertelsmann Stiftung, 2022:

*«Although Tajikistan is burdened with a deteriorating infrastructure, and poor public health and education systems, it has managed to recover economically since the war. [...] All spheres of public service suffer from underfunding, rampant corruption, arbitrary intervention by superordinate authorities and inadequate technical facilities. The official response to the COVID-19 pandemic has revealed these deficits. In the summer of 2020, hospitals and health care facilities operated only on the material, food, and equipment provisions collected by self-mobilized local groups. Families of patients affected by COVID-19 faced the exorbitant costs of treatment without state support. [...] Sustained power outages critically impair the operation of hospitals and schools. [...] Health care spending increased marginally to 7.2% of GDP by 2018, with more than half of the money allocated to salaries and maintenance. **During the pandemic, the government successfully pleaded for financial assistance. The emergency relief focused on measures to alleviate the immediate shortfalls in the public health system (e.g., protective gear, testing capacity, and ventilators) and not its structural deficits. According to World Bank data, 20% of households who sought medical help during the pandemic, could not obtain any. The government's welfare function has been limited to occasional, miniscule increases in compensation rates for social risks, and the repair works to clinics and orphanages. [...] The COVID-19 pandemic has dramatically exposed the country's weak public health system and its dysfunctional and deficient public administration.***

*[...] The government response to the COVID-19 pandemic has underlined the many deficits in implementation capacity. Due to the initial negligence and denial, the country suffered significant excess death. Infection and mortality rates among doctors and health care professionals was staggeringly high because of the lack of personal protective equipment. While neighboring countries began implementing lockdowns and response mechanisms in March 2020, the Tajik government organized mass, multi-day, theatrical celebrations of Navruz (national holiday) across the country. [...] After realizing the magnitude of the COVID-19 pandemic, the government pleaded for assistance from international financial institutions (World Bank and ADB) and Western donor countries. It was granted \$400 million emergency relief for alleviating the social crisis and repairing the public health care system, without however, any provisions for accountability. Moreover, although various donor organizations donated approximately \$44 million in food, medical and PPE supplies, rarely did the aid reach the intended recipients. For example, health care workers reported having to pay for the materials and PPE that arrived as humanitarian aid. As of January 2021, the government still does not report transparently about the pandemic aid and there are **substantial doubts over the data on infections and COVID-19 related deaths due to unreliable and limited testing capacities**: up to January 2021, Tajikistan had reported fewer than 13,500 infections and 90 deaths since the outbreak of the pandemic.» Quelle: Bertelsmann Stiftung, BTI 2022 Country Report Tajikistan, 23. Februar 2022, S. 5, 12, 25, 33-34: www.ecoi.net/en/file/local/2069661/country-report-2022-TJK.pdf.*

IOM, 2021:

«In Tadschikistan gibt es kein nationales Krankenversicherungssystem, das die Behandlung und die Medikamente abdeckt. Kinder unter 3 Jahren müssen kostenlos behandelt werden. Aber diese Regel wird aus verschiedenen Gründen nicht immer befolgt. [...] Alle BürgerInnen haben Zugang zu den öffentlichen Krankenhäusern ohne Einschränkungen. Alle Einwohner sind an kommunale Gesundheitszentren angeschlossen, abhängig vom Wohnort.» Quelle: International Organization for Migration (IOM), ZIRF-Counselling, Diverse Krankheiten, 1. Quartal 2021: www.returningfromgermany.de/de/zirfsearch/tajikistan/6151c8c2ed04b624ba414c17/.

IOM, 2020:

*«Krankenversicherung: Alle Bürger/-innen haben uneingeschränkten Zugang zu öffentlichen Krankenhäusern. Alle Einwohner/-innen sind an kommunale Gesundheitszentren angeschlossen, in denen sie leben. **Alle Dienstleistungen sind gebührenpflichtig. Nur gefährdete Gruppen haben Zugang zu kostenloser medizinischer Grundversorgung. Die Bezahlung der Leistungen erfolgt nach dem Tarif.** Der/die Patient/-in kann wahlweise in der öffentlichen Gesundheitseinrichtung oder in einer Privatklinik behandelt werden. Dies hängt von den finanziellen Möglichkeiten ab. [...]*

