



1971 – 2011

40 JAHRE MSF

Ulrike von Pilar (Hg.)



1971 – 2011

40 JAHRE MSF

*,Ummera, ummera – sha:
Mut, mein Freund – finde deinen Mut
und halte ihn lebendig'*

INHALTSVERZEICHNIS

5	Vorwort
6	Biafra und die Gründung von MSF Ein produktiver Irrtum
10	MSF in den 1970er Jahren Ringen um Identität und Spaltung
14	Kambodschanische Flüchtlinge Zwischen Tiger und Krokodil
18	Afghanistan Die Verlassenheit eines Volkes
20	1986 in Afghanistan Auf 860 Füßen und Hufen nach Badakschan
22	Brief aus Afghanistan, 1981 „Mögen Sie mir verzeihen!“
23	Zwischenruf Und sie bewegen sich doch ...
24	Hungersnot in Äthiopien Die Hölle auf Erden
28	Flüchtlinge Erste Hilfe im Lager
30	Manipulierte Hilfe Flüchtlingslager als Falle
32	Entwicklung der Logistik Vom Chaos zum Kit
34	Logistiker Die Alleskönner
35	Medizinische Leitlinien Kochbuch und Bibel
36	Innovative Medizin „Wir behandeln Menschen, nicht Krankheiten“
38	Malariatherapie Eine Erfolgsgeschichte
39	Brief aus dem Projekt Der Nagel
40	Nordirak Krieg und Verfolgung
42	Politischer Wandel seit 1989 ‚Humanitäre‘ Kriege
46	Somalia Land am Abgrund
48	Krieg in Europa Humanitäre Hilfe als Alibi
50	Srebrenica Bleiben oder gehen?
52	Ruanda Ärzte stoppen keinen Völkermord
56	Tschetschenien Europa sieht weg
58	Sicherheit Der beste Schutz – gute Projekte
62	Friedensnobelpreis 1999 Schweigen kann töten
64	Zwischenruf „Wie ein Fluss, der immer derselbe bleibt“
65	Medikamente Arzneimittelpolitik unter der Lupe
69	HIV/Aids Gegen die Banalisierung von Aids
73	Malawi Positiv leben
74	Militär – Humanitär Eine Beziehung voller Spannungen
78	Darfur „Die Welt hat uns nicht vergessen“
80	Südsudan Hoffnung auf ein besseres Leben
82	Ein Tag im Projekt Klinik auf Rädern
84	Mangelernährung Stille Revolution
88	Sexuelle Gewalt Angriff auf Leib und Seele
90	Geburtsverletzung Fistel „Als würden die Frauen neu geboren“
92	Psychologische Hilfe Wenn die Seele krank ist
96	Traditionelle Heiler und westliche Medizin Vom Umgang mit dem Kranksein
98	Praxisorientierte Forschung Neue Chancen auf Heilung
100	Mitarbeiter Alles Helden?
102	Haiti Erfolg verpflichtet
104	Migranten und Flüchtlinge Bittere Ankunft in Europa
107	Flucht aus Libyen ‚Schutz von Zivilisten‘ – eine Worthülse?
108	Zwischenruf „Den Idealen treu geblieben“
112	Organisation Flache Hierarchien
113	Finanzierung Unabhängigkeit durch Spenden
114	Erinnerung Lebendige Gedenkstätten
116	MSF in Zahlen Auf einen Blick
117	Literatur Verzeichnis
119	Impressum

VORWORT

*,Ummera, ummera – sha:
Mut, mein Freund – finde deinen Mut
und halte ihn lebendig‘*

Wie schön wäre eine Welt, in der humanitäre Organisationen überflüssig wären und es keine Menschen gäbe, die verfolgt, ermordet oder verjagt würden. Doch die Welt sieht anders aus. In jedem Augenblick gibt es Millionen Menschen, die verzweifelt auf Hilfe hoffen, weil sie krank sind oder vor Erschöpfung, Schmerz und Angst nicht weiter wissen.

Seit 40 Jahren versuchen wir von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF), Menschen in Not-situationen beizustehen. In diesen vier Dekaden hat sich die Welt, und mit ihr MSF, sehr verändert. Geblieben indes ist das immense Leid sehr vieler Menschen – ob in der D. R. Kongo, im Sudan, in Haiti, Afghanistan oder Somalia. Aber auch im Mittelmeer: auf dem Weg in ein vermeintlich menschenfreundliches Europa.

Seit 1971 haben wir Völkermord, Krieg und Vertreibung, Hungersnöte und Epidemien, Überschwemmungen und Erdbeben erlebt. MSF hat sich oft mit neuen Situationen auseinandersetzen müssen. Vieles ist gelungen, manches weniger. Es gab Freude über Erfolge und Verzweiflung über Hilflosigkeit und Versagen. Einige Erfahrungen aus der Geschichte von MSF finden sich in dieser Publikation wieder. Sie zeigen, auf wie viele Hindernisse der simple Versuch, Menschenleben zu retten, stoßen kann. Und wie viel Kompetenz, Ideen und Sturheit nötig sind, um das Bestmögliche zu realisieren.

Humanitäre Hilfe ist nie perfekt. Aber trotz aller Unzulänglichkeiten haben die humanitären Organisationen

Millionen von Menschen das Leben gerettet. Die Erfahrungen in diesem Band zeugen von Mut und Erfindungsgabe, von Trauer und Empörung und immer wieder vom großen Einsatz der MSF-Mitarbeiter. Dass diese Hilfe nicht in einem politischen Vakuum geleistet werden kann und die politische Analyse oft schwierig ist – auch das illustrieren die folgenden Seiten.

MSF versucht, aus den eigenen Fehlern zu lernen und sich ständig zu erneuern, um die medizinische Hilfe zu leisten, die unter den gegebenen Bedingungen nötig und möglich ist. Leben retten, Leiden lindern – das ist die Kernaufgabe der humanitären Hilfe. Was so selbstverständlich klingt, ist doch eine schwierige, manchmal gar lebensgefährliche Aufgabe. Und gleichzeitig eine elementare Geste von Zuwendung und Menschlichkeit.

Von einer kleinen Organisation hat sich MSF über die Jahre zu einem internationalen Netzwerk mit rund 30.000 Mitarbeitern entwickelt. Der überwiegende Teil von ihnen stammt aus den 60 Ländern, in denen wir unsere Projekte durchführen. Im Laufe der 40 Jahre haben Hunderttausende für einige Monate oder viele Jahre diese Arbeit mitgetragen. Zudem garantieren heute mehr als fünf Millionen Spender unsere finanzielle Unabhängigkeit.

Wir hoffen, dass MSF für die künftigen Herausforderungen in einer nicht idealen Welt den Mut und die Leidenschaft für unabhängige medizinische Nothilfe behält und die eigene kritische Haltung bewahrt. ■

Biafra und die Gründung von MSF

EIN PRODUKTIVER IRRTUM

„Es war unmöglich. Wir konnten nicht mehr schweigen. Dazu hatten wir kein Recht mehr. Wir mussten es herausschreien.“ (Pascal Grellety-Bosviel)

Die Erfahrung des Bürgerkriegs in Nigeria 1967–1970 war ein prägendes Ereignis für einige französische Ärzte, die mit dem Internationalen Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) dort arbeiteten. Fast gleichzeitig machten Mediziner in Bangladesch ähnlich einschneidende Erfahrungen, als sie dort Flutopfern zu helfen versuchten. Zusammengebracht wurden diese beiden Gruppen von

Journalisten der medizinischen Zeitschrift ‚Tonus‘. Unter ihrer Ägide wurde im Dezember 1971 eine neue Organisation gegründet: Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF).

Die Ziele waren klar: Die Organisation sollte international agieren und für große Notfalleinsätze medizinisch ausgerüstet sein. Ihre freiwilligen Mitglieder sollten zudem nicht dem Schweigegebot und der strikten Neutralität des IKRK unterworfen sein. ‚Soigner et témoigner‘ – behandeln und bezeugen – das war



Biafra 1969. Das IKRK schätzt, dass zu der Zeit rund drei Millionen Kinder unterernährt sind.

© James Chevreuil

der Wahlspruch. Die Erlebnisse in Biafra wurden zum Gründungsmythos von MSF – mit ebenso vielen Anteilen an Wahrheit und Verklärung wie bei Mythen üblich. Wie kam es dazu?

Der Biafra-Krieg war einer der ersten und schwersten Konflikte im postkolonialen Afrika. Er forderte ein bis zwei Millionen Menschenleben und drei Millionen Flüchtlinge und Vertriebene. Es war auch der erste postkoloniale Konflikt, der von westlichen Massenmedien dokumentiert wurde und in den Industrieländern starke Reaktionen auslöste. Das ‚Biafra-Kind‘ mit dünnen Armen und Beinen sowie aufgeblähtem Bauch wurde zum Inbegriff des Elends.

Der Krieg brach aus, nachdem die ölfreiche Provinz Biafra, mehrheitlich von den christlichen Ibo bewohnt, im Mai 1967 ihre Unabhängigkeit erklärt hatte. Die Forderungen der Ibo waren für die Regierung in Lagos inakzeptabel und wurden auch von den westlichen Regierungen nicht unterstützt. Da der Boden Biafras bis heute den Großteil des nigerianischen Erdölvorkommens enthält, stellte sich die ehemalige Kolonialmacht Großbritannien auf die Seite der Regierung. Die meisten Staaten schlossen sich an, weil sie einen Dominoeffekt von Abspaltungen in anderen afrikanischen Ländern befürchteten. Britische Waffenlieferungen, später ergänzt von Kampfflugzeugen aus Moskau, stärkten Lagos den Rücken.

Die Gegenseite bildeten Frankreich und Portugal, die den britischen Einfluss in Nigeria schwächen wollten, indem sie den Anführer der biafranischen Sezession, Oberst Ojukwu, unterstützten. De Gaulles Regierung lieferte den Ibo Waffen und heuerte Söldner an, engagierte aber gleichzeitig das französische Rote Kreuz, das Ärzte in das IKRK-Team nach Biafra schickte.

Anfang Juli 1967 holte die nigerianische Regierung zum

Angriff aus. Schon einige Monate später war Biafra umzingelt. Die Regierung verhängte eine Blockade. Bald darauf brach in Biafra eine massive Hungersnot aus.

Vor allem kirchliche Hilfswerke versuchten, die Regierung in Lagos zu einem Korridor für die Einfuhr von Nahrungsmitteln nach Biafra zu bewegen. Doch sie stießen immer wieder auf Ablehnung. Die Angst war groß, und nicht unbegründet, dass mit den Hilfskonvois auch Waffen nach Biafra kämen.

Über die Köpfe der nigerianischen Regierung hinweg entschieden schließlich die kirchlichen Vertreter den Aufbau einer Luftbrücke. Diese versorgte die Ibo mit Hilfsgütern und wurde eine der größten in der Geschichte der humanitären Hilfe. Nur die Luftbrücke der Westalliierten nach Berlin im Jahre 1947 lieferte mehr Hilfsgüter.

Die französischen Ärzte, die freiwillig in Biafra Nothilfe leisteten, darunter Max Récamier, Pascal Grellety-Bosviel und Bernard Kouchner, waren zutiefst schockiert über das Ausmaß der Hungersnot. Im Ernährungszentrum von Awo-Omana warteten täglich 5.000 Frauen und Kinder. Vor allem die Kinder waren oft bis aufs Skelett ausgehungert und durch Ödeme entstellt. Für Pascal Grellety-Bosviel war es das erste Mal, dass er damit konfrontiert wurde. In der MSF-Biografie von Anne Vallaeys erinnert er sich: *„Wie sollte man diese Kinder behandeln? Wenn man sie zu schnell ernährte, verloren sie das Bewusstsein oder starben in unseren Armen ... Jeden Morgen fragte ich Joséphine, die junge biafranische Krankenschwester: ‚Wie viele heute Nacht?‘ – ‚Sieben!.“*

Einige der IKRK-Ärzte kamen daher zu dem Schluss, dass sie Zeugen eines Völkermords waren und stellten sich auf die Seite der Ibo. Sie hielten die humanitären Maßnahmen für unzureichend und fanden das IKRK



Kinder im Ernährungszentrum,
Biafra 1969.
© James Chevreuil



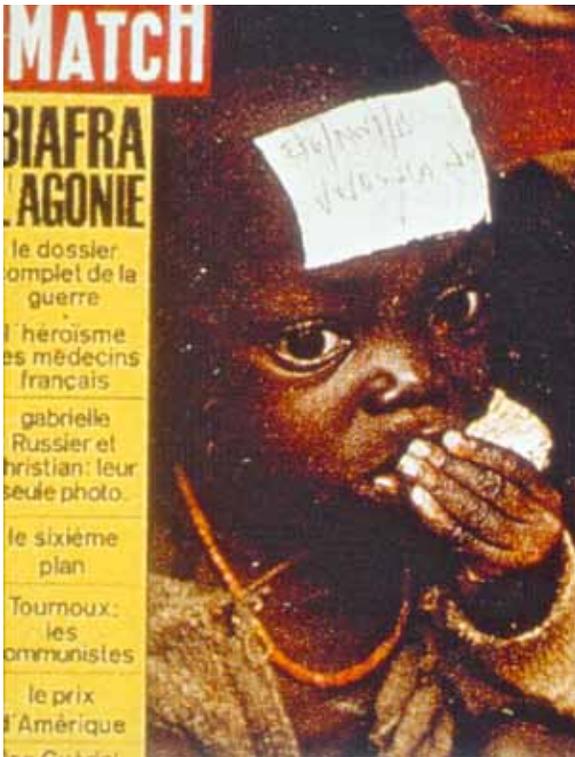
nicht gut genug ausgerüstet. Die Verhandlungsführung des IKRK schien ihnen zudem zu zögerlich und bürokratisch. Vor allem wollten sie, dass das IKRK die Gräueltaten der nigerianischen Regierung öffentlich machte. Doch die strikte Neutralität des IKRK verbot dies.

Die Ärzte leisteten Ungeheures und retteten vielen Menschen das Leben. Aber ihr Entsetzen wuchs von Tag zu Tag, und sie fanden die ihnen auferlegte Schweigepflicht unerträglich. Dazu kam, dass die westlichen Medien viel über den Hunger, aber wenig über den Konflikt und die stille Unterstützung der nigerianischen Regierung durch westliche Regierungen berichteten. Langsam schwand die Bereitschaft der Ärzte, sich still zu verhalten. Anne Valleaey gegenüber beschrieb Max Récamier die damaligen Ereignisse so:

„Die Tatsachen waren nicht so einfach, wie wir uns das vorgestellt hatten. Wir waren fröhlich mit der Absicht angekommen [in Biafra], allen zu helfen, egal auf welcher Seite. Das ist ja moralisch gesehen die angenehme Stellung eines Kriegsarztes ... Aber es gibt Grenzen. Das ist mir bewusst geworden, als ich eine Opera-

tion an einem biafranischen Soldaten vorbereitete. Ich entdeckte eine Narbe. Er bemerkte meinen Blick und sagte: ‚Sie haben mich vor vier Monaten schon einmal operiert‘. Ich flickte also Kämpfer zusammen, die dann wieder losgingen, um zu töten oder sich töten zu lassen. Auch wenn es nicht unsere Absicht war, halfen wir der biafranischen Seite. Das ist unbestreitbar. Wir bezogen Stellung, ob wir es wollten oder nicht. Wir lebten eine der Zwiespältigkeiten, die der Beruf des humanitären Arztes mit sich bringt.“

Der Arzt Pascal Grellety-Bosviel sah es so: *„Wir waren absolut für Biafra. Ich zuallererst. Ich versteckte mich hinter dem Neutralitätsprinzip des Roten Kreuzes, das auch auf der nigerianischen Seite arbeitete ... Ich hatte ein ruhiges Gewissen und die Freiheit, nicht ganz neutral zu sein. Sogar überhaupt nicht neutral zu sein! Keiner von uns war es. Wie auch unsere Regierung, die sehr in diese Geschichte verwickelt war ... Unser Material kam direkt aus Frankreich, von de Gaulle eigens beauftragt ... Verzeihen Sie, dass ich so wenig Arzt bin, aber ich sagte mir wirklich ‚Warum schicken sie [die Regierungsvertreter] nicht mehr? ... Gebt ihnen [den*



Titelseite der französischen Zeitschrift ‚Paris Match‘ zu Biafra, Januar 1970. © Paris Match / Bibliothèque Nationale

Ibo] doch Waffen, damit sie sich verteidigen können. Himmel noch mal!“

Bernard Kouchner wiederum wurde in der Neuen Zürcher Zeitung mit den Worten zitiert: „Weil wir keine Waffen hatten, mussten wir unsere Patienten mit der Macht der öffentlichen Meinung schützen.“

Als bei einem Angriff nigerianischer Truppen im Oktober 1968 vier IKRK-Mitglieder getötet wurden, entschieden sich die Ärzte zu handeln. Sie veröffentlichten einen Artikel in der Tageszeitung ‚Le Monde‘ über das Elend in Biafra und brachen damit die IKRK-Schweigepflicht. Bernard Kouchner startete später sogar eine Medienkampagne und klagte die nigerianische Regierung des Völkermords an.

Heute weiß man, dass die Ärzte damals die Situation falsch eingeschätzt haben. In Biafra geschah kein Völkermord: Es ging nicht um die Ausrottung der Ibo, sondern um den Kampf gegen die Sezession, auch wenn Blockade und Hunger ein Teil der Kriegsstrategie der Regierung in Lagos waren. Allerdings setzte das secessionistische Regime bald die Bilder hungernder Kinder bewusst ein, um mehr Hilfsgüter zu erhalten. Es war eine ‚inszenierte‘ Hungersnot. Oberst Ojukwu, der vorgab, gegen einen Völkermord zu kämpfen, ließ diese Version der Ereignisse durch seinen Führungsstab im In- und Ausland verbreiten. Es wurde sogar eine PR-Agentur, Mark-Presley in Genf, engagiert, um Journalisten nach Biafra zu lotsen, sie am Flughafen abzufangen und gezielt mit manipulierten Informationen zu versorgen. Die späteren MSF-Gründer waren, wie so viele andere, Opfer dieser Strategie geworden.

Der Mythos aber hält sich mancherorts bis heute, dass die MSF-Gründer, vor allem Bernard Kouchner, in Biafra eine neue Art der Einmischung erfunden hätten, die erst machte mit dem ‚Nie wieder Völkermord‘ und dafür das sakrosankte Schweigegebot des IKRK verletzte. Die Ärzte brachen zwar das Schweigen, aber sie hatten sich geirrt und waren der grausamen Logik des Oberst Ojukwu auf den Leim gegangen: Es gab zwar Hunger und Tod, aber es gab keinen Völkermord.

Für Rony Brauman, langjähriger Präsident von MSF in Frankreich, war dies jedoch ein ‚produktiver Irrtum‘, führte er doch zur Gründung von MSF und damit zu einem neuen Verständnis der humanitären Hilfe: Die MSF-Gründer wollten Ärzte sein, aber gleichzeitig öffentlich Position beziehen, falls die politischen Ereignisse dies erforderlich machten. Sie wollten zudem humanitäre Hilfe unabhängig von den Regierungen und nur im Interesse der betroffenen Bevölkerung leisten.

Die ironische Fußnote der Geschichte: Die erste MSF-Charta, aus Zeitgründen mehr oder weniger vom IKRK abgeschrieben, enthält erstaunlicherweise die Bedingung, strikt neutral zu bleiben und sich nie öffentlich in die Angelegenheiten der Staaten einzumischen. Einer der vielen Widersprüche in der Geschichte von MSF. ■

MSF in den 1970er Jahren

RINGEN UM IDENTITÄT UND SPALTUNG

Politisch standen die Jahre von 1970 bis 1989 im Zeichen des Ost-West-Konflikts. Auch die Beziehungen der ‚Ersten Welt‘ zu den Ländern der sogenannten ‚Dritten Welt‘, die sich in Projekten der ‚Entwicklungshilfe‘ konkret gestalteten, unterlagen der Logik des Kalten Krieges. Die Konflikte in Vietnam und Kambodscha, später in Afghanistan, Äthiopien, Angola und Lateinamerika, erhielten ihre Schärfe durch den alles dominierenden Gegensatz zwischen der UdSSR und den USA sowie ihren jeweiligen Alliierten. ‚Hilfe‘ bedeutete damals vor allem Entwicklungshilfe, ökonomische und soziale Fragen standen im Vordergrund. Humanitäre Hilfe, wie wir sie heute kennen, existierte kaum, und Mediziner arbeiteten nur selten in der Entwicklungshilfe.

Trotz der vermeintlich klaren Ideen der Gründer von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) blieb es lange strittig, wie die neue Organisation denn nun konkret arbeiten sollte. Diese Frage löste durchaus heftige Diskussionen innerhalb der jungen Führungsriege aus. Eine neue Medizin erfand sich nicht so schnell, ebenso wenig wie eine neue Organisation.

In einem Interview erzählt Rony Brauman, der viele Jahre Präsident der französischen Sektion war: *„Der Ehrgeiz der MSF-Gründerväter war ja der Aufbau eines internationalen medizinischen Rettungsteams ... Wie alle guten Ideen scheint auch*



Bürgerkrieg in Beirut,
Libanon, 1978.
© Zouhair Saadeh / Gamma

diese im Nachhinein auf der Hand zu liegen, aber sie war gar nicht selbstverständlich ... Der Arzt spielte in den Konzeptionen von Hilfe, die damals galten, keine Rolle. Vorrang hatten vielmehr ökonomische und soziale Ziele, eine schnelle Modernisierung, die Beziehungen zwischen Staaten. Krankheiten waren vor allem Zeichen des politischen Scheiterns, ein politisches Symptom also, dessen Ursachen behandelt werden mussten, aber nicht ein Problem an sich. Medizinische Hilfe, das war etwas für Missionare, während ernsthafte Menschen sich dem Fortschritt widmeten – der sich je nach Überzeugung entweder freiheitlich oder sozialistisch gestalten sollte. Zweifellos war das der Grund, warum ... unsere Ambitionen in den ersten Jahren schwankend, widersprüchlich, tastend waren. Da es aus Mangel an Unterstützung mit dem internationalen Rettungsteam nichts wurde, definierte MSF sich neu als Ärztee pool für andere Organisationen. Oder man träumte davon, die medizinische Abteilung des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz (IKRK) zu werden, sich sogar in den Dienst der nationalen Gesundheitseinrichtungen oder der UN-Organisationen zu stellen.“

MSF blieb in diesen ersten Jahren eine kleine, ziemlich unbedeutende Organisation. Die Mitarbeiter waren Freiwillige, die ihren Lebensunterhalt anderswo verdienten. Auch deshalb hatte die Gruppe, nicht ganz zu Unrecht, vor allem in den Augen der etablierten Hilfsorganisationen das Image von ‚medizinischen Hippies‘, ‚Touristen‘ oder ‚Amateuren‘.

Das Geld war knapp damals: Spenden zu sammeln oder um Regierungsgelder zu bitten, humanitäre Hilfe ‚zu verkaufen‘, war für viele MSF-Mitglieder völlig undenkbar. Die vorhandenen Mittel kamen hauptsächlich aus Mitgliedsbeiträgen. So gab es wenig Handlungsspielraum. Meistens ‚verlieh‘ MSF Mitarbeiter für kurze Zeitspannen an andere Organisationen. So konnten sie

wertvolle Erfahrungen sammeln; aber es waren nicht mehr als ein paar Dutzend in diesen Jahren. Die Tatsache, dass MSF keine eigenen Projekte hatte, entband die Mitglieder auch von der Verpflichtung, Position zu beziehen oder operationale Entscheidungen zu treffen.

‚Témoignage‘, also öffentlich Position zu beziehen und wenn nötig anzuklagen, was man erlebte und was den Menschen angetan wurde, war zwar seit Bifra wesentlicher Teil der Idee von MSF, wurde aber in diesen ersten Jahren noch nicht umgesetzt. Dies stand durchaus im Gegensatz zu dem ursprünglichen Konzept, dass man sich zu den politischen Verhältnissen äußern müsse, wenn man den von Konflikten betroffenen Menschen wirksam helfen wolle. Aber die Charta enthielt praktisch ein Schweigegebot, und wirklich eigene MSF-Projekte gab es noch nicht.

Erst ein erfolgreicher und viel beachteter Einsatz während des Libanon-Kriegs im Jahr 1976 machte MSF über Frankreich hinaus bekannt. Die MSF-Ärzte arbeiteten damals in einem schiitischen Viertel, das von christlichen Milizen umzingelt war. 1977 gelang es zum ersten



Beirut: Das MSF-Team nach einem chirurgischen Eingriff.

© MSF



Die Unterzeichnung der Charta und damit Gründung von MSF am 20. Dezember 1971. Zu den Gründern gehören: Jacques Bérés, Philippe Bernier, Raymond Borel, Jean Cabrol, Marcel Delcourt, Xavier Emmanuelli, Pascal Greletty-Bosviel, Gérard Illiouz, Bernard Kouchner, Gérard Pigeon, Vladan Radoman, Max Récamier, Jean-Michel Wild. © D. R.

Mal mit Hilfe einer kostenlosen Werbekampagne, MSF als ‚mutige Organisation für gefährliche Noteinsätze‘ sichtbar zu machen und eine sichere finanzielle Basis zu schaffen.

Gleichzeitig aber drängte eine wichtige Richtungsentscheidung. Denn Ende der 1970er Jahre standen sich zwei Männer und zwei Modelle für die zukünftige Entwicklung von MSF gegenüber: Bernard Kouchner, Arzt und einer der Mitbegründer, sowie Claude Malhuret, ebenfalls Arzt und gewählter MSF-Präsident seit 1978. Kouchner plädierte für eine Organisation, die zwar durchaus medizinisch arbeiten sollte, aber vor allem als Vorhut in Katastrophen vor Ort präsent sein und dann mit Hilfe der Medien öffentlich Alarm schlagen sollte. Dahinter steckte wohl eher die Idee einer symbolischen Medizin mit politischem Auftrag. Kouchner zufolge war es die vordringliche Aufgabe von MSF, die öffentliche Meinung zu mobilisieren, damit dann unter dem Druck dieser Öffentlichkeit die großen Organi-

sationen wie UNICEF, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Rote Kreuz humanitäre Hilfe leisten könnten.

Claude Malhuret hingegen wollte mehr – oder anderes: Er hatte 1976 für kurze Zeit in den ersten Lagern für kambodschanische Flüchtlinge in Thailand gearbeitet und realisiert, dass sowohl medizinisch wie politisch große Herausforderungen für MSF zu bewältigen waren, wenn die Organisation eine neue, effektivere humanitäre Hilfe entwickeln wollte. Er war nicht gegen öffentliche Stellungnahmen, aber er wollte qualitativ gute medizinische Programme in den Lagern aufbauen – und dafür hatte MSF damals weder die Mittel noch die Infrastruktur oder die Kompetenz. Eine andere Art von Organisation musste her, davon war er überzeugt.

Die entscheidende Auseinandersetzung entzündete sich 1978 am Fall der vietnamesischen Bootsflüchtlinge, damals bekannt als die ‚boat people‘: Seit dem

Fall von Saigon im Jahr 1975 hatten Hunderttausende Vietnamesen in meist klapprigen Booten versucht, in Nachbarländern wie Malaysia oder den Philippinen Zuflucht zu finden, um dann in die USA oder ein anderes westliches Land auswandern zu können. Viele dieser Flüchtlinge kamen auf See um, wurden von Piraten erschlagen, beraubt oder wieder zurückgeschickt.

Vor dem Hintergrund des Kalten Krieges und des Sieges der kommunistischen Seite in Vietnam erhielt die Frage dieser Flüchtlinge eine ungeheure politische Brisanz. Ein Teil der französischen Linken hatte das siegreiche Nord-Vietnam unterstützt – gegen die Kriegsmacht USA. Jetzt versuchte sie, den Appell der Bootsflüchtlinge herunterzuspielen und die Mobilisierung sowie die Hilfsaktionen zu ihren Gunsten als billigen Anti-Kommunismus im Dienste der USA darzustellen.

Der Vorschlag Kouchners, ein Schiff für Vietnam zu chartern und damit im chinesischen Meer bedrohte Flüchtlinge zu retten, hatte zwar ein großes öffentliches Echo in Frankreich. Doch ein Teil der Linken mach-

te dem ehemaligen Kommunisten Kouchner heftige Vorwürfe wegen seines Einsatzes für die Flüchtlinge, die zu Hunderttausenden aus dem kommunistischen Vietnam flohen. Und auch für manche MSF-Mitglieder war es überraschend, sich plötzlich im anti-kommunistischen Lager wiederzufinden. Das allerdings sollte in den kommenden Jahren noch öfter passieren.

Kouchners Vorschlag, ein ‚Boot für Vietnam‘ zu chartern, wurde aber von einer Mehrheit der MSF-Mitglieder auch aus humanitären Gründen abgelehnt. Sie sahen darin einen vorwiegend symbolischen Akt, der die Flüchtlinge möglicherweise eher in Gefahr bringe als sie zu retten, weil er falsche und unrealistische Hoffnungen auf die Rettung produzieren könne. Über diese Frage kam es zum Bruch zwischen den beiden Lagern, und Kouchner verließ mit einigen Weggefährten die Organisation. Er gründete kurz darauf Médecins du Monde / Ärzte der Welt (MDM). Claude Malhuret hatte damit freie Bahn für seine Reformen – den Ausbau und die Professionalisierung von MSF.

Um die 500.000 Vietnamesen verlassen in den Jahren nach der Machtübernahme des kommunistischen Regimes ihre Heimat per Schiff.
© MSF



Kambodschanische Flüchtlinge

ZWISCHEN TIGER UND KROKODIL



Kambodschanische Flüchtlinge an der Grenze zwischen Kambodscha und Thailand, 1979.

© MSF

Ein altes kambodschanisches Sprichwort besagt, das Volk werde eines Tages vor die Wahl zwischen zwei Übeln gestellt: von den Tigern zerrissen oder von den Krokodilen verschlungen zu werden. In den 1970er Jahren schien sich dieses Sprichwort zu bewahrheiten: 1975 marschierten die maoistischen Roten Khmer unter der Führung des ‚Bruder Nummer Eins‘, Pol Pot, in Kambodscha ein. Sie wollten die kambodschanische Gesellschaft brutal in eine traditionelle Agrargesellschaft zurückverwandeln.

Die Bewohner der Hauptstadt Phnom Penh wurden mit Waffengewalt verjagt, jeglicher westlicher Einfluss ausgemerzt: Intellektuelle – Lehrer, Ärzte, Beamte,

Juristen – wurden umgebracht oder zur Umerziehung aufs Land geschickt, wo sie oft den unmenschlichen Arbeitsbedingungen erlagen. Schulen, Krankenhäuser und staatliche Institutionen wurden geschlossen.

Das Resultat waren die gigantischen ‚Killing Fields‘: Zwischen 1,5 und 3 Millionen Menschen verloren ihr Leben durch Mord, Hunger, Krankheit oder Erschöpfung. Obwohl es Zeugenberichte über Massaker und Folterungen gab, verschloss die westliche Welt, kurz nach dem Ende des Vietnamkrieges, die Augen. Zudem schotteten die Roten Khmer das Land hermetisch ab, so dass nur selten Nachrichten das Ausland erreichten.

Im Januar 1979 verjagte die vietnamesische Armee das Regime der Roten Khmer aus Phnom Penh. Viele feierten die vietnamesische Machtübernahme als Befreiung von dem Gewaltregime. Die USA und ihre Alliierten sahen darin jedoch nur die Ausweitung der kommunistischen Herrschaft. In Wirklichkeit ersetzte eine Diktatur die andere – wenn auch eine weniger brutale.

Die Roten Khmer flohen mit Zigtausenden von Menschen, die ihnen als Geiseln und billige Arbeitskräfte dienten, in monatelangen Märschen in die Grenzregion zu Thailand und setzten sich dort in Flüchtlingslagern fest. In den kommenden Jahren wurden sie als Bollwerk gegen die kommunistischen Vietnamesen von der Thai-Regierung geschützt. Pol Pot gelang es auch, seine etwa 30.000 Mann starke Miliz in die Grenzregion zu retten, wo ihnen die internationale Hilfe beim Überleben half. Zudem wurden sie von China, den USA und der Thai-Armee mit Waffen versorgt.

Ende 1979 erreichten weitere Flüchtlinge die Region: Der junge Arzt Rony Brauman arbeitete dort bereits seit einem Jahr, da er für Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) ein Projekt in einem der älteren Flüchtlingslager aufgebaut hatte. Im Oktober 1979 wurde der Arzt von einem Journalisten alarmiert, der von einem Exodus von 30.000 kambodschanischen Flüchtlingen an der Grenze zu Thailand berichtete. Brauman reiste in derselben Nacht in die Region:

„Ich war bei Tagesanbruch dort und sah eine Szenerie der Verzweiflung, Tausende Menschen in Agonie, als hätten sie ihre letzten Kräfte mobilisiert, um die Grenze zu erreichen, nur um dann auf der anderen Seite zu sterben ... Alle Beteiligten – Journalisten, Helfer oder Diplomaten – waren davon überzeugt, dass in Kambodscha eine schreckliche Hungersnot herrschte. Diese Einhelligkeit beruhte auf mehreren Faktoren: der Zwangsumsiedlung von großen Teilen der Bevölke-

rung, der Zerstörung der Landwirtschaft durch die Roten Khmer, ausbleibenden Regenfällen, dem Krieg mit Vietnam. Wie alle war ich in dem Moment überzeugt, dass wir an der Grenze nur die Spitze des Eisbergs sahen und das ganze Land diesen Todeslagern glich. Erst Jahre später wurde mir klar, dass das nicht stimmte.“

Die Bilder des Flüchtlingselends schockierten die Welt, die gleichzeitig ein schlechtes Gewissen hatte, weil sie das Morden der Roten Khmer nicht verhindert hatte. Ein Journalist sprach von einem ‚wandernden Konzentrationslager‘. In vielen Ländern wurden große Spendenaktionen veranstaltet, um den Flüchtlingen wie der hungernden Bevölkerung im Landesinnern zu Hilfe zu kommen.

Die kommunistische vietnamesische Regierung in Phnom Penh wurde indes vom Westen nicht anerkannt. Um sich als Verhandlungspartner zu etablieren und sich eine De-facto-Anerkennung zu verschaffen, kontrollierte die Regierung drakonisch die ausländische Hilfe und stellte Bedingungen an die Hilfsorganisationen. Doch diese Forderungen standen im Gegensatz zu den humanitären Prinzipien der Unparteilichkeit, Unabhängigkeit und Neutralität. Sie waren somit für MSF inakzeptabel. Andere Hilfswerke entschieden anders und versuchten, im Land zu arbeiten.

Wie viele Organisationen prangerte auch MSF diese Situation öffentlich an und forderte freien Zugang zu den Regionen, wo die Hungersnot vermutet wurde. Westliche Fernsehanstalten brachten im Dezember 1979 den Slogan: ‚Two Million Dead by Christmas!‘ Anfang 1980 organisierte MSF deshalb den ‚Marsch für das Überleben Kambodschas‘. Dies war die erste große Protestkampagne. Zusammen mit Künstlern und Intellektuellen aus Frankreich und den USA, darunter Prominente wie Joan Baez, bauten sich die Demonstranten unter intensiver Medienbegleitung an einem

Prominente wie Joan Baez und Liv Ullman protestieren mit MSF an der Grenze, Februar 1980.
© MSF



Grenzübergang zu Thailand auf. Sie forderten von den vietnamesischen Grenzposten und der Regierung in Phnom Penh, das Land für Hilfslieferungen zu öffnen.

Rony Brauman sagte damals: „Wir wollten die geschlossene Grenze vorführen, die von den Soldaten bewacht wurde. Sie hatten die symbolische Rolle, 300 friedliche Demonstranten abzuweisen, die Lebensmittel und Medikamente für ein Volk brachten, das mit dem Tod kämpfte. Wir blieben einige Stunden in der Nähe und zogen dann wieder ab. Wir hatten die Unbeugsamkeit dieses kriminellen kommunistischen Regimes vorgeführt.“

Einige Hilfswerke ließen sich auf die Bedingungen der Regierung ein, mussten aber später feststellen, dass die Hilfe die Bedürftigen nicht erreicht hatte, sondern von der Regierung eher den eigenen Leuten zugeschanzt worden war. Einige Jahre später wurde sogar klar, dass es nie eine Hungersnot gegeben hatte. Sie war von der Regierung inszeniert worden, um Hilfe anzuwerben und so internationale Anerkennung zu erlangen.

Auf der anderen Seite der Grenze, in den thailändischen Lagern, stürzte sich MSF ab Oktober 1979 in die Hilfe für Hunderttausende Flüchtlinge. Dies war das erste große Projekt für MSF: Allein in den ersten 15 Ta-

gen im Oktober 1979 kamen über hundert Helfer in die Region. Zudem hatte MSF damals keine Strukturen, die es erlaubten, unter solch extremen Umständen Zigtausende Flüchtlinge zu versorgen. Im Chaos dieser Lager entstand erstmals die Idee einer organisierten Logistik, und die Notwendigkeit für standardisierte medizinische Verfahren trat offen zutage.

Doch die humanitäre Hilfe kam nicht nur den Flüchtlingen zugute, sie erfüllte auch eine wichtige politische Rolle: Nach dem Motto ‚die Feinde meines Gegners sind meine Freunde‘ lieferte der Westen, vor allem die USA, große Mengen Hilfsgüter, aber auch Waffen, in die Grenzlager. Dort hatten sich mehrere Guerilla-Gruppen festgesetzt, unter anderem die Roten Khmer. Westliche Staaten und Thailand unterstützten über Jahre hinweg die Roten Khmer als Bollwerk gegen die kommunistischen Vietnamesen. MSF entschied sich indes, in den von den Roten Khmer kontrollierten Lagern nicht zu arbeiten, blieb aber in anderen Camps präsent.

Wie so oft waren die Hilfsorganisationen in dem schrecklichen Dilemma gefangen: ‚Die Schlächter füttern, um den Opfern zu helfen‘. Denn humanitäre Hilfe war und ist ein zentrales Element der Machtpolitik. Es sollte Jahre dauern, bis MSF diese Machenschaften und die eigene unfreiwillige Rolle darin analysiert und annähernd verstanden hatte.

