

DIE GRENZEN UNSERER EINSÄTZE

DR. WOLFGANG SCHAFNITZL, VORSTANDSVORSITZENDER
ÄRZTE FÜR DIE DRITTE WELT – GERMAN DOCTORS

Wir stoßen bei unserer täglichen Arbeit vor Ort immer wieder an Grenzen. Dies möchte ich an vier Projektbeispielen aus meinen persönlichen Erfahrungen in den letzten fast 25 Jahren aufzeigen.

RUANDA: HINRICHTUNG VON ENTWICKLUNGSHELFERN

Das erste Beispiel ist Ruanda. Durch die entsetzlichen Bilder des Genozids in Ruanda fühlten wir uns aufgerufen, unser erstes Projekt in Afrika anzugehen. Wir wollten jedoch nicht in den von vielen Hilfsorganisationen gut versorgten Flüchtlingslagern im damaligen Zaire unsere Hilfe anbieten, sondern in Ruanda selbst eine medizinische Versorgungsstruktur aufbauen, um den Flüchtlingen eine Option zur Rückkehr in ihr Land zu bieten. Nach Evaluierung der Alternativen vor Ort haben wir im Dezember 1994 im Nordwesten Ruandas unser neues Projekt gestartet. Im Vordergrund stand die Versorgung ambulanter Patienten, zusätzlich stand eine stationäre Einheit mit 35 Betten für schwerstkranke Patienten zur Verfügung. Dieses Konzept hat rundum gut funktioniert und war von der Bevölkerung voll akzeptiert.

Sicherheitsbedenken gab es von Anfang an. Initial waren Minen die größte Sorge, meist Altlasten, aber auch neu verlegte Minen. Die strikte nächtliche Ausgangssperre erschwerte unser Leben, viel schlimmer war aber, dass das Leben unserer Patienten gefährdet war. Mit Anbruch der Dunkelheit durfte sich keiner mehr auf der Straße aufhalten. Notfälle konnten erst am nächsten Morgen versorgt werden. Die Kindersoldaten mit den Maschinengewehren im Anschlag, die regelmäßig unser Gepäck inspizierten, waren uns ebenfalls nicht geheuer. Evakuierungspläne für den Notfall wurden besprochen und trai-

niert – wie komme ich am besten zur Grenze nach Uganda? Ist das Auto denn auch vollgetankt? Die ärztliche Tätigkeit in Ruanda war eindrucksvoll und eine persönliche Herausforderung. Was wir vor Ort bewirken konnten, war enorm. Wir wären gerne länger geblieben, aber im Laufe der Zeit hat sich die Lage dramatisch zugespitzt. Zuerst gab es „nur“ Überfälle und Morde an einheimischen Mitarbeitern, im März wurden zum ersten Mal weiße Mitarbeiter von Hilfsorganisationen direkt angegangen – drei Entwicklungshelfer der spanischen Organisation Medicus Mundi wurden regelrecht hingerichtet. In diesem Moment ist uns klar geworden: Unsere Ärzte sind freiwillige, unbezahlte Helfer und keine Abenteurer, keine hoch dotierten Krisen- und Kriegsmediziner. Fazit: Wir wollen helfen, aber nicht zum Preis unseres eigenen Lebens. Das Projekt in Ruanda wurde eingestellt und unser Engagement für Ostafrika in Nairobi fortgesetzt.

CALI: BANDENKRIEGE UND ENTFÜHRUNGEN

Das zweite Beispiel ist unser Projekt in Kolumbien. Es entstand in Zusammenarbeit mit dem Jesuitenpater Alfred Welker 1985 im Slum von Cali, der gefürchteten Hochburg von Drogenmafia und Gewalt. Ich kann mich noch gut an meinen ersten Einsatz in Cali erinnern: Der Taxifahrer vom Flughafen nach El Retiro weigerte sich weiterzufahren, er hatte offensichtlich Angst, nicht mehr mit heiler Haut wieder aus dem Slum zu kommen. Er lud meinen Rucksack aus und



ich musste den Weg zu Padre Alfredo im Slum erfragen. Die Menschen im Slum wussten, wer wir sind und was wir machen, wir waren tabu. Natürlich gab es Diebstähle oder es musste schon mal die Kamera abgegeben werden – meist Beschaffungskriminalität bei Drogenabhängigen.