*Dauer der Registrierung: **Es gibt kein nationales Krankenversicherungssystem, das die Behandlung und die Medikamente abdeckt.**» Quelle: International Organization for Migration (IOM), ZIRF-Counselling, Diverse Krankheiten, 4. Quartal 2020: www.returningfromgermany.de/de/zirfsearch/tajikistan/60d5cfc79dc0a060b1d1ad88/*

Peyrouse, 2020:

«Of all the states of the former Soviet Union, Tajikistan invests the least in health, only \$ 55 per capita, an amount essentially equivalent to that in Afghanistan. For more than 30 years, the lack of investment combined with the authoritarian nature of the leadership has had a negative impact on the medical system and has concomitantly undermined the effective communication between the administration, medical staff and civil society that is essential to its improvement. Instead, some of President Rahmon's decisions appear to have been driven more by political concerns than by medical considerations, as evidenced by the pressure put on doctors early in 2020 not to report Covid-19 cases in the country.

[...] Since the end of the civil war in Tajikistan in 1997, the government has claimed to be committed to rebuilding and modernizing the healthcare system through several reforms and programmes. For example, the recently extended "Programme of State Guarantees to Provide the Population With Medical and Sanitary Assistance for 2017-2019," envisages the construction of 560 hospitals and health centers throughout the country. However, notwithstanding some achievements such as the opening of 12 health centers in the Pamir region in 2017, seven medical centers in the oblast of Khatlon and a hospital in the region of Soghd in 2018, the programme has been opaque and, like earlier ones, has failed to breach the substantial gap between the government's declarations of intent and its actual achievements. Information on the location and opening dates for the planned 560 medical facilities remains vague. Surprisingly for a country where achievements in the social welfare sector are usually widely celebrated by the state-controlled media, those facilities that were built have received very little press coverage. In fact, most of the new medical facilities which were covered by the press in the last three years were not part of this programme, but instead were built with foreign aid coming inter alia from the Asian Development Bank, Islamic Development Bank, the Russian Federation, Japan, or the Turkish Cooperation and Coordination Agency (TIKA). Importantly, what the government alleges to be an improvement in the healthcare infrastructure contrasts sharply with the numerous difficulties experienced by the population. The overwhelming majority of medical facilities were built between the 1930s and late 1970s and have deteriorated significantly since the collapse of the Soviet Union. There has been a lack of funds to modernize the old structures or build new ones. Many medical facilities have outdated or dysfunctional equipment, lack basic medicines or even a satisfactory supply of electricity, water, and heating, as well as a sewage system. The dilapidated state of medical facilities and the disengagement of political authorities have led the population of some small cities and villagers to take matters into their own hands and participate in their repair or reconstruction. The lack of funding has meant that some hospitals have fallen into serious debt trap situations. In Bokhtar (Khatlon province), the central hospital and the regional clinical hospital have become the main debtors of the electricity company, with respectively nearly 50,000 and 19,000 USD of debt. Some medical centers are forced to close in wintertime due to their failing heating systems. Medical facilities in rural areas are in even worse shape. Most rural hospitals are staffed with only one doctor, while other medical facilities are generally staffed with young inexperienced nurses, and often lack basic medicines such as pain killers. Hence, many patients prefer to avoid local health centers that are supposed to provide primary care, and instead go to the city or regional hospitals which are meant to provide secondary and tertiary care. As a result, this leads to overcrowding of these regional facilities, which themselves are insufficiently staffed and equipped, and has a detrimental impact on the quality of care/services they can offer. The Tajikistani medical system also continues to suffer

from the inefficient way that Soviet medical system was organized. Many hospitals specialize in specific diseases or areas, such as tuberculosis, cardiology, neurology, or obstetrics and gynecology, leading to duplication and fragmentation of health services. On the other hand, other specialized services such as mental health, or long-term care for persons with disabilities are underdeveloped. Most people affected by such issues cannot afford specialized services and are taken care of by their families.

Moreover, access to medical facilities can be difficult in such a mountainous and poor country. Many Tajikistanis live far away from medical centers. This isolation is compounded by a faulty road system made worse in some areas by harsh winter climatic conditions, and an inadequate public transport system with poor connections to cities.