William Shawcross schreibt in seinem Buch über Kambodscha ‚The Quality of Mercy‘: *„Fast alle Akteure benutzten die humanitäre Hilfe als Feigenblatt – entweder für die Dürftigkeit oder die Rücksichtslosigkeit ihrer Politik. Der humanitäre Instinkt von Menschen überall auf der Welt sowie das Mandat der Organisationen, die unser kollektives Gewissen schützen und in Taten umsetzen sollen, wurde von fast allen Seiten im Interesse politischer Ziele ausgenutzt. Viele tausend Menschen unterschiedlicher Nationalität, Thais und Vietnamesen eingeschlossen, waren so berührt von ihrer Sicht der Krise in Kambodscha, dass sie mit Zeit, Geld oder Gebeten versuchten, die Leiden eines Volkes zu lindern, dem unendlich viel Unrecht angetan worden war. Das ist Grund zur Freude. Ihre Sorge war nicht ganz umsonst. Aber es ist bei Weitem nicht so viel erreicht worden, wie Kambodscha verdient hätte.“* Und Jean-Pierre Hocké vom UNHCR brachte es so auf den Punkt: *„In Kambodscha wurde humanitäre Hilfe benutzt, um eine quälende politische Blockade zu verlängern.“*

Die Lager an der thailändischen Grenze blieben zum Teil bis 1992 bestehen. Sie waren Schauplatz einer beispiellosen Anstrengung der Hilfswerke, die vielen Men-

schen das Überleben ermöglichte. Aber sie waren auch Schauplatz einer vehementen Konfrontation zwischen politischen Interessen und humanitären Prinzipien.

In diesen Lagern musste sich MSF zum ersten Mal damit auseinandersetzen, wie Flüchtlinge und die ihnen zugedachte Hilfe sowie die Hilfsorganisationen massiv manipuliert wurden. Die Spannung zwischen den Supermächten UdSSR, China und den USA sowie den Regionalmächten Vietnam und Thailand durchzog das schwer durchschaubare Geschehen. Ähnlich wie in Bifra verstanden die MSF-Mitarbeiter erst Jahre später, was wirklich vor sich gegangen war.

Dies sollte eine wichtige Lektion für die kommenden Jahrzehnte sein: Selbst kompetente Hilfe, obwohl lebensnotwendig, kann Nebenwirkungen auf der politischen Ebene haben. Im Moment der Katastrophe sind diese oft nicht absehbar. MSF hat in diesen ersten Jahren in schwierigen Situationen Tausenden Menschen geholfen und gleichzeitig medizinische und politische Erfahrungen gesammelt, die in den folgenden Jahren die kritische Analyse der eigenen Arbeit ermöglichten.



MSF-Ärzte versorgen die Verwundeten im Flüchtlingslager.

© MSF

Afghanistan

DIE VERLASSENHEIT EINES VOLKES

Afghanistan und Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) – das sind 30 Jahre einer an Drama und Faszination reichen Geschichte: Maultierkarawanen durchs Hochgebirge, hingebungsvolles Engagement, Operationen unter schwierigsten Bedingungen, Würde, Gastfreundschaft und Vertrauen der Afghanen, das ist die eine Seite. Auf der anderen Seite stehen die Bombardierungen durch die Sowjets, der Mord an MSF-Mitarbeitern durch fanatische Afghanen, der bittere Streit mit den Taliban über den Zugang zur Gesundheitsversorgung und zwei komplette Rückzüge, weil es für die MSF-Teams zu gefährlich wurde.

Der Anfang: Im Dezember 1979 besetzen sowjetische Truppen Afghanistan, der Ost-West-Konflikt weitet sich aus. In den Bergen formiert sich der Widerstand der Mudschaheddin. Die Bevölkerung ist Gewalt und Entbehrungen ausgesetzt. Unter der Führung der Afghanistankenner Juliette Fournot und Gérard Kohout beginnt MSF 1980, erste Hilfsprojekte für die Bevölkerung in schwer zugänglichen Gebieten des Landes aufzubauen. Während MSF anfangs alleine auf der Seite der afghanischen Opposition arbeitet, kommen in den folgenden Jahren andere französische Organisationen hinzu. Diese schwierige und gefährliche Arbeit über die nächsten zehn Jahre macht MSF berühmt und ist bis heute so etwas wie ein Mythos.

Juliette Fournot, in Afghanistan aufgewachsen, zögert lange, sich auf dieses Projekt einzulassen. Die Gründe für ihr Engagement hat sie einmal so beschrieben:

An den Sowjets vorbei bringen MSF-Teams medizinische Hilfe nach Badakshan in die von der Opposition kontrollierten Gebiete.

© Didier Lefevre /
imagesandco.com



„Die Afghanen vergisst man nie. Ich habe den Krieg und seine Folgen gesehen, die durch Minen verstümmelten Kinder, die infizierten Beine, den Wundbrand, weil es keine Versorgung gab. Die Mütter, Flüchtlinge – sie hatten nichts mehr zu essen außer vielleicht ein paar Nüssen, weil die Ernte zerstört war – sie haben sie mir weinend angeboten. Da habe ich mir gesagt: Ich bleibe. Und habe mich dann ganz und gar engagiert. Zehn Jahre bin ich in Afghanistan geblieben. Es gab nichts außer dem Leid der Menschen, der Ungerechtigkeit, der totalen Verlassenheit eines Volkes.“

Trotz aller Hingabe und Entschlossenheit sind die Schwierigkeiten enorm. Um auf der Seite der unterdrückten afghanischen Bevölkerung zu arbeiten, müssen sich die MSF-Teams unter den Schutz der jeweils regional herrschenden Oppositionsfractionen begeben. Sie schlagen sich damit klar auf deren Seite. In der Folge werden sie auch in die internen Konflikte dieser Gruppen hineingezogen, was ihnen das Leben und Arbeiten oft schwer macht.

Von 1980 bis 1990 schickt MSF über 500 Mitarbeiter in Regionen wie Baktia, Badakschan, Hazarajat, Mazar und Herat, um dort Basismedizin und Kriegschirurgie anzubieten sowie Impfkampagnen für die Bevölkerung durchzuführen. Manche Helfer bleiben ein paar Monate, viele für ein ganzes Jahr, auch weil in den Wintermonaten die Berge unpassierbar sind. Die Mudschaheddin stellen Gebäude für Kliniken zur Verfügung und begleiten die Karawanen über die Pässe.

Vom Schicksal der afghanischen Bevölkerung ist im Westen wenig bekannt, denn Journalisten gelangen kaum in das Land. MSF entschließt sich, auch wegen der sowjetischen Bombardierungen einiger Kliniken, an die Öffentlichkeit zu gehen. 1985 erhält MSF die Einladung, vor dem US-Kongress zu sprechen. In der Hoffnung, dadurch Hilfe für die Bevölkerung mobili-

sieren zu können, reist Juliette Fournot nach Washington. Doch ihr Wunsch erfüllt sich nicht.

Einige Monate später bewilligt der Kongress zwar 60 Millionen US-Dollar, finanziert werden damit aber die Oppositionsgruppen, darunter radikale Islamisten in den pakistanischen Flüchtlingslagern, aus denen später die Taliban hervorgehen werden. MSF erkennt, dass es instrumentalisiert wurde: Nur die Helfer verfügen zu der Zeit über verlässliche Informationen darüber, wie die afghanischen Oppositionsgruppen funktionieren. Das macht ihre Attraktivität für die US-Abgeordneten im Kongress aus, die damit den Krieg weiter anheizen.

Ende der 1980er Jahre verschlechtert sich die Situation in Afghanistan zunehmend: Immer aggressivere, meist nicht-afghanische Gruppen, setzen sich im Land fest. Das erschwert auch die Arbeit von MSF. Dann kommt es 1990 zu einem bis heute nicht aufgeklärten Angriff: Ein junger Logistiker, Frédéric Galland, wird in Badakschan ermordet, eine Krankenschwester vergewaltigt. Alle Projekte in Afghanistan werden daraufhin gestoppt, und MSF verlässt das Land.



Untersuchung eines mangelernährten Kindes. © J.P. Favreau / MSF

1986 in Afghanistan

AUF 860 FÜSSEN UND HUFEN NACH BADAKSCHAN



Juliette Fournot, Projektleiterin für Afghanistan von 1980 bis 1989.

© MSF

Juliette Fournot erzählt: „Die Maultiere und Pferde für unsere Karawane kaufen wir auf den Märkten in den afghanischen Flüchtlingslagern in Pakistan. Sie sind an die extremen Lebensbedingungen angepasst, denen wir ausgesetzt sein werden. Alles in allem haben wir 120 Pferde und Maultiere, um vier Tonnen medizinisches Material auf die andere Seite des Himalaya zu bringen. Damit können zwei Kliniken ein Jahr lang arbeiten. Jedes Tier, das ausfällt, verkürzt den Klinikbetrieb um zwei Wochen ...

Wir werden 35 Tage unterwegs sein, über sechs Pässe von über 5.000 Meter klettern und große Umwege machen, um die sowjetischen Garnisonen zu umgehen

sowie die von den Panzern kontrollierten Verkehrsachsen. Wir müssen die Zonen rivalisierender Stämme und die Orte, wo saudische Fanatiker ihr Unwesen treiben, ebenso vermeiden wie verminte Zonen.

In Peshawar brauchen wir zwei Monate, um die Medikamente und das Material vorzubereiten und zu verpacken. Gleichzeitig werden die Teams vorbereitet und lernen Grundzüge des Farsi, der Sprache Badakschans ... Aus Erfahrung weiß ich, dass zehn Prozent der Tiere nicht ankommen werden, also müssen wir unbeladene Ersatztiere mitnehmen.

Eines Tages, endlich in Afghanistan, ist unsere Kara-

wane komplett: 120 Bauern aus Badakschan und 30 Mudschaheddin sorgen für die Tiere und unsere Sicherheit. Jedes Tier trägt zwei Pakete à 20 Kilogramm. Wie ein gigantischer Tausendfüßler beginnen wir unseren Treck auf 860 Füßen und Hufen.

Nach einigen Tagen machen sich Müdigkeit und Hunger bemerkbar. Najmuddin, der Führer der Karawane, kauft unterwegs zwei Hammel für ein großes Abendessen. Alle Teile, Fleisch, Fett und Innereien, werden sorgfältig und gerecht verteilt – ein Fest. Am nächsten Morgen gehen wir weiter nach Norden, wir müssen noch drei Pässe überqueren.

Endlich erreichen wir Badakschan, wo wir uns in zwei Gruppen aufteilen. Unsere Gruppe geht weiter nach Norden, nach Japhtal, nahe der sowjetischen Grenze. Die Menschen dort leben in fast vollständiger Autarkie. Hier verabschieden sich unsere Reisebegleiter und ziehen zurück in ihre Dörfer.

Wir richten uns provisorisch in einer kleinen Klinik nahe der Front ein. Die Kranken kommen in Scharen, oft nach langen Märschen. Viele sind bei Kämpfen verletzt worden. Ein 15-jähriger Mudschahed hat eine Granate ins Gesicht bekommen. Unsere Ärzte müssen das Gesicht rekonstruieren, Muskelschicht für Muskelschicht. Zwei Monate später geht es dem Jungen gut ...

Die Kämpfe werden heftiger. Die Kranken kommen aus immer entfernteren Dörfern, manche sind zehn Tage unterwegs. Die Klinik ist voll belegt. Die Moschee des Dorfes wird in einen Krankensaal umgewandelt. Viele Verwundete kommen mit Kriegsverletzungen. Jede Nacht sterben Verletzte, oft auch Kinder. Ein Mädchen hat seit gestern morgen nicht mehr uriniert. Zwei Kugeln haben es getroffen, zu nah an der Wirbelsäule. Es wird gelähmt bleiben.

Während einer Gefechtspause lädt uns der Führer des Dorfes zum Essen ein. Jede Familie schickt einen Topf voll Tee und ein Brot. Ich bin die Einzige, die bei den Frauen zugelassen ist. Sie erzählen von ihrem harten Leben und ihren Sorgen.

Seit 1981 sind vier unserer Kliniken von den Sowjets zerstört worden. Also suchen wir eine besser geschützte Stelle und lagern die Medikamente an einem gesonderten Ort. Der Bau des neuen Hospitals ist fast abgeschlossen. Auch die Ausbildung der afghanischen Mitarbeiter ist wichtig, denn eines Tages werden sie unsere Arbeit übernehmen.

Es sind vor allem die Frauen in unserem Team, denen wir unseren Erfolg verdanken; ihretwegen kommen viele Patientinnen, denn sie dürfen nicht von einem Mann untersucht werden. Das Vertrauen wächst, und nach einer Weile werden auch Tabus gebrochen: Die Frauen erzählen von ihren Gesundheitsproblemen, wie Sterilität. Sie hoffen auf ein Mittel, das es ihnen ermöglicht, Kinder zu bekommen ...

Für mich ist es Zeit, nach Peschawar zurückzukehren, um die nächste Karawane vorzubereiten. Ich lasse zwei stabile Teams zurück, umgeben von motivierten afghanischen Mitarbeitern. Sie haben sich schnell integriert und werden von der Bevölkerung gut angenommen. Schnee und Eis werden die Pässe von November bis Mai unpassierbar machen ...

Alle Schulen sind durch sieben Jahre Krieg zerstört. Der einzige Ort, der sich noch für Unterricht eignet, ist die Moschee. In einigen unterrichten Lehrer. In anderen beschränkt sich die Erziehung der Kinder auf das, was den Menschen bleibt: die Religion – oft mit einem militanten Unterton. Was für eine Zukunft haben diese Kinder? Was ist aus ihnen heute geworden?"

Brief aus Afghanistan, 1981

„MÖGEN SIE MIR VERZEIHEN!“

„Nur ein paar Zeilen, um Dir zu sagen, dass ich manchmal vor Einsamkeit und Verzweiflung einen Knoten im Bauch habe. Dass ich abends oft die Petroleumlampe lösche und höre, wie die Bomben detonieren. Ich spüre, wie die Einschläge immer näher kommen, und am liebsten würde ich raus in die Berge laufen. Aber ich habe Angst, die anderen zu wecken und mich lächerlich zu machen. Die Angst schnürt mir die Kehle zu, ich sitze aufrecht in meinem Bett und höre ängstlich den dumpfen Bombenlärm in nächster Nähe. Und ich denke, dass es einfach verrückt ist, hier hineingeraten zu sein.

Dass man von einem Augenblick zum andern tot sein kann, ohne die Zeit gehabt zu haben, etwas zu tun. Die ganze Situation erscheint mir verrückt. Es kommt mir lachhaft vor, ein derartiges Risiko einzugehen. Dies ist doch nicht unser Krieg, wir sind nicht dafür verantwortlich, das geht uns doch eigentlich gar nichts an. Wer könnte meiner Familie mitteilen, dass ihre Tochter, die sich dafür entschieden hatte, hierher zu kommen, für nichts gestorben ist? Wie würde meine Mutter damit weiterleben können? Was habe ich hier eigentlich verloren?

Wie es mich auslaugt, wenn meine Gedanken so wandern! Nach und nach lassen die Bombeneinschläge nach und verlieren sich in der Ferne. Mein Federbett ist beruhigend, es schützt mich gegen alle Angriffe. Ich ziehe es mir über beide Ohren und mache mich über mich selbst lustig. Aber ich habe eine Entschuldigung: Als ich hierher kam, wusste ich nicht, dass ich mein Leben aufs Spiel setzen würde! Ich habe das Gefühl, inmitten eines ganzen Volkes zu leben, das jeden Tag die gleiche Angst durchmacht, aber bei ihnen ist es normal, dass sie sterben: In einem Krieg kommen immer Menschen um. Aber für uns wäre das nicht fair ... Oh ja, manchmal denke ich das so lange, bis ich davon überzeugt bin. Mögen sie mir verzeihen!“



Zwischen 1981 und 1982 bombardieren die sowjetischen Truppen vier MSF-Kliniken.

© MSF

Zwischenruf UND SIE BEWEGEN SICH DOCH ...



Kambodschanische Flüchtlinge
in einem Lager an der Grenze zu
Thailand, 1979.
© MSF

Meine erste Begegnung mit Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) hatte ich in den 1980er Jahren in den Flüchtlingslagern an der thailändisch-kambodschanischen Grenze. In den oft hitzigen Debatten unter den dort tätigen humanitären Organisationen sagte der Vertreter von MSF oft genau das, was ich selbst gerne gesagt hätte, aber als ein der strikten Neutralität unterworfenen Delegierter des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz (IKRK) natürlich nicht sagen durfte. Den vielbeschworenen Antagonismus zwischen IKRK und MSF habe ich deshalb nie als solchen empfunden, weil wir in der Sache ja meist einer

Meinung waren. Oft im Gegensatz zu fast allen anderen Akteuren. Wenn MSF zusätzlichen Schikanen durch die lokalen Behörden ausgesetzt war, sprang das IKRK deshalb auch gerne unterstützend ein.

Auch heute finde ich mich als IKRK-Vertreter meist auf derselben Seite wie MSF wieder. Im Gegensatz zu früher kann ich nun allerdings auch öffentlich sagen, dass wir in vielen Positionen übereinstimmen. Heißt das nun, dass MSF zahmer geworden ist, oder ist das IKRK – angespornt von MSF – mutiger geworden? Beides trifft wohl zu.

Hungersnot in Äthiopien

DIE HÖLLE AUF ERDEN



Vertriebene in einem Lager in Äthiopien, 1985.

© Sebastiao Salgado / amazonas images

„Dawn, and as the sun breaks through the piercing chill of night on the plain outside of Korem, it lights up a biblical famine, now, in the 20th century. This place, say workers here, is the closest thing to hell on earth ... Death is all around.“

So beginnt ein Bericht, den die BBC am 23. Oktober 1984 in den Abendnachrichten ausstrahlt – sieben Minuten, in denen grauenvolle Bilder von verhungerten Menschen aus Äthiopien die Zuschauer erschüttern. Seit Biafra hat es solche Bilder nicht mehr gegeben, und eine der größten Solidaritätsbewegungen weltweit setzt ein. Millionen in aller Welt spenden, Künstler ebenso wie Journalisten engagieren sich. Die berühmten, von Bob Geldof initiierten, Mega-Konzerte ‚Live Aid‘ und

„Band Aid‘ versammeln Millionen Menschen vor dem Fernsehschirm und geben ihnen das Gefühl, so etwas gegen den Hunger in Afrika auszurichten. „Das Gesicht der Hilfe veränderte sich, und Hunger hat seit damals ein äthiopisches Gesicht“, schrieb ein Reporter.

In den folgenden zwölf Monaten entwickelt sich der Kampf gegen den Hunger auch zu einem Kampf gegen die äthiopische Regierung. Zum ersten Mal denunziert eine humanitäre Organisation die Regierung des Gastlandes und verliert. Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) wird des Landes verwiesen. Und doch gewinnt MSF gleichzeitig, denn die äthiopische Regierung muss ein Stück weit nachgeben. Was war geschehen?

Im Oktober 1984 befinden sich 30.000 Menschen in dem Vertriebenenlager in Korem, in der Provinz Wollo, im nordöstlichen Hochland von Äthiopien. Am Ende des Jahres werden es 120.000 Vertriebene sein, alle in einem erschütternden Zustand. MSF nimmt im Frühjahr 1984 die Arbeit dort auf, leistet aber zu Beginn nur medizinische Hilfe. Ernährungsprojekte sind noch nicht Teil des Programms.

Die Mitarbeiter leisten Ungeheures und fühlen sich doch hilflos angesichts der verhungerten Menschen. Immer dringendere Berichte der Helfer an die Regierung zeigen keinen Erfolg. „Es gibt keine Hungersnot, nur einige Versorgungslücken“, wird ihnen gesagt. Gleichzeitig wendet die Regierung große Summen für den Krieg gegen Eritrea und die Festlichkeiten zum zehnjährigen Bestehen der Mengistu-Regierung auf.

„Wenn ich mich recht erinnere, dann hatten wir im August 1984 zwischen fünf und zehn Tote jeden Tag, manchmal 15. Im September stiegen die Zahlen von 15 auf 17, 20, 25, bis wir Ende September bis zu hundert Tote täglich zählten. Morgens wollten wir gar nicht

hingehen. Die Klinik war im Nu überfüllt. Die Menschen kamen und starben. Gleichzeitig erlebten wir eine Explosion an blutigem Durchfall. Eine wirklich höllische Krankheit breitete sich aus: Typhus. Dann Masern. Schließlich hatten wir von allem etwas, und die Menschen starben wie die Fliegen. Es war unerträglich. Wir gaben den Menschen Pillen und sie starben an Hunger. Aber die Leute in Addis glaubten uns nicht“, berichtet die damalige MSF-Projektleiterin Brigitte Vasset.

Hungersnöte hat das Land in seiner Geschichte oft erlebt. Erst 1973 kosteten Dürre und Heuschrecken Hunderttausenden das Leben und den Kaiser Haile Selassie Thron und Leben, weil er die Hungersnot ignorierte. Aus diesem Umsturz ging das mit der Sowjetunion verbündete Regime des Oberst Mengistu hervor.

Die 1983 beginnende Hungersnot betrifft Millionen Menschen und hat nicht nur die Dürre als Ursache: Der Konflikt mit den Aufständischen in der Provinz Eritrea, die um ihre Unabhängigkeit kämpfen, ist ebenso wie die vom Mengistu-Regime verfolgte Kollektivierung der Landwirtschaft mit dafür verantwortlich. Es gibt jedoch einen weiteren Faktor: Nur langsam wird den MSF-Mitarbeitern klar, dass die Regierung die Hungersnot benutzt, um ein monströses Umsiedlungsprojekt zu realisieren. 1,5 Millionen Menschen sollen vom rebellischen Norden Äthiopiens in den kontrollierbaren Süden umgesiedelt werden. Offiziell, weil es im Süden mehr regnet, aber das wahre Ziel ist die Schwächung der Opposition. Die äthiopische Regierung begreift schnell ihren Vorteil: Der Hunger legitimiert die Umsiedlung, die praktisch von der internationalen Hilfe finanziert wird.

Während in der ganzen Welt Spenden für Äthiopien mobilisiert werden, beginnen die MSF-Mitarbeiter langsam zu begreifen, welche Rolle ihre Hilfe spielt. ▶

Sie dient als Köder und als Belohnung: als Köder, um die hungernden Menschen in die Lager im Norden zu locken, von wo sie oft mit Gewalt in den Süden transportiert werden; als Belohnung, um der Weltöffentlichkeit die Rettung vom Hunger vorzuspiegeln. Während auf der einen Seite die Helfer vielen Menschen in den Lagern das Leben retten, sterben Tausende an Erschöpfung, Hunger, Krankheiten.

Ein Bericht der Organisation Cultural Survival klagt die Deportationen an und spricht von 50.000 bis 100.000 Toten. Im Herbst 1985 kommt Rony Brauman, damaliger Präsident von MSF in Paris, zu dem Schluss, dass mehr Menschen den Deportationen zum Opfer fallen als dem Hunger.

Während eines Pressegesprächs in Paris am 22. Oktober 1985 versteht Rony Braumans auf einmal, was in Äthiopien geschieht. „Plötzlich hatte ich das Puzzle zusammen: der Bericht von Cultural Survival, die Pressekonferenzen, zu denen wir eingeladen waren – mit Leuten, die erst gegen die Bevölkerungstransfers und die Brutalität protestiert hatten und dann alles zurückzogen, die ganze Manipulation, all die humanitären Gruppen auf Parteilinie, die Umleitung der Hilfe in die Umsiedlungslager und die Mobilisierung logisti-

scher Ressourcen für den Transport der Menschen. Alles war plötzlich klar, und ich legte los: ‚Wenn das so weitergeht, machen wir in diesem korrupten Spiel nicht weiter mit, wir wollen nicht länger Komplizen einer kriminellen Politik sein.‘“

Der Aufruhr bei der äthiopischen Regierung wie bei anderen Hilfsorganisationen, vor allem bei Bob Geldof, ist groß. Keiner stimmt der MSF-Position zu. Die französische MSF-Sektion muss das Land verlassen, aber die Umsiedlungen werden temporär gestoppt und erreichen nie wieder das Ausmaß von 1985.

Im Mai 1986 zieht Rony Brauman als Präsident Bilanz: „Abgesehen von unserer eigenen Empörung konfrontiert Äthiopien uns mit fundamentalen Fragen: Zuerst die Frage nach unserer ‚témoignage‘, wie wollen wir öffentlich Zeugnis ablegen? Wann ist es legitim, an die Öffentlichkeit zu gehen und so die Ausweisung der Teams zu riskieren? Welche Werte leiten uns, um die Bedürfnisse der Menschen zu evaluieren, denen wir helfen sollen? Wann befördert Schweigen, die natürliche Begleiterscheinung neutralen Handelns vor Ort, Blindheit oder Komplizenschaft? ... Es ist sicher nicht das erste Mal in der Weltgeschichte, und ganz sicher nicht in der jüngsten Geschichte, dass eine



Tausende mangelernährte Kinder werden in einem Ernährungszentrum in Karem versorgt.
© MSF

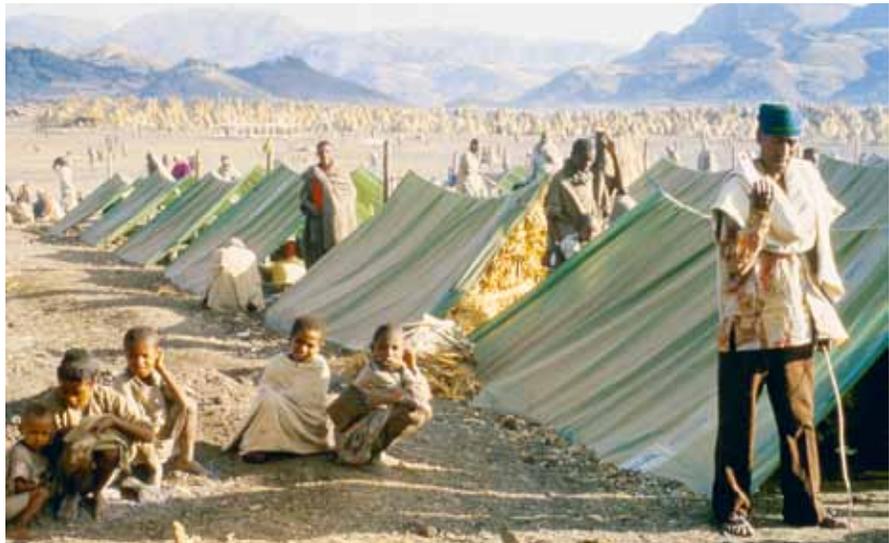
Regierung das eigene Land zerstört. Wir können aber darauf wetten, dass in nicht allzu ferner Zukunft die Menschen erstaunt sein werden, dass diese Zerstörung, die so viele Menschenleben kostet, von der internationalen Gemeinschaft im Namen der Solidarität finanziert wurde.“

MSF begreift in Äthiopien endgültig, dass humanitäre Hilfe nicht an sich schon gut ist, sondern immer Gefahr läuft, manipuliert, instrumentalisiert und pervertiert zu werden. Und dass es in der Verantwortung der Organisation liegt, dies zu analysieren und Schlüsse daraus zu ziehen. Oder wie Brauman schreibt: *„Wir waren Teil des Problems und nicht Teil der Lösung“.*

Aber auch innerhalb von MSF war Rony Braumans Analyse umstritten. Die junge belgische Sektion, die in einer anderen Region Äthiopiens arbeitete, kam zu einem anderen Schluss und blieb. Der spätere belgische Programmdirektor Georges Dallemagne erinnert sich: *„Wir waren uns klar darüber, dass die äthiopische Regierung den Hilfsorganisationen drakonische Bedingungen auferlegt hatte und dass die Katastrophe von Menschen verursacht war. Aber wir kamen zu dem Schluss, dass wir bleiben mussten, um den Menschen*

zu helfen ... Ich glaube, dass dies eine fundamental wichtige Debatte für MSF ist, sicher keine einfache – diese Spannung zwischen dem Willen, von Katastrophen betroffenen Menschen zu helfen, und unserem Wunsch, öffentlich Stellung zu beziehen. Auch das ist ein zentrales Ziel von MSF. Und manchmal gibt es eben Spannungen zwischen diesen beiden Verpflichtungen.“

Zwei Jahre später kommt es zu einer späten Rechtfertigung der damals als radikal empfundenen Position von Rony Brauman: Ein Mitglied der äthiopischen Regierung und verantwortlich für die Organisation der Hilfe während der Hungersnot, Dawit Wolde-Giorgis, tritt während eines Besuchs in den USA von seinem Posten zurück. In einem persönlichen Bericht schreibt er, dass die Kommission, der er vorstand, Ende 1985 im Geheimen zu folgenden Zahlen bezüglich der Hungersnot gekommen war: 1,2 Millionen Tote, 400.000 Flüchtlinge, 2,3 Millionen intern Vertriebene und fast 200.000 Waisen. *„Aber der höchste Preis der Hungersnot“, so schreibt er, „war psychologisch. Keiner der Überlebenden würde je wieder derselbe sein. Die Hungersnot ließ eine von der Unberechenbarkeit der Natur und der Brutalität ihrer Regierung terrorisierte Bevölkerung zurück.“*



Vertriebenenlager in der Provinz
Wollo, Äthiopien 1985.
© MSF

Flüchtlinge

ERSTE HILFE IM LAGER



Die medizinische Versorgung hat in einem Flüchtlingslager oberste Priorität.

© Sven Torfinn



Für die allgemeine Nahrungsmittelversorgung in einem Lager sind meist andere Hilfsorganisationen zuständig.

© Ton Koene



Sauberes Wasser ist lebensnotwendig. Jeder Mensch sollte in einem Lager 15–20 Liter pro Tag erhalten.

© Ton Koene



MSF versorgt in Flüchtlingslagern meist mangelernährte Kinder: Mit Hilfe des Oberarmumfangs kann der Ernährungszustand eines Kindes eingeschätzt werden. Dieses Kind ist im ‚grünen Bereich‘, also nicht mangelernährt.
© Dominick Tyler



In Flüchtlingslagern baut MSF Latrinen und beseitigt Abfall, auch um Seuchen zu verhindern.
© Christine Roblin / MSF

Für geschwächte Kinder können Masern tödlich sein. Deshalb impft MSF meist alle Kinder im Alter von sechs Monaten bis 15 Jahren.
© Spencer Platt / Getty Images

Manipulierte Hilfe

FLÜCHTLINGSLAGER ALS FALLE

In der Mitte der 1980er Jahre hatte Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) eine Reihe extremer Situationen erlebt und grundlegende Erfahrungen mit der humanitären Hilfe gemacht. Kambodscha, Afghanistan, Äthiopien und einige andere Kontexte führten MSF vor Augen, wie manipulierbar humanitäre Hilfe sein kann und wie Hilfsorganisationen Teil eines politischen Kalküls werden können. Diese Erkenntnis kam oft wie ein Schock, wurde aber bestimmend für die Reflexion der folgenden Jahre und bleibt bis heute relevant.

Die erste umfassende Analyse dieser Instrumentalisierung machte 1986 Jean-Christophe Rufin, der als Arzt in Kambodscha und Äthiopien mit MSF gearbeitet hatte. Sie wurde unter dem Titel ‚Le Piège‘ (Die Falle) veröffentlicht. Hier wird zum ersten Mal mit Hilfe vieler Fallstudien gezeigt, wie die humanitäre Hilfe der Gefahr, manipuliert und instrumentalisiert zu werden, kaum entrinnen kann. Ein Hilfsprogramm, das technisch noch so perfekt ist, kann aus humanitärer Sicht schädlich oder gar kriminell sein. Eindeutige Lösungen für dieses Problem gibt es allerdings nicht.



Im Jahr 2000 leben rund 50.000 afghanische Flüchtlinge im Lager ‚New Jalozai‘ in Pakistan.

© Ton Koene

Weit über hundert Millionen Menschen mussten seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs weltweit vor Krieg, Verfolgung und Hunger fliehen. Waren es in den ersten Jahren vor allem die Flüchtlinge im zerrissenen Europa, so verlagerte sich seit Ende der 1970er Jahre der Schwerpunkt neuer Flüchtlingsströme nach Südostasien, Afrika und Zentralamerika. Fast immer handelte es sich um Menschen, die vor bewaffneten Konflikten flohen, die wesentlich vom Ost-West-Konflikt beeinflusst wurden, wie in Afghanistan. Allein zwischen 1978 und 1992 stieg dem UN-Flüchtlingskommissariat (UNHCR) zufolge die Zahl der Flüchtlinge weltweit von 5 auf 18 Millionen, ebenso viele galten als intern Vertriebene.

Die internationale Staatengemeinschaft entwickelte nach dem Krieg neue Instrumente, um den Flüchtlingen Schutz und Hilfe zukommen zu lassen. Da ist zum Beispiel die Flüchtlingskonvention von 1951. Sie garantiert den Menschen, die auf der Flucht eine internationale Grenze überschreiten und damit nicht mehr unter dem gesetzlichen Schutz ihres eigenen Staates stehen, den Schutz des Gastlandes oder der Vereinten Nationen. Durch den rapide anwachsenden Strom von Flüchtlingen mussten auch die Hilfsprogramme der Vereinten Nationen erheblich ausgebaut werden. Im gleichen Rhythmus wuchs MSF. Die Arbeit in den Lagern wurde zur prägenden Erfahrung für MSF und zwang die Organisation, sich wie in Kambodscha intensiv mit den politischen und humanitären Herausforderungen auseinanderzusetzen.

Obwohl Flüchtlingslager Schutzräume sein sollen, sind sie doch selbst das Produkt von Konflikt und Gewalt. Die Tatsache, dass Flüchtlinge eine internationale Grenze überschreiten, schützt sie nicht vor den Spannungen und Kämpfen, die ihre Heimat zerreißen. Flüchtlinge sind nicht einfach ein Kollektiv von Opfern, sondern sie bringen ihre komplexen sozialen Strukturen und Feindschaften mit in die Lager. Dazu kommen

oft die politischen Spannungen des Gastlandes. Auch innerhalb der Lager gibt es Machtkämpfe: Die Kontrolle über die Flüchtlinge wie auch über die internationale oder lokale Hilfe sind Faktoren, die politisch organisierten Gruppen wichtige Ressourcen liefern. Kambodscha und später die Lager in Zaire/D. R. Kongo, nach dem Völkermord in Ruanda, sind bekannte Beispiele.

Ökonomisch sind die Lager für Rebellengruppen interessant, weil sie Hilfssendungen abweigen und verkaufen oder Steuern auf die Gehälter erheben können, die von den Hilfsorganisationen gezahlt werden sollen. Die Lager liefern zudem frischen Nachschub an Kämpfern und Trägern. Die Begriffe ‚Flüchtlingskrieger‘ oder ‚humanitäre Schutzräume‘, womit die Lager gemeint sind, beschreiben das Phänomen.

Hier zeigt sich das zentrale Dilemma, mit dem sich die Hilfsorganisationen immer wieder auseinandersetzen müssen: Wie kann man den bedrohten und oft ausgebeuteten Flüchtlingen helfen, ohne gleichzeitig die Kriegsökonomie zu unterstützen und somit den Konflikt zu verlängern?

Humanitäre Hilfe ist in solchen Situationen stets gefährdet – deshalb die ‚Falle‘. Es gibt fast immer negative Nebenwirkungen. Die Frage an die Hilfsorganisationen ist weniger, wie man diese vermeiden als wie man die Effekte verringern kann. Deshalb besteht MSF so weit wie möglich darauf, die eigene Hilfe selbst zu kontrollieren. Aber auch das ist kein absoluter Schutz. Deshalb sind Wachsamkeit und politische Analyse für MSF unverzichtbar gegen Machtmissbrauch.



Entwicklung der Logistik

VOM CHAOS ZUM KIT

Eher zufällig geriet ich 1980 als Freiwilliger in eines der kambodschanischen Lager in Thailand. Dort herrschte das totale Chaos. Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) schickte damals eigentlich nur Ärzte und Pfleger in die Projekte, die wie wahnsinnig arbeiteten, sich aber weder um die Lagerung der Medikamente noch um den Nachschub kümmerten. Alles flog in Kartons und Kisten herum, die in verschiedenen Sprachen ausgezeichnet waren. So trugen die Medikamente nicht ihren generischen, international einheitlichen Namen, sondern nur den, von Land zu Land unterschiedlichen, Handelsnamen. Es dauerte deshalb stets eine Viertelstunde, bis wir das richtige Medikament ausgegraben hatten. Zudem gab es keine Standardisierung, nichts. Und die Ärzte waren völlig überwältigt von der Arbeit mit den Patienten.

Das Büro in Paris war damals winzig. MSF hatte kaum Erfahrung mit eigenen Projekten und schickte oft unerfahrene Leute los, die noch nie in einem Flüchtlingslager gearbeitet hatten. Dabei hatten wir noch Glück in Thailand, denn hier konnten wir Medikamente und Material im Land kaufen. Die Teams selbst waren kaum organisiert: Niemand war für die Einteilung der Arbeit

oder die Versorgung der Mitarbeiter verantwortlich.

Nachdem ich im Lager die Apotheke organisiert hatte, musste ich die Chefs in Paris davon überzeugen, dass sie mich mit einem offiziellen Auftrag zurückschickten, um Ordnung und Struktur in die Arbeit zu bringen. Wie es der Zufall wollte, hatte ich genau die Kenntnisse, die dafür nötig waren. Ich war zuvor als Entwicklungshelfer Chefapotheker im Krankenhaus von Zinder, in Niger, gewesen.

So ließ ich mich auf etwas ein, das zum Abenteuer meines Lebens wurde: Die Aufgabe ging schnell weit über die Organisation der Apotheke hinaus. Ich fing an, mich um alles zu kümmern, was die Arbeit der Teams erleichterte, wie den Nachschub an Medikamenten zu organisieren. Hinzu kamen organisatorische Dinge, die die Teams brauchten, um sich der Medizin widmen zu können: dass der Kühlschrank funktioniert, sie ein Dach über dem Kopf haben, die Ersatzteile für die Fahrzeuge da sind und die Finanzen stimmen.

Bald schon hatte jedes Team einen Organisator – einen nicht-medizinischen Kollegen. Später haben wir



Schlammrutschen in der Regenzeit.

© Jiro Ose



LKW werden mit Trinkwasser befüllt.

© Roger Job

diese Funktion in einen Logistiker und Verwalter aufgeteilt. Der eine ist mehr für Nachschub und Transport verantwortlich, der andere für die Finanzen, Visa und Verträge. Das hat sich in den folgenden Jahren noch weiter ausdifferenziert. Vor allem in den großen Katastropheneinsätzen brauchte MSF schnell Spezialisten, zum Beispiel für die Telekommunikation – eine Riesenherausforderung in Afrika.