Ab 1999 verschlechterte sich die Sicherheitslage zusehends. Es waren Schussverletzungen in unserer Ambulanz zu versorgen, oft aus nur geringfügigem Anlass. Entführungen hatten Hochkonjunktur – das Schicksal von Ingrid Betancourt, die jetzt erst freigekommen ist, hat gezeigt, wie langwierig solche Entführungen sein können.

Die Guerillabewegung FARC weitete ihr Einflussgebiet bis an die Stadtgrenze aus. Die Ärzte für die Dritte Welt mussten vor Ort die Sicherheitslage immer wieder überprüfen. Immer häufiger wurden Sorgen in den Berichten laut („Muss denn erst einer im Blechsarg zurückgebracht werden, bis ihr dieses Projekt einstellt?“). Schließlich war die Grenze des Zumutbaren erreicht, wir haben das Projekt in Cali eingestellt und uns auf die Suche nach einem neuen Projekt in Südamerika begeben. Fazit: „No risk, no fun“ gilt nur, solange nichts Ernsthaftes passiert.

SAN SALVADOR: ZU WENIG PATIENTEN

Das dritte Beispiel ist San Salvador. Der langjährige Bürgerkrieg in El Salvador hatte traumatisierte Menschen und bittere Armut hinterlassen. In Zusammenarbeit mit der „Parroquia María Madre de los Pobres“ und dem spanischen Padre Daniel Sanchez wollten wir im Slum La Chacra eine medizinische Ambulanz, eine kostenfreie Behandlung für 20.000 Menschen anbieten.

Trotz aller Werbemaßnahmen in Schulen und in Daniels Messen kamen nur wenige Patienten. Unsere zwei Ärzte vor Ort hatten meist nur 20 bis 50 Patienten zu versorgen. Zu wenig, um ausgelastet zu sein. Woran lag es? Unzureichende Planung? Hätten wir die Entwicklung nicht voraussehen können – prior planning prevents poor performance? Wir hatten nur das Siedlungsgebiet eingeschätzt, aber die Ängste der Menschen nicht einkalkuliert. Die Slumambulanz lag in

einer Schlucht und die Menschen aus den umgebenen Vierteln trauten sich nicht in diese Schlucht. Das Projekt wurde von uns zwar finanziell weiter unterstützt, aber nicht mehr durch Ärzteteams versorgt.

CARACAS: KUBANISCHE ÄRZTESCHWEMME

Das vierte und letzte Beispiel ist das Projekt in Caracas/Venezuela. Nach dem aufgegebenen Projekt in Kolumbien haben wir in „Nuevo Horizonte“, einem riesigen Slum am Stadtrand von Caracas, ein neues Betätigungsfeld gefunden. Hier leben 800.000 Menschen auf engstem Raum zusammen. Ein besonderer Glücksfall für unsere Ärzte und eine wichtige Informationsquelle war der dort lebende belgische Padre Miguel Grobbsen, der ausgezeichnet Deutsch sprach und schon seit 30 Jahren in Caracas lebte. Das Projekt hatte sich sehr gut etabliert, bis eines Tages die Kubaner kamen.

Der Präsident von Venezuela, Hugo Chávez, war sich mit Fidel Castro einig geworden: Tausche Öl gegen Ärzte. Aber es kamen nicht nur einige kubanische Ärzte nach Venezuela, sondern 10.000 Ärzte. Von heute auf morgen hatten in unserer Nachbarschaft gleich mehrere kubanische Ärzte die Arbeit aufgenommen. Sie waren gut ausgebildet und mit allem Notwendigen ausgestattet.

Uns war klar geworden: Steig ab, wenn du entdeckst, dass du ein totes Pferd reitest. Es macht überhaupt keinen Sinn, zusätzlich zu den 10.000 kubanischen Ärzten auch noch deutsche Ärzte nach Caracas zu schicken. Nur wenn die Projekte als sinnvoll empfunden werden, können wir genügend Kolleginnen und Kollegen ansprechen, solche Einsätze unentgeltlich für die Ärzte für die Dritte Welt durchzuführen.

Zusammenfassend möchte ich festhalten: Die Hilfe in chronischen Notstandsgebieten steht selbstverständlich im Vordergrund, aber unsere Ärzte sollten dabei lediglich ein kalkulierbares Risiko eingehen müssen, was eigene Gesundheit und Sicherheit angeht, und die Arbeit der Ärzte für die Dritte Welt muss Sinn machen – für unsere Patienten, aber auch für uns als Ärzte. //