In emergency situations, the lack of easily accessible hospitals is particularly critical. The ambulance service is old and inadequate, even in large cities. Foreign assistance, for example from India, although valuable, has been limited to providing a couple of dozen vehicles at best. Private transport by unofficial taxis is therefore the main means of reaching medical facilities, including in time-sensitive cases such as heart attack or stroke. This is worrying, as much as 30 percent of the population lives under the national poverty line and cannot afford private taxi services. Thus, residents of poorer regions such as the Gorno Badakhshan province rely on understaffed and under-equipped local health centers even in the most serious health situations.

[...]The former Health Minister, Nasim Olimzoda, who was dismissed in March 2020, had publicly recognized that Tajikistan lacks 1,000 doctors and 4,000 nurses and had promised to tackle the issue. At the same time, however, he made light of growing public criticism about the shortage of health professionals, arguing that almost 80% of positions for physicians and 70% of positions for nurses were filled.

These figures and assertions, however, hide a much darker reality. Despite the government's promises, the number of doctors per capita has declined since the 1990s. Today, with only 170 physicians per 100,000 people, Tajikistan has one of the lowest ratios of doctors to citizens in Central Asia or Europe. It has approximately 444 nurses per 100,000 people, a figure far lower than that in other CIS States. Moreover, as in many countries, the nursing profession in Tajikistan is heavily feminized, and the process of re-traditionalisation of the Tajikistani society has led to an increasing number of women remaining as stay-at-home mothers, as illustrated by the increasing number of female health care staff who stop working after getting married. There are also more shortages beyond doctors and nurses. Family medicine remains underdeveloped; while, ideally, a family doctor should serve a population of 1,500 individuals, a doctor in Tajikistan serves between 7,000 and 8,000 people. The country also lacks specialists, including anesthesiologists, dentists, infectologists, narcologists, epidemiologists and psychiatrists. Even if the figures cited by the Minister of Health were accurate, many general practitioners have to fulfill the functions of pediatrician, therapist, gynecologist and midwife. Doctors are also forced to spend a lot of their time on administrative tasks, which considerably reduces the time they can spend treating patients. Finally, the figures cited include retirement aged doctors who continue to work, and doctors who work in several positions at the same time in understaffed hospitals or medical facilities, especially in the provinces. Additionally, most doctors work in the capital, Dushanbe, while the provinces and rural areas in particular suffer a serious shortage of health professionals, including administrative staff. [...]

Besides the shortage of staff, inadequate training seriously undermines the health care system. The skills gap stems both from issues related to university level medical studies and the weakness or lack of further medical education/ training. Training of medical staff is mainly provided by the Tajik State Medical University Avicenna, which, like many institutions in the Tajikistani education system, faces many problems. **On the one hand, corruption undermines the entire education system, with the reported need to pay bribes for admission, as well as for grades during studies. The University of Avicenna lacks equipment, qualified teachers, and proper laboratories. Teaching methods remain focused on rote learning more than on competency and skills-based education, and students do not receive real clinical exposure. Although the Ministry of Health decided to limit the number of students per year in an effort to improve the quality of education, it has not addressed the many structural and methodological issues. Nursing is regarded as a low status profession and although nurses are trained in nursing colleges, they remain under qualified. Further medical education, officially compulsory every five years, is in practice not really implemented. Many doctors do not have access to the necessary programmes to allow them to update their skills and knowledge. Opportunities for further education are few, and concentrated in Dushanbe, which is not accessible to many doctors for family and financial reasons. The shortcomings in education and further training have an obvious impact on treatment; a lack of training on bedside manner also affects medical staff's relations with patients and their families. According to a 2018 survey at least a quarter of patients complained about the rude attitude of medical staff.**

[...] Tajikistan's medical sector faces significant difficulties in recruiting and hiring. The medical profession has lost much of its prestige due to low salaries and poor working conditions. While the average wage in Tajikistan is about USD 150 per month (not enough to meet basic needs), a doctor earns between 78 and 100 dollars per month, while nurses earn between 50 and 60. These low salaries are further subject to compulsory deductions beyond regular taxes, such as subscriptions to state-supported newspapers or magazines, or for the maintenance of medical structures. According to the testimonies of several medical staff, these mandatory levies are often opaque and part of a wider pyramidal corruption system which forces some staff to pay the equivalent of between 40 and 50 US dollars to the chief doctor, a significant sum for underpaid staff. Medical staff members also often have to pay bribes to the administrative services to ensure that reporting is done on time and that they are not accused of administrative violations.