Mit der Zeit kamen immer mehr Anforderungen hinzu, die aus den Projekten selbst entstanden, aber nicht direkt medizinische Aufgaben beinhalteten. In Äthiopien war MSF im Jahr 1985 zum Beispiel verantwortlich für ein Lager mit 10.000 Menschen. Eigentlich wäre MSF nur für medizinische Behandlungen zuständig gewesen. Aber hier mussten wir plötzlich alles leisten: die Versorgung mit Trinkwasser, den Bau von Latrinen, die Bereitstellung von Unterkünften und selbst die generelle Nahrungsmittelverteilung. In einer solchen Situation ist die medizinische Hilfe oft zweitrangig. Logistisch ist das alles höchst kompliziert.

Um unsere Reaktionsfähigkeit vor allem in den großen Katastropheneinsätzen zu verbessern, arbeiteten

wir weiter an den Strukturen. Unser Ziel war es, das benötigte Material zu standardisieren und auf Lager vorrätig zu haben. Aus diesem Grund gründeten wir unsere eigene ‚Einkaufszentrale‘, eine Art Großhandel, der genau auf unsere Bedürfnisse ausgerichtet ist. Daraus wurde später ‚MSF-Logistique‘, unsere eigene Logistik-Firma in Bordeaux.

Der nächste Schritt war, Kataloge für die Produkte einzuführen, die wir brauchten und die es in dieser Form auf dem Markt nicht gab. Bis heute ist es die Aufgabe von MSF-Logistique, die Produkte auszuwählen, zu testen und in den Katalog mit Preis, Umfang, Gewicht aufzunehmen sowie die Produkte einzukaufen und so zu lagern, dass sie in 24 Stunden verschickt werden können.

Über die Jahre entwickelten wir zudem für typische Situationen, wie die Versorgung von 10.000 Flüchtlingen, sogenannte Kits. Dabei handelt es sich um vorgepackte Kisten, die alles enthalten, was man für die medizinische Versorgung von 10.000 Menschen für drei Monate braucht. Diese Kits ermöglichen MSF, schnell einzugreifen.



Hilfsgüter für das Tsunami-Gebiet. © Tomas van Houtryve / VII Network



Kühle Lagerung für Impfstoffe.

© Olivier Asselin

Logistiker

DIE ALLESKÖNNER

Der Erfolg eines Nothilfeinsatzes hängt für Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) von drei Faktoren ab: Neben Geld und Mitarbeitern brauchen wir vor allem eine gute Logistik.

Private Spenden sichern unsere Flexibilität und machen uns unabhängig von staatlichen Geldgebern. Wir haben zudem einen Pool erfahrener Freiwilliger, die unsere Arbeitsweise genau kennen. Und wir verfügen über eine Logistik, die für Material, Transport und Kommunikation sorgt – und nicht selten für das kühle Bier zum Feierabend. Immerhin verfügt MSF heute über 150 Kits, eine Art Baukastensystem, für diverse Krisensituationen: So enthält ein Cholera-Kit zum Beispiel Infusionslösungen, Trinklösungen, Chlortabletten für die Reinigung des Trinkwassers und Schutzkleidung.

David Treviño arbeitet seit 18 Jahren als MSF-Logistiker. Auf die Frage, was einen guten Logistiker ausmacht, antwortet er: *„Seit 1985 haben sich die Aufgaben vervielfacht, wobei die Aufgaben eines Logistikers manchmal sehr spezialisiert sind. Trotzdem ist das Wichtigste, auf Überraschungen gefasst zu sein, gelassen zu bleiben und den Überblick zu behalten.“*

Was das heißt, zeigt der folgende Ausschnitt aus dem Übergabe-Bericht eines Logistikers an seinen Nachfolger. Zunächst erklärt er, dass 25 Prozent der Zeit für die Medikamentenbestellung, 20 Prozent für die Organisation der Fahrzeuge, 25 Prozent für die Überwachung des Krankenhauses und 30 Prozent für Kommunikation oder Berichte aufzuwenden sind. Dann fährt er fort: *„Für die 10.000 kleineren Probleme, die sofort eine Entscheidung brauchen, brauchst du mindestens genauso viel Zeit.“*

Denn wer sonst als der Logistiker sollte sich um folgende Probleme kümmern: eine Leitung leckt; der Kühlschrank für die Kühlkette ist zu warm; ein Mitarbeiter hat Flöhe in seiner Matratze; ein Schrankschlüssel fehlt; die Bestellung des Kerosins für den nächsten Monat muss raus; ein Wächter ist zu spät zum Dienst angetreten; die Kasse stimmt offenbar nicht ...

Trotz der vielfältigen Aufgaben muss kein Logistiker gleich Antworten auf alle Fragen wissen. Denn die nationalen Kollegen wissen fast immer Rat. Logistiker gibt es heute in jedem MSF-Team, getreu der Regel *„Niemals ohne meinen Log!“* Denn sonst bliebe den Medizinerinnen für die eigentliche Arbeit kaum Zeit.

Libanon, 2007: Nachdem die letzte Brücke über den Fluss Litani zerstört ist, werden vier Tonnen medizinisches Material in einer 500 Meter langen Menschenkette über den Fluss transportiert.

© Zohra Bensemra / REUTERS



Medizinische Leitlinien

KOCHBUCH UND BIBEL



Klug, wer die richtigen Bücher eingesteckt hat.

© MSF

Nach dem Erdbeben zu Jahresbeginn bricht im Herbst 2010 in Haiti die Cholera aus – eine Krankheit, die dort seit mehr als hundert Jahren nicht mehr vorgekommen ist. Daher kennt sich keine haitianische Einrichtung mit der Cholerabekämpfung aus.

Die Website des haitianischen Gesundheitsministeriums veröffentlicht trotzdem nach einiger Zeit verbindliche Behandlungsleitlinien: die Cholera-Richtlinien von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF). Inoffiziell waren sie seit Beginn des Ausbruchs Wegweiser für alle in Haiti tätigen Organisationen.

Wer zum ersten Mal in ein Projektland wie Haiti ausreist, stellt sich die entscheidende Frage: Wie viele Bücher brauche ich, damit ich zu Diagnostik und Behandlung immer die richtigen Informationen finde? Wie dick muss das Pharmakologie-Buch sein, damit ich alle notwendigen Angaben über mir unbekannte Medikamente finde? Wie viele Antibiotika stehen mir zur Verfügung, um eine Lungenentzündung zu behandeln? Was mache ich, wenn Masern ausbrechen oder ich eine Impfkampagne organisieren muss? Wie behandle ich Meningitis, Malaria, Tuberkulose, HIV, Würmer oder Mangelernährung?

Alle Antworten finden sich in den MSF-Richtlinien. Sie

sind das ABC der medizinischen Nothilfe, Kochbuch und Bibel. Sie zeichnen sich aus durch:

- Knappe und übersichtliche Darstellung der Krankheitsbilder mit verbindlichen Therapieanweisungen
- Beschränkung auf die ‚wesentlichen Medikamente‘ – ein weltweit anerkanntes Prinzip, nur eine Auswahl gut definierter und in ihrer Wirksamkeit nachgewiesener Medikamente zu verwenden
- Regelmäßige Aktualisierung mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Wirksamkeit von Behandlungen
- Klare verständliche Sprache in Englisch, Französisch, Spanisch
- Empfehlungen für Krankheiten oder Situationen, wie Cholera, Mangelernährung, Impfkampagnen

Mit diesen Richtlinien hat sich MSF weltweit als führende medizinische Organisation etabliert. Sie sind integraler Bestandteil des von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen ‚New Emergency Health Kit‘ und gehören zur Grundausstattung des vom Internationalen Komitees vom Roten Kreuz verwendeten Moduls zur Katastrophenhilfe. Diese Richtlinien bilden das Rückgrat in komplexen Situationen.

„WIR BEHANDELN MENSCHEN, NICHT KRANKHEITEN“



Bei der Cholera-Epidemie in
Simbabwe in den Jahren 2008/9
behandelt MSF rund 65.000
Cholera-Patienten.
© MSF

Myriam Henkens koordiniert seit 20 Jahren die medizinische Weiterentwicklung von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF).

Was charakterisiert die medizinische Arbeit von MSF?

Wir müssen in sehr schwierigen Situationen oft sehr flexibel sein und unsere Arbeit an die Bedürfnisse der Patienten anpassen. Wenn wir nichts Passendes in unserem Koffer finden, müssen wir es erfinden. Deshalb führen wir Forschungsprojekte und klinische Studien durch und versuchen, besser zu verstehen, was was wir tun können. Das ist der Kern.

Was sind die größten Schwierigkeiten?

Massenvertreibungen zum Beispiel: Wir gehen dorthin, wo die Vertriebenen sind, und plötzlich müssen wir uns um 20.000 Menschen kümmern, die in einem schrecklichen Zustand ohne jegliche Versorgung sind. Hinzu kommen Krankheiten, die schwer zu diagnostizieren und zu behandeln sind, vor allem mit den bescheidenen Mitteln im Projekt. Oder es gibt keine Impfprogramme, so dass vermeidbare Krank-

heiten wie Masern auftreten. Mangelernährung ist ein weiteres großes Problem: Oft werden sehr schnell sehr große Hilfsprogramme gebraucht, meist mit riesigen logistischen Schwierigkeiten. Und manchmal fällt einfach der Strom aus.

Was waren die Probleme in den Anfangsjahren?

Die größten Schwierigkeiten hängen oft mit der komplizierten Lage vor Ort, dem Mangel an Ressourcen oder den vielen Patienten zusammen. Manchmal müssen auch wir erst lernen: Beim ersten Ebola-Ausbruch, mit dem wir 1995 in Kikwit, in der heutigen D. R. Kongo, konfrontiert waren, wusste keiner der Akteure genau, was zu tun war. Heute gelten wir als Experten auf dem Gebiet, wie auch für die Meningitis- oder Cholera-Bekämpfung. Wer sich die Zahlen der letzten Meningitis-Epidemien ansieht, stellt fest, dass MSF meist um die 60 Prozent der Impfungen durchführt und mindestens die Hälfte der Patienten behandelt. In Haiti therapierte MSF im Jahr 2010 rund 65 Prozent und in Simbabwe in den Jahren 2008/9 fast 45 Prozent aller Cholera-Patienten. Seit wir in den 1980er Jahren zum ersten Mal mit Cholera in den Flüchtlingslagern in Mosambik konfrontiert waren, haben wir viel gelernt.

Gibt es für dich einen Unterschied zwischen den Einsätzen in Konfliktgebieten und denen beim Ausbruch einer Epidemie?

Das ist nicht so zu trennen. Oft sind es gerade die Konfliktgebiete, wo sich Infektionskrankheiten rasend schnell ausbreiten. MSF greift dann ein, wenn die Strukturen im Land mit der Situation nicht mehr fertig werden.

In welchen Fällen sollte MSF sich mehr engagieren?

Wir müssten uns überlegen, ob wir nicht mehr für Folteropfer tun können. Und warum schauen wir zwar auf sexualisierte Gewalt in Konflikten, aber so wenig auf andere häusliche Gewaltformen? Wichtig ist es auch,

sich in den Projekten nicht nur auf die Behandlung einer einzigen Krankheit zu konzentrieren, wie wir es in einigen HIV/Aids-Projekten zurzeit tun. Ein Kind mit Aids-Medikamenten zu behandeln, aber nicht nach der Masern-Impfung zu fragen, ist unsinnig. Wir behandeln Menschen, nicht Krankheiten.

Menschen in Konfliktgebieten kommen nicht für präventive Maßnahmen in die Klinik. Sie kommen, weil sie krank sind. Das ist die Chance, sie zu impfen, wenn nötig. Das tun wir viel zu selten, und ich halte das für eine zentrale Herausforderung in den nächsten Jahren. Aber wir müssen auch über die Arbeit in den Elendsvierteln der großen Städte Afrikas und Asiens mehr nachdenken. Diese Mischung aus Armut und Gewalt, dem Aufbrechen der alten dörflichen Bindungen, den Menschenmengen ohne funktionierende Infrastruktur: Damit müssen wir uns auseinandersetzen, ebenso wie mit umweltbedingten Krankheiten, wie der Bleivergiftung im Jahr 2010 in Nigeria oder chronischen Krankheiten.

Welche Erfolge und Leistungen von MSF schätzt du am meisten?

Sehr lehrreich ist die Geschichte der Meningitis-Behandlung: Wir haben daran mitgewirkt, dass heute auf eine Epidemie früher reagiert wird und dass neue Diagnose-Methoden eingeführt werden. Wir haben klinische Untersuchungen durchgeführt, um die Behandlungsprotokolle zu ändern und gezeigt, dass ein Fünftel der üblichen Impfdosis genügt – eine Riesensparnis. Wir haben uns öffentlich für die schnelle Einführung des neuen Impfstoffes für Meningitis A eingesetzt und sind jetzt bei den Impfkampagnen dabei. 2009 haben wir acht Millionen Menschen im Niger gegen Meningitis geimpft. Ähnliches haben wir für die Behandlung von HIV/Aids, Malaria, Cholera oder Mangelernährung erreicht. Wenn wir ein Problem erkannt haben, versuchen wir, es zu lösen.



Malariatherapie

EINE ERFOLGSGESCHICHTE

Ein Piekser in die Fingerkuppe liefert den Blutstropfen für den Malariatest.

© Sarah-Eve Hammond / MSF



Im Herbst 2000 bricht in Burundi eine Malaria-Epidemie mit 300.000 Erkrankten in den nördlichen Provinzen aus. Das kleine Krankenhaus in Buhiga, in dem ich als Ärztin arbeite, ist völlig überwältigt von der Versorgung der vielen schwerkranken Patienten.

Wir behandeln sie mit Chinin-Infusionen, die wir dreimal pro Tag geben müssen. Zudem werden alle Häuser mit hochwirksamem Mückenspray ausgesprüht und imprägnierte Moskitonetze verteilt. Das burundische Behandlungsprotokoll sieht die Medikamente Chloroquin (CQ) und Sulphadoxin/Pyrimethamin (SP) vor, die damals schon nicht mehr ausreichend wirksam waren, wie vermutet wurde. Von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) durchgeführte Studien erbringen schließlich den Beweis: Sowohl CQ als auch SP sind unwirksam.

In Asien gibt es damals bereits neue, hochwirksame Medikamente gegen Malaria: Kombinationspräparate auf der Basis des Wirkstoffs Artemisinin (Artemisinin-combination therapy, ACT). Doch sie sind unerschwinglich für die Menschen in Burundi. Soll MSF einem der ärmsten Länder der Welt empfehlen, das Protokoll zu ändern und neue teure Medikamente einzuführen?

Im Februar 2002 berechnet MSF den Bedarf und die Kosten für die ostafrikanischen Länder, um allen Malaria-Erkrankten eine wirksame Behandlung zu ermöglichen. Gleichzeitig appelliert MSF an die Weltgemeinschaft, den Protokollwechsel mitzufinanzieren und startet im Jahr 2003 die Kampagne ‚ACT now!‘, die auf die Malaria-Problematik hinweist.

Nach langen Verhandlungen ist es im August 2004 so weit: Die offizielle Genehmigung des Gesundheitsministeriums von Sierra Leone liegt vor. MSF kann ACT als Pilotprojekt einführen und eine Studie zum Patientenverhalten durchführen. Ergebnis: Über 90 Prozent der Patienten, die meist nicht lesen und schreiben können, haben ihre Tabletten drei Tage lang korrekt eingenommen.

Im Jahr 2011 sind schließlich in allen afrikanischen Ländern ACT-Präparate als Therapie der ersten Wahl eingeführt. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt zudem die kostenlose und flächendeckende Ausgabe von dauerhaft imprägnierten Moskitonetzen. Internationale und private Geldgeber finanzieren den Zusatzbedarf für eine wirksame Prävention und Therapie.

Brief aus dem Projekt

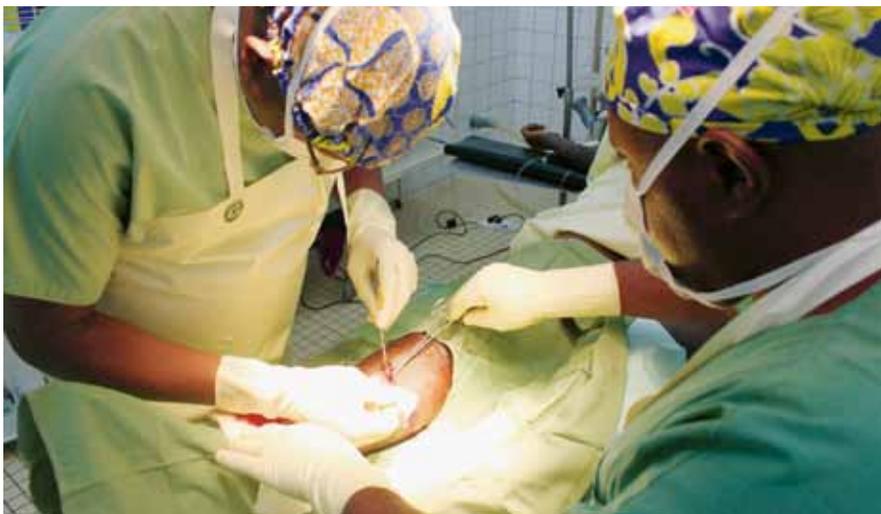
DER NAGEL

Ich erinnere mich an eine unglaubliche Geschichte im ehemaligen Zaire. Nachdem die Notaufnahme eines Krankenhauses eingeweiht worden war, wurde plötzlich ein Mann im Koma von seinen Freunden hereingetragen. Ein riesiger Nagel durchbohrte seinen Schädel. Wir nahmen diesen Mann auf, unverändert komatös, und riefen den Chirurgen hinzu. Ehrlich gesagt, wir waren ein wenig ratlos in diesem Moment. Der Chirurg kam, sah und sagte: „Nun ja, das müssen wir wohl mit einer Kocher-Klemme entfernen.“

Nun ist eine Kocher-Klemme eine ganz kleine chirurgische Zange, mit der sich gerade einmal eine Nadel entfernen lässt. Aber dieser Mann hatte einen Nagel so breit wie eine Zigarette und so lang wie ein Stift in seinem Schädel. Auf jeden Fall sah das von außen so aus. Schließlich machten wir ein Röntgenbild und erkannten, dass der Nagel genau zwischen den beiden Hirnhälften hindurch lief, mitten hindurch. Sieben Zentimeter davon ragten noch heraus und fünf oder sechs Zentimeter hatten den Kopf bereits durchbohrt.

Der Chirurg entschied sich schließlich doch für eine elektrische Klemme und gab den Startschuss: „Also, raus mit dem Ding!“ Die Krankenschwester hielt einen Haufen Kompressen in ihren Händen, um sie dem Patienten auf den Schädel drücken zu können. Und ich hielt die Schultern des Mannes fest, damit wir ihm den Nagel herausziehen konnten. Es blutete nicht gerade wenig, und einige Krampfanfälle schüttelten den Körper des Mannes. Doch bald ließ das Zucken nach. Der Mann bekam von uns das komplette Pflegeprogramm, bevor wir ihn auf die Chirurgie verlegten. Hier stand er etwa zehn Tage unter Beobachtung und verließ dann das Krankenhaus: gesund und munter ohne große Kratzer!

Wir fanden sogar heraus, was ihn zu uns geführt hatte. Der Mann war ein Steuereintreiber. Doch die Steuerzahler waren nicht bereit zu zahlen und ramnten ihm stattdessen einen riesigen Schreiner nagel in den Schädel.



Seit Jahrzehnten leistet MSF chirurgische Hilfe in der heutigen D. R. Kongo.
© Marine Pariente / MSF

Nordirak

KRIEG UND VERFOLGUNG



Etwa 5.600 Kurden werden 1988 getötet, als Saddam Hussein einen Giftgasangriff auf die Stadt Halabdscha anordnet. Am 20. Jahrestag erinnern sich Überlebende.

© ddp images / AP Photo / Yahya Ahmed



Im April 1991 fliehen eine halbe Million Kurden vor den irakischen Truppen in die Türkei.

© Bruno Barbey / Magnum Photos



© Alexis Cordesse / Lookat photos



Medizinische Hilfe für Kurden, 1991. © Carl Cordonnier / Daily Life



Seit 2007 unterstützt MSF kurdische Krankenhäuser. © MSF



Versorgung der Flüchtlinge aus der Luft, 1991.

© MSF

Politischer Wandel seit 1989 **„HUMANITÄRE“ KRIEGE**



Bürgerkrieg in Somalia 1991 – Hilfsorganisationen geraten zwischen die Fronten

© MSF

Rony Braumann, langjähriger Präsident von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) in Frankreich und Autor zahlreicher Bücher, zeigt auf, wie sich politische Veränderungen auf die humanitäre Hilfe auswirken.

Welche Bedeutung haben die Daten 1989 und der 11. September 2001 für die humanitäre Hilfe?

1989 ist das Jahr des Mauerfalls in Berlin, ein Moment, in dem sich die Welt radikal verändert. Diese Transformation erstreckt sich über zwei Jahre: vom Mauerfall bis zum ersten Irak-Krieg und dem Zusammenbruch der Sowjetunion 1991/2. Dies ist deshalb ein so wichtiger Moment, weil die damalige Weltordnung mit ihrer Gegenüberstellung von liberalen Demokratien auf der einen und totalitären Mächten auf der anderen Seite verschwindet. Diese Polarität ist mittlerweile Geschichte geworden.

Für MSF bedeutet dies zweierlei: Einerseits verändern sich unsere öffentlichen Stellungnahmen und unsere Rolle bei der Verurteilung massiver Menschenrechtsverletzungen oder beim Protest gegen den Missbrauch humanitärer Hilfe; andererseits läutet dieser Moment die Epoche der militärischen Interventionen mit humanitärer Zielsetzung ein.

Diese neue Phase beginnt mit dem Irak-Krieg, genauer mit der Reaktion auf den Exodus der Kurden im März 1991, als 400.000 Kurden vor den Bomben Saddam Husseins in die Türkei und in den Iran fliehen. In dem Moment wird mit der Resolution 688 der Vereinten Nationen (UN) eine bewaffnete Intervention beschlossen, die zu einer ‚humanitären‘ erklärt wird, weil sie den Schutz der Zivilbevölkerung zum Ziel hat und eine Schutzzone im Nord-Irak errichten soll. In dieser Zone sind die Hilfsorganisationen willkommen, und die irakische Regierung hat dort nichts mehr zu sagen. Dies ist die erste Militärintervention („Provide Comfort“), die als humanitär deklariert wird. Es ist eine wichtige Neuerung, die sich im Dezember 1992 in Somalia mit der Operation ‚Restore Hope‘ wiederholen wird. Beides sind sogenannte ‚humanitäre‘ Kriege oder Interventionen in ihrer neuen, bewaffneten Form.

In den 1990er Jahren folgen diese neuartigen UN-Interventionen in Liberia, Ruanda, Bosnien, Kosovo und Ost-Timor – ermöglicht durch den Wegfall des automatischen Vetos im UN-Sicherheitsrat. Natürlich spielt sich das auch auf der Ebene unserer eigenen westlichen Regierungen ab, die UN existieren ja nicht losgelöst von den Staaten. Mitunter machen einzelne westliche Regierungen von dieser neuen Möglichkeit der Intervention Gebrauch, auch ohne UN-Ermächtigung, wie im Kosovo-Krieg, der zum Inbegriff dieser Art von Intervention wird.

Und die Folgen des Anschlags am 11. September –

knüpfen sie gradlinig an diese Entwicklungen an?

Ja, allerdings ist der 11. September 2001 kein Wendepunkt wie 1989. Für die USA ist er jedoch ein Moment von entscheidender Bedeutung, denn zum ersten Mal in ihrer Geschichte, mit der Ausnahme von Pearl Harbor, werden sie auf ihrem eigenen Territorium angegriffen. Und da es sich um die USA, die Weltmacht Nummer Eins handelt, spürt man die Auswirkungen weltweit. Es handelt sich trotz allem um ein lokales Ereignis. Auch wenn wir die Bilder der einstürzenden Twin Towers zeitlebens nicht vergessen werden.

Aus der Sicht von MSF handelt es sich eher um die Verstärkung einer schon bestehenden Tendenz. Seit 2001 verschärft sich vor allem das Problem der Kriminalisierung der humanitären Hilfe: Angesichts des ‚Krieges gegen den Terror‘ erwartet die damalige Bush-Regierung, dass sich alle Staaten auf die Seite der USA stellen. Das führt zu einer neuen Zweiteilung der Welt – auf der einen Seite die, die ‚mit uns‘ gegen den Terrorismus kämpfen, und auf der anderen die, die mit ihren Komplizen den Terror ‚gegen uns‘ propagieren. Auf diese Weise werden alle Aktivitäten zum Wohle einer unter der Herrschaft von Terroristen lebenden Bevölkerung als bedrohlich angesehen.

Wir beobachten also eine Radikalisierung der Kriegsmittel, die bereits in den 1990er Jahren zum Einsatz gekommen waren. Dabei heißt es stets, dass dies alles dem Ideal der Zivilisation, der Verteidigung humanitärer Prinzipien oder der Gleichheit der Geschlechter diene. Diese großen Zivilisationsthemen werden radikalisiert, indem sie durch den ‚Krieg gegen den Terror‘ vereinnahmt werden.

Würdest du heute sagen, dass MSF in diesen turbulenten Jahren den eigenen Charakter bewahrt hat?

MSF hat mehrere Jahre gebraucht, um die neue Ordnung mit ihren Besonderheiten einschätzen und sich



vom Geist der militärischen Intervention distanzieren zu können. Unsere öffentlichen Appelle standen bis etwa 1997 eher im Einklang mit diesem neuen Interventionismus. Meiner Ansicht nach lag MSF damit falsch, denn wir waren damals nicht in der Lage, diese neue Epoche von der des Kalten Krieges zu unterscheiden. In der Zeit des Kalten Krieges hat MSF mehr oder weniger deutlich Partei ergriffen, nämlich zugunsten der liberalen Demokratien und der Menschenrechte. Doch nach dem Verschwinden dieses Gegensatzes waren die Reflexe aus der Zeit des Kalten Krieges noch eine Weile wirksam. Wie bei einem Fahrrad, das noch ein gutes Stück weiterfährt, nachdem man aufgehört hat, die Pedale zu treten. Erst allmählich hat sich das Verhältnis von MSF zu den bewaffneten Interventionen und zum Krieg geklärt.

Was die Arbeit vor Ort angeht, bin ich immer wieder überrascht, wie es MSF gelungen ist, sich neu zu po-

sitionieren. Dabei hat sich der konzeptionelle Rahmen eher nachträglich ergeben als vorab definiert gewesen zu sein. Doch die Vielfältigkeit unserer Arbeitsweise, die Fähigkeit, in Konfliktsituationen zu handeln oder in neuen Bereichen wie HIV/Aids tätig zu werden, hat sich immer wieder bestätigt. In dieser Hinsicht ist die Entwicklung sehr positiv.

Würdest du heute erneut, wie während des Genozids in Ruanda 1994, zu einer militärischen Intervention aufrufen?

Vorab muss gesagt werden, dass das Internationale Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) und die MSF-Teams, die unter der Fahne des IKRK gearbeitet haben, gemeinsam bemerkenswerte Arbeit geleistet haben. Wenn ich das sage, dann nicht, weil ich auch nur eine Sekunde lang annehme, dass der Völkermord dadurch gebremst wurde. Übrigens hatte man zu Beginn gar keine Vorstellung von diesem Völkermord, und selbst wenn: So



Zehntausende ruandische Flüchtlinge erreichen 1996 die Region Kisangani im ehemaligen Zaire. Viele fallen einem Massaker zum Opfer.

© Wim Van Capellen

etwas kann man nicht aufhalten. Es ist jedoch gelungen, mitten im Krieg, bei dem jähem Gewaltausbruch in Kigali, eine Nische zu schaffen, in der wir arbeiten und die Patienten schützen konnten. Nie sind die Verwundeten, die in diesem Krankenhaus waren, von den Milizen abgeholt worden, sie haben am Eingang Halt gemacht. Dem IKRK und MSF, in dieser Reihenfolge, ist es gelungen, dem Zentralkrankenhaus von Kigali auf humanitärem Weg seine Neutralität zu erhalten. Übrigens hat Philippe Gaillard, der Missionschef des IKRK, mit seiner Verurteilung der Vorgänge das getan, was zu tun war: Er hat von Massakern großen Ausmaßes an Zivilisten und später vom Genozid gesprochen. Diese Darstellung der Lage gehörte in dem Moment zu den humanitären Pflichten, und diese Verpflichtung ist erfüllt worden.

Ich glaube heute nicht mehr, dass wir in Ruanda zu einer bewaffneten Intervention hätten aufrufen sollen. Das sage ich aber aufgrund meiner persönlichen Einstellung zum Krieg und zu den Umständen, unter denen Kriege vom Zaun gebrochen werden. Ich glaube, dass die humanitär begründeten Kriege mehr Schaden anrichten als Nutzen bringen und dass die Ziele, für die sie geführt werden, so nicht erreicht werden können. Deshalb bin ich dagegen, ebenso wie ich gegen den heutigen Krieg in Libyen bin. Aber wir sollten eine dogmatische Sicht der Dinge vermeiden und nicht glauben, es gebe eine saubere Unterscheidung zwischen richtigen und falschen Humanitären.

Mir ist klar, dass es innerhalb von MSF und auch außerhalb Leute gibt, die anderer Meinung sind. Die humanitäre Aktion ist pluralistisch. Für MSF ist es wichtig, eine schlüssige Konzeption zu entwickeln, ohne Fanatismus, das heißt, ohne dass sie für die einzig mögliche gehalten wird. Aber ein innerer Zusammenhang zwischen unseren Prinzipien, unserem Handeln und den Umständen muss erkennbar sein, so dass es ein verständliches Ganzes ergibt.

Was die Region der Großen Seen nach dem Völkermord, also in den Jahren 1996/7 betrifft: Da sich MSF aus den Lagern der Region um Goma zurückgezogen hat, haben wir uns zumindest nicht am Wiederaufbau



MSF arbeitet seit 2009 in der afghanischen Provinz Helmand.

© Pascale Zintzen / MSF

der militärischen Maschinerie der Völkermörder beteiligt. Danach, als die von Zaire in Gang gesetzte Jagd auf die Hutu-Flüchtlinge stattfand, haben wir etwas vom Schlimmsten erlebt, was die humanitäre Hilfe überhaupt anrichten kann, eine echte Instrumentalisierung durch brutale Tötungskommandos: Sie haben die humanitären Akteure in Kisangani, einschließlich MSF und der UN-Organisationen, als Lotsen zu den Sammelstellen der Flüchtlinge benutzt, um diese anschließend umzubringen. Unwissentlich haben humanitäre Organisationen so bei der Ermordung Tausender mitgewirkt.

Das ist ganz ohne Zweifel der tragischste Moment in der heutigen Geschichte der humanitären Hilfe. Es überrascht mich immer wieder, dass dies fast nirgends diskutiert wird. Man spricht nicht darüber. Als hätte sich über diese Angelegenheit ein Schirm gesenkt – und das angesichts von 200.000 Toten.



Somalia

LAND AM ABGRUND



Juli 2011: Nach der anstrengenden Flucht aus Somalia wartet eine Mutter mit ihren Kindern in der MSF-Klinik im kenianischen Flüchtlingslager Dadaab auf Hilfe.

© Brendan Bannon

Seit 1991 herrschen Gewalt und Hunger in großen Teilen Somalias. Nach dem Sturz des Diktators Mohamed Siad Barre – damals ein Allierter des Westens – begann ein brutaler Bürgerkrieg zwischen rivalisierenden Clans. Eine furchtbare Hungersnot und Hunderttausende Vertriebene waren die Folge. Der französische Journalist, Stephen Smith, schrieb damals vom „Selbstmord einer Nation“. Mehr als 300.000 Somalier kamen um. Doch wegen des gleichzeitigen Golfkrieges interessierte sich kaum jemand für die Tragödie.

Erst im Juli 1992 erreichten unerträgliche Bilder hungriger Menschen den Westen, der bis dahin den Somaliern nicht zu Hilfe gekommen war. Am 9. Dezember 1992 landeten nachts – zur besten amerikanischen Sendezeit – US-Marinesoldaten am Strand der Hauptstadt Mogadischu. Mit Autorisierung der Vereinten Nationen (UN) sollten sie humanitär tätig wer-

den und Nahrungsmitteltransporte schützen („Restore Hope“). Es war der zweite Militäreinsatz mit humanitärem Auftrag (nach dem Nord-Irak 1991), und er endete in einem Fiasko, ebenso wie die folgende Mission der UN-Blauhelme.

Die Amerikaner wie die UN ließen sich in den Konflikt hineinziehen, wurden Kriegspartei und heizten den Konflikt eher an als ihn zu mildern. Es kam zu einer völligen Konfusion der Rollen: Anstatt eine politische Lösung herbeizuführen, stürzten sich die Regierungen mit ihren militärischen Verbänden in die humanitäre Hilfe. Somalia sollte der Testfall für das ‚Recht auf humanitäre Intervention‘ werden. Für die humanitären Organisationen wurde die Arbeit lebensgefährlich, weil keiner mehr ihre Neutralität respektierte.

20 Jahre später beherrscht Somalia im politischen

Sommerloch 2011 erneut die Schlagzeilen: Dort wüte, so die Medien, die angeblich `schlimmste Hungersnot am Horn von Afrika´, die oft vereinfacht als Folge einer Dürre beschrieben wird. Es wird sogar diskutiert, ob man in diesem vom jahrelangen Krieg zerrütteten Land überhaupt helfen könne oder solle.

Dabei wird völlig ausgeblendet, dass die Krise in Somalia in erster Linie politischer Natur und höchst komplex ist. Zahlreiche somalische, regionale und internationale Akteure tummeln sich im Land: Ob somalische Clans, Soldaten der Afrikanischen Union, die Übergangsregierung, Geheimdienstler oder die islamischen Al-Schabaab-Milizen, sie alle verfolgen ihre eigenen Ziele.

Die internationale Gemeinschaft indes schaut seit zwei Jahrzehnten weg, anstatt sich politisch zu engagieren und tragfähige Lösungen zu erarbeiten. Dieses Versagen, das politische Vakuum in Somalia, hat die Lage im Land kontinuierlich verschärft.

Für die wenigen internationalen Hilfsorganisationen wie Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF), die heute noch in Somalia tätig sind, ist die Arbeit schwierig und gefährlich. Denn ihnen wird misstraut, und der Zugang zu vielen Gebieten wird ihnen verwehrt oder zumindest stark eingeschränkt.

Trotzdem gelingt es den über 1.400 MSF-Mitarbeitern in acht Regionen, unabhängige medizinische Hilfe zu leisten, auch im Süden Somalias. Selbst in Mogadischu schaffen sie es, Hunderte von Familien mit dringend benötigten Hilfsgütern zu versorgen. Der MSF-Arzt Tankred Stöbe beschreibt die Lage in Mogadischu im August 2011 so:

„Vorbei an Checkpoints und zerschossenen Häusern fahren wir ins Stadtzentrum. Dort liegt das vierstöcki-

ge Hotel, das MSF übernommen und als Krankenhaus umfunktioniert hat. Die Patienten müssen zunächst eine Sicherheitskontrolle über sich ergehen lassen. 20 Kleinkinder unter fünf Jahren kommen am ersten Nachmittag. Alle sind schwer mangelernährt, die meisten so erschöpft, dass kaum zu unterscheiden ist, ob sie schlafen oder im Koma liegen. Zusätzlich zeigen sie Symptome von Masern, Atemwegserkrankungen und Durchfall. Die zehn Betten unserer Intensivstation sind sofort voll.

Vier Tage nach meiner Ankunft verlasse ich zum ersten Mal das Krankenhaus. In der Nähe haben sich zwischen Häuserruinen Dutzende Vertriebene in notdürftigen Zelten und unter unzumutbaren hygienischen Verhältnissen niedergelassen. Wochenlang waren sie auf der Suche nach einer sicheren Bleibe. Wir haben die Kinder geimpft, auf Mangelernährung untersucht und Fertignahrung verteilt sowie die Kränksten mit in die Klinik genommen. Zwei mobile Teams sind täglich unterwegs, um in den Lagern der Stadt Ernährungs- und Impfkampagnen durchzuführen. Sie haben bereits 6.000 Kinder gegen Masern geimpft und Hunderte mit Nahrung versorgt“.

Die Not im Land ist so groß, dass MSF die Aktivitäten ausweiten möchte. Die strikte Einhaltung der Unabhängigkeit und Neutralität ist dafür oberstes Gebot. Ebenso wie ständige Verhandlungen mit allen Parteien, um sicherzustellen, dass die Hilfe die Not leidenden Menschen erreicht.

Um die aktuelle Lage in Somalia zu verbessern, muss daher zuerst der Zugang zu den am stärksten betroffenen Gebieten ausgehandelt und garantiert werden. Ohne diesen Zugang geht die Nahrungsmittelhilfe am Ziel vorbei, da sie die Menschen nicht erreicht, die sie am dringendsten brauchen.



Krieg in Europa

HUMANITÄRE HILFE ALS ALIBI

Juli 1995: Nach dem Fall von Srebrenica wird diese Familie auseinandergerissen. In Tuzla findet sie sich wieder.
© Olivier Jobard / Sipa Press



Im Sommer 1991 marschierte die serbische Armee in Kroatien und Slowenien ein, Anfang 1992 erreichte der Krieg Bosnien–Herzegowina. Dieser Krieg wird für immer mit dem verharmlosenden Ausdruck ‚ethnische Säuberung‘ verbunden sein, hinter dem sich Vertreibung, Vergewaltigung, Folter und Mord verbergen.

Von 1991 bis 1997 arbeitete Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) unter großen Gefahren in Bosnien–Herzegowina. In vielen Enklaven, wie Srebrenica, Tuzla oder Gorazde, war MSF eine der wenigen Organisationen, die medizinische Hilfe für die eingeschlossene Bevölkerung leistete. Andere MSF-Teams versorgten große Teile Bosniens mit Medikamenten und Hilfsgütern.

Vier Millionen Menschen wurden im Laufe des Krieges vertrieben. Nur wenige schafften die Flucht ins sichere Ausland, denn die europäischen Regierungen fürchteten die Flüchtlingsströme und versuchten, den Krieg möglichst auf das ehemalige Jugoslawien zu be-

grenzen. Hunderttausende Menschen wurden in Lager gesteckt oder harrten in den sogenannten Sicherheitszonen, den Enklaven, aus.

Die Vereinten Nationen (UN) schufen die UNPROFOR, Blauhelme, deren Mandat aber nicht den Schutz der bedrohten Bevölkerung beinhaltete, sondern nur den Schutz der humanitären Konvois. Sie erklärten die Enklaven, in denen ein Großteil der bosnischen Bevölkerung wie in Ghettos zusammengepfercht lebte, zu ‚Sicherheitszonen‘ – mit einem sogenannten humanitären Mandat. So gaben sich die europäischen Regierungen und die UN den Anschein, es werde etwas getan. Im Grunde diente die humanitäre Hilfe als Alibi: Sie sollte den mangelnden politischen Willen, den Krieg mit allen Mitteln zu beenden, verschleiern. Spät, erst nach dem Massaker in Srebrenica, griff die UN entscheidend ein.

Eric Goemaere, damals MSF-Geschäftsführer in Brüssel, erinnert sich:

„Das erste Mal, dass ich die Brutalität dieses Krieges verstand, war in Gorazde. Zutiefst schockierend war zunächst die Nähe zu diesem ungeheuer schmutzigen Konflikt, mit all den Verletzungen des humanitären Völkerrechts, dem Missbrauch der Hilfe, den mit Füßen getretenen Rechten der Menschen – und das alles bei uns, mitten in Europa. Wir waren daran gewöhnt, dass so etwas ‚woanders‘ passierte. Aber wir konnten es kaum fassen, dass sich dies in Europa abspielte, und dass der Missbrauch noch viel raffinierter war, als wir das kannten. Diese Leute hatten Zugang zu Internet und den Medien, sie verfolgten genau die internationale öffentliche Meinung. Das war völlig neu für uns.

Die Situation in den Enklaven – ich erinnere mich an Gorazde – war unglaublich. Man musste militärische Kontrollpunkte passieren und bekam den Eindruck einer gewaltigen Belagerung. Wir hatten Schutzhelme, kugelsichere Westen, gepanzerte Fahrzeuge. Gorazde liegt in einem Tal und rundum auf den Hügeln waren Scharfschützen platziert. Sie hätten auf uns geschossen, nur um Stärke zu zeigen, wie bei den Blauhelmsoldaten, und die Aufmerksamkeit unserer Medien zu erregen. Sie hatten eine ausgezeichnete Kenntnis der internationalen Politik und der Medien und benutzten uns für ihre Propagandazwecke. Ich habe selten die humanitäre Hilfe als so sehr von Kriegsparteien manipuliert empfunden wie dort.

Konnten wir etwas ausrichten? Die Frage stellte sich immer wieder. In Gorazde zu bleiben und weiter zu arbeiten, war vor allem ein Akt der Solidarität. Die Menschen waren eingesperrt in dieses Tal – und wir blieben da. Damals hofften wir, unsere Präsenz könnte die Menschen ein Stück weit schützen. Aber das war naiv. Spätestens nach dem Massaker von Srebrenica begriffen wir, dass die UN-Friedenstruppen die Menschen nicht schützen können, wenn Krieg herrscht und schwer bewaffnete Soldaten angreifen. Wir ha-

ben auch nie für möglich gehalten, dass die Serben so weit gehen würden, wie in Srebrenica 1995, unter den Augen der UN die gesamte männliche bosnische Bevölkerung auszurotten. Es war ein Schock.

Eine der zentralen Fragen für MSF, über die intern heftig gestritten wurde, war, ob man in den Enklaven überhaupt arbeiten sollte. Es gab MSF-Sektionen, die sich dagegen entschieden, um nicht ungewollt die ethnischen Säuberungen zu unterstützen.

Die Frage der Manipulation und Unterschlagung von Hilfe stellt sich fast in jedem Konflikt. Es ist schwer abzuwägen, ob man angesichts von Manipulation bleiben oder gehen soll und was dies für die Bevölkerung bedeutet. Diese Spannung existiert fast immer, in Bosnien ebenso wie in Äthiopien 1985 oder später in Goma, nach dem Völkermord in Ruanda. Der MSF-Einsatz in Bosnien ging absolut an unsere Grenzen. Wir haben viel geleistet, aber schwierige Fragen bleiben.“



Flüchtlinge aus Kosovo erreichen Albanien im Sommer 1999. © Roger Job

Srebrenica

BLEIBEN ODER GEHEN?



© Rene Caraviehe

Seit der Gründung der Sicherheitszone engagierte sich Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) in Srebrenica und war verantwortlich für die medizinische Versorgung. Die Krankenschwester Christine Schmitz erlebte mit, als Srebrenica von serbischen Truppen überrannt wurde.

Was ist deine stärkste Erinnerung, wenn du an den Fall von Srebrenica denkst?

Es ist der Gedanke: ‚Er wird sein Kind nie mehr sehen.‘ Am 13. Juli 1995 kommt ein junger bosnischer Vater auf mich zu, seine einjährige Tochter auf dem Arm, gefolgt von einem schwer bewaffneten Soldaten der bosnisch-serbischen Armee und einem Schäferhund. Der Mann übergibt mir seine Tochter. Ich befinde mich zu der Zeit in Srebrenica, genauer gesagt in Potocari, dem Stützpunkt der Vereinten Nationen (UN). Die serbische Armee hat die Enklave bereits überrannt, die Deportationen laufen auf Hochtouren, die Männer werden von ihren Familien getrennt. Wahrscheinlich geschehen zu diesem Zeitpunkt bereits die Massaker. Rund 8.000 Männer sind verschwunden, etwa 6.400 Ermordete wurden gefunden. Der Vater, der mir an diesem Tag sein Kind übergibt, ist einer von ihnen.

Du gehörst mit dem australischen Arzt Daniel O'Brien zum letzten MSF-Team in Srebrenica. Wie hat MSF dort gearbeitet?

Als Daniel und ich am 24. Juni 1995 erst den serbischen und dann den UN-Kontrollpunkt überqueren, wird mir erst bewusst, dass die Menschen dort in einer Art Freiluftgefängnis leben. Unsere Akzeptanz bei der Bevölkerung ist groß, doch die serbischen Behörden in Pale lassen nur zwei internationale Mitarbeiter zu anstelle der benötigten fünf. Aber die bosnischen Kollegen, mit denen wir zusammenarbeiten, sind exzellent. Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist möglich, wenn auch mit vielen Einschränkungen, wie meist in den Projekten von MSF: Medikamente und Verbandsmaterial werden rationiert, Lieferungen verzögert.

Wie habt ihr das Dilemma ‚bleiben oder gehen‘ erlebt?

Für mich gibt es während der Zeit in Srebrenica dieses Dilemma nicht. Daniel und ich haben genau zwölf Tage Zeit, um einen Überblick zu bekommen, den Alltag zu bewältigen, Kontakte zu etablieren, die Sicherheitsmaßnahmen zu überprüfen. Wir fragen uns in dieser Zeit nicht, ob MSF in einer Enklave arbeiten soll und somit den Anschein erzeugt, dass wir durch unsere Anwesenheit das Konzept der Sicherheitszonen akzeptieren.

Ich frage mich heute, ob MSF in dieser Situation mehr hätte tun können: Sprachrohr sein für die Menschen über die Grenzen der Enklave hinaus? Gab es zu wenig Nähe zur Bevölkerung? Hat MSF ernsthaft überlegt, die Projekte in den Sicherheitszonen zu schließen? Im Nachhinein bin ich immer noch davon überzeugt, dass unsere Anwesenheit die Situation wenigstens nicht verschlechtert oder verlängert hat. Das Gros der Patienten wurde gerettet, sieben der männlichen Angestellten auch.

Deportation der Frauen und
Kinder aus Srebrenica.
© Art Zamur / Gamma



Wie seid ihr mit den Sicherheitsproblemen umgegangen?

Es gab klare Regeln und ausreichende Kommunikationsmittel. Das Projekt in Srebrenica war mit kugelsicheren Westen und Helmen ausgestattet, wenngleich man über den Nutzen streiten kann. Erstaunlicherweise waren wir nie Ziel der serbischen Truppen, so dass Daniel und ich körperlich unbeschadet waren, als wir am 21. Juli 1995 evakuiert wurden. Aber es war eine riskante Situation: So wurde am 10. Juli 1995 eine Bombe genau gegenüber dem Krankenhaus und somit in der Nähe unseres Bunkers abgeworfen. Sie hätte auch uns treffen können. Und in den Tagen der ständigen Bombardierung vom 6. bis zum 11. Juli 1995 haben wir uns immer wieder aufgemacht, um Verletzte ins Krankenhaus zu transportieren. Die Frage ‚bleiben oder gehen‘ hatte da wenig Raum.

Wie habt ihr die Zeit nach dem 10. Juli 1995 erlebt,

die brutale Übernahme durch die serbischen Truppen, die ethnischen Säuberungen, das Verhalten der holländischen Blauhelmsoldaten, die die Bevölkerung nicht verteidigt haben, eure eigene Evakuierung?

Wir haben funktioniert, mehr nicht. Die Dimension des Schreckens war für mich nicht greifbar. Ich habe abends Exekutionen gehört und erfahren, dass Männer interniert werden, habe die Trennung der Familien gesehen. Es herrschten Chaos und Verzweiflung, die Ereignisse überschlugen sich. Waffenstillstand ja oder nein, die Ankunft von General Ratko Mladic, die Panik der Vertriebenen ...

Unsere eigene Evakuierung fand erst am 21. Juli 1995 statt, nachdem die Enklave Zepa auch gefallen war. Die Schuldgefühle, nicht genug getan zu haben, blieben lange. Zumindest konnten wir unser nationales, männliches Personal retten. Und wer weiß schon, was sonst noch durch unsere Anwesenheit verhindert wurde?

Ruanda

ÄRZTE STOPPEN KEINEN VÖLKERMORD

Während des Völkermords 1994 in Ruanda wird das Land von brutalen Milizen durchkämmt. Bis zu einer Million Menschen werden ermordet.
© Verselle / Photo News



Ein Überlebender des Völkermords aus Gitarama, Ruanda.
© Roger Job

Als am 6. April 1994 der ruandische Präsident Juvénal Habyarimana durch den Beschuss seines Flugzeuges gezielt getötet wurde, war dies das Signal für den Beginn des Völkermords in Ruanda. Bis zu einer Million Tutsi und oppositionelle Hutu wurden innerhalb von drei Monaten von regierungstreuen Hutu-Milizen ermordet.

Zu dieser Zeit waren über hundert Hilfsorganisationen im Land. Doch die meisten hatten weder bemerkt noch verstanden, dass dieser Genozid von längerer Hand vorbereitet worden war. Eine Ausnahme war der kanadische General Romeo Dallaire, Leiter der 2.500 Mann starken UN-Blauhelmission, der monatelang vor einer Katastrophe gewarnt hatte. Die Blauhelme sollten die Einhaltung des Friedensabkommens von Arusha überwachen, das eine gemeinsame Regierungsverantwortung der beiden Bevölkerungsgruppen Hutu und Tutsi vorsah. Denn Ruanda hatte zuvor eine lange Geschichte von internen Konflikten und Pogromen gegen die Tutsi-Minderheit erlebt.

Nach dem Beginn der Massaker zogen sich die Helfer zurück. Auch die Vereinten Nationen (UN) reagierten mit Rückzug, gegen die verzweifelten Appelle von Romeo

Dallaire; kein westliches Land reagierte. Die Welt verschloss die Augen und ließ einen Völkermord geschehen.

Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) betreute zu der Zeit Projekte im Norden Ruandas. Alle belgischen und französischen Mitarbeiter wurden sofort evakuiert, da sie wegen der politischen Beziehungen zwischen Ruanda und ihrem Land besonders gefährdet waren. MSF ersetzte sie durch Kollegen anderer Nationalitäten, die in den folgenden Wochen in einem Krankenhaus des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz in der Hauptstadt Kigali arbeiteten. Diese Klinik war einer der wenigen Orte, der einen gewissen Schutz vor Übergriffen gegen Patienten und Personal bot.

Dort versuchten die Teams unter schier unerträglichen Bedingungen, Menschen zu retten und Patienten zu behandeln. Heute fragen sich einige dieser MSF-Kollegen, ob das nicht sinnlos und sogar schädlich war. Denn diese minimale humanitäre Hilfe gaukelte ein Stück Normalität vor, wenngleich nichts mehr normal war.

Bis heute ist es schwer zu verstehen, warum während des Völkermords, als jeden Tag Tausende Menschen auf den Straßen, in Kirchen oder Krankenhäusern offen ermordet wurden, kein Politiker eine Militärintervention verlangte. Obwohl dies nach Ansicht vieler das einzige Mittel gewesen wäre, das Morden zu stoppen. Nur wenige Organisationen, darunter MSF, meldeten sich verzweifelt zu Wort. Doch keine Regierung, kein Parlament, keine UN-Organisation forderte öffentlich eine Intervention. Alle bezeichneten den Völkermord in Ruanda als eine ‚humanitäre Krise‘ – als ginge es um fehlende medizinische Versorgung.

Für MSF stellt sich nach wie vor die Frage, ob eine humanitäre Organisation öffentlich eine Militärintervention fordern darf? Ob damit nicht eine prinzipielle Grenze überschritten wird? Bis heute ist diese Diskussion nicht

abgeschlossen. Viele MSF-Mitglieder würden zurzeit wohl eher gegen Militärinterventionen plädieren.

Doch bei einem Genozid wie in Ruanda kann humanitäre Hilfe kaum etwas ausrichten: Ärzte stoppen keinen Völkermord. Wenn in einer solchen Situation die politischen Entscheidungsträger nicht reagieren, kann es für eine humanitäre Organisation vor Ort richtig sein, eine Militärintervention zu fordern. Genau das tat MSF.

Szenenwechsel: Im Juli 1994 eroberte die Ruandische Patriotische Front (RPF) die Hauptstadt Kigali und beendete das Morden. Daraufhin schürten die Anführer des unterlegenen Regimes unter der Bevölkerung Panik vor den neuen Machthabern und organisierten einen systematischen Exodus von mehr als einer Million



Juli 1994: Exodus der ruandischen Bevölkerung in die Nähe der Stadt Goma im ehemaligen Zaire. © Roger Job

Menschen. Sie flohen in die Nachbarländer, vor allem in die Region um Goma, im ehemaligen Zaire.

Heute ist bekannt, wie genau dieser Exodus geplant war – und wie sehr die Anführer des Völkermords die

humanitäre Hilfe in ihr Kalkül einbezogen. Sie wurden nicht enttäuscht: Die internationale Gemeinschaft – die UN, alle westlichen Regierungen, oft sogar ihre Streitmächte – strömte in einem beispiellosen Akt der Hilfsbereitschaft in die zairischen Lager. Wo waren all diese Hilfsorganisationen, Politiker und Militärs während des Völkermords?

Die Situation in den Lagern war schrecklich. Cholera brach aus, es gab kein Wasser und in den ersten Tagen kaum Hilfe. Die Hilfsorganisationen arbeiteten rund um die Uhr und retteten Zigtausenden das Leben. Auch MSF arbeitete damals mit mehr als 400 Mitarbeitern in den Lagern. Als aber nach Wochen das Schlimmste vorbei war, stellte sich allmählich heraus, dass die Anführer des Völkermords in den Lagern alte Strukturen wieder aufgebaut hatten.

Unter diesen Flüchtlingen befanden sich 20.000 bis 60.000 Milizen, Politiker und Beamte, die für den Genozid verantwortlich waren. Diese Anführer beherrschten nicht nur die Flüchtlinge, hielten sie als Geiseln und erhoben Steuern, sie hatten auch große Mengen an Waffen, selbst Panzer, mitgenommen sowie ungefähr 60 Millionen US-Dollar in Bargeld. Und in den Lagern fanden sie eine weitere, schier unerschöpfliche Einkommensquelle: die humanitäre Hilfe.



MSF kümmert sich in Goma um Kinder, die auf der Flucht aus Ruanda ihre Eltern verloren haben. © Roger Job

Denn lange Zeit beruhten die Nahrungsmittellieferungen auf völlig überhöhten Flüchtlingszahlen, die von den Anführern manipuliert und nie von den UN-Organisationen überprüft wurden. Gleichzeitig musste MSF hungernde Kinder behandeln: Die Hilfe kam also nicht den Bedürftigsten zugute. Schließlich stellte sich heraus, dass Hilfsgüter auf dem Schwarzmarkt verkauft und mit dem Erlös Waffen besorgt wurden. Auch machten die Anführer kein Hehl daraus, dass ihr Ziel die Rückeroberung Ruandas sowie die Vollendung des Völkermords war.

Das Muster dieser Vorgänge war nicht neu: Bereits Mitte der 1980er Jahre hatte man in den kambodschanischen Lagern in Thailand beobachtet, wie diese zu Schutzräumen für kriminelle Gruppen geworden waren. Die im Herbst 1994 immer deutlicheren Warnungen einiger Hilfsorganisationen verhallten indes ungehört. MSF informierte sogar den Sicherheitsrat der Vereinten Nationen. Doch nichts geschah.

Nach dem Völkermord in Ruanda, dem die internationale Gemeinschaft vor laufenden Kameras tatenlos zusah, versagte sie in Zaire erneut: Es gelang nicht einmal, die Kriminellen von den bedürftigen Flüchtlingen in den Lagern zu trennen oder die Milizen zu entwaffnen.

MSF beschloss schließlich, nach langen bitteren Diskussionen, sich aus den Lagern zurückzuziehen. Wir hatten es nicht geschafft, andere davon zu überzeugen, dass es sich bei dieser Art von Hilfe womöglich um Beihilfe zum Völkermord handelte. Der Abbruch der Hilfsaktivitäten ist eine, wenngleich extreme, Option, um den massiven Missbrauch humanitärer Hilfe zu verhindern.

Wie konnte es passieren, dass zwei Jahre lang die Täter durchgefüttert wurden, während der größte Teil der Überlebenden in Ruanda sich selbst überlassen blieb? Wie kann verhindert werden, dass humanitäre Hilfe immer wieder als Alibi für mangelndes politisches Engagement erhalten muss? Wie kann besser erklärt werden, dass technisch vernünftige Programme aus humanitären und politischen Gründen kriminell sein

Zehntausende ruandische Flüchtlinge erreichen völlig erschöpft die Region südlich von Kisangani. Viele von ihnen werden später ermordet.
© Corinne Dufka / Reuters



können? Für Hilfsorganisationen wie MSF bleiben diese Fragen bis heute nur unzureichend beantwortet.

Zeitensprung: Da die Hutu-Milizen in den zairischen Lagern zu einer dauernden Bedrohung für Ruanda geworden waren, griff im Oktober 1996 eine Koalition aus ruandischen und burundischen Soldaten sowie kongolesischen Rebellen die Lager an.

Im November organisierte die ruandische Armee die Rückkehr der Flüchtlinge nach Ruanda. Bis zu 700.000 Menschen folgten dem Aufruf, aber Hunderttausende blieben aus Furcht vor dem ruandischen Regime in Zaire. In den folgenden Monaten verfolgten die ruandische Armee und kongolesische Rebellen diese Flüchtlinge in Zaire und ermordeten Tausende. Während dieser Zeit leugneten die Verfolger – und für eine Zeit selbst die internationale Gemeinschaft – die bloße Existenz dieser Menschen.

Eric Goemaere, der damals für MSF in Kisangani arbeitete, erinnert sich:

„Wir wurden von der RPF benutzt, um diese Flüchtlinge, die ja die Überlebenden der Überlebenden waren, aus dem Wald zu locken. Aber damals war uns das

nicht klar. Die Verfolger wollten diese Menschen immer weiter durch Zaire treiben, bis sie verschwinden würden. Doch plötzlich ergaben sich die Flüchtlinge, sie waren völlig erschöpft. MSF erhielt die Erlaubnis, sie in Lagern zu versorgen. Uns war bald klar, dass etwas passieren würde, denn plötzlich war überall Militär, und wir durften zwei Tage nicht in die Camps. Als wir zurückkamen, waren alle verschwunden. Ermordet. Das war für mich die grausamste Erfahrung in all diesen Jahren, weil ich daran mitgewirkt habe, diese Menschen ihren Mördern auszuliefern. Es war schrecklich. Ich habe niemals vorher oder nachher Menschen gesehen, die so erschöpft und krank waren.“

Wieder war MSF mit fundamentalen Dilemmata konfrontiert: Hätte MSF in dem Moment, als klar wurde, dass die eigene humanitäre Hilfe als Köder diente, die Arbeit einstellen sollen? Oder hätten weitere Massaker durch öffentliche Verurteilung verhindert werden können – mit dem Risiko, die Teams vor Ort zu gefährden? Der Konflikt in der Region dauert bis heute fort und hat Millionen Menschen das Leben gekostet.



Tschetschenien

EUROPA SIEHT WEG



Die tschetschenische Hauptstadt Grosny in den 1990er Jahren.

© Misha Galustov / agency.photographer.ru



Durch einen Raketenangriff völlig zerstörte Wohnung in Grosny.

© Misha Galustov / agency.photographer.ru



MSF verteilt Hilfsgüter wie Wasserkanister in einem tschetschenischen Dorf.

© Misha Galustov / agency.photographer.ru



Ein fünfjähriger Junge wird bei einem Bombenangriff am Kopf verletzt, 1999.

© Olivier Jobard / Sipa Press



MSF unterstützt die Kinderheilkunde und Gynäkologie des Krankenhauses Nr. 5 in Grosny. © Misha Galustov / agency.photographer.ru



Mütter entführter Tschetschenen protestieren in einem Park in Grosny.

© Misha Galustov / agency.photographer.ru

Sicherheit

DER BESTE SCHUTZ - GUTE PROJEKTE



Straßensperren erfordern oft geduldige Verhandlungen, Zentralafrikanische Republik 2005

© Ton Koene

Wer Menschen in Konflikten zu Hilfe kommen will, geht immer ein Risiko ein. Seit einigen Jahren aber scheinen die Angriffe auf Hilfsorganisationen zuzunehmen. Das Londoner Overseas Development Institute hat im Dezember 2010 eine Studie zu Sicherheitsfragen in der humanitären Hilfe veröffentlicht und bestätigt diesen Befund.

Peter Buth, Sicherheitsexperte bei Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF), hat an dieser Studie mitgewirkt. Er plädiert gleichwohl für eine differenzierte Betrachtung der Sicherheitsfrage: *„Humanitäre Hilfe war auch in der Vergangenheit nie ungefährlich – denken wir an Afghanistan, den Sudan oder Tschetschenien. Aber wir haben heute viel mehr Mitarbeiter in diesen gefährlichen Kontexten als früher und sind deshalb stärker exponiert“.*

MSF hat in den vergangenen Jahren das Management von sicherheitskritischen Pro-

jekten verbessert. Christian Katzer, der bereits in vielen Projekten gearbeitet hat und heute als Programmleiter tätig ist, sagt: *„Wir wissen heute einfach mehr über die Risiken und die kritischen Ereignisse in den Projekten. Seit einigen Jahren dokumentieren wir sicherheitsrelevante Vorgänge viel genauer und systematischer. Wir haben da viel gelernt.“*

Besonders riskant ist heute die Arbeit in Ländern wie Irak, Afghanistan und Somalia. Das zeigt sich auch daran, dass in vielen Regionen dieser Länder kaum Hilfsorganisationen vor Ort und nur selten internationale Mitarbeiter präsent sind. MSF arbeitet in diesen drei Ländern immer mit einem Sicherheitskonzept, das die jeweilige spezifische Lage berücksichtigt.

Die Gründe für die Verschärfung der Sicherheitsprobleme sind vielfältig und sehr komplex. Der Charakter vieler Konflikte hat sich verändert: Kriege zwischen Staaten mit klar definierten Fronten und Lagern sind selten, interne Konflikte zwischen einer Vielzahl unterschiedlicher Gruppen häufiger geworden. Die Unterscheidung zwischen Zivilbevölkerung und kämpfenden Truppen ist zudem oft diffus.

Christian Katzer erinnert sich: *„Mein eigener erster Einsatz war 1999 in Liberia. Das war eher ein klassischer Konflikt: auf der einen Seite die Rebellen, auf der anderen die Regierungstruppen, die jeweils ihre eigenen Gebiete kontrollierten. Die humanitäre Hilfe erreichte eigentlich nur die Menschen, die vor dem Konflikt geflohen waren, da wir zu den umkämpften Zonen keinen Zugang hatten. In Somalia oder im Sudan sind die Konfliktgebiete heute jedoch nicht klar abgegrenzt, es gibt keine Frontlinien, die Aufständischen oder Rebellen operieren sehr mobil und über riesige Gebiete verteilt. Wenn man die Bevölkerung in diesen Gebieten unterstützen will, ist man sehr viel exponierter. Während wir in Liberia versuchten, am Rande des Konflikts*

zu arbeiten, sind wir in Somalia oder in Afghanistan mittendrin.“

Um sicheren Zugang zur Not leidenden Bevölkerung zu erhalten, verhandelt MSF mit allen relevanten Gruppen. Doch das ist heutzutage gar nicht so einfach. Peter Buth: *„Es gibt immer mehr bewaffnete Gruppen, deren Motive und Ziele für uns oft nicht klar sind. Einige haben keinerlei soziale Kontakte oder Absprachen mehr mit der Bevölkerung und sind primär darauf aus, die politische und soziale Lage zu destabilisieren. Sie sehen internationale Organisationen oft als Werkzeug des feindlichen Westens oder als Quelle für mögliche Beute. Der gute Draht zur Bevölkerung, den wir stets aufbauen und der Teil unseres Schutzes ist, hilft uns da nicht immer. Das ist einer von vielen Gründen, warum es schwerer geworden ist, unsere Akzeptanz bei allen Konfliktparteien herzustellen. Der Irak ist zurzeit wohl das beste Beispiel für dieses Problem.“*

Jedes MSF-Projekt hat ein eigenes Sicherheitskonzept, das regelmäßig überprüft und angepasst wird. Der Kern aller Sicherheitsstrategien ist aber das Projekt selbst: Je besser die medizinische Qualität und je wichtiger das Projekt für die Bevölkerung ist, desto höher der Schutzfaktor. Denn wenn die Bevölkerung spürt, dass die Mitarbeiter für sie da sind und sich um die Kranken kümmern, ist das die beste Sicherheitsgarantie.

Die Erfahrung hat zudem gezeigt, wie wichtig es ist, unabhängig und neutral zu arbeiten. Das ist nicht immer leicht zu vermitteln und verlangt ständige Kommunikation mit allen Seiten. Besonders in Regionen mit vielen anderen Akteuren, die angeblich alle unter dem Banner der humanitären Hilfe arbeiten, ist das oft schwierig. Denn manche, wie die internationalen Streitkräfte, haben ganz andere als humanitäre Motive. Schließlich haben sie einen politisch-militärischen Auftrag.



Auch die Vorbereitung der Mitarbeiter ist gründlicher geworden. Regeln gab es schon immer, zum Beispiel wie man sich an einem militärischen Kontrollpunkt verhält, wie man Kreuzfeuer erkennt oder mit Minen umgeht. Doch heute füllen die Sicherheitsregeln dicke Bücher. So arbeitet MSF fast überall nur mit lokalen Fahrern, die die lokale Sprache sprechen und die Situation besser einschätzen können. Wichtig ist meist auch, dass bei Autofahrten alle militärischen Gruppen vorab informiert werden, wie viele Personen reisen, welche Strecke sie nehmen und was der Grund für die Fahrt ist. Selbstverständlich ist zudem, dass die Mitarbeiter frei entscheiden können, nach Hause zurückzukehren, wenn sie die Situation für zu bedrohlich halten.

Christian Katzer weist noch auf einen weiteren Grundsatz hin: *„Möglichst nicht dort sein, wo die Kugeln fliegen ...! Das hat sich über all die Jahre nicht geändert. Das wichtigste Ziel ist die Sicherheit der eigenen Mitarbeiter. Wenn es brenzlich wird, heißt es also, abhauen, Teams reduzieren, ab in den Bunker. Das alles gab es schon immer. Wir sind uns aber der Risiken bewusster geworden. Und manchmal muss man eben entscheiden, in einem Gebiet nicht zu arbeiten, auf*

Mitarbeiter bestimmter Nationalitäten zu verzichten oder zu evakuieren; und versuchen, so wenig Leute wie möglich da zu haben, wo es schwierig werden kann.“

Immer wieder taucht in öffentlichen Diskussionen die Frage auf, ob humanitäre Helfer nur noch mit bewaffnetem Schutz arbeiten können. Für MSF ist die Antwort klar: Die Organisation arbeitet in der Regel ohne bewaffneten Schutz. Ausnahmen sind sehr selten und werden nur akzeptiert, wenn die humanitäre Lage ein Eingreifen absolut notwendig macht. So ist es in manchen Regionen von Somalia zurzeit kaum möglich, ohne einen solchen Schutz zu arbeiten. Aber das erfordert immer eine schwierige Abwägung.

Für die Mitarbeiter ist es oft sehr mühsam, in risikoreichen Regionen zu arbeiten. Denn die Regeln sind streng, jeder Schritt ist geregelt, oft darf man sich nur in MSF-Fahrzeugen fortbewegen und nicht zu Fuß oder allein im Ort herumlaufen oder gar auf den Markt gehen. Nächtliche Sperrstunden sind üblich, Bunker manchmal nötig.

In einigen Ländern leben die MSF-Mitarbeiter zudem sehr abgeschottet von der einheimischen Bevölkerung.

Mitarbeiter verschiedener Hilfsorganisationen nehmen an einem Minenräumungs-Training in der afghanischen Stadt Mazar-i-Sharif teil, 1996.

© Roger Job



Am Eingang einer Klinik in Kolumbien werden die MSF-Prinzipien der Menschlichkeit, Neutralität, Unparteilichkeit und Unabhängigkeit erklärt.
© Jesus Abad Colorado



Diese Isolation ist problematisch, findet Christian Katzner: „Eines unserer Prinzipien ist die größtmögliche Nähe zur Bevölkerung, schon um die Menschen zu verstehen und um selbst verstanden zu werden. Dieser Austausch trägt ja gerade zur Sicherheit bei. Wenn man sich nur in geschlossenen Fahrzeugen zwischen Haus, Büro und Klinik bewegt und diese Gebäude hinter hohen Mauern verschwinden, dann ist der Austausch schwierig. Diese Isolation sollten wir so weit wie möglich vermeiden, sie hat immer etwas Aggressives.“

Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen gibt es keine völlige Sicherheit, und leider kam es in der Vergangenheit auch zu tödlichen Angriffen auf MSF-Mitarbeiter, wie zum Beispiel in Afghanistan (2004) und in Somalia (2008). Nach der brutalen Attacke in der Provinz Badghis sah MSF keine Möglichkeit mehr, in Afghanistan zu arbeiten und zog sich komplett zurück. Erst fünf Jahre später kehrte die Organisation nach langwierigen Verhandlungen mit allen Konfliktparteien zurück. Heute arbeitet sie mit verbesserten Sicherheitskonzepten in den Provinzen Helmand und Kunduz sowie in der Hauptstadt Kabul.

Peter Buth: „In Somalia sind wir trotz des großen Schocks nach dem Mord an unseren Kollegen zu dem Schluss gekommen, dass es Regionen gibt, wo die Arbeit möglich ist. Wir steuern heute die Programme aus Nairobi, um weniger Angriffsfläche zu bieten. Es sind die somalischen Mitarbeiter, die die Programme tragen. Das ist nicht ideal, aber es funktioniert.“

Was kann man jungen Kollegen mit auf den Weg geben, wenn sie erstmals in ein Projektland ausreisen? Peter Buth, der seit 1997 für MSF arbeitet, antwortet: „Ich sage ihnen immer, humanitäre Hilfe ist gefährlich. Aber es ist eine tolle Arbeit, und neben der Anstrengung und der Gefahr gibt es immer auch die Befriedigung und den Spaß mit den Kollegen. Aber ein Risiko bleibt, immer.“

Friedensnobelpreis 1999

SCHWEIGEN KANN TÖTEN



Marie-Eve Raguenaud nimmt für MSF am 10. Dezember 1999 den Friedensnobelpreis in Norwegen entgegen.

© Patrick Robert / Corbis Sygma

„Das norwegische Nobel-Komitee hat, in Anerkennung ihrer bahnbrechenden humanitären Arbeit auf mehreren Kontinenten, entschieden, den Friedensnobelpreis 1999 an Médecins Sans Frontières zu vergeben. Seit ihrer Gründung in den frühen 70er Jahren ist die Organisation Médecins Sans Frontières ihrem fundamentalen Prinzip treu geblieben, dass alle Opfer von Katastrophen, seien sie natürlichen oder politischen Ursprungs, ein Recht auf professionelle Hilfe haben – so schnell und effizient als möglich. Nationale Grenzen, politische Interessen oder Sympathien dürfen keine Auswirkungen darauf haben, wer humanitäre Hilfe erhält und wer nicht. Durch die Aufrechterhaltung eines hohen Grades an Unabhängigkeit hat Médecins Sans Frontières es geschafft, diesen idealistischen Zielsetzungen gerecht zu werden.

Durch die unmittelbare und schnelle Hilfe, die Médecins Sans Frontières zu geben vermag, erweckt die Organisation die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit an humanitären Katastrophen und ermöglicht durch das Aufzeigen der Ursachen solcher Katastrophen ein stärkeres öffentliches Bewusstsein gegen Gewalt und Machtmissbrauch ... Jeder mutige und selbstopfernde freiwillige Helfer ist für die Betroffenen ein Mensch, der unparteiisch ist und mit Respekt ihre persönliche Würde anerkennt und widerspiegelt. All dies ist für die Not leidenden Menschen eine Quelle der Hoffnung auf Frieden und Versöhnung.“ (Auszug aus der Begründung des Komitees)

James Orbinski, damaliger internationaler Präsident von MSF, sagte in seiner Dankesrede: „Unsere Aufgabe

ist es, Menschen in Krisensituationen zu helfen. Unsere Aufgabe ist es nicht zu kämpfen. Unsere medizinische Hilfe für Menschen in Not ist ein Versuch, sie gegen die Aggression, der sie ausgesetzt sind, zu verteidigen. Humanitäre Hilfe ist mehr als pure Großzügigkeit oder Nächstenliebe. Ihr Ziel besteht darin, Nischen der Normalität inmitten des Chaos herzustellen ... Unser Handeln und unser Reden verstehen wir als einen Akt der Entrüstung, der Weigerung, Angriffe auf die Würde anderer zu akzeptieren ...

Lange genug wurde Schweigen mit Neutralität verwechselt und als notwendige Voraussetzung für humanitäre Hilfe postuliert. MSF hat von Anfang an im Widerspruch zu dieser Annahme gearbeitet. Wir glauben nicht, dass Worte immer Leben retten können, aber wir wissen, dass Schweigen mit Sicherheit tötet. Seit mehr als 28 Jahren fühlen wir uns dieser Ethik der Verweigerung verpflichtet. Diese Ethik bildet die Grundlage unserer Identität. Weit davon entfernt perfekt zu sein, beruht heute unsere Stärke auf den Tausenden von Freiwilligen und nationalen Mitarbeitern sowie Millionen von Spendern, die MSF finanziell und moralisch unterstützen. Die heutige Ehre gebührt deshalb all denen, die in irgendeiner Weise dafür gekämpft haben und jeden Tag weiter dafür kämpfen, dass eine Organisation wie MSF existieren kann ...

Die humanitäre Aktion braucht Rahmenbedingungen, um agieren zu können. In einem Konflikt stellt das humanitäre Völkerrecht diese Rahmenbedingungen dar ... Doch der Schutz durch das Völkerrecht funktioniert heute eindeutig nicht mehr. Der Zugang zu den Opfern eines Konfliktes wird den humanitären Organisationen immer häufiger verwehrt. Humanitäre Hilfe wird sogar von den Krieg führenden Parteien als Waffe benutzt. Noch größere Sorgen machen wir uns über die zunehmende Militarisierung der humanitären Aktion durch die internationale Gemeinschaft ...



Nach der Preisverleihung protestiert die MSF-Delegation vor der russischen Botschaft in Oslo gegen die Bombardierungen in Tschetschenien.

© Sandra Aslaksen

Die humanitäre Hilfe hat ihre Grenzen. Sie kann kein Ersatz für politisches Handeln sein ... Ich erinnere mich, dass eine meiner Patientinnen [während des Völkermords in Ruanda] zu mir sagte: ‚Ummera, ummera – sha.‘ Dies ist eine ruandische Redensart, die sich ungefähr übersetzen lässt mit ‚Mut, Mut, mein Freund – finde deinen Mut und halte ihn lebendig.‘ Die Frau, die es dort im Krankenhaus zu mir sagte, war am ganzen Körper verstümmelt worden ... Wir konnten in dem Moment nicht mehr für sie tun, als mit wenigen Stichen ihre Blutung zu stillen. Wir waren völlig überwältigt. Sie befreite mich aus meiner eigenen unentrinnbaren Hölle. Mit der klarsten Stimme, die ich je gehört habe, sagte sie zu mir: ‚Ummera, ummera – sha.‘

Kein Arzt kann einen Völkermord verhindern ... Kein humanitärer Helfer kann einen Frieden aushandeln. Dies ist eine politische Verantwortlichkeit. Lassen Sie es mich ganz klar sagen: Die humanitäre Aktion ist die apolitischste von allen, aber wenn ihre Aktionen und ihre Moral ernst genommen werden, dann hat sie die weitestreichenden politischen Implikationen.“

Zwischenruf

„WIE EIN FLUSS, DER IMMER DERSELBE BLEIBT“

Nobelpreisverleihung an MSF,
Oslo 1999
© Patrick Robert / Corbis Sygma



Seit 1984 arbeite ich mit Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) und war von Anfang an beeindruckt von den MSF-Leuten: persönlich und fachlich. Meine Wertschätzung schließt sie alle ein – von den Ärzten über die Logistiker bis zu den Büromitarbeitern. Bis heute hat sich das nicht geändert. MSF ist wie ein Fluss, der sich jeden Moment ändert und doch immer derselbe bleibt. Offenbar gibt es eine Art goldenen Faden, der dafür sorgt, dass erst die Patienten und dann die Egos kommen.