[...] A second key problem is the brain drain of medical staff. Many Tajikistani doctors have emigrated abroad to countries with better working conditions and wages, in particular Russia, but also Yemen, Afghanistan, Egypt, and Libya. Although the government does not provide information or data on this trend, at least 700 Tajikistani doctors work in Moscow and the surrounding region. [...]

The medical sector is one of the most corrupt sectors in the country, even according to statements made by the Agency for State Financial Control and Combating Corruption. Despite free medical services, a majority of patients report paying bribes to doctors during consultations or medical staff during hospitalization.

[...] The government claims it is fighting this phenomenon by increasing controls and penalties. Lawsuits have been filed against some corrupt doctors, and a director of the Medical University Avicenna was sentenced to a prison term. According to the authorities, corruption is decreasing, but testimonies from the general public contradict this assertion.

The general public blames the state for the systemic problem which they say the state is not doing enough to address.

The government's administrative response is out of step with the daily reality of health professionals and is unlikely to effectively address pervasive corruption. The few doctors who are brought to justice represent a mere drop in the ocean of corruption. Importantly, in many cases, corruption does not stem from dishonesty on the part of health professionals, but rather is caused by the extremely low wages that force doctors and nurses to seek alternative sources of income in order to make a living and support their families. This situation is unlikely to change significantly until fundamental reforms are undertaken including the provision of wages consistent with health professionals' skills and education, reflecting the difficulty of the work and the long hours as well as the cost of living.

There are also reports of truly corrupt health professionals who refuse to treat patients who cannot or will not pay bribes.

[...] Corruption in the medical sector is part of a wider problem found in all state services and throughout the Tajikistani administration, generally consisting of paying to access better services that are officially free. In the medical sector, many patients pay bribes which are not directly requested by doctors but which they hope will lead to improved attention and care. This practice is also fueled by the lack of adequately qualified medical personnel, which leads patients to try to bribe their way to receiving treatment by those health professionals with the best reputations. Importantly, corruption among medical personnel also results from underinvestment in the health sector due to the ongoing economic crisis combined with state embezzlement -- which has reduced the budget devoted to health.

This pervasive corruption leaves the development of the medical sector and its staff stranded in a vicious circle. Despite the severe staff shortages, job applicants are often forced to pay exorbitant bribes to get a job (which can amount to the equivalent of around \$ 5,000 to get a position in a hospital). This leads to qualified staff remaining unemployed or emigrating, which exacerbates the serious problem of understaffing and further undermines the medical system in the country.

In addition, the government's investment in medical facilities has been less a real effort to improve and develop the system and more of an effort to bolster its image and reputation. This is reflected in the repeated announcements of improvements in the medical infrastructure which have yet to materialize. This is also demonstrated by the geographical concentration of new medical facilities, which are predominantly in the capital city of Dushanbe, where they are visible as a demonstration of the president's commitment, as well as Khatlon, the region from whence President Rahmon originates, where seven of the eight medical centers pertaining to the 2017-2019 programme were built. This focus on Khatlon is part of the president's strategy to secure the loyalty of the elites of this region on whom he has heavily relied since the end of the civil war, but whose political unity has been undermined in recent years by dwindling money and resources. Finally, some medical or hospital facilities have been built due to a combination of business interests and corruption rather than a logical, rational healthcare objective. According to local doctors and collected testimonies, several businessmen with no experience in medical management have been authorized to open medical facilities by paying bribes to the presidential family.

Since the end of the civil war, international aid and civil society organizations (CSOs) have played a significant role in compensating for the government's underinvestment in health care system. President Rahmon's government, unable to provide a system of social welfare support, has benefitted from the work of CSOs who have stepped in to support the country's healthcare. However, his authoritarianism and fear that activism could undermine him and his government has at the same time led him to **impose increasing measures to control civil society, such as tightening financial regulations with the effect of weakening many CSOs which depend on external funding.** This has resulted in many CSOs either closing down or becoming dependent on state funding and therefore unable to criticize government policies.» Quelle: Peyrouse, Sebastien, The Alarming State of the Healthcare System in Tajikistan, International Partnership for Human Rights (IPHR), Juli 2020, S. 2-11: www.iphronline.org/wp-content/uploads/2020/07/final-report-on-medical-infrastructure.pdf.