Die größte Sorge von MSF ist und bleibt es, sich um die Leiden der Menschen in armen Ländern zu kümmern, die sonst keine medizinische Hilfe bekommen. Die Mitarbeiter wollen auf keinen Fall als Helden bezeichnet werden, aber für mich sind sie das. Denn sie gehen da raus und tun für mich und viele andere Spender, was wir selbst nicht tun würden. Für mich verkörpern sie den Hippokratischen Eid, ob Mediziner oder nicht.

Hier eine kleine Anekdote: Es war an einem normalen Übersetzertag im Jahr 1999. Ich war allein als Dolmetscher für eine MSF-Konferenz im Pariser Büro tätig, es war später Vormittag. Sogar von meiner Kabine aus und über die Kopfhörer merkte ich, dass etwas passiert war, aufgeregte Stimmen, sogar einige Schreie vom Flur. Dann betrat Philippe Biberson, damals Präsident von MSF in Frankreich, den Raum mit einem etwas zaghaften, verwirrten Lächeln wie ein schüchternes Kind, das gerade von einem strengen Vater gelobt worden ist. Er hatte offensichtlich etwas anzukündigen, und so unterbrach der Redner seine Präsentation, und alle im Raum verstummten. „MSF ist gerade der Friedensnobelpreis verliehen worden“, sagte er. Beifall, Schreie und allgemeine Überraschung. Kaum jemand hatte geahnt, dass MSF Kandidat für diesen Preis war. Viele ungläubige Mienen. Einige waren sogar etwas missbilligend, ganz nach dem Motto: „Offizielle Preise brauchen wir nicht und sollten sie nicht annehmen“.

Bei den meisten aber gab es in dem Moment nur echte kindliche Freude, völlig frei von Stolz oder Überheblichkeit.

ARZNEIMITTELPOLITIK UNTER DER LUPE

Im Jahr 1999 hat Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) mit dem Geld des Friedensnobelpreises die Kampagne für den Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten, kurz Medikamentenkampagne, gegründet. Das Motiv war die Unerschwinglichkeit von Arzneimitteln, insbesondere von Aids-Medikamenten, die Tausenden von Menschen in ärmeren Ländern das Leben kostete. Wirtschaftliche Interessen von Pharmafirmen, die meist mit hohen Forschungskosten argumentierten, kollidierten mit dem Menschenrecht auf Zugang zu lebensnotwendigen Arzneimitteln.

Das führte dazu, dass Krankheiten wie die Schlafkrankheit oder medikamentenresistente Tuberkulose nicht mehr adäquat behandelt werden konnten. Denn seit Jahrzehnten hatte niemand in die Erforschung von neuen Medikamenten für diese wenig profitab-

len Krankheiten investiert. Das profitgetriebene System der Arzneimittelforschung versagte gerade dort, wo es am meisten gebraucht wurde.

Einer der eindrucksvollsten Kampagnen-Erfolge, den MSF mit einer Reihe anderer Organisationen errungen hat, führte dazu, die Kosten der Aids-Behandlung dank der Produktion von Generika (Nachahmermedikamente) von rund 10.000 Euro auf heute 43 Euro pro Patient und Jahr zu senken. Generika sind nicht nur viel kostengünstiger als Markenprodukte, sondern führen durch freien Wettbewerb auch generell zu Preissenkungen. Dies war die entscheidende Voraussetzung dafür, dass die Aids-Behandlung in ärmeren Ländern von quasi null auf mittlerweile sechs Millionen Menschen ausgeweitet werden konnte.



Hunderte von Kenianern protestieren in Nairobi gegen das Freihandelsabkommen zwischen der EU und Indien im Dezember 2010.

© Paul Davis / Health GAP



Auch in Brüssel protestiert MSF gegen das geplante Abkommen.
© Bruno De Cock / MSF

Dafür musste jedoch erheblicher Widerstand überwunden werden: In Thailand sah sich die Forschungsleiterin des staatlichen Arzneimittelherstellers, mit der MSF eng kooperierte, anonymen Todesdrohungen ausgesetzt, als sie Generika der Aids-Medikamente entwickelte. In Südafrika verklagten 39 Pharmafirmen die Regierung von Nelson Mandela, mit politischer Rückendeckung der US-Regierung und der EU, als Südafrika den Import kostengünstiger Arzneimittel erlauben wollte.

Internationaler Druck aber brach schließlich den Widerstand. Mitgliedsländer der Welthandelsorganisation einigten sich im Jahr 2001 in der ‚Doha-Deklaration‘ darauf, dass das internationale Abkommen zum Patentschutz (TRIPS) Regierungen nicht davon abhalten darf, alle notwendigen Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit ihrer Bevölkerung zu ergreifen. Unter Berufung auf diese Doha-Deklaration setzten eine Reihe von Ländern Zwangslizenzen ein. Diese ermöglichen die Produktion und die Einfuhr von Generika in besonders schwerwiegenden Situationen, trotz bestehenden Patentschutzes. Insbesondere Thailand und Brasilien erzeugten damit in den Jahren 2006 bis 2007 große öffentliche Aufmerksamkeit.

Auch in die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln, Diagnostika und Impfstoffen für die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen in ärmeren Ländern kam dank öffentlichen Drucks Bewegung. MSF gründete im Jahr 2003, zusammen mit öffentlichen Forschungsinstituten in Frankreich und mehreren Entwicklungsländern, die unabhängige Organisation ‚Drugs for Neglected Disease initiative‘ (DNDi – Medikamenteninitiative für vernachlässigte Krankheiten). Sie entwickelt heute erfolgreich Arzneimittel und verbessert Therapien für Tropenkrankheiten. Der desolate Zustand der Forschung auf diesem Gebiet ist inzwischen politisch anerkannt. Doch trotz begrenzter, auch europäischer Fördergelder, hat sich bisher kein durchgreifender Wandel der Arzneimittelpolitik gezeigt.

Jeder hochrangige Vertreter der Pharmaindustrie räumt heute ein, dass die Industrie angesichts der Aids-Epidemie um die Jahrtausendwende fatale Fehler gemacht hat, die teilweise in einem Image-Desaster endeten. Dazu gehörte nicht nur die Klage gegen die Regierung Nelson Mandelas. Auch Aussagen wie die des ehemaligen Chefs der internationalen Pharamalobby (IFPMA), Harvey Bale, waren skandalös: *„Für Menschen ohne Einkommen oder mit kleinem Einkommen*

stellen Preise eine Hürde dar. Also, ich kann mir sicherlich auch nicht das Auto meiner Träume erlauben, das vielleicht ein Jaguar XJE oder ein anderes dieser Art wäre.“

Manchmal bedurfte es bizarrer Umstände, damit eine Lösung zustande kam: Trotz der gemeinsamen Bemühungen von MSF und der Weltgesundheitsorganisation war wegen mangelnden Profits die Produktion des wichtigsten Arzneimittels gegen die Schlafkrankheit, Eflornithin, eingestellt worden. Erst als eine Pharmafirma eine Creme zur Entfernung von Gesichtshaarung, die auf dem gleichen Wirkstoff basiert, auf den Markt brachte, wurde er wieder produziert.

Heute verhält sich die Industrie klüger und ermöglicht damit zumindest punktuell einen besseren Zugang zu wichtigen Medikamenten, aber diese Maßnahmen reichen bei Weitem nicht aus.

Trotz ihrer Erfolge wird die Medikamentenkampagne innerhalb von MSF auch kontrovers diskutiert. Manche meinen, wir sollten uns auf die humanitäre Arbeit konzentrieren, statt uns in weitreichende politische Fragen einzumischen. Andere sind enttäuscht, wenn sich die politische Arbeit nicht sofort in besserem Arzneimittelzugang in den Projekten niederschlägt. Wieder andere fordern, dass MSF noch weiter geht und die Finanzierung von Gesundheitssystemen thematisiert.

Letztlich hat bisher immer die Einsicht gesiegt, dass MSF als medizinische Organisation in der Arzneimittelfrage sehr kompetent und eine länderübergreifende MSF-Einmischung in dieses Thema für die Projektarbeit unabdingbar ist. Die Verfügbarkeit von erschwinglichen Arzneimitteln und die Entwicklung von besseren Medikamenten, Diagnostika und Impfstoffen sind eine Voraussetzung dafür, dass MSF – und ressourcenschwache Gesundheitssysteme – effektive medizinische Versorgung leisten können. MSF ist dadurch zu einem wichtigen Akteur der internationalen Gesundheitspolitik geworden.

Trotz bedeutsamer Einzelerfolge gibt es auch Rückschritte bei der Generika-Produktion. Indien, der wich-



In Indien setzen sich im März 2011 Aktivisten dafür ein, dass weiterhin Generika gegen HIV/AIDS in Indien produziert werden können.

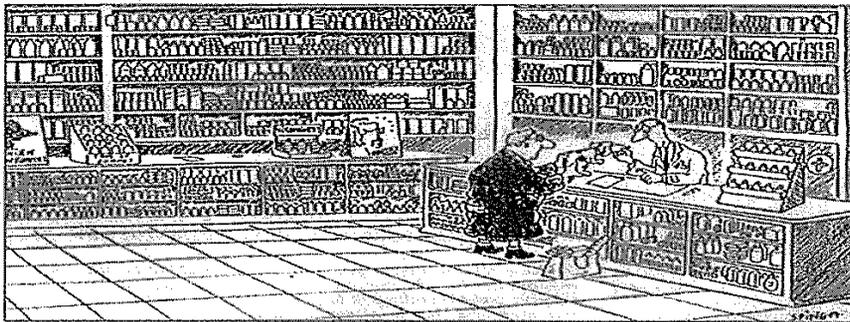
© Rico Gustav

tigste Produzent von Generika für ärmere Länder, hat mittlerweile Patentschutz einführen müssen, so dass neue Medikamente nicht mehr als günstige Generika hergestellt werden dürfen. Obwohl Indien damit die Auflagen des TRIPS-Abkommens erfüllt, versucht die EU, auf Betreiben der Pharmaindustrie, im Rahmen eines Freihandelsabkommens die Monopolbedingungen für Pharmazeutika noch weiter auszubauen. Auch Klagen der Firmen Novartis und Bayer gegen die indische Regierung zielen in diese Richtung. Außerdem werden indische Firmen zunehmend von multinationalen Firmen aufgekauft und verlieren dadurch weiteren Handlungsspielraum.

Pharmacies du Sud et du Nord



DOBA
(Tchad)



PARIS

Um auch längerfristig eine erfolgreiche Aids-Behandlung weltweit zu gewährleisten, werden zunehmend neuere Wirkstoffe benötigt, für die es nur wenige oder keine Generika gibt. Denn diese stehen zunehmend auch in ärmeren Ländern unter Patentschutz. Damit ist eine Kostenexplosion vorprogrammiert, sofern nicht besondere Schutzmaßnahmen für ärmere Länder, wie Zwangslizenzen, angewendet werden. Das Problem hoher Preise stellt sich vermehrt auch in anderen Bereichen: Neue Impfstoffe sind selbst nach Preisnachlass viel zu teuer und nicht nachhaltig finanzierbar.

Obwohl die Pharmaindustrie den Entwicklungsländern mit der Einführung des Patentschutzes höhere Forschungsinvestitionen in Aussicht gestellt hatte, gibt es weiterhin zu wenig Forschung gerade dort, wo die größten Gesundheitsbedürfnisse sind: So fehlt ein einfach anwendbarer und besserer Test für Tuberkulose. Wo keine hohen Profite winken, hilft eben auch

der Patentschutz nicht. Neuartige Forschungsanreize könnten hier die Forschung stimulieren und ausreichenden finanziellen Anreiz mit einer Verpflichtung zu kostengünstigen Produkten verbinden.

Man könnte meinen, jede Kampagne, und so auch die Medikamentenkampagne, sollte ein Ende haben. Tatsächlich ist der Zugang zu Arzneimitteln aber ein Problem, das sich immer wieder neu stellt und einen langfristigen Einsatz erfordert. Dafür sorgen nicht zuletzt die damit verbundenen wirtschaftlichen Interessen. Auch in Zukunft wird der Einsatz von MSF und anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen im Norden und Süden nötig sein, um das Ziel des Zugangs zu Arzneimitteln zu verwirklichen. Mit der Organisation ‚Universities Allied for Essential Medicines (UAEM)‘ wächst bereits eine neue Generation von Studenten heran, die sich international für den Zugang zu Arzneimitteln einsetzt.

GEGEN DIE BANALISIERUNG VON AIDS

„Antiretrovirale Medikamente haben mein Leben zum Positiven verändert. Früher wurde ich häufig krank, verlor viel Gewicht. Ohne diese Medikamente wäre ich nicht mehr auf dieser Erde. Seitdem ich sie einnehme, bin ich kein einziges Mal mehr krank geworden. Sie haben mein Leben gerettet“, sagt Luis Junior Mariquele. Er ist einer der vielen HIV-Patienten von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) in Mosambik.

Heute behandelt MSF weltweit rund 170.000 HIV-Patienten in 19 Ländern und kämpft seit mehr als zehn Jahren an vorderster Front für eine bessere Versorgung der Patienten weltweit. Die Anfänge dieses Engagements waren allerdings durchaus schwierig, wie sich der Arzt Eric Goemaere, der von Anfang an dabei war, erinnert:

„Ende der 1990er Jahre gab es vor allem im südlichen Afrika Tausende von HIV-positiven Patienten, für die MSF kaum etwas tun konnte. In den reichen Ländern waren bereits antiretrovirale Medikamente, kurz ARV, verfügbar. Doch es schien völlig unmöglich, diese in armen Ländern einzuführen, denn sie kosteten ungefähr 10.000 US-Dollar jährlich pro Patient. Wir boten zwar in einigen Projekten HIV-Tests an, aber was sagt man einer HIV-positiven Patientin, wenn man ihr ein Todesurteil verkündet und außer der Behandlung einiger Begleiterkrankungen nichts anzubieten hat?“

Innerhalb von MSF entbrannte eine Diskussion darüber, ob die Organisation unheilbare Krankheiten wie HIV/Aids überhaupt behandeln sollte. Schließlich war es unmöglich, die Patienten jemals zu heilen. Wenn



Nelson Mandela hat das T-Shirt eines HIV-positiven Patienten angezogen, um seiner Unterstützung Ausdruck zu verleihen, Kapstadt 2002.

© Eric Miller

überhaupt, müsste das Engagement lebenslang sein, da die Patienten bis zu ihrem Lebensende antiretrovirale Medikamente einnehmen müssen. Als Nothilfeorganisation konnte MSF sich so etwas aber nur schwer vorstellen. Das Umdenken begann erst, nachdem die thailändische Regierung zum ersten Mal eine vereinfachte Therapie eingeführt hatte. Rony Zachariah, mitverantwortlich für dieses Umdenken innerhalb von MSF, prangerte immer wieder, in Afrika wie in Europa, die Heuchelei und doppelten Maßstäbe an: teure Medikamente für die Reichen, keine Medikamente für die Armen.

Mit dem Preisgeld des Friedens-Nobelpreises gründete MSF 1999 die Kampagne für den Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten. Oberstes Ziel war es, den Patentschutz auf antiretrovirale Medikamente legal zu brechen und sie damit auch für arme Länder erschwinglich zu machen.

In der Hoffnung, dieses Ziel zumindest in Südafrika zu

erreichen, dem Land mit der höchsten Zahl an HIV-Infizierten weltweit – ungefähr fünf Millionen – eröffnete MSF im Township Khayelitsha bei Kapstadt ein Aids-Projekt. Doch das war schwieriger als erwartet, so Eric Goemaere: *„Am Anfang mussten wir uns verstecken. Ich durfte nicht mal mit der Provinzregierung sprechen, die hätten uns sofort rausgeschmissen. Später allerdings hatten wir eine Übereinkunft mit ihnen. Anfangs dachten wir, nur die Patente seien das Problem. Die südafrikanische Regierung war seit Jahren in einen Rechtsstreit mit der pharmazeutischen Industrie verwickelt, die die Einführung von Nachahmermedikamenten, Generika, verhindern wollte.“*

MSF schaltete sich im Jahr 2000 in diesen Rechtsstreit ein und glaubte, dass es bei einem Sieg keine Probleme mehr mit der Regierung geben würde. Daher unterstützte MSF diese im Jahr 2001 mit einer Online-Petition. 250.000 Menschen weltweit unterzeichneten sie, ein unglaublicher Erfolg. Die Zahl der jährlichen Aids-Toten lag zu der Zeit auch bei 250.000 in Südafrika.



Ein HIV-Patient in Kibera, Kenia, zeigt stolz, welchen Fortschritt er dank der antiretroviralen Behandlung durch MSF gemacht hat. © Sven Torffinn

Als die Pharma-Firmen eine Pressekonferenz veranstalteten, um die Bedeutung des Patentschutzes für ihre Forschung zu betonen, schlichen sich Mitarbeiter von MSF und der Treatment Action Campaign (TAC), eine südafrikanische Organisation, ein. Unter ihnen war auch Eric Goemaere: *„Schließlich meldete ich mich, das Buch mit den 250.000 Unterschriften unter dem T-Shirt, ging damit auf das Podium zu, nahm ein Mikrofon und sagte: ‚Sie mögen ja meinen, wir seien nur ein paar Verrückte, aber wir sind 250.000. Und wir nehmen Ihnen Ihren Patentschutz nicht ab‘. Dabei hielt ich mein Unterschriftenbuch in die Kameras. Die Medienvertreter waren natürlich begeistert. Der Anwalt der Pharma-Industrie beantragte kurze Zeit später eine Unterbrechung des Gerichtsverfahrens, das dann nie wieder aufgenommen wurde.“*

Doch der Erfolg war trügerisch. Es stellte sich heraus, dass die Regierung keinesfalls an der Seite von MSF gegen die Immunschwächekrankheit zu kämpfen gedachte. Im Gegenteil: Es folgten vier Jahre heftiger

Streiterei, geschmuggelter Generika, scharfer Angriffe gegen MSF, aber auch erster Erfolge und wissenschaftlicher Studien. Zahlreiche südafrikanische Wissenschaftler stellten sich schließlich auf die Seite der HIV-Patienten. Seit dem Jahr 2004 können Generika legal in Südafrika erworben werden. Die gebräuchlichsten kosten heute überall nur noch 70 US-Dollar jährlich pro Patient.

Auch in anderen Ländern wie Malawi, Kenia und Mosambik startete MSF später Aids-Projekte und behandelte Begleiterkrankungen, wie Tuberkulose. Über die Jahre wurde die HIV/Aids-Therapie von den Krankenhäusern mehr und mehr in die Gesundheitszentren verlagert, die näher an den Dörfern der Patienten liegen. Gleichzeitig führte MSF, oft zusammen mit Forschungsinstituten und Ministerien, zahlreiche radikale Vereinfachungen der Therapie und Diagnostik ein. In vielen Studien bewies MSF, dass auch diese vereinfachten Verfahren gute Ergebnisse liefern und sowohl ethisch wie auch medizinisch vertretbar sind. Eine der



Röntgenbild einer jungen Kenianerin, die mit HIV und medikamentenresistenter Tuberkulose infiziert ist.

© Brendan Bannon

wichtigsten Neuerungen ist, dass Krankenschwestern oder sogar Gesundheitshelfer die Aids-Medikamente ausgeben dürfen und nicht nur Ärzte. Man kann sich leicht vorstellen, dass dies nicht ohne den erbitterten Widerstand diverser Akteure gelang.

In den vergangenen zehn Jahren belegte MSF mehrfach, wie drastisch sich die Behandlung auswirkt: Die Patienten sind gesünder, ihr Ansteckungsrisiko ist geringer, sie leben länger, können arbeiten und ihre Kinder aufziehen. In manchen Ländern gibt es inzwischen Distrikte, in denen praktisch alle HIV-Patienten Zugang zu lebensrettenden Medikamenten haben.

Auch international gibt es Fortschritte. Auf Initiative des damaligen UN-Generalsekretärs Kofi Annan wurde im Jahr 2002 der ‚Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Malaria and TB‘ geschaffen, gefolgt vom amerikanischen ‚Emergency Plan for Aids Relief‘ im Jahr 2003. Zusammen finanzieren sie heute die Behandlung von 81 Prozent der weltweit sechs Millionen Patienten, die nur dank der ARV noch am Leben sind.

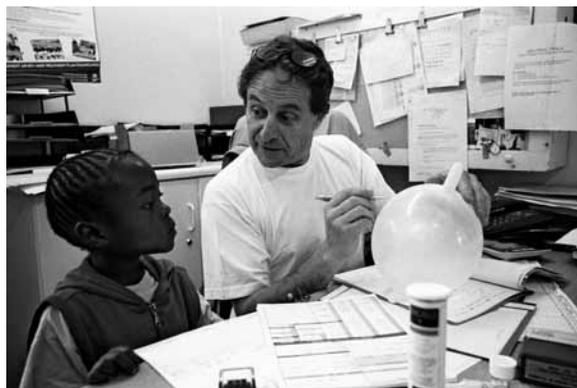
Trotzdem bleiben große Behandlungslücken: Zehn Millionen Menschen zusätzlich brauchen heute ARV, bekommen sie aber nicht. Unbehandelt werden sie bald sterben. Deshalb beschloss die UN-Konferenz im Juni 2011, bis zum Jahr 2015 insgesamt 15 Millionen Menschen zu behandeln. Unklar ist, wer das bezahlen soll, denn die Geberländer ziehen sich mehr und mehr aus der Finanzierung zurück. Dabei warnte der Direktor von UNAIDS, Michel Sidibé, klipp und klar, dass mehr Geld ‚jetzt‘ nötig sei, wenn die Epidemie jemals gestoppt werden solle. Jüngste wissenschaftliche Studien stützen seine Forderung.

Das Engagement für HIV/Aids hat auch MSF selbst verändert. Rony Zachariah zufolge hat MSF vor allem die eigene Rolle als Katalysator in solchen Situationen akzeptiert und verstanden, dass es um die Entwicklung neuer Ansätze und Lösungen geht, wie vereinfachte Therapien.

Eric Goemaere wiederum meint: *„Aids hat die Logik der schnellen kurzfristigen humanitären Hilfe verbun-*

den mit der Logik der chronischen Krankheit. Wir haben einen neuen Arbeitsmodus gefunden. Vor allem haben wir unsere Arbeit mit einer starken öffentlichen Kampagne verknüpft. Anfangs waren wir alleine, doch durch Pilotprojekte haben wir Regierungen überzeugt, eigene Projekte zu starten. Wir haben hoch gepokert und haben gewonnen. Auch, weil wir Allianzen mit Partnerorganisationen und Patienten-Netzwerken eingegangen sind. Außerdem haben wir bewiesen, dass Aids auch in armen Ländern behandelt werden kann.“

Auf die Frage, ob MSF heute noch eine Rolle in der Aids-Bekämpfung spielt, sagt Goemaere: *„Mehr denn je! Wir müssen gegen die Banalisierung von Aids und den Rückzug der Geldgeber angehen und ebenso gegen das falsche Argument, die globale Gesundheitsversorgung sei wichtiger als Aids. Wir müssen die Behandlung vereinfachen, denn Millionen Patienten sind darauf angewiesen, lebenslang. Außerdem brauchen wir dringend neue Tests und Medikamente für Tuberkulose, der häufigsten Begleiterkrankung von HIV-Infizierten. Auch dafür fehlt das Geld. Es bleibt also viel zu tun.“*



Der Arzt Eric Goemaere während seiner HIV-Sprechstunde in Khayelitsha, Kapstadt. © Francesco Zizola / Noor

Malawi

POSITIV LEBEN



Seit 1997 betreut MSF im Distrikt Thyolo, Malawi, ein umfassendes HIV/Aids-Projekt. Rund zwölf Prozent der Menschen im Alter von 15 bis 45 Jahren sind HIV-positiv.
© Julie Rémy

Seit dem Tod ihres Mannes im Jahr 1999 weiß Winnie Jalasi, dass sie HIV-positiv ist. Als sie es erfuhr, wollte sie sterben. Aber ihren Kindern zuliebe gab sie nicht auf. Wie alle HIV-Infizierten sprach auch sie in der ersten Zeit nicht über ihre Krankheit, das war tabu. Selbst von ihrem Ehemann erfuhr sie nie, dass er Aids hatte. Genau das war der Grund, warum sie schließlich HIV-Beraterin bei Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) in Malawi wurde. Zehn Jahre lang beriet sie vor allem aidskranke Kinder.

Vor vier Jahren entschloss sich Winnie Jalasi, offen mit ihrer Krankheit umzugehen, auch weil MSF ihr die Möglichkeit gab, eine große Aids-Konferenz zu eröffnen und in Anwesenheit der Gesundheitsministerin eine Rede zu halten. Seitdem sprechen auch andere Mitarbeiter über ihre Infektion. Denn anfangs wurden die HIV-Positiven selbst im Kollegenkreis stigmatisiert. Deshalb gründete Winnie Jalasi eine Selbsthilfegruppe, die heute mehr als fünfzig Mitglieder hat.

Seit dem Jahr 2003 nimmt sie regelmäßig ihre anti-retroviralen Medikamente, und es geht ihr gut. Die HIV-Beraterin setzt sich dafür ein, dass die Menschen

in Malawi sich testen lassen. *„Man muss den eigenen HIV-Status kennen, sonst kann man nichts tun. Und MSF hat ja gezeigt, dass man mit den Medikamenten gut leben kann“*, so Winnie Jalasi. Doch noch immer bekommen nicht alle HIV-Infizierten die Arzneimittel, die sie brauchen. Und jeden Tag infizieren sich Menschen neu.

Winnie Jalasi zufolge funktioniert die Prävention, vor allem die Kondom-Verteilung, nicht gut: *„Die Männer glauben immer noch, die Frauen seien ansteckend und jagen sie aus dem Haus, wenn sie HIV-positiv sind. Sie lassen sich zudem selten testen, weil sie selbst Angst haben. Andererseits muss man zugeben, dass die Warteschlangen für die Tests in den Gesundheitszentren viel zu lang sind. Wer will schon den ganzen Tag warten?“*

Es gab – und gibt bis heute – traditionelle Rituale in Malawi, die oft ungeschützten Sex erfordern. *„Das nimmt langsam ab, weil einige der Dorfältesten verstanden haben, wie gefährlich das ist“*, erklärt Winnie Jalasi. *„Die Menschen gehen auch nicht mehr sofort zum traditionellen Heiler. Sie wissen mittlerweile, dass die bei HIV/Aids nicht helfen können.“*

Militär – Humanitär

EINE BEZIEHUNG VOLLER SPANNUNGEN



In bewaffneten Konflikten, wie in Kolumbien, bemüht sich MSF besonders, allen Parteien gegenüber immer wieder die eigene Arbeit zu erklären.
© Juan Carlos Tomasi

Das Ziel von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) ist es, Verwundeten und Kranken in Konfliktsituationen Hilfe zu leisten. So ist es in der Charta niedergelegt. Dabei beruft sich MSF auch auf das humanitäre Völkerrecht. Die Präsenz einer Hilfsorganisation in Konfliktzonen ist aber nicht automatisch durch das Völkerrecht garantiert: Sie wird eher toleriert und muss stets neu verhandelt werden.

Damit MSF von allen Kriegsparteien akzeptiert wird, ist es wichtig, jeden Tag zu beweisen, dass die Organisation kein anderes Ziel verfolgt, als der Bevölkerung zu helfen. Und dass sie nicht aus politischen, ökonomischen oder sonstigen Gründen handelt, die den Konfliktparteien schaden könnten.

MSF bekennt sich zu den humanitären Prinzipien. Dazu gehören: die Unparteilichkeit – Hilfe wird also ohne jede Diskriminierung gegeben; die Unabhängigkeit der

Entscheidung und der Mittel; und die Neutralität, die erfordert, dass MSF in einem Konflikt nicht Partei ergreift.

Der Respekt für diese Prinzipien kann nur in der Interaktion mit den bewaffneten Akteuren vor Ort umgesetzt werden. Die bloße Anrufung der Prinzipien genügt nicht. Jeder Beobachter, egal aus welchem Lager, muss sich vergewissern können, dass die Organisation zu jedem Zeitpunkt in Wort und Tat diese Forderungen erfüllt.

Eine humanitäre Organisation muss also ständig mit allen bewaffneten Akteuren in Kontakt sein, um die Umsetzung der Projekte zu verhandeln. Dabei sind die humanitären Prinzipien ein klares Unterscheidungsmerkmal zwischen den Akteuren: einerseits die bewaffneten Verbände mit einem politischen und militärischen Auftrag, andererseits die zivilen humanitären Organisationen mit einem rein humanitären Auftrag.

Für die lokale Bevölkerung sind die internationalen Mitarbeiter der humanitären Organisationen zumeist Fremde, die oft aus westlichen Ländern kommen. In ihren Augen spielt es nicht nur eine Rolle, ob diese Fremden bewaffnet oder zivil sind, sondern auch, welche Religion oder Hautfarbe oder welches Geschlecht sie haben. Diese Eigenschaften bewerten sie unter Umständen in einer Weise, die den Helfern verschlossen bleibt. Umso wichtiger ist es für MSF, allen Akteuren immer wieder klar zu machen, dass es sich um eine rein humanitäre Organisation handelt.

Die Haltung, die MSF gegenüber den internationalen Streitkräften einnimmt, hat sich durch jahrelange Erfahrung entwickelt. Nicht immer waren die Positionen klar und schlüssig: Vor 20 Jahren bezog MSF manchmal Positionen, die zurzeit nicht mehr vertreten würden. Heute sind sich alle Sektionen einig, dass sich

die Nähe zu bewaffneten Verbänden negativ auf die Projekte auswirkt.

Neuartige Konflikte (1989–2001): Für die Entwicklung der internationalen Beziehungen bedeutete der Fall der Berliner Mauer 1989 eine radikale Zäsur: Der fast 50 Jahre bestehende Antagonismus der Großmächte hat neuen Tendenzen Platz gemacht. In den heutigen, zumeist internen Konflikten stehen sich reguläre Streitkräfte und bewaffnete nichtstaatliche Gruppen gegenüber.

Das Mandat der Vereinten Nationen (UN) wird dabei oft dem Tagesgeschmack angepasst. Immer häufiger wird erwartet, dass sie Konflikte beenden oder Friedensabkommen überwachen. Zu diesem Zweck verfügen sie



Übersetzung: Der Staat führt eine neue Art des humanitären Helfers ein: den Soldaten (angestellt).

über ein wichtiges Instrument: die Blauhelme oder Friedenstruppen. Diese Friedenseinsätze häufen sich: Bosnien (1992–1995), Somalia (1993), Ruanda (1993–1994), Kosovo (1999 bis heute), um nur einige zu nennen.

Je nach Mandat sollen die Blauhelme darüber wachen, dass die Konfliktparteien ihre Verpflichtungen erfüllen, oder sie sollen die Zivilbevölkerung und humanitäre Einsätze schützen. Die Hilfsorganisationen, die in diesen Konflikten arbeiten, machen somit zwangsläufig die Erfahrung, dass sie sich mit ausländischen Streitkräften im selben Gebiet aufhalten. Dies erfordert eine klare Rollentrennung, denn es lassen sich mindestens drei Spannungsfelder zwischen den beiden Akteuren ausmachen.

Erstens schützen die UN-Friedenseinsätze nicht immer die Bevölkerung: Der Völkermord in Ruanda ist trotz der Anwesenheit der Blauhelme entfesselt und fortgesetzt worden; ebenso das Massaker von Srebrenica in Bosnien, und zwar, obwohl die Enklave zur geschützten Zone erklärt worden war.

Zweitens führt das Militär immer öfter eigene Hilfsprojekte (zivil-militärische Einsätze) durch, um die Herzen und Köpfe der Menschen zu gewinnen. Dies ist sehr verwirrend für die Bevölkerung, da sie nicht weiß, um welchen Akteur es sich jeweils handelt.



UN-Blauhelme in der Region Nord-Kivu, D. R. Kongo, auf Patrouille, 2009. © Moises Saman

Drittens gibt es eine organisierte Nähe zwischen ausländischen Streitkräften und humanitären Akteuren. So versuchen sich einige Hilfsorganisationen, absichtlich oder nicht, dadurch zu schützen, dass sie in unmittelbarer Nähe von Blauhelm-Kasernen ihr Quartier aufschlagen oder sich nur unter deren Schutz fortbewegen. Dadurch verstärken sie den Eindruck eines gemeinsamen Einsatzes und stiften Verwirrung.

Diese Spannungen hat MSF immer wieder öffentlich thematisiert. Besonders kritisiert wurde die ineffiziente UN-Strategie, die Bevölkerung zu schützen und ihr zu helfen. Ebenso wurde auf die Gefahr einer Verwechslung von Hilfskräften und Bewaffneten hingewiesen. Dieses Risiko wirkt sich erheblich darauf aus, wie humanitäre Akteure wahrgenommen werden und wie sie vor Ort arbeiten können.

Das Versagen der UN-Friedenstruppen, besonders was die Verhütung von Massakern im großen Maßstab angeht, hat die UNO leider dazu veranlasst, den ‚integrierten Ansatz‘ als neues Modell für Friedenseinsätze zu verfolgen. Dieser soll eine bessere Koordinierung der verfügbaren Mittel gewährleisten, um letztlich das ‚übergeordnete‘ Ziel zu erreichen: Frieden und Schutz der Bevölkerung.

Die UN-Blauhelme und die humanitären Organisationen werden diesem Ansatz zufolge als Mittel für eine bessere Koordinierung angesehen. Dies mag für manche Hilfsorganisationen, die ihre Aufgabe auch in Frieden stiftenden Maßnahmen sehen, kein Problem sein. MSF jedoch distanziert sich davon und betont die eigene unabhängige und rein humanitär orientierte Handlungsweise: das Leid der Menschen in Not zu lindern. Das ist erfahrungsgemäß die wirksamste Möglichkeit, die Opfer eines Konflikts zu erreichen.

Nach dem 11. September 2001: Die Attentate und Konflikte nach dem Angriff auf das World Trade Center in New York markieren auch eine Wende im Verhältnis von militärischen Verbänden zu Hilfsorganisationen.

Manche Konfliktparteien, die der Al-Kaida-Bewegung nahestehen, sehen nur die Herkunft der Akteure: Die

abendländischen Völker sind von Natur aus schlecht und müssen niedergeschlagen werden. Die westlichen Armeen hingegen, die wie in Afghanistan und im Irak in die Kämpfe verwickelt sind, steigern die Verwirrung zwischen den verschiedenen Akteuren: Denn neben einer militärischen Komponente gibt es für die NATO – ähnlich der UN – auch eine starke zivile Komponente („comprehensive approach“), mit der die Unterstützung der afghanischen Bevölkerung gewonnen werden soll. Die humanitäre Hilfe und ihre Akteure werden so nicht nur zu Mitteln für eine bessere Koordinierung, sondern zu Instrumenten, um den Krieg zu gewinnen.

Auch wenn, wie in Afghanistan, dieser zivile Strang nicht direkt durch die Streitkräfte, sondern durch die zivilen Wiederaufbauteams (PRT) gesteuert wird, so ist doch das Ziel dieser Koordination, alle zivilen Kräfte unter einer einzigen Fahne zu versammeln: der des Kampfes gegen die feindlichen Gruppen. Auf diese Weise soll sich ein neues Afghanistan zum Wohl der Bevölkerung und zur Sicherheit der Welt entwickeln.

Der extrem polarisierende Spruch von George W. Bush ‚Wer nicht für uns ist, ist gegen uns‘ ist verantwortlich für die grobe Vereinfachung der Ziele aller Akteure: Alle Handlungen tragen zum Kriegsgeschehen bei und richten sich gegen das feindliche Lager.

Für die Politiker, die ihre Armeen in die Schlacht schicken, hat der Versuch, sich der humanitären Akteure zu bedienen, ein doppeltes Ziel: erstens die zivile Hilfe als Mittel zur ‚Eroberung der Herzen und Köpfe‘ der lokalen Bevölkerung zu benutzen; zweitens den Kampf um die öffentliche Meinung – und damit Wählerstimmen – im eigenen Land zu gewinnen, indem die militärische mit der humanitären Aktion verbunden wird.

Die Militärs haben es MSF oft übel genommen, dass die Organisation auf die Unabhängigkeit der humanitären Aktion pocht. Sie haben dies als Nichtanerkennung ihrer Absicht gewertet, zum Wohl der in den Krisengebieten lebenden Menschen zu handeln. Doch für MSF bedeutet die distanzierte Haltung keine Zurückweisung des Militärs. Es geht vielmehr darum aufzuzeigen, dass eine möglicherweise ähnliche Motivation nicht ausreicht, um zusammenarbeiten zu können: Auch die Gegner der ausländischen Streitkräfte behaupten ja, im Interesse der lokalen Bevölkerung zu arbeiten.

Dieser Unterschied in der Definition dessen, was moralische Verpflichtungen sind, muss im Blick behalten werden, um zu verstehen, was auf dem Spiel steht. Daher bleiben im Moment die Beziehungen zwischen MSF und den Militärs äußerst angespannt.

Während sich der Panzer in Richtung Frontlinie bewegt, fliehen die Menschen in die entgegengesetzte Richtung vor der Gewalt im Osten der D. R. Kongo, 2008.

© Dominic Nahr / Magnum Photos



Darfur

„DIE WELT HAT UNS NICHT VERGESSEN“



In den Jahren 2003/4 werden Tausende Dörfer in der Provinz Darfur zerstört und die Menschen vertrieben.

© Sven Torfinn

Im Juli 2004 begann ich mein erstes Projekt für Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) in der westsudanesischen Provinz Darfur. In den ersten Wochen war ich als Verantwortlicher für Personal und Verwaltung überwältigt vom Leid der Bevölkerung und der vielen Arbeit, die auf mich wartete. Ich bezweifelte, ob ich die geplanten sechs Monate Einsatzdauer je durchstehen würde. Es sollte anders kommen: Mittlerweile habe ich bereits in neun MSF-Projekten gearbeitet, fünf davon im Sudan.

Zur Zeit meines ersten Einsatzes herrschte schon seit einem Jahr Bürgerkrieg in Darfur. MSF leistete damals in vielen Distrikten Hilfe für Hunderttausende Vertriebene. Mit einer mobilen Klinik erreichte unser Team Menschen, die bis dahin keine Hilfe erhalten hatten.

Die Worte eines Dorfbewohners sind mir bis heute in Erinnerung geblieben: *„Heute habt ihr einigen von uns das Leben gerettet. Aber was genauso wichtig ist: Wir sehen, die Welt hat uns nicht vergessen.“*

Aber ich hörte bei meinen Einsätzen auch durchaus kritische Töne. Im Jahr 2006 führte ich als Projektleiter ein Gespräch mit einem Nomadenführer. Er beklagte sich, dass sich die Hilfsorganisationen nur um afrikanischstämmige Vertriebene, nicht aber um seine Volksgruppe, die Nomaden, kümmerten. Obwohl die Lage der Vertriebenen besonders schwierig war, konnte ich seine Sicht verstehen. Kurz darauf behandelte unser medizinisches Team mehr als 150 zum Teil schwer erkrankte Patienten seiner Gruppe. Es war für diese Menschen der erste Kontakt mit westlichen Helfern.

Trotz aller Anstrengungen war es schwer, unseren Anspruch, unparteilich Hilfe zu leisten und die Bedürftigsten zuerst zu erreichen, verständlich zu machen. Uns wurde klar, wie schwierig es sein kann, in einem schwer durchschaubaren Konflikt getreu den humanitären Prinzipien so zu handeln, dass alle Bevölkerungsgruppen das akzeptieren können. Gerade im Sudan ist dies besonders wichtig, denn die sudanesishe Regierung sieht in den Hilfsorganisationen allzu oft politische Handlanger der westlichen Regierungen, deren Interessen nicht primär humanitär sind.

Trotz jahrzehntelanger Tätigkeit im Land beobachtet die Regierung in Khartum argwöhnisch die Arbeit von MSF in Darfur. Nicht ganz überraschend, denn wir haben sehr regierungskritische Berichte zur Lage im Sudan veröffentlicht. Haben wir damit aus Sicht der sudanesischen Regierung unsere Neutralität aufgegeben? Vermutlich. Liegt es in unserer Verantwortung, an die Öffentlichkeit zu gehen, wenn Menschen grausam behandelt werden und ihr Recht auf Überlebenshilfe nicht einlösen können? Selbstverständlich. Damit stecken wir in dem alten Dilemma: Wie weit können wir mit unserer Zeugenschaft gehen, und wie werden unsere Berichte eventuell interpretiert?

Seit 1979 leistet MSF im Sudan medizinische Hilfe für Menschen, die an den Auswirkungen von bewaffneten Konflikten, Überschwemmungen, Dürren, Seuchen und Mangelernährung leiden. Immer wieder haben wir erfahren, wie humanitäre Hilfe Leben retten kann. Gleichzeitig mussten wir stets darum ringen, dass unsere Arbeit akzeptiert wird. Heute sind noch immer Hunderttausende in den Vertriebenenlagern Darfurs abhängig von internationaler Hilfe und haben wenig Hoffnung, in absehbarer Zeit in ihre Dörfer zurückkehren zu können. Doch die meisten haben, auch dank der humanitären Hilfe, überlebt.

Die sudanesishe Regierung, ein schwieriger Verhandlungspartner, hat uns den Zugang zu diesen Menschen in den vergangenen Jahren spürbar erschwert: Zwei MSF-Sektionen wurden im Jahr 2009 des Landes verwiesen, kurz nachdem der Internationale Strafgerichtshof in Den Haag einen Haftbefehl gegen den sudanesischen Präsidenten Omar al-Bashir ausgestellt hatte. In anderen Regionen Sudans konnten wir zwar weiterarbeiten, allerdings bedeutete die Ausweisung eine deutliche Reduzierung der Hilfe. Zum Vergleich: Waren es Ende 2004 noch 25 Projekte in Darfur, so betreuen die zwei verbliebenen MSF-Sektionen derzeit nur vier Projekte.

Die Zahl der intern Vertriebenen beläuft sich in Darfur den Schätzungen der Vereinten Nationen zufolge auf rund zwei Millionen Menschen, denen nicht genug medizinische Hilfe zuteil wird. Wenn wir ihnen weiterhin beistehen wollen, müssen wir unsere humanitären Ziele und unsere Arbeit noch besser erklären und uns so weit wie möglich von den politischen Kampagnen westlicher Länder distanzieren.



Vertriebene im Lager Kalma warten geduldig auf die Verteilung von Hilfsgütern, 2007. © Voitek Asztabski / MSF

Südsudan

HOFFNUNG AUF EIN BESSERES LEBEN

Im Jahr 2005 beendete das Friedensabkommen einen jahrzehntelangen brutalen Bürgerkrieg zwischen der sudanesischen Regierung und den nach Unabhängigkeit strebenden Rebellen im Süden des Landes. Am 9. Juli 2011 wurde der Südsudan unabhängig. Trotzdem gibt es weiterhin gewalttätige Auseinandersetzungen. Zudem besteht in diesem Land ein großer Bedarf an medizinischer Unterstützung. Krankheiten, Hunger und Flucht bedeuten, dass in der Republik Südsudan zurzeit eine massive humanitäre Notlage herrscht.

Drei Viertel der Bevölkerung haben keinen Zugang zu medizinischer Grundversorgung. Eine von sieben Frauen, die im Südsudan ein Kind erwarten, stirbt während der Schwangerschaft oder bei der Geburt. Malaria, Märsern, Tuberkulose und verschiedene Tropenkrankheiten sind weit verbreitet. Besonders anfällig sind Kinder: Ihre Impfquote ist so niedrig wie kaum anderswo auf der

Welt, gleichzeitig sind sie viel häufiger mangelernährt. Leider hat sich der Anteil des Gesundheitsbudgets am Gesamthaushalt des Südsudan in den vergangenen fünf Jahren halbiert.

Hunderttausende Südsudanesen sind seit dem Jahr 2010 vor Gewalt geflohen, etwa 260.000 Vertriebene leben im Land. Am schlimmsten betroffen sind wohl die Menschen in der zwischen Nord- und Südsudan umstrittenen ölreichen Region Abyei. Zehntausende flohen im Mai 2011 panikartig vor den Kämpfen, um völlig erschöpft und halb verhungert Zufluchtsstätten weiter südlich zu erreichen.

Die rund 1.200 nationalen und internationalen Mitarbeiter von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) behandeln Tausende Menschen und leisten Geburtshilfe und gynäkologische Unterstützung. Da-

Dieser Junge verlor sein Bein aufgrund eines Schlangenbisses.

Rund 75 Prozent der Bevölkerung im Südsudan haben keinen Zugang zu medizinischer Versorgung.

© Cédric Gerbehaye /
Magnum Foundation
Emergency Fund / VU





In der Region Abiyei hat MSF im Januar 2011 einen neuen Operations-
saal gebaut. © Marcell Nimführ / MSF

rüber hinaus reagiert MSF regelmäßig auf Kala Azar-Ausbrüche. Dies ist eine parasitäre Krankheit, die ohne Behandlung tödlich verläuft.

Thomas Rassinger, der als Projektkoordinator in Nasir, einer kleinen Stadt in der Republik Südsudan, nahe der Grenze zu Äthiopien, arbeitet, beschreibt die Lage so: „Die Herausforderungen im jüngsten Staat der Welt sind gewaltig. Nach Jahrzehnten des Konflikts und der Gewalt muss ein Staat mehr oder weniger aus dem Nichts aufgebaut werden. Es gibt kein funktionierendes Schulsystem, kaum Elektrizität und keine geteerten Straßen außerhalb der Hauptstadt Juba. Auch das Gesundheitssystem muss völlig neu geschaffen werden. Trotzdem ist die Hoffnung der Menschen groß. Der Südsudan hat fruchtbare Böden und Rohstoffe, es gibt also viel Potenzial für ein besseres Leben der Menschen.“

MSF stellt derzeit einen Großteil der Gesundheitsversorgung im Südsudan sicher. Wir haben 13 Projekte und sind in acht der zehn Bundesstaaten tätig. In Nasir

leiten wir ein Krankenhaus mit etwa 180 Mitarbeitern. Wir führen rund 6.000 ambulante Konsultationen pro Monat durch, betreiben ein großes Ernährungsprogramm für mangelernährte Kinder, behandeln HIV und Tuberkulose und haben einen Operationsaal, in dem auch Kaiserschnitte vorgenommen und Schussverletzungen behandelt werden. Wir versuchen also, ein möglichst umfangreiches Gesundheitsangebot für die Bevölkerung zur Verfügung zu stellen.

Eine der größten Herausforderungen ist zurzeit der Mangel an ausgebildetem medizinischem Personal. Die meisten Mediziner wurden von MSF im Laufe der Jahre für ihre Tätigkeiten geschult. Doch es gibt im ganzen Land kaum Menschen mit einer Schulbildung, geschweige denn mit medizinischem Fachwissen. Eine weitere große Herausforderung liegt in den fehlenden Transportkapazitäten. Wir müssen in Nasir und den anderen Projekten alles einfliegen, von Medikamenten bis zu Baumaterial und Personal. Das erschwert das Management der Nachschubversorgung ungemein.

Nun, da der Südsudan seine Unabhängigkeit erreicht hat, liegt das Hauptaugenmerk des Staates und der internationalen Organisationen in der Entwicklungsarbeit und im Aufbau entsprechender ziviler Institutionen. Gleichzeitig darf die humanitäre Hilfe noch nicht eingestellt werden: MSF muss weiterhin sicherstellen, dass die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung garantiert ist. Alle Akteure müssen darauf drängen, dass dieser Staat die nötigen Mittel erhält, um seine eigene Gesundheitsversorgung aufzubauen. Denn die Not in der Republik Südsudan ist groß. Es gibt noch sehr viel zu tun, bis sich die Situation der Menschen verbessern kann.“



Ein Tag im Projekt **KLINIK AUF RÄDERN**

Es ist 6:30 Uhr morgens. Wir wollen mit einer mobilen Klinik in den entlegenen Nordosten des Tschad fahren, nahe der Grenze zum Sudan. Zuerst wird das Material ins Auto geladen, dann geht es vorsichtig über die schlammige kurvige Straße zu den Lagern für Vertriebene aus der Sahelzone. Das Team ist aufgeregt. Alle freuen sich, dass sie den vernachlässigten Menschen neue Hoffnung bringen. Aber sie wissen auch, dass es anstrengend wird. Die Vertriebenen sind auf ungefähr 20 Plätze verteilt, die drei Autostunden entfernt liegen.

Das medizinische und logistische Material ist am Vortag sorgfältig vorbereitet und gut verpackt worden, um

es vor Staub und Hitze zu schützen. Unterwegs müssen wir die Einheimischen nach dem Weg fragen, da die Straßen oft nicht zu erkennen oder die Wege von den seltenen, aber heftigen Regenfällen beschädigt sind. Manchmal müssen wir raten, wo die Straße ist. Unser erfahrener Fahrer ist dabei eine große Hilfe.

Bei unserer Ankunft haben die Einheimischen schon vor dem alten Gesundheitszentrum einen kleinen Platz aus Holz und Stein für die Untersuchungen aufgebaut. Alle sind froh, als sie aus der Ferne unser Auto entdecken. Die meisten sitzen unter Bäumen, offensichtlich erschöpft von der Hitze und dem langen Weg, aber



Mobile Klinik im Osten des Tschad, Juli 2010.

© Boris Revollo / MSF

auch angeregt durch die Ankunft des Teams. In ihrem Lächeln spiegelt sich die Hoffnung auf Hilfe wider.

Das Team von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) baut zunächst den Konsultationsbereich auf: Mit Tüchern wird versucht, etwas Privatsphäre für gynäkologische Untersuchungen oder die Geburtshilfe zu schaffen. Die dringenden Fälle kommen zuerst dran, vorrangig Kinder unter fünf Jahren und Schwangere. Die meisten Patienten haben bereits traditionelle Heiler konsultiert und werden mit Komplikationen vorstellig. Die Mutter eines kranken Kindes klagt, dass das nächste Gesundheitszentrum zu weit weg sei. Sie sieht verzweifelt aus. Die Menschen um sie herum schweigen. Es ist deprimierend.

Die Gesundheitsberatung findet in der lokalen Sprache vor und nach der Untersuchung statt. Ungefähr 150 Patienten warten. Doch die Zeit reicht nicht, um sie alle zu behandeln. Also müssen wir die dringendsten Fälle auswählen.

Die häufigsten Erkrankungen sind Komplikationen in der Schwangerschaft, Malaria, Durchfall und Atemwegserkrankungen bei Kindern. Die meisten Patienten sind jünger als fünf Jahre, die Altersgruppe mit der höchsten Sterblichkeit. Die Kinder sterben oft an schwerer Lungenentzündung oder Malaria. MSF ist hier die einzige Organisation, die medizinische Versorgung anbietet. Die verzweifelten Menschen bitten um tägliche Besuche, aber die Möglichkeiten für einen solchen Einsatz sind beschränkt. Die Patienten bleiben ruhig, sie stellen keine weiteren Fragen. Einige sagen, ihr Schicksal läge nun in Gottes Hand.

Da es keine Geburtshilfe gibt, kommt es oft zu gefährlichen Abtreibungen, Komplikationen bei der Entbindung oder Infektionen nach der Geburt. Aber niemand hier kann genaue Angaben über die Zahl dieser

vermeidbaren und behandelbaren Fälle machen. Die Schwangeren sind in den Händen ungeschulter traditioneller Geburtshelfer. Für die meisten jungen Frauen bedeutet eine Schwangerschaft ein hohes Risiko. Überlebt eine Mutter die Geburt, wird dieses Ereignis besonders überschwänglich gefeiert.

Um 16 Uhr müssen wir abfahren, da heftiger Regen eingesetzt hat und die ausgetrockneten Flussläufe, die Wadis, überflutet werden können. Unser Rückweg wäre damit versperrt. Das erste Wadi durchqueren wir nach einer Stunde, aber das zweite ist schon zu tief mit Wasser gefüllt. Wir müssen daher die Nacht in einem Dorf verbringen.

Nach einem Gespräch mit dem Dorfvorsteher bietet er uns einen offenen Platz an, nahe den Kühen. Es ist schön zu erleben, wie die Frauen den Platz säubern, wie sie aufräumen und uns ganz besonders herzlich empfangen. Wir schlafen auf der harten Erde, unter den mächtigen Bäumen, die hier als Schutz gegen die Hitze gepflanzt wurden. Die Temperaturen in dieser Gegend gehören weltweit zu den höchsten.

Diese Nacht ist eine der längsten meines Lebens. Ich zähle die Sterne und die Minuten. Mein Rücken schmerzt fürchterlich nach der langen Fahrt und dem harten, unebenen Boden. Beim ersten Vogelruf stehen wir auf, sagen den Dorfbewohnern auf Wiedersehen und danken ihnen. Nach diesem unerwarteten Aufenthalt tut es gut, wieder ‚nach Hause‘ zu kommen und von den Kollegen herzlich begrüßt zu werden. ■

Mangelernährung

STILLE REVOLUTION

Für die schnelle Untersuchung vieler mangelernährter Kinder unter fünf Jahren setzt MSF oft ein Maßband ein, mit dem der Oberarmumfang gemessen wird.
© Julie Rémy



Von der Öffentlichkeit kaum beachtet hat sich die Nahrungsmittelhilfe für mangelernährte Kinder unter zwei Jahren revolutioniert. Tido von Schön-Angerer, Leiter der Medikamentenkampagne in Genf, erklärt die Hintergründe.

Fünf Millionen Kinder sterben jedes Jahr an den Folgen von Mangelernährung, obwohl es Hilfsprogramme gibt. Wie kann das sein?

Die Nahrungsmittelhilfe von UN- und Hilfsorganisationen erreicht zwar jedes Jahr Millionen von Menschen, aber sie ist nicht an die Ernährungsbedürfnisse der größten Risikogruppe angepasst: an kleine Kinder im Alter von sechs Monaten bis zwei Jahren. Bislang wurden an die Kleinkinder Zutaten für einen Mehlbrei aus Mais und Soja verteilt. Das aber ist, als gäbe man Kleinkindern Brot und Wasser.

Kleine Kinder brauchen – selbst wenn sie weiterhin gestillt werden – Milch oder andere tierische Eiweißprodukte oder sehr hochwertige Soja-Mixe. Sonst kommt es bei ihnen zu Mangelernährung, die in diesem für die Entwicklung wichtigsten Alter akut lebensbedrohlich sein kann. Bleibende körperliche Schäden können entstehen, und die geistige Entwicklung wird beeinträchtigt.



Im Ernährungszentrum bestimmen die Mitarbeiter von MSF auch die Größe und das Gewicht der Kinder.
© Tim Dirven

Es gibt ja kindgerecht angereicherte Getreidemischungen. Sie werden in einigen westlichen Staaten an Bedürftige ausgegeben. Wäre das Problem also gelöst, wenn wir die Doppelmoral beenden und sie auch in ärmeren Ländern einsetzen würden?

Es stimmt, die Geberländer schicken Nahrungsmittel in ärmere Länder, die sie an die Kinder der eigenen Bevölkerung nicht ausgeben würden. Es ist eigentlich kaum zu fassen, dass dies so lange hingenommen wurde. Selbst die meisten Helfer scheinen es nicht als Problem wahrzunehmen – das ist wie ein blinder Fleck.

Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) setzt sich daher dafür ein, dass die internationalen Hilfsprogramme zusätzlich kleinkindgerechte Produkte verteilen: also nährstoffreiche Pasten oder eine verbesserte Mehlmischung unter Zusatz von Milchpulver und weiteren Nährstoffen. Das Welternährungspro-

gramm der Vereinten Nationen hat inzwischen einige Anpassungen vorgenommen. Ein ganz wichtiger Punkt ist aber, dass die Geberländer ihre Richtlinien und die Finanzierung ändern müssen, denn bessere Qualität hat ihren Preis.

Wer Mangelernährung verhindern will, muss die Qualität der allgemeinen Nahrungsmittelhilfe verbessern. Die Behandlung von fortgeschrittener Mangelernährung, die eine akute Lebensgefahr bedeutet, bedarf allerdings einer speziellen Ernährungstherapie.

MSF hat die Behandlung der akuten Mangelernährung in den eigenen Projekten verändert. Wieso?

Es war früher üblich, akut mangelernährte Kinder stationär in Ernährungszentren aufzunehmen, um sie mehrmals täglich mit Spezialmilch wieder aufzupäppeln. Das ist aufreibend für die Mütter, die in der Regel



zu Hause weitere Kinder betreuen und andere Arbeiten verrichten müssen. Es setzt aber auch unsere Kapazitätsgrenzen, denn wir können nicht sehr viele mangelernährte Kinder stationär aufnehmen.

Durch neue Nahrungsmittelprodukte ist es heute möglich, diese Kinder ambulant zu versorgen. Das ist einerseits für die betroffenen Familien eine ungeheure Erleichterung, andererseits können wir so viel mehr Kinder gleichzeitig behandeln. 2005 war zum Beispiel ein Jahr mit ungewöhnlich großer Nahrungsmittelknappheit im Niger. Wir haben dort mehr als 60.000 Kinder mit schwerer Mangelernährung ambulant behandelt. Zuvor konnten wir bei unseren größten Einsätzen gerade einmal 10.000 Kinder stationär versorgen.

Für mich kommen die Veränderungen der letzten zehn Jahre wirklich einer Revolution in der Behandlung von

schwerer Mangelernährung gleich. Möglich wurde das durch eine Entwicklung des französischen Arztes André Briand. Ihm gelang es, die gleiche Menge an Milchpulver und Nährstoffen, die die Spezialmilch enthält, in einer auf Erdnüssen basierenden Paste unterzubringen. Der Vorteil dieser Paste ist, dass sie ohne weitere Zubereitung gegessen werden kann, schmackhaft ist und nicht an der Luft verdirbt wie die Spezialmilch.

MSF hat begeistert über diese neue Behandlungsmöglichkeit berichtet und sich dafür auch Kritik eingehandelt – zu Recht?

Wir sind anfänglich kritisiert worden, Schleichwerbung für den französischen Originalhersteller gemacht zu haben, da in einigen unserer Veröffentlichungen dessen Markenname genannt wurde. Das haben wir geändert, denn es geht uns mit der positiven Berichterstattung um das Konzept der verzehrfertigen Nahrung, für die es



Eine Frau aus Niger zeigt stolz ihre Monatsration an verzehrfertiger Zusatznahrung für ihr mangelernährtes Kind.

© Michael Goldfarb / MSF

mittlerweile mehrere Hersteller gibt. Die Patentpolitik des Originalherstellers, die zu Wettbewerbshindernissen führt, kritisieren wir im Übrigen auch.

Generell treten wir aber für die Verwendung der verzehrfertigen Nahrung in humanitären Kontexten ein und werden dafür stark von Organisationen kritisiert, die sich für das Stillen einsetzen. Sie befürchten zum einen, die Pasten könnten das Stillen untergraben. Das stimmt aber nicht, denn sie werden entweder als spezielle Therapie bei akuter Mangelernährung angewendet oder in kleinen Mengen zugefüttert, wenn Familien keinen Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln haben. Nach den ersten sechs Lebensmonaten, in denen ausschließlich gestillt werden sollte, muss in jedem Fall hochwertige Nahrung zugefüttert werden.

Es wird aber vor allem befürchtet, dass mit den Pasten industriell verarbeitete Nahrung eingeführt wird. Die Pasten für die Mangelernährung werden quasi als Sprungbrett für die Nahrungsmittelindustrie gesehen, sich in zukünftigen Märkten zu etablieren, um dann weitere kommerzielle Produkte einzuführen. Diese könnten wiederum eine gesündere Ernährung mit lokal angebauten Nahrungsmitteln verdrängen.

MSF teilt die Befürchtung, dass die Situation von großen Nahrungsmittelherstellern wie Nestlé und Danone missbraucht werden könnte. Wir plädieren daher dafür, den Gebrauch und die Vermarktung dieser verzehrfertigen Nahrung klaren Richtlinien zu unterwerfen. In Zukunft sollte sie nur von internationalen Organisationen gekauft werden, wenn sie neutral verpackt und nicht mit einem Markennamen versehen ist, damit keinerlei Schleichwerbung möglich ist.

Weshalb setzt sich MSF mit öffentlichen Kampagnen für die Bekämpfung der Mangelernährung ein? Sollten das nicht Organisationen tun, die sich in erster Linie gegen den Hunger engagieren?

Mangelernährung ist auch ein medizinisches Problem und war schon früh ein wichtiger Arbeitsbereich von MSF. Wir fühlten uns verpflichtet, auf die revolutionäre Behandlung der akuten Mangelernährung und den Missstand in der Qualität der Nahrungsmittelhilfe

aufmerksam zu machen. Anfangs interessierte das nur wenige Organisationen, mittlerweile gibt es hingegen viel Unterstützung. Sogar das Welternährungsprogramm, UNICEF und die Weltgesundheitsorganisation haben ihre Politik und Richtlinien weitreichend geändert. Das ist ein großer Erfolg.

Was diese großen Organisationen tun können, hängt aber entscheidend vom Verhalten der Geber- und Empfängerländer ab. Wir fordern, dass alle Geberländer sich verpflichten, nur noch qualitativ angemessene Nahrungsmittelhilfe zu finanzieren. Und wir drängen die am stärksten betroffenen Entwicklungsländer, ihre Ernährungsprogramme stark auszubauen.

Wäre es nicht wichtiger, Veränderungen bei der landwirtschaftlichen Entwicklung und faire Handelsabkommen zu fordern, statt sich für die Symptombekämpfung einzusetzen?

Verbesserungen in der landwirtschaftlichen Entwicklung und fairer Handel sind natürlich nötig, um die Probleme nachhaltig zu lösen. Gleichzeitig darf die Arbeit an langfristigen Problemen uns nicht davon abhalten, Menschen, die heute an Mangelernährung leiden, zu helfen. Ich beobachte leider immer wieder, wie in internationalen Debatten zur Bekämpfung von Hunger die konkreten Maßnahmen gegen Mangelernährung ins Hintertreffen geraten.



Ein kongolesisches mangelernährtes Kind in einem MSF-Ernährungszentrum in Nord-Kivu.
© Kate Geraghty

Sexuelle Gewalt

ANGRIFF AUF LEIB UND SEELE



Voller Scham berichtet eine junge Kongolesin aus Kanyabiyunga, dass sie von drei Soldaten vergewaltigt wurde.

© Spencer Platt / Getty Images

Schon wieder eine grauenvolle Nachricht aus dem Osten der Demokratischen Republik Kongo: In der zweiten Juniwoche 2011 kam es in der Provinz Süd-Kivu zu einer Massenvergewaltigung. Mehr als hundert Frauen aus der Region Fizi, so bezeugen die Teams von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF), wurden beim Überfall einer bewaffneten Gruppe vergewaltigt oder geschlagen. Der Angriff wird von Presse-Agenturen aufgenommen und geht in den Medien als Kurznotiz um die Welt.

Immerhin, es wurde darüber berichtet. Ein kleiner Erfolg, was unseren Anspruch, über Menschenrechtsverletzungen öffentlich Zeugnis abzulegen, betrifft. Die an den Frauen der Ortschaften Abala und Nakiele verübten Taten sind damit dokumentiert. Ein Mosaiksteinchen mehr in dem sehr lückenhaften Bild, das über diese vergessene Krise an die Weltöffentlichkeit dringt.

Für umfassende medizinische Hilfe war es leider zu spät: Als MSF von dem Überfall erfuhr, war schon eine

Woche verstrichen und damit auch die Frist, um die HIV-Prophylaxe und ‚Pille danach‘ zu verabreichen. So versorgte das Team so gut es ging die verletzten Frauen und schützte sie zumindest gegen andere sexuell übertragbare Krankheiten. Als ‚unglaublich frustrierend‘, beschreibt Programmleiterin Katrien Coppens die Gefühle des Teams angesichts des Unbeschreiblichen.

MSF sieht die Folgen von systematischen Vergewaltigungen in vielen Einsatzgebieten. Sexuelle Gewalt geht mit bewaffneten Konflikten einher. Ob in der Demokratischen Republik Kongo, im Zweiten Weltkrieg oder in Bosnien: In Zeiten des Krieges tragen die Kämpfenden den Konflikt nur allzu oft auch über die Körper schutzloser Frauen, Männer, sogar Kinder aus. Dabei hat sexuelle Gewalt im Krieg verschiedene Ziele.

„Vergewaltigung kann als Waffe verwendet werden“, erklärt MSF-Expertin Françoise Duroch. „Sie kann dazu dienen, die Soldaten zu belohnen oder den Feind zu erniedrigen. Sie kann als Mittel der ethnischen Säuberung verwendet werden oder als biologische Waffe, um HIV zu verbreiten.“ Allen voran ist es immer eine Methode, den Gegner seiner Würde zu berauben und so seinen Widerstandsgeist zu brechen. Oft finden Vergewaltigungen im Krieg vor den Angehörigen, sogar vor den eigenen Kindern, statt und zerstören damit nicht nur die Betroffenen, sondern ganze Gemeinschaften.

In sozialen und politischen Krisensituationen nimmt die Zahl sexueller Übergriffe oft auch im privaten Bereich zu: Die Dunkelziffer der Frauen und Kinder, die von Familienmitgliedern vergewaltigt werden, ist unabschätzbar. Immer wieder kommt es auch vor, dass Angehörige von Friedenstruppen und sogar Mitarbeiter von Hilfsorganisationen des sexuellen Missbrauchs überführt werden. Die weitgehende Tabuisierung des Problems, verbunden mit einer immer noch vorherrschenden Tendenz, den sexuellen Übergriff entweder

Bei einer Kampagne gegen
Vergewaltigung im Jahr 2003
setzt MSF auch Plakate in
Brazzaville ein:
,Vergewaltigen heißt töten. Ver-
gewaltigung ist ein Verbrechen'
© Alain Fredaigue / MSF



als normale Begleiterscheinung des Krieges oder als Kavaliersdelikt herunterzuspielen, schützt auch heute noch viel zu oft die Täter.

Umso erstaunlicher, dass MSF erst sehr spät erkannt hat, welche Rolle eine medizinische Organisation für die Versorgung der Betroffenen spielen kann. Die Hilfe von Vergewaltigungsopfern war lange Zeit keine Priorität. Sexuelle Gewalt wurde eher als soziales oder kulturelles denn als medizinisches Problem gesehen. Mittlerweile gehört aber die Hilfe für die Betroffenen zum Schwerpunkt in vielen Einsatzgebieten.

Die medizinische Versorgung umfasst die Vorbeugung einer HIV-Infektion in den ersten 72 Stunden, die Vermeidung von Schwangerschaften innerhalb der ersten

fünf Tage, die Prophylaxe gegen sexuell übertragbare Krankheiten, Impfungen gegen Hepatitis B und Tetanus, die Versorgung physischer Verletzungen und psychologische Betreuung.

Seit Anfang des Jahres 2011 hat MSF allein in der Region Fizi, im Osten der D. R. Kongo, über 500 Betroffene behandelt. Die Teams versuchen, die Öffentlichkeit und die Vereinten Nationen zu mobilisieren, damit diese Verbrechen verfolgt werden. Selbst der Sicherheitsrat hat inzwischen seine Sorge über die Intensität der sexualisierten Gewalt in dieser Region ausgedrückt. Erste Verurteilungen hat es gegeben, allerdings auch neue Überfälle. Massenvergewaltigungen, so warnen die Teams in der kongolesischen Krisenregion, nehmen deutlich zu.



Geburtsverletzung Fistel

„ALS WÜRDEN DIE FRAUEN NEU GEBOREN“



Frauen mit einer Geburtsfistel leben oft in großer Scham und Einsamkeit.

© Q. Sakamaki / Redux

Rund zwei Millionen Frauen in ärmeren Ländern leiden an Geburtsfisteln. Diese Verletzung, die beim Geburtsstillstand entsteht, führt zu Inkontinenz und oft zu sozialer Ausgrenzung. Der Chirurg Volker Herzog, der Hunderte Frauen operiert hat, spricht über das Geschenk eines neuen Lebens.

Welche Erfahrungen haben die Frauen hinter sich?

Es ist den Frauen natürlich äußerst unangenehm, wenn sie aufgrund einer Fistel-Verletzung unkontrolliert Urin und Stuhl verlieren, denn es riecht stark. Hinzu kommt, dass die Ehemänner wegen des Geruchs meist keinen Sex mehr mit ihnen wollen und sie verstoßen. Selbst die Dorfgemeinschaften schließen sie häufig aus. Unter meinen Patientinnen sind Frauen, die das Leben mit einer Geburtsfistel mehr

als zehn Jahre ertragen mussten. Wenn sie zu uns kommen, treffen sie oft zum ersten Mal auf andere Betroffene. Die Erkenntnis, mit diesem existenziellen Problem nicht alleine zu sein, hilft ihnen sehr. Es ist schön zu sehen, wie sie dort wieder lernen, zu lachen oder zu tanzen. Nach der Operation genießen sie ihr Leben sehr bewusst. Es ist, als würden die Frauen neu geboren.

Wie schwierig ist es, eine Geburtsfistel zu operieren?

Die Operationstechnik ist schwierig, und es fehlen Ärzte, die sie beherrschen. Auch ich musste sie trotz 23-jähriger Tätigkeit als leitender Oberarzt erst lernen. Daher werden Mediziner mit dieser Berufserfahrung von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) so eingesetzt, dass sie im Projekt möglichst viele Patientinnen operieren. Bei dem Eingriff wird die Geburtsfistel, die die Scheide mit der Blase oder dem Enddarm unnatürlich verbindet, geschlossen und die Inkontinenz geheilt.

Kann die OP auch von lokalen Chirurgen ausgeführt werden?

Natürlich bilden wir einheimische Kollegen aus. Aber für sie ist es noch viel schwieriger, sich diese Technik anzueignen. Sie sind meist keine Fachärzte, sondern angelegene Chirurgen, die in erster Linie die Standardeingriffe beherrschen. Leider ist es nicht realistisch, dass diese wichtige OP-Technik in naher Zukunft in Ländern mit geringer Ausbildungs- und Infrastruktur standardmäßig durchgeführt wird. Doch jeder, der einmal im medizinischen Team eines solchen Projekts gearbeitet hat, ist vom Ergebnis begeistert. Denn die Frauen kehren in ein normales Leben zurück.



Der Chirurg Volker Herzog bei der Nachsorge einer Geburtsfistel-Patientin.

© Sarah Elliott für MSF

Psychologische Hilfe

WENN DIE SEELE KRANK IST

In einem von Gewalt geprägten Land wie Kolumbien ist psychosoziale Hilfe für viele Menschen eine große Entlastung. Gleichzeitig stellen sich die Helfer kritische Fragen, für die es nicht immer befriedigende Antworten gibt.

„Gestern hat die Polizei zwei Jungs auf einem Motorrad erschossen, die nicht an der Straßensperre halten wollten. In der Nacht fiel dann der Strom aus. Ich hatte Angst, denn so etwas bedeutet oft einen Angriff der Guerilla auf den Militärposten im Ort. Und wenn dabei Soldaten getötet werden, weiß man nicht, was danach mit uns geschieht. Ich will hier weg ...“, berichtete Diego (Name geändert), ein junger Mann aus einem kleinen Ort in den Montes de Maria, einem wilden Gebirgszug im Norden Kolumbiens, südlich der Stadt Cartagena.

Die Bewohner der Dörfer und kleinen Städte der ‚Mon-

tes‘ haben viel Gewalt erlebt: Kämpfe zwischen Militär oder Paramilitär und Guerilla sowie gezielte Einschüchterungs- und Bestrafungsaktionen aller Seiten an der zivilen Bevölkerung wegen angeblicher Kollaboration mit dem jeweiligen Gegner. Viele Bewohner fliehen vor der Gewalt aus diesen Gebieten in die Slums der Städte.

In Sincelejo, einer kleinen Stadt, etwa eine Autostunde von den Montes entfernt, habe ich gemeinsam mit kolumbianischen Kollegen als Psychologin in einem Projekt von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) gearbeitet. In den Armenvierteln von Sincelejo leben etwa 90.000 Vertriebene, knapp ein Drittel der Bevölkerung. MSF betreut dort eine kleine Klinik für die Vertriebenen und bietet auch psychologische Beratung an. In zwei weiteren kleineren Ortschaften in den Montes betreiben wir 14-tägig für zwei bis drei Tage eine psychologische Beratungsstelle.



Eine kolumbianische Psychologin bei einer familientherapeutischen Sitzung.
© f.z. für MSF

Die jahrzehntelange Gewalt hat in Kolumbien tiefe Spuren hinterlassen. Der bittere Kampf zwischen Guerilla, Militär und Paramilitär, ausgetragen vor allem auf dem Rücken der armen Landbevölkerung, hält noch immer an. Die derzeit drei bis vier Millionen Vertriebenen im Land sprechen für sich. Diese Menschen sind zwischen die Fronten der Konfliktparteien geraten oder werden aus wirtschaftlichen Interessen von ihrem Land vertrieben. Sie haben Misshandlungen erlebt, ihre Angehörigen wurden ermordet oder sind verschwunden. Theoretisch haben Vertriebene ein Anrecht auf staatliche Unterstützung. Dafür müssen sie sich jedoch registrieren lassen, wovor viele Angst

haben. Sie wollen in den städtischen Slums untertauchen, unsichtbar und anonym bleiben.

Das Gefühl, nirgends wirklich sicher zu sein, niemandem trauen zu können, sich auf nichts, vor allem nicht auf Obrigkeiten, verlassen zu können, wird seit etwa 200 Jahren von Generation zu Generation weiter gegeben. Den jungen Diego sahen wir eines Tages in unserer Klinik in Sincelejo wieder. Er hatte sich entschieden, mit seiner kleinen Familie in die Stadt zu kommen und sich eine Hütte in den Slums zu bauen. Als er zu uns kam, war er völlig verzweifelt: „*Wie sollen wir hier überleben? Wir sind Bauern, hier können wir keine Tiere halten und keinen Reis anbauen.*“ Der junge Mann wollte sich auf keinen Fall registrieren lassen, denn er hatte Angst vor den Behörden, die nicht selten von den Paramilitärs infiltriert sind. „*Ich will denen nicht sagen, woher ich komme und warum ich dort weg wollte. Die können mich dann hier finden. Ich kann doch niemandem trauen, ich weiß doch nicht, wer hier noch alles lebt*“, so Diego. In der MSF-Klinik können die Patienten anonym bleiben, wenn sie wollen. Wir verwiesen Diego zunächst an unsere findige Sozialarbeiterin, die wusste, wo er auch ohne Registrierung Unterstützung bekommen konnte.

Diego blieb auch bei meinem kolumbianischen Kollegen in psychologischer Beratung, um einen Umgang mit seiner Depression und Lösungen für die Alltagsprobleme zu finden. Auch seine Frau konnte nicht schlafen und bekam Angstzustände, wenn sie nachts Stimmen vor der Hütte hörte. Beide lernten mit der Zeit, ihre Ängste zu unterscheiden: Wann müssen sie ihre Angst als Warnsignal vor Gefahr ernst nehmen, und wie können sie sich dann schützen? Wann taucht die Angst auf, obwohl keine Gefahr besteht, und wie können sie sich dann beruhigen? Psychologische Diagnostik ist unter solchen Bedingungen eine ziemliche Herausforderung: Wir mussten selbst lernen zu unter-



Die Präsenz von bewaffneten Akteuren ist ein Grund für die ständige Anspannung in der Bevölkerung. © Jesus Abad Colorado

scheiden, wann die Angstsymptomatik etwas mit realer Gefahr zu tun hat, also eine normale Reaktion ist, und wann es sich um eine Angststörung handelt (Angst ohne Gefahr).

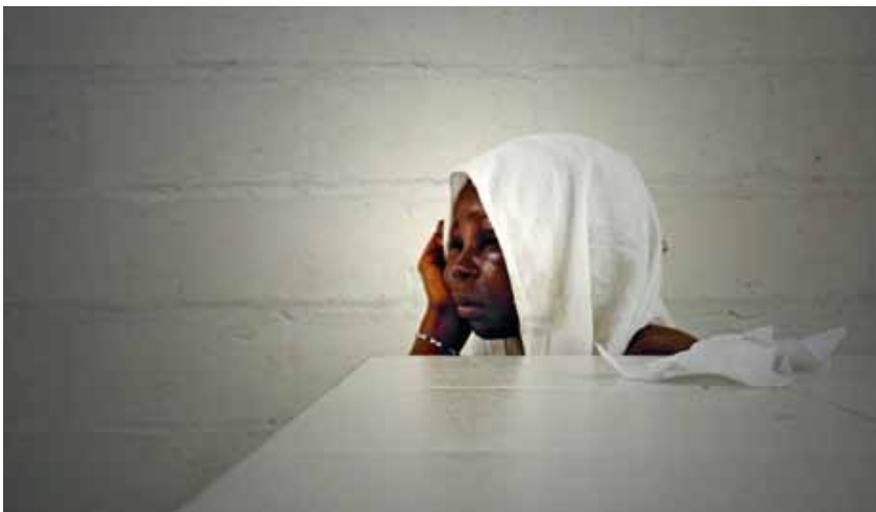
Das gilt auch für die Anzeichen von Depression: Entspricht die Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung der tatsächlichen Ausweglosigkeit der Situation, oder ist jemand zu erschöpft und resigniert, um noch einen Weg zu sehen? Hinzu kommen die üblichen Traumafolgen: Dazu gehört, dass man seine Gefühle nicht gut regulieren kann. Angst, Wut und Frustration führen so nicht selten zu Aggressionen, die sich in den Familien in Streit und häuslicher Gewalt entladen – die häufigsten Gründe für das Aufsuchen der Beratungsstelle.