UNHCR, 2022:

«Following the deterioration of the situation in Afghanistan in 2021, Tajikistan witnessed a steadily increased number of asylum seekers, with an average of 662 individuals per month since January 2021. The peak of arrivals was recorded in August, before the full takeover by the Taliban on 15 August. The majority of Afghan nationals arrived in Tajikistan formally, with valid documents, and obtained Tajik visas. Since January 2021, 5,710 individuals have arrived and sought Asylum, thus making the total number of refugees and asylum seekers in the country some 12,000 as of December 2021. The Government of Tajikistan, while openly not recognizing the Taliban government, continues to view all population movements, including for asylum purposes, through a national security lens, thus maintaining a closed border policy. The situation is even aggravated by the COVID 19 pandemic, due to which access of asylum seekers, even with valid visas, to Tajikistan through land border has been seriously challenged. Protection space is continuously shrinking and access to territory continues to be restricted or not possible due to existing inconsistencies between the Refugee Law and Criminal Code. Despite the non-penalisation clause for asylum seekers for illegal border crossing, border authorities still apply a restrictive approach on access to territory guided by the Criminal Code, which envisages detention and subsequent deportation for illegal border crossing. UNHCR has repeatedly raised its concerns about the creation of obstacles for Afghan citizens seeking safety in Tajikistan to access asylum procedures and protection. In July 2021, local authorities suspended the issuance of residence permits to all newly arrived Afghans, even though such documentation is a pre-requisite for applying for asylum. From around mid-August 2021, the consular missions of Tajikistan in Afghanistan also received informal guidance to stop issuing visas for citizens of Afghanistan. In addition, the State refugee status determination (RSD) Commission has suspended its work on considering asylum applications for refugee status. As such, all Afghan nationals who did not register their residence locally before these developments do not have access to asylum procedures and are subject to fines, possible arrest, and forced returns. Although UNHCR issued a non-return advisory for Afghanistan, which has been shared with the Government of Tajikistan, there have been several cases of deportations from Tajikistan to Afghanistan. UNHCR is aware of at least five separate incidents of forced return to Afghanistan during the month of November 2021, involving a total of 37 people. A group of 80 Afghans were reportedly returned voluntarily to Afghanistan in October 2021 after spending two months in a border river island in Tajikistan and being denied further entry by Tajikistan. Such return may put asylum

seekers at risk of persecution in their country of origin and constitutes refoulement, in serious violation of the 1951 Convention Relating to the Status of Refugees and the 1984 Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. The Republic of Tajikistan is a State party to both Conventions. The socio-economic situation in Tajikistan will continue to be affected and further exacerbated by the COVID-19 pandemic, with a significant impact on business and livelihood opportunities not only for refugees but also for the local population. The situation is dire for newly arrived asylum seekers who do not enjoy the socio-economic rights due to lack of access to asylum procedures. The Government of Tajikistan currently faces a shortfall in revenue to fulfil its budget commitments, especially in the social services sector. As such, state-based programmes to mitigate the effects of economic decline on the population are insufficient. Against such background, refugees, asylum seekers and other people of concern continue to be heavily affected and dependent on humanitarian assistance, increasing the need for cash-based interventions and other forms of humanitarian assistance as part of the interagency response.

[...] Inter-Agency Achievement (July – Dec 2021)

[...] 1,180 refugees received free medical consultation

957 refugees referred to specialist care

327 persons of concern with disabilities received financial support with reimbursement or procurement of medicines; **317 received reimbursement for medical expenses.**» Quelle: UN High Commissioner for Refugees (UNHCR), Afghanistan Situation; Regional Refugee Response Plan; 2021 Final Report, 31. März 2022, S. 13-14: www.ecoi.net/en/file/local/2070603/Afghanistan+Situation+Regional+RRP+2021+Final+Report.pdf.

USDOS, 2022:

«f. Protection of Refugees

Access to Asylum: The law provides for the granting of asylum and refugee status, and the government has established a system for providing protection to refugees. The refugee status determination process, as well as judicial procedures, does not comply with international standards. The criminal code criminalizes asylum seekers who entered the country illegally, in contrast to the country's Refugee Law, which states that illegal entry is not a crime. These conflicting legal provisions mean asylum seekers run the risk of arrest and deportation without access to asylum procedures. According to law, to seek asylum legally, asylum seekers must enter the country legally with valid travel documents and a visa obtained in advance.