Bei fast der Hälfte unserer Klienten stellte sich im Laufe der Beratung heraus, dass sie selbst oder ihre Familie direkt von Gewalt betroffen waren. Sie waren unter Androhung von Gewalt vertrieben worden, Erwachsene hatten die Ermordung ihrer Kinder erlebt, Kinder die Ermordung ihrer Eltern. Viele trauten sich nicht zu erzählen, was ihnen widerfahren war, manche hatten keine Worte dafür.

Mit Lehrern führten wir Trainings über den Umgang mit traumatisierten Kindern in der Schule durch. Fast

immer kamen dabei auch die eigenen Erlebnisse der Lehrer zur Sprache. Einige von ihnen hatten Massaker überlebt, Angehörige waren verschwunden, Familienmitglieder wurden bedroht. Bei dieser intensiven Arbeit lernten die Lehrer, dass sie nicht allein mit ihren Erlebnissen sind und es gut tut, über das eigene Befinden mit anderen zu sprechen. Unter ihnen entwickelte sich viel Verständnis und Solidarität. Beeindruckt hat mich ihr Überlebenswille: Trotz allem lachen sie viel, lieben herzhaften Humor, laute Musik und erotische Tänze. Und so endete mancher Trainingstag in einer spontanen kleinen und lauten Fiesta.

Bei all der Gewalt und Grausamkeit, dem Leid und der Angst kommen mitunter Fragen auf, wie sinnvoll ein psychosoziales Projekt ist, wenn man an der Situation nichts ändern kann, die das Leid erzeugt. Und wenn kaum jemand die Hoffnung hat, dass sich daran so bald etwas ändern wird. Sicherlich haben wir Leuten geholfen, mit ihnen Lösungen entwickelt, Hoffnung gegeben und Leiden gelindert. Aber bisweilen fühlten wir uns wie Sisyphos. Denn letztlich müssen wir die Klienten in der gleichen Misere und Gefahr zurücklassen. Es gibt bei der Behandlung psychischer Traumata eine Regel: Bei bestehender Gefahr geht es zuallererst und ausschließlich um Schutz und Sicherheit. Unsere Möglichkeiten waren selbst hierfür begrenzt.



Viele Patientinnen kommen in die MSF-Klinik, weil sie unter häuslicher Gewalt leiden.

© Clement Saccomani



Kinder ‚spielen‘ Krieg in
Kolumbien.
© Jesus Abad Colorado

MSF hat mit Fotoausstellungen und einer kritischen Studie auf das Problem der massiven Vertreibung und die Folgen für die psychische Gesundheit der Betroffenen aufmerksam gemacht sowie an staatliche Stellen appelliert, die Verantwortung für die Versorgung dieser Menschen zu übernehmen. Ein mutiger Schritt angesichts einer Regierung, die den bewaffneten Konflikt im Land leugnet und das Problem der Vertreibung und der Folgen herunterspielt.

Was wir aber nicht können, ist diejenigen zu unterstützen, die sich für eine Lösung des Konfliktes und die Rechte der Vertriebenen einsetzen. Das widerspricht dem Prinzip der Neutralität, das jedoch unverzichtbar ist für die Arbeit von MSF in Kolumbien. Strikte Neutralität ist notwendig, um das Vertrauen einer Bevölkerung zu gewinnen, die sonst niemandem vertraut. Sie ist auch nötig, um sicheren Zugang in entlegene Regionen mit den Konfliktparteien zu verhandeln. Nicht zuletzt ist sie für unsere eigene Sicherheit unverzichtbar.

So konnten wir uns nur sehr eingeschränkt erlauben, Selbsthilfeansätze in den Gemeinden zu fördern, denn

Selbstorganisation ist allen Konfliktparteien verdächtig. Dabei gibt gerade sie den Menschen Zuversicht, weil sie ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen können. Kaum auszuhalten war es, als wir erfuhren, dass drei Lehrer aus unseren Workshops wegen gewerkschaftlicher Tätigkeiten verhaftet worden waren. Wir versuchten vorsichtig, etwas über ihr Schicksal zu erfahren. Da wir aber unseren neutralen Status nicht gefährden durften, konnten wir uns nicht zu weit aus dem Fenster lehnen und uns offiziell für sie einsetzen.

Ein weiteres Dilemma ist die Vereinbarkeit von psychosozialer Versorgung – einem langsamen Prozess – mit dem Verständnis von Nothilfe als schnelle Hilfe für die Überwindung einer akuten Krisensituation. Immer wieder musste ich innerhalb von MSF mühsam Überzeugungsarbeit leisten, dass psychosoziale Arbeit keine schnellen Ergebnisse bringt und personal- und damit kostenintensiv ist. Und dass sie nicht so öffentlichkeitswirksam ist wie Ernährungsprogramme, bei denen mit relativ geringem Aufwand schnelle und messbare Erfolge vorzuweisen sind. Die Wirkung psychologischer Hilfe findet sich meist nicht in Statistiken wieder.

Traditionelle Heiler und westliche Medizin

VOM UMGANG MIT DEM KRANKSEIN

„Es war morgens um vier Uhr, als ich beim Aufwachen meinen Oberkörper krachen hörte, als würden Knochen brechen. Ein Freund brachte mich in eine Klinik, wo ich Schmerzmittel bekam. Eine Krankheit stellte der Arzt jedoch nicht fest“, so ein junger Feldarbeiter aus Swasiland. Er hatte Tuberkulose, bekam aber vorerst keine Diagnose.

Tuberkulose und HIV/Aids haben dazu geführt, dass die Lebenserwartung in Swasiland innerhalb von 15 Jahren von 57 auf 32 Jahre gesunken ist. Jeder vierte Erwachsene ist HIV-positiv, und drei Viertel der Infizierten leiden zusätzlich an Tuberkulose. Doch nicht nur die Armut und ein schlechtes Gesundheitswesen halten Patienten von der Behandlung ab. Viele Faktoren beeinflussen, wie Menschen mit Krankheit umgehen. Médecins sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) ergründet deshalb gesundheitsorientiertes Verhalten, um kulturell angemessen auf die Patienten zu reagieren.

Gesundheitsorientiertes Verhalten beinhaltet soziale und kulturelle Aspekte. Wie wird die Krankheit von Patienten und ihrer Umgebung wahrgenommen? Ist ein Tabubruch der Grund, oder sucht die Person aus Scham keine Hilfe? Ist sie selbst schuld oder wurde sie verhext? Bei Tuberkulose gilt in Swasiland die Vorstellung, dass sie durch vergiftetes Essen verursacht und durch den Wind verbreitet wird. Wer den Grund für die Krankheit weiß, kann beantworten, wie die Person behandelt werden soll. Die Entscheidung über die Behandlung trifft der Patient mit Familienmitgliedern, Verwandten und Dorfältesten.

In vielen Einsatzgebieten von MSF gehen Patienten zu traditionellen Heilern – entweder gleichzeitig oder vor der Behandlung in einer westlichen Klinik. Sie glauben an diese Form der Behandlung; außerdem sind diese Heiler verfügbar, und die Patienten können sie

sich leisten. Heiler sind meist die erste Anlaufstelle für Kranke, stellen die erste Diagnose und haben die kulturelle Deutungshoheit über die Krankheit. Der Heiler gibt dem Patienten zudem emotionale Zuwendung. Denn diese erhalten die Menschen in Swasiland nicht vom Personal im staatlichen Gesundheitssystem.

Zudem zählen praktische Überlegungen: Gibt es überhaupt eine Klinik in der Nähe des Patienten? Westliche Medizin unterliegt staatlichen Strukturen, und die meisten Kliniken befinden sich in den Städten. Swasiland ist aber eine ländlich entwickelte Gesellschaft: Die Entfernung zum nächsten Gesundheitsposten schließt viele Bewohner von moderner Medizin aus. Heiler arbeiten hingegen meist unabhängig und in ihrem sozialen Umfeld.

Die Behandlungskosten sind ein weiteres Hindernis. Beim Heiler kann in Naturalien bezahlt werden – nach Behandlungserfolg. Zudem bestimmt die Wahrnehmung der Krankheit den Behandlungspreis, der nicht den wirklichen Kosten entsprechen muss. Im Gesundheitswesen aber wird für die Behandlung und nicht für die Heilung bezahlt.

Für ein Gesellschaftssystem wie in Swasiland ist die persönliche Erfahrung sehr wichtig. Patienten suchen Kliniken erst auf, wenn der traditionelle Heiler keinen Erfolg hatte oder ein Familienmitglied bereits erfolgreich behandelt wurde. Zudem existieren die Systeme nebeneinander: Patienten nutzen gelegentlich das Krankenhaus und den Heiler gleichzeitig.

Traditionelle und moderne Medizin ergänzen sich. So beschreibt die Schweizer Expertin für Entwicklungszusammenarbeit, Verena Kücholl: *„Während moderne Mediziner ausschließlich versuchen, Krankheiten bei kranken Menschen zu heilen, erzeugen traditionelle Heiler eine Atmosphäre des mitfühlenden Verständnisses und*



Ein MSF-Pfleger besucht eine Patientin, die an HIV und medikamentenresistenter Tuberkulose in Swasiland leidet. Die Behandlung ist extrem langwierig und schmerzhaft.
© Krisanne Johnson

versuchen, das Gleichgewicht zwischen Patient und Kultur wieder herzustellen."

In Swasiland versucht MSF, diesen Mittelweg zwischen Tradition und Moderne zu finden. Mobile Teams erarbeiten mit Heilern ein Referenzsystem, und die Heiler werden in die Diagnostik miteinbezogen. So wird gewährleistet, dass Patienten früher überwiesen werden. Gerade bei Tuberkulose ist ein frühzeitiger Behandlungsbeginn lebenswichtig.

Funktioniert so ein Ansatz, ist allen gedient: Die Patienten erhalten rechtzeitig Hilfe, die traditionellen Heiler verlieren weder ihr Ansehen noch ihre Kunden. Der Eingriff in die Glaubenssphäre durch die moderne Medizin beschränkt sich auf ein Minimum. Doch dieser Ansatz ist eine Bringschuld der Hilfsorganisationen. „*Es gibt wohl ein immanentes Verständnis zwischen Doktor und Patient in Gesundheitssystemen derselben Kultur*“, erklärt der Ethnomediziner Armin Prinz. „*Dieses Verständnis fehlt jedoch häufig, wenn es sich um Patienten aus anderen Kulturen handelt.*“

Die Summe aller Faktoren war wohl der Grund, warum es drei Jahre dauerte, bis der eingangs erwähnte Feldarbeiter schließlich vor einem Röntgengerät des Krankenhauses stand. Diagnostiziert wurde Tuberkulose.



Traditionelle Heilerin aus Swasiland.
© Doris Burtscher

Praxisorientierte Forschung

NEUE CHANCEN AUF HEILUNG

Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) wird in den Projekten oft mit heiklen medizinischen Situationen konfrontiert: wenn es beispielsweise kein wirksames und verträgliches Medikament für eine seltene tropische Krankheit gibt oder der nötige Labortest viel zu teuer und kompliziert ist, um in abgelegenen Gegenden benutzt zu werden.

Da MSF immer wieder festgestellt hat, dass zu wenig geforscht wird, um Lösungen für diese sehr konkreten Probleme zu finden, stieg die Organisation selbst in die praxisorientierte Forschung ein:

Malaria: Als MSF in mehreren Projekten in Afrika merkte, dass die gebräuchlichen Malariamittel (Chloroquin, Amiodaquin, Fansidar®) zunehmend wirkungslos waren, wurde zuerst die Heilungsrate von Kindern untersucht, die mit Malaria infiziert waren. Nachdem die Wirkungslosigkeit der damaligen Behandlungsmethoden erwiesen war, lancierte MSF mehrere klinische Studien, um die Wirksamkeit neuer Medikamentenkombinationen mit dem Wirkstoff Artemisin im afrikanischen Umfeld zu beweisen. Diese Studien zeigten klar, dass die Heilungschancen mit den neuen Medikamenten wesentlich besser waren. Dank dieser Resultate wurden die Gesundheitsministerien in vielen afrikanischen Ländern davon überzeugt, Artemisin-Kombinationstherapien als nationalen Standard einzuführen.

Aids: Medikamente für die Aids-Behandlung sind heute, auch dank intensiver Lobbyarbeit von MSF, viel erschwinglicher geworden. Zudem werden die Therapiemöglichkeiten durch intensive Forschung in Europa und den USA immer weiterentwickelt. Trotzdem gibt es viele offene Fragen darüber, wie diese Behandlungen HIV-infizierten Menschen in Ländern mit begrenzten Ressourcen zugänglich gemacht werden können: Wann ist der beste Zeitpunkt, um mit dieser lebens-



Tuberkulose-Diagnose in einem Labor in Khayelitsha, Kapstadt.

© Jose Cendon

langen Therapie zu beginnen? Wie kann die komplexe Behandlung bei chronischem Ärzte- und Pflegepersonal-Mangel umgesetzt werden? Wie werden Patienten, die gleichzeitig mit Tuberkulose und HIV infiziert sind, am besten behandelt? Um diese Fragen zu beantworten, reicht das Spektrum der Forschungsvorhaben von soziologischen bis zu klinischen Studien.

Chagas: Diese durch Wanzen übertragene Infektionskrankheit existiert nur in Mittel- und Südamerika. Der oft schleichende Verlauf erschwert die Diagnose, führt zu Herz- und Darmversagen und unbehandelt in zehn Prozent der Fälle zum Tod. Es ist daher umso wichtiger, die Krankheit früh zu diagnostizieren und auch den Erfolg der nur mäßig wirksamen Behandlung gut zu dokumentieren. Dazu werden einfache, aber sehr verlässliche Labortests benötigt, die MSF in Bolivien testet.

Dies sind nur einige Beispiele von Hunderten von Forschungsprojekten, die MSF in den letzten zehn Jahren durchgeführt hat. Andere Themen sind Infektionskrankheiten, wie multimedikamentenresistente Tu-

berkulose, Schlafkrankheit, Leishmaniose, Cholera, Meningitis, Buruli Ulkus, aber auch sexuelle Gewalt, post-traumatische Krankheiten oder Mangelernährung.

Die Forschung von MSF untersteht den gleichen wissenschaftlichen und ethischen Anforderungen wie jede Forschung am Menschen. Das Besondere ist indes, dass die Forschungsfragen ausschließlich durch die MSF-Projekterfahrung und die dadurch identifizierten Bedürfnisse der Patienten bestimmt werden.

Die Kompetenzen für diese Forschungsvorhaben hat sich MSF im Laufe der Jahre angeeignet. Sie sind an verschiedenen Orten gebündelt, zum Beispiel in der Forschungsabteilung in London (Manson Unit) oder im Kompetenzzentrum für epidemiologische Forschung in Paris (Epicentre). Eines der Hauptprobleme bleibt dabei der häufige Personalwechsel in den Projekten, der längerfristige Forschung gefährden kann.

2001 wurde zudem eine MSF-Ethik-Kommission ins Leben gerufen. Diese besteht aus unabhängigen Experten, welche die von MSF geplanten Forschungsprojekte beurteilen. Allein im Jahr 2010 waren dies mehr als 30 Projekte. Dabei legt die Ethik-Kommission besonderen Wert auf den sehr großen Macht- und Wissensunterschied zwischen den Forschern und der Bevölkerung. Fast überall, wo MSF aktiv wird, sind die Menschen komplett abhängig von unserer Gesundheitsversorgung. Oft wissen sie wenig über Krankheiten oder Medikamente. Wir wollen daher sicherstellen, dass die Patienten angemessen und ausreichend informiert werden und frei entscheiden können, ob sie Forschungsteilnehmer sein wollen.

Aus Gründen der Transparenz hat MSF eine Webseite eingerichtet, auf der wissenschaftliche Publikationen, Konferenzpräsentationen oder Forschungsberichte öffentlich zugänglich sind: fieldresearch.msf.org/msf



MSF-Mitarbeiter klären die Bevölkerung in den Dörfern über die Krankheit Chagas auf. © MSF



In Kolumbien behandelt MSF Kinder, die an Chagas erkrankt sind. Die Krankheit wird durch Raubwanzen übertragen und mit einem Bluttest diagnostiziert. © Mads Nissen

Mitarbeiter **ALLES HELDEN?**



© Harald Henden



Untersuchung eines mangelernährten Kindes in einer MSF-Klinik in Galkayo, Somalia 2011.

© Sven Torfinn

Bei ‚GuteFrage.net‘ finden sich Antworten auf viele Alltagsfragen, wie: ‚Was macht eigentlich einen Helden aus?‘ Jemand beantwortete sie dort entschlossen mit: ‚Ärzte ohne Grenzen sind für mich Helden‘. Zu einem ähnlichen Schluss kam vor einigen Jahren auch der Spiegel, der einen Artikel über Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) mit ‚Helden in Weiß‘ betitelte und schrieb: *„Die französische Medizinerin Juliette Fournot, die, gejagt von kommunistischen Greiferkolonnen, an der Spitze ihrer Muli-Karawane in Afghanistan von Schlachtfeld zu Schlachtfeld ritt, um Kriegsoffer zu versorgen, hatte zeitweilig in Frankreich fast Jeanne-d’Arc-Status.“* Dieses Heldentum, so der Autor, wurde vom Publikum begeistert aufgenommen.

Eine aktuelle, wenngleich nicht-repräsentative, Internet-Suche von ‚Helden‘ in Kombination mit ‚Ärzte ohne Grenzen‘ ergab allerdings nur wenige Treffer. Liest man Berichte über Mitarbeiter im Einsatz, ist das Bild glücklicherweise differenzierter, wenn auch positiv. Doch Heldentum ist meist kein Thema, wenn es um die intensiven Erfahrungen der Mitarbeiter geht.

Bei der Frage nach der Motivation sieht die Sache etwas anders aus. Diese beantwortete eine Krankenschwester vor Kurzem so, dass sie sich sehr für den heldenhaften Albert Schweitzer interessiere. Und sie fügte hinzu: *„Für mich steht schon lange fest, dass ich humanitäre Hilfe leisten möchte, denn mir ist bewusst, wel-*

ches Glück ich habe, hier geboren zu sein. Davon will ich etwas abgeben.“ Außerdem möchte die 25-Jährige möglichst viel über fremde Kulturen erfahren. Ein bisschen Abenteuerlust, Freude am Reisen und an anderen Lebensweisen gehört also offenbar dazu. Und – mal ehrlich – ohne all das wäre ein MSF-Einsatz wohl wenig erfreulich.

Die meisten internationalen Mitarbeiter sind 25 bis 35 Jahre alt, also jung und abenteuerlustig. Oft tragen sie auch kein ‚Weiß‘, denn etwa 45 Prozent der MSF-Mitarbeiter kümmern sich um Personal, Logistik und Finanzen. Da die Berufsprofile immer vielfältiger werden, sucht MSF auch Apotheker, Architekten, Epidemiologen oder Psychologen. Vor allem aber: Menschen mit Problemlösungsbewusstsein, die belastbar und weit gereist sind. Und sie müssen sich vorstellen können, unter einfachsten Bedingungen in Multikulti-Teams für mindestens sechs Monate zu arbeiten. Hinzu kommt: Die Arbeitstage sind lang und eine Arbeitswoche besteht oft aus sechs bis sieben Tagen.

Da stellt sich schon die Frage, was eigentlich mit der Motivation während eines solchen Einsatzes passiert? In einer Studie von ‚People in Aid‘ heißt es, dass viele Nichtregierungsorganisationen heute darum kämpfen, die Motivation ihrer Mitarbeiter nicht zu verlieren. Dabei spielen auch die Höhe der Gehälter oder der Aufwandsentschädigung eine Rolle. Viel wichtiger aber sei für den Erfolg der Projekte, dass eine Organisation ihr Augenmerk auf die Mitarbeiter lege.

Es geht also darum, bei aller Aufmerksamkeit für die Not leidenden Menschen die eigenen Mitarbeiter nicht zu vergessen. Ein professioneller und respektvoller Umgang mit ihren Erfahrungen, Sorgen und Wünschen – auch für die Zeit nach ihrem Einsatz – sollte ein zentraler Punkt bei allen Projekten sein. Das gilt übrigens nicht nur für die internationalen Mitarbeiter, sondern

insbesondere für die nationalen Kollegen, die nicht immer genügend Beachtung erhalten. Dabei erledigen sie den größten Teil der Arbeit und unterstützen die internationalen Mitarbeiter täglich: als Ärzte und Koordinatoren, beim Dolmetschen, beim Umgang mit lokalen Behörden oder beim Sicherheitsmanagement. Ohne diese etwa 25.000 nationalen Mitarbeiter könnte MSF niemals so professionelle Hilfe leisten.

Und wie sieht es mit deren Motivation aus? Viele nationale Kollegen halten mit der Arbeit die oft große Familie über Wasser. Sie sind nicht selten frustriert, dass MSF nur ein Gehalt und vielleicht ein kurzes Training bietet, nicht unbedingt aber eine Karriere. Außerdem wechseln die internationalen Kollegen oft alle paar Monate. Dennoch: Viele nationale Mitarbeiter zeigen unglaubliches Engagement. Sie kehren auch nach schlimmen Ereignissen so rasch zu ihren Arbeitsplätzen zurück, dass sich die internationalen Kollegen ungläubig die Augen reiben. Sie kommen, um anzupacken und ihren Mitmenschen zu helfen. Oft sind sie die wirklichen ‚Helden in Weiß‘.



Krankentransport in Haiti zwei Wochen nach dem Erdbeben im Januar 2010.
© Bruno Stevens / Cosmos

Haiti

ERFOLG VERPFLICHTET



Feldlazarett vor dem zerstörten Carrefour-Krankenhaus in Port-au-Prince, eine Woche nach dem Erdbeben.

© Julie Rémy

Als am 12. Januar 2010 um 16:53 Uhr mitteleuropäischer Zeit die Erde bebte, starben in Haiti innerhalb kürzester Zeit mehr als 200.000 Menschen. Etwa 300.000 Haitianer wurden verletzt, rund 1,5 Millionen Einwohner obdachlos und viele durch die schrecklichen Erlebnisse traumatisiert.

Für Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) lief innerhalb von Minuten der größte Nothilfeinsatz in der Geschichte der Organisation an. Denn die langjährige Präsenz im Land ermöglichte schnelles

Handeln. Bereits vor dem Erdbeben hatte MSF rund 800 Mitarbeiter im Land beschäftigt. Das immense Ausmaß der Erdbeben-Katastrophe führte dazu, dass die Anzahl der Mitarbeiter in nur wenigen Wochen auf 3.400 Personen erweitert wurde. Allein in den ersten zehn Monaten nach dem Beben behandelte MSF mehr als 358.000 Menschen, nahm etwa 16.500 chirurgische Eingriffe vor und begleitete rund 15.000 Geburten.

Die Katastrophe stellte alle bisherigen in den Schatten, da sie die Menschen in den Ballungszentren ohne jeg-

liche Vorwarnung traf. Die Zerstörung der Infrastruktur betraf alle Gesellschaftsschichten: von den Ärmsten bis zu den Regierungsbeamten und den Mitarbeitern der Vereinten Nationen (UN). Der Regierungspalast stürzte teilweise ein, das UN-Hauptquartier wurde massiv beschädigt, und rund 60 Prozent aller Häuser in der Hauptstadt Port-au-Prince sowie 90 Prozent der Häuser in Léogâne, einer Stadt nahe dem Epizentrum, wurden demoliert. Hinzu kam, dass das öffentliche Gesundheitssystem bereits vor dem Beben nur schlecht funktioniert hatte.

Umso erschrockener war ich, als ich Haiti sechs Monate nach dem Beben besuchte: Von Wiederaufbauhilfe war nur wenig zu erkennen. Sichtbar waren zu diesem Zeitpunkt in der Hauptstadt Port-au-Prince vor allem die Zerstörung und die behelfsmäßigen Unterkünfte der Menschen. Kein Wunder, dass sich die Bevölkerung skeptisch fragte, wo denn die versprochenen, enormen Geldsummen eigentlich hinfließen.

Neben den medizinischen Aktivitäten engagierte sich MSF daher auch verstärkt in Bereichen, die sonst andere Akteure abdecken: Die Mitarbeiter kümmerten sich um sauberes Trinkwasser und verteilten Hilfsgüter und Zelte. Denn der Bedarf war enorm, und viele andere Organisationen reagierten gar nicht oder zu langsam.

Andererseits beeindruckten mich die enorme Dankbarkeit, die Zuversicht und Hoffnung vieler Haitianer, die selbst inmitten der größten Zerstörung den Kopf nicht hängen ließen.

Zumal schon im Herbst 2010 das nächste Unglück folgte: Cholera. Der Ausbruch kam überraschend, da Cholera schon seit Jahrzehnten nicht mehr im Land registriert worden war. Spätestens jetzt rächte sich, dass die Aktivitäten im Bereich Wasser und Hygiene landesweit völlig unzureichend waren. Die schlechte UN-

Koordination, die fehlende Cholera-Erfahrung vieler Hilfsorganisationen und die mangelnden Kapazitäten vieler Akteure führten dazu, dass sich der Ausbruch der Cholera auf das ganze Land ausdehnte. MSF unternahm enorme Anstrengungen, um die Behandlung akuter Cholerafälle weitgehend sicherzustellen. Die Mitarbeiter versorgten zeitweise rund 60 Prozent aller Erkrankten.

Rückblickend wird deutlich, dass die internationale Hilfsgemeinschaft inadäquat reagierte und die mangelnde Trinkwasser- und Hygieneversorgung der Bevölkerung zur Ausbreitung der Epidemie beitrug. Außerdem wurde nicht schnell genug auf die ersten Cholera-Fälle reagiert. Auch MSF hatte den Choleraausbruch nicht vorhergesehen. In dieser akuten Situation wurde zu viel über langfristige Pläne diskutiert, anstatt konkrete Behandlungspläne zu erstellen und sie umzusetzen. Es fehlte an Know-how und an tatkräftigen Organisationen.

MSF hat in Haiti enorm viel geleistet. Aber wir sind auch an unsere Grenzen und auf neue Fragen gestoßen: Sollen wir uns mehr in Bereichen engagieren, die bisher nicht zu unseren Kernaktivitäten gehörten, wie Notunterkünfte, Wasser- und Hygieneaktivitäten? Sollen wir uns stärker in die UN-Koordinationsbemühungen einklinken und unsere Expertise im medizinischen Bereich stärker anbieten? Und wie können wir uns innerhalb des MSF-Netzwerkes noch feiner abstimmen und Ressourcen besser nutzen?

Aus meiner Sicht ist es höchste Zeit für ein Umdenken: Unser Erfolg bei großen medizinischen Notfalleinsätzen wie in Haiti verpflichtet uns und muss dazu führen, Verbesserungen zu ermöglichen. Selbst wenn diese über die primär medizinische Intervention hinausgehen.



Migranten und Flüchtlinge

BITTERE ANKUNFT IN EUROPA

Internierungslager für Migranten ohne Papiere in Pagani, Lesbos, Griechenland, 2009. MSF bietet dort psycho-soziale Hilfe an.
© Yannis Kolesidis



Seit der Gründung von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) ist die Unterstützung von Menschen auf der Flucht ein wesentlicher Teil der Arbeit. Der Schwerpunkt lag zunächst in der medizinischen Betreuung von Flüchtlingen in Afrika und Asien. Seit Anfang der 1990er Jahre betreut MSF auch Flüchtlinge und Migranten in europäischen Ländern.

Strenge Einwanderungsbestimmungen und verstärkte Grenzkontrollen erschweren es Flüchtlingen und Migranten zunehmend, nach Europa zu gelangen: Der Weg durch die Wüste ist lang und die Überfahrt in überfüllten Booten auf dem Meer sehr hart. Die Menschen haben oft nicht genug zu essen und zu trinken und sind der Gewalt von Schmugglern und kriminellen Banden ausgeliefert. Häufig kommt es zu Todesfällen und Verletzungen.

Ein Afghane schildert MSF-Mitarbeitern seine Reise so: „Wir waren 40 Tage in einem Keller eingesperrt. Die Schmuggler wollten mehr Geld von uns. Sie drohten, uns zu töten, sollten wir nicht zahlen und schlugen mich mit einem Knüppel. Ich hatte große Angst. Am Ende bezahlte mein Cousin für mich, und ich kam frei.“

Dabei hatte dieser Mann noch Glück. Denn die Hälfte der Passagiere, die mit ihm das Mittelmeer überquerten, überlebte die Reise nicht. Ihr Boot kenterte vor der griechischen Insel Lesbos und zehn Menschen kamen ums Leben, darunter sechs Kinder. MSF betreute die Überlebenden.

Frauen und Kinder sind besonders gefährdet, und sexuelle Gewalt ist verbreitet. Eine Kongolesin schildert ihren Weg durch die Wüste folgendermaßen: *„Wir gingen zu Fuß. Um das zu schaffen, muss man sehr stark sein. Überall war Sand. Wenn du mit kleinen Kindern unterwegs bist, ist es sehr schwer. Wir hatten kaum Wasser und nur ein paar Kekse. Eine Gruppe von Männern kam auf uns zu. Sie sagten ‚Wir brauchen Frauen‘. Sie schlugen mich. Sie vergewaltigten mich fünf Tage lang, fünf Tage! Ich schrie um Hilfe, ich betete zu Gott, aber es gab kein Wunder, das mir half zu entkommen. Du wünschst dir den Tod, aber auch der Tod kommt nicht.“*

Die Menschen sind nach solchen Erlebnissen schwer traumatisiert. Viele haben schon vor der Entscheidung, ihre Heimat zu verlassen, Schlimmes erlebt. Denn meist fliehen sie aufgrund von Krieg, Gewalt oder extremer Armut. Sie halten durch, in der Hoffnung, nach Europa zu gelangen und dort ein neues Leben aufzubauen. Umso größer ist dann der Schock bei der Ankunft. In einem zusehends politisierten und negativ besetzten Diskurs werden Asylsuchende und Migranten als ‚Illegale‘ ausgegrenzt, eingesperrt oder müssen in prekären Verhältnissen mit minimaler oder ohne Unterstützung leben. Von staatlicher Seite gibt es medizinische Hilfe oft nur in Notfällen, psycho-soziale Unterstützung so gut wie nie. In allen MSF-Projekten für Migranten und Asylsuchende ist deshalb die psychologische Betreuung ein Schwerpunkt, wie in Paris, wo multidisziplinäre Teams obdachlose afghanische und andere Asylsuchende betreuen.

Aufgrund der zunehmend repressiven Migrationspolitik werden in Europa Asylsuchende und Migranten immer häufiger und länger interniert – bis zu 18 Monate laut EU-Richtlinie. MSF arbeitet seit 2004 in Internierungslagern in Belgien, Italien, Malta, Griechenland und hat dabei auch die inakzeptablen Zustände in diesen Lagern dokumentiert: Menschen werden auf engstem Raum zusammengepfercht, es gibt oft nicht genug Betten und viel zu wenig Toiletten und Duschen. Hautkrankheiten, Erkrankungen der Atemwege und Durchfall sind das Ergebnis dieser schlechten Bedingungen. Ungewissheit über die Zukunft, Angst vor Abschiebung, Trennung von der Familie und Mangel an Information verstärken die Angst und Verzweiflung der Menschen. *„Warum sind wir im Gefängnis, wir haben doch kein Verbrechen begangen“*, fragen sie uns. Je länger sie in Abschiebehaf sind, desto häufiger treten psychische und psychosomatische Störungen auf.



Ein Migrant, der mehr als zwei Monate in einer griechischen Grenzpolizeistation inhaftiert war, erklärt einem MSF-Mitarbeiter: „Im Moment bin ich mit 124 Personen in einer Zelle untergebracht. Die Zelle ist sehr, sehr klein und bietet eigentlich nur Raum für 35 Personen. Die Bedingungen sind unvorstellbar. Es gibt keinen Platz zum Hinlegen und Schlafen. Wir sind so viele, dass wir uns nicht bewegen können, wir können kaum atmen. Wir werden wie Tiere behandelt, schlimmer als Tiere. Die Lebensbedingungen sind sehr schlimm, aber was mich wirklich fertig macht, ist die Behandlung. Niemand redet mit uns, sagt uns, wann wir diesen Ort verlassen können, wann wir entlassen werden. Ich weiß nicht, wie wir mit diesen Lebensbedingungen umgehen sollen und wie es mit uns weitergeht. Wir haben Angst, dass wir hier drinnen verrückt werden.“

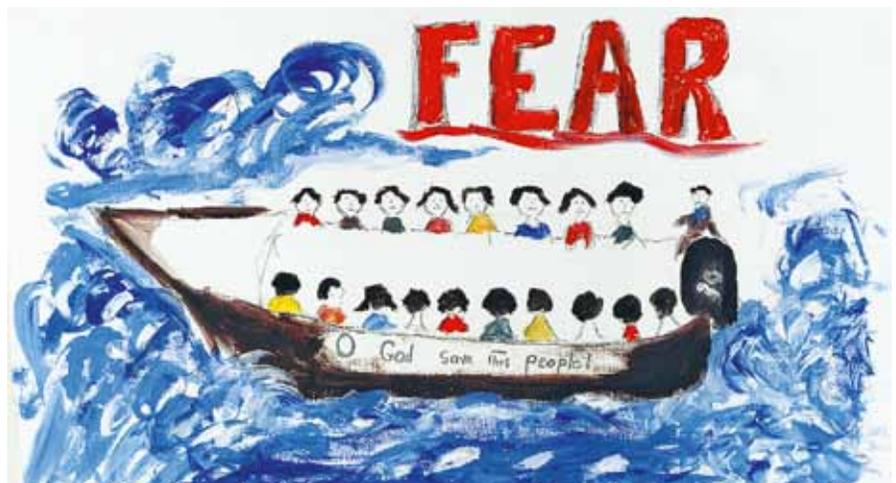
Die Arbeit in Internierungslagern stellt die MSF-Teams vor besondere Herausforderungen. Es beginnt schon mit der Frage, ob MSF überhaupt in solchen gefängnisähnlichen Institutionen arbeiten soll. Legitimiert MSF damit nicht die oft rechtswidrigen Situationen, denen diese Menschen ausgesetzt sind? Wie gehen wir damit um, dass wir nur sehr begrenzt Hilfe leisten können, weil physische und psychische Probleme durch die Abschiebehaft verstärkt oder sogar verursacht werden? Wie kann man dafür sorgen, dass Kinder, schwangere Frauen und besonders gefährdete Personen den not-

wendigen Schutz erhalten? Welche Möglichkeiten gibt es um sicherzustellen, dass die zuständigen staatlichen Stellen ihrer Verantwortung nachkommen – nicht nur zum ‚Schutz der Außengrenzen‘, sondern vor allem zum Schutz der Menschen, die hier in Europa ‚in Empfang‘ und allzu oft in Abschiebehaft genommen werden.

Die Antworten auf diese Fragen sind vielfältig. Nicht immer sind sie befriedigend. Ein Weg, um auf Situationen einzuwirken, die MSF nicht direkt durch eigene Interventionen verändern kann, ist die Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit. Die EU-Flüchtlings- und Migrationspolitik wird immer mehr zu einer Politik der Verhinderung und Kontrolle von Migration und läuft in der Praxis auf eine Einschränkung von Flüchtlingschutz hinaus. Daher ist die Dokumentation der vielen Einzelschicksale und des politischen und sozialen Kontextes, in dem sich Flucht und Migration abspielen, ein integraler Bestandteil der MSF-Aktivitäten und die Basis für eine inhaltlich fundierte Lobbyarbeit. Auch gewinnt die länderübergreifende Zusammenarbeit von MSF noch mehr an Bedeutung.

MSF wird auch in Zukunft die europäischen Regierungen und die EU-Institutionen in die Pflicht nehmen und sie mit den negativen Auswirkungen ihrer Politik auf die Gesundheit und Rechte der Flüchtlinge und Migranten konfrontieren.

Kinder malen ihre Ängste in einem Zentrum für Migranten in Malta.



Flucht aus Libyen

„SCHUTZ VON ZIVILISTEN“ – EINE WORTHÜLSE?



Chirurgie in Misrata, Libyen 2011. © Eymeric Laurent-Gascoin / MSF

Im März 2011 beschloss der Sicherheitsrat der Vereinten Nationen, zum ‚Schutz der Zivilisten‘ militärisch in den Krieg in Libyen einzugreifen. Doch dieses Versprechen scheint für die Flüchtlinge des Krieges in weite Ferne gerückt, sobald sie die libysche Grenze überquert haben. Mehr als eine Million Menschen hat seit Kriegsbeginn Libyen verlassen.

Auch Millionen Migranten sind von diesem Krieg betroffen. Als Flüchtlinge auf dem Weg nach Europa wurden sie in Libyen im Namen der europäischen Außenpolitik Opfer eines unvorstellbaren Foltersystems: *„Ich habe vier Monate in einem libyschen Gefängnis verbracht. Jeden Tag wurde ich geschlagen. Drei Wochen lang konnte ich nicht mehr aufstehen. Auch heute leide ich noch unter meinen Verletzungen. Ich musste sieben Menschen begraben, darunter drei schwangere Mädchen. Hätte ich mich geweigert, hätten sie mich zusammen mit den Leichen in die Grube geworfen“* berichtet der 23-jährige Abdul aus der Elfenbeinküste im Lager Choucha, Tunesien.

Seit Beginn des Krieges mussten 600.000 Migranten Libyen verlassen, etwa 4.000 von ihnen leben in Un-

gewissheit in Flüchtlingslagern an der tunesisch-libyschen Grenze. Rund 18.000 Menschen erreichten unter widrigsten Umständen die italienische Küste. Für mehr als 1.800 Menschen bedeutete die Flucht übers Meer allein in der ersten Jahreshälfte 2011 den Tod.

Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) leistet in Libyen und in den Lagern in Tunesien und Italien medizinische und psychologische Hilfe. Mehrfach hat MSF die Kriegsparteien, die internationale Gemeinschaft und die europäischen Regierungen aufgefordert, die menschenunwürdigen Lebensbedingungen in den Auffang- und Internierungslagern zu verbessern. Die Organisation verlangte zudem, die Seenotrettung auszubauen, illegale Rückführungen der Flüchtlinge ins Kriegsgebiet zu unterbinden und Zugang zu rechtmäßigen Asylverfahren sicherzustellen.

Doch es sieht so aus, als wäre der ‚Schutz von Zivilisten‘ für die Politik nicht mehr als eine Worthülse. MSF jedenfalls wird sich weiterhin für die Rechte derjenigen einsetzen, die aus Libyen flüchten und sie unterstützen.



MSF evakuiert im April 2011 insgesamt 99 Patienten per Schiff aus Libyen nach Tunesien. © Tristan Pfund / MSF

Zwischenruf

„DEN IDEALEN TREU GEBLIEBEN“

Mit kritischer Distanz und augenzwinkerndem Wohlwollen blickt die amerikanische Soziologie-Professorin Renée C. Fox auf die Eigenheiten, Werte und Widersprüche, die Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) seit der Gründung kennzeichnen.

Renée, seit fast 30 Jahren beobachtest du MSF, warst im Kongo, in Südafrika und in Moskau. Du hast Artikel zu medizinischen und humanitären Fragen veröffentlicht, teilweise sogar zusammen mit MSF – was macht für dich MSF aus?

Die Organisation hat von Anfang an eine bahnbrechende Rolle gespielt, weil sie direkte medizinische Hilfe mit öffentlicher Stellungnahme verbunden hat. Aus den Beobachtungen der eigenen Arbeit heraus hat MSF dem Leiden der Menschen eine Stimme gegeben.

Eine andere – nicht immer leicht zu lebende – Eigenheit ist, was ihr eure Streitkultur nennt. Ich meine damit den kollektiven Prozess der selbstkritischen Prüfung eurer Ideen und eures Handelns, in dem die Mitarbeiter und Mitglieder kontinuierlich engagiert sind.



Impfkampagne in Cazenda, Angola, 1997

© Roger Job

Im Zentrum dieser manchmal heftigen, meist kontroversen, aber oft selbstironischen Diskussionen finden sich Dilemmata, mit denen sich MSF seit 40 Jahren herumschlägt. „Das humanitäre Handeln besteht aus vielfältigen Dilemmata, die permanentes Fragen erfordern“ – so hat es einmal jemand von euch formuliert.

Welche Dilemmata meinst du vor allem?

Zentral ist zum Beispiel die Frage, wie man gleichzeitig global und multi-kulturell sein kann? Wie kann man also für universelle Werte eintreten und dies mit klugem Respekt verbinden für lokale und nationale Unterschiede zwischen den und innerhalb der Gesellschaften, in denen MSF arbeitet?

Eine ebenso wichtige Frage ist, wie MSF Engagement, Mitgefühl, Personal und finanzielle Mittel so zuteilt, dass all dies in den immer zahlreicheren und komplizierteren Katastrophen von heute getreu den humanitären Prinzipien eingesetzt wird? Dass also all dies den leidenden Menschen zu Hilfe kommt, ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft, ihres Geschlechts, ihrer Religion oder politischen Überzeugung. Hier sind schwierige Entscheidungen über Prioritäten zu treffen.

Hinzu kommt: Wie geht man mit der Spannung um, die zwischen einer individualistischen Ethik besteht, die sich auf den einzelnen Patienten konzentriert, wie in der Beziehung zwischen Krankenschwester und Patient, und einer distributiven Ethik, die sich am Wohlergehen der Gemeinschaft misst – wie wir es aus dem Modell der Öffentlichen Gesundheit kennen?

Auch scheint es mir gleichermaßen notwendig und frustrierend, sich darüber klar zu werden, dass humanitäre Hilfe die wirtschaftlichen, politischen, sozialen und kulturellen Bedingungen nicht verbessern soll, die ursächlich für die komplexen Konflikte und das Leid verantwortlich sind. Und gleichzeitig so weit wie



In jedem MSF-Projekt muss zwischen den Bedürfnissen des einzelnen Patienten und denen der Gemeinschaft abgewogen werden.

© Yasmin Rabiyan / MSF

möglich zu vermeiden, in diesen vertrackten Situationen Schaden anzurichten, obwohl man sein Bestes versucht.

Welche Dilemmata ergeben sich deiner Meinung nach aus der Tagespolitik?

Da ist vor allem die Schwierigkeit, die sich für MSF aus der Umarmung durch die Regierungen und das Militär ergeben. Diese Konfusion ist gefährlich und verwischt die Grenzen zwischen Politik, militärischen Interventionen und humanitärer Hilfe. Nicht zuletzt ist dadurch auch die Sicherheit der Mitarbeiter vor Ort gefährdet. In diesem Zusammenhang gerät MSF unter Umständen in eine unmögliche Situation. Denn Rückzug zum Schutz der Mitarbeiter würde ja bedeuten, die notleidende Bevölkerung sich selbst zu überlassen und damit den eigenen Prinzipien zu widersprechen: den Opfern nah zu sein. Darüber hinaus werden unter Umständen die lokalen Mitarbeiter, die zurückbleiben müssen, noch größeren Gefahren ausgesetzt als vorher.



Es ist verblüffend und hochinteressant zu sehen, wie hartnäckig all diese Themen in der Geschichte von MSF immer wieder in den Vordergrund treten. Zum Teil, denke ich, sind sie spezifisch für die medizinische Hilfe – unabhängig davon, ob nun MSF oder eine andere Organisation verantwortlich ist.

Eine Eigenschaft scheint mir aber doch einzigartig bei MSF zu sein: Trotz der Größe und beeindruckenden Mittel, die der Organisation heute zur Verfügung stehen, trotz der Komplexität und der Schwere der Verantwortung ist MSF entschlossen, den Idealen einer egalitären, demokratischen, unbürokratischen und partizipatorischen Organisation so treu wie möglich zu bleiben. Diese Ideale bedeuten auch, dass MSF sich als ‚Bewegung‘ versteht und nicht einfach als irgendeine Organisation, die instrumentalisiert werden kann und die volle moralische Begründung ihres Handelns vergisst. So bewundernswert diese Überzeugung aus philosophischer Sicht auch ist, so führt sie doch zu ganz praktischen Schwierigkeiten, wenn es darum geht, Entscheidungen über die Steuerung der Organisation oder künftige Strategien zu treffen.

Wo, denkst du, könnte MSF besser sein?

MSF hat meiner Meinung nach immer noch Schwierigkeiten, so international oder transnational – so ‚ohne Grenzen‘ – zu sein, wie ihr euch das vorgenommen habt. Das zeigt sich zum Beispiel daran, dass alle operationalen Zentren in Europa liegen. Besonders fällt das ins Auge, wenn man den immer noch bemerkenswerten Unterschied zwischen internationalen und den nationalen Mitarbeitern betrachtet.

Wie steht es denn deiner Meinung nach um die kulturelle Sensibilität der MSF-Mitarbeiter?

Um ehrlich zu sein, bin ich immer wieder verblüfft, wie wenig soziale und kulturelle Vorbereitung die Mitarbeiter vor ihrer Ausreise erhalten. In den Kursen, die ich miterlebt habe, gibt es eine Menge medizinischer, logistischer, geographischer und organisatorischer Informationen. Zudem haben viele Mitarbeiter bereits Kurse in Tropenmedizin oder Epidemiologie besucht.

Aber das Wissen über die sozialen und kulturellen Ge-

gebenheiten, das man braucht, um in einer fremden Gesellschaft gut und verständnisvoll zu arbeiten, das wird nicht vermittelt. Ich empfinde das als ein überraschendes Defizit. Als Soziologin bin ich da besonders sensibel. Dabei könnten die internationalen Mitarbeiter so unendlich viel von ihren nationalen Kollegen lernen.

Gibt es deiner Meinung nach universelle Werte in unserer Auffassung von humanitärer Hilfe?

Ich glaube schon, dass es eine Spannung zwischen Universalität und multikulturellen Besonderheiten gibt. Es ist schwierig, universelle Werte zu identifizieren. Im Großen und Ganzen sind die universellen Menschenrechte ziemlich westlich und sehr von der jüdisch-christlichen Kultur geprägt. Nehmen wir zum Beispiel die alte Regel ‚Was du nicht willst, dass man dir tu‘, das füg auch keinem andern zu‘. In Gesellschaften mit einer eher tribalen oder Clanstruktur kann es kulturell äußerst problematisch sein, Fremde in diese Kategorie des ‚anderen‘ einzuschließen.

Renée, wie paternalistisch ist die humanitäre Hilfe in deinen Augen?

MSF beharrt auf einer Beziehung mit den Patienten, die geprägt ist von direkter Nähe und einem aktiven Ansatz – einer Erweiterung der Arzt-Patienten-Beziehung. Dieses Bemühen, sich fürsorglich jedem Patienten, den man betreut, zuzuwenden, erinnert an die bereits zuvor erwähnte Spannung: die zwischen einer individualistischen und einer distributiven Ethik, die eher das Wohl der Gemeinschaft in den Vordergrund stellt und Grundlage des Ansatzes der Öffentlichen Gesundheit ist. Die beiden mögen nicht immer kompatibel sein. Maßnahmen, die der Gemeinschaft zugute kommen, können durchaus nachteilig für einzelne Patienten sein.

Was das ‚paternalistische‘ Verhalten betrifft: Es fällt mir auf, dass die MSF-Mitglieder sich einig zu sein scheinen, dass man sich vor ‚kolonialem‘ Verhalten hüten muss, dass man so ‚unheroisch heroisch‘ wie möglich sein muss. Diese auch bei internationalen Tagungen geäußerte Selbstkritik lässt vermuten, dass sie den eigenen Maßstäben nicht immer gerecht werden.



Vertriebenenlager in Sierra Leone, 1995

© Roger Job



Eine der jährlichen Team-Debatten, die MSF in allen Projektländern veranstaltet.

© Alain Fredaigue / MSF

Organisation

FLACHE HIERARCHIEN

Seit den wilden Anfängen hat sich Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) kontinuierlich professionalisiert. Dabei war stets klar, dass MSF eine von Mitgliedern getragene Organisation sein soll, die von deren Engagement lebt.

Die meisten Mitglieder haben selbst in einem Projekt gearbeitet und kennen die Risiken und Frustrationen der humanitären Hilfe. Aber sie kennen auch die Freude nach gelungener Arbeit. Ob Mitarbeiter oder Mitglieder: Alle diskutieren regelmäßig die Aktivitäten der Organisation. Wie attraktiv dieses Konzept ist, zeigt sich auch daran, dass weltweit immer mehr MSF-Vereine oder Aktionsgruppen entstehen.

Heute ist MSF ein weltweites Netzwerk mit 19 Sektionen, die den humanitären Grundsätzen der Unparteilichkeit, Unabhängigkeit und Neutralität verpflichtet sind. Die Mitarbeiter leisten in etwa 400 Projekten in rund 60 Ländern medizinische Hilfe und agieren als Sprachrohr für Menschen in Not.

Jede der 19 Sektionen wird von einem Verein getragen. Die Mitglieder dieser Vereine wählen einen Vorstand, dessen Vorsitzender in das höchste MSF-Gremium, den ‚Internationalen Rat‘, entsandt wird. Dieser bestimmt die strategische Ausrichtung, die Einhaltung der Charta, die ethische Integrität unseres Handelns sowie die medizinischen und humanitären Schwerpunkte. Die Sektionen verantworten gemeinsam die Projekte und die Auswahl von qualifiziertem Personal, finanzieren die Programme und unterstützen sich bei der Öffentlichkeitsarbeit. Das internationale Büro in Genf koordiniert die Zusammenarbeit im Netzwerk.

Seit 2009 befindet sich MSF in einem Prozess der Restrukturierung. Auf der Mitglieder-Ebene möchten wir all jene stärker einbeziehen, die fern von Europa leben. Eine Generalversammlung wird dafür als ober-

tes Leitungsgremium die Plattform bilden. Gleichzeitig besteht Konsens, dass jede Sektion von einem professionellen Management-Team geleitet wird, das wiederum einem ehrenamtlichen Vorstand untersteht.

Unbürokratische Entscheidungswege und flache Hierarchien sind ebenso unser Ziel wie der hohe Grad unserer Unabhängigkeit. Dieser zeigt sich auch darin, dass das Budget zu etwa 90 Prozent aus privaten Spenden besteht. Wichtig ist uns zudem der Geist des freiwilligen Engagements sowie eine hohe Attraktivität für neue Mitarbeiter. Zudem suchen wir nach schnellen Entscheidungswegen, klarer Kommunikation und besserer Nutzung interner Synergien.



„Eines Tages werde ich ein Arzt ohne Grenzen.“

© MSF

Finanzierung

UNABHÄNGIGKEIT DURCH SPENDEN

Am 26. Dezember 2004 brach ein Tsunami über die Küstenländer des Indischen Ozeans herein. 230.000 Menschen kamen ums Leben, riesige Hilfsprojekte starteten. Am 4. Januar 2005 stellte Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) die zweckgebundene Spendensammlung ein. Diese Entscheidung sorgte weltweit für großen Wirbel.

In den ersten Tagen nach dem Tsunami hatte MSF bereits so viele zweckgebundene Spenden eingenommen, dass der sinnvolle Einsatz für medizinische Nothilfe nicht mehr garantiert werden konnte. Die Organisation bat daher ihre Spender um die Erlaubnis, das Geld dort einzusetzen, wo es dringender benötigt würde – auch in Krisenländern mit weniger Medienaufmerksamkeit. Nur ein Prozent der Spender weltweit forderte ihre Spende zurück: Die ungewöhnliche Entscheidung stieß überall auf Anerkennung.

MSF stellt hohe Ansprüche an Ehrlichkeit, Transparenz und Qualität, gerade bei den Finanzen und in der Spendenwerbung. Um die Patienten ohne Diskriminierung und getreu den humanitären Grundsätzen zu behandeln, muss die Organisation zudem politisch wie finanziell unabhängig sein.

Deshalb investiert MSF seit 30 Jahren in die private Spendenwerbung. Mit Erfolg: Während das Budget 1979 bei rund 1,5 Millionen US-Dollar lag, umfasst es heute rund eine Milliarde US-Dollar. Zudem hat sich der Anteil privater Spenden ständig erhöht und liegt derzeit bei rund 90 Prozent des Gesamtbudgets. Das garantiert eine große – in Afghanistan oder Somalia gar die vollständige – Unabhängigkeit von staatlichen Geldgebern. Denn Regierungen verknüpfen allzu oft politische Interessen mit einer Finanzierung, was nicht im Sinne der humanitären Hilfe ist. Deshalb akzeptiert MSF auch keine Spenden von der Pharma-, Tabak- oder Rüstungsindustrie.

Für die Ausgaben der Spenden gibt es viele Richtlinien: Dazu gehört, dass die meisten Projektmitarbeiter nur eine geringe Aufwandsentschädigung erhalten. Oder dass nur maximal 20 Prozent der Ausgaben für Verwaltung und Spendenwerbung eingesetzt werden.

Durch die privaten, ungebundenen Spenden verfügt MSF zu jedem Zeitpunkt über die nötigen Reserven, um im Notfall sofort einzugreifen. Deshalb sei hier ausdrücklich den weltweit rund fünf Millionen privaten Spendern gedankt, die diese Arbeit möglich machen.



MSF-Klinik nach dem Tsunami 2004 in Banda Aceh, Indonesien.

© Francesco Zizola / Noor

Erinnerung

LEBENDIGE GEDENKSTÄTTEN

Bemüht darum, Leben zu retten und Leid zu lindern, tun wir uns schwer mit dem Sterben. Nicht, weil Sterben und Tod uns als Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) fremd wären.

Vielmehr vergeht kein Tag, an dem wir Menschenleben nicht mehr retten können: weil Patienten zu spät oder zu krank zu uns kommen oder weil wir mit unseren begrenzten Möglichkeiten im Projekt dem Sterben nichts mehr entgegensetzen können. Und doch bedeutet der Tod immer den tragischen Endpunkt einer Begegnung mit dem Patienten, der uns sein Leben anvertraut hat.

Was für unsere Patienten gilt, gilt auch für unsere Mitarbeiter. Der gewaltsame Tod eines humanitären Helfers, herausgerissen aus dem Leben, fern der Heimat und der Familie, bedeutet für die Hinterbliebenen den größtmöglichen Schock, ein unfassbares Leid. Und nicht selten auch das Ende des Projektes.

Viele MSF-Mitarbeiter haben in den vergangenen 40 Jahren ihr Leben verloren. Jeder Einzelne von ihnen bleibt unvergessen im kollektiven Gedächtnis der Organisation. Auch wenn wir weiterhin alles uns Mögliche für die Sicherheit der Mitarbeiter tun, die mit MSF in Krisenregionen arbeiten, werden sich die Risiken künftig nicht ganz ausschließen lassen.

In den MSF-Büros weltweit gedenken wir der Toten. In einigen Büros gibt es Räume, die an die Verstorbenen erinnern, in anderen Ländern wird ein Baum gepflanzt. Ob Raum oder Baum: Hier treffen wir uns, um der im Einsatz Verstorbenen zu gedenken, einzeln oder gemeinsam. So sind daraus lebendige Gedenkstätten entstanden.



© Espen Rasmussen / Panos Pictures



MSF in Zahlen

AUF EINEN BLICK

Die nachfolgenden Zahlen beziehen sich auf das internationale Netzwerk von Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF) im Jahr 2010. Weitere Informationen dazu im ‚International Activity Report‘: www.msf.org

Einnahmen: 943 Millionen Euro. 91 Prozent davon entfallen auf Privatspenden, 7 Prozent auf staatliche Stellen (institutionelle Geber).

MSF hat weltweit mehr als fünf Millionen individuelle Privatspender.

Ausgaben: 813 Millionen Euro **Mitarbeiter:** rund 30.000, davon fast 28.000 in den Projekten

Projekte: MSF betreute 427 Projekte in 60 Ländern. Die zehn Länder mit den größten Budgets machen zusammen etwa 60 Prozent aller Projektausgaben aus: Haiti, Demokratische Republik Kongo (DRC), Sudan, Niger, Pakistan, Somalia, Tschad, Simbabwe, Nigeria, Zentralafrikanische Republik.

Die größten **Länderprogramme** nach Anzahl der ambulanten Patienten:

1.225.000	Demokratische Republik Kongo	468.000	Niger
564.500	Zentralafrikanische Republik	468.000	Haiti
460.000	Somalia		

Von den 427 Projekten in 60 Ländern waren 260 in Afrika, 6 in Europa, 102 in Asien (inkl. Mittlerer Osten und Kaukasus) und 59 auf dem amerikanischen Doppelkontinent.

Beispielhaft einige Zahlen aus diesen Projekten:

Ambulante Behandlungen	7.334.000
Stationäre Patienten	362.000
Malariapatienten	983.000
Schwer mangelernährte Kinder	300.000
HIV-Patienten in Behandlung	210.000
Patienten in antiretroviraler (ARV-)Behandlung	181.000
Geburten	152.000
Chirurgische Eingriffe	58.000
Operationen nach Gewalteinwirkung	40.000
Medizinische Behandlung für Opfer sexualisierter Gewalt	10.000
Neu aufgenommene Tuberkulose-Patienten	31.000
Psycho-soziale / psychologische Behandlungen	188.000
Cholera-Patienten	174.000
Masern-Impfungen	4.542.000
Meningitis-Impfungen	1.340.000
Trinkwasser aufbereitet und verteilt (Liter)	577.000.000

LITERATURVERZEICHNIS

Allgemein zur Humanitären Hilfe:

Hackenbruch, Elgin (Hg.). *Go International! Handbuch zur Vorbereitung von Gesundheitsberufen auf die Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe*. Bern: Huber, 2009.

Runge, Peter, und Wolf-Dieter Eberwein (Hg.). *Humanitäre Hilfe statt Politik?: Neue Herausforderungen für ein altes Politikfeld*. Münster: LIT-Verlag, 2002.

Treptow, Rainer (Hg.). *Katastrophenhilfe und Humanitäre Hilfe*. München: Ernst Reinhard Verlag, 2007.

Kapitel 1-7:

Brauman, Rony. *L'action humanitaire*. Paris: Flammarion, 2000.

–. *Penser dans l'urgence: parcours critique d'un humanitaire*. Paris: Seuil, 2006.

Destexhe, Alain. *L'humanitaire impossible, ou, deux siècles d'ambiguïté*. Paris: Armand Colin, 1993.

Rufin, Jean-Christophe. *L'aventure humanitaire*. Paris: Gallimard, 1994.

–. *Le piège humanitaire*. Paris: Hachette, 1993.

Terry, Fiona. *Condemned to Repeat?: The Paradox of Humanitarian Action*. New York: Cornell, 2002.

Vallaëys, Anne. *MSF: La Biographie*. Paris: Fayard, 2004.

Kapitel 8:

Bradol, Jean-Hervé. „Medical Innovations.“ *doctorswithoutborders.org*. 25. May 2011. web1. doctorswithoutborders.org/publications/book/medical/innovations/medinnovbk.pdf (Zugriff am 18. August 2011).

MSF, Germaine Hanquet (Hg.). „Refugee Health: An Approach to Emergency Situations.“ *refbooks.msf.org*. 1997. www.refbooks.msf.org/MSF_Docs/En/Refugee_Health/RH.pdf (Zugriff am 18. August 2011).

Kapitel 9:

Brauman, Rony. *Que sais-je?: la médecine humanitaire*. Paris: PUF, 2010.

–. „Sans frontières mais pas sans passeport.“ *CRASH*. Juli 2010. [www.msf-crash.org/drive/4355-rb-2010-sans-frontieres-mais-pas-sans-passeports\(fr-p.6\).pdf](https://www.msf-crash.org/drive/4355-rb-2010-sans-frontieres-mais-pas-sans-passeports(fr-p.6).pdf) (Zugriff am 11. Juli 2011).

Kapitel 10:

Brauman, Rony. „Somalia: A Humanitarian Crime.“ *msf-crash.org*. September 1993. www.msf-crash.org/drive/95d4-rb-1993-somalia-a-humanitarian-crime-_uk-p.10_.pdf (Zugriff am 22. August 2011).

Magone, Claire, Michael Neuman, und Fabrice Weissman (Hg.). *Humanitarian Negotiations Revealed: The MSF Experience*. London: Hurst and Co., 2011.

Kapitel 11:

MSF. „Ärzte ohne Grenzen – Zur Geschichte von Ärzten ohne Grenzen – Srebrenica 1995 – Zeugenaussagen.“ *aerzte-ohne-grenzen.de*. 1995. www.aerzte-ohne-grenzen.de/kennenlernen/organisation/geschichte/geschichte-1995-1999/srebrenica-video-geschichte-1995-teil-2/index.html (Zugriff am 12. August 2011).

Rieff, David. *A Bed for the Night: Humanitarianism in Crisis*. New York: Simon & Schuster, 2002.

–. *At the Point of a Gun: Democratic Dreams and Armed Intervention*. New York: Simon & Schuster, 2005.

Stobbaerts, Eric. „Srebrenica Massacre at Ten Years.“ *msf.org*. 22. Juli 2005. www.msf.org/msf/articles/2005/07/srebrenica-massacre-at-ten-years.cfm (Zugriff am 12. August 2011).

Stobbaerts, Eric, Interview geführt von Amanda Sans. *Srebrenica, 5 Years On* (2. September 2000).

Kapitel 12:

Brauman, Rony. *Hilfe als Spektakel: Das Beispiel Ruanda*. Berlin: Rotbuch, 2002.

Dallaire, Roméo. *Handschlag mit dem Teufel: Die Mitschuld der Weltgemeinschaft am Völkermord in Ruanda*. Springe: zu Klampen, 2008.

de Forges, Alison. *Kein Zeuge darf überleben*. Hamburg: Hamburger Edition, 2002.

von Pilar, Ulrike. „Feigenblatt einer gescheiterten Außenpolitik.“ *zeit.de*. 29. Januar 1995. www.zeit.de/1995/29/Feigenblatt_einer_gescheiterten_Aussenpolitik (Zugriff am 19. August 2011).

„I Close My Eyes and I Treat People.“ In *Loccumer Protokolle 11/04: Zehn Jahre Danach – Völkermord in Ruanda*, von Jörg Callies (Hg.). Loccum: Evangelische Akademie Loccum, 2005.

Kapitel 13:

Jean, François. „La nouvelle guerre du Caucase.“ *msf.fr*. 1. Januar 1997. www.msf.fr/sites/msf.fr/files/1997-01-01-Jean.pdf (Zugriff am 19. August 2011).

–. „Tchéchénie: la revanche de la Russie.“ *msf.fr*. 1. Februar 2000. www.msf.fr/sites/msf.fr/files/2000-02-01-Jean.pdf (Zugriff am 19. August 2011).

Kapitel 14:

Foresti, Marta, Lisa Denney, und Vicki Metcalfe. „Security, Humanitarian Action and Development.“ *odi.org.uk*. Februar 2011. www.odi.org.uk/resources/download/5415.pdf (Zugriff am 22. August 2011).

Stoddard, Abby, Adele Harmer, und Katherine Haver. „Aid Worker Security Report 2011: Spotlight on Security for National Aid Workers – Issues and Perspectives.“ *HumanitarianOutcomes.org*. August 2011. www.humanitarianoutcomes.org/resources/AidWorkerSecurityReport2011.pdf (Zugriff am 24. August 2011).

Kapitel 15:

Orbinski, James. „Nobelpreisrede.“ *aerzte-ohne-grenzen.de*. 10. Dezember 1999. www.aerzte-ohne-grenzen.de/kennenlernen/organisation/aufgaben-und-ziele/friedensnobelpreis/nobelpreisrede/index.html (Zugriff am 19. August 2011).

Kapitel 16:

ACCESS, MSF. „10 Stories That Mattered to Access to Medicines in 2010.“ *msfaccess.org*. Dezember 2010. www.msfaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/Access/Docs/ACCESS_report_10stories_ENG_2011.pdf (Zugriff am 23. August 2011).

–. „Getting Ahead of the Wave: Lessons for the Next Decade of the AIDS Response.“ *utw.msfaccess.org*. May 2011. www.msfaccess.org/sites/default/files/AIDS_report_GettingAheadWave_ENG_2011.pdf (Zugriff am 23. August 2011).

–. „Making the Switch – Ensuring Access to Improved Treatment for Severe Malaria in Africa.“ *msf.org*. April 2011. www.msf.org.za/publication/making-switch-ensuring-access-improved-treatment-severe-malaria-africa (Zugriff am 10. August 2011).

–. „Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions.“ *utw.msfaccess.org*. July 2011. [utw.msfaccess.org/downloads/331](https://www.msfaccess.org/downloads/331) (Zugriff am 10. August 2011).

Chirac, Pierre, und Eels Torreale. „Global Framework on Essential Health R&D.“ *The Lancet*. 13. Mai 2006. www.thelancet.com/journals/

- lancet/article/PIIS0140-6736%2806%2968672-8/fulltext (Zugriff am 10. August 2011).
- Goemaere, Eric et al. „Patent Status Matters.“ *healthaffairs.com*. 2004. content.healthaffairs.org/content/23/5/279.2.full?ck=nck (Zugriff am 23. August 2011).
- Moldenhauer, Oliver, und Philipp Frisch. „Leben retten rentiert sich nicht.“ *Financial Times Online*. 11. Mai 2011. www.ftd.de/politik/deutschland:mangelnde-forschung-leben-retten-rentiert-sich-nicht/60050675.html (Zugriff am 10. August 2011).
- Kapitel 17:
- Coetzee, D. et al. „Outcomes After Two Years of Providing Antiretroviral Treatment in Khayelitsha, South Africa.“ *AIDS*, 9. April 2004: 887-95. – „Integrating Tuberculosis and HIV Care in the Primary Care Setting in South Africa.“ *Trop Med Int Health*, 2004: 9(6):A11-A15.
- Culbert, H. et al. „Médecins Sans Frontières – HIV Treatment in a Conflict Setting: Outcomes and Experiences From Bukavu, Democratic Republic of the Congo.“ *PLoS Med*, Mai 2004: 4(5):e129.
- Meyer, Petra. *Schmerzgrenzen – Unterwegs mit Ärzten ohne Grenzen*. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 2008.
- Kapitel 18:
- Adam, Bernard. *Militaires-Humanitaires: A chacun son rôle – cohérence et incohérence de l'action humanitaire*. Brüssel: Editions Complexe, 2002.
- Biquet, Jean-Marc (Hg.). „Humanitarian Medicine: An Enemy of Public Health? Is Independence Still Relevant in Humanitarian Action?“ *Humanitarian Stakes*, December 2006: idc.paris.msf.org/doc_num.php?explnum_id=29 (Zugriff am 07. September 2011).
- Kapitel 19:
- Brauman, Rony. „Darfur: The International Criminal Court Is Wrong.“ *msf-crash.org*. September 2004. www.msf-crash.org/drive/8230-rb-2010-darfur-the-icc-is-wrong-(uk-pl4).pdf (Zugriff am 18. August 2011).
- de Waal, Alex. *Famine Crimes: Politics & the Disaster Relief Industry in Africa*. Bloomington: Indiana, 2009, first edition 1998. –. *Famine that Kills: Darfur, Sudan*. Oxford: Clarendon Press, 1989. –. *War in Darfur and the Search for Peace*. Cambridge: Harvard University Press, 2007.
- Weissmann, Fabrice. *In the Shadow of 'Just Wars': Violence, Politics, and Humanitarian Action*. New York: Cornell, 2004.
- Kapitel 20:
- Bradol, Jean-Hervé. „Medical Innovations.“ *doctorswithoutborders.org*. 25. May 2011. web1.doctorswithoutborders.org/publications/book/medical/innovations/medinnovbk.pdf (Zugriff am 18. August 2011).
- Cromb , Xavier, und Jean-Hervé J z quel. *A Not-So Sound Disaster: Niger 2005*. London: Hurst & Co., 2009.
- Kapitel 21:
- Knaup, Horand. „Frauenkrankheit Geburtsfistel – Berliner Arzt heilt die Ausgestoßenen Afrikas.“ *Spiegel.de*. 25. Juli 2011. spiegel.de/politik/ausland/0,1518,676007,00.html (Zugriff am 10. August 2011).
- Meyer, Petra. *Schmerzgrenzen – Unterwegs mit Ärzten ohne Grenzen*. Gütersloher Verlagshaus: Gütersloh, 2008.
- Kapitel 22:
- Meyer, Petra. *Schmerzgrenzen – Unterwegs mit Ärzten ohne Grenzen*. Gütersloher Verlagshaus: Gütersloh, 2008.
- Kapitel 23:
- Green, Edward C., und Allison Herling Ruark. *Aids, Behaviour, and Culture: Understanding Evidence-Based Prevention*. California: Left Coast, 2011.
- Helman, Cecil G. *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann, 1994.
- Prinz, Armin. „Anthropologische und ethnokulturelle Aspekte der Genese von Krankheiten.“ In *Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft. Begleitendes Lehrbuch zum Block 6 des 'Medizin Curriculum Wien an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien*, von Karl J. Wittmann (Hg.), 127-132. Wien: Facultas, 2002.
- Kapitel 24:
- Bemelmans, M. et al. „Providing Universal Access to Antiretroviral Therapy in Thyolo, Malawi Through Task Shifting and Decentralization of HIV/AIDS Care.“ *Tropical Medicine and International Health*, 2010.
- Elema, Riekje et al. „Outcomes of a Remote, Decentralized Health Center-Based HIV/AIDS Antiretroviral Therapy.“ *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill)*, 8 2009: 60-67.
- Schopper, D. et al. „Research Ethics Review in Humanitarian Contexts: The Experience of the Independent Ethics Review Board of Médecins Sans Frontières.“ *PLoS Medicine*, 6/7 2009: 1-6.
- Kapitel 25:
- Herman, Robert D., und David O. Renz. *The Jossey-Handbook of Nonprofit Leadership and Management*. San Francisco: John Wiley and Sons, 2010.
- People in Aid. *People in Aid-Handbooks*. 2010. www.peopleinaid.org/resources/publications.aspx?category=Handbooks (Zugriff am 22. August 2011).
- Kapitel 26:
- MSF Österreich. *Deutsche Kurzfassung des englischsprachigen Reports: Haiti One Year After*. 2011. www.aerzte-ohne-grenzen.at/fileadmin/data/pdf/Haiti_Jahr/Haiti_1_year_summary_DE.pdf (Zugriff am 22. August 2011).
- Kapitel 27:
- MSF Belgien. „The Impact of Detention on Migrants' Health.“ *msf.ch*. Januar 2010. www.msf.ch/fileadmin/msf/pdf/articles/2010/geneva_health_forum/Migrants/091209_MSF%20in%20detention%20centres%20for%20migrants_FIN.pdf (Zugriff am 22. August 2011).
- MSF Griechenland. „Brief eines in der Polizeigrenzstation in Evros inhaftierten Flüchtlings.“ *aerzte-ohne-grenzen.de*. Februar 2011. www.aerzte-ohne-grenzen.de/informieren/einsatzlaender/europal/griechenland/2011/2011-02-02-griechenland-fluechtlingsbrief/index.html (Zugriff am 22. August 2011).
- . „Migrants in Detention: Lives on Hold.“ *aerzte-ohne-grenzen.at*. June 2010. www.aerzte-ohne-grenzen.at/fileadmin/data/pdf/reports/2010/MSF_report_lives_on_hold_2010.pdf (Zugriff am 22. August 2011).
- MSF. *MSF Migration All Day*. Oktober 2009. www.lakareutangranser.se/global/documents/Rapporter/Rapporter%202009/MSF_Migration_Day_All.pdf (Zugriff am 22. August 2011).
- Kapitel 28-30:
- Fox, Renée C. *In the Field: A Sociologist' Journey*. Piscataway NJ: Transaction Publishers, 2010.
- Fox, Renée, und Eric Goemaere. „They Call It ‘Patient Selection’ in Khayelitsha: The Experience of Médecins Sans Frontières-South Africa in Enrolling Patients to Receive Antiretroviral Treatment for HIV/AIDS.“ *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2. May 2006: 302-312.
- MSF. *La Mancha Aftalen (La Mancha Agreement)*. 25. Juni 2006. www.msf.dk/0mMSF/Hvemervi/LaMancha-aftalen/ (Zugriff am 22. August 2011).

Ein ausführliches Literaturverzeichnis zu dieser Publikation ist abrufbar unter: www.aerzte-ohne-grenzen.de/kennenlernen/veroeffentlichungen/buchtipp

IMPRESSUM

Eine Veröffentlichung von Ärzte ohne Grenzen / Médecins Sans Frontières (MSF).

Verantwortlich: Frank Dörner, Geschäftsführer Ärzte ohne Grenzen e.V., Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin

Konzeption: Ulrike von Pilar

Mitarbeit: Jean-Marc Biquet, Rony Brauman, Doris Burtscher, Peter Buth, Marisa Dempfle, Alain Devaux, Reinhard Dörflinger, Frank Dörner, Stefanie Dressler, Françoise Duroch, Natalie Favre, Andreas Fertig, Juliette Fournot, Renée Fox, Tim Fox, Gaby Frank, Philipp Frisch, Brigitte Gaignage, Claudia Gersdorf, Eric Goemaere, Markus Götz, Hannelore Guski, Myriam Henkens, Volker Herzog, Nina Holzhauer, Winnie Jalasi, Irene Jancsy, Christian Katzer, Ingrid Kircher, Thomas Kurmann, Katja Kusche, Eric Lee, Katrin Lempp, Deborah Mancini-Griffoli, Andreas Marggraf, Kaai Meier-de Kock, Oliver Moldenhauer, Oscar Niragira, Frauke Ossig, Maria Overbeck, Andreas Papp, Ulrike von Pilar, Jacques Pinel, Thomas Rassinger, Christine Schmitz, Tido von Schön-Angerer, Doris Schopper, Beat Schweizer, Meike Schwarz, Barbara Sigge, Tankred Stöbe, Abiy Tamrat, Nabila Tayub, David Treviño, Michelle Vilk, Sonya Wellhausen, Petra Wünsche, Rony Zachariah

Die veröffentlichten Beiträge geben die persönliche Meinung der Autoren wieder und nicht die offizielle Position von Ärzte ohne Grenzen / Médecins Sans Frontières (MSF).

Titelbild: MSF-Karawane auf dem Weg nach Badakhschan, Afghanistan. © Didier Lefevre / imagesandco.com

Rückseitenfoto: Momente des Glücks nach dem Erdbeben 2010 in Haiti. © Nicola Vigilanti

Redaktion: Petra Meyer, Berlin

Layout: Peggy Matzner, Berlin

Litho & Druck: Ruksaldruck, Berlin

Gedruckt auf EnviroTop CO2 neutral, 100 % Altpapier, chlorfrei

Auflage: 5.000

© Ärzte ohne Grenzen e.V. / Médecins Sans Frontières, 2011.



Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen e.V. (MSF)
Am Köllnischen Park 1 | 10179 Berlin, Deutschland
Telefon +49 (0)30 700 130 0 | Fax +49 (0)30 700 130 340
office@berlin.msf.org | www.aerzte-ohne-grenzen.de
Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft | BLZ 370 205 00 | Konto 97 0 97
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00 | SWIFT: BFSWDE33XXX

Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF)
Taborstraße 10 | A- 1020 Wien, Österreich
Telefon +43 1 409 72 76 | Fax +43 1 409 72 76-40
office@vienna.msf.org | www.aerzte-ohne-grenzen.at
Spendenkonto: PSK | BLZ 60 000 | Konto 930 40 950
IBAN: AT62 60000 00093040950 | SWIFT: OPSKATWW

Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen (MSF)
78, rue de Lausanne | Postfach 116 | 1211 Genf 21, Schweiz
Telefon +41 (0)22 849 84 84 | Fax +41 (0)22 849 84 88
office-gva@geneva.msf.org | www.msf.ch
Spendenkonto: Postkonto: 12-100-2 | Bankkonto: UBS - 1211 Genf 2
IBAN: CH18 0024 0240 3760 6600 Q | SWIFT: UBSWCHZH80A