The government provides asylum seekers with temporary certification while processing asylum applications through the National Refugee Status Determination Commission and, upon granting refugee status, refugee identification cards as a proof of legal stay. Numerous sources report that officials registering refugees request bribes, in some cases exceeding \$2,000, to issue temporary and permanent refugee cards. Government-recognized refugees enjoy socioeconomic rights on par with local nationals and can legally reside in the country. Formal notifications of administrative and legal decisions provided little insight into the rationale for adjudications.

The government continued to place significant restrictions on asylum seekers and registered refugees, and officials continued to prohibit them from residing in the capital and all major cities in the country. Security officials regularly monitored refugee populations. Police subjected them to raids if they were believed to be residing in prohibited

areas. In September the government closed the land border to asylum seekers and refused entry to many (but not all) new arrivals, and observers report that no new refugee applications have been processed since mid-August. In November, 11 Afghan asylum seekers were deported after their visas expired and they were unable to register as refugees.

National law grants refugee status for as long as three years. The Department of Citizenship and Works with Refugees, under the Passport Registration Services within the Ministry of Internal Affairs, is responsible for refugee issues. Refugees must check in annually with authorities to verify their address, but this is not a reregistration of their status. According to government statistics, there was a significant increase in the number of newly arrived asylum seekers in the first half of the year. The country had approximately 6,000 registered refugees, 99 percent of whom were Afghans, although observers estimated the actual number of asylum seekers in the country was closer to 12,000.

Refoulement: National security concerns continued to dominate decisions related to protection and human rights, which often heightened the risk of deportation of asylum seekers and refugees. During the year the government revoked the status of six refugee families (28 persons); they continued to be at risk of penalty and subsequent deportation. In June the government amended the law to exclude deportation. Despite the update to the law, the risk of refoulement remains. In August it was reported that several asylum seekers were denied entry to Tajikistan despite fears of persecution in Afghanistan.

In the face of the potential arrival of thousands of Afghan refugees, the government made attempts to cooperate with the Office of the UN High Commissioner for Refugees (UNHCR) and other humanitarian organizations in providing protection and assistance to refugees and internally displaced persons.

Freedom of Movement: Refugees are not permitted to live in the GBAO and major urban areas, including Dushanbe, which restricts their ability to find work and go to school.

Access to Basic Services: Refugees and asylum seekers shared unhindered access to social, education, and health services with local citizens. Although UNHCR's activities were mostly focused on advocacy and protection, it maintained a limited humanitarian component to render assistance to the most vulnerable families. UNHCR through its NGO partner Refugees, Children, and Vulnerable Citizens provided books, school uniforms, and language classes to children from vulnerable families and assistance with medical expenses. When refugees and asylum seekers faced legal issues, UNHCR's legal assistance partner assisted clients in obtaining judicial redress, while providing training and awareness-raising sessions to local authorities to strengthen their understanding of refugee rights.

Durable Solutions: The law does not provide for expedited naturalization, leaving refugees on equal standing with nonrefugee foreigners when applying for citizenship. As a prerequisite, refugees should denounce their refugee status and apply for a temporary residence permit to be able to apply further for naturalization. To date no such precedent has been recorded.»
Quelle: US Department of State (USDOS), 2021 Country Report on Human Rights Practices: Tajikistan, 12 April 2022: www.ecoi.net/en/document/2071184.html.

Die Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH) setzt sich dafür ein, dass die Schweiz das in der Genfer Flüchtlingskonvention festgehaltene Recht auf Schutz vor Verfolgung einhält. Die SFH ist der parteipolitisch und konfessionell unabhängige nationale Dachverband der Flüchtlingshilfe-Organisationen. Ihre Arbeit finanziert sie durch Mandate des Bundes sowie über freiwillige Unterstützungen durch Privatpersonen, Stiftungen, Kantone und Gemeinden.

SFH-Publikationen zu Tadschikistan und anderen Herkunftsländern von Asylsuchenden finden Sie unter www.fluechtlingshilfe.ch/publikationen/herkunftslaenderberichte.

Der SFH-Newsletter informiert Sie über aktuelle Publikationen. Anmeldung unter www.fluechtlingshilfe.ch/newsletter-abonnieren.